



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

**ANAIS DO II SIMPÓSIO WINNICOTT DE
LONDRINA**

Winnicott na história da Psicanálise

Londrina
2013

Comissão Organizadora

Prof. Dr. Éder Soares Santos
Profa. Dra. Carla Maria Lima Braga
Prof. Dra. Máira Bonafé Sei

Coordenação Adjunta

Prof. Dr. José Fernandes Weber
Prof. Dr. Marcos Nalli

Assistentes de Coordenação

Miriele Sicote Gouvêa
Francislaine Brasil Cenci
Ana Carolina Lima Braga

Comissão Editorial dos Anais:

Profª. Drª. Carla Maria Lima Braga
Profº.Dr. Eder Soares dos Santos
Profª. Drª. Máira Bonafé Sei

Monitores

Alexia Rodrigues Ruiz
Amanda Galvim Bana
Clara Maki Inaba
Cinthia Cavalcante
Daniela Cristina Oliveira
Daniela Yumi Cianca Okimura
David Lourenço Martins da Costa
Débora Kalwana dos Santos
Estefani Nayara Barcellos
Fábio Augusto do Império
Fabrício de Oliveira Ramos
Flávia Angelo Verceze
Geovanna Moreno Cianca
Guilherme Devequi Quintilhano
Marcelo Aparecido da Silva
Mário Reinaldo da Silva
Pedro Henrique Silveira Rauchbach

Ressalva: Os textos apresentados são de criação original dos autores, que responderão individualmente por seus conteúdos ou por eventuais impugnações de direito por parte de terceiros

**Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

S612a Simpósio Winnicott de Londrina (2. : 2012 : Londrina, PR)
Anais do II Simpósio Winnicott de Londrina [livro eletrônico] : Winnicott
na história da psicanálise / comissão organizadora: Éder Soares dos Santos,
Carla Maria Lima Braga, Maíra Bonafé Sei. – Londrina : UEL, 2013.
1 arquivo digital.

Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/simposiowinnicott/>
Inclui bibliografia.
ISBN 978-85-78461-95-9

1. Winnicott, D.W. (Donald Woods), 1896-1971 – Congressos. 2. Psicanálise
– Congressos. 3. Filosofia – Congressos. I. Santos, Éder Soares do. II. Braga,
Carla Maria Lima. III. Sei, Maíra Bonafé. IV. Universidade Estadual de
Londrina. V. Título.

CDU 159.964.2

SUMÁRIO

Programação	2
Apresentação	3
Carla Maria Lima Braga	
Éder Soares Santos	
Maíra Bonafé Sei	
Conferências	5
Winnicott e Freud	6
Rodolfo Fenile	
Winnicott e Ferenczi: aproximações e Diferenças	7
Elsa Oliveira Dias	
Winnicott e Jung	8
Zeljko Loparic	
Mesas Redondas	9
O trabalho do psicanalista de acordo com a demanda	10
Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro	
Corpo e psicose: uma perspectiva winnicottiana	22
Lilian Miranda	
Winnicott e Bowlby	23
Roseana Moraes Garcia	
Winnicott e Klein	24
Carla Maria Lima Braga	
Progresso da História da Psicanálise	31
Eder Soares Santos	
Teoria do Relacionamento mãe-bebê: a porta de entrada de Winnicott nos USA	32
Ariadne Alvarenga de Rezende Engelberg de Moraes	
Considerações sobre o Jogo do Rabisco	44
Maíra Bonafé Sei	
Consultas terapêuticas: algumas possibilidades de atuação	52
Maria Ângela Fávero-Nunes	
Comunicações Orais	60
A família vem para o divã: o que Winnicott tem a dizer sobre isso?	61
Ana Carolina Zuanazzi Fernandes	
Júlia Archangelo Guimarães	
Maíra Bonafé Sei	
A figura paterna de Freud a Winnicott	70
André Masao Peres Tokuda	
Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro	
A função da mãe, uma leitura winnicottiana de alguns casos clínicos	71
Andréa Sátira Peixoto Lima	
Luciana Maria Filgueiras	
Caroline Garcia dos Santos	
Carla Maria Lima Braga	
A importância da função materna na construção do desejo infantil	80
Anderson Souza de Oliveira	
Paula Hisa P. Gotto	
Acompanhamento Terapêutico: possibilidade de construção da subjetividade através de uma intervenção na família	81
Vivian Marques	
Claire Squires	
Adolescência: do imaginário ao real	82
Rosemarie Elizabeth Schmidt Almeida	
Marcia Caroline Portela Amaro	
Agressividade infantil, ambientes (in) suficientemente bons e as práticas clínicas na contemporaneidade	91
Irene Kill Dias	

Ana Vitória Salimon C. dos Santos	
Agressividade infantil no ambiente escolar	92
Tamires Gazola	
Andréa Fernandes de Araújo Gasques	
As implicações de um ambiente que pode não ter sido suficientemente bom	93
Cinthia Cavalcante	
Carla Maria Lima Braga	
Clínica da transicionalidade e a tendência anti-social: uma análise do adolescente em conflito com a lei	101
Josiane Santos Costa Martins	
Karina Anshau	
Lincoln Silva Borges	
Marco Antonio do Carmo	
Mérylin Janazze Garcia	
Natalia Zanuto de Oliviera	
Considerações a respeito da transferência na perspectiva winnicottiana	110
Ana Lúcia Volpato	
Jorge Luís Ferreira Abrão	
Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro	
Construindo o desconstruído: a família dentro do setting	118
Alessandra Elisa Gromowski	
Angela Maria Zechim Luziano da Silva	
Carla Maria Lima Braga	
Mariana Grassi do Nascimento	
Da gestação ao nascimento: encontros e desencontros	119
Ana Paula Marson	
Ana Carolina Massaro	
Amanda Bernardo Guimarães	
Elizângela de Freitas Silva	
Juliana Fiorim da Encarnação	
Direito como realidade de Eros	128
César Bessa	
Aldacy Coutinho	
Ei mãe, me deixa ser adolescente!	129
Mayara Barros	
Carla Maria Lima Braga	
“Espelho, espelho meu, existe mulher mais doente do que eu?”: Quando Narcisa tem um filho com deficiência visual	130
Bruno Aurélio da Silva Finoto	
Falso Self: A defesa contra o verdadeiro self a partir do referencial winnicottiano	131
Carla Maria Lima Braga	
Flávia Angelo Verceze	
Heidegger e a Fenomenologia	138
Eder Soares Santos	
Mário Reinaldo da Silva	
Lar, doce lar: reflexos do abandono parental	139
Ana Claudia Petryszyn Assis	
Carla Maria Lima Braga	
Novo paradigma na Psicanálise: vida e trajetória teórico-prática de Donald Woods Winnicott .	140
Gabrieli Franciscatti Dias	
Cíntia Marson	
Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro	
O conceito de período de hesitação aplicado à clínica winnicottiana com crianças na saúde pública	141
Flávia Moraes	
Lídia Pereira da Silva	
Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro	
O cuidar do sofrimento humano: a que se presta a terapia winnicottiana?	142
Manuela Campos Périgola	
O impacto de um suicídio materno no desenvolvimento infantil e a re-construção de um	

ambiente suficientemente bom com auxílio da psicoterapia	150
Lidiane G. Rando	
Ana Vitória Salimon C. dos Santos	
O jogo e o lúdico na construção subjetiva, um olhar psicopedagógico	151
Guilherme Afonso Pereira Palacios	
Nilce da Silva	
O médico e o monstro: reflexões a cerca de um borderline	160
Tatiane Kelli Rodrigues	
Carla Maria Lima Braga	
O passado não reconhece o seu lugar: está sempre presente - um estudo sobre abuso sexual à luz da teoria winnicottiana	161
Bruna Maria de Souza	
Carla Maria Lima Braga	
O uso da consulta terapêutica em crianças vítimas de abuso sexual: a experiência no contexto institucional	169
Cristina Fukumori Watarai	
Os componentes ontológicos da Psicanálise Winnicottiana	170
Fabrício Ramos de Oliveira	
Éder Soares Santos	
Os traços do adolecer: Desenho-Estória e a construção do olhar do adolescente sobre si mesmo	171
Daniela Cristina Oliveira	
Carla Maria Lima Braga	
Rumo à independência: um estudo a partir de um atendimento clínico	172
Elizângela de Freitas Silva	
Carla Maria Lima Braga	
Transferência na perspectiva psicanalítica winnicottiana: estudo de caso com criança	173
Bruna Isabella Russo	
Mariana Paschoal Martins	
Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro	
Um holding pros meus fantasmas	174
Débora Kalwana de Martini Lopes dos Santos	
Carla Maria Lima Braga	

Programação

Sexta 28/09/2012

8:30 Abertura

9:00 - 10:00 Conferência de Abertura

- Winnicott e Freud
Prof. Dr. Rodolfo Fenile (UNISAL - SBPW)

10:30 - 12:00 Mesa Redonda

- O trabalho do psicanalista de acordo com a demanda
Profa Dra Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro (Unesp -Assis)
- Corpo e Psicose: uma perspectiva winnicottiana
Profa Dra Lilian Miranda (UFRRJ)

14:00 - 15:15 Mesa Redonda

- Progresso da História da Psicanálise
Prof. Dr. Eder Soares Santos (UEL - SBPW)
- Teoria do Relacionamento mãe-bebê: a porta de entrada de Winnicott nos USA
Profa Dra. Ariadne Moraes (SBPW)

15:15 - 16:30 Mesa Redonda

- Winnicott e Bowlby
Profa Dra Roseana Moraes Garcia (SBPW)
- Winnicott e Klein
Profa Dra Carla Maria Lima Braga (UEL - SBPW)

17:00 - 18:00 Apresentação de Comunicações

Sábado 29/09/2012

9:00 - 10:00 Apresentação de Comunicações

10:00 -11:00 Conferência

- Winnicott e Ferenczi: aproximações e Diferenças
Prof Dra Elsa Oliveira Dias (SBPW)

11:00 - 12:00 Mesa Redonda

- Considerações sobre o Jogo do Rabisco
Profa Dra Máira Bonafé Sei (UEL)
- Consultas terapêuticas: algumas possibilidades de atuação
Profa Dra Maria Ângela Fávero-Nunes (UEL)

12:15 - 13:15 Conferência de Encerramento

- Winnicott e Jung
Prof. Dr. Zeljko Loparic (PUCPR - Unicamp - SBPW)

Apresentação

Carla Maria Lima Braga¹

Éder Soares Santos²

Maíra Bonafé Sei³

É com satisfação que apresentamos aos colegas os “Anais do II Simpósio Winnicott de Londrina - Winnicott na história da Psicanálise”. Este material é composto por resumos e textos na íntegra dos trabalhos apresentados ao longo do evento, realizado entre 28 e 29/Setembro/2012. Divide-se em três diferentes partes, a saber, Conferências e Mesas Redondas, ambas com textos dos palestrantes convidados pela Comissão Organizadora do evento, e Comunicações Orais, com textos de participantes interessados em partilhar seus estudos e experiências a partir do referencial winnicottiano.

Compreendemos que o interesse e estudo da obra de D. W. Winnicott tem crescido nos últimos anos, fato que aponta para a importância dos conceitos deste autor ainda hoje. Os eventos como o aqui proposto se apresentam como um momento onde trocas podem ser efetuadas, questionamentos podem ser feitos, de maneira a fomentar o desenvolvimento do conhecimento e ampliação da aplicação das ideias de Winnicott.

Poder-se-ia dizer que a divulgação e pesquisa sobre a teoria de Winnicott no Brasil foi ampliada em função de investigações promovidas pela filosofia da psicanálise e psicologia clínica e por uma mudança na concepção de leitura da psicanálise

¹¹ Psicóloga. Docente do Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina. Membro da Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana (SBPW) Mestre em Educação pela UEL. Doutora em Psicologia pela PUC/ Campinas. Coordenadora do Projeto Integrado “A Clínica Winnicottiana: um estudo sobre a Teoria do Amadurecimento Pessoal e o Manejo Clínico”. Membro da Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana

² Doutor em Filosofia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Desenvolveu uma tese sobre a teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott e o conceito de acontecência (*Geschichtlichkeit*) em Heidegger, sob fomento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Esteve entre final de 2003 e início de 2005 em Friburgo, Alemanha, onde desenvolveu estágio doutoral na Universitat Freiburg (Albert-Ludwigs) como bolsista do DAAD/CNPq. É membro do Grupo de Filosofia e Práticas Psicoterápicas da PUC-SP (Grupofpp) e membro do Grupo de trabalho em Filosofia e Psicanálise da Associação Nacional de Pós-graduação em Filosofia (ANPOF). Publicou em 2010 o livro “Winnicott e Heidegger: aproximações e distanciamentos”. São Paulo: DWW Editoria/FAPESP. Atualmente é professor adjunto na Universidade Estadual de Londrina no Paraná e coordenador do Mestrado em Filosofia da mesma universidade. Suas publicações versam sobre temas da psicanálise de Winnicott e da filosofia de Heidegger.

³ Psicóloga, Mestre Doutora em Psicologia Clínica – IP-USP, Docente do Departamento de Psicologia e Psicanálise – CCB-UEL. Coordenadora do Projeto de Extensão 01619 – “Atendimento a famílias por meio dos recursos artístico-expressivos com base no referencial winnicottiano”. E-mail: mairabonafe@gmail.com

winnicottiana levadas adiante, sobretudo, pelo Grupo de Pesquisa em Filosofia e Práticas Psicanalíticas, conduzido pelo Zeljko Loparic.

Winnicott deixou de ser lido como apenas mais um dos continuadores da obra de Freud e passou a ser considerado como o psicanalista que provocou uma mudança de paradigma na própria história da psicanálise. De forma bastante sumária, isto significa dizer que a psicanálise winnicottiana não concentra a solução de seus problemas clínicos no modelo do Complexo de Édipo e sim na constituição de uma relação dual entre dois seres: um que precisa conquistar gradualmente maturidade para poder-ser e conquistar um sentido para uma vida real que valha a pena – o bebê – e outro que, por meio de seus cuidados, promove as condições necessárias para esta chegada – a mãe ou aquele que se dedica a um bebê. Isto não quer dizer que Freud tenha sido esquecido e abandonado. Muito pelo contrário, Winnicott, partindo de Freud, se debruçou sobre problemas que a psicanálise freudiana não conseguia resolver de forma satisfatória como a questão dos distúrbios emocionais graves quer em crianças em tenra idade quer em adultos; tendo chegado a formular concepções próprias e originais sobre saúde e doenças psíquicas.

Winnicott passou a ser lido por si mesmo, isto é, sem as lentes kleinianas e sem as lentes freudianas. Desde então, questões como: há uma teoria winnicottiana? Winnicott não é apenas uma extensão revisada da obra de Melanie Klein? O que há de original no pensamento de Winnicott não é apenas uma teoria sobre o brincar? Tais questões já estão ultrapassadas e não fazem mais sentido. Winnicott nos apresenta um complexo arcabouço teórico chamado teoria do amadurecimento pessoal que consegue discutir e oferecer bases para se refletir e tratar tanto de neuroses como de psicoses.

Os artigos que estão reunidos neste livro mostram em sua diversidade de abordagens teóricas e clínicas a riqueza e proficuidade da teoria do amadurecimento, desvelando-nos a necessidade de continuarmos pesquisando o desenvolvimento da história da psicanálise e a história da psicanálise de Winnicott no contexto das mudanças de paradigma.

Agradecemos pelo apoio do Mestrado em Filosofia de Centro de Letras do Centro de Ciências Humanas e do Departamento de Psicologia e Psicanálise do Centro de Ciências Biológicas da Universidade Estadual de Londrina, e pelo apoio da Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana.

Boa leitura!

Conferências

Winnicott e Freud

Rodolfo Fenile⁴

Resumo

Pretende-se apontar em linhas gerais a necessidade de Freud em formular uma ciência do tipo naturalista, contando com conceitos auxiliares, criando assim a metapsicologia que norteia a teorização psicanalítica. Pretende-se igualmente apontar a maneira não naturalista e não metapsicológica de Winnicott elaborar sua psicanálise, desenvolvendo uma teoria do amadurecimento pessoal e não meramente uma teoria do funcionamento do aparelho psíquico.

⁴ Psicólogo clínico. Membro afiliado da Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana. Professor do Centro Winnicott de São Paulo e do Centro Winnicott de Campinas. Coordenador adjunto e professor do curso de pós-graduação (lato sensu) "Interfaces da Psicanálise de Winnicott" do Centro UNISAL - Lorena. Coordenador adjunto e professor do Grupo Winnicott do Vale do Paraíba e dos Colóquios Winnicott do Vale do Paraíba. Possui formação em Filosofia, Teologia e Psicologia.

Winnicott e Ferenczi: aproximações e Diferenças

Elsa Oliveira Dias⁵

Resumo

O estudo visa examinar e cotejar as críticas formuladas à psicanálise freudiana, inicialmente por Ferenczi e mais tarde, por Winnicott, e comparar as soluções propostas por ambos, ao constatarem, cada qual em sua época, a crise à qual fica exposta a psicanálise tradicional caso não reveja certos aspectos fundamentais de sua teoria e de sua técnica clínica.

⁵ Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1975) , mestrado em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1984) e doutorado em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1998). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia do Desenvolvimento Humano. Atuando principalmente nos seguintes temas: Winnicott, amadurecimento, distúrbio psíquico, psicose, trauma e agonias impensáveis.

Winnicott e Jung

Zeljko Loparic⁶

Resumo

De início, o presente artigo reconstrói a avaliação winnicottiana da psicologia analítica e da autobiografia de Jung, explicitando a maneira como Winnicott concebeu a oposição entre Jung e Freud, tanto em termos pessoais com teóricos. Em seguida, são estudados certos temas centrais da psicanálise winnicottiana, cuja elaboração revela traços do diálogo com Jung. Por fim, apresentam-se argumentos para a tese de que a psicanálise winnicottiana pode ser vista como a superação da oposição entre Jung e Freud.

Palavras-chave: Winnicott, Jung, Freud, psicanálise, psicologia analítica.

⁶ Possui graduação em Filosofia - Universidade Católica de Louvain (1962), mestrado em Filosofia - Universidade Católica de Louvain (1965), doutorado em Filosofia - Universidade Católica de Louvain (1982) e pós-doutorado em Filosofia pela Universidade de Konstanz (1987). Atualmente, é professor colaborador da Universidade Estadual de Campinas e docente da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Tem experiência de ensino e pesquisa na área de Filosofia, com ênfase em História da Filosofia e Filosofia da Psicanálise, desenvolvendo trabalhos principalmente sobre seguintes autores e temas: Kant, Heidegger, Winnicott, semântica transcendental, pensamento pós-metafísico e paradigma winnicottiano.

Mesas Redondas

O trabalho do psicanalista de acordo com a demanda

Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro⁷

Resumo

Buscou-se analisar as considerações de Winnicott sobre o trabalho do analista, especialmente o que foi por ele denominado *de acordo com a demanda do paciente* e sua pertinência na atualidade da saúde mental pública. Ao falar sobre possibilidades de atendimento psicanalítico para Winnicott são focalizadas também suas exposições sobre o valor da Consulta Terapêutica, além dos trabalhos com uso do Jogo da Espátula. Considera-se a pertinência desta discussão para pensarmos sobre demandas, tanto dos pacientes crianças quanto sobre as demandas de seus responsáveis. Quando se fala da psicanálise na saúde pública este tema se reveste de suma importância devido às questões práticas que se apresentam no espaço público de saúde.

Palavras-chave: Psicanálise com crianças, Winnicott, Saúde Pública

Abstract

We sought to examine the considerations of Winnicott on the analyst's work, especially that which was called by him according to patient demand and its relevance in today's public mental health. When talking about possibilities of psychoanalytic treatment for Winnicott are also focused their presentations on the value of the Therapeutic Consultation, plus use of the work with the Game of Spatula. It is considered the relevance of this discussion to think about the demands of both children and patients about the demands of their guardians. When speaking of psychoanalysis in this public health issue is of utmost importance due to practical issues that arise in public health.

Keywords: Psychoanalysis with children, Winnicott, Public Health.

Introdução

Quando fui convidada para este Simpósio estava justamente lendo o livro de Winnicott *The Piggle: Relato do Tratamento Psicanalítico de uma menina*, de 1987. Não foi, portanto, aleatoriamente que escolhi este tema, visto que estava e estou

⁷ Professora Assistente Doutora do Departamento de Psicologia Clínica do Curso de Psicologia da UNESP/Assis. Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Doutora em Psicologia como Profissão e Ciência pela PUC-Campinas. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa (CNPq) Figuras e modos de subjetivação no contemporâneo. E-mail: diana@assis.unesp.br.

implicada com a questão de nossa prática clínica em enquadres diferenciados, especialmente na saúde pública em unidades básicas de saúde e estratégias de saúde da família. Nada mais natural do que o tema de um enquadre clínico diferenciado proposto por Winnicott que já se preocupava com questões práticas de seus pacientes desde os primórdios de sua atuação como pediatra e psicanalista.

Foi em um Pré congresso ao Congresso Internacional de Psicanálise na Europa, em junho de 1969 que Winnicott apresentou, para ser supervisionado por Ishak Ramzy (que fora seu aluno) o caso por ele denominado de *psicanálise de acordo com a demanda* (1987, p. 12). Tratava-se do caso de uma pequena garota apelidada de Piggie que foi conduzido por meio de sessões infrequentes e irregulares, sempre realizadas após solicitação da garota e com ampla participação de seus pais, especialmente de seu pai nas próprias sessões. Abriu-se na época amplo debate sobre se o que era por ele exposto se tratava de análise ou de psicoterapia.

No prefácio do livro *The Piggie*, Ramzy aponta que Winnicott dizia não ser capaz de estabelecer esta distinção. Ele resume a questão ao dizer que o que importa é saber se o terapeuta fez treinamento analítico ou não. Em 1962, volta ao assunto numa frase famosa que provavelmente vocês já devem ter ouvido que é:

Gosto muito de fazer análise e sempre aguardo com expectativa o final de cada uma delas. A análise pela análise não tem sentido para mim. Faço análise porque é disso que o paciente precisa e aceita. Se o paciente não precisa de análise, faço então, outra coisa. Na análise, pergunta-se: quanto é permitido fazer? Por contraste, em minha clínica, o lema é: quão pouco precisa ser feito? (WINNICOTT, 1983/1962, p.152).

E continua:

Em minha opinião, nossos objetivos no exercício da técnica não são alterados, no caso de interpretarmos os mecanismos mentais que pertencem aos tipos psicóticos de desordem e aos estágios primitivos nas fases emocionais do indivíduo. Se nosso objetivo continua a ser o de verbalizar o consciente incipiente em termos da transferência, então estaremos fazendo análise; caso contrário, seremos então analistas fazendo outra coisa que consideramos apropriada à ocasião. E por que não? (WINNICOTT, 1983/1962, p. 155).

Então se trata de discorrer sobre a necessidade, em algumas situações de nossa prática, de sermos um psicanalista fazendo outra coisa mais apropriada à ocasião, mantendo o rigor teórico e a coerência com o método psicanalítico.

Dias (2003) nos ofertou um livro no qual apresenta de forma unitária, segundo suas próprias palavras, o corpo conceitual da teoria winnicottiana e organiza e descreve os vários estágios do processo de Amadurecimento Pessoal de Winnicott. Segundo ela:

A ênfase dessa teoria recai sobre os estágios iniciais, pois é nesse período que estão sendo constituídas as bases da personalidade e da saúde psíquica. Iluminando o que se passa na peculiar relação bebê-mãe, Winnicott descreve as necessidades humanas fundamentais – que, desde as etapas mais primitivas, permanecem ao longo da vida até a morte do indivíduo – e as condições ambientais que favorecem a constituição paulatina de identidade unitária – que todo bebê deve poder alcançar -, incluídas aí a capacidade de relacionar-se com o mundo e com os objetos externos e de estabelecer relacionamentos interpessoais (DIAS, 2003, p. 13).

A Teoria do Amadurecimento é, portanto, o ponto de partida, o cerne do pensamento winnicottiano e sobre o qual se assenta a base da saúde psíquica e dos distúrbios psíquicos, com a classificação destes, e das várias imaturidades do homem. Também sobre esta base teórica repousam as possíveis ações terapêuticas, a prevenção e a cura destas doenças e imaturidades.

Saúde relaciona-se, por conseguinte, à adequação entre maturidade emocional e idade cronológica e as patologias psíquicas relacionam-se às imaturidades persistentes ao longo do tempo e estariam em desacordo com a idade cronológica da pessoa.

O que destaque é o papel atribuído por Winnicott ao ambiente que recebe o bebê e que tem na família o principal veículo de cuidado e de constituição deste novo ser humano. As necessidades da criança e os cuidados que requerem e recebem *ou não* da família, configuram importantes dados a serem observados quando se instala uma doença psíquica que solicita a atuação de um psicanalista.

O valor atribuído por Winnicott a situação familiar é fundamental na condução dos procedimentos terapêuticos indicados em cada caso em particular.

O que pretendo enfatizar é que há uma diferença muito grande ao se receber na clínica uma criança com psicopatologia subjacente aos primórdios de sua vida, relativa à dependência absoluta do bebê, ou se receber uma criança cuja psicopatologia remete à dependência relativa, especialmente quando já se constitui como uma pessoa, como

não-eu. Assim como se receber uma criança que caminha rumo a sua independência (nunca alcançada em sua totalidade).

São várias as condições psicopatológicas possíveis de ocorrerem ao longo do processo de amadurecimento, mas todas dizem respeito à relação estabelecida *ou não* entre a criança e as pessoas que dela cuidam. Winnicott discorre sobre as funções maternas e paternas que são fundamentais para se compreender sua teoria e a psicopatologia que subjaz a esta, mas não objetivo me aprofundar nesta questão, nem ela é a temática principal da minha fala. Embora reconheça ser ela importante para sua compreensão.

O que me parece imprescindível é o fato destacado por Dias (2003) de que são as psicoses e não as neuroses, o paradigma do adoecer humano para Winnicott. Há que se destacar e privilegiar os estágios de amadurecimento iniciais. Dias nos ensina que “Referido às tarefas fundamentais do início da vida, os distúrbios psicóticos derivam do fracasso ambiental em favorecer a resolução dessas tarefas, transformando-as em conquistas do amadurecimento” (2003, p. 15).

Penso então que cada caso clínico seja único e solicite uma resposta própria à necessidade inerente àquela criança, naquele meio ao qual esta pertença (viva).

Sob os preceitos da Teoria do Amadurecimento de Winnicott devem-se realizar diagnósticos pessoais da criança e de seu processo maturacional, e diagnósticos sociais da família, da escola, entre outros, para que se saiba o que esperar em termos psicopatológicos ou não, assim como de acolhimento do meio às respostas da criança ao tratamento psicanalítico indicado. Isto também recomenda que estas avaliações sejam efetuadas ao longo do processo de tratamento. Winnicott já indicava o tanto que valorizava o diagnóstico:

Como tantas vezes se mostra verdadeiro quando examinamos um mecanismo psicanalítico, trata-se de uma questão de diagnóstico, e, se fossemos melhores em diagnóstico, pouparíamos a nós mesmos e a nossos pacientes um bocado de tempo e desespero (WINNICOTT, 1994/1968, p. 182).

Na realização de diagnósticos, Serralha (2009) diz que:

Se descartados os problemas de malformação do cérebro e outros problemas neurológicos que contribuem para imaturidades, estas resultariam de falhas por parte do ambiente, no fornecimento de

cuidados facilitadores do amadurecimento emocional da criança. Desse ponto de vista, cada caso clínico teria necessidades diferentes que poderiam exigir mudanças na técnica psicanalítica clássica, cujo principal recurso é a interpretação. Essa técnica clássica seria aplicável aos casos de neuroses, ou seja, casos em que o amadurecimento da criança não foi bloqueado em idade mais precoce por inadequação do ambiente, podendo ela alcançar um grau de integração maior que lhe possibilite a condição de ser um si mesmo individual (p. 149).

E os casos mais graves, ditos difíceis, como de autismo? Estes necessitariam de manejo clínico diferenciado da técnica clássica, no qual se destaca o oferecimento de *holding* (sustentação psíquica e até mesmo física, em alguns casos). Massud Khan, no prefácio do livro de Winnicott *Da pediatria à psicanálise*, define o manejo:

O manejo é, na verdade, o provimento daquela adaptação ambiental, na situação clínica e *fora dela*, que faltou ao paciente no seu processo de desenvolvimento e sem o qual tudo o que ele pode fazer é existir pela exploração reativa de mecanismos de defesa, assim como pelo seu potencial do id. Só quando o manejo foi eficaz para o paciente é que o trabalho interpretativo pode ter valor clínico. O manejo e o trabalho interpretativo muitas vezes caminham lado a lado, apoiando-se mutuamente, um facilitando a ação do outro na experiência de vida total do paciente (2000, p. 28).

Segundo Avellar (2004) as principais características do manejo são:

[...] criar um setting protegido de invasões; propiciar ao paciente aquilo de que necessita: ausência de intrusão pela interpretação, presença corporal sensível; permitir que o paciente se movimente livremente pelo consultório e faça o que sentir necessidade; e, pelo manejo, propiciar aspectos de cuidado que o ambiente familiar e social não proporcionaria (p. 91-92).

Como consequência do manejo há a possibilidade de um trabalho interpretativo bem sucedido, corroborando a tese de que manejo e interpretação podem ser complementares.

Para Winnicott a interpretação tem como propósito a inclusão de um sentimento que o analista tem de que foi feita uma comunicação, que precisa ser reconhecida e que o analista está tentando alcançar corretamente o sentido daquilo que foi comunicado. Muitas vezes, a comunicação se dá no silêncio da sessão.

Avellar (2004) acrescenta que:

A questão principal em Winnicott é compreender qual a comunicação essencial que o paciente está fazendo naquele momento da sessão e devolvê-la de uma maneira que ele possa ouvir e reconhecer. A comunicação essencial se dá no espaço potencial porque é aí que o indivíduo busca aquilo que atende às suas necessidades desenvolvimentais. E o analista proporciona o ambiente necessário para que esta comunicação aconteça. A confiabilidade é condição para esse tipo de trabalho (p. 93).

Quando se fala em interpretação, portanto, se considera como fundamental a capacidade do analista de fornecer *holding* ao paciente. Essa capacidade reflete na forma como se oferece a interpretação (gestos, tom de voz, silêncio, etc.).

Falando em comunicação essencial, comunicação significativa que ocorre no espaço potencial e por meio da capacidade do analista de oferecer *holding*, observa-se o que foi denominado por Winnicott de *Consultas Terapêuticas*. Essas têm uma característica muito peculiar, pois representam a exploração integral das primeiras entrevistas psicológicas e, ainda, a possibilidade de avaliação e intervenção psicológica em encontros analíticos que se respaldam numa *comunicação significativa* entre terapeuta e paciente (LESCOVAR, 2001). As Consultas Terapêuticas duravam de uma a três sessões, caracterizando-se como uma intervenção breve.

Não se efetiva a Consulta Terapêutica por meio de procedimentos técnicos específicos, nem estabelecidos a priori: a comunicação é da dupla terapeuta e paciente; Winnicott utilizava com frequência o Jogo do Rabisco, que não se constituía enquanto técnica, mas sim de flexibilidade suficiente para que fosse usado por cada paciente de maneira própria. A comunicação significativa pode se dar por meio da fala, do brincar, de desenhos, enfim do uso de mediadores dialógicos. É na transicionalidade que o brincar é propiciado e que o uso de mediadores dialógicos faz sentido na clínica (MEDEIROS, 2003, P. 141).

Ao discorrer sobre Consultas Terapêuticas, considerada então por Winnicott uma terapia rápida, com poucas sessões, este demonstra a importância que atribui à *família* na prevenção de distúrbios psíquicos e como veículo principal de cuidado e prevenção de saúde psíquica. Na condução de Consultas Terapêuticas com crianças a família, ou uma situação familiar, é condição para que se use de Consultas Terapêuticas (LESCOVAR, 2001).

Lescovar (2001) em sua dissertação de mestrado orientada por Loparic nos diz que isso se deve ao fato de grande parte do trabalho de Consultas Terapêuticas depender da sustentação dada pela família à criança após o desbloqueio em seu desenvolvimento atingido por meio das entrevistas.

A família fazia parte do trabalho de Winnicott em diversas situações: ele trocava cartas e telefonemas com a família para avaliar seu próprio trabalho e para acompanhar o desenvolvimento da criança; ele contava com a confiança e transferência positiva dos pais para conseguir bons resultados de forma breve. Para Winnicott a limitação para o uso e efetivação das Consultas Terapêuticas se dá também e em grande parte pela disponibilidade ambiental para acolher seu próprio desenvolvimento, mais até do que pela gravidade do distúrbio da criança. Neste sentido podemos afirmar a importância do diagnóstico dito social e da necessidade de constante interlocução com a família de nossos pacientes.

Lescovar acrescenta que “... em Consultas Terapêuticas, assim como no Jogo da Espátula, inicialmente, a criança deverá hesitar quanto à apresentação de sua problemática” (p. 210). Khan (2000/1958) caracterizou o período de hesitação como a base da configuração da confiabilidade na relação profissional, como a matriz para a emergência do processo de ilusão. Há que se esperar pelo gesto da criança. Neste sentido, ainda segundo Khan, há clara diferença entre resistência e hesitação.

Winnicott trabalhou no *Paddington Green Children's Hospital* e no *Queen's Hospital for Children* por cerca de quatro décadas, nas quais atendeu a cerca de 60.000 bebês, crianças, mães, pais e avós (Khan, 2000/1958). Ao longo desse período, observou certo padrão de comportamento infantil com um objeto – a espátula – nas consultas que realizava com os bebês e seus responsáveis, em geral com as mães. Descreve esse padrão de comportamento no Jogo da Espátula em seu trabalho “Observação de Bebês numa Situação Padronizada”, em 1941, e o demonstra com o que chama de “estágios”.

Devido à sua importância para a reflexão deste artigo, reproduzimos abaixo o “Jogo da Espátula” tal como apresentado por Avellar (2004):

Estágio 1- O período de hesitação. O bebê é atraído pela espátula, estende a mão para a espátula e, em seguida, percebe que a situação merece ser considerada. Instaura-se um dilema, o momento é de expectativa e imobilidade. Nenhuma intervenção deve ocorrer nesse momento. Estágio 2 – O bebê põe a espátula na boca e mastiga-a com

as gengivas. Ao invés de expectativa e imobilidade, surge autoconfiança acompanhada de livre movimentação corporal, relacionada à manipulação da espátula. O bebê está de posse da espátula e parece sentir que ela está sob o seu domínio, à disposição dos seus propósitos de auto-expressão. Estágio 3- O bebê deixa cair a espátula como que por engano. Se ela lhe é devolvida, diverte-se, livrando-se dela agressivamente. Em seguida, vai para o chão e diverte-se com outros objetos [...]. (Avellar, 2004, p. 75).

Podemos notar que é por meio da *hesitação* que o bebê sente o ambiente, se familiariza com ele, para que, depois de estabelecida a confiança e recebida a “autorização” dos responsáveis por aquele ambiente e objeto, possa explorá-lo por um gesto espontâneo, que origina uma maneira de se colocar naquele momento. Na situação analítica, analogamente, podemos considerar que o brincar do paciente seja o gesto espontâneo possibilitado pelo estabelecimento de um *setting* de confiança que não seja invasivo, antecipando a “colocação da espátula na boca” do bebê-paciente.

Coloco-me em acordo com Khan (2000), para o qual:

O conceito do “período de hesitação” acrescenta algo novo ao conceito clássico de resistência conforme o conhecemos dos trabalhos de Freud. É muito freqüente encontrarmos em escritos psicanalíticos interpretações da resistência de um paciente, quando na verdade o paciente se encontra em um “período de hesitação”, ou seja, em outras palavras, o paciente está de fato tateando para encontrar “uma espécie de intimidade” na situação analítica, onde ele irá aos poucos fazer a sua primeira contribuição verbal ou gestual [...] (p. 19).

O Jogo da Espátula é um paradigma para pensarmos o ritmo e a temporalização da sessão e a organização do processo analítico como um todo. Tem começo/hesitação, desenvolvimento e fim/período de finalização.

O trabalho de acordo com a demanda ou Psicanálise “compartilhada com os pais”

Trabalhar com a modulação do tempo respeitando o tempo de finalização dado pelo paciente com a conclusão de seu jogo possibilita que este não precise mais usar o analista, pois a questão transferencial se conclui naquela sessão, com o analista permitindo ser destruído pelo paciente (AVELLAR, 2004).

O trabalho do tempo no desenvolvimento de uma experiência ser permitida ao paciente lança as bases também do trabalho em Consultas Terapêuticas, mas segundo Lescovar (2001):

Independentemente da modalidade de atendimento (Consultas Terapêuticas, análise padrão, psicoterapia breve, trabalho segundo a demanda), o importante, para a clínica psicanalítica winnicottiana, concentra-se na permissão e no favorecimento de experiências integrais à criança, completando ciclos que vão da relação subjetiva ao uso de objetos. O Jogo da Espátula (1941) pode ser tomado como exemplo paradigmático da condução clínica de Winnicott (p. 218).

Trabalhar com a modulação do tempo nesta perspectiva, segundo Avellar (2004) permite que o trabalho analítico seja feito segundo a demanda do paciente, tal como no caso relatado por Winnicott, The Piggie, no qual a paciente pedia uma sessão quando demandava trabalhar alguma questão.

Para Winnicott (2000/1941) o terapêutico neste trabalho estava no fato de o desenvolvimento completo de uma experiência ser permitido. Ele dizia ofertar ao paciente, tal como a mãe ao seu bebê, o direito de completar uma experiência que tem o valor de uma *lição de objeto*. Para Avellar (2004),

[...] Desenvolver uma experiência completa, sentir-se atraído pela espátula, apossar-se dela, jogar com ela e poder livrar-se dela sem alterar a estabilidade do meio ambiente, tem um grande valor terapêutico porque permite que a criança estabeleça a confiança nas pessoas e a crença de boas relações internas constituindo uma lição de objeto (AVELLAR, 2004, p. 77).

As mães sabem o valor de uma experiência completa, e as muitas experiências deste tipo têm valor cumulativo para o estabelecimento da saúde psíquica do bebê.

O analista deve, pois, conduzir a situação de análise de maneira que se aproxime do “Jogo da Espátula”. A análise seria o acúmulo de várias experiências completas.

No livro *The Piggie* (1987) Winnicott descreve as várias sessões realizadas com Gabrielle quando solicitadas por ela. Gabrielle, a Piggie, recebeu este apelido carinhoso que podemos traduzir por ‘porquinha’ e que poderia ser equivalente no Brasil a ‘gatinha’, por exemplo.

Ela adoece após o nascimento de sua irmãzinha e contava dois anos e quatro meses quando do início do tratamento. Winnicott atendeu Gabrielle 16 vezes “de acordo

com a demanda”, e ela estava com cinco anos por ocasião de sua última consulta. Segundo seus pais as preocupações dela a mantinham acordada à noite e tiveram seu início após o nascimento de sua irmãzinha quando ela estava com 21 meses. Além disso, ela ficava aborrecida, deprimida, insegura, angustiada e demonstrava muito ciúmes. Winnicott deixa em seus escritos a descrição da saúde básica de Gabrielle, não definindo o diagnóstico, mas nos informando que não se tratava de criança psicótica.

Ela ao longo das sessões vai do patológico a um “padrão organizado como doença” (defesas mais primitivas se organizaram no lugar das defesas que entraram em colapso com o nascimento da irmã), ainda segundo Winnicott (1987, p. 18). No tratamento ela vai retomando uma série de estádios de maturação que já haviam sido vivenciados antes da segunda gravidez de sua mãe.

Gabrielle morava distante de Londres e esta foi uma razão pela qual Winnicott trabalhou desta maneira. As outras dizem respeito às possibilidades da família participar deste tipo de atendimento, o qual solicita ampla participação deles em todo o processo, e o fato de, nesta época, Winnicott já estar adoentado.

Ele ainda faz na apresentação do livro *The Piggie* considerações sobre o significado para a família de a criança estar sob os cuidados do analista. Para ele o analista é mais tolerante à sintomatologia da criança do que os pais. Estes acreditam que, após o início do tratamento, os sintomas que venha a apresentar significam sempre um reinício de análise, mesmo que ela já tenha recebido alta. E, neste ponto, sua reflexão é a de que

Uma vez que se inicia um tratamento o que se perde de vista é a rica sintomatologia de todas as crianças que são satisfatoriamente tratadas em suas próprias casas. É possível que o tratamento de uma criança, de fato, interfira em algo muito valioso, que é a capacidade da família de tolerar e enfrentar os estados clínicos da criança, indicativos de tensão emocional, ou paradas temporárias no desenvolvimento emocional, ou o desenvolvimento propriamente dito (1965/1987, p. 18).

Em acordo com este pensamento de Winnicott, a análise de acordo com a demanda oferece vantagens, mesmo que não haja impedimentos de acessibilidade do paciente, haja vista que a inclusão da família a implica com o tratamento e pode facilitar que aspectos desenvolvimentais esperados não sejam por esta significados como doença, mas sim como passagens esperadas do amadurecimento, com imaturidades as quais a própria família possa cuidar.

Considero que na contemporaneidade faça muito sentido pensarmos que a família, tão atarefada com seus afazeres particulares, possa se implicar mais com o filho em tratamento no caso de ser incluída desde sempre na análise. Responsabilizar os pais e/ou outros familiares pode significar valorizar seu próprio papel e torná-los assim mais próximos e responsáveis com seus filhos. Além de possibilitar que se responsabilizem, de fato, pelo amadurecimento de seus filhos. Não se trata, portanto, de culpabilizá-los.

Os pais de Gabrielle participaram de uma maneira intensa de seu tratamento psicanalítico. Tanto no acolhimento da necessidade, da demanda desta ao solicitar uma sessão com Winnicott, quanto nas próprias sessões e por meio de correspondência em que falavam de seus sentimentos e de suas hipóteses sobre a doença da filha. Trocavam com Winnicott informações, preocupações, seja por cartas ou por telefonemas. Estavam participando ativamente da análise, então nomeada por Winnicott de *psicanálise compartilhada*.

Serralha (2009) conclui seu artigo levantando a pertinência deste trabalho de acordo com a demanda, assim como o de consultas terapêuticas, por constituírem uma possibilidade de a teoria psicanalítica adentrar, manter-se e basear trabalhos com crianças em instituições públicas de saúde até pela impossibilidade real de atendimentos com várias sessões semanais devido às condições de nossa realidade de vida. Além das precárias condições do transporte público, questões financeiras e familiares (por exemplo: famílias com muitos filhos), dificultarem a análise tradicional.

Talvez eu possa concluir este ensaio dizendo que considero a pertinência de se considerar a análise compartilhada na contemporaneidade também como um trabalho que possibilite a implicação dos pais não somente com os atendimentos, mas até com a própria paternidade/maternidade, em alguns casos.

Penso que a análise compartilhada possa se constituir como uma possibilidade de maior implicação da família nos cuidados oferecidos à criança, além de responsabilizá-la, de fato, por seus atendimentos. E este é um modelo para saúde pública, mas também para clínica particular, em meu entendimento. Não se trata de análise para menos favorecidos economicamente, mas sim de se fazer o que é necessário em cada situação analítica. E, assim, fazer o melhor possível.

Referências

AVELLAR, L. Z. *Jogando na análise de crianças: intervir-interpretar na abordagem winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DIAS, E. O. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*, Rio de Janeiro: Imago, 2003.

KHAN, M. M. R. Prefácio (1958). In: D. W. Winnicott, *Textos Seleccionados - Da Pediatria à psicanálise* (Jane Russo trad.) Rio de Janeiro: Francisco Alves, p. 7-61, 2000.

LESCOVAR, G. Z. *Um estudo sobre as consultas terapêuticas de D.W. Winnicott*. Dissertação (Mestrado). Dissertação em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade católica de São Paulo, 2001.

MEDEIROS, C. Brincar, sonhar, ser: reflexões sobre intervenções não-interpretativas em diferentes contextos clínicos. In: AIELLO-VAISBERG, T. e FOLLADOR e AMBRÓSIO. *Ser e Fazer – Trajetos do sofrimento: rupturas e (re) criações de sentido*. São Paulo: Instituto de Psicologia de São Paulo, 2003, p. 138-150.

SERRALHA, C. A. Winnicott com Gabrielle e seus pais. *Natureza humana* [online], vol.11, n.1, p. 149-164, 2009.

WINNICOTT, D. W. Os objetivos do tratamento psicanalítico (1962). In: WINNICOTT, D.W. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Trad. Irineo C. Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 152-155.

WINNICOTT, D. W. *The Piggie*: relato do tratamento psicanalítico de uma menina. Trad. Else Pires Vieira e Rosa de Lima Martins. Rio de Janeiro: Imago, 2ª. Edição, 1987.

WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. Sobre “O uso de um Objeto” (1968). In: *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Trad. de José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

WINNICOTT, D. W. A observação de Bebês numa Situação padronizada (1941). In: WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

Corpo e psicose: uma perspectiva winnicottiana

Lilian Miranda⁸

Resumo

Este trabalho tem como temática a relação psique-soma e suas configurações na psicose. Partindo do pressuposto freudiano de que o eu se estrutura com base no funcionamento corporal, discutimos as formulações de D. W. Winnicott acerca de tal estruturação, apresentando o que o autor chamou de *elaboração imaginativa das funções corporais* e processo de *personalização*. Destacamos que uma das principais etapas da estruturação psíquica corresponde à apropriação pessoal que o recém-nascido faz da anatomia e das sensações corporais gerais, o que requer o suporte de um ambiente capaz satisfazer suas necessidades a contento, sem intervenções que se padronizam como invasão, insuficiência ou imprevisibilidade. Nesse processo, a mãe desempenha a primeira *função de espelho*, reunindo as partes do corpo da criança e refletindo-as através do seu olhar. A partir de algumas vinhetas clínicas, defendemos que problemas no processo de personalização podem desencadear formas de relação com o corpo marcadas por profundo estranhamento ou ameaça, próprias da psicose. O sujeito experimenta um corpo fragmentado, que não se apresenta como uma morada confiável para a psique, porque não pôde vivenciar as funções corporais e imaginá-las no seu ritmo. Nessa perspectiva, nota-se que, enquanto os neuróticos vivem sob o desejo de domar os sinais de autonomia do corpo, os psicóticos se encontram submetidos a uma legião de órgãos e movimentos desgovernados e insubordináveis.

⁸ Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pela Unicamp. Pesquisadora Visitante da ENSP/FIOCRUZ. Experiência de docência em cursos de graduação e especialização da área de saúde, supervisão clínico-institucional em serviços públicos de saúde e trabalho clínico em Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Winnicott e Bowlby

Roseana Moraes Garcia⁹

Resumo

Tanto Winnicott quanto Bowlby, na tradição freudiana, consideraram a psicanálise uma ciência, porém enquanto Bowlby avançou suas pesquisas no campo da ciência natural, enveredando-se pela estatística e pelo estudo da etologia, Winnicott entendeu a psicanálise como uma ciência do existir humano com todas as suas especificidades e complexidades, no que se aproximou do filósofo Martin Heidegger (cf. Loparic, 1999). Neste trabalho pretendo explicitar as principais diferenças entre esses dois autores que muitas vezes são confundidos.

⁹ Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (1990), graduação em Ciência da Computação pela Universidade Estadual de Campinas (1977), mestrado em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2004), mestrado em Matemática Aplicada pela Universidade Estadual de Campinas (1980) e doutorado em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2009). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia do Desenvolvimento Humano, atuando principalmente nos seguintes temas: tendência antissocial, teoria da agressividade, teoria do amadurecimento pessoal e psicanálise winnicottiana. Diretora do Centro Winnicott de Campinas, professora e supervisora da SBPW

Winnicott e Klein

Winnicott and Klein

Carla Maria Lima Braga¹⁰

Resumo

O presente trabalho visa a contribuir com o pensar a respeito da história da Psicanálise e a inserção do psicanalista D. W. Winnicott neste contexto teórico-clínico enfatizando a relação com Melaine Klein e apontando assim, as principais divergências entre os autores. Apesar dos teóricos virem de uma mesma escola Psicanalítica freudiana, cada um diferenciou-se em sua prática clínica e em seu entendimento do desenvolvimento do ser humano. Klein propôs a possibilidade do tratamento psicanalítico de crianças e o correlato da associação livre que seria a brincadeira no atendimento infantil. Klein confere um valor grande às questões libidinais e intrapsíquica. A autora enfatiza que fantasias edípicas têm origens precoces, entendendo que bebês são capazes de estabelecer relações objetais. Em oposição às estas questões, Winnicott enfatiza sobremaneira a participação do ambiente na constituição do indivíduo, contrariando a premissa psicanalítica. Além disso, entende que a vivência de Édipo em termos de objetos parciais seria impraticável, pelo não amadurecimento do bebê.

Palavras-chave: Klein, Winnicott, Psicanálise

Summary

The present work aims to contribute to thinking about the history of Psychoanalysis and the insertion of the psychoanalyst D.W.Winnicott theoretical-clinical in this context emphasizing the relationship with Melanie Klein and pointing out the main differences between the authors. Despite the theorists come from a same Freudian Psychoanalytic school, each differentiated themselves in their clinical practice and in their understanding of the development of the human being. Klein proposed the possibility of psychoanalytic treatment of children and the correlative of free association that would be playing in the children's care. Klein gives a large value libidinal and intrapsychic

¹⁰ Psicóloga. Docente do Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina. Membro da Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana (SBPW) Mestre em Educação pela UEL. Doutora em Psicologia pela PUC/ Campinas. Coordenadora do Projeto Integrado “A Clínica Winnicottiana: um estudo sobre a Teoria do Amadurecimento Pessoal e o Manejo Clínico”. Membro da Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana

issues. The author emphasizes that edipianas fantasies have early origins, understanding that babies are capable of objetais relations. In opposition to these issues, particularly emphasizes the participation of Winnicott environment in the individual's Constitution, contrary to the psychoanalytic assumption. In addition, believes that the experience of partial objects with Oedipus was impracticable and not baby ripening.

Keywords: Klein, Winnicott, Psychoanalysis

Boa tarde a todos. Inicio a minha fala enfatizando a importância de nós estudarmos a História da Psicanálise para poder entender e diferenciar alguns aspectos teóricos importantes. Aqui pensaremos o lugar em que Winnicott teve dentro deste contexto teórico clínico a agora vejamos sua relação com Melaine Klein e as principais divergências teóricas.

Melanie Klein, psicanalista nascida na Áustria, tomou contato com a psicanálise em 1914 com artigo de Freud e iniciou seus estudos através do incentivo de seu então analista, Karl Abraham, um importante seguidor de Sigmund Freud. Este autor merece um destaque devido a sua contribuição no desenvolvimento de uma teoria psicanalítica que destacava a agressividade como algo de importância primordial durante os primeiros meses de desenvolvimento da criança, o que pode ser considerado o ponto de partida da teorização kleiniana.

Esta autora austríaca pode ser denominada de principal representante da segunda geração psicanalítica mundial, já que transformou o freudismo clássico, criando uma nova forma de análise, a análise de crianças. Partindo do âmbito fisiológico da teoria freudiana, Klein aprofundou-se na dimensão psicológica, com intuito de estudar a mente das crianças de tenra idade, suas fantasias, medos, angústias, etc. Sua primeira tarefa foi desenvolver uma técnica de análise que viabilizasse o acesso ao inconsciente da criança, já que não é esperado que uma criança pequena colabore com a técnica da associação livre. Ela desenvolveu então a análise através da brincadeira. Por meio da atividade lúdica, a autora interpretava as fantasias, as angústias, e outras manifestações do inconsciente da criança, as quais eram expressas de maneira simbólica.

Klein divergiu do pai da psicanálise em relação à importância crucial que este atribui à sexualidade, na medida em que ela coloca a agressividade, inata na criança, como central em sua teoria. A teorização kleiniana a respeito das fantasias inconscientes é extremamente precisa e detalhada. Pode-se dizer que a autora aumentou o poder da

análise clínica e aplicada, ao abordar estes fenômenos que não foram explorados por Freud.

De toda forma, a teoria kleiniana ainda enfatizou as questões libidinais e ainda considerava o complexo de Édipo como dinâmica central em todo o desenvolvimento humano, apesar de conceber a ideia de que o complexo de Édipo acontece por volta dos 2 ou 3 anos de idade (1923) e no primeiro ano de vida (1926) e em 1927 entende que seria um processo a partir de desmame. Afirma que o superego arcaico é cruel, rigoroso e punitivo além do componente da agressividade aparecer em destaque na fantasia edípica da criança. Para Klein surge um sentimento de culpa e um medo da punição.

Em relação a este ponto de vista, afirma Loparic (apud Marchioli 2010) que nos anos 30, quando o complexo de Édipo ainda era geralmente aceito como nuclear, Winnicott notou a existência de múltiplas formas de distúrbios, acompanhadas de angústias que não pareciam poder ser enquadradas como “regressões aos pontos de fixação pré-genitais”, ligados à “dinâmica provenientes do conflito do complexo de Édipo plenamente desenvolvido” (p. 74). Winnicott concluiu: algo estava errado em algum lugar... Então vejamos algo sobre Winnicott.

Winnicott, médico que em sua formação conviveu no mundo da pediatria e psiquiatria e logo cedo, ainda estudante, percebeu que os distúrbios físicos não se tratavam apenas de uma questão organicista. Para Dias, (2002) “ele parece ter sido, muito cedo, despertado para o fato de que a saúde, e mais do que a saúde, o sentir-se vivo, não pode resumir-se ao bom funcionamento dos órgãos e das funções, e que separar o físico do psíquico é um procedimento intelectualmente possível, mas altamente artificial” (p. 120).

Ainda estudante teve contato com a obra de Freud, em 1920 torna-se médico e em 1923 inicia sua análise.

Em 1935, por sugestão de seu analista, procura Melanie Klein, que já era conhecida por seu interesse pelas angústias precoces e por suas teorias sobre as fases mais primitivas da infância. Considerando da maior importância o estudo empreendido por Klein, Winnicott persegue a trilha aberta por ela e torna-se seu supervisionando de 1935 até 1940. Chegou a ser analista de seu filho Eric de 1935 a 1939. (mas recusa-se a ser supervisionado por ela no caso do filho, como ela pretendia) Percebeu logo que Klein sabia muito, e muito mais do que ele, sobre o tema e, mesmo em fases posteriores, quando se distanciou decisivamente da linha teórica kleiniana, afirmou

sempre ter aprendido muito com ela. Havia, no entanto, desde o início, diferenças teóricas que foram se aclarando e aprofundando à medida que os elementos conceituais básicos da sua própria teoria ganhavam precisão, acabando por revelar que as respectivas teorias eram incompatíveis já nos fundamentos.

Enquanto Klein construía seu pensamento e apresentava suas ideias através da Sociedade Britânica de Psicanálise depois de sua chegada em Londres em 1926 outros autores começavam a desenvolver trabalhos próprios e delinear novos caminhos para o pensamento psicanalítico pós-guerra. O principal interesse era nos acontecimentos da vida precoce do indivíduo.

Este seria um dos pontos de divergência pelo fato de Klein haver formulado o desenvolvimento individual do bebê humano em termos exclusivamente intrapsíquicos, sem referência ao ambiente. Essas diferenças nos pressupostos determinaram caminhos teóricos e clínicos radicalmente diversos: enquanto Winnicott se preocupava com a descrição das necessidades pessoais do bebê e dos vários tipos de fracasso ambiental na resposta a essas necessidades, Melanie Klein continuava a descrever os mecanismos mentais primitivos do bebê e a configurar os conflitos internos e fantasmáticos do psiquismo, num total desprezo pela realidade externa.

Outro ponto de discórdia diz respeito ao início do complexo de Édipo. Para Klein as fantasias edípicas tem origem precoce ou pré-genital e que é um fenômeno de vida primitiva estabelecendo-se aos 6 meses de vida. A autora relaciona o Complexo de Édipo com a frustração oral sentida pelo bebê no processo do desmame, reforçada pelas frustrações anais do treinamento de hábitos higiênicos.

No extremo oposto encontra-se Winnicott que sem dúvida mostra sua oposição ao conceito de Complexo de Édipo precoce de Klein. Seu posicionamento tem base pontos importantes que diverge do pensamento da compreensão do ser humano. Para o autor, quando o indivíduo chega ao complexo de Édipo esta é uma conquista tardia no processo de amadurecimento ou como ele diz um “ganho em saúde”. Um conquista na qual mostra que as etapas anteriores transcorreram tal como deveriam. Essa conquista permite a criança o estabelecimento de uma relação triangular, em que cada integrante do triângulo é uma pessoa inteira. A criança pode então integrar sentimentos de amor e ódio seja em relação a si mesmo seja em relação ao objeto. Para Winnicott essa etapa pode ser vivida a sexualidade.

O momento do Édipo é de fantasias e experiências genitais, a realização fica postergada para o início da puberdade, neste caso a intervenção do terceiro elemento da

relação representa um alívio para a impotência da criança, que na ausência desta terceira figura, precisa enfrentar a agonia da impotência sozinha.

As divergências teóricas existentes na Sociedade Britânica de Psicanálise, protagonizadas por Melaine Klein e Anna Freud afastou Winnicott desta disputa teórica, trazendo uma independência de pensamento. Winnicott tinha uma insistência na vida de ser ele mesmo e desta forma desagradou principalmente a Klein, pois fizera parte do corpo teórico kleiniano. A relação entre Klein e Winnicott era como a de um aluno para a sua mestre. No início ela escrevia longas cartas a afetuosas, mas com o tempo e com as suas discordâncias teóricas, a relação ficou em desacordo. Suas objeções fundamentavam-se especialmente na relutância dela em reconhecer a importância da mãe concreta e de sua conduta concreta no desenvolvimento do bebê.

Em um episódio Klein convida Winnicott para escrever um capítulo de livro e em uma carta de 1952, ele responde:

Pessoalmente, acho que é muito importante que seu trabalho seja reafirmado por pessoas que façam descobertas à sua própria maneira e que apresentem o que descobrem em sua própria linguagem. É desse modo que a linguagem será mantida viva. Se você estipular que no futuro apenas a sua linguagem será usada para expressar as descobertas de outra pessoa, então a linguagem se torna uma linguagem morta, como já se tornou na Sociedade...Estou preocupado com essa estrutura, que poderia ser chamada de kleiniana, que acredito ser o real perigo para a difusão de seu trabalho. Suas ideias sobreviverão na medida em que forem redescobertas e reformuladas por pessoas originais, dentro e fora do movimento psicanalítico. (Winnicott, [1952], 2005, p. 43)

Em outro trecho da carta, Winnicott, de maneira incisiva afirma:

Sinto que você está tão bem rodeada pelos que a apreciam, valorizam o seu trabalho e tentam colocá-lo em prática, que você tende a perder contato com outros que estão fazendo um bom trabalho, mas que por acaso não caíram sob sua influência.... (p.45)

Assim, Winnicott ao tentar dar reconhecimento adequado ao papel dos eventos externos no desenvolvimento humano, ele correu o risco de ser considerado alguém que perdera de vista a revolucionária demonstração de Freud do grau extraordinário com que o inconsciente ordena a nossa percepção do mundo exterior. Ao corrigir a extravagância de Klein sobre a não valorização do ambiente externo, Winnicott

introduziu uma série de ideias singulares por um campo mais amplo da ciência da psicologia, tanto no campo teórico como no campo prático.

Felice (2003) nos aponta a respeito da divergência na técnica analítica com os kleinianos que seria uma relativização da importância da interpretação verbal em análise, juntamente com uma acentuação da relevância do brincar, considerado como dotado de valor terapêutico. Klein enfatizou sua clínica na análise de crianças a qual, de acordo com a autora, tem a mesma função da análise de adultos: a interpretação de fantasias inconscientes. Oliveira (2007) afirma que Klein era contra outras funções expostas por diversos autores; tais como educação e fortalecimento. No caso de crianças pequenas, suas fantasias inconscientes são expressas, simbolicamente, através de sua atividade lúdica, cabendo ao analista a interpretação destas brincadeiras, de forma a elucidar as fantasias subjacentes a elas e analisá-las. Qualquer tipo de brincadeira é um possível continente de fantasias e desejos inconscientes.

Para Winnicott (1975), é somente no brincar que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e descobrir seu *self*. Além disso, é somente no brincar que é possível a comunicação. O autor considera que a psicanálise é uma forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros (WINNICOTT, 1975). Quando o paciente não é capaz de brincar, o terapeuta deve dirigir seu trabalho no sentido de levá-lo a conseguir brincar.

Fulgencio (2011) afirma que a análise winnicottiana é pensada em termos das relações com o ambiente. Nunca se trata, para Winnicott, de uma relação apenas da perspectiva da dinâmica interna do indivíduo, mas de um estar-com que caracteriza ter um lugar compartilhado com o outro para viver. O autor afirma isso baseado em sua concepção de que o amadurecimento é uma linha que vai da dependência para a independência, sabendo, no entanto, que a independência nunca é absoluta, mas deve integrar a vida social e a vida cultural.

Desta forma, Winnicott, introduziu os conceitos que denominou “preocupação materna primária”, “mãe satisfatória”, “mãe dedicada comum”, “fase de preocupação”, ambiente, objetos transicionais, invasão, regressão à dependência, verdadeiro e falso *self*, tendência antissocial. Além disso, desenvolveu uma teoria do desenvolvimento infantil, normal e patológico. Voltou-se para temas da criação de filhos, da brincadeira em todas as suas formas, do relacionamento da vida individual e grupal, social e cultural, da criminalidade e da técnica psicanalítica.

Referências

- OLIVEIRA, M. P. Melanie Klein e as fantasias inconscientes. *Winnicott e-prints*, v. 2, n. 2, pp. 1-19. 2007.
- DIAS, E. O. A trajetória intelectual de Winnicott. *Natureza Humana*, v. 4, n. 1, 111-156. jun/2002.
- FELICE, E. M. O lugar do brincar na psicanálise de crianças. *Psicologia: teoria e prática*. v 5, n. 1, pp. 71-79. 2003.
- FULGENCIO, L. A constituição do símbolo e o processo analítico para Winnicott. *Paidéia* (Ribeirão Preto) vol.21 n.50, pp. 393-401 Sept./Dec. 2011.
- MARCHIOLLI, P. T. O. *Análise do conceito do complexo de Édipo em Melaine Klein e Donald Winnicott*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2010.
- WINNICOTT, D. W. *Gesto Espontâneo*. São Paulo Ed Martins Fontes, 2005.
- WINNICOTT D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Progresso da História da Psicanálise

Eder Soares Santos¹¹

Resumo

A intenção desta comunicação é mostrar que, embora na Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana se utilize das noções de paradigma da Thomas Kuhn, não se trata de uma idiosincrasia do grupo, ou seja, uma maneira de apoiar-se num único teórico que daria as razões para se acreditar em um progresso na história da psicanálise de Freud a Winnicott. Abordaremos na comunicação a noção de progresso para a história, a tomada de decisões nas ciências a partir do ponto de vista da epistemologia e a noção de resolução de problemas em Kuhn.

¹¹ Doutor em Filosofia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Desenvolveu uma tese sobre a teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott e o conceito de acontecência (*Geschichtlichkeit*) em Heidegger, sob fomento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Esteve entre final de 2003 e início de 2005 em Friburgo, Alemanha, onde desenvolveu estágio doutoral na Universität Freiburg (Albert-Ludwigs) como bolsista do DAAD/CNPq. É membro do Grupo de Filosofia e Práticas Psicoterápicas da PUC-SP (Grupofpp) e membro do Grupo de trabalho em Filosofia e Psicanálise da Associação Nacional de Pós-graduação em Filosofia (ANPOF). Publicou em 2010 o livro “Winnicott e Heidegger: aproximações e distanciamentos”. São Paulo: DWW Editoria/FAPESP. Atualmente é professor adjunto na Universidade Estadual de Londrina no Paraná e coordenador do Mestrado em Filosofia da mesma universidade. Suas publicações versam sobre temas da psicanálise de Winnicott e da filosofia de Heidegger.

Teoria do Relacionamento mãe-bebê: a porta de entrada de Winnicott nos USA¹²

Ariadne Alvarenga de Rezende Engelberg de Moraes¹³

Resumo

Questões epistemológicas, históricas, teóricas e clínicas são caminhos para avaliar o lugar e a contribuição de Winnicott para a área da psicanálise. A perspectiva epistemológica se confirma um bom recurso porque impõe a necessidade de avaliar a história do movimento psicanalítico propiciando uma visualização no tempo e no espaço do impacto de determinada pesquisa para a área. Adotando esse cenário, pretendo apresentar as questões que obscureceram, para a comunidade de psicanalistas americanos, a autenticidade de Winnicott como teórico-clínico.

Palavras-chave: Winnicott, psicanálise americana, crise teórica.

Abstract

Epistemological, historic, theoretical and clinical questions are possibilities to evaluate Winnicott place and contributions to psychoanalysis. Adopting this scenery, I intend to show the issues that made obscure to Americans psychoanalysts to recognize the authenticity of Winnicott's work.

Keywords: Winnicott, American psychoanalysis, theoretical crisis.

Estritamente falando, o viés epistemológico direciona o olhar para questões relativas à produção do conhecimento e ao desenvolvimento da psicanálise desde sua fundação por Freud. Desse ponto de vista a atenção de filósofos, teóricos do conhecimento e psicanalistas incide sobre o posicionamento da psicanálise enquanto ciência, a especificidade de seu objeto de estudo, seus métodos de pesquisa e análise com o objetivo de responder uma simples questão: quais os fundamentos que sustentam e justificam as proposições psicanalíticas. Este é o campo de pesquisa em que a área trava relacionamento com correntes gerais da filosofia, como positivismo,

¹² Trabalho apresentado no II Simpósio Winnicott de Londrina: Winnicott na História da Psicanálise, em setembro de 2012.

¹³ Psicóloga Clínica, Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Membro da Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana (SBPW). Membro do Grupo de Pesquisa em Filosofia e Práticas Psicoterápicas (GFPP). Professora do Centro Winnicott de São Paulo (CWSP). Atende em consultório particular desde 1986.

hermenêutica, marxismo, fenomenologia, existencialismo, entre outras, em diálogos que se alternaram entre momentos de apoio e momentos de contundentes questionamentos.

Em uma análise dos embates teóricos enfrentados pela psicanálise ao longo de sua história, Bleichmar, em seu livro *A psicanálise depois de Freud*, nomeia esse campo de análise como “zona” epistemológica externa e propõe que, como ciência, a psicanálise no nível do conhecimento é confrontada em mais duas outras “zonas”, denominadas por ele de “zonas internas”. A primeira “zona interna” é relativa à convivência entre a psicanálise e áreas afins, como a psiquiatria e a psicologia. Segundo ele, foi do diálogo entre essas três áreas que as aproximações e dissensões ocorridas, em termos teórico e clínico, entre os pensadores da psicanálise, afiliados e admiradores aconteceram. Ainda que haja uma extensa lista de exemplos para ilustrar essa situação, menciono aqui a dissensão de Jung, o enfoque culturalista, as críticas de Piaget, a concepção humanista de Carl Rogers, o rompimento de Fritz Perls e o nascimento da Gestalt-terapia, a reflexologia pavloviana, o desenvolvimento do pensamento biológico como base do adoecimento e mais recentemente as pesquisas em neurociências.

Na segunda “zona interna” estão agrupados os teóricos envolvidos com os problemas epistemológicos decorrentes da concordância ou discordância com a herança freudiana. Portanto, aqueles psicanalistas que investigam, pesquisam e trabalham para promover o desenvolvimento da teoria e da clínica movidos pela preocupação de compreender a diversidade teórica e de manter a unidade da área. Nesse grupo encontram-se “os analistas clássicos e os pós-freudianos, como Melanie Klein, Hartmann, Lacan, Winnicott e o grupo britânico, o movimento latino-americano ou, mais recentemente, Mahler, Kohut e Kernberg, nos Estados Unidos” (BLEICHMAR, 1992, p. 402).

Orientada por essa classificação, defino que o foco deste trabalho é elucidar as questões relativas à “segunda zona interna”, por considerar que, em virtude dos problemas acontecidos nessa zona, o reconhecimento e a adesão ao pensamento de Winnicott no continente americano tenham ocorrido tardiamente.

É de conhecimento geral que as concordâncias e polêmicas acontecidas entre os teóricos agrupados na segunda “zona interna” têm promovido crises, rompimentos, mas também gerado desenvolvimentos para a psicanálise. Sabe-se também que a penetração dos novos entendimentos teóricos alcançados pela psicanálise aconteceu de forma diferente em solo europeu e americano. Na Europa, após um período de contestação das ideias de Freud, tanto a psiquiatria biológica como a vertente antropológica-existencial

da psiquiatria se distanciaram do confronto direto com a psicanálise. Dessa forma, o desdobramento das questões relativas à área centrou-se no interior do movimento psicanalista, prevalecendo, após um período de discussão provocada pelas ideias kleinianas, uma posição separatista que faz com que, ainda hoje, o continente esteja dividido entre os freudianos, os lacanianos, os adeptos de M. Klein e os seguidores do grupo britânico independente.

Nos Estados Unidos o percurso da psicanálise como área de conhecimento e pesquisa seguiu um percurso particular. Assim que divulgadas, as ideias de Freud alcançaram especial interesse por parte da psiquiatria, área médica que estava envolvida em uma acirrada disputa de mercado com a neurologia. Como forma de estabelecer-se como campo da medicina reconhecido e distinto da área concorrente, a psiquiatria americana afastou-se da pesquisa biológica e do tratamento medicamentoso, aderindo à técnica psicanalítica como prática clínica. A adesão foi de tal ordem que entre os anos 40 e 70 do século XX a formação em psicanálise se tornou obrigatória para os médicos psiquiatras e o tratamento analítico prescrito como única forma de tratamento para os distúrbios psíquicos. Centrados nas premissas freudianas, os psicanalistas americanos permaneceram fiéis à ideia de que de pacientes não neuróticos não poderiam ser analisados. Pouco interesse havia para o estudo de pacientes psicóticos e antissociais. Dado esse cenário, nessa época, nos Estados Unidos, os confrontos epistemológicos da primeira “zona interna” aconteciam apenas com a área da psicologia.

Levando em conta aspectos relativos à segunda zona interna, vale destacar que a divisão entre M. Klein e A. Freud ocorrida na sociedade britânica na década de 40 teve grande repercussão nos Estados Unidos, resultando em uma persistente antipatia da tradição psicanalítica americana à contribuição de M. Klein, autora cuja teoria foi, por muito tempo, totalmente ignorada. Em decorrência disso, o trabalho de A. Freud foi mais difundido naquele país e a dedicação ao pensamento de Freud vigorou predominante até por volta de 1980 (cf. MITCHELL e BLACK, 1995, p. 85). Além disso, os psicanalistas americanos transferiram a animosidade nutrida por Klein tanto para os teóricos que aceitavam as inovações da psicanalista como para aqueles que faziam parte do grupo independente britânico, entre os quais estavam Winnicott, Fairbairn, Balint, Bowlby e Guntrip. Conhecidos como teóricos das relações objetais, esses psicanalistas enfrentaram importante rejeição entre os anos 50 e 70 em razão de esse enfoque ser considerado um desvio do pensamento psicanalítico tradicional. Pode-se dizer que foi a conjunção de todos esses fatores que retardou a penetração da corrente

de pensamento psicanalítico que destacava a relevância dos relacionamentos precoces para o desenvolvimento individual em solo americano.

O domínio do pensamento freudiano iniciou seu declínio nos Estados Unidos quando a ideia da etiologia biológica do adoecer e, concomitantemente, o retorno da medicação como tratamento para as psicopatologias ressurgiram a partir dos anos 70. Contribuiu também para isso o fato de a comunidade de analistas americanos começar a reconhecer as limitações para tratar com análise clássica pacientes que não se enquadravam nos critérios de tratabilidade e análise impostos por Freud. Também crescia a observação de que pacientes neuróticos muitas vezes encobriam transtornos subjacentes de origem pré-edípica, além de um aumento da demanda por atendimento de pacientes denominados narcísicos, *borderline* e psicóticos, espelhando a necessidade de ampliação nas técnicas de análise. Por fim, a ampla psicologização de todo e qualquer aspecto da vida levou a psicanálise a perder espaço para áreas não médicas de aconselhamento como a psicologia e a assistência social. Por tudo isso, a psicanálise, que desde sempre fora externamente contestada como ciência pelos filósofos do conhecimento e cientistas naquele país, passou a ser internamente contestada como método de tratamento pelos psiquiatras biologicistas, pelos psicólogos e por alguns psicanalistas.

Em meio a essas turbulências algumas ações foram tomadas. Em uma tentativa de pacificação entre filósofos e cientistas, que tinham uma atitude extremamente crítica para com a psicanálise, o departamento de filosofia da Universidade de Nova Iorque organizou, em 1958, um encontro interdisciplinar com representantes das três áreas, no qual foram discutidas as principais críticas à psicanálise. O ponto de partida dessa conversa foi a compreensão dos cientistas e filósofos de que o modelo de ciência aceitável era o usado pelas ciências naturais, cujo exemplo máximo são a física e a química. Assim definido, a psicanálise ficou alocada entre as ciências humanas, ao lado da metafísica, ideologia e religião. Posto isso, cientistas e filósofos questionaram a maneira de teorizar psicanalítica e argumentaram sobre a importância de a área fazer validações empíricas, caso pretendesse ser reconhecida como ciência.

Relativo aos resultados concretos desse encontro, Bleichmar apresenta um estudo feito por Peter Fonagy, em 1982, no qual este último fez uma revisão dos quatro passos que os psicanalistas buscaram empreender na direção de sustentar uma validação empírica da disciplina: 1. estudos sobre a eficiência terapêutica realizados, entre outros teóricos, por Kernberg; 2. a busca de verificação das hipóteses dentro da sessão

(laboratório interpretativo), realizada por Bowlby e outros; 3. a observação direta do desenvolvimento, realizada por Mahler, Spitz e Bowlby e, também, uma série de estudos experimentais para validar as concepções teóricas.

Portanto, entre os anos 70 e 90 do século XX o cenário psicanalítico americano mudou, havendo cada vez mais espaço para as ideias dos teóricos das relações objetais em razão dos estudos desenvolvimentais que enfatizavam que a interrupção e o déficit de atendimento dos pais ao longo do desenvolvimento da criança, mais do que os conflitos sexuais, eram os elementos significativos para a psicopatologia. Por defenderem uma clara ruptura com a teoria instintual freudiana, as posições teóricas do grupo independente da Sociedade Britânica – especialmente a noção da importância do ambiente e do relacionamento inicial entre mãe e bebê – passaram a ser consideradas como uma alternativa para o impasse psicanalítico.

Para compreender a mudança de interesse teórico ocorrida no campo psicanalítico é importante voltar à atenção para o trabalho de John Bowlby, que estudava os efeitos das diferentes formas de experiência familiar sobre o desenvolvimento de uma criança desde 1929, quando trabalhou em uma escola para crianças desajustadas. Contrapondo as ideias kleinianas, que defendiam o predomínio da agressividade e destrutividade do bebê como um aspecto intrapsíquico, Bowlby sustentava a importância do relacionamento entre mãe e filhos como base para o ajustamento psíquico, e marcou sua dissidência com M. Klein quando destacou o papel da mãe real com a afirmação: “mas existe uma coisa como uma mãe ruim” (MITCHELL e BLACK, 1995, p. 114).

Fundado nessa inquietação, Bowlby iniciou uma produtiva e influente linha de pesquisa sobre o afeto que contribuiu para elucidar a importância do compromisso dos pais para com os filhos. A identificação de que problemas relativos à mudança de ambiente e/ou separação e perdas parentais exercem influência no desenvolvimento emocional da criança e adolescente gerou modificações tanto no modo de relacionamento familiar como nas políticas públicas ligadas ao alojamento e recuperação de jovens antissociais.

Em virtude da divulgação de suas pesquisas, John Bowlby foi contratado em 1950 pela Organização Mundial da Saúde para desenvolver um estudo sobre as necessidades das crianças sem lar, isto é, crianças órfãs ou separadas de suas famílias por diferentes motivos e que precisavam de assistência de lares substitutos ou alguma instituição. Para realizar esse trabalho ele passou cinco meses viajando por diversos

países da Europa (França, Suécia, Suíça, Reino Unido) e pelos Estados Unidos, participando de discussões com os responsáveis pelo assunto em cada país.¹⁴

Essa empreitada de Bowlby teve grande repercussão por estar sintonizada com a clássica polêmica entre natureza *versus* criação que rondava o mundo científico social e o campo psicanalítico no segundo pós-guerra, reacendendo também, no interior da psicanálise, a questão da oposição trauma *versus* fantasia como origem do adoecer. A noção de que a qualidade de cuidados que uma criança recebe nos primeiros anos de vida e também a privação materna nessa fase têm ressonância em termos de saúde emocional futura foi acolhida como um avanço. Em suas pesquisas com animais, e na análise comparativa de estudos com crianças – evidentes esforços em corresponder ao apelo de cientificidade e comprovação de resultados exigidos da psicanálise pela comunidade filosófica científica americana –, Bowlby aponta as situações e problemas que podem se confirmar como inadequados ou traumáticos para o desenvolvimento de uma criança. No entanto, apesar do impacto que suas ideias provocaram e a grande repercussão de seus livros, podemos dizer que as tentativas de teorização de Bowlby são reconhecidamente frágeis e simplistas.

A crítica de Winnicott às proposições teóricas de Bowlby foi incisiva. Apesar de dar crédito à iniciativa do colega de anunciar o valor do relacionamento mãe-bebê nos momentos iniciais e de propagar a importância de se evitarem rompimentos desnecessários nessa fase, Winnicott aponta sérias restrições aos postulados de Bowlby. As objeções de Winnicott às justificativas teóricas de Bowlby são de tal ordem que ler os comentários de Winnicott,¹⁵ sem estudar Bowlby, pode provocar a errônea impressão de que houve má vontade da parte do primeiro em relação à contribuição teórica do colega britânico.¹⁶

¹⁴ Um relatório das conclusões desse estudo foi publicado em forma de livro em 1952, como uma compilação do relatório original, entregue pelo psicanalista a ONU em 1951. Em 1964 uma segunda edição do livro *Cuidados Maternos e saúde Mental* foi publicada. Essa nova edição foi revisada pelo próprio autor e acrescida de dois artigos de Mary D. Salter Ainsworth, que também são resultados de investigação e estudos sobre o mesmo tema e foram solicitados pela ONU em 1962.

¹⁵ Winnicott fez a resenha do livro *Maternal Care and Mental Health* de Bowlby e participou como o mesmo do debate *Grief and Mourning in Infancy* que podem ser vistos em Winnicott (1994).

¹⁶ Na resenha que fez do livro, *Cuidados Maternos e saúde Mental*, Winnicott realça a preocupação de Bowlby em dar um tratamento estatístico para as questões psicológicas e o quanto perseguir esse objetivo supersimplificou o assunto tratado. Ele também critica a abordagem teórica do livro, “uma pobreza de tratamento que é decepcionante”, condescendendo que, em alguns momentos “são mais satisfatórios, embora mais popularmente formulados” (WINNICOTT, 1994 p. 324). Quando juntos, em 1953, em um debate sobre o tema luto na infância, Winnicott declara o equívoco da leitura, por parte de Bowlby, sobre o tema privação e deprivação, perda e luto em seus próprios textos. Também faz questão de se pronunciar sobre o quanto considera inadequado a transposição de resultados de estudos com animais para seres humanos dizendo “gosto da etologia por causa do que ela nos diz a respeito dos animais” e, afirma

A mesma opinião sobre a teorização de Bowlby tem os historiadores da psicanálise americana Mitchell e Black. Para esses autores, conquanto Bowlby tenha alcançado um menor *status* dentro do corpo teórico psicanalítico (cf. MITCHELL e BLACK, 1995, p. 138) ele conseguiu, de fato, marcar seu lugar no cenário americano porque suas pesquisas, além de alertarem para a importância das relações entre pais e filhos, estabeleciam uma interface entre a psicanálise e outras disciplinas como biologia, antropologia e etologia.

Avaliando essa passagem histórica, constatamos que, por se dedicar a um tema frequente e preocupante em sua época, Bowlby cumpriu um importante papel por divulgar uma nova possibilidade de compreensão do adoecimento psíquico e, ao fazer isso, de alguma forma colaborou para disseminar as ideias de Winnicott nos Estados Unidos, visto que com frequência ele se apoiava no pensamento desse teórico para justificar suas proposições.

A despeito desses novos ares, a resistência da tradição freudiana a inovações na teoria e técnica permanecia, especialmente por parte daqueles vinculados às Sociedades de Psicanalistas de Nova Iorque e de Chicago. No entanto, mesmo assim, alguns psicanalistas americanos, como Thomas Ogden (São Francisco), Arnold Modell (Boston), Phyllis Greenacre (New York), Simon Grolnick, Peter Giovachinni¹⁷ (Chicago) e, também, estrangeiros residentes no país como Otto Kernberg, Heinz Kohut, Margaret Mahler começaram a se interessar pela teoria das relações objetais e pelo pensamento de Winnicott. Entretanto, logo de início, o valor, a importância e a inventividade do pensamento de Winnicott em relação ao pensamento tradicional não foram identificados. Por esse motivo, mesmo com o empenho de novos estudiosos de sua teoria, a receptividade a Winnicott, em 1968, quando apresentou na SPNY o artigo “O uso do objeto e o relacionamento através de identificações”, não foi facilitada.

Elsa Dias, no artigo “Winnicott em Nova Iorque: um exemplo da incomunicabilidade entre paradigmas” (DIAS, 2005 p.179), apresenta uma profunda análise das questões e dos argumentos contrários a Winnicott feitos pelos psicanalistas americanos, apontando aquela experiência como “uma ilustração da tese de Thomas S.

enfaticamente que, “para o analista, a contribuição da etologia é um beco sem saída” (WINNICOTT, 1994, p. 327).

¹⁷ Giovacchini, que se interessava pelo pensamento de Winnicott desde os tempos de sua formação, também deve ser mencionado como responsável pela divulgação de suas ideias na América do Norte. No primeiro volume da série “Táticas e técnicas psicanalíticas”, no qual reuniu autores americanos e europeus afins com o pensamento independente, incluiu o artigo de Winnicott “Fragmentos de uma análise”. Esse artigo despertou o interesse de muitos estudiosos americanos a respeito de suas ideias.

Kuhn sobre a dificuldade de interlocução entre os adeptos de paradigmas diferentes de uma mesma disciplina e sobre o modo como estes se tornam refratários ao questionamento de seus compromissos teóricos de base”. Para Dias,

[...] o debate nova-iorquino sobre o artigo “O uso de um objeto”, contido na Ata redigida por David Milrod, ilustrou aspectos sociais e comunicacionais do conflito entre o paradigma sexual da psicanálise tradicional, organizado em torno de conceitos da teoria freudiana da sexualidade e da metapsicologia, e o paradigma maturacional de Winnicott, centrado na sua teoria do amadurecimento e numa ontologia de tipo fenomenológico, avessa à especulação metapsicológica” (DIAS, 2005, p.205)

E foi realmente na linha das questões paradigmáticas que a psicanálise americana enveredou a partir do momento em que a posição freudiana como sustentáculo teórico e clínico da área foi se desmanchando. Sob sérios questionamentos a respeito da propriedade da análise como tratamento para as psicopatologias mais graves, a psiquiatria paulatinamente se distanciou da psicanálise, tanto como formação como prática e retomou a medicalização como forma de tratamento. Com isso, passou-se a aceitar não médicos – como psicólogos e assistentes sociais – para formação psicanalítica, os quais, em virtude de um outro olhar sobre as questões da saúde emocional, faziam sérios questionamentos teóricos e clínicos. Acossados pela nova concorrência profissional, os psicanalistas/psiquiatras perceberam a necessidade de ampliar a teoria e a técnica para atender a uma nova demanda de pacientes. Somente a partir dos anos 70 houve uma real abertura para o estudo do pensamento de Melanie Klein e demais teóricos das relações objetais.

O aprofundamento dos estudos dessa nova linha teórica psicanalítica introduziu um novo problema aos psicanalistas americanos e estudiosos da área. Reconhecidas as inovações vindas de solo europeu, a dúvida surgida era sobre como incorporar a grande gama de inovações teóricas e clínicas propostas por Klein e colegas britânicos ao corpo teórico psicanalítico tradicional.

Em 1975, Arnold Modell fez uma tentativa de compreender o impasse psicanalítico nos Estados Unidos, apoiado em T. S. Kuhn, isto é, em termos paradigmáticos. Reconhecendo que a psicanálise vivia um período de crise criado pela discrepância entre as teorias tradicionais e os “novos fatos vindos principalmente da psicopatologia das teorias da relação objetal” (*apud* EAGLE, 1984, p. 29), Modell tentou integrar a nova dimensão de fenômenos propostos por essas teorias ao modelo

freudiano. Para ele, essa integração seria fundamental para que o modelo freudiano sobrevivesse como o paradigma central da psicanálise. Morris Eagle criticou essa tentativa de Modell, realçando que, ao tentar ajustar essas duas teorias, ele acabou revelando dificuldades e inconsistências entre elas. Para Eagle, a real contribuição de Modell com esse estudo foi desvelar que o paradigma freudiano estava severamente desafiado pelas teorias da relação de objeto e pelos fenômenos do *self*.

Algumas outras tentativas de integração, acomodação ou complementaridade entre as teorias de base pulsional e de base relacional foram feitas, naquele país, por Sandler, Schafer, Stolorow, Brandchaft, Kernberg e Kohut. No entanto, passados os anos, essa fase foi encerrada. A ideia de integração e acomodação dos diferentes modelos teóricos ou teorias psicanalíticas existentes ou mesmo as tentativas de buscar “ampliar os conceitos e as fronteiras do velho paradigma para incluir o que é novo” (GREENBERG, 1994, p. 11) é um desafio há muito deixado de lado pela comunidade americana. Atualmente, está assimilada pelos teóricos psicanalistas, filósofos e cientistas a impossibilidade de se colocarem em um mesmo invólucro as teses freudianas e as descobertas dos teóricos das relações objetais. Dessa forma, predomina naquele país a noção de que a psicanálise como área se equilibra em torno de dois paradigmas divergentes denominados por Greenberg e Mitchell de estrutura pulsional e estrutura relacional; na visão de Modell, definido como o modelo uma pessoa e duas pessoas e, na definição de Eagle como instinto *versus* modelo deficitário (cf. Barron, Eagle e Wolitzky, p. 43).

Entretanto, a dedicação aos teóricos das relações objetais a partir dos anos 80 do século XX aprofundou e determinou o reconhecimento das significativas diferenças entre os postulados desses autores. Hoje, é consenso na comunidade psicanalista americana a ideia de que as perspectivas relacionais na psicanálise compartilham um compromisso fundamental com a proposição de que desde o início da vida o desenvolvimento psicológico ocorre nos relacionamentos, sendo decisivos os momentos primitivos da relação mãe-bebê. Também reconhecem: 1) que os teóricos dessa linha não pensam em termos de pulsão que procuram se descarregar e que eles relativizam ou desconsideram o complexo de Édipo como estruturante, visto que as patologias mais graves têm sua origem nos estágios iniciais da relação mãe-bebê; 2) que eles diferem na maneira pela qual concebem a estrutura dos relacionamentos iniciais e sobre o lugar e importância deles na organização psíquica e mental.

No artigo “Object relations: toward a relational modelo of mind” (Irene Fast, 1992), fica bem exemplificada essa posição. Ela diz que, na perspectiva das relações objetais, as crianças podem ser vistas como perseguidoras de objetos como propõem Fairbairn e Bowlby ou, em vez deste enfoque direcional, outros teóricos enfatizam o relacionamento de duas pessoas como um todo – a unidade mãe-bebê – como mais fundamental do que a busca de vínculo por parte da criança, como propõe, por exemplo, Winnicott (FAST, 1992, p. 188).

Gradualmente, a noção de que o desenvolvimento de uma pessoa é afetado tanto pela maneira de ser da mãe como pelo modo como a mãe percebe e cuida de seu bebê tornou-se evidente. Várias outras áreas de pesquisas, como a neonatologia, contribuíram para iluminar essa verdade. Nesse novo cenário, a teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott vem se destacando como a que maior substrato traz para a compreensão do acontecer humano desde o nascimento de um bebê dependente, sem consciência de si, do outro e da relação entre eles, até a constituição de uma pessoa autônoma, criativa, responsável e ciente dos compromissos com o outro e com a realidade.

Contrapondo, por exemplo, com a noção de “mãe ruim” deflagrada por Bowlby, e que terminou por gerar um excesso de predeterminações do que é bom e mau na relação entre mãe e filho, atualmente se reconhece que somente Winnicott esclarece teoricamente qual é o papel da mãe e quais são as necessidades do bebê para que a linha do desenvolvimento transcorra sem distorções. Também se aceita que apenas em Winnicott há clareza sobre a possibilidade de atender ou não as necessidades de um filho ao longo da trajetória de ele se constituir como pessoa sempre ser relativa a uma situação concreta. Isto é, está sempre referido a uma mulher com uma condição de amadurecimento e capacidades próprias, que lidará com a nova realidade de ser inicialmente tudo para cada novo bebê que venha ter, na esperança de que ele venha a ser alguém. Para Winnicott, não há regras nem tecnicismo propostos, por ninguém externo a essa relação, que capacite a mulher para exercer essa tarefa com pessoalidade.

Considerando-se ainda a oposição natureza *versus* criação, sabe-se que Winnicott destaca a importância do ambiente, mas que, apenas em sua teoria, o lugar e a importância da fantasia da criança na constituição de seu psiquismo estão mantidos. Concernente à oposição entre trauma *versus* fantasia, compreende-se que somente Winnicott articulou diferentes acepções de trauma, as quais só podem ter seus sentidos e significados definidos quando relacionados ao momento da falha ambiental e do amadurecimento do bebê. O aspecto diferencial, em termos de experiência do que é

bom ou mau para cada pessoa, além de ser continuamente constituído na relação inicial entre mãe e filho, é, por sua vez, colorido pela crescente capacidade de fantasiar da criança em desenvolvimento.

Nos últimos 20 anos esta tem sido a atmosfera de estudos psicanalíticos americanos. Greenberg considera Winnicott como “um colaborador, extremamente inovador e influente para o desenvolvimento da teoria e prática psicanalítica”, e como o autor que formulou uma completa teoria, “do desenvolvimento do *self* a partir da sua matriz relacional” (GREENBERG, 1994, p. 138). Eles também assumem que “as formulações de Winnicott quanto à emergência do *self* (...) fornecem um fundamento para a teoria desenvolvimental radicalmente diferente daquele de seus predecessores freudianos e kleinianos” (GREENBERG, 1994, p. 138). Mitchell e Black (1995), no livro *Freud and Beyond*, apreendem que “a ponte construída por Winnicott entre as qualidades e nuances da subjetividade adulta e a sutilidade da interação mãe-bebê promoveu uma nova e poderosa perspectiva de compreensão tanto do desenvolvimento do si-mesmo como do processo analítico” (GREENBERG, 1994, p. 125).

Referências

- BARRON, J., EAGLE, M. e WOLITZKY, D. *Interface of Psychoanalysis and Psychology*. Washington, American Psychological Association, 1992.
- BLEICHMAR, N. *A psicanálise depois de Freud*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- BOWLBY, J. *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo, Martins Fontes, 1981.
- BOWLBY, J. *Formação e rompimentos dos laços afetivos*. São Paulo, Martins Fontes, 1990.
- DIAS, E. Winnicott em Nova Iorque: um exemplo da incomunicabilidade entre paradigmas. *Natureza Humana*, v. 7, n. 1, p. 179-206, 2005.
- GIOVACCHINI, P. L. *Teorias e técnicas psicanalíticas – D.W. Winnicott*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.
- GREENBERG, J. R. *Relações objetais na teoria psicanalítica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- KERNBERG, O. F. *Contemporary Controversies in psychoanalytic theory, techniques, and their applications*. New Haven, Yale University Press, 2004.
- MITCHELL, S. A. e BLACK, M. *Freud and Beyond*. New York, Basic Books, 1995.
- SHORTER, E. *Uma história da psiquiatria: da era do manicômio à idade do prozac*. Lisboa, Climepsi, 2001.

WINNICOTT, D.W. (1989). *Psycho-Analytic Explorations*. Cambridge, Mass., Harvard University Press. Tradução brasileira: Explorações psicanalíticas. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

Considerações sobre o Jogo do Rabisco¹⁸

Considerations about the Squiggle Game

Maíra Bonafé Sei¹⁹

Resumo

O “Jogo do Rabisco” foi criado como uma estratégia de contato e intervenção desenvolvida por Winnicott. Este autor apresenta as Consultas Terapêuticas, que se configuram como entrevistas diagnósticas, por meio das quais é possível ofertar escuta e *holding*. Tem-se uma valorização do lúdico, com o terapeuta como alguém capaz de brincar e propiciar o brincar do outro. Para as Consultas Terapêuticas de crianças, Winnicott propôs o uso do “Jogo do Rabisco”. Após a apresentação desta técnica, variados profissionais adaptaram-na conforme suas necessidades. Assim, há autores que apontam o uso do “Jogo do Rabisco” em contextos de diagnóstico psicológico, associado a histórias concebidas a partir do rabisco esboçado na psicoterapia de crianças, em atendimentos familiares com a contribuição de todos familiares. Percebe-se então, por meio da literatura e da experiência clínica, que este é um recurso rico cujas possibilidades de aplicação têm se ampliado de forma a abranger situações e públicos diversos.

Palavras-chave: Psicanálise, Winnicott, Jogo do Rabisco.

Abstract

The “Squiggle Game” was created as a contact and intervention strategy developed by Winnicott. The author presents the Therapeutic Consultations, which are configured as diagnostic interviews, through which it is possible to offer listening and holding. In this context there is a positive reception of the playful, with the therapist as someone who can play and promote the playing of the other. Winnicott proposed the use of “Squiggle Game” for the Therapeutic Consultations of children. After presenting this technique, various professionals adapted it to their own needs. Thus, some authors have suggested using the “Squiggle Game” in contexts of psychological diagnosis, associated with stories designed from squiggle sketched in the psychotherapy of children, in family care

¹⁸ Reflexões desenvolvidas por meio da prática clínica da autora em diversos contextos e por meio de sua pesquisa de doutorado, financiada pela CAPES/FAPESP.

¹⁹ Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Clínica – IP-USP; Docente do Departamento de Psicologia e Psicanálise – CCB-UEL; E-mail: mairabonafe@gmail.com

with the contribution of all family members. It can be seen then, through literature and clinical experience, that this is a rich resource whose application possibilities have been expanded and now cover different situations and publics.

Key words: Psychoanalysis, Winnicott, Squiggle Game.

Jogo do Rabisco: considerações iniciais

A sociedade contemporânea apresenta-nos um novo modo de viver, especialmente nas grandes cidades, com um ritmo marcado pela velocidade, pela intensidade dos afazeres, pela fragilidade dos vínculos (Bauman, 2004). Muitas são as demandas externas às quais devemos nos submeter e que contribuem para uma perda de contato com nosso mundo interno, desejos, valores e sonhos. Entendemos que, em um mundo como este, pouco espaço passa a ser destinado para um brincar livre, espontâneo e descompromissado, para o lúdico, para a arte, para a criação. Convém, com isso, lembrarmos que para Winnicott (1975) ou vivemos criativamente ou podemos sentir que a vida não vale ser vivida.

Trago, assim, um trecho do texto “Pensar é transgredir” de Lya Luft (2004), que com grande sensibilidade trata deste tema. De acordo com esta autora, “buscamos o atordoamento das mil distrações corremos de um lado a outro achando que somos grandes cumpridores de tarefas. Quando o primeiro dever seria de vez em quando parar e analisar: quem a gente é, o que fazemos com a nossa vida, o tempo, os amores.” (p. 22). Diante desta dinâmica, é natural que o adoecimento se faça presente. Adoecimento que se manifesta, por vezes, no campo psíquico e, em outras, torna físico algo decorrente de um sofrimento mental como forma de clamar a atenção e demandar um repensar, uma reflexão por parte daquele que adoece (WINNICOTT, 1964/1994).

Entretanto, mesmo diante da doença, o tempo ou, justamente, a escassez do tempo somada às distintas demandas e às carências diversas enfrentadas pela população acabam por predominar. Podem ser percebidas, por meio deste contexto, dificuldades para o empreendimento de intervenções para o restabelecimento da saúde. Para os profissionais que atuam em serviços públicos, estas dificuldades apresentam-se ainda mais intensamente, implicando em uma necessidade do profissional criar novas estratégias de intervenção, adaptando seu fazer àquilo que é possível naquele momento, naquele contexto (RIBEIRO, 2012).

Diante deste cenário, acreditamos que Winnicott foi um psicanalista cujas ideias muito têm a contribuir na atualidade. Sua prática que se inicia na Medicina, com uma

especialização no campo da pediatria e atuação em serviços públicos de saúde, colaborou para o desenvolvimento de um olhar do psicanalista que pode fazer outra coisa que não a psicanálise ortodoxa.

Valorizou o conhecimento da Psicanálise que pode fomentar práticas que promovam o desenvolvimento humano, por meio, por exemplo, de palestras a pais e profissionais, de contatos com a família de entes adoecidos, de consultas terapêuticas sem ocorrer necessariamente o seguimento de uma análise. Em relação às últimas defendeu que “se houver um tipo de caso que pode ser ajudado por uma ou três visitas a um psicanalista isso amplia imensamente o valor social do analista” (WINNICOTT, 1965/1994, p. 244). Ressalta, entretanto, que na base do encontro terapêutico está a capacidade de brincar do analista e sua atitude de favorecer o brincar de seu paciente.

No caso das consultas terapêuticas realizadas com crianças, que possuem formas diferentes do adulto para se comunicar, Winnicott criou um meio para facilitar os primeiros encontros com este público – o “Jogo do Rabisco”. De acordo com ele, este “é simplesmente um método para estabelecer contato com um paciente infantil” (WINNICOTT, 1964-1968/1994, p. 231).

Winnicott não desejava descrever os procedimentos desta técnica, com temor do uso que poderia ser feito desta exposição no sentido de se indicar caminhos estreitos que deveriam ser rigidamente trilhados pelos seguidores. Apesar de ter postergado a descrição do “Jogo do Rabisco”, Winnicott contou um pouco sobre esta técnica, sinalizando que convida a criança a jogar um jogo, no qual um dos participantes inicia o desenho por meio de um rabisco que será finalizado pelo outro. Após este primeiro desenho, os papéis se invertem e aquele que começou o desenho deverá terminar segundo o rabisco produzido. A atividade segue ao longo do tempo disponível que possuem para a Consulta Terapêutica. De acordo com Winnicott (1964-1968/1994, p. 232), “no decorrer de uma hora, fizemos juntos 20 a 30 desenhos e, gradualmente a significância destes desenhos conjuntos tornou-se cada vez mais profunda e é sentida pela criança como fazendo parte de uma comunicação de importância”.

Compreende-se que esta é uma técnica simples e de baixo custo quanto aos recursos materiais necessários, fato que contribui para o emprego em serviços públicos de saúde. Por outro lado, demanda um amplo conhecimento teórico do profissional que se propõe a utilizá-la, de maneira que ele possa compreender a linguagem simbólica trazida por meio dos desenhos produzidos conjuntamente. Ademais, deve ser um

profissional capaz de brincar com o outro e adentrar neste jogo onde ambos se mostram e se relacionam por meio da linguagem gráfica, nem sempre familiar a todos.

Adaptações e criações a partir do “Jogo do Rabisco”

A partir de uma contextualização inicial acerca do “Jogo do Rabisco”, tal como proposto por D.W. Winnicott, desejamos discorrer sobre adaptações e criações posteriormente realizadas. Neste sentido, em breve levantamento junto à literatura científica nacional acerca da temática, foi possível encontrar variadas referências ao tema do “Jogo do Rabisco”.

Há autores que indicaram o emprego do “Jogo do Rabisco” enquanto uma das estratégias utilizadas para realização do processo de diagnóstico e avaliação psicológica (ARAÚJO, 2007). Outros autores sinalizam que o “Jogo do Rabisco” passou a ser utilizado como recurso que compõe o processo de diagnóstico na área psicopedagógica (SILVEIRA, 2010). Nestes casos, pensamos que a técnica mantém-se próxima da inicialmente formulada por Winnicott, inclusive a partir da ideia de recurso pertinente para utilização nas entrevistas iniciais com a criança.

Diferentemente, outros autores propuseram adaptações na técnica inicial. Nestas situações, é pertinente retomar o apontamento de Winnicott sobre a apresentação feita sobre o “Jogo do Rabisco”,

hesitei em descrever esta técnica, que utilizei muito no decorrer de um certo número de anos, não apenas por ser um jogo natural que duas pessoas quaisquer podem jogar, mas também porque se começar a descrever o que faço, é provável que alguém comece a reescrever o que descrevo como se fosse uma técnica estabelecida, com regras e regulamentos. Aí, todo valor do procedimento se perderia. (WINNICOTT, 1964-1968/1994, p. 231)

Entendemos que, por meio deste apontamento, Winnicott autoriza os profissionais a se inspirarem em suas propostas, mas com possibilidades de agir criativamente e construir seus próprios modos de trabalharem no contexto clínico. De forma geral, ao se atuar a partir de um referencial winnicottiano, compreendemos que, a despeito das adaptações na técnica proposta, deve-se sempre embasar a atuação do profissional a partir da ideia de oferta de um ambiente suficientemente bom. Buscamos, então, ofertar um ambiente aberto ao lúdico e facilitador da emergência do gesto espontâneo do paciente. De acordo com Winnicott (1964-1968/1994, p. 243),

Iria contra a minha intenção que o Jogo do Rabisco se tornasse padronizado ou descrito de modo demasiadamente claro. O princípio é que a psicoterapia é feita em uma sobreposição parcial da área de brincar da criança e da área de brincar do adulto ou terapeuta. O Jogo do Rabisco é um dos exemplos da maneira pela qual uma interação desse tipo pode ser facilitada.

No que concerne a estas adaptações, podemos citar o trabalho de Claman (2005), que reúne procedimentos de desenho a partir da proposta do “Jogo do Rabisco” e de criação de histórias constituindo um “Jogo do Rabisco com história”. Desta maneira,

o jogo envolve criar um desenho a partir de um rabisco, contar uma história, questionar e ser questionado, de forma alternada. (...) O terapeuta inicia o jogo desenhando o primeiro rabisco, a partir do qual espera que a criança se baseie. É desejável que a criança desenvolva a primeira história, pois, dessa forma, o terapeuta encontra-se mais apto a decidir a respeito do tema que usará na sua própria vez. Se a criança não compreender os procedimentos, a ordem pode ser revertida, e a criança desenha o primeiro rabisco. Uma vez iniciado, o jogo continua enquanto houver uma interação produtiva e divertida. (CLAMAN, 2005, p. 393)

A ideia de associar desenhos e histórias não é nova, com outros autores tendo desenvolvido propostas que se tornaram testes psicológicos com a consigna de se criar histórias a partir da apresentação de desenhos ou também com a proposta de se desenhar livremente e, por meio do desenho feito, inventar uma história e dar-lhe um título, procedimento deste criado pelo psicanalista Walter Trinka (1987, 1997) e denominado de “Desenho-Estória”. Contudo, Claman (2005) propõe que o desenho seja feito pela dupla terapêutica, pelo terapeuta e paciente em conjunto, fato que marca uma diferença entre estas propostas. Ademais, enquanto o procedimento de Desenho-Estória se configurou como uma estratégia de investigação da personalidade, tendo sido hoje reconhecido como um teste psicológico, o “Jogo do Rabisco com história” mostra-se mais como uma ferramenta para comunicação no *setting* terapêutico infantil. Assim, em relação ao “Jogo do Rabisco com história” inserido no processo psicoterapêutico da criança, Claman (2005) argumenta que “o terapeuta é guiado pelo conteúdo e pela estrutura dos desenhos e das histórias da criança para ajudá-la a expressar seus pensamentos, sentimentos e inquietações, em uma forma temática indireta” (p. 395).

Outra adaptação do “Jogo do Rabisco” dá-se no campo da Arteterapia, com o trabalho de Marien Liebmann (2000). Tem-se uma alteração da proposta inicial onde

terapeuta e paciente interagiam por meio da imagem, passando a incluir outros participantes por meio da realização de um “Jogo do Rabisco Coletivo” em contextos de intervenção arteterapêutica grupal.

A partir desta proposta de Liebmann (2000), pensamos a utilização do “Jogo do Rabisco Coletivo” junto a famílias e demais grupos no *setting* arteterapêutico. Nestas situações, o “Jogo do Rabisco coletivo” pode se iniciar por meio da consigna de que a família ou grupo em questão deve realizar um desenho em conjunto (SEI, 2011). Pode-se dar um tema para a realização deste desenho ou deixar que os participantes fiquem livres para desenhar aquilo que desejam. Propomos que o grupo fique em silêncio enquanto faz a produção para que a linguagem predominante seja a gráfica, estabelecendo efetivamente outro tipo de comunicação que não a verbal, tradicionalmente utilizada. Desta maneira, não é possível fazer acertos anteriores, combinações sobre o que será desenhado, com a imagem se delineando ao longo do próprio fazer.

Cabe apontar que fazemos uma adequação não apenas na proposta, mas também nos materiais disponibilizados. Com isso, ao invés do uso de papel e lápis grafite, optamos por fornecer uma cor diferente de caneta, giz de cera, lápis de cor para cada participante de maneira que seja possível reconhecer a contribuição de cada indivíduo na construção da produção final. Assim, os participantes permanecem com materiais de cores variadas e, ao inserirem sua marca no papel, diferenciam-se dos traços inseridos pelos demais.

Ao longo da experiência do “Jogo do Rabisco coletivo” com famílias e demais grupos, percebeu-se que esta proposta facilita a emergência de conteúdos inconscientes e favorece a observação de dinâmicas de funcionamento grupal. Podemos notar quais personagens são mais incisivos em suas contribuições quando, por exemplo, a cor utilizada pela pessoa predomina na imagem produzida, quais se colocam de maneira mais tímida nos casos, por exemplo, em que a cor escolhida mal pode ser observada no desenho final. Estas são analogias que podem ser tecidas entre aspectos registrados pela imagem decorrente deste “Jogo do Rabisco coletivo” e as formas de se relacionar de cada indivíduo.

Considerações finais

De forma geral, pode-se considerar que o conjunto da teoria de D.W. Winnicott contribuiu para uma ampliação da compreensão acerca do ser humano. Para este

trabalho, focamos o “Jogo do Rabisco” e, a partir dele, os apontamentos sobre o valor da criatividade para o viver humano e saudável, o papel do terapeuta enquanto aquele que oferta um ambiente suficientemente bom ao paciente e o brincar como um aspecto que permeia o encontro terapêutico. Também se valorizou os assinalamentos de Winnicott quanto à possibilidade dos profissionais ligados à psicanálise adaptarem sua técnica conforme a necessidade dos contextos nos quais estão inseridos, ou seja, ser um psicanalista que faz outra coisa mais adequada àquele momento.

No que se refere ao “Jogo do Rabisco” especificamente, entendemos que o uso desta técnica e as adaptações deste recurso são interessantes. Entretanto, acreditamos que as adaptações técnicas propostas devem ser sempre estudadas, de maneira a se propor uma prática ética, cuidadosa e que, efetivamente, favoreçam a emergência do gesto espontâneo do paciente e contribuam para seu desenvolvimento emocional e saúde.

Referências

- ARAÚJO, M. F. Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 9, n. 2, p. 126-141, 2007.
- BAUMAN, Z. *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.
- CLAMAN, L. O Jogo do Rabisco com histórias na psicoterapia de crianças. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, v. 13, n. 2, p. 389-405, 2005.
- LIEBMANN, M. *Exercícios de arte para grupos: um manual de temas, jogos e exercícios*. São Paulo: Summus, 2000.
- LUFT, L. *Pensar é transgredir*. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- RIBEIRO, D. P. S. A. O trabalho do psicanalista de acordo com a demanda. *Anais do II Simpósio Winnicott de Londrina*. Londrina: UEL, 2012.
- SEI, M. B. *Arteterapia e psicanálise*. São Paulo: Editora Zagodoni, 2011.
- SILVEIRA, F. V. A arte de contar histórias: um enfoque Psicopedagógico. *Construção Psicopedagógica*, v. 18, n.17, p. 106-127, 2010.
- TRINCA, W. *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática*. São Paulo: EPU, 1987.
- TRINCA, W. (org.) *Formas de investigação clínica em psicologia: procedimento de desenhos-estórias, procedimento de desenhos de família com estórias*. São Paulo: Vetor, 1997.

WINNICOTT, D. W. (1964) Transtorno [*disorder*] Psicossomático. Em: WINNICOTT, C., SHEPHERD, R. e DAVIS, M. (orgs.) *Explorações psicanalíticas*: D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artmed, 1994. p. 82-93.

WINNICOTT, D. W. (1964-1968) O jogo do rabisco [*Squiggle Game*]. Em: WINNICOTT, C., SHEPHERD, R. e DAVIS, M. (orgs.) *Explorações psicanalíticas*: D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artmed, 1994. p. 230-243.

WINNICOTT, D. W. (1965) O valor da consulta terapêutica. Em: WINNICOTT, C., SHEPHERD, R. e DAVIS, M. (orgs.) *Explorações psicanalíticas*: D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artmed, 1994. p. 244-248.

WINNICOTT, D. W. (1971) *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

WINNICOTT, D. W. (1971) *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Consultas terapêuticas: algumas possibilidades de atuação²⁰

Therapeutic Consultations: some possibilities for action

Maria Ângela Fávero-Nunes²¹

Resumo

Winnicott criou as consultas terapêuticas como uma forma de melhor utilizar a entrevista clínica. Ele não experimentou os atuais entraves contemporâneos concernentes ao atendimento terapêutico, como a demanda crescente por intervenções breves, o número de analistas insuficiente para os casos que necessitam de ajuda e, ainda, o valor das sessões que habitualmente são altos. Contudo, alguns desses empecilhos e outras barreiras foram vivenciados em seu tempo. A consulta terapêutica trata de oferecer um encontro essencialmente humano, em que o psicoterapeuta se coloca em tempo, espaço e disponibilidade pessoal (e mental) ao próprio movimento de busca de auxílio do paciente. Essa modalidade de atendimento foi oferecida a pais de crianças recentemente diagnosticadas com autismo. No encontro com cada casal é que se produziu a demanda dos pais, sendo que se buscou acompanhá-los em seus pensamentos mostrando compreensão pelos conflitos vivenciados. A escolha pelo embasamento na “consulta terapêutica” se mostrou adequada, pela continência que encerra, pela criatividade e liberdade intrínsecas, permitindo aos casais aproveitarem, de acordo com seus ritmos, e não por um enquadre rígido proposto pelo terapeuta ou instituição. Neste sentido, demonstrou ser um espaço de *holding* aos pais, diante da experiência de sofrimento vivenciada.

Palavras-chave: autismo, consulta terapêutica, pais, Psicanálise, relações conjugais.

Abstract

Winnicott created the therapeutic consultations as a way to better use the clinical interview. He has not experienced the current barriers pertaining to contemporary

²⁰ Este trabalho apresenta um recorte de minha Tese de Doutorado defendida no ano de 2010, junto ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP, intitulada “Consulta terapêutica com pais de crianças autistas: a interface entre a parentalidade e a conjugalidade” que foi orientada pela Profa. Livre Docente Isabel Cristina Gomes.

²¹ Psicóloga Clínica, Professora Doutora do Depto de Psicologia e Psicanálise da UEL, graduada em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - FFCLRP-USP, com mestrado em Psicologia pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP e doutorado em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia – IPUSP, com estágio CAPES/PDEE (bolsa-sanduíche) na *Université Paris V*, França. Estagiou na *Ecole Expérimentale de Bonneuil-sur-Marne* do *Centre d'Etude et de Recherches Pédagogiques et Psychanalytique*, França.

therapeutic care, such as increasing demand for brief interventions, the number of cases insufficient to analysts who need help, and also the value of the sessions which are usually high. However, some of these roadblocks and other barriers were experienced in his time. The query is to provide a therapeutic against human essentially wherein the therapist is placed on space, time and personnel availability (and mental) to the own motion search aid of the patient. This type of service is offered to parents of children recently diagnosed with autism. At the meeting with each couple is that produced the parental demand, and sought to accompany them in their thoughts by showing understanding current conflicts. The choice for the basement in the "therapeutic consultation" proved adequate for continence terminating, by creativity and freedom intrinsic, allowing couples enjoy, according to its rhythms and not by a rigid frame proposed by the therapist or agency. In this sense, proved a holding space for parents, given the experience of suffering experienced.

Keywords: autism, therapeutic consultation, parents, psychoanalysis, conjugal relationships.

O trabalho que relato brevemente nesse II Simpósio Winnicott de Londrina: Winnicott na história da psicanálise foi contruído com a ideia de realizar um estudo de Doutorado. Contudo, revela também uma trajetória de estudos acerca de um tema específico (FAVERO, 2002; FAVERO, 2005). Os primeiros contatos com a teoria winnicottiana ocorreram quando eu fazia minha graduação na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em um estágio de atendimento ludoterápico de crianças e adolescentes vitimizados, moradores de um abrigo. Houve um contato mais próximo com os aspectos teóricos e técnicos da teoria de Winnicott em uma disciplina que versava sobre Técnicas de Investigação da Personalidade. Naquele momento, lembro-me que foi geral o interesse dos alunos pela obra desse psicanalista inglês, por sua maneira livre de falar com e sobre pacientes tão difíceis em situações tão complicadas de atendimento.

Em paralelo, eu havia realizado um estágio em uma instituição especializada para crianças autistas que seguia uma metodologia diferente da Psicanálise. Aos poucos, comecei a interessar-me pelas leituras de trabalhos psicodinâmicos relacionados à psicopatologia e à compreensão das áreas primitivas da mente mesmo em pacientes neuróticos. Desse modo, emergiram interrogações a respeito do desenvolvimento

normal e das enfermidades, das diferenças e semelhanças entre aqueles e outros pacientes, bem como indagações acerca da dinâmica familiar. Ampliar o olhar da problemática do autismo para além dos sintomas da criança pareceu imprescindível para um avanço nas pesquisas acerca desse tema. Verifiquei que necessita-se olhar tanto para os filhos autistas como para os irmãos e seus pais (MARTÃO, 2002). Não se pode negligenciar a preocupação com o paciente, porém, o familiar é peça essencial para conseguir avanços no tratamento da criança.

Apesar de a preocupação com o casal parental ser recente, compreendemos que pais e mães mais esclarecidos, com menos dúvidas, sendo ouvidos no seu sofrimento, proporcionam aos seus filhos, autistas e não-autistas, circunstâncias favorecedoras de crescimento e desenvolvimento emocional. Investindo na saúde do entorno, a criança também acaba sendo ajudada, pois as pessoas da família se sentem mais preparadas e confiantes para lidar com as dificuldades cotidianas. É nesse sentido que trabalhei na minha Tese de Doutorado (FAVERO-NUNES, 2010) defendida junto ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP, buscando uma compreensão das vivências e no oferecimento de um ambiente favorável para a escuta das queixas do casal de pais de crianças recentemente diagnosticadas com autismo, trazendo a hipótese de que esse encontro colaboraria na prevenção de futuros desajustes que podem ocorrer, após o período de busca diagnóstica.

A questão metodológica

Os casais passam por momentos de sofrimento intenso, quando a criança começa a manifestar seus sintomas. Muitas famílias demoram a procurar ajuda, contando que os problemas apresentados pela criança serão superados com o tempo. Alguns profissionais deixam de intervir, também por esse mesmo motivo. A literatura informa que, para os pais, receber o diagnóstico de autismo do filho pode ser traumático, e programas de tratamento com foco somente no diagnóstico podem não perceber o impacto que tal notícia pode ter, quando a família não tem oportunidade de retornar ao serviço (REID, 1999).

Assim, buscamos, nessa pesquisa, trabalhar com encontros baseados na técnica criada por Winnicott denominada “consulta terapêutica”. O manejo clínico da consulta terapêutica nasceu da expansão da Psicanálise tradicional para novos quadros e *settings* terapêuticos (GOMES, 2007). Estamos todos inseridos em uma contemporaneidade que prima por resultados imediatos, tolera cada vez menos viver

sofrimentos e frustrações. A consulta terapêutica pode se inserir como alternativa às resoluções urgentes das angústias humanas modernas, a fim de favorecer, além da tomada de atitudes, um espaço de comunicação e de pensamento cabível frente ao ritmo desenfreado atual.

Winnicott desenvolveu o procedimento da consulta terapêuticas (1984[1971]), na busca de usar o espaço terapêutico “da forma mais produtiva e obter os melhores resultados terapêuticos possíveis” (OUTEIRAL, 2005, p. 8), no atendimento de crianças e adolescentes. Ele não fez uma proposição de pesquisa e sim de atendimento terapêutico. Não obstante, classificava essa prática como uma forma de entrevista. O procedimento da consulta terapêutica pode ainda servir de um prelúdio para uma psicoterapia mais demorada ou mais intensa, mas pode facilmente ocorrer que um paciente esteja preparado para um tratamento mais longo e profundo, “*após experimentar o entendimento concernente a essa espécie de entrevista*” (1984[1971]), p. 13, grifo do autor).

Ponderamos que a técnica de entrevista não-dirigida deixava aberto um espaço para exploração de temas, de vivências, proporcionando uma abertura para a expressão de sentimentos. Portanto, a entrevista foi sustentada por uma postura investigativa e, ao mesmo tempo, de ajuda, tendo-se em vista a complexidade que envolveu a situação do casal com todo o sofrimento emergente. A consulta terapêutica, com seu caráter de apoio psicológico, emprega a proposta de um atendimento por demanda, o qual possibilita maior flexibilidade de atuação e adequação às possibilidades desses pais. Falar da relação com a criança poderia mobilizar angústias, sendo necessária a compreensão, num movimento de empatia com os participantes. Minha direção foi no sentido de propiciar um ambiente que favorecesse a narrativa das histórias vivenciadas pelo casal com esse filho, assim como da dinâmica conjugal, de maneira que esse movimento de re-contar a própria história pudesse, ao final, trazer benefícios de alguma maneira.

Construção da demanda e enquadre

No encontro com cada casal é que se produziu a demanda dos pais. Almejei engajar-me com disponibilidade mental, emocional e empatia, acompanhando os pensamentos dos pais e mostrando compreensão pelos conflitos vivenciados. Na releitura do material coletado, utilizei elementos não-verbais e a atitude

contratransferencial, para a conscientização do que foi sentido no momento de cada entrevista, tomando-os como elementos de análise.

Os cinco casais entrevistados cooperaram nos encontros. Percebi que havia um desconforto inicial vindo da própria situação familiar alterada, em virtude do diagnóstico e da entrada da criança na instituição de atendimento especializado. Através dos fragmentos das entrevistas foi possível observar que fui implicado em meu duplo papel de pesquisadora e clínica. Essa maneira de fazer pesquisa solicita constantemente a participação ativa do pesquisador em todas as fases do processo e o envolvimento de sua própria subjetividade no encontro com os participantes que colaboraram com as entrevistas e com o material clínico coletado. A dinâmica das entrevistas permitiu entrar em contato com os fenômenos transfereenciais e contratransferenciais que decorrem da existência do inconsciente.

Sentia-me envolvida no universo das famílias, buscando oferecer um espaço de *holding* às angústias dos casais, para que eles pudessem se dar conta do sofrimento vivido. A confiança estabelecida com o clínico que trabalha com a consulta terapêutica busca despertar a esperança dos envolvidos, peça chave para um caminho de saúde. No caso da pesquisa que estou narrando, esse foi um ponto fundamental, pois percebi, ao longo das entrevistas, o desânimo vivenciado pelo casal que luta para encontrar sinais de que estão tomando atitudes adequadas na melhora do filho.

O casal 1 manifestou suas angústias concernentes ao comportamento do filho. O marido, que muitas vezes parecia sem vigor enquanto figura de autoridade, fragilizado diante da condição da criança e também da figura forte e crítica da esposa, expressou sentimentos, no espaço da entrevista, os quais não tinham sido possíveis exprimir, na relação de ambos:

Até é uma coisa que eu não tinha falado pra ela ainda... às vezes, eu evito de tirar ele de perto dela, porque ele não gosta... aí ele começa a bater a cabeça no chão... às vezes, ele bate... e se bate... mas isso não é muito, não... às vezes, ele bate uma vez... aí eu já deixo pra lá (João, casal 1)

Com isso, surgiu também um espaço para a emergência do não-dito no casal, que pode ser fundamental para favorecer reflexões sobre as situações vivenciadas, aliviar as angústias de cada um, clarificando para o outro e para si mesmo o que se sente, e fortalecer os papéis desempenhados por cada membro, na dinâmica familiar.

Com o casal 2, emergiram as ansiedades persecutórias que busquei não sustentar. Diversas preocupações foram relatadas especialmente concernentes à escola regular, onde a criança passava por um processo de inclusão. Ao mesmo tempo em que o pai salientava as qualidades do menino, a inteligência, a mãe desejava que o filho saísse dessa escola para frequentar apenas a instituição especializada. Essa família tinha vivenciado um evento traumático, com a morte de um filho anterior à criança autista. Ao final, o pai perguntou se sua esposa poderia estar deprimida tanto tempo depois da morte daquele filho, demandando um aconselhamento. As questões associadas ao vazio deixado por esse filho falecido ainda estavam reprimidas, interferindo nos cuidados com o filho autista, por exemplo, culminando com a proteção excessiva da mãe e pelas críticas do pai à conduta da esposa. A consulta oportunizou que ambos entrassem em uma conversa que parecia não ocorrer na residência

No que se refere ao casal 3, falaram sobre os sintomas do filho e as dificuldades cotidianas com uma criança agitada e que quebra objetos constantemente. Sentiam-se impedidos de viver outras relações que não aquela com a criança. Tratou-se de um menino que mobilizava muitas ansiedades no casal e a complexidade da situação não deixava espaço para a relação homem/mulher.

O casal 4 demonstrava intensa ansiedade, no momento da entrevista. Contaram sobre acontecimentos que precederam a gravidez da filha autista, mostrando que se questionavam sobre o que teria provocado as deficiências e o autismo. A mãe aludiu aos sintomas da filha e como isso a angustiava, como ela a percebia desvitalizada. Porém, tentou enfatizar para o marido as qualidades da menina, quando estabeleceu uma comparação com outras crianças da instituição. Frequentemente, eu tentava chamar de volta ao diálogo um pai que parecia distante da conversa que estava sendo estabelecida sobre sua filha. Esse casal demandou que eu tivesse mais diretividade, pois, devido à tensão daquele dia, não traziam muitas associações espontaneamente.

O encontro com o casal 5 se deu permeado pela ansiedade e agitação do pai, e um semblante triste e desanimado da mãe. Naquele momento, emergiram dúvidas desse casal relacionadas ao diagnóstico da criança, bem como à medicação prescrita pelo psiquiatra da instituição. Contudo, a queixa manifesta contra o remédio desvelou o inconformismo diante da condição da criança, uma rejeição ao diagnóstico notificado. Os pais, principalmente a mãe, sentiam-se indagados com relação à educação que providenciavam à filha. Tal questionamento vinha tanto por parte de profissionais e educadores quanto pelos familiares e amigos, o que poderia provocar um afastamento

da vida social. Concomitantemente, a mãe se enfurecia com tais questões, mas parecia também se interrogar se ela mesma poderia ter prejudicado a própria filha. Desempenhei uma função de facilitadora dessa comunicação, evitando emitir opiniões e mostrando-me presente com esses pais nas suas incertezas, na aflição do pai e nas inúmeras dúvidas da mãe, reconhecendo que algumas perguntas ainda não podiam ser respondidas. A entrevista parece ter funcionado como um momento de catarse, especialmente para a mulher, que evocou, reviveu e descarregou afetos ligados a situações recentemente vivenciadas ao autismo, o que não deixou espaço para o conjugal.

Um espaço de *holding*

Dessa maneira, trabalhamos com o conceito de *holding* que permeou os encontros com os casais. Esperava-se que, através do *holding* oferecido, o casal pudesse começar a se deparar com as próprias dúvidas, com a demanda construída nesses encontros e, talvez, entrar em um movimento de criação. A hipótese inicial era de que esse espaço pudesse acolher o casal e oferecer possibilidades para compreensão de conflitos, o que consideramos ter ocorrido. O *holding* é a atitude de sustentação emocional da mãe com seu bebê, vivência que buscamos oferecer, pelo suporte psicológico (MARQUES; ARRUDA, 2007), disponibilizado na entrevista, ancorada no método da consulta terapêutica, com os casais, acolhendo as experiências afetivas.

Enfim, chegamos a considerar que a entrevista permitiu refletir sobre algumas mudanças necessárias: houve troca de informações entre os membros do casal, que funcionou como um espaço de comunicação das angústias ou conflitos oriundos da condição do filho. Observaram-se alguns aspectos importantes: o espaço da entrevista teve seu efeito terapêutico quando os pais recontaram a história familiar e assim refletiram brevemente sobre ela; funcionou para comunicações particulares que ainda não tinham ocorrido entre os membros do casal; falaram sobre situações angustiantes vivenciadas por cada um na sua subjetividade, relacionadas à condição da criança.

Pensamos que a entrevista atendeu tanto ao propósito de investigação sobre o que a condição da criança gera no casal, quanto a servir de ambiente acolhedor para outros temas emergirem. Apesar de termos conservado certa homogeneidade, em nossa amostra, notamos que cada casal tem sua singularidade. A intimidade de cada sujeito se manifesta de formas particulares, na escolha dos parceiros, na constituição dos casais.

Finalmente, observamos esse fator dentro de uma situação específica de sofrimento familiar com o filho.

Referências bibliográficas

FÁVERO, M. A. B. *Autismo infantil e estresse familiar: um levantamento bibliográfico mediante uma revisão sistemática da literatura*. 2002. 81 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

FÁVERO, M. A. B. *Trajetória e sobrecarga emocional da família de crianças autistas: relatos maternos*. 2005. 174 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FÁVERO-NUNES, M. A. *Consulta terapêutica com pais de crianças autistas: a interface entre a parentalidade e a conjugalidade*. 2010. 198 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

GOMES, I. C. *Uma clínica específica com casais: contribuições teóricas e técnicas*. São Paulo: Escuta/FAPESP, 2007.

MARQUES, C. F. F. C. e ARRUDA, S. L. S. Autismo infantil e vínculo terapêutico. *Estudos de Psicologia* (Campinas), v. 24, n. 1, p. 115-124, 2007.

MARTÃO, M. I. S. *Encontro com pais de filhos com traços autistas: compreendendo a experiência emocional*. 2009. 353 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

OUTEIRAL, J. D. W. Winnicott: o homem e a obra. *Revista Viver: mente e cérebro. Scientific American*, São Paulo, 2005, v. 5, p. 6-15, 2005. (Coleção Memória da Psicanálise).

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Tradução J. O. A. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975 (1971).

Comunicações Orais

A família vem para o divã: o que Winnicott tem a dizer sobre isso?

The family comes to the divan: what Winnicott has to say about it?

Ana Carolina Zuanazzi Fernandes²²

Júlia Archangelo Guimarães²³

Maíra Bonafé Sei²⁴

Resumo

Apesar das diversas transformações que ocorreram na instituição familiar quanto à sua forma de constituição e papéis simbólicos atribuídos a cada membro, esta sempre será a base para a construção do psiquismo e da subjetividade do indivíduo que dali irá emergir. Contudo, a família nem sempre desempenha bem seu papel na promoção de saúde e desenvolvimento. Objetiva-se, então, apresentar material clínico advindo de atendimentos com famílias realizados na clínica psicológica da UEL baseados na teoria winnicottiana e que ilustram esta temática. Observa-se que novas experiências e acolhimento dos impulsos criativos são viabilizados por este tipo de atendimento. Conteúdos da história e constituição da família não ditos ou mal ditos, negados ou omitidos, faltantes no relacionamento com o ambiente, podem ser expostos, trabalhados e ressignificados pelos indivíduos, abrindo-se uma porta para melhor comunicação entre os familiares e novas oportunidades de papéis e espaços para cada um.

Palavras-chave: Winnicott, família, psicanálise.

Summary

Despite the various changes that have occurred in the family institution in her formation and symbolic roles assigned to each member, family will always be the basis for the construction of subjectivity and the psyche of the individual who will emerge from her. However, the family does not always play well her role in promoting health and development. The objective of this work is then to present clinical material arising

²² Graduanda em Psicologia – junto à Universidade Estadual de Londrina-UEL, integrante do Projeto de Extensão 01619 – “Atendimento a famílias por meio dos recursos artístico-expressivos com base no referencial winnicottiano”. E-mail: anacarolina.zf@hotmail.com.

²³ Graduanda em Psicologia, junto à UEL, integrante do Projeto de Extensão 01619 – “Atendimento a famílias por meio dos recursos artístico-expressivos com base no referencial winnicottiano”. E-mail: julia.a.g@bol.com.br

²⁴ Psicóloga, Mestre Doutora em Psicologia Clínica – IP-USP, Docente do Departamento de Psicologia e Psicanálise – CCB-UEL. Coordenadora do Projeto de Extensão 01619 – “Atendimento a famílias por meio dos recursos artístico-expressivos com base no referencial winnicottiano”. E-mail: mairabonafe@gmail.com

from consultations held with families in clinical psychology at UEL based on Winnicott's theory that illustrates this theme. It is noticed that new experiences and reception of creative impulses are made possible by this type of care. Contents of history and family formation unspoken or poorly told, denied or omitted, missing in the relationship with the environment may be exposed, worked and signified by individuals, opening up a door for better communication between family and new opportunities of roles and spaces for each member.

Keywords: Winnicott, family, psychoanalysis.

O papel da família

A família e sua forma de organização e composição têm sofrido diversas transformações desde muitas décadas atrás. Do começo da década de 40 em diante, houve o início da passagem da família patriarcal para a família nuclear, devido, principalmente, ao forte processo de urbanização ocorrido nesta época. A saída da mulher para o mercado de trabalho, também promoveu grandes modificações no contexto e na organização familiar. Novas configurações estão sendo estabelecidas, e novas relações de cuidado com o bebê e com a criança então surgindo.

Essa nova família, mais restrita e mais fechada foi se alterando em sua configuração. Foram surgindo, principalmente na década de 80, famílias constituídas de diferentes indivíduos: famílias reconstituídas (união de um homem que pode ou não já ter filhos e uma mulher que também pode ou não já ter filhos, e que eventualmente geram seus próprios filhos), famílias monoparentais (seja por afastamento voluntário ou não de um dos parceiros, por adoção de um filho, por escolha da produção independente), famílias homoparentais, famílias onde os principais (quando não únicos) cuidadores são os avós, ou parentes próximos, etc. (OUTEIRAL, 2007). Essas configurações podem trazer novos conflitos a serem resolvidos pelos seus membros, principalmente pelos filhos dessa família, uma vez que muitas funções exercidas pela família estão sendo deixadas de lado, acarretando em um ambiente desfavorecedor para o desenvolvimento saudável dessa criança.

Neste sentido, ao se refletir sobre a família, sua configuração e função para o desenvolvimento de seus membros, pode-se lembrar do trabalho de D. W. Winnicott. Este autor foi um pediatra e psicanalista que estudou, entre outras coisas, o ambiente onde o bebê/criança se desenvolvia. Durante esses estudos, notou a importância da mãe e da família como provedores de um *ambiente facilitador* para o desenvolvimento

saudável da criança. A observação do papel destes na promoção da saúde foi facilitada por sua atuação enquanto pediatra, que permitia o contato com indivíduos saudáveis que chegavam ao médico para o acompanhamento do processo de desenvolvimento. Desta forma, ele se diferencia de psicanalistas que trabalharam com indivíduos que apresentavam já um adoecimento psíquico.

O olhar de Winnicott para as famílias, especialmente no que concerne os pares mãe-bebê esteve presente durante seu percurso como pediatra e posteriormente como psicanalista. Contudo, durante a segunda Guerra Mundial sua compreensão sobre famílias pôde ser ampliada a partir das experiências de retirada das crianças de suas casas localizadas nos grandes centros, alvos de bombardeios, e colocação destas em abrigos. Neste sentido, foi possível notar a importância da função desta como “sustentadora emocional” para um desenvolvimento psíquico e subjetivo adequado da criança (FERREIRA e AIELLO-VAISBERG, 2006).

Na constituição da família, cada membro desempenha um papel. Os papéis não estão localizados em figuras específicas, sendo que as funções ligadas a estes papéis podem ser desempenhadas por variados membros da família, aspecto importante ao se pensar nas novas configurações familiares.

Por sua vez, caberia à mãe (ou sua representante) vivenciar o estágio de *preocupação materna primária*, que é um período vivenciado pela mulher entre o último mês de gravidez até os primeiros meses após o nascimento do bebê. Nesse estágio a mãe e seu filho mantêm uma relação intensa e física, onde passam a ser apenas um, comunicando-se de inconsciente para inconsciente, principalmente. Posteriormente, caberá ao pai a separação dessa relação simbiótica da mãe com seu bebê. Nesse sentindo, a mãe será suficientemente boa se o pai também for suficientemente bom.

Como exposto, o ambiente familiar será sempre a base para o desenvolvimento do psiquismo e da subjetividade da criança. É através da promoção das funções de *handling*, *holding* e apresentação de objeto que a família será capaz de manter esse ambiente facilitador e necessário para o desenvolvimento psíquico e subjetivo da criança. A mãe deve então, além de prover os cuidados necessários à sobrevivência da criança (como o amamentar e o trocar), promover a apresentação de objetos, ter uma rotina, olhar para a criança, tocá-la, dentre outros. Desta forma evita-se que este bebê tenha a sensação de despedaçamento e vazio, e posteriormente venha desenvolver uma psicopatia ou tendência antissocial.

É por meio de um ambiente suficientemente bom, promovido por uma família que consegue ponderar adequadamente a presença e a ausência, que a criança conseguirá brincar. O brincar é uma importante tarefa a ser realizada pela criança, uma vez que o brincar configura-se como um fenômeno transicional, que fica no espaço entre aquilo que é interno e o que é externo. Compreende-se que a capacidade da criança brincar é um indicativo de seu desenvolvimento saudável, de modo que o objetivo da psicoterapia para Winnicott (1975) pode ser contribuir para que o paciente saia de um estado em que este não pode brincar para outro em que passa a ser capaz de fazê-lo.

O atendimento às famílias

Partindo do atendimento de pacientes esquizofrênicos e suas famílias, a *Psicanálise de Família e Casal* se iniciou por volta da década de 40 e teve como base a técnica da psicanálise individual. Diversos autores, desde então, têm se dedicado ao estudo da técnica que ao longo do tempo foi tomando um olhar diferenciado da técnica psicanalítica individual. Pode-se mencionar alguns desses autores, tais como Box, Meyer, Berenstein, Moguillansky, Kães, Eiguer, entre outros (GOMES e LEVY, 2009). No que concerne a técnica de atendimento a famílias, há autores que, a partir de um referencial psicanalítico, propõem alterações na técnica de atendimento, defendendo a inserção de recursos artístico-expressivos para mediação do contato e da comunicação no *setting* família (SEI, 2009; SEI, 2011).

Existem diversos campos de estudo dentro da Psicanálise de Família e Casal, com estudos próximos aos pressupostos da psicanálise inglesa, outros, representados por autores franceses, discutem fortemente o fenômeno da transmissão psíquica geracional, enquanto que na América Latina, tem-se um grupo de argentinos que abordam o conceito de vínculo, cujos estudos contribuíram para a formação da *Psicanálise das Configurações Vinculares* (GOMES e LEVY, 2009).

Segundo Ramos (1998), é muito comum que a família seja encaminhada para o atendimento psicológico. Nesse encaminhamento, muitas vezes, vem devido à enfermidade de um membro específico. A família como um todo dificilmente se identifica como enferma, ela nomeia um membro, um representante de sua enfermidade. Cabe lembrar que Winnicott (1984) afirma ser possível verificar que os sintomas psicológicos da criança refletem alguma enfermidade da família toda ou em parte dela.

Nestes casos dever-se-ia focar a família enquanto paciente da intervenção e não a criança que foi levada para o atendimento.

Ainda segundo Ramos (1998), em alguns casos, é muito difícil para a família se assumir como enferma. Nem sempre os membros estão dispostos ou interessados em ver suas próprias dificuldades e suas dificuldades em relação à família. Nesse momento, há uma divisão da família entre os “sadios” e os “enfermos”. Nessa divisão, os “sadios” assumem o papel de ajudantes, de observadores e os “enfermos” são entendidos (pela família) como aqueles para os quais a ajuda deve se dirigir. A autora ressalta que nesses casos é bastante comum que o lado apontado pela família como dos “sadios” se unam e tentem formar uma aliança com o terapeuta.

Vale ressaltar que a família nem sempre é a única causadora da enfermidade de determinado membro e nem sempre a enfermidade em si é um desencadeador de desequilíbrio familiar. Essas duas variáveis devem ser analisadas e deve-se verificar como compõem a dinâmica da família naquele momento. Outro ponto importante é que cada caso é único, independentemente de se tratar de um atendimento familiar, conjugal ou individual. É necessário se aproximar de cada família a fim de visualizar suas peculiaridades. A dinâmica de uma família é compreendida aos poucos, através de sua fala e de suas produções no decorrer dos atendimentos.

Especificidades do atendimento psicológico no contexto institucional

Tendo em vista que este trabalho almeja discutir o atendimento a famílias, com ilustração clínica de um caso atendido pela clínica psicológica da UEL, compreende-se ser importante apontar brevemente algumas especificidades do atendimento psicológico no contexto institucional. Este tipo de atendimento, realizado em clínicas-escolas de Psicologia, tem algumas características diferentes do atendimento realizado em consultório privado. Um deles é a imprevisibilidade, por parte do paciente, em saber ou escolher quem será seu terapeuta. Nesse sentido, nota-se que a relação transferencial é mantida com a instituição e não com um terapeuta específico.

Outra característica presente neste contexto é o alto índice de desistência da terapia, tanto individual como familiar ou conjugal. Esse fato pode ser devido à in experiência do terapeuta ou expectativas do paciente.

No caso de atendimento familiar tem-se outra variável que também colabora para esta desistência, a saber, o foco que a família deposita em um de seus membros e o desejo de uma mudança rápida nos sintomas apresentados pelo paciente identificado

(RAMOS, 2006). Assim, essas expectativas criadas em torno da rápida melhora do filho ou do membro “doente” podem facilmente serem frustradas ao longo das sessões. A partir de um referencial psicanalítico, compreende-se que o papel do terapeuta será de propiciar uma reflexão a partir do material trazido nos atendimentos, sem uma postura diretiva, sendo que muitas vezes a família pode procurar (ou ser encaminhada) para atendimento esperando, na verdade, receber instruções de como “ajudar” o membro a melhorar, aspecto que acirra ainda mais as resistências no contexto terapêutico.

Caso ilustrativo

A seguir será exposta a síntese de atendimento familiar realizado na clínica psicológica da UEL.

Vieram para atendimento psicológico F1, na faixa dos 30 anos de idade, solteira e mãe de F2, com aproximadamente 7 anos. Reside junto com a filha, que estuda em período integral, em seu local de trabalho, onde também moram a patroa e o filho desta. Compareceram também F3 e F4, casados, avó e avô respectivamente paternos de F2, ambos com na faixa dos 60 anos de idade.

O pedido de consulta foi feito por intermédio da patroa de F1. Segundo F1, a professora de F2 sugeriu que ela procurasse atendimento psicológico para a filha devido aos maus comportamentos da menina em sala de aula.

F1 e o pai de F2 (pai de F2 mora com F3 e F4) tiveram um relacionamento de alguns anos. Estão separados há 2 anos pois, segundo F1, houveram muitos casos de traição por parte do pai de F2. No período em que se relacionaram, F1 continuava morando com sua patroa e visitava o pai de F2 sempre que possível.

A queixa principal apresentada pela família na triagem e primeiras sessões foi que F2 era “impossível”, palavra utilizada pela família para definir F2. Segundo F1, a filha se comportava muito mal, indicando que a menina sempre xingava e brigava com a mãe. Os avós concordam com essa afirmação, acrescentando que F2 nunca tratou mal os avós, apenas a mãe e o pai.

Segundo os membros da família, o que os levou a procurarem um atendimento familiar foi que eles (os quatro) sempre estavam presentes quando o assunto era F2. Sempre que F2 estava com algum problema, os três a acompanhavam. Nota-se aqui, que os membros da família deixam claro seu posicionamento frente ao atendimento psicológico. Eles estavam ali apenas para ajudar F2 a melhorar seus comportamentos inadequados. Quando perguntado qual era o objetivo a ser atingido com o atendimento

psicológico, mais uma vez foi notado que os membros colocavam F2 na posição de “doente” e eles na posição de “ajudantes”.

O interessante do atendimento a famílias é que os membros reproduzem, dentro do consultório, os papéis que cada um exerce dentro da configuração familiar e um pouco sobre a dinâmica da família. O que foi possível observar neste caso foi a posição que a família tentava, a todo o momento, colocar F2. A partir de perguntas da terapeuta, quando direcionada para outros membros ou outras atividades que não fossem a respeito da queixa, os membros da família desviavam o assunto e retornavam para a queixa dos comportamentos inadequados de F2. Quando a terapeuta direcionava a pergunta para F2, prontamente alguém da família respondia por ela. Isto levou a terapeuta a concluir que provavelmente F2 não tinha um espaço próprio dentro da família que ela pudesse construir que não fosse o de “doente”.

Outro aspecto que contribuiu para essa conclusão da terapeuta foi que F2 também não tinha um lugar físico que pudesse ocupar e chamar de seu, pois na rotina da menina ela ficava boa parte do tempo na casa dos avós. Na casa em que residia também não possuía um espaço individual seu. A configuração familiar e o desempenho dos papéis apresentavam-se como algo confuso, já que, por exemplo, a criança parecia não contar com uma figura que desempenhasse claramente a função paterna, apontando para aspectos que poderiam ser trabalhados ao longo do atendimento familiar. A partir de um referencial winnicottiano, ao se observar o grupo familiar no *setting* terapêutico, entende-se que este não conseguia ofertar o ambiente suficientemente bom necessário ao desenvolvimento saudável, com a queixa em relação à criança apontando para uma ligação com esta dinâmica familiar.

Considerações finais

Ao se retomar os conceitos teóricos pertinentes à experiência aqui apresentada e discutida, pode-se afirmar que Winnicott enfatizou, ao longo de sua obra, a importância dos primeiros vínculos estabelecidos no contato mãe-bebê para uma construção saudável do psiquismo infantil assim como seu desenvolvimento enquanto ser autônomo. No início de sua vida o bebê passa por um processo de simbiose com a mãe, no qual não identifica quais os limites entre o seu corpo e o dela. Segundo Winnicott, é apenas com um ambiente propício para seu desenvolvimento, que o bebê terá possibilidade de se desenvolver e se diferenciar da mãe, criando sua própria identidade (CHAVES, 2002).

O ambiente proporcionado pela família para acolher a criança deve estar se apresentar propício à emergência e desenvolvimento daquilo que é inato na criança. A mãe, o pai e a família têm o papel de espelho para esta criança, tratando-a enquanto sujeito (mesmo que ela ainda seja um sujeito em construção), pois só assim ela poderá ser e sentir-se existente. Com a dependência relativa, momento em que ocorre o início da desilusão, a criança pode usar objetos transicionais, porém isto só ocorre se a mãe esteve bastante presente de forma significativa. A criança então encontrará um pilar para se sustentar e encontrar/criar ela própria seu espaço, que possibilitará o crescimento psicologicamente saudável ou não deste sujeito.

O que podemos observar hoje em dia é que muitas famílias falham em sua função de promover um ambiente suficientemente bom favorecedor de um desenvolvimento saudável e a demonstração destas dificuldades se dá por meio do sintoma localizado, por vezes, na criança. Em situações como estas, o tratamento da família com um todo pode se configurar como uma ferramenta importante, tal como ilustrado por meio do caso clínico.

O objetivo do atendimento às famílias é, então, de proporcionar um novo espaço, novas experiências, diferentes formas de relação. Pode contribuir para o acolhimento dos impulsos criativos quando o *setting* terapêutico se apresenta como um espaço lúdico e aberto à criatividade e emergência do gesto espontâneo dos participantes. Pode-se abrir uma porta para uma melhor comunicação entre os familiares, além de novas oportunidades de papéis e espaços para cada um.

Referências

- CHAVES, V. P. *A Interação Mãe-Criança em Famílias Adotivas: Um Estudo Comparativo*. 2002. 109 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.
- FERREIRA, M. C. e AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O pai suficientemente bom: algumas considerações sobre o cuidado na psicanálise winnicottiana. *Mudanças – psicologia da Saúde*, v. 14, n. 2, p. 136-142, 2006.
- GOMES, I. C. e LEVY, L. Psicanálise de família e casal: principais referenciais teóricos e perspectivas brasileiras. *Aletheia* (ULBRA), v. 29, p. 151-160, 2009.
- OUTEIRAL, J. Família e contemporaneidade. *Jornal de Psicanálise*, v. 40, n. 42, p. 63-73, 2007.
- RAMOS, M. (Org.) *Terapia de Casal e Família: o lugar do terapeuta*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1998.

RAMOS, M. *Introdução à terapia familiar*. Editora Claridade. 2006.

SEI, M. B. *Arteterapia com famílias e psicanálise winnicottiana: uma proposta de intervenção em instituição de atendimento à violência familiar*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Universidade de São Paulo - Instituto de Psicologia, São Paulo, 2009.

SEI, M. B. *Arteterapia e psicanálise*. São Paulo: Zagodoni, 2011.

WINNICOTT, D. W. *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

A figura paterna de Freud a Winnicott

André Masao Peres Tokuda²⁵

Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro²⁶

Resumo

Pretendemos problematizar sobre a figura paterna no amadurecimento pessoal em dois casos clínicos com crianças e, ainda, buscar compreensão sobre aproximações e afastamentos entre Freud e Winnicott no que se refere à figura paterna na constituição do sujeito. Entendemos que para Winnicott o pai está presente na constituição do infante desde a gestação. Já para Freud este aparece como mais significativo a partir do Complexo de Édipo. Consideramos que o paradigma edípico se defrontou com problemas, tais como o relacionamento pré-edípico e das meninas com suas mães. Para Winnicott é o ambiente facilitador que dará apoio para que o infante cresça, constitua a base para continuar existindo e integrar-se numa unidade. Ele apresenta duas teses sobre a etiologia dos distúrbios psíquicos, primeiro que o processo fundamental perturbado não é o desenvolvimento sexual, mas o amadurecimento emocional, e segundo que o ambiente facilitador tem uma importância decisiva na psicopatologia dos distúrbios desta natureza.

Palavras-chave: Winnicott; Psicanálise com crianças; Pai.

²⁵ Graduando do Curso de Psicologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Realiza estágios nas Ênfases de Processos Clínicos e Saúde Mental, e Políticas Públicas e Clínica Crítica. Participa do Projeto de Extensão Universitária “Enquadres Clínicos Winnicottianos na Saúde Pública”. E-mail: andremasao@hotmail.com

²⁶ Professora Assistente Doutora do Departamento de Psicologia Clínica do Curso de Psicologia da UNESP/Assis. Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Doutora em Psicologia como Profissão e Ciência pela PUC-Campinas. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa (CNPq) Figuras e modos de subjetivação no contemporâneo.

A função da mãe, uma leitura winnicottiana de alguns casos clínicos

The role of the mother, a winnicottian's reading of some clinical cases

Andréa Sátira Peixoto Lima²⁷

Luciana Maria Filgueiras²⁸

Caroline Garcia dos Santos²⁹

Carla Maria Lima Braga³⁰

Resumo

Esse trabalho é apresentação de três casos clínicos, realizada na Clínica Escola Psicológica da UEL, como atividade acadêmica proposta pela disciplina de estágio obrigatório em clínica, com base teórica da psicanálise winnicottiana. Para o autor, a criança nasce indefesa não podendo existir sozinho, é um ser desintegrado que percebe o ambiente de maneira desorganizada. O papel da mãe é intrínseco e fundamental nos primeiros anos de vida, pois esta mãe pode oferecer um suporte adequado para que as condições inatas do bebê alcancem e caminhem para o desenvolvimento saudável. Winnicott constatou que boa parte dos problemas emocionais de um adulto, parecia encontrar sua origem nas etapas mais precoces do desenvolvimento. Para o autor a base de uma boa saúde mental, para qualquer indivíduo, provém de uma boa relação mãe-bebê. Portanto, os bebês só começam a *ser* no início, a partir da dependência absoluta, precisando assim de uma mãe que esteja identificada com este bebê sendo capaz de atender prontamente suas necessidades. A falha materna prolongada ou condições ambientais não adequadas podem acarretar em uma falta de confiança no mundo e uma má integração de seu ego rudimentar, interrompendo assim a continuidade do *ser* e o enfraquecimento do ego. O fracasso do contato inicial pode remeter o sujeito a uma condição patológica que segue a vida adulta, como a psicose.

Palavras-chave: Maternagem, Relação mãe-bebê, Preocupação materna primária, self

Abstract

This work is presentation of three clinical cases performed at the Clinical School Psychology at UEL, academic activity as proposed by the discipline of mandatory

²⁷ Graduação do Curso de Psicologia – Universidade Estadual de Londrina.

²⁸ Graduação do Curso de Psicologia – Universidade Estadual de Londrina

²⁹ Graduação do Curso de Psicologia – Universidade Estadual de Londrina

³⁰ Docente do Departamento de Psicologia e Psicanálise – Universidade Estadual de Londrina. Mestre em Educação, Doutora em Psicologia pela PUC Campinas.

internship in clinical, theoretical basis of psychoanalytic Winnicott. For the author, the child is born helpless and cannot exist alone, is a being that perceives the environment disintegrated so disorganized. The mother's role is intrinsic and fundamental in the early years of life, because this mother can offer adequate support for conditions to reach innate baby and walk for healthy development. Winnicott found that many of the emotional problems of an adult, seemed to find its origin in the early stages of development

Key-words: Maternal care, Infant-mother relationship, Primary Maternal Preoccupation, self.

O relacionamento entre mãe e bebê é de fundamental importância para que o desenvolvimento do ego do ser humano ocorra. Winnicott (1960) diz que para que um ego seja forte o par mãe-filho deve funcionar muito bem. Para isto são fundamentais as interações que esta mãe tem com o filho e o processo de identificação que estes possuem.

Winnicott (1999), afirma que as interações naturais se dão de acordo com um padrão hereditário do indivíduo, que vem a ser o processo de amadurecimento do mesmo. Desta forma, se o ambiente não dispõe interações suficientemente boas para um amadurecimento, a integração psicossomática não pode ser satisfatória. Segundo o autor “existe uma constante já visível na criança e que persiste até o fim, assim como o rosto de uma pessoa permanece reconhecível ao longo de toda a sua vida.” (WINNICOTT, 1988, p. 25).

É essencial, portanto, os estágios iniciais para que se possa entender a integração psicossomática durante o processo de amadurecimento do indivíduo. Se nos estágios iniciais a função materna não esteve presente, ou esteve de modo parcial, a criança terá uma quebra no seu processo de maturação e também no seu processo de experiências, pois não possui um ambiente propiciador para que o desenvolvimento de seu self ocorra. Sendo assim, o transtorno psicossomático pode ser visto como uma forma de defesa por parte do indivíduo “em que há uma cisão ou dissociação persistente na organização do ego do paciente, sendo isso o que configura [...] a verdadeira enfermidade.” (WINNICOTT, 1966, p. 82, apud FERREIRA, 2010, p. 26). Há a compreensão de que o indivíduo segue uma tendência que o conduz no sentido de como

o corpo funciona e é a partir disso que se desenvolve uma personalidade que funciona, com defesas contra a ansiedade de todo o tipo.

A estruturação do self se dá através do processo de integração do indivíduo, que por sua vez, ocorre devido à interação deste com o ambiente. Winnicott fala que se a maternagem não for suficientemente boa o self verdadeiro não consegue e não pode se formar ou permanece escondido atrás de um falso self que compactua e evita ao mesmo tempo as frustrações externas. Tendo isto em vista, o papel de apoio da mãe faz-se fundamental para a construção do ego da criança, é este contato com o materno que determinará a construção de um ego forte ou fraco.

Aqueles que possuem um ego fraco o possuem em decorrência desta relação que não foi suficientemente boa e por este motivo não conseguem progredir e serem eles mesmos. E isto persiste na vida adulta, na forma de regressão, e são estes casos que muitas vezes vem parar nas mãos do terapeuta e é dentro do processo terapêutico que o indivíduo poderá viver ou reviver situações que não puderam ser resolvidas para que o desenvolvimento possa continuar.

Em nossa atividade terapêutica, reiteradamente nos envolvemos com pacientes; atravessamos uma fase em que ficamos vulneráveis (como a mãe) por causa de nosso envolvimento; identificamo-nos com a criança, que por algum tempo permanece dependente de nós a um grau extremo; assistimos à queda do falso self ou dos falsos selves da criança; assistimos ao novo nascimento de um self verdadeiro, dotado de um ego que é forte porque nós, assim como a mãe ao seu filho, fomos capazes de dar apoio. (WINNICOTT, 1960, p. 28).

É através desse processo terapêutico que o indivíduo tem uma possibilidade de desenvolver o seu self verdadeiro e de ter contato realmente com outros ambientes que lhe propiciem um desenvolvimento. A terapia trás uma possibilidade que anteriormente lhe foi negada ou negligenciada e pode ser através dela que o indivíduo saia de um processo de estagnação, onde se encontra por não saber agir e viver a vida de forma efetiva. Através da terapia o cliente transfere para o mundo externo as novas vivências ou a resolução de vivências que foram repetidas dentro do setting terapêutico.

O terapeuta trás à tona a possibilidade do ser Eu. Porém para que isso ocorra, a relação terapeuta-cliente deve ser baseada na transferência entre estes, ou seja, na relação que é construída dentro do setting terapêutico.

Nos casos clínicos apresentados, a história de vida dos pacientes aqui expostos, quando bebês tiveram experiências um pouco menos afortunadas tendo comprometido o

contato com a realidade externa. Para esses sujeitos, na vida adulta, pesa o tempo todo a ameaça de perda da capacidade de se relacionar, ou em um caso mais grave demonstram a fragilidade em momentos de frustração, dando margem ao desenvolvimento de uma doença esquizóide. Os casos que aqui apresentamos, falam, se alguma forma da relação materna, o que nos remetia a pensar sobre a premissa mãe-bebê winnicottiano.

Caso 1

A paciente CR foi criada pelos avós maternos até os 13 anos, depois disso teve a oportunidade de conviver com a mãe biológica, menciona que esta época foi muito sofrida pois se sentia rejeitada pela mãe, que já tinha outros filhos de um outro casamento.

A mãe de CR tinha um relacionamento com um médico, muito conhecido na cidade e este era casado. Mantiveram este relacionamento ao longo de anos, até que a mãe da paciente engravidou deste amante e este quando soube a abandonou.

A mãe de CR, segundo a descrição da paciente, era uma mulher jovem e que gostava de viver bem a vida e que não se via pronta para aquela gravidez. Logo que deu a luz a CR, a mulher pediu ao pai e a irmã que cuidassem da criança, pois a mesma iria tentar a vida na cidade do Rio de Janeiro.

E assim foi a vida de CR, criada pelo avô e a tia até os 13 anos, durante este tempo o contato que tinha com esta mãe era apenas por telefone.

Hipóteses e considerações teóricas do caso

As coisas começam quando a mãe introduz na situação mãe-bebê, a capacidade de amadurecimento. A preocupação materna primária, descrito por Winnicott, mostra-se de fundamental importância para que se inicie o desenvolvimento fisiológico e psicológico do bebê. Seria a capacidade da mãe suficientemente boa, de desviar o interesse do seu próprio, self para o bebê.

Embora a paciente descrita aqui, tenha recebido os cuidados de um avô e uma tia, só a mãe é conferida uma capacidade especial de fazer a coisa certa. Esta mãe sabe como, o bebê esta se sentindo, e só a ela é dada a capacidade de identificação com esse bebê, e a ele dedicar-se prontamente as suas necessidades.

O processo de acalento, amamentação, a forma de segurá-lo e o tempo que se executam tais tarefas, dão a este pequeno ser a continuidade de seu ser contribuindo

para seu desenvolvimento e amadurecimento, lhe dando condições de superar algumas falhas no ambiente.

No caso de CR, o processo de amamentação foi realizado de forma que imitasse o processo natural. Seu avô a amamentava com uma mamadeira, usando leite de uma pequena criação de cabras, que tinha em seu quintal.

CR se quer passou pelo processo de desmame, porque esta nunca o teve de fato para si. Havendo assim em seu passado, um processo e um relacionamento insatisfatório.

E é exatamente nesta primeira vivência não satisfatória ou insuficiente, que podemos destacar alguns padrões de enfermidade ou comportamentos inadequados na vida adulta.

CR, no processo terapêutico, apresentou quadros de apatia, inibição e ansiedades que são geralmente classificadas como psicóticas.

A paciente apresentou quadros de ansiedade como, nervosismo, inquietude, tensão e usava sempre como defesa uma “ansiedade antecipatória”: sempre se antecipando, perante situações cotidianas, com finais trágicos e que sempre tinha um desfecho dramático ou esboçava uma situação negativa.

A paciente chegou à terapia, fazendo uso de psicofármacos para combater a insônia, irritabilidade e ansiedade.

E neste período de terapia, embora a queixa inicial fosse como saber lidar com os filhos, aos poucos revivia e regredia os relacionamentos primeiros que não foram satisfatórios e lhes traziam muito sofrimento. Aos poucos CR reconheceu um pouco de sua realidade subjetiva, deixando de fazer uma simples negação da realidade externa ou o reconhecimento desta. Fato este, ressaltasse a fala desta paciente, depois de alguns meses de terapia:

“... sei que sou ansiosa e que tem muito medo do que vai acontecer, sou muito nervosa e falo o que lhe vem a cabeça na hora das discussões em casa, e que isso acaba por magoar meus filhos e marido, tornando nossa relação cada vez mais distante.”

“... tenho medo de perder o equilíbrio e ficar doente e não ter controle sobre o temor de pensamentos sobre o que poderá acontecer, tenho medo do que vai acontecer.”

A teoria winnicottiana ainda destaca dois tipos de distúrbios maternos, a qual destaca a mãe cujos interesses próprios são tão intrusivos que são incapazes de serem abandonados, e o segundo tipo de mãe seria a que estaria sempre preocupada, tornando-se assim uma preocupação patológica. Esta mãe patologicamente preocupada permanece identificada por um longo tempo com este bebê, não podendo este caminhar para dependência relativa.

Vem-se a constatar, como na teoria, que quando o “par mãe-filho” funciona bem, o ego da criança é capaz de organizar defesas suportando as reações de possíveis falhas ambientais. Se este apoio é fraco ou intermitente, recebendo um apoio egóico inadequado ou patológico, estes tendem a apresentar padrões de comportamentos semelhantes aos de ansiedades consideradas psicóticas, como menciona Winnicott (1958, p. 36).

Na situação terapêutica o que se faz é imitar este processo natural “mãe-filho”, nesta atividade encontramos fatos análogos como, o exame de uma dependência absoluta por parte do paciente, que caminha para uma dependência relativa com o objetivo da conquista a independência, por fim.

Caso 2

A paciente apresentou queixa quanto a relacionamento familiar, ela é uma mulher de 30 anos, porém sua aparência mais jovem nos indica uma pessoa regredida e muito frágil.

Os problemas de relacionamento da cliente são decorrentes de uma desestruturação familiar, que é devida ao abuso sofrido por ela e uma irmã mais nova por parte do pai.

V. relata que este abuso acontecia desde sua infância e que se manteve por parte da adolescência, até o dia em que sua irmã resolveu revelar a mãe o que acontecia dentro da casa e Valéria teve que falar sobre o que acontecia com ela para defender a irmã da violência do pai, que bateu na irmã por contar tudo à mãe.

Algumas vezes ela culpa a mãe por não ter percebido o que ocorria, pois ela diz que sua mãe cuidava muito bem delas, menos quanto a este caso, Valéria diz ter feito algumas manifestações de que as coisas não estavam bem para ela dentro da casa e que sua mãe não percebeu essas manifestações.

Sendo assim, V. percebe que o ambiente ficou lhe devendo algo e perde também a confiança no ambiente e por este processo traumático; o emocional desta fica abalado

e não se desenvolve normalmente. Após a saída do pai de casa a cliente faz um retorno a este ambiente mãe e o processo de identificação entre elas é tão grande que chega a ser uma simbiose.

Todo o processo traumático sofrido na infância e parte da adolescência de V. é visto como uma invasão no seu processo de integração, pois por mais que já houvesse um EU ali presente este eu se despedaça e um falso EU como modo de proteção surge em seu lugar neste processo simbiótico com a mãe.

V. não teve um contexto para a construção do seu eu, e a relação com o mundo, foi traumática pela invasão feita pelo seu pai. Por conta dos conflitos vividos por V. ela é confusa e não sabe distinguir quando os gestos são seus e quando eles são de outro.

Como, por exemplo, em relação ao seu relacionamento sexual apresenta imaturidade V. diz *“eu não queria ter feito sexo e não sei porque fiz, sempre disse para minha mãe que realizaria o desejo dela de casar virgem”*(sic.)

O processo simbiótico entre as duas é tão forte que esta tem as mesmas doenças que a mãe, doenças essas que não são de origem genética.

Até pouco tempo atrás V. ainda dormia com a mãe na mesma cama, penso eu que esta atitude era regredida, uma atitude como tentativa de retorno a questões do passado quando não pode ser protegida e este ato de dormir com a mãe agora era sentido por V. como proteção.

V. apesar de ter um corpo de mulher não tem uma relação consigo de adulta é dependente desta mãe e dos pensamentos dessa para agir. Desta forma, pode-se dizer que V. não é uma pessoa que têm integrado o amadurecimento da identidade e o amadurecimento instintual.

Pois no caso de V. fica claro que o não amadurecimento da identidade fez com que esta não pudesse ter um amadurecimento instintual, tendo assim, sérios problemas com sua sexualidade, pois por mais que tenha relações sexuais não pode sentir esta como prazerosa, além de isso fortalecer o processo simbiótico com sua mãe.

Caso 3

C. possui 21 anos, e mora somente com sua mãe. O pai vive em uma cidade há 500 km de distância. C. apresenta uma relação de simbiose com a mãe, talvez por terem morado apenas as duas, desde que ela tinha dois anos de idade. Este relacionamento é visto como algo perfeito na visão de C. que afirma ser muito diferente do relacionamento de suas amigas com as mães, porque estas brigam, e ela e sua mãe

raramente discutem por algo. A mãe de C. interfere ativamente em sua vida, tomando várias decisões por ela, interferindo até em suas escolhas amorosas. A mãe sempre quis que ela conseguisse um namorado rico e “bom partido”, chegando até fazer C. terminar o relacionamento com um rapaz que gostava muito por afirmar que ele não seria ninguém na vida por não ter concluído os estudos. A hipótese estabelecida foi de que a mãe de C. gostaria que esta encontrasse um namorado que protegesse as duas, tanto mãe como filha. Além desta relação simbiótica atrapalhar os relacionamentos de C. também atrapalhava os relacionamentos de sua mãe, como foi visto quando C. disse que sente pelos relacionamentos da mãe não terem dado certo, e que acredita que isto aconteceu porque a mãe na época tinha uma filha pequena e os homens não a aceitaram. Mãe e filha nunca permitiram a inserção de um terceiro elemento neste relacionamento por talvez acreditarem que isso abalaria a relação, e alguma das duas se sentiria excluída ou menos amada.

A simbiose das duas sempre se mostrou muito forte, e inicialmente, com uma iniciativa da mãe de tentar separá-la de seu pai. C. relatava que quando criança a mãe pensava que ela fosse morrer, por conta das doenças respiratórias que apresentava, e a afastava de todas as pessoas, inclusive de seu pai. Por este fato, C. pensava que o pai não gostasse dela, mas depois percebeu que foi a mãe que o havia afastado.

Por conta da simbiose apresentada com a mãe, C. apresentava alguns comportamentos regredidos, tais como procurar sempre o colo da mãe e pedir carinho, e ficar na cama da mãe até a hora que o sono aparecesse. Para Winnicott (1954/1978) a regressão é o oposto da progressão e se refere à fase em que a criança depende absolutamente dos cuidados maternos, mas não os reconhece como advindos do exterior. Ele denomina isso de dupla dependência, pelo fato de o bebê depender dos cuidados maternos e desconhecer a origem deles. Mais tarde quando o self está mais desenvolvido e o ego fortalecido, ocorre a fase de dependência relativa, rumo a independência, e então os cuidados maternos serão gradativamente retirados, de acordo com a tolerância do bebê. C. se mostrava uma pessoa regredida a essa dependência da mãe. Winnicott define regressão como a volta do ponto em que o amadurecimento do self foi interrompido, num estágio anterior ao estabelecimento de si mesmo como entidade. No passado ocorreu a falha materna, que assumiu o caráter de invasão e mobiliou a reação do bebê para se defender de ameaças de aniquilamento. Este fato leva a dissociação do núcleo do self dos elementos defensivos e o leva a se tornar um falso self submisso ao ambiente, interrompendo o processo natural de “vir a ser” do bebê.

Nos três casos clínicos, aqui apresentados, vemos a importância do meio ambiente para o bebê nos primeiros estágios da vida; por trás de um sujeito está a mãe e as condições ambientais em que viveu, o que aludiu na história de vida dos três sujeitos, do sexo feminino, aqui apresentados.

Referências

FERREIRA, F. B. G. *Uma compreensão winnicottiana sobre as noções de soma, psique e mente como referência para atendimento da integração psicossomática*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2010. Disponível em: < http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2010-03-24T072415Z-1592/Publico/Fernanda%20Belluzzo%20Guedes%20Ferreira.pdf > Data de acesso: 10/11/2012.

FREUD, S. *Obras Completas*. Volume XII - Introdução à Psicanálise Tomo I. Rio de Janeiro: Editora Delta S.A., 1974.

WINNICOTT, D. W. *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1990.

A importância da função materna na construção do desejo infantil

Anderson Souza de Oliveira³¹

Paula Hisa P. Gotto

Resumo

Atualmente as discussões sobre *A importância da função materna na construção do desejo infantil* têm sido intensas no campo da psicanálise, assim, dada a diversidade teórica e conceitual, o foco deste trabalho está em identificar e compreender *A importância da função materna na construção do desejo infantil*. Para tanto, optou-se pela pesquisa de ordem bibliográfica, cujos resultados possibilitaram a discussão a respeito dos vínculos parentais através da função materna que permite o processo de constituição do bebê.

Palavras-chave: Função Materna, Relação Mãe-Bebê, Psicanálise.

³¹ E-mail: coopanderson@gmail.com

Acompanhamento Terapêutico: possibilidade de construção da subjetividade através de uma intervenção na família

Vivian Marques ³²

Claire Squires

Este artigo propõe discutir através da teoria psicanalítica, um caso de acompanhamento terapêutico de uma criança de nove anos que não fala, mas não apresenta qualquer disfunção física. Apresentar as nuances do trabalho psicanalítico que é feito em lugares públicos e na casa. Buscou-se proporcionar um espaço potencial para que a criança pudesse ser subjetivada, o trabalho era anterior a socialização. Oferecer-se como espelho, no qual a criança pudesse se reconhecer. Conforme Winnicott, é essencial sentir-se real, o objetivo era de lhe permitir descobrir seu modo de existência. Paralelamente foi feito um trabalho com a família, especialmente com a mãe, para que ela pudesse exercer seu papel e investir em seu filho. O trabalho de acompanhante terapêutica se consistiu também em dar um modelo das funções parentais. Este artigo é um recorte da tese de mestrado, este caso foi atendido na França, assim é possível discutir a questão cultural no atendimento psicanalítico.

Palavras-chave: acompanhamento terapêutico, subjetivação, intervenção familiar.

³² Psicóloga, mestre pela Paris 7 – Diderot em Psychanalyse et Psychopathologie. Graduada pela Universidade Estadual de Londrina, com aprimoramento em Intervenção Precoce na relação pais-bebês pelo Instituto Sedes Sapientiae. Especialista em psicologia da infância pela UNIFESP e em dinâmica de grupo pela Sociedade Brasileira de Dinâmica de Grupo. Atua na área clínica com atendimento psicoterapêutico de crianças, adolescentes e adultos, em contexto individual desde 2008, e com grupos psicoterapêuticos/psicoprofiláticos desde 2003. Membro da Ong Habitare desde 2008.

Adolescência: do imaginário ao real

Adolescence: from the imaginary to the real

Rosemarie Elizabeth Schimidt Almeida³³

Marcia Caroline Portela Amaro³⁴

Resumo

A adolescência é uma fase particularmente complexa do desenvolvimento humano, marcada por questões biológicas, culturais e psíquicas específicas. O adolescente vive entre o real e o imaginário, uma vez que o simbólico ainda não está presente. O aspecto transicional é marcante e é o precursor do simbólico. O transicional se dá no espaço potencial entre o adolescente e o outro, e necessitam de objetos, espaços e relações transicionais, como as que se dão no grupo e por meio da fantasia. Assim, configura-se a chamada Síndrome Normal da Adolescência, na qual o sujeito desenvolve características que, fora do período adolescencial poderiam ser consideradas anormais. Neste contexto, o adolescente vive importantes lutos, decorrentes da perda do corpo infantil, da bissexualidade e dos pais da infância. A escolha profissional constitui ao mesmo tempo em luto e em dado de realidade temporal, remetendo o adolescente para a assunção de papéis futuros.

Palavras-chave: Adolescente, Desenvolvimento do Adolescente, Psicologia do Adolescente.

Abstract

Adolescence is a particularly complex phase of human development, marked by issues biological, psychological and cultural specific. The teenager lives between the real and the imaginary, since the symbolic is not yet present. The transitional aspect is striking and is the precursor of the symbolic. The transitional occurs in the potential space between the teenager and the other, and requires objects, spaces and transitional relationships, such as those that occur in the group and through fantasy. Thus sets up the

³³ Prof.^a. Dr.^a Adjunta do Departamento de Psicologia e Psicanálise - UEL/PR. Doutora em Psicologia como Profissão e Ciência – PUCCAMP, área Clínica; Coordenadora do Projeto de Extensão “Orientação Vocacional e Profissional de Adolescentes na Comunidade” do Departamento de Psicologia e Psicanálise - UEL/PR.

³⁴ Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva pela UEL/PR, Acadêmica do curso de Psicologia – UEL/PR, estagiária do Projeto de Extensão “Orientação Vocacional e Profissional de Adolescentes na Comunidade” do Departamento de Psicologia e Psicanálise - UEL/PR.

call Normal Adolescent Syndrome, in which the subject develops characteristics that adolescence off period could be considered abnormal. In this context, the important adolescent experiences grief resulting from the loss of the child's body, bisexuality and parents of children. The professional choice is simultaneously mourning and given temporal reality, leaving the teenager to the assumption of future roles.

Key Words: Adolescent, Adolescent Development, Adolescent Psychology.

A adolescência se circunscreve em um meio familiar determinado sócio culturalmente e se desenvolve num processo psicossocial, haja vista que cada sociedade e cada cultura têm parâmetros que a distinguem.

A dupla origem etimológica da palavra adolescência, que significa ao mesmo tempo crescer (latim ad = a, para e olescer = crescer) e adoecer (latim adolescere = adoecer ou enfermar), é sintomática das características que marcam esta fase da vida.

A sociedade brasileira, segundo Outeiral (1997) e Outeiral, Hisada e Gabriades (2001), considera que a adolescência é delimitada por três fases: fase inicial (10 a 14 anos), período de transformações corporais e alterações psíquicas derivadas deste processo; fase média (14 a 16/17 anos), caracterizada pelas questões sexuais quando ocorre a passagem da bissexualidade para a heterossexualidade ou homossexualidade e a fase final (16/17 anos a 20/25anos), onde há várias modificações em relação aos vínculos com os pais, a questão profissional associada ao término do ensino médio, a aceitação do novo corpo e de novas formas de relação com o mundo.

Uma análise psicossocial pode levar em consideração a existência de adolescentes antes dos 10 anos, assim como após os 20/25 anos, adolescentes precoces e tardios, sob o ponto de vista histórico-genético e psicofuncional, com prováveis aspectos de detenção ou fixação parcial do desenvolvimento.

Ressaltam-se na fase inicial por volta de 10 a 14 anos, as transformações corporais intensas vividas neste período adolescência, originadas pelo processo puberal, que é o surgimento biológico dos caracteres sexuais secundários, com extraordinária atividade hormonal. Então nesse primeiro luto que o adolescente precisa enfrentar do mesmo modo que o ego corporal é o primeiro substrato da formação psíquica do afeto prazer e do afeto desprazer, na entrada desta fase reatualiza-se o primeiro luto narcísico (corpo infantil), e todas as intensas motivações inconscientes associadas a esse movimento psíquico (ALMEIDA, 1999).

Na fase média em torno de 14 a 17 anos, que pode estender-se até a fase final da

adolescência; outro importante luto vivenciado pelo adolescente, o da bissexualidade, enfatizado pelos autores que estudam esta fase do amadurecimento, e o sofrimento psicológico intenso gerado por uma capacidade real sexual, paradoxal à imaginária. Pois assumir a genitalidade, “pós” edípica significa metaforicamente “desistir” do amor parental.

Nesta fase do amadurecimento, Dias (2003) vai tratar esta questão como sendo parte de “angústias típicas da adolescência, que repetem a dos estágios primitivos: o adolescente é, tal como o bebê, essencialmente isolado. E, tal como no bebê, é apenas a partir deste isolamento que ele pode se lançar e vir a estabelecer alguma relação sentida como real” (p. 293).

Ao assinalar este isolamento também o associa “a um traço da sexualidade mais precisamente da indefinição sexual: o menino ou menina não sabe ainda, a não ser que padrões ambientais forcem a definição, se será heterossexual ou homossexual” (DIAS, 2003, p. 293).

Então as experiências masturbatórias, do brincar hetero ou homossexual que ocorrem em relação a uma sexualidade ainda parcial, acontecem como uma defesa a própria ansiedade e de certa forma negação frente à possibilidade de realização do ato genital.

Rubinstein (2005), ao fazer um aporte sobre reflexões acerca da prática psicanalítica com adolescentes denomina a saída da latência e puberdade, quando há a substituição dos pais pelo grupo (como um “espaço” temporal “transicional”) como uma fase isossexual para evitar a conotação do termo homossexual, num movimento de rejeição da perda de relações mais soltas, sem a determinação de papéis sexuais.

Aqui se insere ainda um terceiro luto vivenciado pelos adolescentes: o dos pais da infância, bem como de toda a dinâmica relacional estabelecida com eles. É necessário ao adolescente “assassinar” os pais da infância, no sentido de que precisa separar-se da dinâmica relacional infantil e *a posteriori* construir novas relações mais maduras com ambas as figuras parentais (OUTEIRAL e GRAÑA, 1991).

A escolha profissional surge na adolescência como outro importante luto, relacionado agora à necessidade de se buscar um papel a ser desempenhado pelo adolescente na sociedade, deixando o lugar de “dependente”, quanto também como dado de temporalidade, uma vez que é uma tarefa que remete ao futuro e ajuda o adolescente, dotado de temporalidades peculiares e muitas vezes confusas, a se situar diante da passagem do tempo, o que pode causar muitos conflitos.

Haja vista que segundo Arias (1998), “a concepção da temporalidade” e o “limite temporal” do adolescente, dos pais estão situados num contexto social determinado no tempo, visto que a “a adolescência como etapa, processo ou passagem define-se também em função de uma variável temporal que a atravessa, e porque toda adolescência implica um encontro do sujeito com a temporalidade” (p. 144).

Faz-se necessário retomar aqui algumas clássicas questões sobre a adolescência, posto que são atuais em pleno século XXI.

Na adolescência a dimensão temporal adquire características especiais. O adolescente apresenta dificuldade para distinguir presente, passado e futuro, diferenciar a realidade externa-interna; pode unir o passado e o futuro num “devorador presente”, presente que tem características não discriminadas e que portanto implicaria uma temporalidade diferente.

Knobel (1981 *apud* ABREU, 1999), trata esta questão como uma deslocalização temporal, onde o pensamento adquire as características de pensamento primário: converte o tempo em presente e ativo, numa tentativa de manejá-lo. As urgências são enormes e as postergações são aparentemente irracionais.

Outras características que integram a “Síndrome Normal da Adolescência” (ABERASTURY e KNOBEL, 1986):

- Busca de si mesmo e da Identidade: a infância e a adolescência não podem ser encaradas apenas como uma preparação para a idade adulta, mas devem sim ser enfocadas como uma etapa a ser vivida em um dado momento evolutivo.
- Necessidade de intelectualizar e fantasiar: são mecanismos de defesa. A realidade impõem várias renúncias (ao corpo, ao papel infantil, aos pais da infância, a bissexualidade) que o adolescente enfrenta com um sentimento de fracasso ou de impotência frente à realidade externa. Isso obriga o adolescente a recorrer ao pensamento para compensar as perdas dolorosas que ocorrem dentro de si mesmo e que não pode evitar.
- Crises religiosas, que podem ir desde o ateísmo mais intransigente até o misticismo mais fervoroso: a presença da religião apresenta-se numa tentativa de soluções frente à ansiedade que vive o ego na sua busca de identificação positiva e do confronto com o fenômeno da “morte” definitiva de uma parte do seu ego corporal.
- Tendência grupal: é um comportamento defensivo que vai em busca de uma aparente uniformidade, podendo proporcionar segurança e estima pessoal. O grupo e

seus integrantes representam a oposição às figuras parentais e uma maneira ativa de determinar uma identidade diferente a do meio familiar. Transfere-se ao grupo grande parte da dependência que anteriormente se mantinha com a estrutura familiar, especialmente com os pais.

- Atividade social reivindicatória com tendências anti ou associas de diversas intensidades: o adolescente cristaliza na realidade externa o que já aconteceu no seu psiquismo; na busca de sua própria identidade, ele necessita tornar-se diferente e distanciar-se dos pais, para construir sua suposta autonomia.
- Evolução sexual manifesta que vai do autoerotismo até a heterossexualidade genital adulta: a aceitação da genitalidade surge na adolescência, imposta pela sexualidade e pelo sêmen. Têm início com atividades masturbatórias, que visam à exploração e aprendizagem para uma futura genitalidade procriativa. Pode passar por uma homossexualidade normal, visto que é um período onde se elabora a perda da bissexualidade infantil, chegando então ao nível genital com outro indivíduo do sexo oposto e com vias a procriação, se possível.
- Contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta, dominada pela ação, que constitui a forma de expressão conceitual mais típica deste período da vida. Assim, são frequentes, intensos e variáveis os mecanismos de projeção e introjeção que facilitam a elaboração dos lutos típicos desta idade. A personalidade do adolescente é permeável: recebe e projeta muito.
- Separação progressiva dos pais: é o aparecimento da capacidade executora da genitalidade que impõe a separação dos mesmos ao reativar os aspectos genitais que tinham começado na fase genital prévia.
- Constantes flutuações do humor e do estado de ânimo: Os fenômenos da depressão e luto acompanham o processo de identificação e construção da identidade do adolescente. É preciso entender as mudanças de humor sobre a base dos mecanismos de projeção e de luto pela perda dos objetos.

Um bom mundo interior é constituído e surge de uma relação satisfatória com os pais internalizados e da capacidade criativa mostrada e proporcionada por eles, como assinala Aberastury (1983). Destaca que esse mundo interno é que possibilita uma boa conexão interior, uma fuga defensiva na qual o adolescente “mantém e reforça a sua relação com os objetos internos e evita os externos”, e é o que facilita um bom ajuste emocional no estabelecimento da identidade do adolescente.

Desde que o indivíduo nasce, vai se diferenciando progressivamente. Inicia com a dependência absoluta da mãe, e chega num meio social com características culturais determinadas. É um processo de construção gradual em busca de uma autonomia relativa, perpassado de progressos e retrocessos, um “vai e vem” na adolescência.

Winnicott utiliza o termo experiência cultural como um desdobramento de suas ideias sobre o brincar e o fenômeno transicional. Então neste sentido o adolescente ao enfrentar uma história e elaboração do vivido, de forma ainda confusa ao sair de uma situação de dependência quase absoluta para uma independência relativa, na construção de uma posição de crescimento e de sua própria identidade.

Portanto, o adolescente busca o grupo como precursor do objeto transicional da infância, facilitando a passagem da vida infantil para a vida adulta. No espaço temporal transicional, ofertado pelo grupo de pares, o adolescente pode viver o “imaginário como real” (AYRES, 1998, p. 345).

Tais premissas são de suma importância para a área de Orientação Vocacional e Profissional, para atendimentos que são realizados em grupos de adolescentes que estão à maioria na fase média da adolescência (16 a 18/19 anos), e que já cursam o ensino médio.

Estes grupos têm como objetivo estreitar os laços entre o sujeito e o objeto de sua escolha (profissão), através do *holding* ofertado pelo grupo de pares e mantido pelo *setting* grupal de um espaço temporal transicional intermediário entre o simbólico e o real, denominado (“como se fosse”) o imaginário.

É nesta dinâmica que trabalha o Projeto de Orientação Vocacional e Profissional do Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina. Sintetizando o desenvolvimento das atividades: primeiramente é realizada uma palestra para estudantes dos 2º e 3º anos do Ensino Médio em Escolas Estaduais, versando sobre a adolescência em geral e a escolha profissional em específico.

Em seguida, é aberta uma lista para que os interessados em participar dos encontros do grupo de OVP na Clínica Psicológica da Universidade que escrevam seus nomes, telefones e disponibilidades de horário. Procura-se criar pelo menos dois grupos, um funcionando à tarde e outro à noite, para atender à demanda daqueles que já trabalham ou têm outros compromissos.

São realizados 10 encontros sustentados pelo *setting (holding)* grupal, nos quais se fazem conversas que “brincam com o” imaginário ao real”. Aplicam-se técnicas projetivas (desenhos, colagens, etc.) e testes psicológicos. A décima sessão é destinada

para uma devolutiva individual e a oferta de psicoterapia individual para aqueles que tenham demonstrado necessidade e/ou interesse.

Assim, procura-se utilizar o grupo enquanto dispositivo transicional, destacando-se que a adolescência é fase em que o espaço potencial está presente e neste se necessita de objetos transicionais para se construir “pontes” com a realidade (GROLNICK, 1993).

Num dos casos atendidos (a partir do grupo) no Projeto de Orientação Vocacional e Profissional (OVP) do Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina, uma adolescente de 17 anos encaminhada para psicoterapia individual, referia o sofrimento por não conseguir esquecer um relacionamento que tivera com um adolescente com comportamentos bissexuais. Ainda quando estava no setting grupal, foi interessante observar o incentivo de todo o grupo de adolescentes amigos dela para que ela não “desistisse daquele amor”, numa crença de que foram “feitos um para o outro”. O que revela conteúdos edípicos importantes e mecanismos defensivos por parte da adolescente diante dos lutos próprios da fase, bem como dos seus pares.

Nos seu tratamento, esta jovem T., 17 anos, afirma ter uma relação fria e distante com o pai, e relata que ele “sempre foi assim”. Conta que a mãe disse certo dia, se sentir “viúva de marido vivo”, o que ela confirma, pela observação da relação dos pais. A demanda trazida por ela é a de que não consegue esquecer aquele ex-namorado, o qual já não se interessa mais por ela, não buscando manter contato ou valorizando suas aproximações. Ela insiste na relação, criando estratégias para vê-lo, relatando conteúdos de sonhos com ele, e recusando se relacionar com outros jovens interessados nela.

Quando ainda num dos encontros do grupo, foi pedido aos adolescentes que confeccionassem por meio de colagens de figuras de revistas três cartazes: um sobre o passado, outro sobre o presente e outro sobre o futuro. Esta jovem, no cartaz sobre o passado, não adicionou nenhuma figura representativa de afeto familiar infantil, mas sim apenas uma imagem de duas mãos unidas, uma masculina e outra feminina. Foi explicado que o passado estaria relacionado com a infância. Na apresentação de seu cartaz, esta jovem contou que aquela imagem era representativa de uma relação “perdida” que ela havia vivido, mas da qual não havia desistido.

Mais recentemente, numa das sessões de psicoterapia, ela relacionou (in)conscientemente a personalidade do pai, frio e distante, com a do ex-namorado, dizendo: “Ele **também** é bem distante.” Num momento posterior, afirmou que “quando

está perto dele, não tem olhos para mais ninguém, é como se as outras pessoas desaparecessem” tal qual o retratado em seu cartaz sobre o passado, vazio de outras representações afetivas humanas, a não serem as duas “mãos”.

Aqui se pode constatar que a adolescente está fazendo um movimento de escolha defensiva diante da “perda do pai”, recusando-se a abrir mão daquele que se enquadrou nos clichês estereotípicos recebidos dos pais na infância e frente à própria sexualidade. A figura paterna, fria e distante, “ditou” a escolha de alguém que a ele se assemelhasse, bem como a figura materna, “viúva de marido vivo” também serve de modelo identificatório para a adolescente, que optou inconscientemente por permanecer viúva de um ex-namorado existente, mas não mais aberto para a relação com ela.

Subjaz aqui na realidade um resquício de teorias infantis bissexuais, onde o desistir do amor bissexual seria lidar com a perda objetal edípica, perder uma espécie de suporte simbólico para a desistência da própria bissexualidade, ou seja, de não poder mais ter tanto o amor do pai quanto o da mãe. Ir ao encontro do seu próprio amor genital e enfrentar os revezes de tal feito.

Faz-se necessário ressaltar que tratar das questões transicionais do “luto pela bissexualidade”, a partir da própria temporalidade do sujeito, dentro da temporalidade transicional do grupo dos adolescentes em processo de escolha profissional, é poder confirmar neste processo que os adolescentes podem experimentar todas as características e nuances daquelas denominadas como da “Síndrome Normal da Adolescência”.

E que o mesmo torna-se o mote da questão nesta idade, como via de aproximação ao real. Ainda que o “paradigma” do ir e vir adolescencial coexista com todos os lutos desta fase da existência, são perpassados pela fluidez da **dinâmica** edípica, e não de uma rígida estrutura edípica. Assim, o grupo constitui e se constrói como o **Espaço Temporal Transicional (conceito novo)** que tem sido desenvolvido incluindo a questão do tempo (ou da temporalidade) no espaço transicional), para uma necessária transição ao mundo externo, para o alcance de um “suposto e autêntico *Self* adulto” (ALMEIDA e AMARO, prelo).

Referências

ABERASTURY, A. e cols. *Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

ABERASTURY, A., KNOBEL, M. *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

ABREU, R. E. S. *Influência da Família, da Escola e da Escolha profissional na Determinação do Perfil Psicossocial dos Adolescentes*. Dissertação (Mestrado em Educação). Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 1999.

ALMEIDA, R. E. S. *Os Caminhos da Depressão e sua Cartografia na Adolescência e Início da Adulterez*. Tese (Doutorado em Psicologia). Campinas: PUCCAMP, 2006.

ALMEIDA, R. E. S.; AMARO, M. C. P. O grupo como espaço transicional para jovens frente à questão da escolha vocacional e profissional. (Capítulo de livro) No prelo.

ARIAS, J. A. Concepções de Temporalidade e Suicídio na Adolescência. In: OUTEIRAL, J. (org.). *Clínica psicanalítica de crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

AYRES, M. P. O Grupo Como Espaço Transicional no Processo adolescente - Abordagem a partir de Um Caso Clínico. In: OUTEIRAL, J. O. (Org.) *Clínica Psicanalítica de Crianças e Adolescentes*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

DIAS, E. O. *A Teoria do Amadurecimento de D.W.Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

GROLNICK, S. A. *Winnicott - o trabalho e o brinquedo: uma leitura introdutória*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OUTEIRAL, J. O. *Adolescer: estudos sobre a adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

OUTEIRAL, J. L. e GRAÑA; R. *Donald W. Winnicott: Estudos*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991.

OUTEIRAL, J. O. e HISADA, S. e GABRIADES, R. *Winnicott - Seminários Paulistas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

RUBINSTEIN, G. H. Reflexões acerca da Prática Psicanalítica com Pacientes Adolescentes. In: Outeiral, J. *Clínica Psicanalítica de Crianças e Adolescentes*. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

Agressividade infantil, ambientes (in) suficientemente bons e as práticas clínicas na contemporaneidade

Irene Kill Dias³⁵

Ana Vitória Salimon C. dos Santos³⁶

Resumo

O presente trabalho analisa as estratégias clínicas utilizadas para o atendimento de uma criança, de 9 anos, do sexo masculino, com queixa de agressividade, com comportamento de risco para os colegas e para si mesma, encaminhada pelo Conselho Tutelar, para uma Clínica-Escola de Psicologia. O referencial utilizado foi psicanalítico winnicottiano, destacando-se a teoria do amadurecimento humano, as raízes da agressão e a necessidade de provisão ambiental. Nos atendimentos constatou-se que o meio familiar no qual está inserido não se caracteriza como um ambiente suficientemente bom, o qual se estende a seu meio social mais amplo, apresentando dificuldades para auxiliá-lo na organização de seus impulsos e desenvolvimento criativo. Conclui-se pela insuficiência das técnicas tradicionais, pela importância de setting terapêutico diferenciado, conforme proposição winnicottiana.

Palavras-chave: Agressividade, Psicoterapia Infantil, Winnicott

³⁵ Aluna do 10º termo do curso de Psicologia das Faculdades Adamantinenses Integradas - FAI, Adamantina/SP, estagiária curricular de Psicologia Clínica no Núcleo de Psicologia da FAI-SP.

³⁶ Doutoranda em Ciências da Saúde na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP-SP, Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista - UNESP/Assis-SP, Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina - UEL- Pr. Professora, supervisora de estágio e Coordenadora do Núcleo de Psicologia das Faculdades Adamantinenses Integradas – FAI - Adamantina/SP, Especialista em Psicologia Clínica e Psicologia Jurídica pelo Conselho Federal de Psicologia – CFP.

Agressividade infantil no ambiente escolar

Tamires Gazola

Andréa Fernandes de Araújo Gasques

Resumo

Ao abordar a Agressividade Infantil procurou-se aprofundar os conhecimentos, com a intenção de analisar as concepções quanto a manifestações consideradas agressivas, bem como as estratégias adotadas para manejar os conflitos. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, com entrevistas individuais semi-dirigidas com professores de ensino fundamental. Partindo das teorias psicanalíticas, a agressividade infantil pode ser manifestada em diversas fases do desenvolvimento da criança e de vários modos. Sendo assim, tais manifestações podem ocorrer de forma psicopatológica ou sendo parte constitutiva do indivíduo. A análise parcial dos dados aponta que as atitudes mais citadas como agressivas envolvem rebeldia, agressão física e verbal. Em relação às estratégias de manejo, predominam os encaminhamentos para a Direção e o diálogo. As informações apresentadas são ilustrativas de uma amostra, devendo ainda ser ampliadas para então ser realizada uma análise mais complexa.

Palavras-chave: Agressividade Infantil, Relação Professor-Aluno, Violência Escolar

As implicações de um ambiente que pode não ter sido suficientemente bom

The implications of an ambient that may not have been good sufficiently

Cinthia Cavalcante³⁷

Carla Maria Lima Braga³⁸

Resumo

Tendo como base a Teoria do Amadurecimento Pessoal de Winnicott, o presente trabalho pretende apresentar um caso clínico que está em atendimento. É levada em conta a questão da necessidade de um ambiente suficientemente bom que propicie um satisfatório desenvolvimento ao indivíduo, estando este ainda na fase da infância ou na adolescência. Não tendo crescido num ambiente suficientemente bom, como por exemplo, tendo sido privado de cuidados vindos da mãe, ou de alguém que fizesse esse papel, o indivíduo pode vir a sofrer dificuldades na adolescência e vida adulta, inclusive apresentar tendências antissociais, entre outros fatores. Assim, nessa trajetória do vir a ser do adolescente, ele precisa da imaturidade, que é inerente e não pode ser separada dessa fase e também necessita de suporte advindo dos cuidadores, dadas as diversas transformações que perpassam esta fase, necessitando então ser amparado por um ambiente facilitador.

Palavras-chave: Winnicott, Adolescente, Ambiente facilitador, Tendência antissocial.

Abstract

Based on the Winnicott's Theory of the Maturation Personnel, this paper intends to present case that is in attendance. It is taken into account the question of the need for an ambient good sufficiently that provides a satisfactory development to the individual still in its infancy or adolescence. Not having grown up in an ambient good sufficiently, for example, having been deprived from of care coming from the mother, or someone who did this role, the individual might suffer difficulties in adolescence and adult life, including antisocial tendencies, among other factors. So, this path of coming to be of the

³⁷ Aluna do quarto ano de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina, participante dos projetos “A clínica Winnicottiana: um estudo sobre a teoria do desenvolvimento pessoal e o manejo clínico” e “Assistência neuropsicológica para crianças com transtornos de aprendizagem” e estagiária no CAPS III de Londrina.

³⁸ Docente do Departamento de Psicologia e Psicanálise da Uel. Mestre em Educação, Doutora em Psicologia PUC – Campinas. Coordenadora do Projeto de Pesquisa “A clínica Winnicottiana: um estudo sobre a teoria do desenvolvimento pessoal e o manejo clínico”.

adolescent, he needs immaturity, which is inherent and can't be separated this phase and need support of the caregiver because of many transformations that permeate this phase and need therefore be backed by a facilitating ambient.

Keywords: Winnicott, Adolescent, Facilitating Ambient, Antisocial tendency.

Tendo como base a Teoria do Amadurecimento Pessoal proposta por Donald W. Winnicott, autor cujas ideias perpassam todo o presente trabalho, acredita-se que o ambiente no qual o indivíduo está inserido, desde a fase da infância, exerce grande influência sobre o seu desenvolvimento. Então, é necessário que esse ambiente seja facilitador e dê suporte à criança. Para Winnicott (1975), um ambiente suficientemente bom constitui um *sine qua non* no início do crescimento e desenvolvimento dos indivíduos. Assim, o potencial herdado que a criança possui para crescer e alcançar a maturidade ao lado de um crescimento emocional, só pode ser desenvolvido de maneira eficiente e satisfatória se forem dadas a este indivíduo as condições necessárias, ou seja, que lhe seja ofertada a provisão de um ambiente que seja suficientemente bom. Esse ambiente, no caso, é principalmente a mãe, ou quem possa fazer seu papel. Portanto, a criança precisa ter uma mãe que ao mesmo tempo em que frustra, acolhe. Um ambiente precisa dar a oportunidade para a criança crescer, e algumas frustrações acabam sendo necessárias, pois a imperfeição faz parte do ambiente mesmo que seja atento e facilitador.

O presente trabalho tem como referencia o atendimento clínico de um paciente adolescente atendido na Clínica Escola da Universidade Estadual de Londrina.

O caso clínico que falaremos é o de Marcos (nome fictício), um adolescente de 16 anos. No início da sua vida, Marcos aparentemente teve os cuidados maternos, pois morou com a mãe até a idade de 11 anos. Quando ele contava com 5 anos de idade, os pais se separaram, porém ele continuou a morar com a mãe, apesar de passar alguns períodos com o pai, o que com o passar dos anos se tornou mais frequente, como por exemplo, permanecer por uma semana com a mãe e por uma semana com o pai, mas ainda com a sua guarda no nome da mãe. Com então 11 anos de idade, acompanhou o pai em uma viagem para a Europa (mestrado do pai), e depois da viagem se decidiu por morar com o pai, o que a mãe aceitou de forma tranquila. Hoje, com 16 anos, está passando por um processo de mudança da sua guarda para o nome do pai. Marcos afirma esse desejo de ter o pai como seu único cuidador (em termos legais), dizendo que

é o pai a pessoa que sempre lhe deu mais atenção, ou seja, quem sempre dispensou cuidado para com ele.

É um adolescente que mostra muita mágoa com relação à mãe, afirmando que ela negligencia carinho e cuidados para com ele, dizendo que ela nunca se preocupou com ele, nunca lhe dedicou atenção, desde quando ele era ainda criança. Essa fala dele se referindo à negligência da mãe quando pequeno mostra ser muito parecida com o discurso do pai, pois esse pai é quem afirma que a mãe foi negligente em relação ao seu filho (Marcos). Assim, percebe-se a semelhança entre os discursos, ou seja, a fala cheia de mágoa que Marcos traz na sessão de terapia pode estar também influenciada pelo que o pai sempre disse e que continua dizendo. Então, por gostar tanto do pai, por tê-lo inclusive como modelo e referência, acaba por emprestar deste o seu discurso.

Pode-se pensar em relação ao caso de Marcos, que ele conseguiu passar de forma um tanto tranquila a fase em que era ainda um bebê, até mesmo porque ele não parece ser alguém que seria identificado como um psicótico, que é o que provavelmente teria acontecido caso a mãe não tivesse dispensado cuidado para com ele nessa fase. Inclusive, ele aparenta ter uma estrutura da neurose, até mesmo mostrando várias características de um neurótico obsessivo, dadas as diversas hesitações antes das ações, ou seja, um árduo conflito entre fazer o certo e o errado, a ponto de sair prejudicado. Tem muito medo de cometer um ato errado, e quando comete algum erro, algo que para ele não está certo, sente muita culpa, o que o deixa depressivo, criando a ideia de que ninguém o merece, que não faz sentido existir, pois não acrescenta nada de bom para a vida das pessoas que o cercam.

Quando ele demonstra e fala sobre esses sentimentos de que ninguém merece alguém tão ruim quanto ele, Marcos mostra (verbaliza) estar se identificando com a mãe, pois para ele, é ela quem comete erros sempre, e que as pessoas não recebem nada de bom vindo dela. Sempre que fala da mãe, inclusive, mostra o quanto é grande sua mágoa, não conseguindo mais enxergar algo bom na mãe, e diz não conseguir mais confiar nela, mesmo quando ela tenta se aproximar dele, pois sente que a qualquer momento ela pode deixá-lo de lado, se esquecer dele.

Com esses pensamentos, ele evidencia o sofrimento como consequência de não ter recebido o *holding* necessário, mostrando, com o medo de que ela se esqueça dele, que isso já aconteceu na infância, ou seja, que já houve momentos em que ela o deixou de lado. Assim, é notório o quanto esse fato lhe deixou marcas, influenciando seu modo de pensar e sentir no presente.

A última vez que disse ter ficado muito magoado com a mãe foi quando ele disse a ela que iria morar com o pai, e então ela aceitou tranquilamente, o que o deixou extremamente triste, sentindo isso como uma rejeição (esse fato aconteceu há aproximadamente um ano). Uma rejeição que, mesmo antes não sendo através de palavras, sempre sentiu. E, de acordo com as ideias de Winnicott, no que diz respeito ao ambiente facilitador anteriormente comentado, a mãe tem papel fundamental no sentido de ser suficientemente boa, dando o suporte adequado à criança, não somente quando bebê, mas também durante toda a fase da infância e, posteriormente, na adolescência. Porém, na infância a dependência que a criança tem da presença da mãe é muito grande e, diga-se de passagem, muito visível. Como Winnicott (1975) afirma, o bebê precisa ver-se nos olhos da mãe. E a criança, mesmo depois de alguns anos, ainda precisa dessa demonstração de afeto, de preocupação, de cuidado, ou seja, dessa função de maternagem, o *holding* que esse indivíduo precisa receber. Assim, podem-se perceber nesse adolescente, as marcas que uma falta de atenção dispensada pela mãe deixou.

Pode-se dizer, portanto, que se o indivíduo não teve, na infância, um ambiente que lhe desse um suporte eficaz, contendo suas angústias, que o acolhesse, lhe proporcionando o cuidado necessário, ou seja, um ambiente facilitador, seu desenvolvimento enquanto indivíduo saudável pode ficar então comprometido. Isso porque, como já anteriormente afirmado, um ambiente suficientemente bom é a condição necessária para que esse desenvolvimento emocional ocorra de forma adequada e satisfatória.

Marcos mostra de várias maneiras a necessidade que sente de ter tido esse ambiente que lhe amparasse quando criança, ou seja, de ter uma mãe que fosse suficientemente boa. Além do sofrimento visível desse indivíduo, algumas de suas ações mostram o quanto ele gostaria de “algo da mãe” por perto. Um episódio contado por ele explica a situação: há alguns anos, Marcos “roubou” dinheiro da mãe, uma quantia de R\$200,00. Questionado na terapia sobre se ele precisava do dinheiro, afirmou que não, e que não gastou o dinheiro, algo que inclusive foi devolvido à mãe por ele, quando o pai descobriu o fato. Esse acontecimento mostra, claramente, que ele queria algo da mãe. Algo que, na fala dele, é explícito: o cuidado que ele não recebeu de forma adequada, a preocupação que ele acha que merecia. Portanto, como são coisas mais difíceis de “pegar da mãe”, ou até mesmo por ser algo difícil de pedir a ela agora, já na adolescência, o adolescente achou outra via, e acabou por agir através de um ato simbólico, demonstrando que queria algo que ela não lhe deu. Queria,

inconscientemente, através desse comportamento, mostrar que estava reivindicando um pagamento da dívida dela para com ele (WINNICOTT, 1997). O ato simbólico fica evidente principalmente por ele não ter tido vontade de gastar o dinheiro, somente de “pegar”, ou, em outros termos, trazer para perto de si.

Como se pode perceber, o ato de Marcos foi algo que é considerado antissocial. Além desse episódio do “roubo” da mãe, o adolescente ultimamente está dizendo muitas mentiras, a várias pessoas. Toda vez que ele não consegue sair de uma situação, algo que para ele é ou pode se tornar aversivo, ele “escapa” com uma mentira. Seja para simplesmente agradar a pessoa com quem conversa, seja para se livrar de uma bronca. Estes atos, por pequenos que possam ser, também podem ser considerados comportamentos antissociais, ou seja, no mínimo não é adequado para as relações que ele estabelece.

Como afirma Winnicott,

a tendência antissocial está inerentemente ligada à privação [...] pode-se dizer que as coisas *iam bem, mas, de repente, começaram a não ir tão bem assim*. Ocorre uma modificação que altera a vida inteira da criança, e essa modificação ambiental acontece quando a criança já tem idade suficiente para entender as coisas. (WINNICOTT, 1989, p. 82)

Pode-se dizer, a respeito dessas palavras de Winnicott, que os dados da história de Marcos mostram que ele viveu com pai e mãe até a idade de 5 anos, aproximadamente, idade que, pensando nas palavras de Winnicott, ele já começava a entender as coisas. A partir dessa idade, ocorreu de o pai ter ido embora de casa, e então ele passou a ficar, como já foi explicitado, ora com a mãe, ora com o pai. A partir dessa fase é que ele conta, hoje, que não tinha muito mais os cuidados da mãe, nem mesmo sua atenção. Conta que a mãe saía com as amigas e o deixava de lado, ou que mesmo quando estava em casa, não parecia ter tempo para ele, sempre encontrando outras atividades, como usar o computador, entre outras ocupações. Esse ambiente, que para ele era um tanto fragmentado, acabava por nem sempre ser suficientemente bom, sendo então essa criança às vezes privada de atenção, carinho e cuidados, provavelmente (de acordo com os dados referentes à sua história). Assim, pode-se repetir o que Winnicott afirmou: “pode-se dizer que as coisas *iam bem, mas, de repente, começaram a não ir tão bem assim*” e argumentar que, a partir de então, o ambiente não lhe dava mais o suporte tão necessário para seu desenvolvimento emocional.

Então, nesse caso, se aplica totalmente o que o autor afirmou: “A tendência antissocial não se relaciona com uma carência, mas sim com uma privação”. (WINNICOTT, 1989, p. 83) Essa privação, de acordo com Winnicott, pode ser o caso de uma depressão vivida pela mãe, ou sua ausência, ocorrendo num momento crítico ou de dissolução da família. No caso em questão, pode-se dizer que é uma ausência da mãe, mesmo que não seja total. Porém, qualquer ausência da mãe é percebida pelo filho, e pode deixar nele marcas, como já comentado. Como afirma Winnicott:

Mesmo uma privação menos violenta, ocorrendo num momento de dificuldades, pode acarretar resultados persistentes, sobrecarregando as defesas disponíveis. Por trás de uma tendência antissocial há sempre uma fase de saúde seguida de uma ruptura, após a qual as coisas nunca mais foram as mesmas. (WINNICOTT, 1997, p. 125)

E, no caso de Marcos, também houve essa dissolução da família, com a separação dos pais. Ou seja, uma ruptura que já seria por si só algo que traria alguma consequência para a criança, mas que além de tudo, ainda foi seguida de constantes ausências da mãe, que deixava o filho com sua mãe (avó materna de Marcos) para sair, ou não lhe dava atenção quando estava em casa, momentos em que teria a oportunidade de lhe dar carinho, cuidado, sustentação, enfim, *holding*.

De acordo com Winnicott (1997), várias dificuldades passadas pelos adolescentes, casos que requerem o auxílio e intervenção de um profissional, são produtos de condições ambientais inadequadas, ou seja, é a reação do adolescente perante a falha do ambiente. Então, pode-se dizer, segundo este autor, que o ambiente que cerca o adolescente é um fator de suma importância.

Em vários casos, se ouve o discurso de pais sobre o quanto esse processo (o adolecer dos filhos) lhes causa muitas “dores de cabeça”, porém, esses pais devem estar atentos para o fato de que são em grande parte responsáveis por auxiliar este adolescente a chegar à maturidade da fase adulta. Assim, acredita-se no quão importante é o suporte parental oferecido pelos cuidadores, nessa fase de várias transformações na vida desse indivíduo, que está num contínuo processo de vir a ser.

Pode-se então pensar o processo analítico. Marcos precisa ou precisou de um ambiente *holding*, para que pudesse expressar todas estas dificuldades com os pais. De um lado uma pressão paterna para que seja aquilo que Marcos não é. E outra pressão por parte materna de ser livre ao ponto de não contribuir ou não conseguir sustentar

psiquicamente o filho adolescente. O espaço terapêutico permitiu que ele visse que não precisa ser o correto e buscou mudanças em sua vida.

Mesmo sendo um adolescente, ele mostrou-se alguém com dificuldades para se divertir, para ser às vezes imaturo, devido a toda a culpa que sentia. Alguém sério, que não se dava a oportunidade do brincar, algo tão necessário, como já dizia Winnicott. A imaturidade, então, não pode estar separada da fase pela qual ele está passando, porém, Marcos era alguém que não se permitia ser imaturo, tendo assim um sofrimento como consequência dessa rigidez consigo mesmo.

Refletindo em terapia, então, sobre a maneira como ele se comporta e principalmente analisando a culpa que sentia pelo que faz ou deixa de fazer, Marcos passou a perceber o quanto ele se preocupava com tudo o que fazia, deixando de fazer, muitas vezes, coisas das quais gostava, que sentia prazer, simplesmente pelo medo de aquilo ser errado, por estar desagradando alguém. Ele sempre sentiu que precisava fazer o que era mandado que ele fizesse, e quando não obedecia a uma “ordem” desse tipo, sentia-se totalmente culpado e deprimido, como já foi afirmado no decorrer do texto do presente trabalho.

A partir de então, passou a experienciar momentos novos, se sentir mais livre, mesmo o pai não lhe concedendo essa liberdade, ou seja, independentemente do que o pai achava que ele deveria ser, ele começou a atuar no sentido de satisfazer suas vontades mesmo sem a aprovação e consentimento do pai, pois essas ações faziam parte de quem ele era, e não de quem o pai queria que ele fosse.

Nesse ambiente que lhe é oferecido agora, ou seja, no ambiente terapêutico, ele tem liberdade para ser ele mesmo, sem passar por julgamentos de valor, aos quais ele está familiarizado por causa de seu pai. Nesse espaço que é dele, Marcos percebe que não precisa de uma máscara para esconder suas vontades e frustrações, pois lhe foi ofertado um ambiente no qual não existe certo ou errado, um lugar que lhe auxilia a organizar seus pensamentos sem lhe julgar. Esse ambiente preza exatamente que ele expresse o que sente e pensa, sem precisar se preocupar, ou seja, sem ter medo do que o outro em sua frente possa pensar sobre o que ele relata, sem tantos medos e culpas, que eram algo que lhe traziam tanto sofrimento.

Esse espaço da terapia tenta suprir, então, o que ele pode não ter tido na infância, e que ainda necessita: um ambiente suficientemente bom e facilitador. Então essa relação terapêutica que foi estabelecida desempenha uma função de *holding*, para que esse indivíduo possa continuar a se desenvolver, porém de forma mais tranquila, visto

que ele ainda está numa fase de desenvolvimento, passando por essa zona de transição (a adolescência). Assim, o ambiente da terapia se torna um ambiente que lhe serve de amparo quando precisa e que proporciona a este adolescente a sustentação necessária, nesse complexo caminho cheio de mudanças que ele precisa percorrer até chegar ao amadurecimento da vida adulta.

Referências Bibliográficas:

WINNICOTT, D. W. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

WINNICOTT, D. W. *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

Clínica da transicionalidade e a tendência anti-social: uma análise do adolescente em conflito com a lei

Transitionality clinic and anti-social trends: an analysis of teen in conflict with the law

Josiane Santos Costa Martins³⁹

Karina Anshau⁴⁰

Lincoln Silva Borges⁴¹

Marco Antonio do Carmo⁴²

Mérylin Janazze Garcia⁴³

Natalia Zanuto de Oliveira⁴⁴

Orientadoras

Prof^a Ms Silvia do Carmo Pattarelli⁴⁵

Prof^a Ms Patricia Martins Castelo Branco⁴⁶

Resumo

Este estudo tem como características principais relatar a teoria sobre a Clínica da Transicionalidade de D. W Winnicott. Citando suas contribuições no que se refere a construção subjetiva da criança, e quais as consequências das falhas ambientais cometidas pela mãe. Estas falhas afetam o desenvolvimento da criança e podem chegar ao que Winnicott nomeia de Tendência anti-social. Além disso, será relacionado à teoria com a prática do projeto “A Subjetivação do adolescente contemporâneo: uma clínica psicanalítica diferenciada”, que atende adolescentes em conflito com a lei que cumprem medida sócio-educativa de Semi-liberdade na cidade de Londrina – PR. O projeto é realizado na Casa Semi-liberdade e tem como objetivo principal proporcionar um espaço terapêutico ao jovem, o que possibilita que seus conteúdos psíquicos sejam

³⁹ Discente do 2º ano de Psicologia- UniFil e Esp. Gestão Estratégica de Pessoas - UNOPAR

⁴⁰ Discente do 3º ano de Psicologia - UniFil

⁴¹ Discente do 4º ano de Psicologia – UniFil

⁴² Discente do 2º ano de Psicologia – UniFil

⁴³ Discente do 5º ano de Psicologia – UniFil

⁴⁴ Discente do 5º ano de Psicologia – UniFil

⁴⁵ Professora curso de Psicologia – UniFil – Mestre em Educação

⁴⁶ Professora Psicologia – UniFil – Mestre em História

expressos por meio de atividades lúdicas e do vínculo terapêutico estabelecido com os estagiários através da confiança.

Palavras-Chave: Clínica da Transicionalidade, Semi-Liberdade, Adolescente.

Abstract

This study is to report the main features of the theory of Clinical Transicionalidade D. W Winnicott, citing his contributions regarding the subjective construction of the child, and what the consequences of environmental failures committed by the mother. These flaws affect a child's development and can get to what Winnicott appoints Trend antisocial. Furthermore, the theory will be related to the practice of the project "The Subjectivity of contemporary adolescent: a psychoanalytic differentiated" in serving adolescents in conflict with the law who fulfill a socio-educational semi-liberty in Londrina - PR. The project is undertaken in House Semi-freedom and its main objective is to provide a therapeutic space to the young, which enables its psychic contents are expressed through leisure activities and the therapeutic bond established with the trainees through trust. With activities adolescents have access to information about drugs, and other topics chosen by them as part of your reality.

Keywords: Transitionality clinic, semi-liberty and adolescent.

Donalds Woods Winnicott desenvolveu uma forma de entender o ser humano baseado em suas observações da relação entre as mães e seus bebês. A partir dessas observações chegou à conclusão de que o desenvolvimento só pode ocorrer na relação com o outro, ou seja, uma constante troca entre a criança e a mãe. Desdobra seu pensamento e organiza os conceitos como objeto transicional e espaço transicional que se tornam essenciais para o entendimento de sua forma de trabalho conhecida como a Clínica da Transicionalidade (WINNICOTT, 2000).

Winnicott observou a partir das experiências com o primeiro objeto do bebê que existe um espaço intermediário entre o mundo externo e interno. Percebe que as crianças utilizam objetos de uma maneira diferente do adulto, sendo que esta relação demonstra a formação de sua subjetividade. Portanto, primeiras relações do bebê estão relacionadas entre a sua realidade psíquica e o meio externo o que pode se entender pela ausência e presença da figura materna (ABADI, 1998). Com esta descoberta estes objetos passaram a ser importantes no desenvolvimento infantil, no qual foram nomeados de “objetos transicionais”. Estes objetos são desenvolvidos a partir de um

espaço chamado de “fenômenos transicionais”. A partir destes fenômenos é possível detectar a origem da concepção do bebê de mundo interno e de suas relações com o outro e com a sua realidade (ABADI, 1998).

Desta forma, o projeto “A Subjetivação do adolescente Contemporâneo: uma clínica psicanalítica diferenciada” utiliza-se deste referencial teórico como método de trabalho, sendo que esse estudo é desenvolvido na casa semiliberdade na cidade de Londrina-PR. A casa atende adolescentes que estão cumprindo medida sócio-educativa de semiliberdade e o projeto tem como objetivo possibilitar um espaço de escuta e gerar a capacidade de subjetivação; para tanto o entendimento dos conceitos winnicottianos são cruciais para o desenvolvimento do trabalho.

Os adolescentes em conflito com a lei são atendidos durante encontros semanais com uma hora e meia de duração cada, entre os delitos encontrados podemos citar alguns, como furto, roubo, tráfico de drogas, etc. No entendimento de Winnicott, tais manifestações são descritas como tendências anti-sociais. Desse modo, o presente artigo tem por objetivo discutir de forma breve esses conceitos winnicottianos e qual a importância e relevância destes para o trabalho com os adolescentes no regime de semiliberdade.

Para Winnicott (2000), é importante dar atenção às primeiras experiências de posse do bebê, por exemplo, sugar o punho e o polegar, e mais à frente aos primeiros brinquedos. Esta relação está ligada tanto ao objeto externo (seio materno) quanto aos objetos internos (seio introjetado). É a partir dessas primeiras experiências que surgirá o objeto transicional. Tais objetos e fenômenos transicionais fazem parte do domínio da ilusão que está na base do início da experiência, através do sentimento de onipotência (KHAN, 2000).

Os objetos transicionais e os fenômenos transicionais se localizam em uma área intermediária de experiência, está entre a manipulação do polegar e o objeto, entre o erotismo oral e a verdadeira relação com um objeto externo. Constitui-se em uma área intermediária de experimentação, em que se consegue manter distinta a realidade externa e interna do ser (WINNICOTT, 1975).

Portanto, o objeto transacional é algo que não está dentro nem fora da criança, o mesmo servirá para que o sujeito possa experimentar situações internas e externas e assim ira demarcar seus processos mentais e seus limites com a relação ao mundo interno e externo (WINNICOTT, 2000).

Esses fenômenos surgem a partir dos quatro meses de idade e estão vinculados à forma de pensar e fantasiar do bebê. Quando a criança elege um objeto, esse se torna o objeto transicional, normalmente os pais reconhecem o valor desse objeto e passam a levá-lo aonde a criança vai. A mãe permite que ele fique sujo, pois sabe que todas as características – cheiro, textura – são importantes para o sentimento de continuidade na experiência do bebê. Podem ser um paninho, boneco, uma palavra (balbuciar), um gesto, algo que se torna essencial ao bebê, principalmente no momento de dormir. Constitui uma importante defesa contra a ansiedade (WINNICOTT, 1975).

O objeto normalmente é apresentado pela mãe e a criança o elege como sendo seu o objeto que a representa, porém o mais importante dessa experiência não é a criança saber que o objeto representa sua mãe, mas sim que a criança saiba que o objeto não é sua mãe e a partir daí consiga construir formas de lidar com a falta. Nesse momento o bebê já é capaz de distinguir fantasia da realidade, objetos internos de objetos externos. Torna-se capaz de aceitar diferenças e similaridades das relações que o cercam (WINNICOTT, 1975).

Algumas características são inerentes ao objeto transicional: no início o objeto é acariciado, mas deve também sobreviver às mutilações a que for exposto; só deve ser mudado pela manipulação do bebê, dando a ele a impressão de ter vida e realidade própria; do ponto de vista do bebê este fenômeno não está situado em seu interior e nem no exterior (KHAN, 2000).

O objeto que é transicional representa a transição da criança de um estado em que está “fundido” com a mãe para um estado que se relaciona a algo externo e separado dele. Com o tempo o objeto transicional é naturalmente “desinvestido”, perde seu sentido e é deixado ao limbo. O objeto transicional auxilia a criança a sustentar sua realidade interna e ajuda no processo de diferenciação do eu (KHAN, 2000).

Khan apud Winnicott (2000) ressalta a importância da diferenciação entre o relacionamento com o objeto e seu uso, em que a capacidade de usar o objeto é mais sofisticada do que a de relacionar-se com ele; uma vez que essa relação é estabelecida com objetos subjetivos entende-se que este objeto se torna algo externo, ou seja, separado da criança.

Para Winnicott (2000), o objeto está em constata destruição e isso faz com que ele se torne a base do amor inconsciente pelo objeto real, pois este objeto está fora do controle onipotente do sujeito. O valor positivo da destrutividade é a sobrevivência do

objeto, com isso as fantasias destrutivas são minimizadas e projetadas no objeto o que possibilita uma abertura da realidade compartilhada que o sujeito pode usar.

No contexto analítico esse novo pensamento muda a forma de se entender a transferência, o não relacionar-se do paciente não é mais visto como se ele estivesse negando se relacionar, na verdade ele está procurando deixar de relacionar-se com o objeto, e usa o analista como objeto de relação. O autor ainda coloca que analista e paciente estão em um processo ativo de troca constante em que estão sendo “criados” e “encontrados” uns pelos outros (KHAN, 2000).

A regressão à dependência deve ser entendida pelas manifestações inconscientes que buscam uma retomada oportuna ao processo de desenvolvimento acometido anteriormente por uma falha ambiental. Acredita-se que o indivíduo necessita regredir à dependência, pois não é capaz de criar esta condição por si só nem tão pouco consegue solicitar a outros para que o façam, produz, entretanto atos anti-sociais como uma das possíveis formas de expressão de sua demanda (KHAN, 2000).

Na clínica da transicionalidade o analista se propõe a atender ao desejo do paciente, ou melhor, à sua necessidade, termo mais adequado ao indivíduo regredido à dependência. Caso a necessidade do paciente não seja preenchida há uma repetição da falha ambiental que interferiu no desenvolvimento do eu anteriormente. Por meio do ambiente provedor de confiança efetiva-se a regressão, assim o paciente tem contato com a possibilidade de um novo sentido do eu, retoma-se um processo individual interrompido, seguido por uma progressão organizada à independência (KHAN, 2000).

Outeiral (s/d) lembra que foi a partir da observação que Winnicott fez da relação entre a mãe e seu filho, uma vivência onde se cria um momento de ilusão e a partir daí a introdução do objeto transicional, quando há cuidados maternos suficientemente bons, como já foi dito. Sendo assim, o “*setting*” analítico torna-se uma metáfora dos cuidados maternos, e assim as falhas da mãe ou do analista se desenvolverão a partir da ansiedade de separação.

A mãe considerada suficientemente boa é aquela que proporciona ao seu filho a ilusão de que o mundo é criado por ele, concedendo-lhe a experiência da onipotência primária, base do fazer criativo, assim trazendo a percepção da realidade, a mãe boa esta sempre presente auxiliando e suprimindo as necessidades do bebê (WINNICOTT, 2000).

Outeiral (s/d) lembra ainda que a partir desta experiência de ilusão-desilusão, sustentada pela mãe, é que a criança tem uma vivência de continuidade e é importante

que esse paradoxo seja respeitado, caso contrário, as falhas no desenvolvimento do objeto e espaço transicionais terão consequências caras à saúde mental do indivíduo.

Nesse sentido Winnicott considerava um grupo diferenciado de pacientes, aqueles que experimentaram falhas ambientais em fases muito iniciais de seu desenvolvimento, ocorrendo assim o congelamento da situação de trauma. Assim, para que possam “descongelar” essa falha, necessitam de um “*setting*” adequado, cuja ênfase seja dada ao *holding* e as demais funções de uma mãe suficientemente boa. Para que tal processo ocorra é preciso que o paciente mantenha a esperança de que uma nova relação possa fazer retomar o fluxo de seu desenvolvimento (OUTEIRAL, s/d).

No projeto “A subjetivação do adolescente contemporâneo: uma clínica psicanalítica diferenciada” há uma tentativa em reparar estas falhas ambientais citadas acima, o propósito do estudo é proporcionar ao adolescente em conflito com a lei um espaço onde possa ressignificar seus conteúdos psíquicos através da confiança estabelecida a partir do vínculo terapêutico com os estagiários.

Os indivíduos que sofreram falhas ambientais importantes, na tentativa de buscar uma reparação destas falhas, podem manifestar comportamentos de tendência anti-social, como no caso dos adolescentes, assistidos por esse projeto, que cometeram atos de roubo, tráfico de drogas, furto.

Durante os encontros realizados na casa Semi-liberdade pretende-se promover e facilitar a criação de um vínculo de confiança com os adolescentes por meio de atividades sugeridas pelos próprios meninos. Nas oficinas discute-se sobre drogas, sexualidade, o conflito com a lei e toda a vivência dos jovens com a violência. Além dessas atividades, há discussões de filmes, oficinas de culinária e jogos lúdicos. Dessa forma é possível a realizar o trabalho em razão do vínculo de confiança que é estabelecido pouco a pouco.

A capacidade do analista em perceber e preencher as necessidades do paciente corresponde aos cuidados da “mãe devotada comum”, primordial para se estabelecer a contratransferência no processo terapêutico. A prática clínica com pacientes regredidos à dependência preconiza a inevitável habilidade de manejo do analista mais do que a interpretação. O manejo oferece à pessoa um ambiente adaptado, que não ocorreu durante seu processo de desenvolvimento. A partir de um manejo eficaz, portanto, a interpretação pode gerar um sentido terapêutico, muito embora, ocorram simultaneamente e atribuam sentido um ao outro (KHAN apud WINNICOTT, 2000)

Winnicott, em 1956, atribui a tendência anti-social às dificuldades no desenvolvimento emocional de crianças normais ou quase normais, não se limitando, portanto, às estruturas neuróticas ou psicóticas, podendo também ser encontrada em todas as idades. A etiologia desta tendência segundo o autor encontra-se no fato de a criança ter passado por uma experiência de “de-privação” em sua vida, ou seja, houve a perda de algo que foi bom até um determinado momento, e que desapareceu por um período de tempo em que a criança seria incapaz de conservar viva sua memória. Esta falha ocorre no ambiente familiar, em aspectos que lhe são essenciais.

Um aspecto fundamental da privação, segundo Winnicott, é que a falha ocorra em um período em que o bebê já seja capaz de perceber que esta se deu no ambiente, ou seja, a falha é externa e não interna. Este grau de maturidade do ego, o qual permite tal percepção, é que determina o desenvolvimento de uma tendência anti-social e não uma doença psicótica. A percepção correta da causa ambiental da falha provoca também a distorção da personalidade e o impulso de buscar a cura numa nova provisão ambiental (WINNICOTT, 2005).

A tendência anti-social não deve ser tratada como um diagnóstico, sendo que ela pode aparecer em indivíduos normais, neuróticos ou psicóticos, também poderá ser encontrada em qualquer idade não somente na criança. O comportamento anti-social pode aparecer em qualquer contexto, sendo que a criança, por exemplo, é vista como desajustada e até levada aos tribunais como alguém “fora do controle”. No contexto clínico o indivíduo que apresenta características anti-sociais é tratado como alguém em busca de esperança, pois ao realizar o atendimento com este tipo específico de pacientes o terapeuta irá de encontro ao momento dessa esperança e irá corresponder a ela (WINNICOTT, 2000).

Existem duas vertentes na tendência anti-social, as quais são descritas pelo autor, como uma busca pela experiência perdida. De um lado aparece o furto, representando a procura por algo - a mãe - que não sendo encontrado, continuará sendo procurado em outro lugar. Do outro lado aparece a destrutividade, representando a busca pela estabilidade ambiental perdida, que suporte às pressões de seu comportamento instintivo. Com esta segunda vertente, o que a criança quer na verdade, é provocar reações do ambiente como um todo, como se buscasse um delimitador amplo, a começar pelo corpo da mãe, os braços da mãe, o lar, a família, a escola, o bairro com sua delegacia de polícia, o país e suas leis (WINNICOTT, 2000).

Para exemplificar podemos citar que durante as oficinas, é possível perceber através do relato de alguns adolescentes algumas das características da tendência anti-social. Winnicott (1999) diz que uma criança sofre privação quando passa a lhe faltar algumas características essenciais da vida familiar, manifestando um complexo de privação. Podemos perceber que grande parte dos adolescentes que estão ou já estiveram cumprindo a medida de semi-liberdade tem um histórico de famílias desestruturadas, monoparentais e vulneráveis socialmente. Sendo assim, o adolescente deixa a cargo de outro que se encarregue de cuidar dele de acordo com o proposto por Winnicott (1999), e que já foi descrito anteriormente, buscando assim, no ato infracional a mãe que falhou.

Para Winnicott (2005, p. 412):

[...] A manifestação da tendência anti-social inclui o roubo e a mentira, a incontinência e a desordem generalizada. Ainda que cada sintoma tenha o seu significado específico e o seu valor, o denominador comum, de acordo com a minha intenção de descrever a tendência anti-social, é o caráter perturbador do sintoma. Esse caráter perturbador é explorado pela criança, e nada tem de casual. Uma grande parte da motivação é inconsciente, mas não necessariamente toda ela.

É possível perceber sinais de uma tendência anti-social em uma criança, quando ocorre um exagero nos transtornos que, normalmente elas causam. Sua manifestação se dá em geral pelo furto, mentira, incontinência e criação de caos. Embora cada sintoma possui valor e significado próprios, possuem um elemento em comum: “o transtorno causado pela criança”. Uma característica importante da tendência anti-social é que de forma inconsciente, o sujeito encarrega alguém de cuidar dele, tornando assim de grande importância o ambiente. Este ambiente, traduzido por uma atitude humana confiável, torna-se alvo de uma busca, e ao ser encontrado proporcionará a liberdade de mover-se, agir e excitar-se (KHAN, 2000).

Ao se tratar pacientes que apresentam tendência anti-social, é importante proporcionar um ambiente que cuida e fornece suporte para experimentar novamente os impulsos dos primeiros anos de vida, onde ocorreu a “de-privação”, ou seja, a estabilidade deste ambiente terapêutico possibilita a realização do processo de análise. Com isso, o terapeuta precisa aceitar esta tendência anti-social no contexto analítico e

deve estar preparado para suportar o impacto que ela poderá causar (WINNICOTT, 2005).

Em vista dos fatos apresentados pode-se concluir que é possível proporcionar aos adolescentes em conflito com a lei um espaço de confiança, em que os conteúdos particulares de cada jovem possa ser dito ou expressado através das atividades lúdicas proporcionadas pelos estagiários. Percebem-se pelo relato dos jovens as falhas ambientais recorrentes da desestrutura familiar ou o abandono, por parte da mãe ou de qualquer cuidador.

A criança ou o adolescente em conflito com a lei pode ser considerada um indivíduo com tendências anti-sociais, como foi dito no decorrer do texto. Assim cabe ao projeto tentar compreender e auxiliar através do olhar da Transicionalidade para possibilitar o crescimento e principalmente o cuidar para estes adolescentes.

Referências Bibliográficas

ABADI, S. *Transições: o modelo terapêutico de D. W Winnicott*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

KHAN, M. Introdução. In: WINNICOTT, D. W. *Textos Seleccionados: Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 11-54.

OUTEIRAL, J. *O adolescente borderline e a clínica da transicionalidade*. Disponível em: <<http://www.joseouteiral.com.br/artigos.html>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. *Privação e delinquência*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WINNICOTT, D. W. *Textos Seleccionados: Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

Construindo o desconstruído: a família dentro do setting

Explaining the family structure: the family into the setting

Alessandra Elisa Gromowski⁴⁷

Angela Maria Zechim Luziano da Silva⁴⁸

Carla Maria Lima Braga⁴⁹

Mariana Grassi do Nascimento⁵⁰

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo realizar uma breve análise dos atendimentos de três membros da mesma família: filho e filha adolescentes e a mãe. Atendimentos esses realizados semanalmente, de forma individual, na Clínica-escola da Universidade Estadual de Londrina, guiados pelo embasamento teórico de D. W. Winnicott. Por meio dos atendimentos foi possível fazer a configuração da família, com a caracterização de cada membro do núcleo e a reafirmação da importância da família na construção e desenvolvimento das estruturas psíquicas dos envolvidos, juntamente com a visualização das possíveis consequências de quando essa família falha. Para tanto, demonstra-se que o processo de psicoterapia tenta estabelecer a reconstituição do ser através de um ambiente facilitador.

Palavras-chave: Teoria de Winnicott, família, desenvolvimento psíquico, *setting*.

Abstract

The following abstract has the purpose to achieve a brief study about the taking care of three members from the same family: young son and daughter and their mother. These regardings were made weekly by individual way in the UEL's School-Clinic, instructed by D.W. Winnicott's theoretical doctrine. By these regardings was possible to make a family aspect with a characterization from each member of the family and confirm again the importance of the family in the composition and development of the psychic structure of the involved ones; adjoining with a visualization of the possible consequences from where this family fails. Therefore, it demonstrates that the process

⁴⁷ Graduanda do quinto ano de Psicologia na Universidade Estadual de Londrina – UEL

⁴⁸ Graduanda do quinto ano de Psicologia na Universidade Estadual de Londrina – UEL

⁴⁹ Doutora em Psicologia PUC – Campinas. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia e Psicanálise UEL

⁵⁰ Graduanda do quinto ano de Psicologia na Universidade Estadual de Londrina – UEL

of psychotherapy tries to establish the reconstitution of the human being by a protected environment.

Key-words: Winnicott's theory, family, psychic development, setting.

O trabalho com crianças no âmbito clínico leva a construção de uma análise, da família na qual esta se insere uma vez que não há como desvincular a estrutura psíquica da criança, que está em construção, do meio familiar em que ela vive. A partir disso, podemos trazer algumas reflexões a respeito de como a estrutura de uma determinada família é apresentada na clínica pelas vivências no *setting* com três pacientes do mesmo núcleo familiar, e mais especificamente como esta família é caracterizada.

É importante salientar a participação da família na boa estruturação psíquica da criança, mas somente a existência da família não basta por si só no asseguramento do desenvolvimento saudável da criança, pois esta também sofre influências de outros fatores, que irão determinar o modo como ela vai fazer uso dos recursos disponíveis. Dessa maneira, o ambiente deve ser facilitador do amadurecimento de seus membros, de forma a oferecer estabilidade e confiança para que crianças e adolescentes possam desenvolver seu eu (*self*).

Neste sentido, vale ressaltar que, segundo De Cicco, Gomes e Paiva (2005) “a saúde da família e sua capacidade de promoção de crescimento de seus membros dependem da qualidade da relação estabelecida pelo casal parental” (p. 54).

Porém Orsi (2003) afirma que:

A família se modifica através dos tempos, mas em termos conceituais, é um sistema de vínculos afetivos onde deverá ocorrer o processo de humanização. A transformação histórica do contexto sociocultural resulta de um processo em constante evolução ao qual a estrutura familiar vai se moldando. No entanto, é importante considerar que por maiores que sejam as modificações na configuração familiar, essa instituição ‘permanece como unidade básica de crescimento e experiência, desempenho ou falha’ (ACKERMAN, 1980 p.29), contribuindo assim, tanto para o desenvolvimento saudável quanto patológico de seus componentes. (p. 68)

A partir de tais considerações apresentaremos atendimentos de duas crianças da mesma família e da mãe dos mesmos, de forma a poder trazer uma discussão do papel da família como ambiente facilitador de um amadurecimento saudável.

Os atendimentos são realizados semanalmente, de forma individual, na Clínica-escola da Universidade Estadual de Londrina com dois irmãos, Fábio de 11 anos e Rita

de 13 anos, e com a mãe, Lara de 41 anos. Utilizamos nomes fictícios devido à ética requisitada para a preservação da identidade dos pacientes.

Winnicott (1982) diz que a relação entre os pais, sendo harmoniosa, faz com que os filhos se tornem pessoas estruturadas, ou seja, desde sempre as crianças percebem o tipo de envolvimento dos pais, sendo que esse relacionamento positivo ou negativo, repercutirá na sensação que os filhos terão no que diz respeito a segurança no lar. Vejamos como está construída a relação entre Lara e seu marido, para entendermos como está se dando o amadurecimento dos filhos.

Rita começou o atendimento aos 12 anos, devido ao diagnóstico de TDAH, que já havia diagnosticado aos 2 anos de idade. Portanto, a menina já havia feito tratamento psicológico anteriormente e fazia uso de medicamentos (Ritalina e Risperidona).

Fábio iniciou o atendimento aos 10 anos de idade, por demanda da mãe que estava preocupada com as falas de suicídio do filho. Na primeira entrevista com a mãe, ela trouxe questões como crise de choro constante do filho, brigas com os irmãos, agressão aos colegas da escola, ciúmes da mãe, ameaças de sair de casa, cometer suicídio e falas nas quais acreditava ser adotado.

Nos atendimentos, inicialmente, Fábio fez desenhos pobres, escuros e um em específico com as letras S.O.S. desenhadas. Depois foram realizadas brincadeiras e jogos, como xadrez, dominó, e outros, para conseguir realizar um trabalho sobre a transferência positiva e proporcionar um ambiente confiável para as suas demandas. Quanto a Rita, de início também foram utilizados alguns jogos, porém, com o desenvolvimento do tratamento a terapeuta passou a trabalhar mais com a parte projetiva, por meio de desenhos, descrição de palavras, frases, jogo do rabisco, para assim fazer com que a adolescente conseguisse sustentar as sessões por meio das falas, projeções e de associações livres.

Lara iniciou o tratamento através de indicação das terapeutas dos filhos. Ela trouxe as sessões que se sente muito cansada por ser a responsável por todos em casa. Por Fábio e Rita brigarem excessivamente, pelo filho mais velho estar sempre no computador e não participar ativamente dos acontecimentos familiares. Ainda, o marido a responsabiliza, segundo a paciente, por todas as dificuldades econômicas que a família passa e/ou pela maneira como os filhos se comportam.

Até aqui, já percebemos que como diz Winnicott o *holding* tem grande importância, ou seja, a sustentação necessária, o suporte da família para que o indivíduo consiga se relacionar, além da própria família, com outros círculos sociais, o que é

demonstrado como uma dificuldade dos filhos de Lara; por isso as terapeutas devem recriar o *holding* no atendimento com seus pacientes, proporcionando um local seguro para que eles possam se expressar (GOMES e PAIVA, 2003).

Por meio dos atendimentos, foi possível fazer uma breve configuração da família dos respectivos pacientes, família esta, formada por um casal, homem e mulher, e três filhos.

O pai aparece nas falas dos pacientes como a figura de um pai ausente, que está presente de corpo, porém sem representação paterna, podendo ser caracterizado como um pai “morto”, ou seja, não é um pai que participa positiva ou negativamente na dinâmica da família, não é um pai que apóia, menos ainda um pai que impõe limites.

Este pai, além de ausente é também usuário de drogas (maconha e cocaína), porém, é ele quem sustenta a casa financeiramente. A mãe assume essa figura paterna, no sentido de tentar colocar ordem na casa, estabelecer uma lei. Porém, Lara apresenta muitas dificuldades em trabalhar a sexualidade do filho mais novo. A mãe afirma que aos 6 anos de idade, Fábio ficou excitado em seu colo e há outras ocasiões, nas quais pede para tomar banho junto com ela, mas, algumas vezes como saída a mãe usa a mentira de estar menstruada para que o banho com ela não ocorra.

De acordo com essa descrição, utilizamos Gomes e Paiva (2003), para traçar um paralelo sobre a relação entre marido e esposa, já que de acordo com as autoras, Winnicott considera que na fase adulta os indivíduos continuam seu processo de desenvolvimento, e o casamento, juntamente com a constituição de família, é uma oportunidade a mais de crescimento, tanto para o casal quanto para os filhos. Porém, como visto na família atendida, isso não está ocorrendo de forma satisfatória, pois a desestabilidade do casal pode levar a desintegração da família, o que gerará más consequências aos filhos; é necessário que os pais possam se sacrificar pelos filhos, o que não se vê nesta família, já que o pai, por mais que estejam passando sérias dificuldades financeiras, não consegue deixar beber ou comprar drogas, para comprar o que a família necessita, por vezes, até alimentos.

A sexualidade é um ponto que precisa ser bem trabalhado com a mãe, pois esta não considera excessiva a maneira como o assunto é vivido em sua casa. Ela costumeiramente fica em casa, usando camisola e sem calcinha; e em certa ocasião, em que foi para o motel com o marido, expôs a situação abertamente em casa. Contou ainda, que Fábio tem ciúmes dela com o marido, que chega a brigar com o pai quando

este está abraçando a mãe, dizendo ‘ela é minha’, e já chegou até mesmo a entrar no quarto do casal enquanto eles estavam em um momento íntimo.

Neste ponto vemos que há rivalidade entre pai e filho, na disputa da mãe, o que não seria negativo, segundo Winnicott (1982), se esta soubesse impor o limite e se a relação do casal fosse saudável e feliz. Então, Lara foi questionada e estimulada a falar e pensar sobre o espaço que cada um precisa ter dentro da casa, e que ela precisa deixar isso claro, pois, muitas vezes, os filhos disputam a cama com o pai, para dormir com a mãe.

No que diz respeito a Rita, esta incomoda a todos com sua vivacidade, tanto que precisa tomar os remédios para ficar mais calma, ou seja, para que fique “morta” como o resto da casa. A menina reluta em ser medicada, em “morrer”, e então a mandam para fora de casa, para que assim não perturbe o pai e os irmãos. Neste sentido desfruta de liberdade excessiva, ficando fora de casa na parte da noite, no período em que a mãe está estudando na faculdade, da 19h00 às 23h00, aproximadamente. Nesses momentos, relaciona-se com jovens bem mais velhos que ela, de até 25 anos de idade, sendo alguns deles usuários de drogas. Tanto nos trabalhos projetivos quanto na livre-associação da adolescente, aparece constantemente o medo que ela tem da morte.

A mãe foi questionada quanto ao fato de Rita ficar pelo condomínio a noite, com meninos mais velhos, e alguns usuários de drogas. Porém, ela disse que não se preocupa, já que ela e o marido já conversaram com esses garotos e os instruíram a não deixar Rita fumar narguile, fato que já ocorreu.

O pai, só é notado quando chega drogado em casa, fato esse percebido por todos da casa, e a mãe, por assumir as duas funções dentro de casa (função materna e paterna), está sobrecarregada e já não encontra forças nem para ajudar os filhos a se fortalecerem psiquicamente, nem para continuar a se sustentar como suporte da casa, encontrando como válvula de escape, os estudos na faculdade. Ela vê isto como uma forma de um dia poder dar melhores condições aos filhos, livrando-se da dependência do marido, o qual, segundo Lara, faz de tudo para não deixá-la estudar, pois vê nisso, concretamente uma forma da esposa se libertar de sua dependência.

Há outros fatos relevantes, que a mãe trouxe durante nas sessões, relacionados a filha, um diz respeito a certa vez, durante uma festa no condomínio que moravam, de que um senhor (zelador do condomínio), ter assediado a menina, fazendo com que ela se sentasse em seu colo, e beijando seu pescoço. Rita, na época com 10 anos, contou aos pais o ocorrido; a mãe a apoiou, disse que iriam processar o homem, porém, o marido

não acreditou na filha e disse que um processo apenas iria expor a família. A partir de então, Rita disse que não respeitava mais o pai.

Um dos papéis principais de um pai, é de acordo com Winnicott (1982) daquele que apóia a mãe nas decisões e regras que esta estabelece e posteriormente, na fase de adolescência dos filhos, cerca-os, dando proteção, porém, isso não é visto na família em questão, pois os filhos não respeitam o pai e este sobrecarrega e culpabiliza Lara pelos problemas familiares e, ainda, os filhos não consideram o pai como um “ser vivo e real” como aponta o autor citado. Ao que parece, como consequência do abuso, Rita foi pega algumas vezes cheirando gasolina; contou a mãe que gostava do cheiro, que isso a deixava “zonzá” (sic), com seus sentidos levemente alterados. Lara concluiu que a filha estava tentando fugir da realidade.

Outro fato preocupante que vem sendo abordado na terapia, é que o marido levou um menino que o ajuda no trabalho e na chácara para morar com eles. Um moço de 19 anos o qual ficou muito próximo de Rita, fazendo com que a terapeuta de Lara questionasse se essa proximidade seria boa para uma garota de 13 anos, e se, novamente, ela não ficava com receio em deixar a filha com um estranho dentro de sua casa. Após algumas sessões, a mãe trouxe a espantosa notícia de que o moço que estava morando em sua casa já havia matado uma pessoa, em decorrência de gangue. Notícia essa que fez com a terapeuta questionasse novamente a presença desse menino próximo a seus filhos adolescentes.

Lara, certa vez relatou que sentiu vontade de bater o carro contra uma árvore e acabar com sua vida, pois como disse “eu carrego todo mundo, mas ninguém me carrega” (sic). A respeito de sua história de vida, Lara contou que tem 3 irmãs mais novas, (e uma que já é falecida), conta que quando eram pequenas, os pais se separaram, a mãe perdeu a guarda delas e foi embora com outro homem, retornando muitos anos depois, porém, sem conseguir firmar contato com suas filhas, apenas com Lara, que diz gostar muito da mãe, e fazer tudo para ajudá-la. Quando era criança, a mãe lhe contou que não era filha do homem que considerava ser seu pai, fato que retornou em sua adolescência, fazendo com que ela procurasse seu pai biológico, porém, sempre considerando o pai de criação como seu pai.

O atendimento da mãe se faz de extrema importância, para que ela possa reviver experiências de sua vida, para que consiga organizar-se psiquicamente e entender as consequências de suas condutas, como a de expor excessivamente a sexualidade dela e do marido para os filhos, culminando no fato de tomar banho com Fábio; e também

apontar para ela a gravidade de uma garota adolescente ficar fora de casa com adultos até tarde da noite, sem que se sabia o que pode acontecer com ela, para que possa, assim se fortalecer, apresentando um ambiente seguro para seus filhos.

Por meio dos atendimentos é possível analisar quão grande é o peso da família na formação e no desenvolvimento saudável de todo homem. De acordo com Gomes (citado por DE CICCIO, GOMES e PAIVA, 2005):

Uma das formas de o casal entrar em contato com seus conflitos é através do sintoma de seus filhos, que denuncia a dinâmica do casal. Tal sintoma constitui um meio auxiliar para os pais chegarem à clínica e se voltarem para o entendimento da dinâmica conjugal. Em muitos casos, o sintoma de um filho pode expressar um conflito conjugal e/ou familiar ou ainda uma desestruturação destas relações (p. 55).

Isto fica explícito no presente trabalho, já que o próprio desequilíbrio vivido pelos pais de Rita e Fábio, que de acordo com as palavras da mãe, já passaram por uma separação, interfere no desenvolvimento psíquico e emocional dos pacientes.

A partir do exposto podemos pensar que a família apresenta grande dificuldade de cuidar de seus filhos. As crianças respondem ao ambiente de forma insegura. Fábio demonstra toda a sua fragilidade quando afirma ser adotado e apresenta um sentimento de exclusão de não pertencimento, assim como Rita quando se vê diferenciada dos demais membros, ela está viva e busca situações de identificação com membros fora de casa.

A família apresenta uma desorganização, uma falta de estrutura evidente; sendo adequado se pensar em um trabalho específico com cada membro; não apenas com os que já estão em tratamento, mas também com o filho mais velho e com o pai, para que se possa construir ou reconstruir os laços familiares.

Sendo assim, podemos concluir que, com base na teoria de D. W. Winnicott, a família analisada é falha, o que influencia no desenvolvimento psíquico dos pacientes atendidos. As crianças, como não possuem a tranquilidade de um ambiente acolhedor, precisam preocupar-se com esta mãe fragilizada e com o pai morto. As crianças perdem a possibilidade de crescer sem se preocupar com o ambiente. Por isso, o processo de psicoterapia tenta resgatar um espaço para que as crianças brinquem, joguem, desenhem e estabeleçam com as terapeutas uma relação de reconstituição do ser através de um ambiente facilitador.

Referências Bibliográficas

DE CICCIO, M. F., GOMES, I. C. e PAIVA, M. L. S. C. Família e Conjugalidade: O sintoma dos filhos frente à imaturidade do casal parental. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 53-63, 2005.

GOMES, I. C. e PAIVA, M. L. S. C. Casamento e família no século XXI: possibilidade de holding? *Psicologia em Estudo*, v. 8, num.esp., p. 3-9, 2003.

ORSI, M. J. S. Família: Reflexos da Contemporaneidade na Aprendizagem Escolar. *I Encontro Paranaense de Psicopedagogia*. ABPppr, p. 67-74, nov./2003.

WINNICOTT, D. W. (1982). *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar.

Considerações a respeito da transferência na perspectiva winnicottiana

Ana Lúcia Volpato⁵¹

Jorge Luís Ferreira Abrão⁵²

Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro⁵³

Resumo

Esse trabalho é resultado parcial de nossa dissertação de mestrado. O objetivo é de conceituar a transferência na perspectiva de Winnicott. Utilizamos como metodologia o resgate bibliográfico, enfatizando o conceito de objeto subjetivo. Freud percebeu o fenômeno da transferência e a definiu enquanto uma reedição, dentro da sessão analítica, de relações já vivenciadas, através de uma do deslocamento do afeto de uma representação à figura do analista. Comumente a transferência é associada ao conceito freudiano. No entanto, Winnicott amplia essa noção. Para ele, o indivíduo em análise está em busca de reparar falhas ambientais ocorridas em seu processo de amadurecimento. Assim, está em busca do objeto subjetivo. Dentro dessa perspectiva, o analista deve estar no lugar do objeto subjetivamente percebido e se adaptar às necessidades do paciente para fornecer aquilo que faltou ao paciente. Dessa forma, temos que a transferência pode ser uma possibilidade do sujeito realizar o não acontecido.

Palavras-chave: Transferência; Objeto subjetivo; Amadurecimento.

⁵¹ Psicóloga formada pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Especialização em Psicologia Clínica Psicanalítica, pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Atualmente participa do programa de mestrado pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP – Assis). Pesquisa sobre a Psicossomática através da teoria winnicottiana. Participa do Projeto de Extensão Universitária Enquadres Clínicos Winnicottianos na Saúde Pública.

⁵² Possui graduação em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1994), mestrado em Psicologia e Sociedade pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1999) e doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (2004). Atualmente é professor assistente doutor da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Tem experiência na área de psicologia, atuando principalmente nos seguintes temas: história e epistemologia da psicanálise, psicanálise de crianças e relação mãe-bebê.

⁵³ Licenciatura em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1980), Formação de Psicólogos pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1981), Mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (1999) e Doutorado em Psicologia como Profissão e Ciência, tese em Psicologia Clínica, pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (2008). Atualmente é Professor Assistente Doutor junto ao Departamento de Psicologia Clínica na Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Tem experiência na área de Psicologia com ênfase em Psicanálise. Atua principalmente nos seguintes temas: infância, psicanálise winnicottiana, psicoterapia e enquadres clínicos diferenciados, além de pesquisar sobre estresse ocupacional, notadamente em profissionais da saúde pública.

Da gestação ao nascimento: encontros e desencontros

From pregnancy to birth: encounters and disencounters

Ana Paula Marson

Ana Carolina Massaro

Amanda Bernardo Guimarães

Elizângela de Freitas Silva

Juliana Fiorim da Encarnação

Resumo

O presente trabalho expõe através da prática de estágio realizado em uma maternidade e UTI Neonatal uma reflexão sobre o nascimento prematuro e suas implicações para a mãe. O nascimento de um filho prematuro é muito complicado, geralmente após o parto o bebê é encaminhado para UTI Neonatal, o que torna esse momento muito difícil e doloroso para mãe, principalmente quando não pode levar o bebê para a casa após a alta hospitalar da mesma. A mãe vivencia as mais diversas emoções: fantasias, medo, raiva, tristeza, preocupação, ansiedade, angústia, culpa, dentre outras. Durante a gestação com passar dos meses, o bebê passa do imaginário simbólico da mãe para o real, pois há um crescimento da barriga e também os movimentos fetais ficam mais intensos, e o bebê começa a ser cada vez mais real para mãe. Os nove meses de gestação são considerados fundamentais para a organização fisiológica do bebê, bem como a organização psíquica da mãe, Ammanniti (apud CUNHA, 2004) afirma que é entre o 4º e 7º mês de gestação que as fantasias que a mãe tem em relação ao seu bebê vão aumentando e nos dois últimos meses o ritmo vai se tornando mais lento e a mãe vai aceitando o seu bebê real. Winnicott afirma que a mulher precisa desenvolver um estado de “Preocupação Materna Primária”, essa fase é marcada por uma sensibilidade aumentada da mãe, fazendo com que ela se adapte as primeiras necessidades do filho, nessa fase, a puérpera se preocupa e se identifica com seu filho, abandonando temporariamente outros interesses, essa fase começa a ser desenvolvida nos últimos meses de gestação e perdura até um tempo após o nascimento. Quando o nascimento é prematuro, a mãe ainda está fixada no bebê imaginário, por isso, algumas vezes, é difícil a sincronização dessa mãe com seu bebê real, podendo também ainda não ter desenvolvido o estado de “Preocupação Materna Primária”.

Palavras-chaves: Gestação, Prematuridade e Sofrimento Psíquico.

Abstract

This paper exposes through practice internship conducted in a maternity and NICU reflection on preterm birth and its implications for the mother. The birth of a premature child is very complicated, usually after delivery the baby is taken to the NICU, which makes this time very difficult and painful for the mother, especially when you cannot take the baby home from the hospital discharge same. The mother experiences many different emotions: fantasies, fear, anger, sadness, worry, anxiety, guilt, and others. During pregnancy and months passed, the baby passes the symbolic imagery of the mother for real, because there is a growing belly and also fetal movements are more intense, the baby begins to be increasingly real mother. The nine months of pregnancy are considered fundamental to the physiological organization of the baby as well as the organization's psychic mother, Ammanniti (apud CUNHA, 2004) states that it is between the 4th and 7th month of pregnancy that the fantasies that the mother has in relation to your baby are growing and in the last two months the pace becomes slower and the mother will accept their real baby. Winnicott says that women need to develop a state of "Primary Maternal Preoccupation", this phase is marked by an increased sensitivity of the mother, making her the first suits needs of the child at that stage, to postpartum care and identifies with his son, temporarily abandoning other interests, this phase begins to be developed in the last months of pregnancy and lasts until some time after birth. When the birth is premature, the mother is still set in imaginary baby, so sometimes it's hard to sync this mother with her real baby, and may also have not yet developed the status of "Primary Maternal Preoccupation".

Keywords: Pregnancy, Prematurity and Psychic Suffering.

Maternidade: a espera de um sonho?

A maternidade é um ambiente rico em aprendizagem para o psicólogo, pode-se observar que a vinda de um filho, todas as fantasias geradas durante a espera deste e também os medos e desejos advindos desta nova experiência, proporciona para o psicólogo particularidades do trabalho analítico.

Neste contexto específico, é possível observar que o período da gestação proporciona à mulher a vivência e revivência de experiências, assim como afirma Stern

(1997) “A gestação traz a tona aspectos do complexo de Édipo da mulher que ficaram no passado, mas que são revividos com toda intensidade neste momento.” (p. 08)

É importante ressaltar que o período da gestação caracteriza-se como uma etapa de grande transformação, física e psíquica, tanto para a mulher quanto para o bebê. Durante a espera do filho, a futura mãe irá fazer uma reorganização da identidade, de forma que, a mulher agora não será apenas filha e/ou esposa, mas também se tornara mãe.

Esta nova identidade tem um grande peso social e, este recai sobre a futura mãe sendo o gerador de muitas dúvidas, como por exemplo, se terá capacidade de cuidar física e psiquicamente do bebê, e também a preocupação de identificar-se com este filho que irá nascer. Todos estes receios são inconscientes, mas, revolucionam os sentimentos da futura mãe.

Observa-se também que além destes receios e fantasias, é comum que as gestantes nutram pensamentos em torno do medo diante da possibilidade da prematuridade e/ou malformação, bem como que o bebê nasça morto ou que não seja o bebê idealizado. Pode-se observar que o papel do psicólogo é escutar os anseios maternos para assim poder proporcionar á gestante uma gradativa elaboração destes conflitos.

Como exemplo do que foi descrito acima, vejamos o caso de uma gestante E.A.P 36 anos, primeira gestação, diagnóstico de miomatose uterina. A gestante relata seus medos diante da possibilidade da malformação fetal, devido aos micromiomas presentes em seu útero, dizendo: “quero ver se ele tem algum problema físico, se os miomas fizeram alguma coisa com ele” (sic). Tais fantasias tem origem a partir das explicações médicas, que haviam lhe explicado que o mioma “suga” o útero, dificultando assim o crescimento normal do útero necessário para o desenvolvimento do bebê, a mesma imaginava “o que os miomas estão fazendo com meu menino” (sic).

Essa paciente contava que nas primeiras ultrassonografias não conseguia ver o bebê, visualizando apenas os miomas, mas ao longo da gestação foi possível ver o bebê e já quase no final da gestação ela dizia que ele estava na frente dos miomas e ficava muito feliz, ressaltando “meu menino é muito valente, está conquistando o seu espaço no útero, tá mostrando para os miomas que quem manda ali é ele” (sic). Caron (p. 124) afirma “a capacidade procriadora dá à mulher um sentimento de força, poder e posse e o controle sobre a vida e a morte de um ser cuja existência depende estreitamente dela.” Vemos então que a gestação traz para a mulher um sentimento de “poder” diante à

sociedade. Em termos psicanalíticos, a gravidez é o falo, muito desejado quando criança, e que agora traz sensações de superioridade.

O período gestacional também traz a tona aspectos narcísico, que podem ser observados na idealização da futura mãe sobre: como serão os aspectos físicos, as características da personalidade e, se o bebê se parecerá com a figura materna ou paterna. Dessa maneira, sobre o narcisismo Freud (apud FELICE, 2000) também tem sua contribuição em relação à maternidade quando afirma que:

[...] o narcisismo primário dos pais, já abandonado, é revivido e reproduzido em seu amor ao filho. A atitude emocional dos pais será dominada pela supervalorização, o que revela o caráter narcísico deste afeto, sendo ao filho atribuídas todas/ as perfeições e ocultadas todas as suas deficiências. A criança concretizará os sonhos que os pais não realizaram e terá os privilégios que eles não tiveram. (p. 20).

A concretude do filho se dá com o passar dos meses, com o crescimento da barriga, e com o início dos movimentos fetais, o bebê começa a ser cada vez mais real para mãe, passando do simbólico para o real. Os nove meses de gestação são considerados fundamentais para a organização fisiológica do bebê, bem como a organização psíquica da mãe.

Com isso após o nascimento, muitas vezes esta mãe precisará suportar a ferida narcísica de possuir um filho que não era o seu ideal. Isso pode acontecer porque durante a gestação a mãe tem uma imagem fantasiosa de seu filho, ou seja, ela pensa em seu “bebê imaginário”, após o parto ela precisa lidar com o “bebê real”, o que pode acontecer como uma decepção para a mãe.

Isso ocorre pela distância que existe entre o “bebê real” e o “bebê imaginário”, no entanto, apesar dessa decepção, o contato da mãe com seu filho na maioria das vezes trará um sentimento de alívio diante de um bebê saudável, já que durante a gravidez existem fantasias de estar gerando um bebê malformado.

Entretanto, ver que o bebê nasceu “saudável” proporciona um sentimento de alívio e tranquilidade na puérpera, já nas mães que tiveram uma gestação de “alto risco” frequentemente os bebês nascem prematuros e com baixo peso, o que gera na mãe muita ansiedade, tal como dito por Carvalho (2006):

Nesse contexto, o nascimento de um bebê doente ou prematuro é um evento de proporções catastróficas, cujo impacto faz-se sentir não só na vida dos pais, como também em todo seio familiar. E o impacto é

tão maior quanto mais distante for o bebê real do imaginado pela mãe.
(p. 9).

Durante o período puerperal, segundo Winnicott, é importante que a mulher desenvolva a “Preocupação Materna Primária”, essa fase é marcada por uma sensibilidade aumentada da mãe, fazendo com que ela se adapte as primeiras necessidades do filho, nessa fase, a puérpera se preocupa e se identifica com seu filho, abandonando temporariamente outros interesses (WINNICOTT, 1956).

Através da consignação desta “Preocupação Materna Primária”, a mãe proporcionará o estabelecimento de vínculos afetivos dela para com o bebê e do bebê para com ela, inserindo o bebê no mundo. Sendo assim, identificar-se com o filho é um fator fundamental para o bom desenvolvimento deste.

Devido a todos estes aspectos citados e observados durante a prática, a escuta realizada neste contexto nos possibilitou a percepção de como a relação que a gestante teve com sua mãe na infância influencia nas fantasias deste período. Desta forma em alguns casos, á depender das condições psíquicas da mãe e de sua relação com a própria mãe, o investimento no bebê pode ser afetado.

Portanto, a atitude da mãe para com seus filhos baseia-se em suas primitivas relações objetais. Segundo o sexo do bebê, a mãe repetirá, em maior ou menor grau, as relações afetivas da primeira infância que teve com o pai, os tios e irmãos, ou com a mãe, as tias e irmãs.
(FELICE, 2000, p. 21).

Com a situação de hospitalização, a angústia das gestantes diante da privação de liberdade e da impossibilidade de realizar atividades antes consideradas rotineiras assim, reduzindo a autonomia desta, puderam ser facilmente verificadas durante a escuta analítica.

No decorrer dos atendimentos também pôde ser observado que a gestante hospitalizada, fica impedida de cuidar dos outros filhos e isso lhe causa muita preocupação e angústia, além disso, muitas vezes esta não realiza os preparativos externos para a chegada do bebê - como preparação do quarto, enxoval, chá de bebê. Exemplificando esta situação uma gestante verbalizou em atendimento que apesar de alguns itens já estarem preparados para a chegada do bebê, para ela ainda faltava alguns itens importantes a serem providenciados, que a seu ver deveriam ser organizados pela

mesma, mas precisou ser internada, devido a esta situação designou esta tarefa á sua mãe e irmã, a contra gosto.

É necessário que a gestante hospitalizada receba; se assim ela desejar, atendimento psicológico, com o objetivo de trabalhar suas angústias, medos, etc, vivenciados durante sua hospitalização e com a possibilidade de parto prematuro; após o parto, caso tenha necessidade de seu bebê ir para a UTI neonatal o trabalho do psicólogo hospitalar continuará sendo realizado.

Um nascer diferente: a UTI neonatal

A gestação e a passagem do bebê imaginado para o bebê real tendem a ser interrompidas por uma realidade em que ‘o bebê idealizado da gravidez não corresponde em nada ao bebê da incubadora’(DRUON, op.cit., p. 37). (p.193).

É considerado prematuro todo bebê que nasce antes de 37 semanas completas de gestação, pois nesta etapa da idade gestacional os órgãos e todo sistema dos bebês ainda não estão maduros ou formados, sendo assim quanto menor for o número de semanas gestacionais maior é o risco de vida fora do útero para o neonato.

Vejamos desta forma: dentro do útero, quem faz as trocas gasosas e proporciona o oxigênio para o bebê é a placenta; já do lado de fora, o responsável por esta função é o próprio pulmão do bebê, estes, por sua vez, estavam cheios de líquidos dentro do útero; fora do ambiente uterino, enche-se de ar para poder levar o oxigênio até o sangue. Todas estas e outras adaptações irão ocorrer para todos os recém-nascidos, porém os bebês prematuros demandam de um tempo maior e contam com o auxilio de aparatos técnicos.

Este nascer diferente é muito complicado. Após o parto, geralmente nestes casos através de cesariana, quando há risco de complicação gestacional tanto para mãe quanto para o bebê, este é encaminhado de imediato para uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Este momento é extremamente difícil e doloroso para a mãe, principalmente quando não se pode levar o bebê para a casa após a alta hospitalar da mesma. A mãe vivencia as mais diversas emoções: fantasias, medo, raiva, tristeza, preocupação, ansiedade, angústia, culpa, dentre outras.

Dentro de uma UTI Neonatal encontramos uma grande quantidade de aparelhos, ruídos de alarmes e apressados profissionais que fazem uso de palavras estranhas e

desconhecidas para os pais. No meio disto encontramos famílias angustiadas e assustadas, podemos então perceber que algumas destas conseguem depositar e investir toda a sua energia psíquica na recuperação de seu bebê, enquanto algumas demonstram maior dificuldade de vinculação e identificação com o bebê real já que este não corresponde ao bebê imaginário, Ammanniti (apud CUNHA, 2004) afirma que “se o nascimento ocorre antes do tempo, ela estaria ainda fixada no bebê imaginário, reforçando a dificuldade de sincronizar-se com o real. Trata-se, portanto, de uma situação de dupla prematuridade.” (p. 220).

A elaboração da perda deste bebê imaginário para a aceitação do bebê real é um processo lento e gradual. O período pós-parto, ou período puerperal, é descrito por Soifer (1986, p. 63) como uma etapa de “delimitação entre o perdido – a gravidez – e o adquirido – o filho. Também de delimitação entre devaneio, fantasia inconsciente e realidade”.

Deste modo, podemos observar que o parto assume um significado de uma separação entre dois seres que até então viviam juntos, sendo assim devido à hospitalização prolongada do bebê, a relação da dupla mãe-bebê é interrompida, é comum no discurso de algumas mães a sensação de incompletude, de serem tomadas pelo sentimento de ainda não terem se tornado mães e ao retornarem todos os dias para suas casas esta angustia se intensifica, pois ao olharem para o berço tem a sensação de que o “ninho está vazio”, assim para as mães, segundo Cunha (2004, p. 219), “o reconhecimento social da maternidade lhe é negado. Deve, isso sim, elaborar os sentimentos de duplo abandono: o de ter deixado o bebê sair do ventre antes do tempo e logo deixá-lo no hospital”.

Ao longo deste processo, as mães vivem um intenso sentimento de culpa em relação à condição clínica de seus bebês, esta culpa pode perdurar por alguns meses até que elas consigam elaborar e assumir enfim seu papel de mãe.

Observa-se que um bebê prematuro não consegue responder a estímulos (visuais, sonoros, tátil...) tão rápido quanto um bebê nascido em tempo normal, é extremamente gratificante para as mães quando seu bebê responde a um estímulo realizado por elas, portanto, quando o seu bebê não responde ou demora a responder ao seu toque, por exemplo, isto traz um sofrimento intenso provocando angústia e ansiedade.

Mathelin (apud BRAGA e MORSH, 2006) afirma que, “como sentir-se mãe desse bebê que não dá sinal, que não mama no seio, que não olha, que não sendo em momento algum tranquilizante, não fabrica mãe?” (p. 52). Assim, como pode ser

observado dentro do ambiente da UTI Neo, a mulher geralmente se apropria do sentimento de ser mãe, após ser possibilitado pela equipe o espaço para que esta, mesmo em quadros clínicos graves, realize pequenos cuidados, ou seja, proporcionado para dupla mãe-bebê o método canguru.

Os outros personagens: a equipe

Pode parecer fácil para uma equipe de UTI Neonatal lidar com bebês prematuros todos os dias, estes acompanham integralmente todo o processo de internação e evolução do diagnóstico do neonato até a alta hospitalar ou, em alguns casos mais graves, até o óbito. Entretanto, estes profissionais sofrem juntamente com os pais as perdas e compartilham os ganhos que esta unidade, pode trazer em apenas alguns dias ou meses de internação. Cada progresso do bebê é sentido com alegria e ardor; cada dano é sentido com tristeza e pesar.

Assim a equipe multidisciplinar compartilha os mesmos sentimentos e pensamentos que atravessam a mente da família: medo, ansiedade, preocupação, raiva, tristeza, culpa, entre outros. A equipe de enfermagem e os auxiliares de enfermagem são os profissionais que ficam a maior parte do tempo com os bebês, pois eles trabalham em vários turnos e também plantões. Durante a troca de plantão, existem instruções específicas em diferentes serviços, neste momento os pais ficam impossibilitados de entrarem na unidade, fato este que é gerador de grandes conflitos entre equipe e família.

Como podemos ver o trabalho destes profissionais exige além de conhecimentos técnicos específicos - em relação à dedicação e atenção total a estes bebês-, também exige tato e compreensão destes em relação aos pais.

Ao observar este relacionamento entre pais e equipe presentes na UTI Neo, alguns pontos foram visualizados tais como a questão da frustração e da culpa que surge quando o quadro clínico do bebê piora; neste momento a equipe por medo de serem reprovados e/ou julgados como profissionais, às vezes omitem algumas informações aos pais. Bem como, o fato de alguns membros da equipe assumirem a responsabilidade que lhe é designada de tal maneira que as mesmas se apropriam dos bebês sentindo-se mãe deste, não permitindo que a verdadeira mãe realize cuidados básicos como dar banho e trocar as fraldas, mesmo que o bebê e a mãe tenham condições para a realização destas funções. Vemos que a realização dos pequenos cuidados em seus bebês, para as mães, são de suma importância, pois possibilita a vinculação entre mãe-bebê.

Um último ponto a ser colocado em evidência, é o fato dos questionamentos da família entorno da atuação profissional da equipe, este fato desorganiza os profissionais da unidade, a ponto destes diminuírem a atenção dada aos pais, não respondendo a seus questionamentos, provocando na mãe mais angústias e fantasias.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M. L. D. V. Grupo criar-te: a criatividade em UTI neonatal. In: ARAGÃO, R.O. (org.) *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BARTILOTTI, M. R. M. B. *Obstetrícia e Ginecologia: urgências psicológicas*. São Paulo: Pioneira, 1998.

BRAGA, N. A. e MORSH, D. S. Os primeiros dias na UTI. In: BRAGA, N. A., MOREIRA, M. E. L e MORSH, D.S (Org.). *Quando a vida começa diferente: O bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006.

CARON, N.A. O Ambiente Intra-Uterino e a Relação Materno-Fetal. In: N.A.Caron (Org) *A relação pais-bebê: da observação à clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

CARVALHO, M. Prefácio. In: BRAGA, N. A., MOREIRA, M. E. L e MORSH, D. S (Org.). *Quando a vida começa diferente: O bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006.

CUNHA, I. A mãe, o recém-nascido de muito baixo peso e a interação: uma nova perspectiva para os cuidadores da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. In: ARAGÃO, R. O. (org.). *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FELICE, E. M. *A Psicodinâmica do Puerpério*. São Paulo, Editora: Vetor, 2000.

SOIFER, R. *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

STERN, D. *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1997.

WINNICOTT, D. W. A Preocupação Materna Primária In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro, 1978.

Direito como realidade de Eros

César Bessa⁵⁴

Aldacy Coutinho

Resumo

Diante de um estado de tensão é comum o sujeito ter duas cognições paradoxais enleadas com a imagem construída com a tendência de autoavaliação positiva; mas, ao agir com erro, ele demonstra o impulso de justificação para evitar quaisquer responsabilidades pelas ações praticadas. Esta falta de questionamentos resulta de um investimento pessoal que passa a se constituir numa crença muitas vezes irracional: *dissonância cognitiva*. E isto se coaduna com o funcionamento dos processos mentais, no plano primário e no plano secundário. Há forte relação entre *princípio de prazer* e *de realidade* com a *teoria da dissonância cognitiva*. E este mecanismo está presente no inconsciente e pré-consciente dos sujeitos da relação contratual de emprego, na formação jurídica dos institutos seus legais e na sua interpretação e aplicação.

Palavras Chaves: dissonância cognitiva, prazer, realidade, direito.

⁵⁴ Doutorando da UFPR em Direito e Professor da Universidade Estadual de Londrina.

Ei mãe, me deixa ser adolescente!

Mayara Barros⁵⁵

Carla Maria Lima Braga⁵⁶

Resumo

A partir das experiências em atendimentos clínicos com adolescentes, podemos pensar na dificuldade que o ambiente apresenta ao lidar com indivíduos que estão nesta etapa do amadurecimento, tanto no que se refere aos pais ou mesmo aos analistas. A adolescência tratada por D. W. Winnicott, traz a compreensão de que além de ser uma questão de amadurecimento, é também um período em que o jovem necessita de se encontrar e isto leva tempo. Esta fase precisa ser vivenciada pelo adolescente em meio às inúmeras mudanças físicas e psíquicas que ocorrem e o ambiente deve oferecer um espaço no qual este adolescente possa também desafiá-lo. Os adultos que não tiveram a experiência do adolescer de forma satisfatória ficam externamente assustados, e uma das soluções é não permitir que o adolescente vivencie a sua imaturidade. Este trabalho apresentará um caso clínico, nos quais permitirá pensar características importantes que envolvem a adolescência, sob o olhar de Winnicott, e refletir a participação efetiva do ambiente, como possibilidade de facilitar ou não o amadurecimento dos adolescentes.

Palavras-chave: Adolescência; Amadurecimento.

⁵⁵ Psicóloga. Aluna do Curso de Pós-Graduação em Clínica Psicanalítica/UEL.

⁵⁶ Profa. Dra. do Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina. Docente da graduação em Psicologia, Especialização em Psicologia Clínica Psicanalítica/UEL.

“Espelho, espelho meu, existe mulher mais doente do que eu?”: Quando Narcisa tem um filho com deficiência visual

Bruno Aurélio da Silva Finoto⁵⁷

Resumo

O presente trabalho busca entender e analisar o papel da função especular, descrita por Winnicott, no desenvolvimento emocional do indivíduo, utilizando como exemplo, um caso atendido pelo psicólogo na instituição de ensino em que trabalha. Winnicott, em sua teoria, entende por função especular aquela em que a mãe é espelho para seu bebê, ou, em outras palavras, quando o bebê, ao olhar para a mãe, se vê enquanto *self*. O caso relatado é de uma mãe que falhou nessa função, pois ao invés de ser o espelho para o filho, este se tornou espelho para ela. Nesse sentido, há inexistência desse filho enquanto ser real, pois essa mãe não proporciona um ambiente facilitador, somente um ambiente doente, tal como ela. Além disso, o presente trabalho ainda busca explicar o trabalho realizado com a mãe e com o filho e os possíveis caminhos a serem percorridos durante o processo.

Palavras-chave: Função Especular - Winnicott; Psicopatologia – Psicoses; Pessoa com Deficiência e Desenvolvimento Emocional

⁵⁷ Psicólogo, formado pela Universidade Estadual de Londrina, atua na área de Educação, com ênfase em Educação Especial. Atualmente, participa do grupo de estudos de Winnicott, ministrado pela Profª Dra. Carla Maria Braga na Universidade Estadual de Londrina. Interessado nos temas: Psicanálise e Educação, Psicanálise e Desenvolvimento Emocional, Psicanálise e Cultura.

Falso Self: A defesa contra o verdadeiro self a partir do referencial winnicottiano

False Self: The defense against the true self based on the winnicottian's references

Carla Maria Lima Braga⁵⁸

Flávia Angelo Verceze⁵⁹

Se os adultos abdicam, os adolescentes tornam-se adultos prematuramente, mas através de um processo falso. (WINNICOTT, 1989, p. 158)

Resumo

Donald W. Winnicott considerou o ambiente como fator primordial para o desenvolvimento saudável e para a continuação do ser em todas as etapas da vida. Na adolescência ele destaca que o ambiente deve sobreviver aos ataques do adolescente, que apresenta como características a imaturidade. Pois se este é forçado à maturidade precoce, ele o faz por meio de um processo falso, chegando a um falso-self. O presente trabalho tem como objetivo demonstrar através de um caso clínico um amadurecimento precoce e suas implicações no psíquico da paciente. Foi realizado atendimento individual com uma paciente de 16 anos. Tal amadurecimento precoce levou a ter seu processo de procura de si mesmo interrompido, levando a constituição de um falso self, que ocasiona uma falta de reconhecimento do que ela mesma é.

Palavras-chaves: Amadurecimento, falso self, adolescência.

Abstract

Donald W. Winnicott considered the environment as a key factor for healthy development and to be continued in all stages of life. In adolescence he emphasizes that the environment must survive the onslaught of teenage-like, features immaturity. For if it is forced to mature early, he does so through a process false, reaching a false self. This paper aims to demonstrate through a case a maturing early and its implications on the mental patient. We conducted individual sessions with a patient 16. This led to early

⁵⁸ Psicóloga Clínica. Doutora pela PUCCamp, Mestre em Educação pela UEL. Docente do Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina. Coordenadora do Projeto “A Clínica Winnicottiana: um estudo sobre a Teoria do Amadurecimento Pessoal e o Manejo Clínico” do Departamento de Psicanálise da UEL.

⁵⁹ Flávia Angelo Verceze. Graduada de psicologia na Universidade Estadual de Londrina. Estagiária do Projeto “A Clínica Winnicottiana: um estudo sobre a Teoria do Amadurecimento Pessoal e o Manejo Clínico” do Departamento de Psicanálise da UEL.

ripening have your process of finding himself interrupted, leading to formation of a false self, which causes a lack of recognition of what she is.

Key- words: Aging, false self, adolescence.

Donald W. Winnicott foi médico pediatra e psicanalista que se preocupou com o desenvolvimento humano, principalmente, na fase inicial da vida. Considerou o ambiente como fator primordial para o desenvolvimento saudável. Ambiente para o autor se referia às condições psicológicas ou emocionais e/ou físicas ou concretas, como a presença real de pessoas necessárias ao amadurecimento emocional do bebê. (ARAÚJO, 2005). Desta forma o autor se refere ao ambiente, como além de necessário, deve ser suficientemente bom para levar o indivíduo ao amadurecimento. Araujo (2005, *apud* BRAGA, 2012) destaca que para que esse ambiente seja assim considerado ele deve ser um processo dinâmico, ou seja, deve-se adaptar às necessidades mutáveis da criança à medida que esta amadurece. Inicialmente esse ambiente é a mãe, que tem papel vital tanto para a sobrevivência do bebê quanto para seu amadurecimento emocional, que nesta fase deve se adaptar às necessidades do bebê, lhe concedendo certa medida de fidedignidade. De acordo com Winnicott (1975) “Onde há confiança e fidedignidade há também um espaço potencial, espaço que pode tornar-se uma área infinita de separação, e o bebê, a criança, o adolescente e o adulto podem preenchê-la criativamente com o brincar” (p.150).

Todavia, Winnicott também destaca a importância do ambiente para a continuação do ser, ou seja, em outras etapas da vida. Assim estudou e escreveu temas relacionados à adolescência, que trazem como marca uma originalidade, pois apresenta características novas como sendo essenciais da adolescência.

Para este autor, a fase da adolescência está ligada a questões de sua existência no mundo, isto é, é nesta que o adolescente está à procura de si mesmo, apresentando necessidades essenciais do ambiente que o cerca. Pois crescer não depende apenas de tendências herdadas, mas também de um entrelaçamento complexo com o ambiente facilitador. Assim para Winnicott deve-se esperar “problemas” nesta fase, pois crescer é um ato agressivo, existe na adolescência a fantasia do assassinato, crescer significa tomar o lugar dos pais. Por conseguinte os pais enquanto ambiente nada podem fazer além de sobreviver a esta fase dos filhos, aos ataques da juventude e às suas fantasias inconscientes referentes ao assassinato, o que com certeza deixa uma situação difícil, mas que também o é para os próprios adolescentes. (WINNICOTT, 1975).

Tal aspecto desta fase nos conduz a principal característica do adolescente: A imaturidade, elemento essencial da saúde durante a adolescência, pois ela contém as características do pensamento criativo, de sentimentos novos e desconhecidos, ideias para um mundo de vida diferente. Porém não se pode esperar que o adolescente esteja consciente de sua própria imaturidade, nem é necessário. O importante é que os desafios da adolescência sejam enfrentados, sendo a mudança sexual apenas um deles. A maturidade sexual não é alcançada na relação sexual ou em uma gravidez, ela deve incluir toda fantasia sexual inconsciente, que o indivíduo precisa ser capaz de aceitar. Assim gastam-se anos para o desenvolvimento, no indivíduo, da capacidade de descobrir no *self* o equilíbrio. Winnicott se refere a esta maturidade sexual inconsciente quando afirma:

Às vezes se assume que meninos e meninas que, como se diz, “pulam de cama em cama” e que mantêm relações sexuais (e talvez tenham uma gravidez ou duas) alcançaram a maturidade sexual. Eles mesmos sabem que isso não é verdade, e começam a desprezar o sexo como tal. É fácil demais. (WINNICOTT, 1989)

Assim Winnicott se refere a esta fase como uma que deve efetivamente ser vivida em seu tempo certo, ou seja, seus processos não podem nem ser atrasados nem adiantados. A imaturidade é parte preciosa da adolescência, sendo sua “cura” apenas a passagem do tempo e o crescimento para a maturidade. Se os adultos abdicam, os adolescentes tornam-se adultos prematuramente, e o fazem através de um processo falso. O ambiente, os pais, não podem fazer muita coisa, o melhor que tem a fazer é sobreviver. A imaturidade constitui uma propriedade que tem que ser perdida por cada indivíduo, quando a maturidade é alcançada. Não se devem adiantar etapas levando a maturidade falsa através da transferência de responsabilidades que não são características da adolescência. Winnicott nos mostra tal importância quando fala: “[...] A partir do ser, vem o fazer, mas não pode ter o haver o fazer antes do ser- eis a mensagem que os adolescentes nos ensinam” Winnicott, (1989 apud BRAGA, 2012).

Quando o adolescente se torna adulto antes da hora, ele envelhece de maneira prematura, perdendo o impulso criativo, a espontaneidade e a capacidade de brincar, ele se torna um adolescente que vence cedo demais, ficando a espera de ser morto (BRAGA, 2012). A responsabilidade tem de ser assumida pelas figuras parentais, se estas abdicam então os adolescentes têm de passar para uma falsa maturidade e perder

sua maior vantagem: a liberdade de ter ideias e de agir segundo o impulso. (WINNICOTT, 1989).

Perder o impulso criativo e a capacidade de brincar segundo a teoria de Winnicott é perder a vontade de viver, criatividade é o fazer que, gerado a partir do ser, indica que aquele que é está vivo. Para ele a capacidade do brincar é igualada a uma qualidade do viver, não apenas a capacidade de brincar propriamente dita, mas a capacidade de operar na área intermediária sem limites, em que a realidade interna e externa se compõe na experiência de viver, operar na área chamada por Winnicott de Transicional, ou seja, na área intermediária entre a experiência exterior e a interior, área de conforto, que proporciona ao indivíduo a saúde e a felicidade.

Para o autor o indivíduo que perde tal capacidade de brincar, perde a qualidade de vida e organiza inconscientemente uma fachada, um falso *self* para lidar com o mundo, tendo essa fachada se transformado numa defesa contra o verdadeiro *self*, que foi traumatizado e não pode mais ser encontrado, pelo risco de ser novamente ferido. Embora tal organização falsa seja uma defesa eficaz, não é um componente da saúde.

Diante deste entendimento a respeito do desenvolvimento na adolescência na Teoria de Winnicott, o presente trabalho tem como objetivo demonstrar através de um caso clínico um amadurecimento precoce por meio de um processo falso, suas implicações no psíquico e na vida do paciente e atitudes do psicoterapeuta diante de tal caso.

Foi realizado atendimento individual com uma paciente (sexo feminino) de 16 anos na Clínica Escola da Universidade Estadual de Londrina, sendo de uma vez por semana e de abordagem psicanalítica. Além dos atendimentos, utilizou-se o Procedimento de Desenhos-Estórias com tema (D-E) por ser um instrumento destinado à investigação clínica da personalidade, que consiste em pedir que o examinando realize um desenho com um tema determinado. Em seguida, pede-se ao examinando que conte uma estória dizendo o que acontece no desenho. No presente trabalho o tema era "O que é adolescência?" Além de outros recursos utilizados em psicoterapias de adolescentes, como por exemplo, o jogo do rabisco, entre outros.

Como a paciente Júlia (nome fictício) já tinha passado por um atendimento na Clínica Escola da Universidade, alguns dados já eram do conhecimento da terapeuta antes de iniciar a terapia. Júlia tinha 16 anos, morava com os avós desde criança por ter sido abandonada pela mãe, conheceu o pai biológico aos 14 anos, que a rejeitou e tinha dois filhos, um menino de dois anos de idade e uma menina de 10 meses.

Assim por meio destes dados e de sua fala nas primeiras sessões foi possível perceber que se tratava de uma paciente que não teve em sua fase inicial um ambiente facilitador, ou seja, uma mãe suficientemente boa, o que a leva a apresentar um intenso sofrimento e uma falta de confiança nas pessoas que a cercam. Pois segundo o relato de Júlia, sua mãe biológica a abandonou logo após o nascimento passando a função para a sua avó materna, que embora tenha cuidado de Júlia provendo cuidados necessários para seu crescimento e certo amadurecimento, não assumiu a função de todo, já que segundo a fala de Júlia *“sua avó a considera filha, mas uma filha diferente das outras, que é tratada de maneira diferente e não recebe o mesmo apoio e carinho que as outras filhas”*. (SIC). Segundo a teoria de Winnicott um ambiente suficientemente bom, não é apenas aquele que supre as necessidades físicas de um bebê, mas aquele que se adapta a todas as necessidades deste, sendo elas físicas e emocionais, o protegendo e permitindo seu movimento espontâneo sem a perda de seu ser. Pois, caso contrário, acontece uma intrusão do ambiente sobre a criança, levando-a a reagir e perder a sensação do ser. (BRAGA, 2012).

Braga (2012) revela a importância do ambiente, no sentido de entender como a falha deste pode provocar uma perda da sensação de ser, que é a busca dos indivíduos, principalmente na época da adolescência. Esta perda da sensação de ser é encontrada na fala de Júlia, que relata não saber quem é. Se sente como sendo duas pessoas diferentes: *“Eu sou adolescente na escola, que é meu refúgio, lá eu posso rir de coisas bobas. Em casa sou adulta, pois tenho que cuidar dos meus filhos e minha família não aceita meu lado adolescente”*. (SIC)

Esta perda da sensação de ser afasta Júlia de seu verdadeiro *self*, vivendo através de uma fachada, isto é, para lidar com seu ambiente Júlia se defende com um falso *self*, isto é, a paciente se esforça para ser uma boa mãe, pois este é o desejo daqueles que a rodeiam, porém isto parece ir contra um desejo de ser criança, de viver a adolescência perdida, desejo que deve ser escondido, para não correr o risco de seu verdadeiro *self* ser novamente ferido e interrompido.

No procedimento Desenho-história aparece uma mulher grávida em oposição (versus) a uma criança que está muito feliz, com os braços estendidos para cima, os dois desenhos parecem não ter olhos. O desenho também nos remete um falo que sai do peito na figura da mulher. Diante de tal desenho é possível perceber o conflito de Júlia entre seu desejo e a exigência externa. Também se pode pensar em referência ao falo que sai do peito na figura da mulher, da invasão que Júlia sofreu em sua adolescência,

tendo um contato muito cedo com a relação sexual (12 anos), sem ter alcançado o verdadeiro amadurecimento sexual. Pois de acordo com Winnicott a maturidade sexual não está apenas ligada ao ato sexual (WINNICOTT, 1989).

Na história ela fala de uma adolescência de hoje, que é na verdade sua própria história de vida: *“Na adolescência de hoje em dia, a maioria das garotas estão engravidando, ou seja, amadurecendo muito mais do que o esperado. A partir daí elas perdem muitos benefícios e oportunidades que a vida nos proporciona. No desenho expressei que em vez de amadurecermos tão rápidas deveríamos curtir mais; mas até eu perceber isso já tinha me apressado de mais, e hoje como “quase” mulher reconheço que o mundo nunca deixa de nos oferecer oportunidades, só depende de nós agarrá-las. Não me arrependo nem se quer um momento de ter tido os meus filhos, pois hoje sou o que sou por causa deles e me resumo como uma responsabilidade, pois fui totalmente o contrário daqueles que me julgaram. Hoje estudo e me esforço o máximo que posso para ser bem estruturada, ou seja, alguém na vida, bem sucedida”* (SIC).

Assim no decorrer das sessões e através do desenho história foi possível perceber que Júlia apresenta um intenso sofrimento devido tanto as suas constantes frustrações (abandono da mãe, rejeição do pai, problemas familiares, problemas com o namorado) quanto por ter como obrigação a maturidade em uma fase da vida em que a imaturidade é característica e essencial, o que a leva sentir culpa por desejar ser imatura e por manifestar uma raiva (inconsciente) de seus filhos, já que foram eles que lhe roubaram a adolescência. Este conflito fica evidente em suas falas e no desenho história, pois quando foi pedido a ela que desenhasse o que é adolescência, ela faz a seguinte pergunta: *“É pra desenhar minha adolescência ou a que deveria ser?”*.

Deste modo, pode-se pensar em um amadurecimento precoce por meio de um processo falso devido a uma falha ambiental, que ocorre desde início da vida de Júlia (abandono da mãe, rejeição do pai, maus-tratos), não oferecendo *holding* e não sobrevivendo aos seus ataques. Seu ambiente não enxergou suas atitudes como um pedido de socorro o que a levou a engravidar cedo demais, repetindo a história de sua mãe biológica. Assim Júlia teve de ter o fazer antes do ser, isto é, teve seu processo de procura de si mesmo interrompido e se tornou adulta antes da hora, que ocasiona um grande sofrimento psíquico e uma falta de reconhecimento do que ela mesma é. Tal falta de reconhecimento é muito presente na terapia de Júlia, pois apresenta grande dificuldade de saber o que é verdadeiramente seu e o que lhe foi imposto pelo ambiente. Muitas vezes quando indagada pela terapeuta, sobre quem é a Júlia, demonstra um

discurso externo, vindo principalmente de sua família. “*Todos falam que sou vagabunda, pois tenho 16 anos e dois filhos. Que me faz às vezes ficar com vergonha de contar para as pessoas que já sou mãe*”. (SIC).

Tal discurso externo característico do falso *self* foi evidenciado de forma clara em uma das sessões, em que a terapeuta pede para Júlia escrever em um cartaz tudo aquilo que se refere a ela, palavras que a definem. Júlia demonstra grande dificuldade, demorando muito tempo para realizar a atividade. Quando consegue, poucas palavras são escritas, sendo elas: Família, confiança, amizade, simpatia. Palavras que não corroboram com sua história e parecem mais com um ideal. No final da proposta Júlia pergunta a terapeuta se o que tinha escrito estava certo, demonstrando novamente a necessidade de uma afirmação externa sobre que ela é.

Tal fato reafirma a ideia de um falso *self*, se transformando numa defesa contra o verdadeiro. Trazendo grandes implicações para a vida psíquica e para a realidade externa de Júlia. Que no decorrer das sessões tem demonstrado uma necessidade cada vez maior de suporte por parte da terapeuta. Portanto sua terapia consiste em providenciar para ela um ambiente que a permita *ser*. Um ambiente que suporte suas idas e vindas, permitindo que faça suas descobertas, que se encontre de forma que a permita amadurecer por meio de um processo não falso até o verdadeiro *self*, suportando o risco de ser novamente ferido.

Referências

- ARAÚJO, C. A. S. O ambiente em Winnicott. *Winnicott. e-Prints electronic version*, 4, n.1, p. 21-34, 2005.
- BRAGA, C. M. L. *Comunicação e isolamento na adolescência: compreendendo o uso de blogs pelos jovens na atualidade*. São Paulo: Zagodoni Editora, 2012.
- WINNICOTT, D. W. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 2005. (trabalho original publicado em 1989).
- WINNICOTT, D. W. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975. (trabalho original publicado em 1971).

Heidegger e a Fenomenologia

Eder Soares Santos

Mário Reinaldo da Silva

Resumo

Partindo do método fenomenológico de Heidegger, intenta-se neste trabalho aplicá-lo sobre o conceito de “Filosofia”. A razão deste intento é a de fazer com que transpareça, no referido conceito, o fundamento único que o constitui, a saber, o ser-aí. Apresentá-lo como base do termo Filosofia irá resgatá-la de uma interpretação ôntica para uma interpretação ontológica, e, portanto, mais genuína, uma vez que a palavra Filosofia estaria em correspondência com o ser que guarda o ente. De modo geral, o método fenomenológico de Heidegger consiste em três pontos principais: a redução, a destruição e, por fim, o deixar que as coisas apareçam por si mesmas. A redução sobre o termo Filosofia tem como propósito avaliá-lo em seu sentido originário, ou seja, avaliar tal conceito de acordo com o uso antigo, em especial, na acepção pré-socrática (philosophia). Avaliá-lo segundo este modo, leva-o a uma destruição (revisão) sobre a maneira como ele é usado atualmente (Filosofia).

Lar, doce lar: reflexos do abandono parental

Ana Claudia Petryszyn Assis⁶⁰

Carla Maria Lima Braga⁶¹

Este trabalho tem por objetivo expor e partilhar, à luz do referencial teórico de D.W. Winnicott, algumas considerações sobre a atual configuração do abandono afetivo parental. Winnicott depositava a importância da família como 'sustentadora emocional' do desenvolvimento saudável das crianças e da continuidade deste no adolescente. Dessa forma, mesmo que haja um ambiente favorável, um bom lar, provido pelos pais ou pais adotivos ou cuidadores, o essencial estará faltando se estes omitirem aos seus filhos afeto e acolhimento. O adolescente quer ser cuidado, acolhido, pertencer a algum lugar, entretanto, o que pode acontecer se isto não está presente em sua vida? Assim, nesse trabalho, serão levantadas hipóteses sobre esses novos ambientes que os adolescentes estão inseridos e quais as consequências da descontinuidade do mesmo, exemplificando com um caso atendido na clínica-escola da Universidade Estadual de Londrina, pelo Projeto Integrado *A Clínica Winnicottina: um estudo sobre a teoria do amadurecimento pessoal e o manejo clínico*.

Palavras-chave: ambiente; abandono; lar.

⁶⁰ Discente do 5º ano de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina-Paraná.

⁶¹ Docente do Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina. Mestre em Educação/Uel, Doutora em Psicologia PUCCamp.

Novo paradigma na Psicanálise: vida e trajetória teórico-prática de Donald Woods Winnicott

Gabrieli Franciscatti Dias

Cíntia Marson

Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro

Os caminhos teóricos trilhados por Donald Woods Winnicott podem ser analisados por meio de suas escolhas e encontros profissionais e pessoais. Pediatra que descobre a psicanálise freudiana e se torna membro da Sociedade Britânica de Psicanálise, mantém contatos com Klein, entre outros psicanalistas da época. O percurso histórico traçado por Winnicott o leva a evidenciar uma mudança paradigmática na Psicanálise seguindo um critério maturacional, e não mais sintomatológica, podendo ser observados em estudos de Loparic e Dias. Com enfoque nesta mudança paradigmática, pretende-se analisar sua importância histórica e decisiva para o tratamento de pacientes considerados difíceis na clínica psicanalítica. A atualidade de seu pensamento inovador é objeto de reflexões sobre práticas clínicas em instituições de saúde pública.

Palavras-Chave: Pediatria; Psicanálise; Mudança Paradigmática.

O conceito de período de hesitação aplicado à clínica winnicottiana com crianças na saúde pública

Flávia Moraes⁶²

Lídia Pereira da Silva

Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro

Resumo

Este trabalho provém das experiências clínicas de duas alunas/terapeutas iniciantes no serviço de saúde pública de um município do interior do estado de São Paulo. Pretende-se explanar a respeito das desistências de pacientes crianças no decorrer dos processos psicodiagnósticos. Para tanto, utilizou-se como metodologia fragmentos de relato de caso clínico vivenciado por aluna em formação psicanalítica, analisado em supervisão teórico-prática, sob a perspectiva da *Teoria do Amadurecimento Pessoal* de Winnicott. A análise parte do conceito de *hesitação*, que se dá a partir do *Jogo da Espátula*, que possibilitou a observação do *período de hesitação* do bebê em relação ao manuseio da mesma, até os desdobramentos deste processo na prática clínica atual. O caso analisado se refere a uma família que após a entrevista inicial recusou-se a dar continuidade ao processo, porém após certo período, que se considera de hesitação, retornou à procura dos serviços de psicologia.

Palavras-chave: Winnicott; Hesitação na Clínica; Saúde Pública.

⁶² Graduanda do 4º ano de Psicologia pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Campus de Assis (UNESP – Assis). Participou do projeto de extensão “A Universidade nos Programas Sociais do Município” por dois anos, sendo o último bolsista PROEX, atuando junto ao CRAS com crianças no “Projeto ABC” e adolescentes no “Programa Ação Jovem”. Atualmente é bolsista de Iniciação Científica CNPQ com o projeto “Escala de identificação de traços autísticos e as impressões de seus familiares”. Também participa dos projetos de extensão “Enquadres winnicottianos na saúde mental pública”. E-mail: moraesfla@hotmail.com

O cuidar do sofrimento humano: a que se presta a terapia winnicottiana?

The treatment of human suffering: what are the purposes of the Winnicott Psychoanalytical therapy?

Manuela Campos Pérzola

Resumo

A tarefa de viver e se manter vivo constitui-se em uma batalha que vai do início ao fim da vida de todo ser humano. Enfrentamos dificuldades que são intrínsecas ao processo de amadurecimento e à própria condição de estar vivo. Frente a isso, os seres humanos buscam caminhos para lidar com a dificuldade que é viver, e uma dessas buscas pode ser a análise pessoal. Quando falamos em análise, falamos de um método que consiste na interpretação dos conflitos reprimidos inconscientes, que pode curar sintomas. Mas até que ponto a cura dos sintomas também impulsiona para um crescimento do indivíduo? Na perspectiva de D. W. Winnicott, enxerga-se a análise como uma porta de entrada para a retomada do amadurecimento do ponto em que este, possivelmente, foi interrompido. Assim, neste trabalho, explora-se como a terapia winnicottiana lida com o sofrimento humano que bate em sua porta.

Palavras-chave: amadurecimento, Winnicott, análise, cura.

Abstract

The task of living and staying alive is a battle that goes from the beginning to the end of every human being's life. Difficulties are within the process of maturing and the actual condition of being alive. Because of this, humans seek ways to deal with the difficulty of being alive, and one of these searches can be the personal analysis. When we talk about analysis, we talk about a method that consists in interpreting the unconscious repressed conflicts, which can cure symptoms. But how far the cure of symptoms also drives to a personal growth? From the perspective of D. W. Winnicott, we see the analysis as a way of going back to the point where the maturation process possibly stopped. Thus, this paper explores how the Winnicott Psychoanalytical therapy deals with the human suffering that knocks on its door.

Keywords: maturation, Winnicott, analysis, healing.

*Ao praticar psicanálise, tenho o propósito de:
me manter vivo;
me manter bem;
me manter desperto.
(D. W. Winnicott)*

Onde estou? E onde me acho? Lispector nos disse que “todo momento de achar é um perder-se a si próprio”. Então, se quando tento me encontrar, me perco, quem sou? E se nada encontrar, a não ser o vazio? E se o vazio for demasiado grande para caber no encontro? Com o quê fico? Temos medo de cair, de cair e nunca mais conseguir encontrar a nós mesmos. Encontrar pode ser encontrar o fio, o pequeno fio fino e tênue que nos liga a nós mesmos. É por esse fio que clamamos! É esse o fim que queremos para a nossa história. Nas palavras de Winnicott, “que possamos estar vivos no momento de nossa morte.” Estar vivo e poder viver. Viver, e não sobreviver. Viver e sentir, com tudo o que isso pode causar. Estar vivo significa morrer a cada dia, e a cada dia encontrar o fio tênue que dá sentido a nossa existência. Sendo assim, cada dia é um encontro. Um encontro com nós mesmos, com o inesperado, com o vazio e com o que pode emergir desse mar tão escuro. Pura água e escuridão. Procurar análise pode estar aí incumbido: na tarefa de nos mantermos vivos, despertos, bem. Felizes, talvez. Talvez felicidade possa ser encontrar o verdadeiro sentido de estar vivo, de ter forças para batalhar pela guerra da existência todos os dias. E precisamos de ajuda para isto, pois a guerra da existência é dura, e sempre será, e o ser humano, nas palavras de Heidegger, “é essencialmente necessitado de ajuda, por estar sempre em perigo de se perder, de não conseguir dar conta de si mesmo” (HEIDEGGER apud DIAS, 2002, p. 350).

A análise, em seus primórdios freudianos, se constitui no método que, por excelência, é a interpretação do conflito reprimido inconsciente. Sendo o conflito interpretado, o indivíduo pode sentir-se curado, pois, ao falar e receber a interpretação do analista, o conflito – que antes era inconsciente – torna-se consciente e assim, pode ser trabalhado. Mas até que ponto a cura também impulsiona para um crescimento? Até que ponto o conflito inconsciente interpretado traz o sentimento de que somos reais? Até que ponto podemos ser sustentados pelo analista, no lugar da mãe suficientemente boa que não tivemos, ou que tivemos e perdemos?

O analista não é apenas o ouvido que escuta, mas a mão que toca, os braços que abraçam, os olhos que se enchem de expressão e a boca, que sorri e fala. O analista está vivo, e, estando vivo, se faz presente, não apenas com as interpretações, mas com o ambiente favorável que pode proporcionar que o paciente sinta-se acolhido e possa, então, falar daquilo que angustia e sufoca. O analista é aquele que, treinado para ouvir, ouve. Mas também é aquele que, não tendo sido treinado para ter sensibilidade, é sensível. O analista é aquele que se interessa desinteressando-se, que mantém o olhar,

que suporta o choro e a dor de outro ser humano. Essa é a verdade. Podemos suportar a dor de outro ser humano, mas temos que aprender a sustentar a nós mesmos, com nossos - não distintos dos trazidos pelos pacientes – conflitos, traumas, sofrimentos e desamparos.

O traço central do ambiente facilitador é ele ser confiável. A confiabilidade é um atributo dos humanos, que erram, e não das máquinas. Confiabilidade não significa ser imune ao erro; ao contrário, exatamente porque falível, a pessoa humana pode ser confiável. O fato é que mães e analistas permanentemente falham em sua adaptação às necessidades do bebê ou do paciente. O problema não é esse; ele consiste bem mais no reconhecimento e na atitude do ambiente com relação à falha. Por outro lado, o que se exige é presença verdadeira, interesse genuíno e atenção plena (DIAS, 2002, p. 344).

Neste sentido, o terapeuta winnicottiano é aquele que está atento às forças do ego do paciente, de modo a poder trabalhar a partir da posição em que a neurose (ou psicose) de transferência o coloca. Assim, ao mesmo tempo em que representa o princípio da realidade, o analista é aquele que exerce o papel de objeto subjetivo para o paciente, que está ali - às vezes silencioso -, sem julgar. À medida que o ambiente vai se tornando confiável para o paciente, as defesas se afrouxam, e dali pode emergir muito do que antes estava nas profundezas da água e da escuridão de seu inconsciente; tudo o que antes não pôde ser sustentado.

A força do ego resulta em uma mudança clínica no sentido do relaxamento das defesas, que são mais economicamente empregadas e alinhadas, sentindo-se o paciente não mais preso à sua doença, como resultado, mas livre, mesmo que não esteja livre de sintomas. Em suma, observamos crescimento e desenvolvimento emocional que tinha ficado em suspenso na situação original (WINNICOTT, 1962, p. 154).

De acordo com a teoria do amadurecimento humano, todos os seres humanos nascem com um potencial herdado para um desenvolvimento saudável. Para que isso aconteça, entretanto, é necessário um ambiente facilitador. É importante, porém, ressaltar que não é o ambiente o responsável pelo fracasso do indivíduo, mas aquele pode servir como um facilitador ou “dificultante” para o desenvolvimento saudável deste.

A terapia na perspectiva winnicottiana, nesse sentido, pretende localizar o momento em que o desenvolvimento do indivíduo estancou, o ponto em que o ambiente deixou de ser previsível e suficientemente bom para que o indivíduo continuasse sua

caminhada. Deste modo, o analista pode identificar a natureza do distúrbio psíquico, pois esta é relacionada com o ponto de origem do mesmo, na linha de amadurecimento. A doença, segundo Winnicott, refere-se ao “sentimento de segurança” que “não chegou a tempo na vida da criança para que fosse incorporado às suas crenças” (WINNICOTT apud DIAS, 2007, p. 7).

Assim, Winnicott nos propõe a pensar, ao iniciar uma análise: “quão pouco é necessário ser feito?”, ao invés de “quanto se deve fazer?”, justamente por se tratar da reconstrução de um ambiente confiável para que haja uma retomada do ponto em que o amadurecimento foi interrompido. A teoria winnicottiana é maturacional, no sentido de que cabe ao analista consertar a falha ambiental sofrida pelo paciente. Os distúrbios - que não são mais interpretados como interpsíquicos, como são para Freud e Klein - são ambientais. O paciente padece de uma perturbação da existência, e não mais de reações a conflitos entre desejo e objeto. A doença é a imaturidade, uma vez que saúde significa ter a idade emocional compatível à idade biológica. Apesar de parecer simples, esta tarefa se constitui em uma das mais difíceis para o analista: a de descobrir a idade emocional do seu paciente em determinado momento, de acordo com a linha do amadurecimento pessoal.

Isto posto, fica a questão: E o analista, o que pode fazer? Penso que, em primeiro lugar, cabe ao analista entender a necessidade do paciente. Aquilo de que ele necessitava e não teve, para que assim possa restituir a confiança no ambiente. Além disso, é preciso que o analista esteja atento para as mutações que esta necessidade pode sofrer. Somente deste modo o objetivo da terapia pode ser possível: ajudar o paciente a tornar-se si-mesmo, se relacionar com os outros através de um si-mesmo e poder adoecer assim, compreendendo que o sentimento de si-mesmo é uma conquista. “É certo que a capacidade terapêutica do analista – cujo paradigma é a mãe suficientemente boa – não repousa em um saber puramente intelectual, mas sobretudo em sua sensibilidade pessoal e capacidade de se identificar com o paciente e compreender as suas necessidades” (DIAS, 2003, p. 48).

Para entender a necessidade do paciente em um determinado momento, o analista precisa se nortear através da força do ego que o paciente apresenta. O analista precisa de empatia. Empatia com o sofrimento alheio. Reporto-me à Cecília Meireles, que tão bem escreveu, para fazer uma comparação com o papel do analista:

Desamparo

Digo-te que podes ficar de olhos fechados sobre o
[meu peito,
porque uma ondulação maternal de onda eterna
te levará na exata direção do mundo humano.

Mas no equilíbrio do silêncio,
no tempo sem cor e sem número,
pergunta a mim mesmo o lábio do meu
pensamento:

quem é que me leva a mim,
que peito nutre a duração desta presença,
que música embala a minha música que te embala,
a que oceano se prende e desprende
a onda da minha vida, em que estás como rosa ou
[barco...?

O poema retrata o paciente que chega à terapia, desamparado; também diz da presença do analista, como alguém que está vivo e desperto para ouvi-lo. Aos poucos, o analista acolherá o seu ego frágil e, ao mesmo tempo “terá que lidar com ambos os aspectos (saúdáveis e doentes) simultaneamente, e estar atento ao fato de que, se há um aspecto doente, este é tão doente quanto possível, e não se pode afrouxar o cuidado, imaginando contar com a parte desenvolvida da personalidade” (DIAS, 2007, p. 2). É como se o analista dissesse

*Digo-te que podes ficar de olhos fechados sobre o
[meu peito,
porque uma ondulação maternal de onda eterna
te levará na exata direção do mundo humano.*

Para que o paciente possa “ficar de olhos fechados” e entregar-se à “ondulação maternal de onda eterna”, é estritamente necessário um ambiente confiável. Este ambiente é o correlato direto do ambiente suficientemente bom que a mãe oferece ao bebê, onde ele pode sentir que o mundo é “encontrável”, sentir-se seguro e, assim, alcançar o sentimento de si-mesmo. Neste ponto, a qualidade do *setting* analítico se faz de extrema importância, uma vez que se constitui no ambiente favorecedor de condições para um ambiente que falhou.

Winnicott destaca a importância do *setting*: o analista é pontual e respira, está alerta e preocupado com o paciente, expressa seu amor em um interesse positivo, mas sabe que o ódio existe (nas formas de pagamento, resistência e faltas do paciente); deixa

seu julgamento moral afastado, o cômodo em que acontece a análise não tem tanta quietude que lembre a morte, mas os ruídos inerentes a uma casa, e, por último, e talvez o de maior importância: o analista sobrevive.

No que compete àquele que cuida, sobreviver significa manter-se por conta própria, dar continuidade ao que se inicia; é fazer perdurar, preservando incólumes a qualidade da relação e do ambiente; é, sobretudo, não sucumbir às turbulências próprias do estar vivo e do amadurecimento – inclusive as que incluem destruição – de quem está sendo cuidado, ou seja, é permanecer consistentemente a mesma pessoa, com a mesma atitude, sem retaliação; significa não desanimar, não desistir da tarefa, não se vitimizar, não se tornar sentimental; manter, a despeito de seus próprios estados de ânimo, os cuidados com o bebê, ou com o paciente, orientados pelas necessidades deles e não por suas próprias necessidades. (DIAS, 2002, p. 349)

É essencial o desenvolvimento da confiança, para que o paciente possa informar ao analista “tudo o que lhe vêm à mente”, sendo isto o “que constitui o requisito prévio para a eficácia de uma interpretação clássica e correta”. É bom que se diga, ainda, que não há nenhuma mística ou poder extranatural na capacidade de exercer os cuidados satisfatórios que levam uma outra pessoa à transformação e ao amadurecimento: o que existe é apenas uma disponibilidade verdadeira e humana, acrescida da capacidade de aprender com o bebê ou paciente, além de muito estudo sobre o amadurecimento pessoal (DIAS, 2002, p. 344).

Na medida em que o ambiente acolhedor se constrói na relação analista-paciente, este último vai re-criando sua confiança no ambiente que uma vez falhou. Para alguns, a confiabilidade inerente ao *setting*, pode até ser comparada à amizade. Certa vez, uma paciente me disse: “Isso aqui que é amizade verdadeira”, referindo-se aos seus “desabafos” comigo, os quais tinha certeza que não saíam dali, espalhando-se em “focacas” que estava acostumada a ser alvo. A sobrevivência diz respeito ao analista, que não estando deprimido, permite que “o paciente encontre a si mesmo” e possa “avançar em seu próprio ritmo [...] sendo-lhe dado tempo e algo como um lugar seguro” (WINNICOTT apud DIAS p. 355).

Winnicott diz que há um tipo de crescimento que é “para baixo” (*growing downwards*). Este crescimento para baixo “começa já em vida e significa a capacidade crescente de depurar o que é essencial, embora se trate, muitas vezes, de algo tremendamente simples, mas sem o qual todo o resto fica sem sentido” (DIAS, 2002, p. 345). Para que possamos, como analistas, realizar a tarefa da sobrevivência, é necessária

uma crença no processo de amadurecimento humano. Essa crença está, certamente, incluída no crescimento para menor.

Ao crescer para menor, o analista começa a ter claro que, tal como disse Winnicott, existe algo em psicoterapia que não pode ser descrito em termos de interpretação certa no momento certo. Ele estará atento para reconhecer os casos em que será necessário deixar de lado o sofisticado saber que presidiu a sua formação, abdicando da esperteza, do brilhantismo ou da rapidez com que ele é capaz de apreender, e devolver, para o paciente, os sofisticados nexos do inconsciente reprimido; limitar-se-á a acompanhá-lo, real e pessoalmente, ciente de que não há nada a fazer, a não ser facilitar um processo de amadurecimento que pertence ao paciente (2002, p. 358).

Sabemos que, assim como os pacientes, também padecemos do cansaço que, às vezes, a luta para continuar vivendo nos impõe. Porém, apesar de estarmos cientes de nossa condição humana, falível e precária, se somos chamados ao lugar de quem cuida,

[...] Somos chamados a sobreviver e dar prosseguimento à tarefa que assumimos. [...] Precisamos deixar o outro ser como é e como pode ser, seja o que for que isso represente, e acompanhá-lo enquanto perdure essa possibilidade, por estreita que seja, sobrevivendo aos estados que lhe são inerentes (DIAS, 2002, p. 355).

Minha ex-analista, lacaniana, me disse, certa vez, que eu havia encontrado a mãe que perdi na teoria winnicottiana, assim como alguns haviam encontrado a lei e o limite do pai na teoria lacaniana. Talvez ela esteja certa. Talvez o meu modo de conduzir os casos nesta perspectiva - que enxerga tão essencialmente a relação mãe-bebê - e a busca por uma terapeuta winnicottiana, me façam encontrar a mãe boa que perdi, e me dê, finalmente, esperanças para enfrentar a batalha do amadurecimento. Afinal, “A relação terapêutica é uma forma especializada de cuidar de uma outra pessoa que tem a mesma natureza que eu. Seja qual for o problema que aflige o paciente, estamos ambos no mesmo barco, lançados, sem fundamento, na incumbência de ser e de continuar sendo” (DIAS, 2002, p. 354).

A terapia winnicottiana nos proporciona esse resgate: ao ponto em que fomos deixados à mercê da vida, à mãe suficientemente boa, agora na figura do analista, que está atento às necessidades do paciente e interessado em seu progresso rumo ao si-mesmo. Oferecemos o peito, o colo, o leite e o banho nas temperaturas ideais, a conversa, o sustento, a interpretação e o manejo. Se não é possível fazer análise

tradicional, como diria Winnicott, seremos analistas fazendo qualquer outra coisa que não seja psicanálise.

Referências Bibliográficas

DIAS, E. O. *A teoria do amadurecimento humano de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

DIAS, E. O. A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica. *Natureza Humana* [online], vol.10, n.1, p. 29-46, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v10n1/v10n1a02.pdf>. Data de acesso: 10/Novembro/2012.

DIAS, E. O. Da sobrevivência do analista. *Natureza Humana: Revista Internacional de Filosofia e Psicanálise*, v. 4, n.2, p. 341-362, 2002.

MEIRELES, C. *Viagem*. São Paulo: Global, 2012.

WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. Diferentes tipos de material psicoterápico. In: WINNICOTT, D. W. *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

O impacto de um suicídio materno no desenvolvimento infantil e a re-construção de um ambiente suficientemente bom com auxílio da psicoterapia

Lidiane G. Rando⁶³

Ana Vitória Salimon C. dos Santos⁶⁴

Resumo

Camus afirmou que só haveria um problema filosófico realmente sério: o suicídio, julgar se a vida vale a pena ser vivida. Mas, e psicologicamente como (sobre) vivem e se desenvolvem os filhos de suicidas? Este trabalho analisa o desenvolvimento e o processo psicoterápico numa abordagem winnicottiana de uma menina de 9 anos, atendida numa Clínica-Escola de Psicologia, com queixas de apatia, baixa auto-estima e pequenos furtos, cuja mãe se suicidara 2 anos antes. Verificou-se os impactos da trágica perda materna e do ambiente instável, antes e após o suicídio, promovendo a criação de um falso self protetor de angústias e dificultador de um desenvolvimento criativo e saudável. A partir de seus sinais de esperança, a psicoterapia, com a utilização de *setting* diferenciado, envolvendo familiares e escola, estão favorecendo a organização de ambientes com maior capacidade provedora de cuidados e segurança, objetivando um ambiente suficientemente bom e a retomada do desenvolvimento.

Palavras-chave: Suicídio, Falso-Self, Winnicott, Desenvolvimento Humano

⁶³ Aluna do 10º termo do curso de Psicologia das Faculdades Adamantinenses Integradas - FAI, Adamantina/SP, estagiária curricular de Psicologia Clínica no Núcleo de Psicologia da FAI-SP.

⁶⁴ Doutoranda em Ciências da Saúde na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP-SP, Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista - UNESP/Assis-SP, Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina - UEL- Pr. Professora, supervisora de estágio e Coordenadora do Núcleo de Psicologia das Faculdades Adamantinenses Integradas – FAI - Adamantina/SP, Especialista em Psicologia Clínica e Psicologia Jurídica pelo Conselho Federal de Psicologia – CFP.

O jogo e o lúdico na construção subjetiva, um olhar psicopedagógico

The game and the playful in the subjective construction, a psychopedagogical look

Guilherme Afonso Pereira Palacios⁶⁵

Nilce da Silva⁶⁶

Resumo

O brincar como processo mediador da aprendizagem de crianças e adolescentes transfere a partir do lúdico uma construção do espaço potencial no imaginário: o de projetar seu inconsciente via corporal e textual como linguagem nas brincadeiras. Capaz de transformar-se em diversos contextos, estimula o desenvolvimento da capacidade de abstração da criança subjetivada na interação com o Outro. Partindo da fundamentação psicanalítica de D.W.Winnicott para compreender o processo de amadurecimento da criança e importância do lúdico para o desenvolvimento da construção do self. No campo educacional o espaço de aprendizagem é um lugar privilegiado nessa perspectiva de construção da autoria do pensamento e autonomia, ao qual depende da subjetividade e objetividade criada ou iniciada na Educação Infantil e primeiros anos do Ensino Fundamental. Entretanto, sem substituir os enlaces da família e sim contribuindo para o seu amadurecimento.

Palavras chave: Aprendizagem, Criatividade, Lúdico, Teoria do amadurecimento

Abstract

Playing as a mediator of the learning process of children and adolescents transfers from the playful construction of potential space in the imagination: the paths to design your unconscious body language and textual as in play. Able to transform into different contexts, stimulates the development of the child's capacity for abstraction subjectivized interaction with the Other. From the foundation of psychoanalytic D.W. Winnicott to understand the maturation process of the child and the importance of play for the

⁶⁵Graduação em Tecnologia da Construção Civil pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1999), especialização em Docência do Ensino Superior pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2002), licenciado em Matemática pela Universidade de São Paulo IME-USP (2004), especialização em Psicopedagogia Institucional pela Universidade da Cidade de São Paulo (2011) e licenciatura em Pedagogia pela Universidade de São Paulo FEUSP (2012). Atualmente é docente da Educação Básica da Secretaria de Educação do Estado de São Paulo e Prefeitura Municipal de Barueri. Mestrando do Curso de Pós-graduação em Educação, Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, FEUSP, área temática: Psicologia e Educação (2012).

⁶⁶ Orientadora do presente trabalho.

development of the construction of self. In the educational field the learning space is a privileged place in this perspective construction of authorship and autonomy of thought, which depends on the subjectivity and objectivity created or started in kindergarten and first years of elementary school. However, without replacing the bonds of family and yet contributing to their maturation.

Keywords: Learning, Creativity, Playful, Theory of maturation.

Introdução

Para controlar o que está fora, há que fazer coisas, não simplesmente pensar ou desejar, e fazer coisas toma tempo. Brincar é fazer. (WINNICOTT, 1975, p.63)

O presente artigo foi elaborado a partir do projeto de pesquisa do Mestrado em Educação para compreendermos os processos de aprendizagem envolvidos na construção subjetiva lúdica de crianças da Educação Infantil e a continuidade dessas construções no primeiro ano do Ensino Fundamental. Buscaremos identificar as possíveis causas de fracassos na aprendizagem partindo de um olhar Psicopedagógico para um olhar próprio da Pedagogia.

A metodologia científica para o desenvolvimento desta pesquisa partirá de uma revisão bibliográfica sobre a infância e juventude. Posteriormente, em pesquisa de campo, observaremos para interagir de forma sistematizada e espontânea sobre o envolvimento da criança com a Educação Infantil e séries iniciais, contrastando com adolescentes das séries finais do ensino fundamental e ensino médio em diferentes lugares e ambientes.

Para o desenvolvimento desta pesquisa e sua fundamentação, inspiraremos na teoria de D.W.Winnicott⁶⁷. Algumas posturas da psicanálise serão necessárias como um instrumental para a compreensão e interpretação de situações vivenciadas em algum momento da pesquisa. Por outro lado, há uma preocupação com a aprendizagem e suas implicações pedagógicas numa perspectiva criativa. Ampliando a discussão sobre o fazer pedagógico no intuito de compreendermos e deixarmos as crianças viverem seus momentos de imaturidades de uma forma criativa.

⁶⁷ É interessante esta discussão, ao mesmo tempo em que precisamos de fundamentações para desenvolver uma pesquisa, não podemos deixar que as torne *um objeto subjetivo* (DIAS, 2003, p.30).

Para podermos encontrar, como nos diz Winnicott (1975, p.74), “uma criança inteiramente sadia, feliz, inteligente e amistosa, que gostava de brincar, e liberta das ansiedades comuns”.

As reflexões que irei apresentar sobre o “Jogo e o lúdico na construção subjetiva, um olhar psico-pedagógico”, partiram do convívio com alunos, crianças, adolescentes e adultos ao longo de minha carreira profissional como docente em redes públicas e privadas. Para a compreensão do processo de formação do eu (self) e amadurecimento, a fundamentação psicanalítica de Winnicott sobre o brincar apresenta perspectivas para a compreensão do papel da família e escola.

Sem dúvida, a influência da família, principalmente da mãe em relação ao bebê, tem contribuições para a formação de uma pessoa sadia ou doente. O ambiente familiar é externalizado pelas crianças em suas brincadeiras de forma sutil ou passível de interpretação sobre muitos aspectos da formação de sua personalidade. Não estaremos atentos à categorização das múltiplas ou possíveis personalidades que eventualmente surjam perante o nosso trabalho, por não ser este o foco das atenções, deixe assim para os psicólogos, psicanalistas, médicos pediatras e psiquiatras este campo de estudo que necessita um olhar clínico.

Entretanto, não poderemos deixar de analisar o seu pensamento psicanalítico sobre a escola e sociedade, apesar de não ter deixado muitos trabalhos a respeito do assunto em relação à totalidade de sua obra. De forma provocativa para a reflexão sobre a escola afirmamos que, desde a educação infantil até o Ensino Médio, aquele é um lugar, segundo Winnicott (1977, p. 234), aonde “as crianças vão para a escola para que se adicione algo à sua vida; querem aprender lições.”. No entanto, também, há crianças que “não vão à escola para aprender, mas para encontrar um lar fora do lar.”.

A escola e o brincar

Como professor, percebo que há o fluxo de alunos na Educação Básica com outros interesses diferentes dos citados por Winnicott, coloca a escola numa situação de perda de forças para dar uma sustentação satisfatória do seu papel como transformadora de pessoas e da própria sociedade. A escola pública brasileira é um palco das políticas federais, estaduais e municipais. São as políticas educacionais as responsáveis pelos interesses e avanços reais no campo da aprendizagem. Muitas surgem com tempo finito de gestão educacional e atreladas a um partido político ou personificadas pelas vontades de um político gestor nas escolas públicas.

Por outro lado, o meio ambiente sendo um lugar em que vivemos historicamente, culturalmente e socialmente, é percebido subjetivamente e objetivamente conforme o mundo construído ao longo do amadurecimento singular: são experiências lúdicas tecidas pelas brincadeiras e jogos da vida. A imaginação se faz realidade assumindo uma ilusão de mundo interpretado e compreendido pelas regras e normas do eu (self) e não-eu, destruídas e reconstruídas ao longo da vida. Um processo criativo que necessita da destruição para surgir o novo, necessita do ódio para ter a coragem de se rebelar e deixar de ser submissa às vontades primitivas e de posseção de objetos transicionais.

É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, crianças ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (self). (WINNICOTT, 1975, p. 80)

O brincar, como processo mediador da aprendizagem de crianças e adolescentes, transfere a partir do lúdico uma construção do espaço potencial no imaginário, o de projetar seu inconsciente via corporal e textual como linguagem nas brincadeiras, capaz de transformar-se em diversos contextos, estimulando o desenvolvimento da capacidade de abstração da criança subjetivada na interação com o Outro.

Uma proposta pedagógica e a realidade

Neste momento irei sucintamente explorar algo que não faz parte do trabalho de Winnicott. Ao contrário do autor, pensamos que há elementos da Psicanálise possíveis de serem utilizados na escola. É evidente que não estamos procurando ser psicoterapeutas ou terapeutas e nem ocupar um espaço da área de saúde mental. Pensamos numa escola que represente perante a comunidade um espaço acolhedor, criativo e pedagógico⁶⁸.

Para existir esse lugar diferente, precisamos considerar, no campo educacional, que ele seja o espaço de aprendizagem, lugar privilegiado na perspectiva de construção da autoria do pensamento e autonomia, ao qual depende da subjetividade e objetividade

⁶⁸ Segundo Nilce da Silva (2003, p. 75): “espaço de acolhimento” (ponto de vista da necessidade da assistência, material ou psicológica, dos nossos sujeitos); “espaço de criação” (do ponto de vista da psicanálise, da psicologia, na medida em que tal espaço, ao permitir criação, tem características terapêuticas); “espaço pedagógico” (do ponto de vista das ciências da educação, já que os processos ensino-aprendizagem estarão presentes no referido espaço).

criada ou iniciada na Educação Infantil e se estendendo ao longo dos anos no Ensino Fundamental.

Quando pensamos em espaço acolhedor, queremos dizer que seja um lugar de confiança entre as pessoas para refletirmos e tomarmos decisões coletivas que atendam as especificidades da comunidade a qual ofereça projetos de descobertas de mundos e suas relações alternativas de forma a complementar a extensão familiar, sem substituir os enlaces da família e sim contribuindo para o seu amadurecimento.

A criatividade surge das brincadeiras, da arte espontânea, das danças, músicas e teatralizações de diversos gêneros de peças. Ser um lugar para que todos possam representar seus espaços potenciais, oferecer oportunidades de participação das crianças e adolescentes como atores e não como meros expectadores da plateia.

O fazer pedagógico é a parte que deveria atender os alunos conforme suas potencialidades, não no sentido de excluir ou rotular (estigmatizar), mas o de oferecer oportunidades de aprendizagem. Neste ponto, assim como na psicanálise, temos a impressão de estarmos cometendo um trabalho sem resultados a curto, médio ou longo prazo. Há falhas no processo da aprendizagem que dependem da relação do professor e aluno, do aluno com o conhecimento e do aluno em relação a si mesmo. A imersão no universo das letras de forma prazerosa, na interdisciplinaridade do apresentar as especificidades das diversas disciplinas, ou de oferecer uma seqüência didática sobre um tema. São meios para se encontrar a alegria em pertencer à escola pelo desejo de descobrir e não pelo ato da obrigação submissa de estar na sala de aula.

Por outro lado, há a agressividade em relação à escola: crianças e adolescentes perderam o respeito pelos pais, enfrentam com ódio os professores⁶⁹ ou o conhecimento⁷⁰ objetivamente mais elaborado que requer um processo da escolarização. As palavras em seus diálogos são explicitamente erotizadas, os pais depositam seus

⁶⁹ Qual a representação social do professor? Uma representação social de desprestígio e desvalorização perante a sociedade? Um não reconhecimento como profissão? Atuação semelhante ao sacerdócio? Admirado e odiado ao mesmo tempo?

⁷⁰ Segundo Gorz (2005), o conhecimento nas atuais relações de trabalho vem substituindo o capital fixo material pelo capital humano, o “imaterial” imensurável é agregado ao produto final na sociedade da informação. Por não ser identificado como custo de produção, o conhecimento não pode ser uma grandeza incorporada no valor final da mercadoria assume um estado da arte, seu valor devido à escassez deste conhecimento atinge patamares elevados na criação de produtos exclusivos pelas corporações tecnológicas em áreas como as: farmacêuticas, de softwares, agropecuárias e de consultorias. Por outro lado, o conhecimento utilizado na “economia do conhecimento” é incorporado e tratado como propriedade intangível exclusiva da empresa. É uma bolha financeira o capital imaterial, assim que atende as necessidades produtivas esse conhecimento pode ser convertido em franquias, à publicidade assume um papel de desconstrução do interesse coletivo. Um novo ser humano esta sendo gerado a partir das propagandas vinculadas na mídia, há o apelo pelo consumo de tecnologia, mas pouca qualidade de vida fica em evidencia e a escassez de serviços favorece as privatizações numa lógica da globalização.

filhos nas escolas e não assume suas responsabilidades os tornando uma mãe-má. Há a banalização do sexo. Uma vontade incontrolável em ser consumidor de produtos da era digital ou de futilidades apresentadas como necessárias para a vida.

A insatisfação em relação à escola⁷¹, principalmente sobre o conhecimento oferecido, é externalizado por perguntas irônicas e muitas vezes portadoras de ódio:

- Profe, para que serve isso?
- Não tem um jeito fácil de fazer?
- É para nota?
- Cópia no caderno?
- Por que você veio para a escola?

Muitas outras perguntas, de formas desafiadoras ou de confrontação com o sistema escolar surgem quando há um diálogo entre professor e aluno. Neste momento precisamos ser pessoas compreensivas e atentas para conseguir responder de forma confiante o que desejamos de suas pessoas e deste processo de amadurecimento necessário para a sua formação como pessoas inseridas num mundo cheio de incertezas.

E, para aqueles que ficaram na escola, aprendendo a copiar⁷² ou permanecendo submissos ao sistema escolar, de certa forma estão sendo moldados para não atrapalhar ou questionar a sociedade a qual pertencem.

Conclusão

O lúdico é um viver em brincadeiras muito importante para o desenvolvimento criativo e cognitivo da criança, o qual assume valores diferentes em determinadas fases de sua vida, sobrepondo ou interrelacionando com o aprendizado de mundo que no sujeito vai-se tecendo a sua subjetividade, de forma individualizada e singular se organiza no movimento construtivo intrapsíquico e interp-síquico, entre o dentro e o fora, formando o seu espaço potencial num equilíbrio ou desequilíbrio do seu eu (self).

⁷¹ Para Leny Mrech (2003, p.35-36): O que emerge na Educação a nosso ver é, muitas vezes, uma ação sem sujeito. Ou um sujeito sem saber porque age de determinada forma, um sujeito que age por impulso sem pensar, ou sob o impacto de uma emocionalidade muito grande.

De alguma forma o que percebemos é que a conexão ato e pensamento em nossas escolas encontra-se fragilizada. Sem falar em um contexto emocional que se apresenta de uma tal ordem que muitas vezes os educadores, os alunos, os funcionários, os familiares, etc. se sentem sem um delineamento claro e preciso das suas emoções. Há uma tristeza ou cansaço constante, uma alegria desmotivada e uma destruição que transparece muitas vezes nas escolas através dos atos de vandalismo.

⁷² Não estamos dizendo que a imitação como simulação de aprendizagem é desnecessária, mas a cópia no caderno sem um sentido de criar modelos de raciocínio os condiciona como alunos copistas.

A forma como o professor trabalha as atividades lúdicas, jogos e brincadeiras com regra é de fundamental importância para ajudar a criança na construção da sua afetividade, ampliar sua linguagem, seus conhecimentos, suas competências psicomotoras e, enfim, seu desenvolvimento cognitivo e sócio-relacional para a construção de uma subjetividade para a objetividade, ocorrendo assim uma aprendizagem significativa.

No mundo imaginário e fantasioso proporcionado pelas brincadeiras e nos jogos, no qual a criança aprende a formular regras, no brincar se observa que há uma atividade grupal operativa dramatizada pelo convívio ambiental das crianças sem ser uma característica inata, mas construída na atividade social e humana que sobrepõe inconscientemente os diversos contextos sociais diversos, transformando a fantasia em realidade imaginária estruturada em uma nova realidade, real ou não, se envolve em novas normas e novas regras próprias do processo de amadurecimento da pessoa.

Os jogos e brincadeiras são usados nos mais diversos segmentos da convivência humana. São usados por famílias para estimularem suas crianças; em psicologia na ludoterapia e na psicopedagogia como recursos terapêuticos de aprendizagem e estratégia de trabalho docente.

Considerando a proposta pedagógica para a Educação Infantil e Ensino Fundamental, para crianças de quatro a cinco anos e para de seis a onze anos, voltada a sua educação para a cidadania e a sua gradativa autonomia como pessoa a estar num processo de amadurecimento, envolvendo aspectos de ordens diversas e multifacetadas, permeando entre a moral religiosa, familiar e social até construir a sua cognição e percepção de mundo. A autonomia e a construção da identidade para a sua singularidade e inserção social ao mundo que percorre entre a ilusão e desilusão, chega a criança na adolescência portando múltiplos espelhos de mundos. O trabalho escolar deve ser entendido como garantia de acesso aos conhecimentos produzidos historicamente pela humanidade e formar, concomitantemente, indivíduos críticos, criativos e autônomos, capazes de agir e modificar o meio onde vivem e de se descobrirem como pessoas.

Encontramos aproximação entre a Educação Infantil com o primeiro ano do Ensino Fundamental, como na grande maioria das escolas públicas, convive com os mais variados problemas enfrentados em sala de aula, um reflexo da comunidade ou do amadurecimento humano? No que se refere à agressividade, *bullying*, carência afetiva, família, incertezas, marginalidade, sexualidade, violência simbólica ou real onde estão

as raízes do mal-estar do mundo? Será a natureza humana uma alteridade na relação destrutiva e criativa consigo mesmo?

Entretanto, a escola assume um papel não bem definido de forma explícita e clara na família que se faz necessário para a construção da sociedade. O papel da situação de repressora para poder transferir valores desejados pela sociedade. Valores tais como: agilidade, concentração, disciplina e outros requisitos necessários para se aproximar das competências leitoras e escritoras utilizadas como ferramentas na sua interação e ambientação na sociedade da informação e globalizada. Por outro lado, o seu papel de transferir uma cultura científica e tecnológica se perde nesses momentos de conflitos gerados pelos alunos na recusa em querer aprender ou aceitar novos valores de uma cultura letrada a qual não pertencem causando resistências.

Assim, a esperança numa escola transformadora por parte dos professores, gestão e família encontra a resistência dos alunos em aceitar essa outra possibilidade que a escola oferece, poucos alunos tomam para si este poder oferecido como meio de mobilidade social ou de encontro consigo mesmo.

Dentro de tantas contradições na busca de soluções aos problemas do cotidiano escolar, dos quais são de outras esferas de atuação, a escola tem sua qualidade e sentido para muitos alunos, estão em processo de alfabetização imersos no mundo do letramento, estimulados pelos professores numa batalha diária para a aceitação e construção desses conhecimentos transformadores e formadores de cidadãos.

No processo de alfabetização talvez a rotina organizada crie obstáculos a alunos que estão em sua singularidade afastados dos processos de letrismo necessitando de uma intervenção paralela por parte do professor. Nesta situação seria interessante organizar um material de apoio específico as suas necessidades para sistematicamente promover a capacidade leitora e aproximar esses alunos aos demais.

Por outro lado, fica claro que ao desenvolver uma atividade lúdica, o professor oferece ao aluno a possibilidade de atuar como sujeito no seu processo de aprendizagem significativa e de construção da autonomia. O que o jogo e o lúdico proporcionam nas interações sócio-educativas entre professor e crianças, algo muito relevante no processo de tecer o discurso necessário para a compreensão do problema de aprendizagem e construção da subjetividade.

Nesta perspectiva, todos estão envolvidos no processo de aprendizagem. Por isso deixamos à proposta que reforça o pensamento que devemos exercer uma prática docente em parceria, em equipe, onde todos deverão ter “olhar” e “escuta” para o sujeito

da aprendizagem, um olhar de compreender o outro, sua história e inquietações, para prepará-los para o jogo da vida.

Referências

DIAS, E. O. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003. 344 p.

GORZ, A. *O imaterial: conhecimento, valor e capital*. Tradução de Celso Azzan Júnior. São Paulo: Annablume, 2005. 107 p.

MRECH, L. M (1999). *Psicanálise e educação: novos operadores de leitura*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003. 144 p.

SILVA, N. *Exclusão social: espaço de criação como alternativa educacional*. São Paulo: Ieditora, 2003. 119 p.

WINNICOTT, D. W. (1957). *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977. 270 p.

WINNICOTT, D. W. (1971). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. 208 p.

O médico e o monstro: reflexões a cerca de um borderline

Tatiane Kelli Rodrigues⁷³

Carla Maria Lima Braga⁷⁴

Resumo

Na vida adulta, o verdadeiro *self*, teoricamente, já está constituído, no entanto, segundo a teoria Winnicottiana, por mais que algumas pessoas apresentem comportamentos socialmente aceitos para um adulto, e sejam adultos, elas podem ainda, não possuir um verdadeiro *self*, o que ocasiona em sentimentos de uma não completude, ou de não existência, causando ainda um sentimento de vazio, e também de falta de sentido para sua vida. A falta de um ambiente seguro inicial e também perturbações neste, podem acarretar em distorções da personalidade do indivíduo, inclusive psicose, no entanto as distorções por ele produzidas podem resultar em algo que socialmente é aceito. No caso de Douglas um jovem adulto de 25 anos, o sentimento de não pertença, torna-se evidente através de seus discursos e produções, durante suas sessões, pois desde muito cedo ele teria criado um falso *self*, que ocasionou em uma estrutura psicótica organizada de maneira rígida, ocasionando em uma personalidade obsessiva, que viria para compensar, sob forma de defesa, uma ameaça de uma descompensação psicótica eminente, e será através da teoria winnicottiana, que pensaremos a cerca de seu caso.

Palavras chave: falso *self*; personalidade; psicose.

⁷³ Estudante do quinto ano de graduação em Psicologia, pela Universidade Estadual de Londrina; Colaboradora no projeto de pesquisa: A Clínica Winnicottiana: Um estudo sobre a teoria do amadurecimento pessoal e o manejo clínico; também pela Universidade Estadual de Londrina.

⁷⁴ Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina, Mestrado em Educação pela Universidade Estadual de Londrina, Doutorado em Psicologia PUC/Campinas. Docente do curso de Psicologia, departamento de psicologia e psicanálise, da Universidade Estadual de Londrina.

O passado não reconhece o seu lugar: está sempre presente - um estudo sobre abuso sexual à luz da teoria winnicottiana

The past does not recognize its place: it is always present – a review about sex abuse based on Winnicott's theory

Bruna Maria de Souza⁷⁵

Carla Maria Lima Braga⁷⁶

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo versar a respeito da maneira pela qual uma adolescente pode elaborar uma tentativa de abuso sexual na infância. Geralmente, ao viver um abuso na infância, será apenas na adolescência que o indivíduo terá o conhecimento da situação vivida como intrusiva. No entanto, é também nesse momento da vida do adolescente que é possível perceber reflexos da relação estabelecida com o abusador também em outras relações do indivíduo. Desse modo, para que o adolescente possa usufruir do momento presente de sua vida, torna-se necessário trabalhar a questão de distinguir um relacionamento do outro para que seja possível evitar que uma vivência deste tipo que deixa tamanhas marcas psíquicas não comprometa os outros tipos de relacionamentos que o adolescente venha a desenvolver. A intervenção psicoterápica deve ser com base de uma relação confiável, em um ambiente facilitador para que a adolescente possa reconstruir um ambiente familiar e social confiável, novamente.

Palavras-chave: adolescente; infância; Winnicott.

Abstract

The present review aims to debate about how an adolescent can elaborate an attempt of sex abuse on her childhood. Generally, when a person suffered a sex abuse on his childhood, he will know the consequences of that invasive event only on his adolescence. However, on his adolescence, it is possible to identify some effects of the relation between the adolescent with the abuser in others relations with other people. Therefore, it is necessary that the adolescent discover how to differentiate all his relations from the relation with the abuser so that he can live his adolescence in a health

⁷⁵ Discente do curso de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina.

⁷⁶ Docente do departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina. Mestre em Educação. Doutora em Psicologia – PUCCamp.

way. If the adolescent can do that, it will be possible to avoid that psychic consequences disturb the others relations. The psychotherapeutic intervention must be based on a trusted relationship, in a holding environment so that the adolescent can rebuild a trusted familiar and social environment again.

Key words: adolescent; childhood; Winnicott.

O abuso sexual ou violência sexual é entendido pela Organização Mundial de Saúde como “qualquer ato sexual ou tentativa de obter um ato sexual, por meio do uso de força ou de coerção, ameaças de danos por qualquer pessoa, independente do grau de relação com a vítima e do ambiente no qual a violência ocorre” (BOARATI et al, 2009, p. 427).

Desse modo, tal ato ou tentativa pode ocasionar efeitos tanto no campo físico quanto no campo emocional, podendo ser também a curto ou a longo prazo. Assim, uma criança que sofreu uma tentativa de abuso pode experimentar os efeitos de tal acontecimento desde o momento que ocorreu ou tão somente na fase da adolescência ou da idade adulta. Já quanto à natureza dos efeitos, estes podem ser físicos como machucados e ferimentos em partes do corpo, como também de ordem emocional. Quando são desta natureza, pode acontecer de o abusado se fascinar pelo ato do abuso por considera-lo como uma forma de demonstração de carinho, também pode se sentir agredido por, muitas vezes, ser forçado a realizar o ato.

De qualquer forma, independente da forma como o indivíduo vive a experiência da tentativa do abuso sexual ou deste em si mesmo, é comum que para que o indivíduo elabore tal experiência, esta seja repetida em outros relacionamentos, indicando um provável ciclo de repetição do fenômeno. Assim, o que se percebe é a reprodução mesmo que sutil do fenômeno em outros relacionamentos do indivíduo como, por exemplo, através de comportamentos relacionados ao isolamento e indisponibilidade para se relacionar com outras pessoas.

A experiência com o abuso sexual, portanto, interfere de qualquer forma no processo de desenvolvimento do indivíduo, fazendo com que este tenha que lidar com os novos elementos trazidos por tal experiência e que a partir disso, seja capaz de assimilar as novas vivências para conseguir dar seguimento ao seu desenvolvimento.

Segundo Winnicott (1996),

No início, a totalidade do processo de desenvolvimento ocorre devido a tendências herdadas tremendamente vitais em direção ao desenvolvimento – à integração, ao crescimento: a coisa que um dia faz a criança querer andar e assim por diante. Se houver uma provisão ambiental satisfatória, essas coisas ocorrem com a criança. Porém, se o ambiente facilitador não for satisfatório, rompe-se a linha da vida e as tendências herdadas, muito poderosas, não podem levar a criança à plenitude pessoal (1996, p. 113).

Para Winnicott, a maneira como se dá o processo de desenvolvimento do indivíduo é determinada pelo tipo de ambiente no qual se está inserido e as possibilidades que este oferece ao indivíduo para lidar com possíveis dificuldades ao longo do processo. No caso de uma tentativa de abuso sexual, a linha de desenvolvimento é seguramente comprometida ou até mesmo interrompida. Isso se dá uma vez que o cenário do abuso sexual serve como indicativo de que algo neste ambiente falhou e o indivíduo acabou sendo exposto a este tipo de experiência na maioria das vezes vivida como agressiva e invasiva.

Diante desta situação, é pertinente resgatar a noção de trauma para Winnicott que se remete exatamente a esse tipo de vivência do indivíduo, uma vez que mediante suas observações clínicas, Winnicott pôde perceber que o trauma seria como uma ruptura na linha da vida.

Um trauma é aquilo contra o que um indivíduo não possui defesa organizada, de maneira que um estado de confusão sobrevém, seguido talvez por uma reorganização de defesas, defesas de um tipo mais primitivo do que as que eram suficientemente boas antes da ocorrência do trauma. (FULGENCIO, 2004, p. 264)

Assim, diante da experiência traumática, o indivíduo se vê obrigado a lidar com um fenômeno que até então não estava preparado, pois seu ambiente provia suas necessidades. Como consequência tem-se tanto a preservação quanto a continuidade do si mesmo comprometida.

O trauma pode ser entendido no cenário do abuso sexual como se o ambiente houvesse falhado e, desse modo, perde a confiabilidade que antes o indivíduo tinha neste ambiente. Assim, “esse tipo de falha pode levar a criança, por exemplo, a exigir que o ambiente volte a ser confiável, atacando esse ambiente na esperança de que este a sustente ou ainda, [...] uma perda quase que definitiva da confiança e da esperança, perda da “fé em ...” (FULGENCIO, 2004).

Ademais, o abuso sexual também pode representar ao indivíduo um tipo de destruição da pureza da experiência individual resultante de uma invasão súbita de fatos reais, ou seja, a falha do ambiente o invade de uma maneira a desconstituir sua experiência como indivíduo, uma vez que fatos da realidade o pegaram desprevenido, de modo a forçá-lo a improvisar defesas e mecanismos para sobreviver diante da ameaça do fenômeno do abuso sexual.

Portanto, como já mencionado, os efeitos emocionais do abuso sexual podem ser vários, dentre eles: fracasso no desenvolvimento, comportamento abaixo do esperado para a idade, medo de dormir sozinha, medo e ansiedade associados, sentimentos de traição (desconfiança, hostilidade e raiva nos relacionamentos), crises que aparentam epilepsia, dificuldade de aprendizagem, irritabilidade, ansiedade e transtornos de alimentação. Sendo todos os efeitos maneiras variadas que o indivíduo pode encontrar para lidar com o que se apresenta a ele como uma falha ambiental.

Neste trabalho, objetiva-se discorrer a respeito de um caso clínico de uma adolescente de 16 anos e que foi encaminhada ao atendimento psicológico devido à queixa de tentativa de abuso sexual por parte do tio materno, dificuldades na escola e ansiedade seguida de descontrole na alimentação.

De acordo com sua história de vida, a adolescente perdeu o pai aos 5 anos, o tio materno tentou abusar dela sexualmente e sempre apresentou dificuldades de aprendizagem em geral durante toda sua vida escolar. Ao longo dos atendimentos realizados, percebe-se que a adolescente no momento com 16 anos, apresenta todos os efeitos emocionais citados acima sendo a questão de relacionamentos muito discutida nas sessões. A adolescente traz diversas vezes que não consegue dar seguimento a relações com garotos da sua idade, pois acredita que todos a magoarão, brincarão com seus sentimentos e que, portanto, namoros servem apenas para fazer sofrer até que finalmente, será traído ou trocado por outra pessoa.

Assim, a adolescente afirma que quase todos os seus amigos demonstram interesse por ela, mas ela os trata com indiferença por acreditar que todos a farão sofrer. Nota-se, portanto, que a adolescente tem dificuldade em travar um relacionamento com uma pessoa do sexo oposto sem considerar a possibilidade de estarem interessados nela como namorados em potencial.

Além disso, a adolescente já apresentou episódios de epilepsia durante sua infância, não tendo mais ocorrido por conta do uso contínuo de medicamentos. No entanto, mesmo também fazendo uso de medicamentos relacionados ao apetite e

ansiedade, a adolescente se mostra sempre muito apreensiva e irritada com as cobranças de seu meio familiar e escolar e como solução para tal cenário, ela decide por comer excessivamente, resultando em um quadro de obesidade.

Ademais, como já dito, ela também apresenta muitas dificuldades de aprendizagem, não conseguindo desenvolver habilidades típicas de pessoas da sua idade como, por exemplo, saber ver as horas em um relógio, fazer contas matemáticas e ter noção temporal.

Diante dos dados de vida desta adolescente e à luz do legado de Winnicott, é possível estabelecer certas relações com sua história de vida e a maneira como lida com seus impasses e dificuldades típicas da adolescência. Pelo que ela nos conta, percebe-se que após a morte de seu pai, ela se aproximou do tio como se este tivesse se tornado seu segundo pai. No entanto, diante da tentativa do tio, ela passou a se mostrar mais retraída socialmente e segundo a mãe da adolescente, passou a apresentar dificuldades na escola.

Assim, é possível verificar que a partir da experiência possivelmente traumática vivenciada pela adolescente, seu processo de desenvolvimento foi alterado, sendo incluídos, portanto, episódios de epilepsia, medo de dormir sozinha e ansiedade e irritabilidade intensas. Esse foi o modo que a adolescente encontrou para elaborar uma experiência que talvez nem tenha tido condições ainda de torná-la consciente.

Winnicott, além de contribuir com questões acerca do desenvolvimento e amadurecimento, também nos ajuda a pensar a clínica psicanalítica e o papel do psicoterapeuta neste cenário da tentativa de abuso sexual na história de uma adolescente.

Primeiramente, deve-se partir do pressuposto de que o abuso sexual representa para quem o vive, uma situação de intrusão e que influencia negativamente no processo de desenvolvimento da criança. Além disso, tal caráter intrusivo representa uma distorção do desenvolvimento normal do indivíduo, representando tal experiência traumática uma falha ambiental. É pertinente ressaltar também que a relação com o abusador também é totalmente abalada em termos de confiança e segurança que foram depositadas na relação com um outro sujeito.

Portanto, diante deste quadro, cabe ao psicoterapeuta lançar mão do conceito winnicottiano *holding*, para que seja possível que o psicoterapeuta se faça presente no *setting* com o indivíduo de modo a não julgar suas atitudes e servindo como sustentáculo para suas angústias, sofrimentos, ansiedades e dúvidas assim como faria uma mãe suficientemente boa.

Ao conseguir estabelecer tal relação, o psicoterapeuta deve permitir ao indivíduo que este recupere sua confiança nas relações possibilitando ao indivíduo reviver as situações traumáticas de acordo com suas condições, fornecendo uma sustentação emocional mediante o manejo clínico da relação terapêutica.

O analista baseado na relação de **holding** favorecerá o analisado reviver os estados de desenvolvimento primitivo, buscando a criação de um referencial de confiança que incite a independência e fortalecimento do ego do sujeito. Do mesmo jeito que agiria a “mãe suficientemente boa” sustentando o seu filho, o analista sobreviverá aos ataques de ódio do seu analisado e com estabilidade emocional aceitará as falhas que lhe forem apontadas; somente assim o falso **self** é enfraquecido e reaparece o sujeito integrado (SILVA, 2011).

Ao se deparar com a falta de uma mãe suficientemente boa e de um ambiente facilitador, o indivíduo pode lançar mão do recurso de criar um falso **self** como tentativa de se proteger da realidade externa causadora de angústias e desconfiança e que lhe causou a experiência traumática. Vai cabe ao psicoterapeuta proporcionar um ambiente facilitador durante as sessões para que o indivíduo perceba a possibilidade de se mostrar no *setting* com todas suas angústias e aflições e, conseqüentemente, gradativamente desconstruir o falso **self** que por muito tempo o protegeu das frustrações e sofrimentos advindos de um ambiente que falhou diante de suas necessidades.

Ao desconstruir esse falso **self**, o indivíduo estará possibilitado de assumir suas características verdadeiras como sujeito, assim como qualquer tipo de conteúdo emocional. Ao ter acesso a esses conteúdos, o indivíduo poderá reagir ao que experienciou odiando, se revoltando, agredindo, etc. A vivência destes conteúdos até então negados pelo falso **self** auxiliarão o indivíduo a retomar a linha de seu desenvolvimento e a viver como um sujeito integrado e consciente de suas experiências e possibilidades para lidar com elas.

A respeito ainda, das possibilidades do analista winnicottiano, quando este começa a ter maior conhecimento acerca do falso **self** do indivíduo,

O terapeuta consegue representar de maneira satisfatória um bom ambiente para adaptação das necessidades do paciente, além de possibilitar ao paciente demonstrar o seu verdadeiro eu (**self**), tornando viável a este a possibilidade de correr o risco de experienciar novas vivências (WINNICOTT apud GARCIA et al, 2007, p.124).

Assim, cabe ao psicoterapeuta promover um ambiente facilitador como *setting*, onde haja confiança e segurança suficientes para que o indivíduo possa acessar experiências traumáticas até então não elaboradas de um modo em que tenha o suporte emocional dado pelo psicoterapeuta. Apenas com esse apoio profissional que o indivíduo tem mais possibilidades de reagir ao ambiente que falhou e dar prosseguimento ao seu desenvolvimento.

Deve-se, no entanto, ressaltar que para que este ambiente facilitador seja possível no *setting*, são necessários alguns cuidados quanto à postura do profissional. Segundo Garcia et al (2007),

Ao terapeuta cabe a paciência necessária para a reelaboração dos processos primários desse paciente. O tempo, não cronológico, é o tempo da reconstrução, o tempo interno das novas experimentações e ludicidades. O reinventar das percepções do mundo com suas falhas ou não, é um momento laborioso que cabe ao paciente, com a sutil presença do terapeuta. Porém, quando esse espaço também é invadido pela pressa, pela urgência causada pela ansiedade terapêutica, novamente remonta-se a falha ambiental primária (p. 126).

Portanto, assim como há a possibilidade de o analista conseguir reproduzir o papel de mãe suficientemente boa para auxiliar na retomada do processo de desenvolvimento do indivíduo, também há a possibilidade de o analista agir de modo a representar mais uma falha ambiental na história de vida do indivíduo. Por isso, a necessidade de sustentar a função de *holding* para que o indivíduo reviva suas experiências de acordo com suas condições psíquicas e no tempo que lhe for necessário. A imposição de evolução por parte do analista só será mais um evento invasivo que o indivíduo terá que lidar com os poucos recursos que foi capaz de desenvolver ao longo de seu desenvolvimento.

No caso da adolescente discutido neste trabalho, cabe ao analista proporcionar um ambiente facilitador o suficiente para que ela consiga falar sobre o assunto da tentativa de abuso, assim como expressar o que sente em relação ao ocorrido, uma vez que até então, a informação do abuso sexual foi trazida apenas pela mãe, tendo a adolescente nunca mencionado. Assim, o trabalho com a adolescente deve visar à construção de um ambiente em que ela se sinta segura em reviver tal experiência e que encontre dispositivos para lidar com esse conteúdo.

Referências

- BEZERRA, M. M. de S. *Abuso sexual infantil – criança X abuso sexual*. Disponível em: www.psicologia.com.pt. Acesso em: 26 set. 2012.
- BLEICHMAR, N. M. e BLEICHMAR, C. L. de. *A psicanálise depois de Freud*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- BOARATTI, M. C. B., SEI, M. B e ARRUDA, S. L. S. Abuso sexual na infância: a vivência em um ambulatório de psicoterapia de crianças. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.*, v. 19, n. 3, p. 426-434, 2009.
- FULGENCIO, L. A noção de trauma em Freud e Winnicott. *Natureza Humana*, v. 6, n. 2, p. 255-270, jul.-dez. 2004.
- GARCIA JUNIOR, C. A. S. et al. As falhas do terapeuta: construções clínicas com pacientes de funcionamento mental regressivo. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, v. 15, n. 3, p.121-127, jul-dez, 2007.
- SILVA, K. M. *Holding e Formação da Personalidade*. Disponível em: <http://artigos.psicologado.com/abordagens/psicanalise/holding-e-formacao-da-personalidade-em-d-w-winnicott>. Acesso em: 7 nov. 2012.
- WINNICOTT, D. W. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- ZIMERMAN, D. E. *Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, Técnica e Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

O uso da consulta terapêutica em crianças vítimas de abuso sexual: a experiência no contexto institucional

Cristina Fukumori Watarai

Resumo

A inserção do psicólogo em instituições públicas tem sido cada vez mais frequente em nossa contemporaneidade. Entretanto, a alta demanda, as diretrizes das políticas públicas que orientam o trabalho, na maioria das vezes, interdisciplinar e, a complexidade dos casos, nos coloca diante de uma preocupação acerca do papel deste profissional. Este presente trabalho visa refletir sobre o uso das consultas terapêuticas enquanto um método eficaz no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual no contexto institucional. A consulta terapêutica tem ênfase nas primeiras entrevistas, possibilitando algo diferente da análise. No momento em que a vítima externaliza (verbalmente ou por outras formas) como o abuso ocorreu e quem foi o perpetrador, há uma confiança e também um pedido de ajuda, o mínimo e o necessário que se precisa fazer é oferecer o apoio, o *holding*, para que a vítima tenha certa capacidade de acreditar na obtenção desse auxílio. Durante a primeira entrevista, há uma ideia preconcebida do psicólogo, tanto como aquele que compreenderá sua história de abuso, ajudando-o, quanto o que representa uma ameaça, que poderá punir severamente o agressor, com o qual a criança pode ter um forte vínculo. Essas crenças iniciais também são compartilhadas pelos pais ou responsáveis, devendo ainda ser realizado um trabalho paralelo com eles. Em Winnicott, é possível encontrar a base para este trabalho ser desenvolvido em uma instituição pública, pois há maior flexibilidade em suas ideias e conceitos, possibilitando muito mais o exercício da capacidade criativa do terapeuta no atendimento dos casos. Considera-se uma forma eficaz e imediata, no contexto institucional, de atendimento a vítimas de abuso sexual, podendo alcançar uma demanda maior, evitando longas filas de espera e ainda favorecendo uma mudança sintomática rápida, a qual é, em alguns desses casos, preferível a uma cura psicanalítica.

Palavras-chave: abuso sexual, consultas terapêuticas, contexto institucional.

Os componentes ontológicos da Psicanálise Winnicottiana

Fabício Ramos de Oliveira⁷⁷

Éder Soares Santos

Resumo

Esse estudo faz parte de um projeto maior intitulado “*Fenomenologia do cuidado: investigação sobre o conceito de cuidado em Heidegger e Winnicott*” e pretende tratar sobre o caminho gradativo que o bebê percorre para sentir-se real. Nesse contexto, verifica-se que existir relaciona-se a conquista do tempo, do espaço e da realidade, fato possível pela sustentação (*holding*), manejo (*handling*) e apresentação de objetos proporcionados pela relação (de qualidade) da mãe com seu filho. Desse modo, podemos identificar tais conquistas como essenciais para o infante existir, visto que, o simples nascer não garante o predicado de ser e nem de continuar-a-ser. Assim, de acordo com a fenomenologia existencial de Martin Heidegger – a apropriação do tempo, do espaço e da realidade corresponde a componentes ontológicos na psicanálise de Winnicott e mostra-se fundamental para colocar em movimento o potencial inato de amadurecer do próprio bebê. Diante disso, verifica-se em Winnicott a importância da relação dual como modo de garantir ao bebê o sentimento de existir e colocar em movimento sua existência no mundo.

Palavras-chave: Winnicott, componentes ontológicos, Heidegger, amadurecimento.

⁷⁷ Bolsista PIBIC/CNPQ

Os traços do adolescer: Desenho-Estória e a construção do olhar do adolescente sobre si mesmo

Daniela Cristina Oliveira⁷⁸

Carla Maria Lima Braga⁷⁹

O presente estudo realizou uma investigação clínica de adolescentes que procuraram à Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina e que foram atendidos pelo *Projeto Integrado A Clínica Winnicottiana: um estudo sobre a Teoria do Amadurecimento Pessoal e o Manejo Clínico*, durante o período de abril de 2011 a abril de 2012. A investigação vem de encontro à necessidade de aperfeiçoar o processo de diagnóstico dos pacientes, assim como permitir uma melhor compreensão de como os adolescentes vêem a si mesmo no contexto atual, de modo a facilitar a comunicação no processo analítico ou em outros ambientes. O estudo utilizou o Procedimento de Desenhos-Estórias de Walter Trinka dentro do referencial teórico psicanalítico winnicottiano. Os resultados mostram recorrência de vários temas, entre eles: agressividade, comunicação e isolamento, as mudanças físicas desse período, a busca de um verdadeiro eu e a falta de compreensão dos adultos e/ou cuidadores. Essas são questões que marcam esse período da vida e que apontam para o sofrimento que é fortemente vivenciado pelos adolescentes, causa de grandes dificuldades e, até mesmo, adoecimento dessa população.

Palavras-chave: psicanálise; desenho-estória; adolescência.

⁷⁸ Daniela Cristina Oliveira: Aluna de psicologia da UEL, participante do projeto integrado A Clínica Winnicottiana: um estudo sobre a Teoria do Amadurecimento Pessoal e o Manejo Clínico.

⁷⁹ Professora adjunta do departamento de psicologia e psicanálise da UEL e orientadora do projeto integrado A Clínica Winnicottiana: um estudo sobre a Teoria do Amadurecimento Pessoal e o Manejo Clínico.

Rumo à independência: um estudo a partir de um atendimento clínico

Elizângela de Freitas Silva⁸⁰

Carla Maria Lima Braga⁸¹

Resumo

O presente trabalho propõe uma reflexão sobre o percurso da dependência a independência, através de um atendimento clínico de uma criança de cinco anos. Winnicott (1983), ao descrever sobre as fases de dependência, discorreu sobre três conceitos separadamente: dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência. A fase da dependência absoluta ocorre no estágio inicial do desenvolvimento emocional, no qual a criança é totalmente dependente da mãe, nessa etapa a mãe é considerada o *ambiente favorável* do bebê, ela precisa do apoio do pai da criança e de sua família para conseguir exercer essa função. A fase da dependência relativa consiste em uma *falha gradual dessa mesma adaptação*, pois a mãe tende a proporcionar uma desadaptação gradualmente, nessa fase a criança começa a conseguir esperar um pouco pelo atendimento da mãe. A última fase descrita por Winnicott é rumo à independência, a criança começa a se identificar, de modo mais abrangente, com a sociedade, desenvolvendo a independência. Quando se torna adulto, ainda continua o processo de amadurecimento, pois mesmo depois de conquistar um lugar na sociedade através de um emprego ou de ter constituído uma família, não se atinge a independência completa.

Palavras-chave: Desenvolvimento emocional, dependência e rumo à independência.

⁸⁰ Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (2011), pós-graduanda em clínica psicanalítica pela Universidade Estadual de Londrina, ex-aluna do Curso de Psicologia Hospitalar HUU/UEL (2010). Psicóloga clínica de crianças, adolescentes e adultos (2012 – Atual); Psicóloga na secretaria da educação de Alvorada do Sul – PR (2012 – Atual).

⁸¹ Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (1992), Mestrado em Educação pela Universidade Estadual de Londrina (1998), Doutorado em Psicologia PUC/Campinas. Docente do curso de Psicologia, departamento de psicologia e psicanálise, da Universidade Estadual de Londrina.

Transferência na perspectiva psicanalítica winnicottiana: estudo de caso com criança

Bruna Isabella Russo⁸²

Mariana Paschoal Martins⁸³

Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro⁸⁴

Resumo

Winnicott afirma uma concepção de transferência que se baseia não só na repetição de vivências da infância na análise, mas também na realização de experiências fundamentais para a estruturação do *self* e que não foram possíveis de acontecer nas primeiras experiências objetais. Ambas as situações só podem ocorrer no espaço potencial, pois é nele que há a comunicação transformadora. Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo analisar o atendimento psicoterápico de uma criança de dois anos que, em nossa compreensão, encontra o objeto de sua necessidade na figura do terapeuta, iludindo que este tenha sido por ela criado, de maneira semelhante ao que o bebê faz com sua mãe. Esta questão indica a importância da presença sensível do analista agindo como facilitador na criação do espaço potencial, para que possa ser tomado como objeto subjetivo, possibilitando assim a retomada do curso normal do amadurecimento do paciente.

Palavras-chave: Winnicott; Psicanálise com crianças; Transferência.

⁸² Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Realiza estágios nas Ênfases de Processos Clínicos e Saúde Mental, e Políticas Públicas e Clínica Crítica. Participa do Projeto de Extensão Universitária “Enquadres Clínicos Winnicottianos na Saúde Pública”.

⁸³ Possui especialização em Psicologia em Hospital Geral pelo Hospital das Clínicas da FMUSP-SP. Tem experiência na área de Psicologia Clínica, com ênfase em Psicologia Hospitalar e da Saúde. Atualmente com atuação na área de psico-oncologia, na Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos. Mestrado em andamento na Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto na área de Enfermagem Psiquiátrica.

⁸⁴ Professora Assistente Doutora do Departamento de Psicologia Clínica do Curso de Psicologia da UNESP/Assis. Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Doutora em Psicologia como Profissão e Ciência pela PUC-Campinas. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa (CNPq) Figuras e modos de subjetivação no contemporâneo.

Um holding pros meus fantasmas

A holding to my ghosts

Débora Kalwana de Martini Lopes dos Santos⁸⁵

Carla Maria Lima Braga⁸⁶

Resumo

A partir de um referencial psicanalítico, mais especificamente, da clínica winnicottiana, buscamos pontuar, por meio de um estudo de caso, o papel e a importância do *holding* no atendimento de um adolescente com dificuldades de se integrar, ou seja, de ser. Em princípio, buscamos relatar qual é o papel do *holding* na sessão terapêutica em contraponto com os indícios de uma maternagem defasada nos primeiros anos de vida do paciente. Em um segundo momento, nos atentamos em olhar para os sintomas: dificuldades de aprendizagem, comportamento regredido, elevado temor de morte, insegurança e alucinações visuais, e suas relações com um possível não atendimento das necessidades do bebê no estágio de dependência absoluta. Assim, pretende-se mostrar a importância do *holding* para a integração do ser bebê, bem como da promoção de um desenvolvimento pessoal e de um existir enquanto pessoa.

Palavras-chave: *Holding*, alucinação visual, clínica winnicottiana

Abstract

From psychoanalysis, more specifically, the Winnicottian clinic, through a case study we aim to punctuate the role and importance of holding in clinical care of a teenager struggling to integrate himself, i.e., in search to being. In principle, we aim to relate which is the role of holding in the therapeutic session in opposition to the therapeutic indications of a mothering lagged early in the patient's life. In a second step, we focused on symptoms: learning difficulties, regressive behavior, high fear of death, insecurity and visual hallucinations, and their relationship with possible unmet needs in the baby stage of absolute dependence. Thus, it is intended to show the importance of holding for the integration of the being of the baby, as well as promoting personal development and the being as person.

⁸⁵ Discente do curso de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina.

⁸⁶ Docente do Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina. Mestre em Educação e Doutora em Psicologia PUC-Campinas.

Keywords: Holding, visual hallucination, Winnicottian clinic.

Introdução

Eu trago um caso que ainda está em andamento, e justamente por isso não falarei aqui nem de diagnósticos fechados, mas sim de um atendimento semanal na clínica-escola da Universidade Estadual de Londrina, que já dura mais de vinte sessões. Trata-se do caso de um adolescente de 16 anos, que chamarei de Douglas. Ele cursa a sétima série e foi diagnosticado com dislexia entre outros distúrbios da aprendizagem. Douglas foi encaminhado para o atendimento individual por queixas como mentira e pequeno furto à mãe, vindo a ser o meu primeiro paciente. Apesar de seus 16 anos, desde o nosso primeiro encontro, ele me passou a imagem de um menino mais regredido.

Vindo “por mandato”, ele nunca me apresentou uma queixa propriamente “sua”, digamos, “autêntica”. Nossos encontros diziam de uma proposta de atendimento demandada por ele logo nos primeiros encontros: a proposta do *holding*. *Holding*: eu adoto a definição de Winnicott. A princípio, a cargo de curiosidade, fui buscar a definição da palavra, de origem inglesa. O que eu encontrei foram palavras como: manter, segurar, conter, reter, sustentar, defender, pegar, entre muitas outras. A meu ver, elas todas fazem jus à definição winnicottiana, que, de modo geral, diz respeito a uma preocupação materna primária, na qual a mãe se identifica com as necessidades de seu bebê, sem que haja grandes falhas.

Este estado em que a mãe está extremamente ligada a seu bebê permite que ela possa ser capaz de compreendê-lo e, assim, capaz de atender as suas necessidades. Neste sentido, a mãe, então identificada com seu bebê, pode dar contornos aos seus gestos, acolher as suas angústias, atender à necessidade absoluta de cuidados por parte do bebê, nomeadamente as necessidades fisiológicas do bebê. O *holding*, portanto, é entendido como esse conjunto de cuidados maternos iniciais: é uma das funções da “mãe suficientemente boa”, que auxilia na edificação de uma personalidade do bebê e permite que ele possa vir a se integrar e se constituir como ser. Além disso, é condição das relações que ele virá a estabelecer com outras pessoas – basicamente, com o mundo (PEREIRA; BERLINCK, 2006). Acho oportuno, ainda, neste momento, lembrarmos de algumas palavras de Winnicott, que dizem respeito ao *holding*:

É especialmente no início que as mães são vitalmente importantes e de fato é tarefa da mãe proteger o seu bebê de complicações que ele ainda não pode entender, dando-lhe continuamente aquele pedacinho simplificado do mundo que ele, através dela passa a conhecer (WINNICOTT, 1984, p. 227).

Portanto, a partir da teoria de Winnicott, podemos conceber que quando, por qualquer motivo, a mãe não consegue atender às necessidades de seu bebê nas fases iniciais, este último acaba por perder a sua trajetória rumo à integração. Há, pois, uma interrupção na continuidade de seu ser, que acarreta uma perda da sensação de existência, já que não houve um suporte egóico por parte da mãe, com relação à proteção do *self* do bebê.

O caso Douglas: consequências das falhas de um *holding* materno

E é neste ponto que eu acho oportuno convidar à reflexão o caso supramencionado. Entre atendimentos, entre muitos “vamos brincar!”, entre um ou outro problema na escola, sonhos sobre assassinatos, mortes reais e um grande temor de morte rodeado por fantasmas, realizei – orientada por minha supervisora – uma conversa com a mãe de Douglas, com o fim de compreender como se havia constituído a vida dele desde a gravidez.

Devido ao fato de a mãe de Douglas ter me apresentado, desde início, uma fala relativamente desorganizada, a nossa comunicação se estabeleceu de uma maneira problemática. Quando eu a questioneei sobre a gestação de Douglas, a sua resposta imediata foi: “traumatizante”. Ao longo de nossa conversa, ela me relata que foi pega de surpresa com a gravidez: ainda tinha uma filha de colo, de aproximadamente oito meses, quando soube que estava esperando mais um filho. Relata que a gravidez desta filha, a única irmã de meu paciente, foi muito difícil para ela, a mãe, e que a sua segunda gravidez, a de Douglas, foi um trauma, um grande sofrimento.

Desde o começo da gravidez a mãe teve de ficar de repouso, por conta de um sangramento logo nos primeiros meses. Sem o repouso, provavelmente perderia o bebê. Ela conta que logo que ganhou o bebê ficou muito doente e acamada, por um grande período, quase chegando a morrer. Neste momento, eu me pergunto a cuidados de quem ficou Douglas, nesses momentos iniciais tão importantes? Entendo, então, que, desprovido dos cuidados maternos, Douglas teve um movimento de ter de preocupar-se consigo, teve de defender-se e não pode viver as suas experiências corporais. Com isto, relaciono a este momento o grande medo que Douglas tem da morte. Desde os nossos

primeiros encontros, ele, *sem perceber*, relata sobre seu grande temor da morte. Por vezes, ele me dizia o quanto queria poder constituir uma família, ter seus filhos e uma casa com um grande aquário; dizia, também, como se achava novo para morrer; que tinha muito ainda que viver. Douglas me relatou, ainda, do medo que tinha em ser assaltado e de que o ladrão, ao adentrar em sua casa, pudesse, ao final do roubo também, matá-lo – algo que, no entanto, ele não tem trazido mais em sessão. Ele tinha medo de lugares escuros, de velas que não conhecia: suspeitava que ali estaria escondido um ladrão que poderia atentar contra sua vida. Em momentos posteriores, fui descobrir que essa fantasia também era nutrida por sua mãe, que sempre lhe dizia do risco que tinha de ele ser assaltado e, também, de vir a ser morto pelo ladrão.

Douglas não pôde se desenvolver, pois sua mãe não teve condições de lhe dar *holding*. Por isto ele sentia-se perseguido pela possibilidade de morte. Se não bastasse, Douglas me relata um episódio com sua irmã, aproximadamente um ano mais velha do que ele: ela o ataca com uma faca, supostamente por ele ter destruído os seus esmaltes. Neste dia, Douglas se levanta, aproxima-se de mim e levanta a blusa, mostrando-me a marca deixada em sua barriga pela facada da irmã.

As falhas da mãe para com seu bebê – e por que não o conjunto de falhas e intrusões a que meu paciente foi submetido ao longo de sua vida? – impediram o amadurecimento pessoal de seu filho. Ao contrário, em seu processo de desenvolvimento emocional, principalmente nos momentos emocionais, nomeadamente no período de dependência absoluta, Douglas foi levado a defender o seu *self* das ansiedades e angústias, por conta da intrusão do ambiente e da falta de *holding*, de modo a criar um modo de funcionamento que impedisse uma intrusão ambiental (PEREIRA e BERLINCK, 2006). Assim, Douglas poderia ser entendido como um bebê que possivelmente viveu permanentemente em seu próprio *mundo interno*, o que impossibilitou a sua integração. Portanto, a incapacidade da mãe de prover ao seu bebê um ambiente facilitador surge como um risco de *interferência* no próprio processo de desenvolvimento saudável do bebê.

As alucinações visuais

Ainda, podemos pensar em outro sintoma de Douglas: a alucinação visual. Segundo seu relato, ele vê dois homens, um de branco e outro de preto, que permanecem ao seu redor na escola. Com isto, podemos inferir um fracasso nas relações objetais do indivíduo, nas quais ele desenvolve um outro tipo de relação com a ilusão,

que não aquela vivida com os objetos transicionais. Se pensarmos, ainda, em termos de psicose, na qual a criança se relaciona com o mundo subjetivo ou com um objeto fora do *self*, o que podemos constatar é uma *realidade subjetiva*: as organizações psíquicas internas passam a ser compartilhadas com a realidade externa (PEREIRA e BERLINCK, 2006).

Aos poucos, Douglas trouxe-me esse seu modo de funcionamento. Fomos conversando, jogando, até que um dia senti que podia pedir que ele desenhasse o que ele via na escola. Sentados os dois no chão, eu lhe dei um grande papel *craft*, tintas e pincéis, para que pudéssemos nos comunicar melhor. A princípio, ele se mostrou resistente por conta de seu sonho anterior à sessão, o de que ele estava pintando a sua casa e que havia feito muita bagunça para pintar, mas logo se pôs a fazer. Douglas desenhou um “homem” branco e um “homem” preto. Eu pedi, então, que ele retratasse como se sentia com tudo aquilo. Assim, no meio dos “homens”, ele desenhou, com a minha ajuda, um *coração cindido*. Ele me disse que se sentia mal, que o seu coração era todo preto, mas que agora, aos poucos, ele estaria ficando vermelho.

Na sessão seguinte, orientada por minha supervisora, levei novamente o desenho e então fiz algumas considerações sobre ele. Abri-o e fui aos poucos dizendo sobre como me parecia que era difícil aceitar que não somos apenas bons, que temos o nosso lado mal também. E que talvez estivesse muito difícil de suportar dentro dele esses dois lados. Essa sessão foi muito difícil para Douglas, que permaneceu praticamente todo o encontro sem manter contato visual ou verbal comigo. Quando eu o questiono se eu estava falando ali alguma besteira, ele acena com a cabeça dizendo que não, e, em seguida, me diz que tem algo preso dentro de si e que não sabia o que fazer com aquilo. Eu então digo que talvez isso que estava preso dentro dele não deixava que ele continuasse a viver, que isso o mantinha preso na sétima série, preso nas suas dificuldades.

Hoje, Douglas relata não ver mais os dois “homens”. Penso que, neste caso, o *holding* tem sido fundamental desde o início, mas que há, é claro, muito a ser cuidado, há muito a se dar suporte. Há muito ainda a ser conquistado. E continuo tendo muito a aprender com Douglas. Acredito que o *holding* ainda continuará sendo a melhor estratégia nesse caso, e que é preciso, também, ficar atenta quanto aos contornos de uma provável psicose. Conforme afirma Winnicott: “A psicose representa uma organização das defesas, e por trás de toda defesa organizada há a ameaça de confusão, que constitui

na verdade uma ruptura da integração.” (WINNICOTT, 2001, p. 90 *apud* PEREIRA e BERLINCK, 2006).

Há, portanto, uma tendência de apresentar defesas: através da cisão, a perda do sentimento de realidade e do contato com a realidade externa. É uma característica da criança psicótica o isolamento e estabelecimento de relacionamentos de acordo com os seus próprios termos. A criança cria uma *vida interior secreta*, falsa, incomunicável à realidade externa; ela constrói um falso *self* com base na submissão, não chegando à independência, à maturidade. O falso *self* parece ser autossuficiente aos olhos de qualquer observador, mas a esquizofrenia encontra-se latente e irá requerer atenção (PEREIRA e BERLINCK, 2006).

A psicose segundo Winnicott

Winnicott, de certa forma, assinala que durante o processo de amadurecimento a doença mental pode emergir sem ser percebida, sem que se possa diferenciá-la das dificuldades corriqueiras provenientes de um processo de desenvolvimento normal. Contudo, quando o ambiente não consegue ocultar ou solucionar os conflitos emocionais durante o desenvolvimento da criança, a mesma passa a organizar-se de maneira *defensiva*, com isso tornando-se mais claro o diagnóstico (PEREIRA e BERLINCK, 2006).

Evidencia-se, enfim, que a psicose constitui-se nos estágios iniciais da vida e prossegue por fases que vão da primeira infância até um estado adulto. No início, a criança é o conjunto mãe-bebê e é dessa inter-relação que dependerá a saúde mental do indivíduo. O bebê, nas etapas iniciais, precisará de um ambiente sustentador, que se adapte às suas necessidades e que seja capaz de fornecer uma continuidade no seu existir, no sentido de se sentir real, integrado. Entretanto, se o bebê sofrer uma interrupção em sua continuidade de ser, quando há a intrusão violenta do ambiente e falha na adaptação às suas necessidades, a esquizofrenia surgirá (PEREIRA e BERLINCK, 2006).

Ao falar de psicose, Winnicott parte do princípio de que a saúde mental é sustentada a partir dos cuidados e da preocupação com o bebê na primeira infância. Cuidados propiciados por um “*ambiente suficientemente bom*” e instituídos pela mãe durante os vários estágios da infância. Esses cuidados devem ser incessantes a fim de possibilitar uma continuidade no crescimento emocional da criança. Em outras palavras, para que haja uma evolução no processo rumo ao amadurecimento emocional, faz-se

necessário um ambiente provedor que torne possível à criança afirmar seu potencial. (PEREIRA e BERLINCK, 2006). O processo de maturação, termo utilizado pelo autor, “se refere à evolução do ego e do self, inclui a história completa do id, dos instintos e suas vicissitudes, e das defesas do ego relativas ao instinto”. (WINNICOTT, 1983, p.81 *apud* PEREIRA e BERLINCK, 2006). Essa maturidade a ser adquirida pelo ser humano implica numa trajetória que nos leva a pensar em saúde como uma maturidade emocional, que se inicia antes do nascimento e prolonga-se até a fase adulta, durante um processo de desenvolvimento particular da criança, a qual passará por várias experiências saudáveis e mesmo ruins, proporcionadas por um ambiente que envolve tanto os pais, como a família ou o ambiente social presente.

De acordo com a teoria winnicottiana do desenvolvimento emocional primitivo (PEREIRA e BERLINCK, 2006), essa trajetória do processo de desenvolvimento do *self* inicia-se com a dependência absoluta, passa para o estágio da dependência relativa, indo rumo à independência, e não tendo seu percurso encerrado, visto que o ser humano continua na busca de seu próprio eu, na busca de sua capacidade de existir e sentir-se real.

A dependência absoluta é a fase em que a criança está totalmente à mercê de cuidados físicos da mãe, tanto no útero, quanto após o primeiro dia do nascimento. No desenvolvimento normal, acontece neste momento um envolvimento intenso entre mãe e bebê, fazendo com que ambos tornem-se uma só pessoa. A mãe identifica-se com o bebê a fim de conhecer suas necessidades biológicas e psicológicas, constituindo-se em um *ambiente* sustentador a partir de sua devoção e cuidados suficientemente bons. Isso é possível se a mãe entrar em um estado psicológico especial, chamado de “preocupação materna primária”. Este estado ocorre gradualmente durante e no final da gravidez elevando a sensibilidade da mulher e permitindo-lhe desenvolver uma capacidade de dispensar atenção plena à criança (PEREIRA e BERLINCK, 2006).

A mãe, que desenvolve um estado de “preocupação materna primária”, fornece à criança condições para que a sua constituição, na fase inicial da vida, se manifeste a partir do desenvolvimento de uma integração da personalidade. Constituição esta que está atrelada às condições ambientais favoráveis. É a mãe que, proporcionando um ambiente adaptado às necessidades do bebê, capacita-o a começar a existir, a ter experiências e, a partir delas, constituir um ego pessoal. O bebê passa a ter noção de espaço e do próprio corpo, começa a ter um sentido de ser no espaço (PEREIRA e BERLINCK, 2006). Assim sendo, o bebê que está descobrindo o mundo torna-se

preparado para receber as surpresas do mundo externo. A mãe por sua vez, será zelosa e poderá evitar que invasores do mundo exterior ocorram ao bebê antes que esse o descubra de modo natural e sereno. Para a realização desse processo, o bebê precisará da capacidade da mãe de prover, e de adaptar-se às suas necessidades. Pela identificação com a criança, em uma atitude de devoção, a mãe permite que o bebê se mantenha isolado sem ser perturbado, ou seja, somente por meio de movimentos espontâneos ele experimentará reações à falha ambiental, descobrindo o ambiente sem sofrer uma perda da sensação de ser. A partir daí, vai aceitando a intrusão desse ambiente, o qual culminará na instauração de um sentimento de estabilidade e continuidade do *self*, a fim de atingir um estado de saúde mental. É neste ponto do processo de desenvolvimento emocional que podemos evidenciar a personalização como característica do desenvolvimento do ego: “O ego se baseia em um ego corporal, mas só quando tudo vai bem é que a pessoa do bebê começa a ser relacionada com o corpo e suas funções”. (WINNICOTT, 1999, p. 58 apud PEREIRA e BERLINCK, 2006).

Quando o mundo externo for apresentado à criança de forma consciente, o bebê começa a tornar consciente de sua dependência para com a mãe. Esse processo contínuo consiste numa relação de um com o outro, nas boas condições ambientais e nos cuidados com o bebê, estimulando uma sensação de segurança e controle.

Entretanto, quando a adaptação do *ambiente* falha, e o bebê no seu isolamento for perturbado pela intrusão do mundo, ele apresentará respostas reativas. Segundo Pereira e Berlinck (2006), Winnicott afirma que essas reações geram distúrbios de natureza psicótica. A esquizofrenia surgirá neste primeiro estágio do desenvolvimento, a partir de organizações psicológicas tais como: adiamentos, distorções, regressões e conflitos durante os estágios iniciais, na relação mãe-bebê. Isso nos leva a pensar no bebê como uma subjetividade e uma dependência absoluta de cuidados. Havendo problemas nessa adaptação, o bebê tende a uma cisão, permanecendo em seu próprio mundo interno, não constituindo um ego organizado – o bebê atém-se à dependência absoluta e à dependência relativa. Um fracasso da devoção materna de cuidar do bebê predispõe ao desencadeamento da esquizofrenia infantil. E é exatamente este fracasso que nós encontramos no caso de Douglas.

Referências

PEREIRA, C. A. e BERLINCK, L. C. Pensamento winnicottiano acerca da esquizofrenia infantil. *Psicología para América Latina*, n. 8, nov. 2006. Disponível

<em: <http://www.psicolatina.org/08/pensamento.html>>. Acesso em 01 de outubro de 2012.

WINNICOTT, D. W. *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Trad. Joseti Marques Xisto Cunha. Rio de Janeiro: Imago, 1984.