

MARTA M. FONTENELE E S. CARAMURU

**FORMAÇÃO DE SÍMBOLOS E QUEIXA DE BAIXO
RENDIMENTO ESCOLAR INFANTIL:
a visão psicanalítica de Winnicott**

CAMPINAS

Unicamp

2008

MARTA M. FONTENELE E S. CARAMURU

**FORMAÇÃO DE SÍMBOLOS E QUEIXA DE BAIXO
RENDIMENTO ESCOLAR INFANTIL:
a visão psicanalítica de Winnicott**

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para a obtenção do título de Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente, área de concentração em Saúde da Criança e do Adolescente.

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. IVONE PANHOCA

CAMPINAS

Unicamp

2008

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

| | |
|-------|---|
| C176f | <p>Caramuru, Marta Maria Fontenele e Silva Formação de símbolos e queixa de baixo rendimento escolar infantil: a visão psicanalítica de Winnicott / Marta Maria Fontenele e Silva Caramuru. Campinas, SP : [s.n.], 2008.</p> <p>Orientador : Ivone Panhoca Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>1. Psicanálise. 2. Winnicott (Donald Woods) 1896-1971. 3. Simbolismo. 4. Relações mães-filho. 5. Ego. 6. Baixo Rendimento Escolar. 7. Psicologia Educacional. 8. Desenvolvimento Infantil. I. Panhoca, Ivone. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p> |
|-------|---|

Título em inglês : Symbol formation and the complaint of infant poor school performance: the psychoanalytical view of Winnicott

Keywords: • Psychoanalysis
• Winnicott (Donald Woods) 1896-1971
• Symbolism
• Mother-child relations
• Ego
• Poor School Performance
• Educational Psychology
• Infant Development

Titulação: Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Banca examinadora:

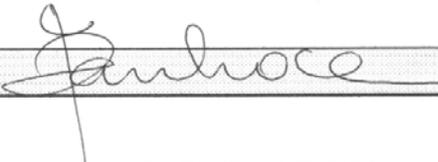
Profa. Dra. Ivone Panhoca
Profa. Dra. Regina Maria Leme Lopes Carvalho
Profa. Dra. Maria Inês Bacellar Monteiro
Profa. Dra. Helenice Yemi Nakamura
Profa. Dra. Eloísa Helena Rubello Valler Celeri

Data da defesa: 28 - 02 - 2008

Banca Examinadora da tese de Doutorado

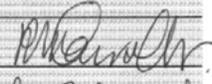
Orientadora:

Profa. Dra. Ivone Panhoca

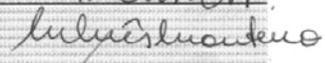


Membros:

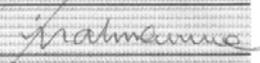
1. Prof.(a) Dr.(a). Regina Maria Leme Lopes Carvalho



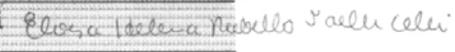
2. Prof.(a) Dr.(a). Maria Inês Bacellar Monteiro



3. Prof.(a) Dr.(a) Helenice Yemi Nakamura



4. Prof.(a) Dr.(a) Eloísa Helena Rubello Valler Celeri



**Curso de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.**

Data: 2008

DEDICATÓRIA

*À minha mãe Maria, nos seus 88 anos.
Por ser minha Matineli détraqué querida,
sempre às voltas com alguma novidade, a
apreciar o que é belo e refinado, e se
encantar com as crianças.*

AGRADECIMENTOS

Ao paciente Leo, que tanto ensinou, em nossa travessia psicanalítica.

À Profa. Dra. Ivone Panhoca, minha orientadora, pela confiança e liberdade que me foram dadas, durante a construção deste estudo.

À Profa. Dra. Eloísa H. R. Valler Celeri, estudiosa da obra winnicottiana, por seus valiosos comentários no exame de Qualificação, fundamentais para direcionar esta pesquisa clínica.

À Profa. Dra. Helenice Yemi Nakamura, presença certa e disponível nos muitos momentos de incertezas.

À Profa. Dra. Angélica Maria Bicudo Zeferino, por sua participação no Exame de Qualificação.

À Profa. Dra. Viviane Veras que, em seu caminho à margem da lingüística, encontra a psicanálise, e olha esse estudo para além de sua revisão.

Ao José Ottoni Outeiral, espontâneo, irreverente e instigante questionador da natureza humana, analista membro titular da International Psycho-Analytical Association, autor de vários livros sobre as idéias de Winnicott, supervisor de meus casos clínicos, idealizador dos Seminários Campineiros de Winnicott, pelas tantas oportunidades de enriquecimento.

À Luciana Apprato e à Helen Justino, dedicadas e empenhadas em materializar esse texto, nos momentos em que não dei conta do computador.

À Simone Cristina Ferreira, secretária do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Departamento de Pediatria da Unicamp, sempre atenta e carinhosa.

Ao Maurício, meu marido, cúmplice e parceiro, que me faz acreditar que a vida vale a pena ser vivida, com seu amor, e tanto incentivou a realização desse trabalho.

Aos nossos filhos, Marina e Henrique, por seu carinho solidário e toda a ajuda. Minha gratidão por suas muitas delicadezas, e toda a paciência, ao longo dessa jornada. E finalmente à Maré, pequena poodle, grande companheira das muitas horas no quarto de estudo.

*“(...) Vai, disse o pássaro, porque as folhas estão cheias de crianças,
Maliciosamente escondidas, a reprimir o riso.
Vai, vai, vai, disse o pássaro: o gênero humano
Não pode suportar tanta realidade.”*

ELIOT, T. S. Burnt Norton – Quatro Quartetos

| | PÁG. |
|---|-------------|
| RESUMO | <i>xxi</i> |
| ABSTRACT | <i>xxv</i> |
| 1- INTRODUÇÃO | 29 |
| 1.1- A travessia psíquica rumo à simbolização | 39 |
| 1.1.1- O símbolo: significado e características..... | 39 |
| 1.1.2- A inscrição psíquica: do sensorial ao símbolo..... | 42 |
| 1.1.3- Freud e o simbolismo..... | 43 |
| 1.1.4- Klein e a simbolização..... | 45 |
| 1.1.5- Segal e a equação simbólica..... | 49 |
| 1.1.6- Bion e a função alfa..... | 51 |
| 1.2- A simbolização na visão de Winnicott | 54 |
| 1.2.1- Os pressupostos básicos winnicottianos..... | 55 |
| 1.2.2- A simbolização..... | 67 |
| 1.2.3- O trauma: reação à intrusão e trauma acumulativo..... | 71 |
| 1.2.4- O <i>setting</i> analítico como metáfora dos cuidados maternos.. | 74 |
| 2- OBJETIVO | 77 |
| 3- MÉTODO: O ESTATUTO METAPSICOLÓGICO DO CASO CLÍNICO.. | 81 |
| 3.1- Sobre o método | 83 |
| 3.2- Seleção do sujeito | 94 |
| 3.3- Dados do sujeito: recortes de um caso clínico | 94 |

| | |
|--|------------|
| 3.4- Procedimento..... | 98 |
| 3.5- Aspectos éticos..... | 102 |
| 4- RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 103 |
| 4.1- A análise de Leo..... | 105 |
| 4.2- As entrevistas com os pais..... | 127 |
| 5-CONCLUSÃO..... | 131 |
| 6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 137 |
| 7- ANEXOS..... | 151 |
| Anexo 1- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa..... | 153 |
| 8- APÊNDICES..... | 155 |
| Apêndice 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 157 |
| Apêndice 2- Figuras dos trabalhos do paciente..... | 158 |

LISTA DE FIGURAS

| | | PÁG. |
|-------------------|---|-------------|
| Figura 1- | Cabana de papel | 109 |
| Figura 2- | Cabana de canudos..... | 109 |
| Figura 3- | Porta-retrato..... | 111 |
| Figura 4- | Pessoa | 112 |
| Figura 5- | Mistura de cores | 113 |
| Figura 6- | A representação do vínculo transferencial..... | 114 |
| Figura 7- | Pipa de palitos de picolé..... | 115 |
| Figura 8- | Pipa de papel..... | 115 |
| Figura 9- | Aviões..... | 116 |
| Figura 10- | Pipa e rabiola..... | 118 |
| Figura 11- | Rabiola..... | 118 |
| Figura 12- | Meninos com skate..... | 120 |
| Figura 13- | Percursos de skate I..... | 120 |
| Figura 14- | Percursos de skate II..... | 121 |
| Figura 15- | Grafites: Lata de spray e Nome da analista..... | 122 |
| Figura 16- | A construção da identidade..... | 123 |

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo mostrar, através de recortes de um caso clínico, que as vivências emocionais primitivas do vínculo do bebê com sua mãe repercutem na constituição do psiquismo e no processo de formação de símbolos da criança, interferem em seu rendimento escolar e são vivências possíveis de elaboração pelo brincar, na psicoterapia psicanalítica. A pesquisa aqui desenvolvida é um estudo do caso clínico de uma criança, atendida em psicanálise, no referencial teórico da teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott. Na terapia psicanalítica, foram elaboradas as vivências emocionais primitivas da relação mãe-bebê do paciente no vínculo terapêutico, o que possibilitou a integração egóica e a experiência de *self* do paciente; a comunicação verbal; o desenvolvimento da criatividade; a capacidade de brincar e a capacidade de lidar com a transicionalidade, elementos essenciais ao processo de formação de símbolos, resultando na melhora do seu rendimento escolar e na retomada de seu desenvolvimento emocional. Concluímos que a psicoterapia psicanalítica, no referencial winnicottiano, por meio da técnica do brincar, possibilitou a correção das experiências de falha ambiental vividas pelo paciente no início de sua vida emocional e também a elaboração dessas experiências emocionais primitivas, que paralisavam ou inibiam o estabelecimento do processo de formação de símbolos da criança e interferiam em seu rendimento escolar.

Descritores: Psicanálise; Winnicott (Donald Woods) 1896-1971; Simbolismo; Relações mãe-filho; Ego; Baixo Rendimento Escolar; Psicologia Educacional; Desenvolvimento Infantil.

ABSTRACT

This paper aims at showing, through a fragment of a clinical case, that primitive emotional experiences of the baby/mother bonds are reflected in the constitution of a child's psychism and symbol formation process, interfere in the child's school performance and are experiences which can, in psychoanalytical psychotherapy, be elaborated through playing. The research is a study of a clinical case of a child being given psychoanalytical assistance, based on Winnicott's theoretical conception of primitive emotional development. In psychoanalytical therapy process, the primitive emotional experiences of the mother/baby relationships of the patient in the therapeutic bond were elaborated, which enabled the egoic integration and the experience of the patient's *self*, verbal communication, development of creativity, capacity to play and capacity to deal with transitionality - essential elements in the process of symbol formation - resulting in the improvement of the child's school performance and guiding him/her into resuming his/her emotional development. The conclusion is that, through the technique of playing, in the light of Winnicott's view, psychoanalytical psychotherapy has enabled the correction of environment failure experiences gone through by the patient at the beginning of his/her emotional life and the elaboration of the child's primitive emotional experiences which paralysed or inhibited the establishment of the process of symbols formation and interfered in his/her school performance.

Index Terms: Psychoanalysis; Winnicott (Donald Woods) 1896-1971; Symbolism; Mother/Child Relationships; Ego; Poor School Performance; Educational Psychology; Infant Development.

“(...) Porque tudo que invento
já foi dito nos dois livros que eu li;
as escrituras de Deus,
as escrituras de João.
Tudo é Bíblias.
Tudo é Grande Sertão.”

Adélia Prado.

1- INTRODUÇÃO

A Psicanálise surgiu em Viena, na última década do século XIX, quando o espírito irrequieto de Sigmund Freud legou ao mundo o método psicanalítico, a partir de suas respostas aos desafios do trabalho clínico do neurologista, inicialmente interessado em estudar os fenômenos psíquicos de suas pacientes histéricas. A teoria e a técnica psicanalíticas desenvolvidas por Freud (1980I), para elucidar o papel do conflito inconsciente na experiência humana e todas as defesas que o *ego*¹ mobiliza para combatê-lo, representam descobertas inovadoras e revolucionárias que influenciam profundamente a cultura ocidental até os dias de hoje. Embora, num primeiro momento, as idéias psicanalíticas não tenham sido aceitas pela sociedade médica da época, a comunidade científica e os diversos “saberes oficiais” contemporâneos, reconhecendo sua importância, buscam até “adotar” a Psicanálise, conforme Garcia-Roza (1988), a ponto de ela ter se transformado, atualmente, numa área do conhecimento que é alvo de disputa entre a Medicina, a Psicologia, a Lingüística, a Biologia, a Filosofia e o Culturalismo norte-americano.

Com a clareza que lhe é peculiar, Freud mostrou que somos movidos por uma força que desconhecemos, mas que atraiu sua escuta, pedindo interpretação. Em “Dois Verbetes de Enciclopédia”, Freud (1980J)² define a Psicanálise como:

- um procedimento para a investigação dos processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo;
- um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos;

¹ *Ego* é uma das três instâncias ou sistemas da mente, que se distingue do *Id* e o *Superego*, conforme a Segunda Tópica do Aparelho Psíquico postulada por Freud (1920) no texto “Além do Princípio do Prazer”. Do ponto de vista tópico, o *ego* atende às exigências da realidade, como mediador entre as reivindicações do *id* e os imperativos do *superego*. Do ponto de vista dinâmico, representa o pólo defensivo da personalidade, colocando em ação os mecanismos de defesa de que dispõe. Do ponto de vista econômico, é um fator de ligação dos processos psíquicos.

² Nas referências bibliográficas deste estudo, os trabalhos de Freud, Winnicott e de outros autores, cujas importantes contribuições são reconhecidas como alicerces psicanalíticos, optamos por indicar entre parênteses, seguindo-se ao nome do autor, a data em que o texto foi originalmente publicado. No corpo do texto, a data citada seguida de letra (em ordem alfabética) é a data referente ao ano da edição brasileira consultada.

- uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica. (ESB, 1980j, vol. XVIII, p.287).

A teoria psicanalítica compõe-se, assim, tanto da formulação de hipóteses sobre o funcionamento psíquico (sua metapsicologia), como também da própria natureza do processo terapêutico (com as noções de transferência e de resistência). Embora afirmando não se tratar de mera transposição ou simples aplicação da teoria ao tratamento, Mezan (1993) acredita que a teoria tem por função vincular a singularidade do experimentado à universalidade dos conceitos que compõem o arcabouço teórico-conceitual da psicanálise.

Autores como Segal (1983b,1993a), Mezan (1993) e Zimerman (2001) constataam que, mesmo se mantendo fiel a seus princípios básicos e à “cartografia original” da teoria freudiana, a Psicanálise vem sofrendo significativas transformações em seus fundamentos metapsicológicos (sua teoria do desenvolvimento psicológico e sua psicopatologia)³, técnicos e clínicos (sua teoria do processo terapêutico). A partir da importante contribuição científica de psicanalistas como Lacan, Klein, Winnicott e Bion, entre outros, vêm surgindo novos conjuntos de hipóteses psicanalíticas acerca de muitos aspectos do funcionamento psíquico até então não explorados. Essas inovações técnicas revelam novos dados psíquicos que, por sua vez, conduzem à formulação de diferentes conceitos teóricos e, assim, possibilitam mais acesso a novos aspectos da mente, além de permitir que se cumpra a intrigante (ao menos para os cientistas da virada do século XIX para o XX) recomendação do psicanalista vienense: tratar cada caso como se fosse o primeiro. A teoria não deixa de ser o ponto de partida, mas não se torna necessariamente o ponto de chegada.

³ Metapsicologia é o termo criado por Freud (1925), em “Um Estudo Autobiográfico”, para designar seus trabalhos de dimensão mais teórica, como seu modelo de um aparelho psíquico dividido em instâncias, sua teoria das pulsões, o processo de recalçamento, entre outros conceitos. Conforme Laplanche e Pontalis, a metapsicologia, leva sempre em consideração três pontos de vista: o dinâmico, o tóxico e o econômico (2004, p. 361-2). Sua idéia central é de que “os impulsos e as defesas estão em campos opostos; do seu combate resultam os sintomas e o conjunto da vida psíquica”. (MEZAN, 1998, p.172)

A técnica psicanalítica introduzida por Freud revoluciona ao revelar, a criança que vive no mundo mental do adulto. Klein estabelece o tratamento psicanalítico infantil, dá acesso ao bebê que habita a mente da criança, e estende a terapia psicanalítica aos psicóticos. Winnicott e Bion aprofundam significativamente os alcances do trabalho psicanalítico, destacando a importância do vínculo emocional inicial mãe-bebê na constituição do psiquismo. Identificam os estados mentais mais primitivos da mente humana, tanto nos momentos mais rudimentares de sua constituição, como em seus mais profundos níveis de deterioração e doença mental, em bebês, crianças, adolescentes e adultos.

O consagrado modelo clássico da ciência positivista da modernidade iluminista, apoiado na racionalidade, concebe o mundo como dotado de ordem e estabilidade, capaz de ser quantificado, acredita na separação total entre a natureza e o ser humano em sua busca pela “neutralidade científica”. Pressupõe ser o pesquisador distanciado de seu objeto de investigação que pertence ao mundo externo, objetivo, real e inerte. Afirma uma verdade única, objetiva e universal, ou passa a refutá-la e a desconsiderá-la, quando falsa.

O arcabouço teórico-clínico psicanalítico ultrapassa esse modelo. Sustenta-se epistemologicamente como ciência no seu próprio método, que está enraizado na clínica, e a partir dela se constrói (Freud, 1980j).

O termo psicanálise, conforme Winnicott (1999a), refere-se especificamente a um método (de investigação e tratamento) e a um corpo teórico que se debruça sobre o desenvolvimento emocional do ser humano. Trata-se de uma ciência aplicada, que “amplia o território científico para incluir os fenômenos da personalidade, do sentimento e do conflito humano” (p.xiv). A psicanálise propõe-se a conhecer as tensões inerentes à vida, as formas como os indivíduos lidam com essas tensões, e as defesas normais que o psiquismo humano se utiliza para enfrentá-las. Nas situações de colapso dessas defesas comuns que o ego organiza ao longo do desenvolvimento do indivíduo, a psicanálise ocupa-se de defesas que correspondem à organização da doença, como uma possibilidade de continuar a vida. Winnicott (1999a) diz que “em psicanálise o paciente e o

analista labutam dia após dia até o término do tratamento” (p.xviii). Esse processo se constrói pouco a pouco, em cada sessão/encontro terapêutico, e resulta em mudanças psíquicas profundas na personalidade do indivíduo (não se restringe à cura dos sintomas). Segundo o autor, avaliações e conclusões estatísticas não poderiam mostrar essa evolução psíquica singular, proporcionada pela experiência analítica.

A pesquisa psicanalítica, por sua própria natureza, não pode se restringir ao padrão que se adapta à pesquisa nas ciências físicas, tem pouco a fazer com ratos e cachorros, assinala Winnicott (1999b). O material da pesquisa psicanalítica é essencialmente o ser humano: “sendo, sentindo, agindo, relacionando-se e contemplando” (p.174). O analista, em seu trabalho terapêutico cotidiano, realiza uma observação sistemática do que está acontecendo com seu paciente e precisa seguir necessidades que se modificam em função dos objetivos de cada paciente que se encontra em análise. Deste modo, “o tratamento do paciente não pode ser adiado por necessidades de pesquisa, e jamais se pode repetir o contexto da observação.” (p.173). Esse autor destaca a importância de o analista examinar o que se passou com seu paciente, e relacioná-lo com a teoria, vindo a modificar a teoria sempre em função de suas constatações, a partir de sua relação com a pessoa em tratamento.

Winnicott (1999b) considera, ainda, que a sociedade paga um preço ao desconsiderar a motivação inconsciente do ser humano, levando as pessoas a permanecerem como joguetes da economia, da política e do próprio destino, que desconhecem.

O paradoxo da psicanálise reside em ser, exatamente, uma ciência pós-paradigmática: seu critério de cientificidade é a analisabilidade do paciente, com sua resistência e sua transferência; seu objeto inclui o sujeito consciente e o sujeito inconsciente; seu conceito operacional requer a associação livre do paciente e a atenção flutuante da escuta analítica do terapeuta; sua verdade não é o oposto do falso - é a *aletheia*, e seus múltiplos sentidos e significados de desvelamento, não esquecimento e concordância. Na Psicanálise, a “questão”

(palavra que tem o sentido de procura) refere-se à postura de um sujeito que busca conhecer-se (Rezende, 1999; 2000).

Silva (1993) argumenta que na psicanálise o pesquisador e seu objeto de investigação – um outro sujeito – interagem e afetam-se mutuamente enquanto se relacionam e se comunicam “oficialmente” com a parte consciente de suas mentes e, simultaneamente, também com a parte inconsciente de suas mentes aparentemente “despercebida” porque opera noutro registro, que obedece a “regras” de uma “racionalidade” diferente daquela da consciência.

Para Garcia-Roza (1988), a descoberta da dimensão inconsciente da mente pela psicanálise promove uma ruptura epistemológica com o modelo de ciência até então vigente, e propõe a inversão do foco da razão para o inconsciente, por considerar sua profunda influência e interferência nos processos mentais conscientes. “Trazer à tona esse nível submerso, essa intersubjetividade, e relacioná-la com o nível da superfície constitui o complexo e delicado trabalho da psicanálise”. (Silva, 1993, p17).

Ainda conforme Silva (1993), a pesquisa psicanalítica segue a técnica fundamental da “associação livre”, na qual o sujeito que é alvo da pesquisa oferece dados que lhe vêm à mente livremente, através do relato verbal, sem uma preocupação crítica ou intenção previamente determinada. Esse material que constitui os dados da pesquisa é captado pelo sujeito pesquisador através da técnica da “atenção flutuante”, que consiste em captar dados, ouvindo o material do relato verbal apresentado, sem uma preocupação crítica ou intenção predeterminada. O método da pesquisa psicanalítica caracteriza-se, portanto, por uma postura de “abertura, construção e participação”. Tem-se, pois:

[...] um método receptivo, valorizando mais a escuta do que a fala, mais a espera do que a indicação de um sentido. Porque seu objeto é esquivo, não se deixando apanhar por táticas experimentais ou técnicas de laboratório, admitindo apenas furtivas observações de sua presença [...] (p. 21).

Segundo Lowenkron (2004), é a “experiência psicanalítica” que constitui a direção da “pesquisa psicanalítica” e fornece os eixos fundamentais que norteiam seu registro teórico. Comenta que, quando o próprio Freud (1923) definiu a psicanálise, citou o método psicanalítico em primeiro lugar, por considerá-lo a ferramenta essencial do trabalho clínico.

Herrmann (2004) considera o “método psicanalítico”, a chave que dá acesso às portas da “pesquisa psicanalítica”, destacando que a clínica e a pesquisa separam-se por suas respectivas técnicas, e mantêm-se unidas pelo uso do método psicanalítico.

Essa peculiar percepção individual que se tem das coisas – destino inexorável da condição humana! – marca, necessariamente, o fato de o mundo ser de imediato transformado, pela mente de cada pessoa, em “seu mundo”, a partir do que se pensa, porque se imagina, sonha e fantasia, uma vez que as imagens são estruturadas no psiquismo, indo muito além do que o olho “vê”, e da (por isso mesmo improvável) coisa vista “em si”.

A observação clínica e a pesquisa psicanalítica desses processos psíquicos abstratos, subjetivos e dinâmicos tornam-se possíveis pelas ações e comportamentos manifestos de uma pessoa, seus relatos verbais (incluindo as interrupções, os esquecimentos e omissões), atos falhos, lapsos lingüísticos, sintomas e sonhos que, na criança, também se expressam no brincar e no desenho. (Klein, 1930; Winnicott, 1990b; Mezan, 1993).

O objetivo da pesquisa psicanalítica é, portanto, conhecer aspectos do mundo interno e processos psíquicos inconscientes operantes no complexo funcionamento mental do indivíduo, relacionados ao que se nomeia “o problema” do estudo. São atividades mentais que têm diferente natureza, articulam-se de várias maneiras, e vinculam-se às mais diversas fantasias, angústias, defesas e modos de relações objetais. Seus significados são múltiplos, ao mesmo tempo em que são operações mentais subjetivas e individuais, vividas como experiências únicas.

Winnicott não se interessou em construir ou organizar sua obra como um teórico da metapsicologia. Para Outeiral e Graña (1994), os textos de Winnicott se apresentam para o leitor como uma espécie de “jogo de rabiscos” (*squiggle game*)⁴ no qual, o autor e o leitor realizam uma produção conjunta, cada um fazendo a seu modo, o próprio “rabisco”. Mostram que sob a ótica winnicottiana, a obra se apresenta como um “espaço transicional”, cabendo ao leitor “descobri-la”, no seu próprio diálogo pessoal com o autor.

Segundo Outeiral (1996), os textos de Winnicott compõem um sistema de referência teórico-clínico aberto, cuja leitura deve aproximar o leitor da atividade de *play* (no sentido de um brincar espontâneo, criativo e prazeroso), em vez do *game* (ser uma atividade lúdica que tem regras), de acordo com a terminologia winnicottiana. O autor entende que esse “sistema aberto” que Winnicott propõe, revela sua elaboração pessoal dos construtos teóricos, a partir de sua própria “experiência vivida” em sua clínica psicanalítica. Representa deste modo, um estímulo ao surgimento de novas pesquisas e descobertas pessoais.

A obra de Winnicott é, para Outeiral (1996), “mais como um convite para pensar do que um anátema ou um dogma no sentido religioso” (p.73). Esse psicanalista alerta, ainda, sobre o risco de a formalidade acadêmica da pesquisa vir a “perverter” o pensamento do autor, ou até esterilizá-lo, ao se tornar uma produção repetitiva e pouco criativa.

Outeiral (1996) sugere entre as possíveis linhas de pesquisa na perspectiva clínica winnicottiana, as seguintes áreas: 1- Observação de bebês e suas famílias; 2- Desenvolvimento de técnicas sobre demanda (consulta terapêutica); 3- Estudos sobre tendência anti-social, e 4- Abordagens sobre a psicanálise de pacientes com falhas ambientais nas primeiras etapas do desenvolvimento.

⁴ Expressão criada por Winnicott para designar o jogo que introduziu em suas consultas terapêuticas com crianças, geralmente usado na entrevista inicial, com três finalidades: ser um instrumento diagnóstico, ser uma forma de comunicação mais livre com o paciente, e ser um recurso terapêutico da consulta, ao utilizar a linguagem gráfica, como via de acesso ao inconsciente, com o mesmo valor representado pelo sonho. Produzia em torno de trinta desenhos com a criança, em suas “consultas terapêuticas” (Abram, 2000, p.197).

A presente pesquisa privilegia o referencial teórico e clínico winnicottiano, por considerarmos as elaborações do autor sobre o desenvolvimento emocional infantil primitivo, as mais pertinentes à compreensão das questões suscitadas pelo caso clínico de Leo. Exatamente por sua condição de ser um paciente que vivenciou falhas ambientais nas primeiras etapas do desenvolvimento citada no item 4 acima, a opção por essa linha de pesquisa justifica-se. Nossa escolha por Winnicott deu-se, ainda, por se tratar do enfoque psicanalítico que norteia a prática clínica da pesquisadora.

É como experiência única que este trabalho teve como objetivo mostrar, através de recortes de um caso clínico, atendido em psicanálise no referencial teórico winnicottiano, que as experiências emocionais primitivas da relação mãe-bebê do paciente repercutem no processo de formação de símbolos da criança, interferem em seu rendimento escolar, e são vivências possíveis de elaboração, pelo brincar.

Os resultados dessa pesquisa revelaram que a vivência da transicionalidade na psicoterapia possibilitou a integração egóica da criança, o desenvolvimento de seu processo de formação de símbolos, a melhora de seu rendimento escolar e a retomada de seu desenvolvimento emocional. A psicoterapia psicanalítica, através do brincar, possibilitou a elaboração das experiências de falha ambiental vividas numa etapa primitiva do desenvolvimento emocional; que comprometem o processo de formação de símbolos da criança e interferem em seu rendimento escolar, rebaixando-o.

1.1- A travessia psíquica rumo à simbolização

“(…) Se um pingüinho de tinta cai num pedacinho azul do papel, num instante imagino uma linda gaivota a voar no céu. Vai voando, contornando a imensa curva Norte e Sul.”

Aquarela - Toquinho/ Vinícius de Moraes/ G. Morra/ M. Fabrício

1.1.1- O símbolo: significado e características

No contexto do presente estudo, os conceitos simbolização e processo de formação de símbolos são usados como sinônimos. O vocábulo símbolo é usado no sentido restrito do termo em psicanálise.

A palavra símbolo origina-se do radical grego *sym*, que significa para junto, e *ballein*, palavra grega com o sentido de atirar⁵. Etimologicamente, símbolo significa, portanto, “um sinal de reconhecimento (entre membros de uma mesma seita) formado pelas duas metades de um objeto partido que se aproximam. A idéia é de que é a ligação que faz sentido” (Laplanche e Pontalis, 2004).

A noção de símbolo, de acordo com esses autores, faz parte da cultura ocidental e está presente em áreas do conhecimento diversas como a psicologia, a lingüística, a epistemologia, a literatura, a história das religiões, e a etnologia, entre outras. Delimitar o emprego estritamente psicanalítico de símbolo torna-se, assim, uma tarefa complexa, tanto quanto distinguir os diferentes sentidos em que as palavras simbólico, simbolizar e simbolização são utilizadas. Numa acepção ampla do termo, o simbolismo diz respeito a todas as formas de representação indireta e figurada de uma idéia, de um conflito, de um desejo inconsciente (Laplanche e Pontalis, 2004; Mélega, 2003).

⁵ The American Heritage Dictionary of the English Language. Houghton Mifflin Company, 2000, p 1752.

Na psicanálise, como assinala Zimerman (2001), a conceituação de símbolo remete à unidade simbiótica e fusionada original bebê-mãe, mas não necessariamente implicará a exata reconstituição da primitiva perda relativa a uma unidade dessa dupla:

[...] Pelo contrário, ela supõe uma junção sintética dos elementos que promovam um significado distinto do primitivo. A progressiva aceitação das perdas é matéria prima para a formação de símbolos, cuja função maior é a de substituir os objetos perdidos ou afastados (p. 388).

O “processo de formação de símbolos” exerce, assim, a importante função psíquica de fornecer à mente do bebê as inscrições e registros psíquicos que lhe possibilitarão separar-se de seus objetos de amor originais, tornando-os mentalmente presentes, mesmo quando ausentes na realidade.

A simbolização ou processo de formação de símbolos é uma complexa operação mental que resulta de um longo caminho percorrido pela mente do bebê para registrar e representar psiquicamente suas vivências afetivas com o objeto (“o outro”, a mãe, um representante do mundo externo), considerando o trabalho realizado pelo ego para dominar a angústia mobilizada nesse processo. Surge nos primeiros meses de vida, logo que se iniciam as primeiras relações objetais, isto é, os primeiros vínculos do bebê com sua mãe – um outro, o mundo externo. E essas vivências afetivas são permeadas por seus impulsos internos. Como diz Green (2003a):

[...] relação objetal é na verdade uma espécie de fluxo, que é o pré-requisito para qualquer processo de transformação das representações ou do pensamento, assim como ter um chão sobre seus pés é um pré-requisito para se poder ficar de pé. [...] (p. 12)

A simbolização envolve desde operações sensoriais iniciais peculiares aos estados mentais primitivos, e suas fantasias mais precoces (estando presentes na mente do bebê a alucinação, o sonho, a ilusão, a “identificação

projetiva”⁶), até as refinadas elaborações mentais do conhecer e do representar. Estas últimas, pertencentes aos estados mentais evoluídos, capazes da reflexão conceitual e do pensamento abstrato (havendo a discriminação e o distanciamento entre o ego e o objeto, processo do funcionamento psíquico que caracteriza a “posição depressiva” kleiniana, momento em que efetivamente, se instala na mente o simbolizar propriamente dito) (Mélega, 2003, 2004).

Conforme Zimerman (2001), o progressivo processo da capacidade simbólica é que possibilita a formação da linguagem verbal do bebê (a palavra como, talvez, o mais nobre dos símbolos); a formação dos jogos e brinquedos criativos da criança; a formação dos sonhos e, em uma escalada desenvolvimental crescente na infância, a capacidade do pensamento abstrato. A compreensão desse processo é, para Segal (1983a,1993b), uma das principais ferramentas de trabalho do psicanalista, visto que sua inibição ou perturbação ocasiona danos mentais importantes, pelo fato de as palavras não adquirirem sua dimensão de conceituação e de abstração.

Em seu clássico trabalho sobre esse tema, ainda de extrema relevância nos dias de hoje, Klein (1930) conclui que, se a simbolização não se processa, todo o desenvolvimento do ego da criança sofre uma parada. Ficam comprometidas, assim, além da própria ligação dos processos psíquicos entre si, todas as demais “funções egóicas” ligadas ao consciente (percepção, conhecimento, pensamento, juízo crítico, capacidade de síntese, linguagem, comunicação, controle da motilidade), e as que se processam no inconsciente (formação das angústias, dos símbolos, dos mecanismos de defesa, das identificações e, conseqüentemente, do sentimento de identidade) (Zimerman, 2001).

⁶ Mecanismo de defesa egóica, preponderante na “posição esquizoparanóide” (cf. nota 10, neste trabalho), a “identificação projetiva” é o processo no qual, em fantasia, o bebê projetaria grandes partes de si mesmo no objeto, e o objeto passaria a se identificar com as partes do eu (*self*), que é vivenciado como o que as contém. Sendo projetados para “fora” da mente, os objetos internos seriam identificados com partes do mundo externo, que passariam a representá-los. Segundo Klein (1946), essas primeiras projeções e identificações mentais do bebê dão início ao processo de formação dos símbolos.

Apoiada em sua clínica com crianças e adolescentes, Azambuja (2006) acredita que o sonho, o devaneio e a fantasia – contrariamente à crença ocidental corrente, de serem “desvãos do conhecimento” – constituem, na verdade, sua própria essência. Destaca a capacidade de tolerância à frustração como um fator fundamental para o desenvolvimento do ego e da simbolização. Concebe o mecanismo mental de “identificação projetiva”, uma fase primitiva deste processo de simbolização.

1.1.2- A inscrição psíquica: do sensorial ao símbolo

O termo representação (*Vorstellung*) é empregado por Freud, conforme Laplanche e Pontalis (2004), para designar “aquilo que se representa o que forma o conteúdo concreto de um ato de pensamento” e “em especial a reprodução de uma percepção anterior” (p.448). Freud opõe a representação ao afeto, que é aquilo que “exprime qualquer estado afetivo, penoso ou desagradável, vago ou qualificado, quer se apresente sob a forma de uma descarga maciça, quer como tonalidade geral” (p.9). O afeto corresponderia, assim, como destacam os autores, à expressão qualitativa da quantidade de energia da pulsão e de suas variações. Lembrem, ainda, que para Freud toda pulsão se exprime no duplo registro do afeto e da representação, tendo, cada um desses elementos, diferentes destinos nos processos psíquicos. Freud (1980e, 1980g) assinala que, em estado bruto, a pulsão nunca pode se tornar objeto da consciência, por isso se faz representar pela fantasia inconsciente, que é seu representante psíquico.

Na psicanálise contemporânea, autores como Botella (2003b) e Levy (2005) têm se voltado para o estudo das não-representações e do irrepresentável psiquicamente, que é o negativo das representações. Conforme Alvarez (1994), permanecendo no psiquismo em sua negatividade, essas vivências irrepresentáveis geram não apenas a impossibilidade de serem simbolizadas, mas também a impossibilidade de serem esquecidas. Uma vez que se mantêm presentes na mente, em estado bruto, como as situações traumáticas, encontram-se sem qualquer possibilidade de elaboração simbólica, a não ser

através do trabalho psicanalítico. Articulando os conceitos de representação, relações objetais fantasiadas, e situações traumáticas, Levy (2005) situa o campo analítico como um lugar privilegiado de transformação e elaboração dessas emoções em estado bruto, de ausência de representações.

Na simbolização, inversamente, a possibilidade de transformação mental resulta da presença da representação psíquica do objeto, exatamente a partir de um reconhecimento prévio de sua ausência – quando, então, a ausência se faz presença psiquicamente.

De acordo com Lins (1996), o pensamento de Winnicott introduz um novo paradigma psicanalítico, ao considerar que a “ilusão” prevalece sobre a “representação” em relação às origens e ao desenvolvimento do *self*. Comenta que Bollas também atribui à ilusão, e não à representação, a origem da vida psíquica do bebê, quando leva em conta a influência dos objetos reais na gênese do *self*. Tais elaborações sustentam-se nos conceitos da transicionalidade, que serão apresentados posteriormente neste estudo.

Neste trabalho não se tem o compromisso de rastrear historicamente a evolução do conceito de simbolização na psicanálise, de seu surgimento aos dias de hoje. Optamos por citar e privilegiar autores cujas contribuições teóricas e clínicas sobre esse tema são consideradas mais significativas e pertinentes ao estudo que se pretende desenvolver.

1.1.3- Freud e o simbolismo

Freud, em seu tempo, não chega sequer a considerar a linguagem pré-verbal corporal e o brincar, como rudimentos arcaicos das formações simbólicas (Mélega, 2003; Azambuja, 2006). Segundo Laplanche e Pontalis (2004), Freud desenvolve sua noção psicanalítica do simbolismo num sentido mais restrito do termo, como um modo de representação, cuja característica é a constância da relação entre o símbolo e o simbolizado inconsciente, e pode

expressar-se nos sonhos, nos sintomas, em outras produções do inconsciente como os mitos, o folclore, a religião. Embora os símbolos descobertos pela psicanálise sejam muito numerosos, o campo do simbolizado limita-se ao corpo, pais e consangüíneos, nascimento, morte, nudez e, sobretudo à sexualidade (órgãos sexuais, ato sexual). (Laplanche e Pontalis, 2004).

No capítulo VII de “A interpretação dos sonhos”, Freud (1980b) observa que no esboço mental do bebê há uma demanda de satisfação de suas necessidades, tornando imprescindível a presença do objeto (a mãe, um outro) para a constituição de sua mente. Freud (1980c, 1980e, 1980f) propõe que toda a energia psíquica presente no aparelho mental deriva da pulsão⁷ e concebe a fantasia inconsciente sua expressão psíquica. A atividade simbólica representacional tem, portanto, como precursores psíquicos as mais arcaicas experiências sensoriais do bebê (paladar, olfato, táteis...), e inauguram a formação psíquica com a representação mental do impulso. (Klein, 1930; Mélega, 2003, 2004; Azambuja, 2006).

Em 1920, Freud (1980i) modifica sua concepção de aparelho psíquico e amplia a noção de vida mental – que passa a se fundar na relação sujeito-objeto, na construção da subjetividade –, introduzindo o sentido da falta, que implica perda e dor psíquica. Essa nova concepção do funcionamento mental engendra o processo de simbolização, encenado pela brincadeira (jogo do carretel) de seu neto, um menininho de um ano e meio, que, sempre que sua mãe se afastava, jogava um carretel de madeira amarrado a um pedaço de barbante sobre a borda do seu berço, fazendo-o desaparecer. Quando o jogava longe, para fora do alcance de sua visão, emitia um prolongado som de *o-o-o-o*, interpretado por sua mãe e por seu avô como *fort*, um advérbio alemão com o significado de “ir embora”. Puxava, em seguida, o carretel, e quando este aparecia, alegremente

⁷ O termo pulsão (derivado do alemão *trieb*), um conceito limite entre o somático e o psíquico, é introduzido por Freud em 1905 com os “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”. Conceito posteriormente ampliado em 1915 com “Os instintos e suas vicissitudes”, como “uma exigência de trabalho imposta ao aparelho psíquico”, a pulsão ou impulso possui uma pressão ou força (carga energética, fator de motricidade), uma fonte (excitação corporal, estado de tensão), uma meta ou objetivo (supressão do estado de tensão) e um objeto que lhe permite atingir a meta.

exclamava “*da!*”, advérbio alemão com o significado de “aqui”. Freud constata que o menino repete incansavelmente seu jogo *fort-da!*, sempre que sua mãe sai, mas também quando ela retorna.

O psicanalista interpretou essa brincadeira da criança como uma encenação que representava simbolicamente as idas e vindas da mãe, e relacionou essa atividade a uma renúncia pulsional feita pela criança, que foi capaz de deixar sua mãe ir embora sem reclamar. Considerou que, ao brincar com o carretel, emitindo a seqüência *fort-da*, a criança estava realizando um duplo distanciamento emocional da situação vivida na realidade: inicialmente, usou o carretel para representar sua mãe, e, em seguida, fazendo uso da linguagem, distanciou-se do carretel. Sendo essa ausência possível de ser tolerada – um pré-requisito para o surgimento dos processos simbólicos e do uso da linguagem – mudanças significativas na organização mental da criança serão desencadeadas.

Para Alvarez (1997), o “jogo do carretel” é um paradigma, por ser uma maneira de lidar com a ausência da mãe, assim como o brincar, os sonhos, e o trabalho criativo, que habilitam a mente do bebê a processar as experiências de separação e perda.

1.1.4- Klein e a simbolização

O símbolo, para Klein (1930), é um recurso para a expressão da fantasia inconsciente e da sublimação⁸. Baseada em sua clínica, considera os afetos e as representações fatores simultâneos da percepção, entendendo que o simbolizar origina-se nas relações objetais, que permitem o estabelecimento de sua ligação. Afirma que é com o apoio do simbolismo, que o bebê constrói sua relação com o mundo externo (a realidade).

⁸ Sublimação é um conceito freqüente na literatura psicanalítica de todos os tempos, ainda assim, impreciso conceitualmente até os dias de hoje (Zimmerman, 2001; Laplanche e Pontalis, 2004). No referencial kleiniano, a sublimação consiste numa tendência a restaurar o objeto bom, destruído pelas pulsões agressivas.

[...] Tenho assinalado que o objeto do sadismo em seu zênite, e do impulso epistemofílico⁹ que surge simultaneamente com ele, é o corpo materno com seus conteúdos fantasiados. (...) O desenvolvimento do *ego* e a relação com a realidade dependerão do grau de capacidade do *ego*, numa etapa muito recuada para tolerar as pressões das primeiras situações de ansiedade. (...) Uma quantidade suficiente de ansiedade é base necessária para a abundante formação de símbolos e de fantasias; para que a ansiedade possa ser satisfatoriamente elaborada e que o *ego* possa desenvolver-se com êxito, é essencial que o *ego* tenha adequada capacidade para tolerar a ansiedade. (p. 297-8, grifos do autor da tese).

Nesse trabalho Klein (1930) mostra o problema da inibição na formação de símbolos, através do relato do caso de seu paciente Dick, um menino autista de quatro anos, que não falava nem brincava, não demonstrava sinais de afeto ou ansiedade, era indiferente às pessoas, objetos e ao ambiente a seu redor. Interessava-se, apenas por trincos de portas, estações ferroviárias e trens. Conforme o ponto de vista kleiniano, a curiosidade e o interesse da criança pelo mundo externo, seriam uma conseqüência da possibilidade de sua mente, de forma crescente, ser capaz de fazer uma série de deslocamentos de seus afetos e interesses, inicialmente voltados a seu objeto original (mãe), para novos objetos – caminho que é percorrido pela via da simbolização. Klein percebeu ao longo da análise dessa criança, que a falta de reações e toda a paralisação de Dick estavam intimamente relacionadas ao medo de sua própria agressão, dirigida ao interior do corpo de sua mãe, em fantasia. Diante da intensa ansiedade despertada por essas fantasias, a mente de Dick passou a utilizar-se de poderosas defesas, contra essa ansiedade intolerável ao *ego*, o que resultou na paralisação de sua vida de fantasia e, conseqüentemente, impediu que a formação de símbolos se desenvolvesse. A autora concluiu que as perturbações na relação de diferenciação entre o *ego* e os objetos determinariam perturbações

⁹ Epistemofilia origina-se do grego *epistéme* e de *phillos*, que significa amigo (algo que se quer); em psicanálise, epistemofilia é o impulso inato da criança para conhecer as verdades dos fatos que estão ao seu redor e para os quais não encontra explicações.

na formação de símbolos, comprometendo a diferenciação entre o “símbolo” e o “objeto simbolizado” – questão que será explorada na obra de Segal (1983a).

Tendo o respaldo do material das brincadeiras e jogos infantis de seus pacientes crianças, em análise, Klein (1934) dá grande ênfase ao papel da fantasia na estruturação do psiquismo da criança e na determinação dos diversos quadros psicopatológicos. Afirma que “a função simbólica primária dos objetos externos habilita a fantasia a ser elaborada pelo ego, (...) e estabelece uma ponte entre o mundo interno e o interesse no mundo externo” (p.125). Acredita que os símbolos representam, principalmente, uma defesa contra a ansiedade, e também um modo de expressão criativa. Klein (1952) demonstra que o brincar é tão simbólico quanto a capacidade de usar palavras, apesar de também utilizar-se da descarga muscular. E também avança em relação à concepção freudiana até então vigente de fantasia, considerando sua origem inconsciente, a partir dos impulsos corporais e das primeiras sensações do bebê. Klein (1930) estabelece uma estreita ligação, entre as pulsões destrutivas (sadismo) e o desejo de conhecer. Relaciona os distúrbios de aprendizagem, da simbolização e do desenvolvimento intelectual às inibições do impulso epistemofílico decorrentes da exacerbação do sadismo.

Klein (1930, 1946) descreve a “posição esquizoparanóide¹⁰” como o momento inicial do desenvolvimento emocional e concebe a existência do ego já

¹⁰ No trabalho “Alguns Mecanismos Esquizóides”, Klein (1946) define a “Posição Esquizoparanóide”, como o período inicial da vida emocional entre o nascimento e o terceiro ou quarto mês de vida. Concebe a mente como um universo de objetos internos que se relacionam entre si através de fantasias inconscientes, existindo uma constante clivagem entre os objetos (bons x maus objetos) e entre as pulsões (de vida, as construtivas x de morte, as destrutivas) que constituiriam a realidade psíquica ou mundo interno do bebê. O objetivo do ego seria a união total (fusão) com o objeto ideal e a aniquilação total do objeto mau. Como a noção de ausência e falta seriam experiências de frustração intoleráveis para o bebê nesses primeiros meses de vida, a mente “criaria” objetos na fantasia, que seriam sentidos como “existindo” e estando “disponíveis”. As repetidas situações de gratificação do bebê proporcionadas realisticamente pela mãe, ocasionariam a introjeção do seio bom gratificador, formando o núcleo do ego, e tornando-se uma importante defesa contra a ansiedade. Seu papel seria também o de compensar os processos de divisão e dispersão, além de favorecer a integração e a força do ego. O bebê se relacionaria com sua mãe como um objeto parcial, dividido em bom (idealizado, se gratifica) e mau (persecutório, se frustra), mas, sobretudo, como um alvo das projeções do amor, ou da destrutividade do bebê. Chama a este processo de sadismo e acredita que quanto mais exacerbado ele for, mais o bebê sentiria estar o objeto em pedaços, e conseqüentemente, maiores riscos correria seu ego de ser dividido, e assim enfraquecer-se.

ao nascimento. A função desse ego rudimentar, nesse momento, seria defender-se ativamente da ação predominante das pulsões destrutivas e do temor de aniquilamento, decorrentes da inveja primária inata. Na perspectiva kleiniana, à medida que o ego evolui, a fantasia é substituída pela relação com a realidade. Todavia, tanto o desenvolvimento do ego como a relação com a realidade dependeriam, na visão dessa autora, da capacidade de o ego primitivo do bebê tolerar a pressão das primeiras ansiedades, inerentes ao processo evolutivo. O excesso de sadismo, contudo, despertaria mais ansiedade, e o ego, ainda não completamente desenvolvido, teria que enfrentar a tarefa, demasiado complexa, nessa etapa, de lidar com a ansiedade intensificada, requerida também para o estabelecimento do processo de formação de símbolos. O excesso de defesas egóicas, nesse caso, comprometeria seus processos de formação de símbolos e de aprendizagem.

A noção de simbolização, no referencial kleiniano, consiste na possibilidade de uma passagem exitosa do bebê pela “posição depressiva”¹¹, que se torna uma condição essencial para a aquisição da capacidade de simbolizar (Zimerman, 2001)

Somente ao atingir a “posição depressiva”, o bebê poderá fazer a integração e a unificação das partes de si mesmo, que nos momentos iniciais do desenvolvimento – na “posição esquizoparanóide”, encontravam-se separadas e dispersas. Os processos psíquicos de “reparação”¹², “gratidão”, “reconhecimento

¹¹ Conforme Klein (1934), em “A psicogênese dos estados maníaco-depressivos”, o ego, na “posição depressiva”, no período entre os quatro e doze meses de vida do bebê, estaria mais fortalecido e capaz de integrar seus aspectos dissociados. O bebê passaria a se relacionar com sua mãe (o outro), como um objeto total em decorrência de sua “recente” percepção de que a mãe que gratifica – objeto parcial, seio bom – é também a mãe que frustra – objeto parcial, seio mau – agora integrada, num só objeto mãe total. Surgiria daí a ambivalência, e uma mudança no foco da ansiedade do bebê, que agora se torna depressiva: por seu temor ao objeto mau e seu medo da perda ou inacessibilidade do objeto bom, que corresponderiam a vivências de que seu mundo interno também poderia ser danificado. Haveria o predomínio dos processos mentais introjetivos paralelamente à diminuição das projeções. Com a crescente integração egóica do bebê, a percepção dos objetos se tornaria menos deformada, assim como se intensificaria a discriminação entre as realidades interna e externa, ao mesmo tempo em que o objeto bom introjetado se instalaria na mente do bebê, formando o núcleo do ego, fortalecendo-o e se tornando uma importante defesa contra a ansiedade.

¹² Reparação: no sentido de “consertar” os danos que com a destrutividade de seu sadismo, em fantasia ou na realidade, o bebê imaginaria ter causado à mãe, seu objeto de amor e de ódio.

do objeto interno bom”, seriam tarefas inerentes à posição depressiva, que remetem verdadeiramente ao sentido de símbolo. (Klein, 1934; Zimerman, 2001; Mélega, 2003).

Mélega (2003) constata que Klein não propriamente formaliza uma conceituação teórica da formação simbólica, mas aborda a simbolização na “posição depressiva”, o que sua prática clínica psicanalítica com crianças possibilitou naquela ocasião. Com base nos avanços teórico-clínicos e técnicos de hoje, todavia, compreende-se que as elaborações kleinianas correspondem à etapa final do processo simbólico. No entanto, as idéias de Klein marcam e iluminam definitivamente todo o conhecimento teórico, técnico e clínico contemporâneo sobre os aspectos mais primitivos do psiquismo. Notadamente seu conceito de “identificação projetiva” do objeto interno é central para a compreensão dos estados mentais primitivos, objeto de estudo da psicanálise na atualidade.

1.1.5- Segal e a equação simbólica

Em “Notas a respeito da formação de símbolo”, texto que é ainda uma referência psicanalítica importante na atualidade, Segal (1983a) descreve os momentos iniciais do processo de simbolização, nos primórdios da vida mental, quando o bebê ainda se encontra na “posição esquizoparanóide”. Esse trabalho é uma continuação das idéias de Klein (1930) a respeito da relação entre a formação de símbolos e o desenvolvimento egóico.

A “Equação simbólica” é a expressão usada por Segal (1993a), para designar os símbolos primitivos na operação mental em que o objeto simbolizado é fantasiado, sentido e tratado como sendo tão concreto quanto o objeto original, como se fosse idêntico a ele. A autora afirma que essa equação é uma produção da mente, nos primeiros estágios do desenvolvimento do bebê ou na psicose, e sua finalidade seria a de negar a ausência do “objeto ideal” ou controlar um “objeto persecutório”.

Conforme Segal (1983a), o processo de formação de símbolos é uma atividade do ego, tentando lidar com as ansiedades que a relação com o objeto mobiliza: ao projetar parte do *self* nos objetos, e identificar parte dos objetos no *self*, o ego constrói seus símbolos mais primitivos. Este mecanismo de defesa egóica é a identificação projetiva: processo no qual, em fantasia, o bebê projetaria grandes partes de si mesmo no objeto e o objeto passaria a se identificar com as partes do eu (*self*), que é vivenciado como contendo-as. Sendo projetados para “fora” da mente, os objetos internos seriam identificados com partes do mundo externo, que passariam a representá-los. Segundo a autora, estas primeiras projeções e identificações mentais do bebê dão início ao processo de formação dos símbolos.

Apoiada na escola kleiniana, Segal (1983a, 1993a) atribui ao símbolo a função essencial de deslocar do objeto original a agressividade do bebê e “salvar” o objeto, minimizando, dessa forma, a culpa e o temor da perda. Os símbolos propriamente ditos (posição depressiva) são descritos como criações do ego, do mundo interno, que possibilitam ao bebê restaurar, recriar e novamente possuir o objeto original, agora com um sentido de realidade. Considera, assim, a simbolização como uma relação entre três termos: o ego, o objeto e o símbolo. A autora constata, a partir de seu trabalho clínico com psicóticos, que perturbações na relação do ego com os objetos determinariam perturbações na formação de símbolos, visto que os objetos a influenciam. “Em particular, perturbações na diferenciação entre o ego e o objeto conduzem a perturbações na diferenciação entre o símbolo e o objeto simbolizado, e, portanto, ao pensamento concreto.” (p.81).

Conforme essa psicanalista, a formação de símbolos comanda a capacidade de comunicação com o mundo interno e o mundo externo, e de ambos os “mundos” entre si. Como toda comunicação se faz através de símbolos, quando ocorrem perturbações esquizóides e esquizofrênicas nas relações objetais, acontece paralelamente uma perturbação na capacidade de comunicação. Então, qualquer parte de seu ego pode ser separada de outra parte, sem que nenhuma

possibilidade de comunicação esteja disponível entre elas. Isso porque tanto a diferenciação entre o ego e o objeto fica alterada, como faltariam meios de comunicação, já que os símbolos, sentidos de modo concreto, não estariam disponíveis para essa finalidade.

1.1.6- Bion e a função alfa

Bion elabora um modelo de mente essencialmente epistemológico, que se afasta dos modelos de mente freudiano e kleiniano. Bion (1962a) desenvolve sua idéia de que a mente possui dois modos de funcionamento: a rudimentar “protomente”, onde se dão as experiências sensoriais primitivas; e a “mente simbólica”, que é um desenvolvimento dessa, na qual se processa a atividade do pensamento. O pensar, para esse autor, resulta de um processo iniciado a partir da elaboração dessas experiências sensoriais e emocionais mais primitivas do bebê. A atividade de pensar não tem apenas o sentido de enfrentar e buscar solucionar conflitos, mas, notadamente, sua função é criar significados e viver no mundo de seus próprios significados, em oposição à simples adaptação ao mundo externo real, tal como ele é encontrado (Zimerman, 1995b).

Mélega (2003) comenta que a originalidade de Bion reside no fato de o autor deslocar o pensar da esfera estritamente intelectual, para afirmá-lo como intrínseco à vida emocional:

[...] o significado das emoções é o centro da questão (...) o desenvolvimento da personalidade depende do pensar sobre as emoções que são as que vinculam as relações e, a partir das quais, ‘sonhamos’: produzimos imagens oníricas, pensamentos-sonhos [...] (p.273).

Bion (1962a) chama de “função alfa” o processo psíquico que se origina dos dados sensoriais e emocionais para gerar conteúdos mentais, e os nomeia como “elementos alfa”. Estes elementos são capazes de armazenamento e utilização pela mente para a atividade de pensar, com a qualidade de dar

significação a essa experiência. Para o autor, o pensar se dá num aparelho que resulta de uma relação “continente-conteúdo”, e tem como protótipo a relação mãe-bebê. Considera indispensável que a criança construa um aparelho para pensar, originado no vínculo emocional entre a mãe e o bebê, a partir do modelo de inter-relação entre continente (mãe) e conteúdo (bebê). A mãe, com sua capacidade de *rêverie*, recebe e contém as identificações projetivas realistas de seu bebê e, com sua função alfa, dá significado e devolve ao bebê essas emoções transformadas, possibilitando assim, que ele as introjete e se identifique com o seu funcionamento mental. Os pensamentos, evolutivamente, classificam-se em pré-concepções, concepções ou pensamentos, além do uso de conceitos e abstrações pela criança (Bion, 1962a; Mélega, 2003; Zimerman, 1995c).

A emoção é o centro do significado da vida psíquica para Bion (1962a), o que contraria a crença vigente de que o pensar é um processo meramente intelectual. O autor considera o pensamento, as emoções e o conhecimento, aspectos da vida mental que são indissociados entre si. O “vínculo K” (inicial de *knowledge*), ou “vínculo do conhecimento”, descreve um tipo de vínculo emocional entre a mãe e o bebê, que tem como modelo essa inter-relação continente-conteúdo, e seu objetivo é aprender com a experiência emocional. Está ligado às verdades (ou mentiras, no caso do vínculo –K), e depende de diversos tipos e graus de defesa que o ego da criança utiliza, para lidar com o sofrimento mental, ou negá-lo (no caso do vínculo –K). (Bion, 1962b; Zimerman, 1995a).

Conforme esse autor, a formação do conhecimento e do pensamento, depende da capacidade de o ego do bebê tolerar em sua mente a angústia decorrente de suas frustrações frente às privações que são inerentes à vida. Assim, a criança tanto poderá fugir dessas frustrações, ao evitar conhecê-las (vínculo -K) e livrar-se do problema, porém não evitando a angústia; como através da atividade do pensar e do conhecer, poderá enfrentar a realidade, e aprender a modificá-la. O problema da aprendizagem, diz respeito ao vínculo K e está relacionado à relação continente-conteúdo. (Bion, 1962a; Zimerman, 1995d).

O desenvolvimento cognitivo da criança, segundo Bion (1962b), será mais ou menos exitoso em função da inter-relação entre a mãe real do bebê, suas capacidades de pensar, conhecer e conter as angústias do bebê; e a capacidade de formação de símbolos da criança.

Para esse psicanalista, a função do conhecimento está diretamente vinculada à capacidade de formação de símbolos, que possibilita a evolução mental e intelectual da criança, propicia a expansão do pensar, do conhecer, além do desenvolvimento das capacidades de abstrair, conceituar e generalizar da criança. (Bion, 1962 b).

Bion discorda do ponto de vista kleiniano de que a formação de símbolos, propriamente dita dá-se na “posição depressiva”, que se segue à “posição esquizoparanóide”. Momento em que o bebê, por não tolerar perdas, não chega a formar símbolos, e, sim, “equações simbólicas”. Bion propõe que os processos criativos inerentes ao conhecimento dão-se, ao longo da vida, num movimento alternativo entre essas duas referidas posições, contrariando a proposta kleiniana (1934, 1946) de um movimento progressivo unidirecional entre elas.

1.2- A simbolização na visão de Winnicott

“(…) Vamos poema de amor, levanta-te dentre os
vidros partidos
que chegou a hora de cantar.
Ajuda-me, poema de amor,
A restabelecer a integridade,
A cantar sobre a dor.”

Confesso que Vivi - Pablo Neruda

A compreensão winnicottiana do processo simbólico pressupõe uma trama cujos fios são seus conceitos de “ilusão”, “experiência de onipotência”, “criatividade primária”, “objetos e fenômenos transicionais” e o “brincar”; conceitos que remetem à sua Teoria do Desenvolvimento Emocional Primitivo. O uso da imaginação e o “gesto espontâneo” são considerados essenciais para a consolidação da experiência de *self* do bebê e o enriquecimento de sua realidade interna, que possibilita o surgimento dos processos simbólicos.

Instigado por sua rica experiência clínica de ter consultado cerca de 60.000 bebês, crianças, mães, pais, casais, avós, ao longo de quatro décadas, o pediatra inglês Winnicott, torna-se um psicanalista, como observa Khan (1988). Passa a atender então a pacientes de todas as idades, especialmente psicóticos e *borderlines*, crianças e adolescentes com tendências anti-sociais. A grande originalidade de suas idéias torna-o uma espécie de “pensador espontâneo”, como Green (2003a) o identifica. Suas contribuições clínicas e teóricas abordam temas complexos e fundamentais para a compreensão do psiquismo humano, e representam um significativo avanço na psicanálise e na psiquiatria.

Winnicott (1972) privilegia a participação da mãe real – objeto externo – na constituição do psiquismo de seu bebê. Interessa-se particularmente em compreender, na perspectiva do bebê, “a espécie de intimidade” peculiar a essa dupla, a comunicação silenciosa que se estabelece entre ambos e os processos

psíquicos mais primitivos que participam do desenvolvimento emocional do bebê. Do ponto de vista da mãe, interessa-se pelas qualidades que seu “cuidado materno” proporciona ao bebê nessa relação (Khan, 1988).

1.2.1- Os pressupostos básicos winnicottianos

Em seu estudo dos processos psíquicos e mecanismos psíquicos mais primitivos da infância, Winnicott (1990c) enfatiza o “fato da dependência” do bebê em relação a seu ambiente. Afirma que um bebê sozinho não existe, considerando ser uma abstração hipotética falar isoladamente de um bebê, sem incluir o “cuidado materno”, do qual o bebê é totalmente dependente. Winnicott classifica essa dependência em três etapas desenvolvimentais, quando se refere ao estágio de *holding* do cuidado materno e aponta suas repercussões no desenvolvimento psicológico do bebê¹³.

Na “dependência absoluta”, o bebê está fundido à mãe e não é capaz de perceber o cuidado materno nem exercer controle sobre o que faz bem ou mal; somente se beneficia ou sofre perturbações do ambiente (Fase de “*holding*”).

Na “dependência relativa” “a mãe apresenta o mundo” ao bebê, e seu ego agora integrado, proporciona-lhe a capacidade de perceber que é separado da mãe, e lhe permite fazer a discriminação Eu–não-eu. O bebê dá-se conta de sua necessidade dos cuidados maternos e pode ainda, relacioná-los de forma crescente a seus impulsos pessoais (fase de “viver com”). Nesse momento desenvolvimental iniciam-se os rudimentos da compreensão intelectual do bebê e surgem os “fenômenos transicionais”. Momentos de falha materna gradual (desadaptação da mãe) podem, nesse momento, ser tolerados pelo ego do bebê. Essa “mãe suficientemente boa” introduzirá seu bebê na “desilusão” gradual de que ele possui o objeto, mas, ele (bebê) não é o objeto que agora se torna um

¹³ Embora não classifique essas etapas de dependência em função, necessariamente, de determinada idade cronológica do bebê, Abram (2000) mostra que, ao longo de sua obra, Winnicott (1963a) localiza a “dependência absoluta” do nascimento aos primeiros três ou quatro meses; a “dependência relativa”, dos seis meses aos dois anos de vida, e a etapa “rumo à independência” tem início quando o bebê, que ainda engatinha, ultrapassa as etapas anteriores.

“objeto objetivamente percebido”, da realidade externa compartilhada. Quando na realidade, o precursor desse processo foi o fato de a mãe ter oferecido o seio ao bebê, no momento exato em que ele precisava tê-lo encontrado. O bebê confiou na sua crença onipotente de tê-lo “criado”, quando se encontrava no início de seu desenvolvimento emocional primitivo, na “dependência absoluta”. O fato de o bebê, a partir da “experiência de ilusão” proporcionada pela mãe, sentir-se capaz de “criar o mundo”, é o precursor da capacidade simbólica.

O bebê desenvolve meios para conseguir viver sem o cuidado materno, quando já se encontra no período do desenvolvimento emocional “rumo à independência”. É então, capaz de acumular memórias de sua maternagem, da projeção de suas necessidades pessoais e da introjeção do cuidado materno. Desenvolve a confiança no ambiente e passa a contar, a partir de então, com sua capacidade de compreensão intelectual para se relacionar com o mundo (fase de “relações objetais”). (Winnicott, 1990c; 1990e; Davis e Wallbridge, 1982a; 1982d).

Winnicott (1990e) chama atenção para uma questão fundamental, em relação ao fato da dependência do bebê: “[...] o ambiente favorável torna possível o progresso continuado dos processos de maturação. Mas o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses possibilita à criança concretizar seu potencial. [...]” (p. 81). Winnicott (1990a) identifica três situações no início do processo de desenvolvimento emocional: “em um extremo há a hereditariedade; no outro extremo há o ambiente, que apóia ou falha e traumatiza; e no meio está o indivíduo vivendo, se defendendo e crescendo” (p.125). Para Winnicott (1990f), quando a provisão ambiental básica inicial falha, os processos de maturação são perturbados.

Se a provisão ambiental adapta-se de maneira máxima às necessidades do bebê, seu potencial herdado pode se realizar, e segue sua tendência inata ao crescimento e ao desenvolvimento emocional, sendo guiado pelo processo maturacional, diz Winnicott (1988d):

[...] O centro de gravidade do ser não começa no indivíduo. Está na organização total. Através de um cuidado suficientemente bom da criança, da técnica, do *holding* e do manejo geral, a casca é gradualmente conquistada e o cerne (que o tempo todo nos pareceu ser um bebê humano) pode começar a ser um indivíduo. (...) Sem uma técnica de cuidado materno suficientemente boa, o novo ser humano não tem qualquer chance. Com uma técnica suficientemente boa, o centro de gravidade que está na organização meio ambiente-indivíduo, tem a possibilidade de se alojar no centro, no cerne, em vez de na casca. (p.208, grifos do autor da tese).

Ao nascer, o bebê precisa que sua mãe reconheça seu estado de dependência e “adapte-se perfeitamente” às suas necessidades, para que ele cresça satisfatoriamente, física e emocionalmente no sentido da saúde. Isso é possível desde que a mãe vivencie o estado de “preocupação materna primária” (1988f), isto é, o estado de sensibilidade aumentada que lhe permite uma intensa identificação com seu bebê. Essa “mãe suficientemente boa”¹⁴, no início do desenvolvimento emocional, é o “ambiente facilitador ou favorável”¹⁵., embora, sob o ponto de vista do bebê na “dependência absoluta”, ele não tenha qualquer noção dos cuidados oferecidos pela mãe, nem dessa sua condição de dependência. A partir de sua “experiência de onipotência”, nesse momento, a vivência afetiva do bebê seria a de estar fundido à mãe, (sua mãe “é” ele próprio). Essas condições favoráveis do “ambiente suficientemente bom” asseguram o processo de maturação do bebê.

¹⁴ Em uma carta endereçada a Roger Money-Kyrle em 1952, Winnicott emprega pela primeira vez esse termo que diz respeito à adaptação da mãe às necessidades do seu bebê recém-nascido (Abram, 2000, p. 144).

¹⁵ O ambiente facilitador, para Winnicott (1999d) “requer uma qualidade humana, e não uma perfeição mecânica” (p. 139). Trata-se não de uma mãe “perfeita”, mas de alguém capaz de um alto grau de adaptação (máxima) no atendimento às necessidades do bebê, de modo a permitir que seu potencial maturacional se torne realidade para aquela criança específica. Essa provisão ambiental satisfatória da mãe, no início da vida emocional do bebê, garante a continuidade da linha de vida da criança no sentido da saúde, e estabelece as bases de sua confiança no ambiente (confiabilidade humana).

Seu desenvolvimento emocional prosseguirá no sentido da integração e da evolução do ego e do *self*¹⁶. Nesse contexto, o meio ambiente é descoberto através de um movimento espontâneo do bebê, sem que haja uma perda do sentido de sua experiência de *self* (Winnicott, 1988c).

Winnicott (1988a) situa o desenvolvimento emocional primitivo como o período que se estende desde o final da gravidez, quando a mãe se encontra no estado emocional de sensibilidade aumentada, que chama de “preocupação materna primária” (1988g) até, aproximadamente, os primeiros cinco ou seis meses de idade do bebê. Por ocasião desse período de “dependência absoluta”, concebe a existência de “um estado de não-integração primária”¹⁷ do bebê, momento em que desenvolvimentalmente, dá-se a construção de sua realidade interna. A “realidade interna”, para Winnicott (1988b), é a atividade da “fantasia” que opera, desde o início da vida do bebê, como um processo mental de natureza primitiva, de “elaboração imaginativa muito simples de partes, sentimentos e funções somáticas, isto é, da vivência física”. (p. 411). Para o autor, a mente não existe como uma entidade, mas, como uma função do funcionamento do psique-soma. O termo psique é usado na obra de Winnicott como sinônimo de fantasia e de “realidade interna ou psíquica” (Davis e Wallbridge, 1982b).

O conceito de mente winnicottiano remete ao estudo do desenvolvimento do indivíduo em sua totalidade, desde os primórdios da existência psicossomática de bebê. Tal “parceria” ou “abrigo psicossomático” do desenvolvimento infantil, como se refere Winnicott (1999d) depende em grande

¹⁶ Winnicott (1988g) emprega o termo *self* como um conceito mais geral, que diz respeito à constituição de um sujeito, um ser. “É uma soma de experiências de repouso, motilidade espontânea, sensação, retorno da atividade ao repouso e o gradual estabelecimento de uma capacidade de aguardar a recuperação das aniquilações que resultam das invasões ambientais (p. 498)”. O *self* inclui o ego e está relacionado à vida impulsiva. Abram (2000) esclarece que a utilização do termo ego por Winnicott é imprecisa ao longo de sua obra. Neste capítulo o ego é definido por Winnicott como um aspecto do *self* que especificamente auxilia a integração da experiência. (p. 122)

¹⁷ Essa experiência de não-integração é precursora da capacidade do bebê e do adulto de relaxar, ser inconseqüente, gostar de ficar sozinho. Está associada à “experiência de ser”, à criatividade, às experiências simbólicas e ao prazer pelas atividades culturais. Futuramente, Winnicott a identificará como “a capacidade de estar só”, que considera um importante indicador de maturidade emocional (Davis, 1982; Abram, 2000).

parte do cuidado físico (*handling*) proporcionado pela mãe ao bebê ao segurá-lo, manipulá-lo fisicamente, banhá-lo, alimentá-lo. Tais experiências favorecem a aquisição de um “psique-soma” pelo bebê e futuramente, proporcionarão à criança e ao adolescente, vivências prazerosas relacionadas ao uso do corpo e de suas funções. (Davis e Wallbridge, 1982c).

O desenvolvimento saudável do psique-soma requer, em seu início, uma adaptação máxima da “mãe suficientemente boa” às “necessidades do ego” e às tensões pulsionais vivenciadas pelo bebê. Isso permitirá que a continuidade da existência do bebê não seja perturbada e garantirá que seu desenvolvimento mental prossiga naturalmente. Será ainda função da mãe, fornecer a seu bebê um fracasso gradual dessa adaptação ativa máxima, quando se torna crescente a habilidade do bebê de utilizar sua atividade mental ou compreensão para compensar esse fracasso materno relativo.

À medida que o desenvolvimento neurológico do bebê prossegue, essa “realidade interna” gradativamente torna-se uma experiência mais ampla e complexa, dando origem ao mundo interno. Como Winnicott futuramente afirmará, a “realidade interna” pressupõe que o bebê já evoluiu a um estado de unidade, tendo “uma membrana limitadora e uma parte de dentro e outra de fora” (1990d, p.15). Isto é, em circunstâncias favoráveis, a pele limita o eu e o não-eu, e a psique, habitando o soma, dá início à vida psicossomática do bebê.

A vida psíquica do bebê surge, então, no momento em que seu ego começa a se desenvolver, no “período de dependência absoluta”. Winnicott (1990d) emprega a palavra ego, para descrever a parte da personalidade que, nas condições favoráveis de uma “maternagem suficientemente boa” (capaz de atender às necessidades físicas e emocionais de dependência do bebê), tende a se integrar em uma unidade, e garante a “continuidade da linha de vida do bebê”.

Ao descrever um bebê nos primórdios da vida, Winnicott (1990d) diz:

[...] o que existe é uma certa quantidade de anatomia e fisiologia e, além disso, um potencial para o desenvolvimento numa personalidade humana. Há uma tendência geral no sentido do crescimento físico e uma tendência ao desenvolvimento na parte psíquica da associação psicossomática; existem tendências herdadas tanto na área física quanto na psicológica, e estas tendências, do lado da psique, incluem aquelas que conduzem à integração ou à consecução da integralidade. [...] nada do que tenha sido parte da experiência de um indivíduo se perde ou pode ser perdido [...] (p. 35-36, grifos do autor da tese)

É no apoio egóico da mãe que se forja a matriz para o desenvolvimento do ego do bebê a partir da “relação mãe-bebê suficientemente boa”. Winnicott (1990d) identifica três tendências que caracterizam o desenvolvimento do ego do bebê: a “integração”, a “personalização” e as “relações objetais” (ou “realização”) no sentido do progresso dos processos de maturação. Essas realizações são interdependentes e requerem “cuidados suficientemente bons” da mãe capaz de exercer as seguintes funções: o “*holding*”, o “*handling*” (ou “manejo”) e a “apresentação de objetos”.

Do ponto de vista do desenvolvimento do ego do bebê, a “integração” é a técnica do cuidado infantil associada às experiências instintuais que tendem a tornar a mente do bebê uma unidade a partir do interior. Nesse momento fundante do desenvolvimento do ego, os cuidados da “mãe suficientemente boa” a seu bebê envolvem as funções do *holding* materno, que é o suporte confiável em termos da adaptação materna ao bebê, e lhe proporciona uma “provisão ambiental” total. O bebê, de início, no estágio de preocupação (*concern*), conquista a noção do “eu”, que contém a idéia de que “todo o resto é não-eu”.

Quando tem início a aquisição emocional da “personalização” (ou “inserção psicossomática”), a mente do bebê é capaz de estabelecer a noção do “Eu sou”: Eu existo, como uma conseqüência da experiência de “*handling*” (ou “manejo”) proporcionada pela mãe. Nessa ocasião, na mente do bebê, a

unidade fusional inicial mãe-bebê é substituída pela sua unidade de *self*, – o “Eu sou” –. O bebê, pela primeira vez, vivencia a noção de possuir um *self* e ter uma individualidade. A partir de então, terá uma interação introjetiva e projetiva com o “não-eu”. Esse mundo da realidade compartilhada será “devolvido” à mente do bebê pela função especular de sua mãe. Se tudo continua correndo bem em seu desenvolvimento emocional, na “personalização”, o bebê conquistará no estágio do “Eu sou”, um ego corporal com a inserção e a coesão psicossomáticas. (Winnicott, 1990d; 1999c). A unidade de *self* do bebê está agora dentro do seu corpo, na corporeidade, e a pele será uma membrana limitadora. O bebê tem a experiência de possuir um dentro e um fora, pode exercer a função do incorporar e do expelir, viver novas experiências motoras e sensoriais e apresentar um sentimento persecutório relacionado à recusa do “não-eu”. A experiência de “*handling*” (ou “manejo”) que a mãe proporciona a seu bebê, com seus cuidados físicos de pegá-lo ao colo, dar-lhe banho, trocá-lo, ajuda o bebê a juntar as partes de si mesmo, originalmente sentidas por ele como fragmentadas e sem conexão entre si.

O bebê começa a estabelecer “relações objetais” (ou “realização”), a partir da experiência da “maternagem suficientemente boa”. A mãe apresenta o mundo a seu bebê e permite que ele viva a experiência de ilusão, que o faz acreditar que ele pode “criar o mundo” (a princípio, sua realidade interna ou mental, e posteriormente, a realidade externa compartilhada). Essa aquisição é precursora da capacidade de formação de símbolos da criança. É ainda, essa “mãe suficientemente boa” quem introduz o “objeto subjetivo” que satisfaz as necessidades do seu bebê. Essa “apresentação do objeto” pela mãe permitirá que a “experiência de onipotência” do bebê não seja violada, e isso fará com que o bebê acredite, nesta fase inicial, que ele próprio é capaz de criar o objeto (seio), quando na realidade, o objeto (seio) estava lá o tempo todo. Foi a mãe quem permitiu que ele o encontrasse, ao tê-lo oferecido ao bebê, no momento exato e no local em que o bebê foi procurá-lo. Esta experiência constitui um paradoxo, pois o bebê não poderia ter criado o objeto, se ele já existia. Winnicott (1975d; 1990d; 1990h) propõe que o paradoxo seja sempre tolerado e aceito, mas nunca

resolvido. A tarefa final da mãe nesse momento desenvolvimental consiste em, gradativamente, “desiludir” seu bebê de modo que a realidade externa compartilhada venha a se impor como uma conseqüência natural desse processo de “ilusão/desilusão” (e o objeto torna-se então, “objetivamente percebido” pelo bebê).

O ego incipiente e frágil do bebê é fortalecido pelo apoio egóico da mãe, também, através da imagem internalizada que ela tem da criança em sua mente, como um ser completo. Sempre que olha para o rosto da mãe, o bebê vê a si mesmo. É exatamente a partir desse olhar especular da mãe, que o bebê pode se ver por inteiro pela primeira vez. (Winnicott, 1975c). Se a mãe não é “suficientemente boa”, esse frágil ego do bebê não é capaz de sozinho dar início aos processos de maturação ou “ao fazê-lo, o desenvolvimento do ego ocorre necessariamente distorcido em certos aspectos vitalmente importantes” (p.56).

Sempre que o bebê tem sua “continuidade de ser” interrompida em decorrência das falhas ambientais, ocorre o enfraquecimento de seu ego, (Winnicott, 1990c). Essas interrupções são vividas pelo bebê como ameaças de aniquilamento associadas a um sofrimento psíquico com a qualidade e a intensidade das “agonias primitivas” ou “ansiedades impensáveis”¹⁸. Quando a “continuidade de ser” é interrompida por reações prolongadas, a vivência do bebê é de um sentimento de desamparo. Tal interrupção o levará a organizar defesas egóicas para enfrentar essa experiência traumática, resultando em alguma falha no estabelecimento da estrutura de sua personalidade e na organização de seu ego. Num estágio posterior de seu desenvolvimento emocional, o desenvolvimento egóico do bebê o capacita a sentir raiva frente às falhas de adaptação ambiental (Winnicott, 1994c).

Conforme Winnicott (1990e) o crescimento emocional e o acúmulo das experiências do bebê incluem a história completa do id, das pulsões e suas vicissitudes, além das histórias de defesa do ego relativas às pulsões. Quando

¹⁸ Winnicott (1994a) relacionou-as a: despedaçar-se; cair para sempre; não ter relação com o corpo; não ter orientação; isolamento completo por não existirem meios de comunicação.

fusionado com sua mãe e o ego materno, na sua função de *holding*, a mãe satisfaz o bebê não em relação às suas necessidades pulsionais (os impulsos do id), mas evita frustrar a experiência pulsional do ego. Apenas sob a condição de adaptação às necessidades do ego é que os impulsos do id (sendo satisfeitos ou frustrados) “se tornam experiência para o indivíduo” (Winnicott, 1990g).

De acordo com Valler (1990),

[...] não é a satisfação pulsional que possibilita ao bebê ter um *self* e sentir-se real. Dessa forma, a questão do significado da experiência pulsional (o ego) recebe de Winnicott maior consideração que o conceito de gratificação pulsional (id). (p. 158).

Winnicott (1990e) acredita que o bebê, ao final da metade de seu primeiro ano de vida, alcança a integração que consolida em diferentes graus a maioria dos processos que se iniciaram nos primórdios de sua vida emocional. À medida que atinge períodos mais longos de integração, o bebê tem o desafio de lidar com o exterior, o meio ambiente (não-eu) ou realidade compartilhada. Caberá à “mãe suficientemente boa”, por sua capacidade de identificação com o bebê, fornecer a ele o isolamento necessário, garantindo que seu *self* não seja invadido por este meio ambiente, que o bebê descobre com seu “gesto espontâneo” (Winnicott, 1988a):

[...] A mãe tem como tarefa proteger seu bebê de complicações que ele não pode entender ainda, e continuar a fornecer, de maneira uniforme, o pedacinho simplificado de mundo que a criança, através dela, passa a conhecer. [...] (p.280).

Novamente, a “mãe suficientemente boa”, crescentemente apresenta uma porção de “realidade compartilhada” a seu bebê, satisfazendo sua gradativa capacidade de usufruí-la. O bebê através da “experiência de ilusão” desenvolve novos processos mentais em torno dos quatro e seis meses aos oito e doze meses, quando tem início a separação entre o eu (bebê) e o não-eu (mãe). Nessa ocasião, o bebê abandona o período de “dependência absoluta” para ingressar na

“dependência relativa”. De acordo com Abram (2000), o uso da ilusão conduz o bebê ao uso dos símbolos e ao uso de um objeto. A vivência de fusão do bebê com sua mãe é então substituída por sua relação de contigüidade com ela, como alguém separado e externo.

O “uso do objeto” une simbolicamente a mãe e o bebê que estão agora separados. Representa uma alternativa para que o bebê aceite a realidade da separação, o que fortalece a constituição de sua realidade interna e seu crescente contato com a realidade externa. Nesse processo torna-se, portanto, crucial para o bebê ser respeitado pela mãe em sua necessidade de viver a “experiência de ilusão”, em relação ao seio materno. Somente a “mãe suficientemente boa” é capaz de intuir o momento exato em que o bebê necessita do seio real, e o oferece exatamente quando o bebê está pronto para “criá-lo” na fantasia, acreditando ter sido capaz de criar o seio (objeto) como parte de seu próprio corpo, e de mantê-lo sob o controle mágico de sua mente.

É nesse “período de dependência relativa” que caberá à mãe (ou ao terapeuta, na situação analítica) ajudar, gradualmente, seu bebê (ou o paciente) na “desilusão” dessa “ilusão”, até que a criança perceba que ela tem a posse do objeto, mas que ela não é o objeto (seio). A percepção do bebê da realidade externa relaciona-se à crença na sua capacidade de criar o mundo, que corresponde à noção winnicottiana da formação de símbolos.

Winnicott (1975a) lembra que, “a onipotência é quase um fato da experiência” (p.26). Os conceitos winnicottianos de “objeto subjetivamente concebido” e “objeto objetivamente percebido” apresentados anteriormente, neste estudo, remetem a uma área intermediária a que esse autor se refere como “a área que é concedida ao bebê entre a criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste da realidade”. (p.26).

O original conceito de transicionalidade proposto por Winnicott (1975a), que diz respeito aos “fenômenos e objetos transicionais”– também denominados de terceira área, área intermediária, espaço potencial, local de repouso ou

localização da experiência cultural – consiste numa “dimensão do viver” que não faz parte propriamente nem da realidade interna, nem da externa, mas é o espaço em que ambas se encontram, e separam o interior do exterior.

A aproximação da realidade externa, conseqüente ao abandono da condição de fusão com a mãe, o objeto amado, resulta numa perda afetiva para o bebê, que só é tolerada quando as trocas simbólicas acontecem. É essa vivência da transicionalidade pelo bebê, quando emerge o terceiro elemento entre ele e a mãe, que lhe permite tolerar a separação da mãe, como Bittencourt (1997) ressalta. As raízes do simbolismo na visão winnicottiana, encontram-se nesse “terceiro espaço”, na passagem do mundo interno do “objeto subjetivamente concebido” pelo bebê, para o mundo real do “objeto objetivamente percebido” por ele.

Os “fenômenos transicionais” podem incluir as atividades auto-eróticas mais diretamente relacionadas ao erotismo oral (chupar o dedo, chupar o punho), ou existir isoladamente delas, podendo ser também o balbucio de um bebê ou o entoar de uma canção por uma criança mais velha. O “objeto transicional” é a “primeira possessão não-eu do bebê”. Esse objeto – ursinho, boneca, a ponta do cobertor, entre outros – é escolhido pelo bebê, e seu uso, geralmente, acontece na hora em que o bebê se prepara para dormir, momento em que, ao separar-se da mãe, o bebê utiliza-o como uma defesa contra a ansiedade depressiva. À medida que o desenvolvimento emocional do bebê progride, o objeto transicional perde seu significado, não é esquecido nem pranteado, pois se tornam difusos, espalhando-se, conforme Winnicott (1975a) entre a realidade psíquica interna e o mundo externo.

Como Winnicott (1975d) comenta, uma característica essencial desse espaço potencial, é a existência de um paradoxo que deve ser aceito e respeitado pela mãe, porém, nunca solucionado. “O bebê cria o objeto, mas o objeto ali estava, à espera de ser criado” (p.124).

A importância e o valor da ilusão e da transicionalidade no estabelecimento dessa relação do bebê com a realidade externa, é ressaltada por Winnicott (1990h). Como Roussillon (2006) observa, as “experiências transicionais” winnicottianas têm origem nos componentes pulsionais, embora esse psicanalista não seja, como Klein, um “prisioneiro” da concepção de pulsão como um ataque violentador. A ênfase de Winnicott em relação à experiência transicional, recai sobre a exigência de trabalho psíquico imposta à criança, isto é, seu aspecto de não ultrapassar a capacidade de ligação entre os processos psíquicos. Assim Roussillon (2006) explica:

[...] uma harmonia suficiente entre o ritmo interno, o traço interno, da experiência de satisfação e a percepção exterior. É essa harmonia, esse harmonizar, que caracteriza “o objeto encontrado/criado”, mais do que a ausência de elementos pulsionais. (p. 236).

Os objetos e fenômenos que Winnicott (1975a) descreve como pertencentes a este tipo de “experiências transicionais” supõem a existência de um estado temporário próprio da primeira infância, onde é permitido ao bebê ter um controle mágico e onipotente sobre a “realidade externa”. O conceito de transicionalidade é o próprio paradoxo vivido!

Para suportar os períodos de separação da mãe, o bebê precisa ser capaz de viver no “espaço potencial”, pois é o objeto transicional que dá origem à atividade representacional do outro, pelo bebê, na concepção winnicottiana. Paradoxalmente ao criar a mãe ausente, o bebê cria a si mesmo, pois o seu próprio *self* só é possível de ser descoberto através do processo da atividade criativa. Para Winnicott (1975g), “a criatividade relaciona-se ao estar vivo (...) relaciona-se com a abordagem do indivíduo à realidade externa” (p. 98), entendendo que o “viver criativo” opõe-se à submissão ao ambiente e ao estabelecimento de um falso *self*. O autor observa ainda, que a criatividade está diretamente relacionada “à qualidade e à quantidade de provisões ambientais no começo ou nas fases primitivas da experiência de vida de cada bebê” (p. 102-3).

Os fenômenos transicionais winnicottianos estão decisivamente vinculados ao brincar e à criatividade. É com o jogo, a imaginação e o “faz de conta”, que o mundo pode apresentar materialidade e/ou presentificar o que está ausente, por meio da simbolização. Goldstein (1994) lembra que nesse processo, é a ilusão que exerce o papel de anunciar a esperança do reencontro ou reunião simbólica do bebê com sua mãe, e ao mesmo tempo, garantir sua vivência subjetiva básica de unidade e continuidade, frente a seus estados de perda e incompletude, reunião e completude, que se alternam e se sucedem, ao longo da vida.

O “brincar”, assim como o “objeto transicional”, é também uma aquisição estruturante central na teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott (1975e; 1975f). Brincar enriquece a experiência de viver, e também representa uma ponte entre o mundo interno e o mundo externo, através do “espaço transicional”. A experiência do brincar para o bebê, para a criança e para o adulto, significa a possibilidade de viver criativamente, e constitui uma matriz da experiência de *self*. O brincar é uma porta de entrada para o inconsciente. A psicoterapia acontece na sobreposição das áreas de brincar do paciente e do terapeuta.

A importância do brincar, para Winnicott (1975e), reside na possibilidade de a criança estabelecer um interjogo entre a realidade psíquica pessoal e experiência de controle sobre os objetos reais. “É somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (*self*)” (p.80).

1.2.2- A simbolização

A construção da subjetividade não é possível enquanto o bebê mantém a ilusão de estar fusionado com a mãe, formando a unidade mãe-bebê. Embora, a mãe e o bebê existam separadamente, realisticamente, sob o ponto de vista do

bebê, a mãe existe apenas sob a forma de um “meio ambiente” que lhe fornece *holding*. Nesse momento de seu desenvolvimento emocional, o bebê relaciona-se unicamente com o “objeto subjetivamente concebido”. Gradativamente começa a entrar em contato com o princípio da realidade, embora o bebê continue mantendo relações em algumas áreas de seu mundo mental, com os “objetos subjetivos”, enquanto, em outras, já consegue relacionar-se com “objetos objetivamente percebidos”, ou objetos não-eu. Sua adaptação à realidade é permeada por sua “experiência de onipotência”, e culmina com o predomínio de seu relacionamento com o “objeto objetivamente percebido”. Esta passagem do bebê do relacionamento ao uso do objeto, remete à noção winnicottiana de “destruição do objeto” (subjetivo) pelo bebê. Com a sobrevivência do objeto à agressividade que lhe foi dirigida pelo bebê, surge o processo mental da fantasia, que consiste na possibilidade de o bebê usar “na realidade”, o objeto que sobreviveu à sua destruição “em fantasia”. Essa experiência possibilita ao bebê começar a construção de sua própria história pessoal... (Winnicott, 1975d; Goldstein, 1994).

Tornando-se a realidade externa uma experiência possível de ser percebida e compartilhada, o bebê vive então, a experiência de estar separado da mãe e conquista sua subjetividade. Nesse momento, ele é capaz de distinguir entre o símbolo (o pensamento) e o que é simbolizado (aquilo sobre o que consegue pensar). Durante esse processo, diz Winnicott (1990b), o bebê passa a acreditar e confiar na realidade externa, e seu desenvolvimento emocional prossegue normalmente. A partir de então o bebê pode imaginar e brincar. “Isto é a base do símbolo que de início é, ao mesmo tempo, espontaneidade e alucinação, e também, o objeto externo criado” (p. 133).

Todavia, se a adaptação da mãe a essas alucinações e impulsos espontâneos do bebê não é “suficientemente boa”, a capacidade de imaginar e brincar da criança é prejudicada. Do mesmo modo, o processo do uso de símbolos não tem início ou se torna fragmentado, porque o investimento objetal do bebê não acontece. Assim, seu desenvolvimento egóico fica comprometido. O bebê sobrevive, mas sobrevive falsamente, desenvolvendo defensivamente uma

estrutura mental falso *self*, que se submete às exigências do ambiente e, nessa circunstância, o bebê perde a crença e a confiança no ambiente.

Como observa Forlenza Neto (1996), Winnicott opõe-se à dicotomia vigente no século XIX entre razão e imaginação, objetividade e subjetividade, interno e externo, ao propor uma terceira área, a área transicional, baseada na experiência interpessoal. Aponta que Winnicott rompe o limite entre a razão e a imaginação, ao conceber a contínua interação entre a capacidade imaginativa do bebê como fonte de conhecimento, e a emergência do processo criativo – seu “gesto espontâneo” e expressão do “*self* verdadeiro em ação”–. Esse psicanalista reafirma ainda, a idéia winnicottiana de que só o “*self* verdadeiro” é capaz de ser criativo e “se sentir real”. Em contraste ao relacionamento de submissão do bebê à realidade externa, que não é um modo saudável de viver, mas, a expressão do sentido de inutilidade “falso *self*”, associado à noção de que “não vale a pena viver a vida” (Winnicott, 1990b; 1975g).

Winnicott (1994b) fala especificamente sobre o pensar como uma função mental, no ensaio “Uma nova luz sobre o pensar infantil”. Concebe, inicialmente, a mente como um aspecto da função de catalogar, categorizar e comparar, possibilitando o acesso às lembranças antes que, através da repressão primária ou secundária, elas se percam e desapareçam na mente consciente. O desenvolvimento intelectual pode ter início, muito precocemente, com o desenvolvimento prematuro do ego para compensar o fracasso e a incapacidade materna de adaptar-se às suas necessidades. A vivência do bebê frente ao fracasso materno pode levá-lo a “sobreviver” por meio de sua mente, circunstância em que o pensar se transforma no substituto do cuidado e da adaptação maternas; como diz Winnicott, quando “o bebê ‘serve de mãe’ para si mesmo” (p.122). Contudo, esse uso da inteligência do bebê estaria ocultando certo grau de privação e a ameaça de caos mental, vivenciados por ele. No desenvolvimento emocional saudável, o pensar faz parte do impulso criativo, é um dos aspectos do processo que promove sua integração mental, que se encaminha do caos à

compreensão, da ignorância ao conhecimento, e tem a possibilidade de predizer aspectos da dependência para a independência do bebê.

Winnicott (1994d), em “O pensar e a formação de símbolos” retoma idéias já apresentadas em 1949, de que o pensar surge como uma maneira pessoal de o bebê lidar com o fracasso graduado da adaptação materna às suas necessidades desenvolvimentais. Desse processo, pode surgir uma patologia – uma “adaptação atormentadora” ou “um fracasso da adaptação” – decorrentes da atitude materna inadequada. Nessa circunstância, a necessidade de pensar se torna exacerbada, e a função do pensar se torna forçada, assumindo uma função nova ou secundária, ao perder seu lugar como um aspecto especializado, para assumir uma parte do papel da mãe.

[...] O funcionamento mental tornando-se uma coisa em si, praticamente substituindo a mãe boa e tornando-a desnecessária. (...) clinicamente, isto pode acompanhar a dependência da mãe real e um falso crescimento pessoal, com base em submissão [...] (p.167, grifos do autor da tese).

Winnicott 1994d, se refere a esse processo em que a mente do bebê vivencia um intenso grau de cisão (ou desespero acerca da integração), como “um fracasso do pensar” ou a “exploração do intelecto”. Pode, também, dar origem a uma defesa mental bem sucedida, isto é, o desenvolvimento de uma estrutura mental falso *self*, na qual, o pensar compensa ou substitui o cuidado materno, havendo uma dissociação entre a existência psicossomática do bebê e sua mente, que se torna o falso *self* encarnado.

Winnicott (1990b) volta a destacar a tendência à hipertrofia da intelectualização no falso *self*, sendo a atividade mental do bebê organizada de modo hiperespecializado. Contrariamente à expressão de seu “gesto espontâneo” e de sua “criatividade”, deixa de ser fiel à “realidade interna” do bebê, para se constituir segundo o que supõe ser a necessidade do ambiente – sua mãe – a quem se submete. Em termos da economia psíquica, a mente do bebê

constantemente vivencia um estado de tensão interna, que acarreta um prejuízo no vigor intelectual e resulta na perda de uma função do ego.

Conforme o autor, nessa estruturação psíquica falso *self*, o processo de formação de símbolos pode sofrer prejuízos, ou mesmo não chegar a acontecer. Pois, no lugar dos registros psíquicos de liga e união, a vivência emocional do bebê é de não-integração e de separação, e essa fragmentação bloqueia e impede o livre desencadeamento do processo de formação de símbolos.

1.2.3- O trauma: reação à intrusão e trauma acumulativo

O conceito de trauma tem sido uma idéia familiar na literatura psicanalítica, desde que foi usado pela primeira vez por Freud (1980a) na etiologia da histeria, entre 1892 e 1897. O trauma ou traumatismo psíquico é definido por Laplanche e Pontalis (2004), como:

[...] todo acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica. Em termos econômicos, o traumatismo caracteriza-se por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito e à sua capacidade de dominar e de elaborar psicologicamente estas excitações (p.522).

Winnicott (1994c) emprega o conceito de trauma numa nova abordagem. Denomina “intrusão” (*impingement*) o que interrompe a “continuidade do ser” (*going on being*) do bebê, e é produzido, essencialmente, pela reação do bebê como resposta ao ambiente. Sendo a intrusão muito intensa, ou acontecendo prematuramente – num momento em que o bebê ainda não pode dispor de recursos egóicos suficientes para enfrentá-la –, seu resultado será traumático. Se o ego do bebê ainda não se encontra suficientemente desenvolvido para incorporar as excitações do id, ou é ainda frágil demais para

lidar com as frustrações, essas excitações se tornam traumáticas por serem vividas como intrusões que podem inibir ou mesmo paralisar sua experiência de “continuidade do ser” (*going on being*).

Winnicott (1975b) argumenta que o *timminng* da mãe no atendimento às necessidades do bebê é um fator crucial para que se desenvolva o processo de internalização do objeto externo em sua mente. Descreve-o de forma particularmente vívida:

[...] O sentimento de que a mãe existe dura x minutos. Se a mãe ficar distante mais que x minutos, então a imago se esmaece, e juntamente com ela, cessa a capacidade do bebê utilizar o símbolo da união. O bebê fica aflito, mas essa aflição é logo corrigida, pois a mãe retorna em x+y minutos. Em x+y minutos, o bebê não ficou traumatizado. Em x+y+z minutos, o retorno da mãe não corrige o estado alterado do bebê. O trauma implica que o bebê experimentou uma ruptura na continuidade da vida, de modo que as defesas primitivas agora se organizaram contra a repetição da ‘ansiedade impensável’ ou contra o retorno do antigo estado confusional próprio da desintegração do estado nascente do ego (p.135-136).

Com a palavra "colapso", Winnicott (1994a) descreve "o impensável estado de coisas subjacentes à organização defensiva [...] é um colapso do estabelecimento do *self* unitário [...] e o ego não pode se organizar contra o “fracasso ambiental” (p. 71), porque o bebê, nesse momento, viveria uma “ameaça de aniquilamento” diante de “ansiedades impensáveis” ou “agonias primitivas”.

Esse “medo do colapso” vivido pelo paciente na situação analítica, refere-se, conforme o autor, a um colapso acontecido no passado, por ocasião do colapso das defesas originalmente erigidas contra essas ansiedades tão primitivas. Assim, durante o tratamento, a presença de um sintoma relacionado a esse medo, é considerada um sinal positivo e propiciador da evolução do paciente na análise.

Se a mãe falha repetidamente por não acolher o “gesto espontâneo” do bebê, e coloca em seu lugar seu próprio gesto, a vivência emocional que restará ao bebê, que não é visto, é submeter-se às exigências maternas. Diante dessa impossibilidade da mãe sentir suas necessidades e atendê-las, irá se desenvolver a organização falso *self* do bebê, com a importante função defensiva de resguardar e proteger seu verdadeiro *self* desse ambiente desfavorável.

Winnicott (1994c) atribui à família (pais, irmãos e familiares) um papel estruturante de proteção da criança em relação ao trauma, quando proporciona a mutante provisão ambiental capaz de preveni-lo. Aqui o autor retoma sua noção de trauma, relacionando-a a fatores externos – a situação de “fracasso ambiental” experimentada como uma “intrusão” –, quando o bebê se encontra no período de “dependência quase absoluta” da mãe. As reações do bebê a essa intrusão que interrompe sua “continuidade do ser”, constituem o trauma que representa “uma quebra de fé” no ambiente.

A noção winnicottiana de trauma tem diferentes significados, que variam de acordo com o momento do desenvolvimento emocional em que a criança se encontra ao vivenciá-lo. Desse modo, o trauma pode ser vivido como um “colapso na confiabilidade do ambiente” – em decorrência do seu fracasso de adaptação. Terá conseqüências na estruturação da personalidade e na organização egóica do bebê quando vivenciado no período de “dependência absoluta”. Para Winnicott (1994c), a etiologia da doença psicótica reside no fracasso da adaptação ambiental, nessa etapa primitiva do desenvolvimento emocional.

O trauma também pode acontecer como um fracasso adaptativo gradual – que diz respeito às experiências de ilusão/desilusão do bebê, representando “sofrimento” – ou um sentimento de “sentir-se ferido”. Isso acontece, quando o trauma é vivenciado pelo bebê numa fase posterior do desenvolvimento emocional, a “dependência relativa”, ocasião em que os processos de integração do ego encontram-se em curso e o princípio da realidade gradativamente se impõe ao bebê, na medida em que as falhas maternas

inevitavelmente acontecem na vida de qualquer criança. Winnicott (1994c) concebe o trauma nessa circunstância, como algo natural e parte do amadurecimento.

Massud Khan (1977) desenvolve seu conceito de “trauma acumulativo” ao identificar na mãe o papel de escudo protetor do ego auxiliar de seu bebê, cujas funções egóicas são ainda imaturas. O trauma acumulativo resulta das repetidas situações de intrusões maternas (quando suas necessidades e conflitos pessoais se interpõem na sua relação com o bebê), que se diluem silenciosamente ao longo do desenvolvimento da criança, até sua adolescência. O fracasso materno nessa condição de escudo adquire seu valor traumático, na condição de acontecimento sucessivo, acumulativo e retrospectivo. Ocasiona, assim, significativos prejuízos aos incipientes processos de integração egóica da criança e gera distorções em seu ego.

Uma outra acepção de trauma, como “não-esquecimento”, é introduzida por Alvarez (1994), ao afirmar a impossibilidade da vivência infantil traumática ser “esquecida” por permanecer em estado bruto na mente da criança, como algo “separado” e perturbador, por semanas, meses ou anos. Conforme a experiência clínica da autora, crianças afetadas por sua exposição à extrema violência, apresentam alterações em todos os seus processos desenvolvimentais: a memória, a cognição e a aprendizagem, que atingem a totalidade de sua personalidade. Em tais circunstâncias de comprometimento emocional e cognitivo, as experiências emocionais deixam de ter qualquer significado mental para a criança, que tem como único registro em sua mente o “não-esquecimento”, como presentificação da vivência traumática.

1.2.4- O *setting* analítico como metáfora dos cuidados maternos

“A análise não é apenas um exercício técnico”, diz Winnicott (1988f).

O *setting* é o espaço analítico, com regras e papéis que incluem aspectos formais como horário, honorários, número de sessões, ambiente físico e

a postura do analista, “suficientemente bom”, “disponível para se adaptar às necessidades do paciente, oferecendo uma nova chance de desenvolvimento” (Khedy,1995, p.101). Green (1990) também fala da importância do *setting* analítico se organizar como “metáfora dos cuidados maternos, ou ainda como estrutura que encerra processos de pensamento” (p.22).

Os cuidados da mãe para com seu bebê podem ser tomados, segundo Winnicott (1988f), como um paradigma para os cuidados do analista para com seu paciente no *setting*. Comenta que, ao longo da análise, na transferência, o paciente pode regredir severamente ao estado de “dependência absoluta”, ou ser alguém com um funcionamento mental predominantemente grave. Considera essa regressão, contudo, de extremo valor, por revelar a esperança e a crença do paciente na possibilidade de correção de sua experiência de “falha original”, que sofreu um “congelamento”, até que esse momento se tornasse possível, com sua experiência de análise.

Khan (1988) comenta a compreensão de Winnicott acerca da regressão do paciente em análise:

[...] Quando falamos de regressão em psicanálise, deixamos implícita a existência de uma organização da maneira pela qual o indivíduo armazena memórias, idéias e potencialidades. É como se existisse a expectativa do surgimento de condições favoráveis que justificassem a regressão e oferecessem uma nova chance de desenvolvimento progressivo, tornado impossível ou dificultado no início pelo fracasso ambiental (p.24, grifos do autor da tese).

Dessa forma, a análise representa, como diz Winnicott, a “terceira área”, a área intermediária (que não é interna nem externa) capaz de tornar possível ao paciente que não teve a oportunidade de experimentar, quando bebê, “o estado de não-integração” originalmente com sua mãe, viver a essa experiência junto a seu analista. Essa terceira área se aproxima, ainda, de um nível de cuidado infantil “suficientemente bom”, muito próximo do que é proporcionado pela

amizade, pelo brincar, pelo prazer com a música, a poesia e a cultura de um modo geral, como tantas vezes comenta esse psicanalista.

Winnicott (1988f) acredita que somente quando “recuperado da regressão”, o paciente encontra-se em condições de submeter-se à análise da posição depressiva e do complexo de Édipo, conforme o modelo de *setting stantard* proposto por Freud, com sua clínica do recalque.

Como a clínica de Winnicott é a da dissociação, o *setting* winnicottiano organiza-se considerando tempo e espaço, busca da regressão do paciente à dependência rumo à independência, interpretação transicional, o trabalho com a agressividade e o ódio, o conceito de reparação e a adaptação da técnica (p. 40-41). Esse *setting* exige uma adaptação do analista às necessidades do paciente e considera a capacidade do analista de tolerar situações que demandam a “sobrevivência do analista” frente ao ódio vivido por seu paciente ao expressar suas necessidades emocionais primitivas. A “interpretação transicional” desse *setting*, segundo Doin (1995), consiste na capacidade de o analista interpretar seu paciente dizendo alguma coisa que ele seja capaz de conhecer ou reconhecer, como verdadeiramente sua; exercer uma função integradora do *self* do paciente através de todo o seu ser; utilizar-se de comunicações verbais simbólicas, e fazer interpretações com recursos da transicionalidade. Hisada (2002) esclarece, ainda, que caberá ao analista permitir que o analisando desenvolva suas próprias associações. A interpretação transicional, como o brincar, é uma dimensão da criatividade.

A psicoterapia tem como princípio geral, o fato de ser, na visão de Winnicott (1975f):

[...] efetuada na superposição de duas áreas lúdicas, a do paciente e a do terapeuta. Se o terapeuta não pode brincar, então ele não se adequa ao trabalho. Se é o paciente que não pode, então algo precisa ser feito para ajudá-lo a tornar-se capaz de brincar, após o que a psicoterapia pode começar. O brincar é essencial porque nele o paciente manifesta sua criatividade. (p. 80, grifos do autor da tese).

2- OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi mostrar, através de recortes de um caso clínico, que as experiências vividas pelo bebê no início de seu desenvolvimento emocional, no vínculo primitivo com a mãe, repercutem no processo de formação de símbolos da criança, interferem em seu rendimento escolar e são vivências possíveis de elaboração pela técnica do brincar, na psicoterapia psicanalítica de referencial winnicottiano.

“(...) O menino era ligado em despropósitos.
Quis montar os alicerces de uma casa sobre orvalhos
A mãe reparou que o menino gostava
mais do vazio do que do cheio.
Falava que os vazios são maiores e até infinitos.”

Exercício de Ser Criança – Manoel de Barros

3- MÉTODO: O estatuto metapsicológico do caso clínico

Esta pesquisa é o estudo do caso clínico de uma criança atendida em psicanálise, no referencial teórico de Winnicott, que também norteou a análise dos dados.

Consideramos a pertinência do modelo teórico-clínico proposto por Winnicott, com sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo, para responder à questão aqui colocada: a compreensão do processo de simbolização.

3.1- Sobre o método

Etimologicamente, conforme o Dicionário Houaiss (2001), a palavra método origina-se dos termos gregos *metá*, que tem o sentido de atrás, em seguida, através, e *hodós*, cujo significado é caminho. Passados mais de 100 anos de quando foi originalmente percorrido por Freud, esse caminho – o do método psicanalítico – continua a nortear a prática clínica e a pesquisa psicanalítica da atualidade.

Widlocher (2003) identifica o método psicanalítico como uma prática que por definição tem como objeto de tratamento um caso individual. Considera-o um instrumento de conhecimento que norteia a prática com cada paciente e fundamenta uma teoria geral do aparelho psíquico e de seu funcionamento. Impõe regras metodológicas próprias, que diferem da pesquisa dita científica e constrói modelos compatíveis com a pluralidade das situações individuais, que se apóiam no estudo comparativo de casos particulares. Cada caso clínico, lembra o autor, contém toda uma “aventura intrapsíquica” e constitui a aplicação de princípios teóricos e técnicos gerais, que devem conter a peculiaridade de cada situação intersubjetiva. Na pesquisa psicanalítica, identifica a natureza indissociável do vínculo intersubjetivo entre os pensamentos do observador (analista) e seu objeto (paciente), assim como as operações recíprocas que ocorrem entre esses dois aparelhos psíquicos em comunicação. Pois, o próprio método psicanalítico e o campo que este instrumento explora, torna-se objeto da pesquisa, como uma ferramenta de conhecimento e de transformação.

O autor lembra que em “A interpretação dos sonhos”, Freud (1900) introduz o método psicanalítico como um procedimento original no qual se apóia para propor suas teorias do sonho e do aparelho psíquico. Ali, Freud demonstra de forma magistral a cuidadosa descrição de seu procedimento de interpretação associativa, e anuncia ao leitor o que a aplicação desse procedimento lhe permitia ver, mostrando-nos o que podemos descobrir, graças a este procedimento. Os pensadores psicanalíticos que lhe seguiram, construíram diferentes modelos, como é o caso de Winnicott, cujas idéias norteiam esse estudo. Os achados freudianos foram validados por seus efeitos terapêuticos, e a técnica psicanalítica surgiu como um procedimento de observação dos fatos e sua comprovação, através dos efeitos de mudança e de resistência à mudança psíquica. A psicanálise, deste modo, apóia-se na construção de um modelo que é composto por uma teoria com suas implicações clínicas e técnicas. Widlocher (2003) explica:

A teoria define, portanto, a escolha dos objetos clínicos e implica uma certa técnica de intervenção nestes objetos. Em troca, clínica e técnica acertam e enriquecem o modelo ou, eventualmente o modificam. (...) o psicanalista se interessa por aqueles dados que podem guiar seu pensamento e ajudá-lo a captar o pensar do analisando. (...) assim recolhidos pelo profissional se inscrevem em uma teoria que não tem uma função explicativa propriamente dita, mas, descritiva. (...) os conceitos que os compõem constituem a grade de leitura da clínica e o quadro teórico da técnica. O pensamento clínico é, assim, feito de um encaixe de modelos. É dentro desta lógica prática que se deve engajar uma reflexão epistemológica sobre a prática psicanalítica e sua cientificidade. (p. 54; grifos do autor da tese).

A psicanálise resulta, então, de uma generalização dos saberes e dos conceitos que decorrem de sua prática com cada paciente. Assim, as generalizações em psicanálise, fundamentam-se sobre as curas individuais e os métodos que ancoram essas práticas. Como diz Widlocher (2003), “o modelo guia a prática e esta permite construir o modelo” (p. 55). Os estudos de casos únicos

despertam o interesse psicanalítico, notadamente pela possibilidade de estabelecerem tipos clínicos de referência.

Botella e Botella (2003a) identificam como objeto de estudo da psicanálise, os movimentos e sentidos inconscientes subjacentes ao acontecimento *per si* da sessão, e sua interpretação pelo analista.

Destacam como Silva (1993) e Widlocher (2003), a participação indissociável dos inconscientes, dos pensamentos e dos psiquismos do analista e do analisando, além da relação recíproca entre ambos, e seus funcionamentos psíquicos em estado de regressão (acrescentam esses autores), como constituindo o conjunto de fatores que forma o verdadeiro objeto de estudo da psicanálise. Constatam a especificidade do método psicanalítico e afirmam que a pesquisa em psicanálise é inseparável de práxis, como lembrara Winnicott (1999a). Apoiados em Freud (1923), afirmam que como a psicanálise é um “procedimento de investigação”, a sessão já constitui a pesquisa.

Esses autores sugerem que se considere o importante lugar que a subjetividade ocupa no método psicanalítico, e preconizam que o modelo da pesquisa psicanalítica seja a “pesquisa dos fundamentos” ou a “pesquisa fundamental”, dedicada essencialmente a aprofundar os conhecimentos fundamentais da psicanálise, isto é, os processos psíquicos inconscientes. Deste modo, a pesquisa fundamental em psicanálise é construída pelos acontecimentos da sessão, e em seguida pelos “restos da sessão” ou o que sua elaboração secundária revela. Nos casos bem sucedidos, um novo conhecimento é obtido.

Pontalis (2003) assinala que o método psicanalítico é posto em questão com os casos considerados difíceis ou casos-limite. Diz que, com esses casos, a palavra analisar (*analysein* = desatar, decompor) perde seu sentido e o analista vê-se sem rumo, constrangido e “abatido em seu ser” (toma emprestada a expressão de Ferenczi). Nessa circunstância, pensa que resta ao analista inventar a si próprio, por não mais poder utilizar os códigos que lhes servem de apoio. O autor ainda, chama a atenção dos psicanalistas para um paradoxo: a necessidade

de admissão de uma identidade teórica múltipla, como possibilidade de encontrar sua própria voz singular. Alerta que “o fechamento numa teoria, seja ela a sua ou a de um mestre, aponta para o fim do pensamento. A língua engessada destrói a palavra viva” (p. 374).

A expressão “caso clínico” designa em psicanálise, conforme Nasio (2001), o interesse particular do analista por determinado paciente seu, que é identificado especificamente por sua singularidade e por sua vivência pessoal de determinada dor psíquica. Diferente ou até oposto do sentido médico, que, quando se refere ao caso, pressupõe a entidade nosológica da doença, abstraindo o sujeito que dela sofre e passa a representá-lo.

O ato de narrar a clínica, a atividade de o analista escrever sobre sua experiência psicanalítica vivida com o paciente, é inaugurado por Freud, simultaneamente ao próprio surgimento da psicanálise. Com a publicação de inúmeras comunicações escritas, ao longo de sua obra, Freud expõe suas hipóteses e descobertas teórico-clínicas e as submete à comunidade psicanalítica. Em relatos detalhados, ensina-nos a ouvir “transferencialmente” a fala de um paciente em análise, ao mesmo tempo em que revela como tecia seu raciocínio, ao escrever sobre o caso, no final da sessão (Selaibe, 2000).

Mezan (1998) aponta que em vários momentos de sua obra, Freud aborda a relação entre o tratamento psicanalítico e a pesquisa. Freud (1980f) desaconselha que o trabalho científico de um caso seja simultâneo ao seu tratamento e enfatiza o compromisso do analista com as questões éticas do sigilo e suas implicações técnicas no relato e publicação de uma história clínica. Prefere omitir alguns dados da história do paciente, em vez de alterá-los ou distorcê-los, acreditando que as pequenas alterações não protegem o paciente, enquanto as grandes dificultam a compreensão do caso.

Como o próprio Freud (1980d) diz:

[...] A história clínica propriamente dita, só foi escrita de memória após terminado o tratamento, mas enquanto minha lembrança do caso ainda estava fresca e aguçada por meu interesse em sua publicação. Desta forma, o registro não tem a exatidão fonográfica, mas pode atribuir-se a ele alto grau de fidedignidade [...] (p.08).

A sugestão de Mezan (1998, 2000) é que o analista comunique, no seu relato clínico, os processos psíquicos do paciente que não permitem a fácil identificação de sua identidade. Por serem processos psíquicos não exclusivos de determinada pessoa ou dupla paciente-analista, constituem um acontecimento clínico que pode ser semelhante ou diferente de outros do mesmo gênero.

Dentre os famosos históricos clínicos freudianos que versam sobre “a história dos sofrimentos do paciente e os sintomas de sua doença,”¹⁹ destacamos aqui²⁰: as pacientes histéricas adolescentes Anna O. (atendida por Breuer entre 1880 e 1882), Emmy von N. (atendida em 1894, publicação em 1895), Elisabeth von R, “a primeira análise integral de uma histeria”²¹ (atendida em 1892, publicação em 1895) e o caso Dora (atendida em 1901, publicação em 1905); a análise da Fobia de um menino de cinco anos, O Pequeno Hans (atendido em 1909, publicação em 1909 e 1922); o caso de neurose obsessiva, O Homem dos Ratos (atendido em 1909, publicação em 1909); a análise da paranóia, no Caso Schreber (atendido em 1910, publicação em 1911 e 1912); a neurose infantil do Homem dos Lobos (atendido em 1914, publicação em 1918); e A Psicogênese de um Caso de Homossexualismo numa Mulher (atendida em 1919, publicação em 1920).

Veras (2005) comenta que Freud (1896), em uma carta a Fliess, compara seu caminhar psicanalítico com uma história *non-sense* de seu época, que se contava sobre Veitel Itzig, um anti-herói popular presente em muitas

¹⁹ Casos Clínicos (1893-1895), ESB 1980a, Vol II, p.172

²⁰ Conforme o Apêndice que lista os Casos clínicos mais longos de Freud (1917-1919), ESB 1980h, vol. XVII, p.153.

²¹ Estudos Sobre a Histeria (1893-1895), ESB 1980a, Vol II, p.19.

histórias de judeus, e ridicularizado pela tradição popular. A quem pergunta: — Itzig, para onde você vai? Responde: — E eu sei! Pergunte ao cavalo!

Conforme a autora, essa historieta é um modo de dizer que Freud não tinha as “rédeas” do caso nas mãos, graças à interferência de seu inconsciente na sua escrita. É nesse contexto que se sente forçado a admitir que seus relatos podem ser lidos também como romances e novelas.

Ao pesquisar as narrativas clínicas psicanalíticas dos anos noventa, Gomes (1999) constata que a escrita das histórias de caso vêm tomando novos rumos. Identifica uma vertente de analistas que se utilizam de uma narrativa psicanalítica discursivo-“performática”, que recusa essa metapsicologia freudiana como modelo de mente e a substitui por um modelo de pensamento altamente subjetivo, com a diluição dos papéis e responsabilidades compartilhadas entre analista e analisando. Verifica que, embora na atualidade alguns psicanalistas busquem pensar a psicanálise por diferentes caminhos, a grande maioria permanece fiel a “certas invariantes metapsicológicas”, como ponto de ancoragem de suas práticas clínicas. Rigor teórico, que consideramos, como a autora, um alicerce fundamental para o exercício da clínica psicanalítica.

Leary (2007), por sua vez, convida os clínicos contemporâneos a considerarem o papel da ambição terapêutica, sua credibilidade e prática efetiva, defendendo a importância do aprendizado através de casos clínicos. Considera-os fundamentais para o desenvolvimento do conhecimento e da capacidade de inovação na psicanálise.

Os diferentes modos de o analista ouvir o material clínico do seu paciente são apontados por Castro (2003), que discute essas limitações da clínica decorrentes do fato de os processos inconscientes serem, por sua própria natureza, impossíveis de descrição numa linguagem regulada pelos processos secundários. O autor observa que Green utiliza a dialética de Hegel, e Winnicott, a noção de paradoxo como formas de contornar essa questão. Conclui que, como

psicanalistas, estamos condenados a viver com dúvida, pois nem todas as teorias clínicas ou metapsicológicas oferecem saídas para essa realidade.

Winnicott escreveu sobre seus casos como falava: com simplicidade e com o objetivo de relatar; não de convencer ou doutrinar (Khan 1988).

Ao escrever sobre um caso clínico, Delorenzo (2000) acredita que o psicanalista busca ter um domínio sobre uma experiência difícil de ser dita, quer por ter sido vivida junto ao paciente como uma experiência emocional de excesso, quer por causar uma impressão afetiva de vazio. Nesse sentido, o lugar da escrita seria o de “tentar apoderar-se de algo, cercar, imprimir, inscrever, tanto o que obceca, como o que lhe escapa” (p.107). Questiona a escrita do caso pelo analista, como uma motivação de caráter científico, ou uma procura de reconhecimento social. Sugere, lembrando Pontalis, que talvez o que o leve a relatar um caso seja a busca de seu próprio nome, a tentativa de reencontrar-se consigo mesmo, já que em sua prática clínica, transferencialmente, ocupa o lugar de muitas pessoas. Aponta, ainda, o quanto a escrita do caso clínico expõe o analista, e o confronto com a delicada questão de não ser possível “transmitir o que é da ordem do inconsciente sem cometer um ato de dissecação” (p.107).

Freire (2004), como Delorenzo (2000), pensa que a exaustiva escrita de um caso clínico remete a questões fundamentais do próprio analista. Aponta a necessidade de o analista se sentir fisgado pelo caso, e de, ao escrevê-lo, preservar em sua memória, e se deixar conduzir pela linguagem de criança oferecida pelo paciente; linguagem pela qual é afetado. Poeticamente, essa autora fala da busca do analista em dar sentido e transformar, aquilo que foi vivido como embrutecido junto ao paciente, em “flores da escrivaniha”. Faz alusão ao título do livro de Perrone-Moisés, inspirado nos ensaios literários de Balzac, que:

[...] descreveu buquês de flores irrealizáveis no mundo físico. Essas flores, puramente verbais, são as ‘flores da escrivaniha’. Concorrem com as da natureza porque a ambição da literatura não é dizer o mundo, mas fundá-lo e atribuir-lhe um valor. (Freire, 2004. p. 48)

A escrita de um caso clínico gera inquietações, até mesmo para um analista experiente como Green (2003b), que há décadas vem desenvolvendo um significativo trabalho teórico-clínico, com repercussões mundiais:

Quanto mais eu trabalho, leio e penso na psicanálise mais me torno consciente de um fenômeno a que está exposto todo analista que tenta escrever. Quando falamos sobre o nosso trabalho, usamos a linguagem dos processos secundários para transmitir uma experiência que não conhecemos muito, que pensamos como processos primários, ou a experiência da realidade psíquica ou a do inconsciente [...]. (p.13)

Todavia, sentimentos de semelhante natureza já acompanharam o próprio Freud desde os primórdios da psicanálise, como Nasio (2001b) assinala:

[...] Freud ficava desolado ao constatar a imensa distância que separava o fato vivido do fato escrito, o fato real do fato narrado, e ao constatar o quanto a escrita, não conseguindo jamais descrever o real psíquico, só podia fornecer dele uma representação empobrecida. (p.27).

É que a narrativa do caso clínico em psicanálise, por sua própria especificidade, nunca é exatamente fiel ao encontro acontecido. Embora sendo uma transmissão, pelo analista, de determinada experiência terapêutica significativa com um paciente, o caso clínico é uma reconstituição ficcional (Nasio, 2001b).

Tratando-se do relato de um encontro clínico já vivido, sua reconstituição na escrita do analista se faz a partir das lembranças dessa experiência, não é mais o acontecimento em si, mas essa história reformulada e submetida às transformações mentais da elaboração secundária consciente de seu autor.

A escritora Clarice Lispector (1999) comenta que: “escrever é procurar entender, é procurar reproduzir o irreproduzível, é sentir até o último fim o sentimento que permaneceria apenas vago e sufocador” (p.134). Buscamos, ainda

nesse momento, a ajuda de mais um mestre da literatura, Jorge Luís Borges (1999), para uma interlocução sobre essa questão – de a escrita nunca ser fiel á situação vivida – circunstância que também observamos nos relatos clínicos psicanalíticos. Nas palavras do escritor:

Procuraremos um terceiro tigre.

Como os outros, este será uma forma de meu sonho, um sistema de palavras humanas, não o tigre vertebrado

Que, para além dessas mitologias, pisa a terra.

Sei disso, mas algo me impõe esta aventura indefinida, insensata e antiga, e persevero em procurar pelo tempo da tarde o outro tigre, o que não está no verso.(p. 175).

Conforme Selaibe (2000), para alguns autores a ficção é a forma possível e intrínseca ao relato analítico. Destaca, contudo, a dificuldade de se abordar o “fenômeno transferencial”, quando se cria uma ficção com o material da sessão de um paciente.

O analista que narra um caso clínico enfrenta, conforme Cesarotto (2000), os problemas de provar a eficácia desse tratamento, o modo como irá comunicar essa experiência, e, ainda, suas implicações éticas frente ao paciente. Esse autor discute as limitações de se relatar a “transferência” e a “interpretação”, que são aspectos técnicos constitutivos da experiência analítica. E, também alerta sobre os riscos de o analista escancarar, e tornar pública a intimidade vivida pela dupla paciente-analista, no consultório. Acredita que ao transcrever e comunicar a experiência analítica caberá ao analista metamorfosear o relato do que foi ouvido e perdido. Como Nasio (2001a) e Selaibe (2000), entre outros autores, Cesarotto (2000) defende a idéia de que a narrativa do caso clínico deve ser ficcional, para ser considerada científica. Mesmo sendo um relato ficcional, considera o caso clínico “verídico” e legível, por organizar-se conforme os usos da língua e poder ser compartilhado.

Lowenkron (2004) refere, através de Mezan, que a produção clínica dos conhecimentos psicanalíticos de Freud, Kohut e Green, possuindo as características de coesão interna, comunicabilidade, verificabilidade e cumulatividade, são parâmetros de análise metodológica e epistemológica, que as assemelham às formulações científicas.

O relato psicanalítico do caso clínico, na concepção de Nasio (2001a), é a escrita de um texto narrativo que descreve uma situação clínica e ilustra uma elaboração teórica. Assinala que esse relato de um encontro clínico dá origem a um “novo saber”, ao qual confere um estatuto epistemológico e identifica três funções psicanalíticas no caso clínico: didática, metafórica e heurística.

A “função didática de um caso clínico” consiste na sua especificidade de transmitir a psicanálise de uma forma ativa e concreta, fazendo uso das imagens de uma determinada situação clínica para introduzir conceitos abstratos. Com essa forma de apresentação do conceito teórico abstrato em imagens, dá-se uma passagem do conhecimento do nível abstrato ao concreto. Essa particularidade faz do caso clínico um relato distinto dos demais textos didáticos. Trata-se de uma condição que promove a fácil identificação do leitor com ambos os personagens narrados: o paciente, com seu sofrer psíquico, seus sintomas e sua história de vida, e o analista, com suas intervenções técnicas, descritas ao longo do processo terapêutico. Identificado com esse texto, o leitor generaliza o caso, comparando-o com outras situações clínicas semelhantes, e, ao integrar em sua mente as entidades conceituais abstratas, torna-se capaz de discernir o conceito implícito na descrição do caso.

O caso clínico, em sua “função didática”, pode ser reconhecido como uma forma de transmitir a teoria em uma interlocução com a imaginação e a emoção do leitor, trazendo o conceito para uma cena humana de um modo didático. Afinal, escrever um caso clínico é remeter-se à condição de gente lidando com gente, a condição humana fundante do encontro analítico.

A “função didática”, mencionada por Nasio (2001a), é exemplificada com o caso clínico *The Piggle*, de Winnicott, que apresenta as descrições clínicas e teóricas propostos por esse psicanalista, ao acolher a destrutividade de sua pequena paciente de dois anos e quatro meses. O conceito de “mãe suficientemente boa” possibilita ao leitor entender o caso, e ainda generalizar esse conceito à relação transferencial entre paciente e analista.

O caso clínico também pode exercer uma segunda função, a “metafórica”. Torna-se assim referido por converter-se numa metáfora; isto é, por ser uma história clínica célebre e consagrada na psicanálise, a observação clínica do paciente passa a ocupar e a substituir o conceito que o caso relata, tornando-se metáfora dele. Trata-se de uma história clínica tantas vezes estudada e referida, a ponto de adquirir um valor emblemático. Constituem-se exemplos de caso-metáfora os históricos clínicos freudianos de Dora, O Pequeno Hans e Schreber.

A terceira e última função do caso, a “função heurística” de um caso clínico, reside na especificidade de a história clínica do paciente tornar-se, em si mesma, um exemplo gerador de conceitos, capaz de ultrapassar os níveis didáticos de ilustração e de metáfora emblemática. Trata-se de uma condição rara, em que a fecundidade do exemplo clínico traz à tona novas hipóteses acerca do funcionamento mental, que permitem expandir e tornar mais densa a trama teórico-conceitual psicanalítica. São exemplos da função heurística de caso clínico, o caso Schreber e o caso do Homem dos Ratos, atendidos por Freud. Ambos foram alçados por Lacan à função heurística: o primeiro, por ter dado origem à idéia de “significante do Nome-do-Pai”, e o segundo, pelo surgimento do conceito de “foraclusão”.

A presente pesquisa fundamenta-se no estudo do caso clínico do paciente identificado como Leo, considerando-se o estatuto epistemológico de sua função didática em psicanálise. Como o próprio Nasio (2001a) comenta, a apresentação de um caso clínico, em sua função didática, serve como um “exemplo que corrobora uma tese” (p.17).

3.2- Seleção do sujeito

Foi sujeito deste estudo, um menino de nove anos, identificado pelo nome fictício de Leo, trazido para análise por seus pais, com a queixa de baixo rendimento escolar²². Leo cursa o quarto ano do Ensino Fundamental, numa escola particular de Campinas.

3.3- Dados do sujeito: recortes de um caso clínico

Leo é o filho mais velho de três irmãos. Tem nove anos, um irmão de sete e uma irmã de quatro anos. Seus pais planejaram seu nascimento, após dois anos de casamento, e sua gestação, seguida de parto normal não teve qualquer intercorrência.

Na primeira entrevista, seus pais se dão conta de que não se lembram de dados do desenvolvimento neuropsicomotor de Leo, de seus hábitos de rotina, suas brincadeiras favoritas e demais informações sobre o início de sua escolaridade. Frente às perguntas que a terapeuta lhes dirige, seu movimento é de hesitação, e nesse esforço para lembrar os momentos iniciais da vida de Leo, referem dados da história de vida de seu segundo filho; pois só após o nascimento deste, perceberam quanto o comportamento de Leo sempre foi diferente e contrastou com o de seu irmão. Preferem, então, deixar para responder, na entrevista seguinte, após consultarem a empregada que trabalha com a família desde o nascimento de Leo. Na segunda entrevista, forneceram informações sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, social, emocional e escolar de Leo e comentam, com certo constrangimento, que seu álbum de bebê havia sido perdido em uma mudança.

Desde seus primeiros dias, Leo mostrou-se um bebê “bonzinho” e calmo, não “deu trabalho” para dormir, ou comer, a rotina da casa permaneceu inalterada após seu nascimento, “como se ele não existisse”. Isso motivou sua

²² Considerou-se baixo rendimento escolar, notas inferiores à média, na série cursada ao longo do ano letivo, em mais de uma matéria.

mãe a retornar ao trabalho vinte dias após o parto, levando-o consigo, para amamentá-lo e garantir que não sentiria sua ausência física.

Quando Leo estava com quatro meses, a mãe passou a afastar-se da criança por períodos mais prolongados, por sua necessidade de cuidar de seu pai, avô da criança, que estava doente e morava em outra cidade. Nessa ocasião, Leo passou a recusar o seio. Como sua mãe achava que seu leite não era suficiente para alimentá-lo, e lhe desagradava o bebê ser “magrinho” gostou de introduzir a mamadeira, que Leo desde sempre aceitou sem qualquer reclamação.

Por volta dos oito, nove meses, seus pais estranharam o fato de, sistematicamente, Leo arrancar tufo de cabelo de toda a sua cabeça, formando feridas que deixavam muitas cicatrizes. Os pais observaram que esse comportamento acontecia e se intensificava sempre que a criança se encontrava sozinha em seu berço por períodos mais prolongados. Porém, na medida em que Leo foi crescendo, incomodava notadamente à sua mãe encontrar seus tufo de cabelo pelo chão da casa, quando retornava do trabalho. O casal procurou solucionar essa questão, desde então, sempre mantendo seu cabelo cortado à máquina, bem rente à cabeça. Quando iniciou sua análise, aos nove anos, Leo ainda usava esse mesmo tipo de cabelo (não manifestava qualquer incômodo em relação a isso).

Leo foi para a escola em período integral com um ano e meio, pois seus pais tinham a expectativa de que as outras crianças o estimulassem, uma vez que, segundo familiares, a criança era muito quieta e calada. Desde o primeiro dia de aula Leo não demonstrou dificuldade de adaptação ao novo ambiente, nem chorou. Sua mãe relata ter se sentido orgulhosa desse seu comportamento “maduro” e “seguro”. Mesmo freqüentando a escola, Leo continuou falando pouco, não contando aos pais o que fazia nas aulas. Quando sua mãe percebia seus braços mordidos, na hora do banho, perguntava-lhe a respeito e Leo nada dizia, nem reclamava.

Aos dois anos, época do nascimento de seu irmão, Leo passou a comer menos e a mãe sugeriu à empregada sempre levá-lo ao parquinho do prédio, para “distrá-lo” e alimentá-lo, enquanto ela (mãe) cuidava do irmão. Diz que a criança não manifestou ciúmes do irmão, nem apresentou qualquer mudança em seu comportamento. O pai lembra que, talvez, a partir desse momento Leo, tenha se tornado ainda “mais quietinho”, e aponta o fato real dos pais disporem de menos tempo para ele, pelos cuidados que precisavam dedicar também ao irmão recém-nascido. Leo nunca solicitou a presença de seus pais ou reclamou a atenção deles. Observaram o quanto o comportamento de Leo contrastava com o do segundo filho que, rotineiramente, reclamava a presença de um dos pais, quando nasceu a caçula.

Leo é trazido por seus pais para terapia psicanalítica porque, na classe, segundo queixa da professora, ele se isola dos colegas, é indiferente e distrai-se facilmente com seu material escolar. Seu ritmo de execução nas tarefas de classe é lento, habitualmente não as conclui e, geralmente, esquece de entregá-las à professora. Seus pais informam que Leo, freqüentemente, não lembra o que precisa fazer como tarefa de casa ou se recusa a realizá-la.

Desde que iniciou a escolaridade, a cada ano letivo, Leo vem apresentando um crescente declínio em seu rendimento escolar. Isso ficou mais evidente para seus pais a partir da primeira série do ensino fundamental, quando as exigências do processo de ensino-aprendizagem aumentaram e se tornaram mais formais. No final do último ano letivo, correu inclusive o risco de ficar retido, em virtude de suas baixas notas.

Os pais procuraram a terapeuta questionando a possibilidade de Leo apresentar algum rebaixamento cognitivo. No bimestre em que iniciou a análise, suas notas estavam abaixo da média em todas as matérias, e Leo precisou freqüentar aulas de reforço escolar em todas elas. Nas reuniões da escola, sua professora sempre lhes informa que Leo tem maior dificuldade na produção de seus textos de português que, na maioria das vezes, são incompletos, não tem coerência e fogem da proposta. Também é difícil para ele interpretar os

enunciados e compreender textos de história, geografia e ciências. Em matemática, seu desempenho é, em geral, prejudicado por sua falta de atenção nas operações, embora esta seja a matéria na qual obtém melhores notas e reclama menos para fazer as lições. No recreio, Leo joga futebol, é atento às regras e ao jogo, embora nunca converse com os colegas.

Apesar de alheio e indiferente às questões escolares, seus pais referem que é um garoto esperto, hábil e concentrado nos jogos de vídeo-game. Não se interessa por programas de televisão, mesmo os desenhos animados e sempre que vê notícias e cenas de reportagens sobre tragédias e sofrimento humano, chora, sai da sala e pede que a mãe mude o canal. A mãe é o membro da família de quem Leo se mostra afetivamente mais próximo, embora nunca demonstre seu afeto com abraços, beijos ou outras demonstrações de carinho. Leo observa o que acontece ao seu redor, mas é sempre de “pouca conversa”, quieto e isolado, tanto na rotina familiar de casa, como em visitas aos avós, tios e amigos da família, e também, nos passeios de final de semana ou viagens que realizam.

Leo gosta de descer para as quadras esportivas do seu prédio, onde, geralmente, encontram-se, brincam e interagem muitas crianças de sua idade. Sua mãe nem sempre concorda que Leo participe desses encontros, pois se preocupa pelo fato de Leo ficar na maioria das vezes, à margem das brincadeiras: raramente é incluído, não “sabe se defender” quando empurrado, é sempre a sua bola que “cai” na rua, aparentemente não se incomoda ao trocar suas melhores “figurinhas” de álbum por outras menos valorizadas. Sempre é seu irmão, dois anos mais novo, quem conta a seus pais essas peculiaridades do comportamento de Leo em relação aos seus amigos. O irmão reclama de Leo “levar sempre a pior”. Cobra-lhe atitudes firmes de defesa, mas, Leo prefere não reagir, mostra-se conformado e sempre diz ao irmão que está tudo bom pra ele, e diz: “deixa pra lá!”.

Por volta do oitavo mês de sua análise, seus pais referem que Leo começou a “dar trabalho” e recusa-se a comprar suas roupas com uma numeração inferior à de seu irmão mais novo, alegando ser ele o mais velho.

Realisticamente, Leo é fisicamente um garoto franzino e de estatura física bem menor que a do irmão, um garoto com o desenvolvimento físico acima da média de sua faixa etária. Leo tem reclamado de seu tamanho e, por sua insistência, a mãe o levou ao pediatra que constatou através de exame de radiografia óssea de seu punho que, em relação à sua idade cronológica, Leo apresenta um significativo atraso em seu desenvolvimento físico. Frente a essa recente e freqüente insatisfação de Leo com sua compleição física, a pedido da mãe, a analista sugeriu o encaminhamento de Leo a um endocrinologista, que o acompanha sistematicamente, desde então.

No exame direto da criança, por ocasião de quatro sessões lúdicas de avaliação diagnóstica, que se seguiram às duas entrevistas iniciais com seus pais, a terapeuta não tem dúvidas quanto ao bom potencial cognitivo da criança. Atribui seu baixo rendimento escolar à hipótese de um provável comprometimento no seu processo de simbolização, decorrente da possível não “adaptação materna suficientemente boa” a Leo quando ainda bebê, no atendimento às suas necessidades emocionais, ainda no período que Winnicott chama de “dependência absoluta”.

Na terceira entrevista com os pais, que se seguiu às quatro entrevistas iniciais de avaliação com Leo, foi feita a indicação terapêutica psicanalítica com a realização de duas sessões semanais com a criança e uma sessão de orientação mensal com os pais. Foi também solicitado o encaminhamento de Leo para uma avaliação neurológica, com a finalidade de ser investigada a possível existência de um transtorno de déficit de atenção da criança. O resultado da avaliação neurológica não o comprovou.

3.4- Procedimento

Foram considerados dados deste estudo, as manifestações do processo de simbolização, expressas por fantasias, relatos verbais e/ou no brincar de Leo. Esses dados foram colhidos durante 12 meses, em sessões individuais de

terapia psicanalítica com a criança, com duração de 50 minutos, duas vezes por semana, em um consultório particular. Após cada sessão em que emergiram, esses dados foram descritos e registrados por escrito, pela pesquisadora, ao final da sessão, conforme sua seqüência temporal desde a entrada da criança na sala, até o término da sessão.

No mesmo período do atendimento da criança, foram realizadas entrevistas mensais de orientação com os pais, com duração de 50 minutos, com o objetivo de lhes oferecer um espaço transicional e um ambiente de *holding*, capaz de acolher suas angústias e preocupações frente às dificuldades emocionais de Leo que se refletia em seu baixo rendimento escolar. Os pais tiveram uma participação ativa no espaço que lhes foi oferecido, envolveram-se emocionalmente e puderam entrar em contato tanto com suas dificuldades, como com suas atitudes favorecedoras das funções materna e paterna, o que enriqueceu e muito favoreceu o trabalho terapêutico que estava sendo realizado paralelamente com Leo.

No trabalho com Leo, o *setting* terapêutico organizou-se de acordo com a concepção winnicottiana de *setting* como metáfora dos cuidados maternos. Conforme a recomendação de Winnicott (1988f), sendo o paciente uma criança cuja totalidade da personalidade encontra-se em desenvolvimento, sua análise relacionou-se aos primeiros acontecimentos de sua vida, como a integração do amor e do ódio e o reconhecimento da dependência. Do ponto de vista da classificação diagnóstica winnicottiana, Leo é um paciente que pertence ao “segundo grupo”. Isto é, sua análise relaciona-se ao “estágio da preocupação” ou “posição depressiva” kleiniana. A técnica psicanalítica utilizada nesse tipo de trabalho requer o “manejo” do material clínico a que se tem acesso, a idéia da “sobrevivência do analista”, o uso de interpretações transicionais, além da adaptação máxima do analista às necessidades emocionais do paciente.

A análise de Leo teve como objetivo a criação de um “espaço de transicionalidade”, capaz de ser uma experiência de correção da situação original de “falha ambiental” vivida pelo paciente na sua relação com a mãe, quando bebê.

Particularmente, no início do tratamento, e também nos momentos em que Leo regrediu aos estágios primitivos do desenvolvimento emocional, prévios ao estabelecimento da integração de sua personalidade como uma entidade, a ênfase desse trabalho analítico restringiu-se ao “manejo”, ficando suspensa a atividade interpretativa. Entendeu-se essa regressão como necessária e eficaz ao desenvolvimento do paciente, por se tratar de uma regressão em busca de seu verdadeiro *self*, como concebe Winnicott (1988f).

Na primeira sessão, a criança foi informada de que poderia fazer o que desejasse espontaneamente, e/ou brincar com o material que escolhesse dentro de sua caixa lúdica²³.

A analista observou o conteúdo do brincar de Leo, seu uso, as situações de interrupção e/ou abandono das brincadeiras, o material escolhido a cada momento, e as associações que dele emergiam, relacionadas às suas fantasias inconscientes e a seu modo de vinculação com ela, assim como as situações de angústia que Leo manifestava.

O paciente comunicou-se por meio de relatos verbais espontâneos ou não (incluindo os seus silêncios), e pelo seu brincar. A analista acolheu em sua mente as projeções do paciente e procurou oferecer uma adaptação máxima às suas necessidades emocionais.

Como apresentamos na introdução do presente estudo, a psicanálise apóia-se na construção de um modelo singular que tem implicações clínicas e técnicas que lhes são peculiares e se debruça sobre o desenvolvimento emocional do ser humano (Winnicott,1999a). A pesquisa psicanalítica respalda-se, portanto, no método psicanalítico de investigação e tratamento da mente, e respeita suas características. Deste modo, a presente pesquisa pautou-se nas características do método psicanalítico: a noção da dimensão inconsciente do psiquismo humano, a

²³ A caixa lúdica é composta por papéis, canetas hidrográficas, família de bonecos, cola, tesoura, tintas, barbante, etc. Encontrava-se fechada com um cadeado no início de cada sessão, e, ao final de seu horário, deveria voltar a estar novamente fechada, contendo todo o material usado na sessão, em seu interior. Este recurso técnico da psicanálise de crianças tem como significado metaforizar o mundo mental e seus aspectos internos e externos de comunicação com a realidade.

concepção de subjetividade do indivíduo e a teoria do desenvolvimento emocional primitivo como modelo de mente. Construiu seu percurso em cada sessão psicoterápica, com a associação livre do paciente e suas vivências transferenciais, que foram captadas pela atenção flutuante da analista, a partir de suas vivências contratransferenciais.

Ao longo do tratamento de Leo, a analista apoiou sua prática clínica na concepção winnicottiana do brincar como o espaço da “terceira área” ou “área transicional” da experiência interpessoal. Baseou-se no pensamento winnicottiano de que ao brincar, a criança é capaz de articular os aspectos do mundo interno e da realidade, que se encontram em contínua interação. Ainda de acordo com esse autor, o brincar tem a imaginação como fonte de conhecimento e estimula o processo criativo – o “gesto espontâneo” –, que é uma expressão do “*self* verdadeiro em ação” (Winnicott, 1975e; 1975f). Em cada sessão, a terapeuta ocupou o lugar de um “objeto transicional” que lhe era determinado pela criança. Deste modo, procurou posicionar-se como uma espécie de ponte de ligação entre o mundo interno de Leo e a realidade compartilhada pela dupla paciente-terapeuta.

A psicanálise infantil pressupõe que ao brincar a criança mostra comportamentos, expressões fisionômicas, gestos e desenhos, como manifestações de aspectos do seu inconsciente projetados na mente da analista, que sistematicamente os observa e os recebe em sua mente, e lhes atribui significados. Com sua interpretação verbal, esses conteúdos são revelados e reintrojetados (“devolvidos”) na mente do paciente e uma vez tornados conscientes, tais conteúdos podem então se transformar e originar as mudanças psíquicas, que permitem à criança retomar seu desenvolvimento emocional, no sentido da saúde.

No referencial winnicottiano, a unidade terapeuta/paciente é análoga à unidade mãe/bebê, e cabe ao terapeuta, ir ao encontro das necessidades do paciente que sofreu “falhas ambientais” no início da vida, para que o processo psicoterápico tenha êxito (Kahtuni, 2005).

3.5- Aspectos éticos

Como essa pesquisa envolve seres humanos, seu projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, e aprovado segundo o parecer de nº.572/2003.

No contato inicial com os pais da criança, a pesquisadora apresentou-lhes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi lido e assinado por eles, comprovando estarem cientes e de acordo com a participação do filho neste estudo.

“(…) O menino aprendeu a usar as palavras.
Viu que podia fazer peraltagens com as palavras.
E começou a fazer peraltagens.
Foi capaz de interromper o vôo de um pássaro
botando ponto final na frase.
Foi capaz de modificar a tarde
botando uma chuva nela.
O menino fazia prodígios.
Até fez uma pedra dar flor!”

Exercício de Ser Criança – Manoel de Barros

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1- A análise de Leo

Conforme sua história de vida, desde recém-nascido, Leo conseguiu estabelecer um vínculo emocional primitivo com sua mãe. Ela pôde desenvolver o estado de “preocupação materna primária”, esteve atenta e cuidou de seu bebê oferecendo-lhe, predominantemente, as experiências de *handling*, que lhe proporcionaram o atendimento aos cuidados físicos. Esse aspecto é evidenciado, quando sua mãe retoma suas atividades profissionais, Leo estando com apenas vinte dias, e ela preocupou-se em levá-lo junto consigo ao trabalho, evitando assim, separar-se fisicamente de seu bebê, e interferir em seus hábitos da amamentação.

Contudo, conforme os dados da história de vida do paciente, constatamos que em seu desenvolvimento emocional primitivo, Leo vivenciou situações de falha materna nas funções de *holding* e de “apresentação de objetos”, que ocasionaram o comprometimento de seu desenvolvimento egóico, e prejudicaram o estabelecimento de sua capacidade simbólica. A experiência de *holding*, como descrevemos anteriormente, é proporcionada ao bebê pela “provisão ambiental” de adaptação máxima da mãe às necessidades do seu bebê, nesse período inicial de “dependência absoluta” do desenvolvimento emocional. Somente essa vivência é capaz de promover a integração do ego do bebê, e fortalecer sua experiência *self*, base da construção da sua subjetividade e garantia de sua experiência de “continuidade de ser”. Como Leo não desenvolveu satisfatoriamente sua unidade egóica, que torna possível a discriminação Eu–não-eu, sua capacidade simbólica foi prejudicada.

Os dados da história de vida do paciente, também mostram que em seu vínculo primitivo com a mãe, Leo vivenciou uma falha materna na função de “apresentação de objeto”.

A experiência de ilusão do bebê conduz ao uso dos símbolos e ao uso dos objetos. (Winnicott 1975a). Nesse início de seu desenvolvimento emocional, Leo encontrando-se em um estado de fusão com sua mãe, alimenta sua

experiência de ilusão, sempre que seu “gesto espontâneo” é aceito por ela. Essa experiência leva o bebê a acreditar que ele é capaz de criar o mundo, e essa vivência é precursora do desenvolvimento de sua capacidade de formar símbolos. Leo precisaria ter sido gradualmente acompanhado por sua mãe na experiência de desilusão, que culmina com a percepção do bebê de que, na realidade, ele vive como um objeto separado e independente da mãe. A vivência da experiência de ilusão/desilusão do bebê com a mãe, é fundamental para que aconteça a integração dos aspectos fragmentados de seu ego rudimentar, e o fortalecimento da unidade de seu *self*.

Os dados da história de vida do paciente indicam ainda, que situações de não aceitação de seu “gesto espontâneo” pela mãe, foram vividas por Leo quando bebê, como falhas que interromperam sua “continuidade de ser”. Naquela ocasião, seu ego rudimentar ainda não se encontrava em condições de sozinho, dar início aos processos que fomentam sua integração, sem contar com a proteção egóica materna. Winnicott (1990c) afirma que, nessas circunstâncias, o desenvolvimento do ego do bebê sofre distorções em decorrência das “falhas ambientais” vivenciadas. Restou, então, a Leo apenas submeter-se e reagir a essa “falha ambiental”.

Como diz Forlenza Neto (1996), “o excesso de real dá origem ao falso”. Assim, o contato com a realidade externa, parece ter sido apreendida por Leo de uma forma muito intensa e abrupta, assumindo um caráter traumático, como aponta Winnicott (1994c). Ainda de acordo com a noção de “trauma acumulativo” de Khan (1963), Leo vivenciou reiteradas situações de não atendimento materno às suas necessidades emocionais, tanto no seu desenvolvimento inicial como ao longo de sua história de vida, conforme indicam os dados. Desse modo, Leo desenvolveu defensivamente uma estrutura mental “falso *self*”, para substituir o cuidado materno. Passou a “cuidar de si mesmo”, a se comportar como o bebê “bonzinho”, depois o menino calado. A ausência de verbalizações foi sua inibição egóica inicialmente mais evidente, e primeiro sinal de seu comprometimento da capacidade de simbolização.

Como a função egóica da simbolização não se desenvolveu naturalmente em Leo, seu ego sofreu uma inibição. Na estruturação psíquica “falso *self*”, a simbolização pode sofrer prejuízos, ou até mesmo não acontecer (Winnicott 1990b; Caramuru, 2005; Peña, 2007). O funcionamento mental do paciente revelou um comprometimento na ligação de seus processos psíquicos e em várias funções egóicas: a percepção, a comunicação, o conhecimento, o pensamento, a formação de símbolos e o senso de identidade (Zimerman, 2001; Azambuja, 2006). O não estabelecimento da capacidade simbólica de Leo resultou no seu sintoma de baixo rendimento escolar. Lembramos aqui também a acepção de trauma de Alvarez (1994), como uma vivência de “não-esquecimento”, que permanece na mente como algo separado da personalidade, e interfere na cognição, memória e aprendizagem.

Leo experimentou, desde momentos muito iniciais de sua vida, “vivências de intrusão” demasiado prematuras ou intensas, que interromperam sua “continuidade do ser” e foram situações repetitivas, que se tornaram traumáticas (Winnicott, 1990d; Khan, 1988), e resultaram na perda de confiabilidade no ambiente e em sofrimento psíquico para Leo.

Com apenas vinte dias, mostrou-se um bebê “bonzinho” e calmo, ao acompanhar sua mãe ao trabalho e manter seus hábitos de amamentação. Leo aparentemente não demonstrou qualquer sofrimento ou estranheza a essa mudança de ambiente – numa fase em que os registros sensoriais são predominantes no funcionamento psíquico e constituem a referência capaz de fornecer a estabilidade emocional do bebê, que facilita a continuidade da sua experiência pessoal. – Este fato revelou que a personalidade de Leo ainda em constituição, submetia-se ao ambiente, precocemente, sem qualquer manifestação de contrariedade ou reclamação. Provavelmente, esta característica da criança de silenciar as situações de desconforto vividas, dificultou que sua mãe as percebesse e proporcionasse a Leo uma adaptação máxima às suas necessidades, durante o período de dependência absoluta. A repetição dessas situações de não atendimento às suas demandas emocionais, no vínculo com a

mãe ao longo de sua história de vida, sugere que, provavelmente, Leo vivenciou-as como situações traumáticas acumulativas.

Aos quatro meses, Leo recusou o seio, demonstrando, através desse conflito oral, sua reação à ausência materna, que foi vivida por ele como uma quebra na “continuidade de sua experiência de ser”, caracterizando-se como uma experiência traumática para o bebê, que ainda não dispunha de recursos egóicos suficientes para enfrentar sozinho essa situação e vivenciou-a como uma experiência de desamparo.

Seu comportamento de arrancar tufo de cabelo, formando feridas por toda a sua cabeça, representou seu modo pessoal de expressar repúdio à sua percepção da discriminação eu–não–eu, isto é, o fato de ser alguém separado da mãe, em substituição à sua crença primitiva de formar uma unidade fusional com ela. Essa expressão de grande sofrimento manifestada por Leo, por volta dos oito, nove meses, revelou sua intensa angústia de separação diante da ausência materna. Embora, evolutivamente, Leo se encontrasse na fase do seu desenvolvimento emocional em que se estabelece a discriminação Eu–não-eu.

Ingressou na escola com um ano e meio, adaptou-se, não chorou, mas, também não falou ou reclamou de coisas ruins. Esse comportamento revelou sua inibição verbal, sinal de prejuízo simbólico e de sua submissão à expectativa do ambiente, rumo à sua estruturação “falso *self*”.

Aos dois anos, com o nascimento do irmão, reagiu à separação materna, recusando alimento, demonstrando desta forma um novo sinal de angústia relacionado à oralidade e a seu vínculo primitivo com a mãe.

A terapia de Leo, iniciada aos nove anos, será dividida em quatro blocos, que apontam sua evolução emocional rumo à formação de símbolos, identificados como: Colagem e Mistura (do primeiro ao quinto mês do tratamento), Vôo (do sexto ao oitavo mês), *Le Parkour*²⁴ (do nono ao décimo primeiro mês) e UTI-Vida Simbólica (décimo segundo mês de tratamento).

²⁴ *Parkour* é derivado da palavra francesa *parcours*, e quer dizer percurso. É um tipo de esporte urbano em que se usa o próprio corpo para ultrapassar obstáculos de maneira rápida e fluida. Sem qualquer equipamento, seus praticantes escalam telhados, superam vãos e outros percalços que encontram pelo caminho.

O bloco inicial, Colagem e Mistura (do primeiro ao quinto mês de análise), é marcado pela ausência de verbalizações do paciente. A perda da confiabilidade de Leo no ambiente e seu sofrimento frente a isso, são evidentes: Leo quase não fala, permanece isolado e seu brincar é sempre solitário. Nesse período, não há, efetivamente, qualquer relação emocional criança-analista. Predominantemente, sob o ponto de vista da criança, ali na sessão, ela está sozinha, desamparada. A terapeuta, em muitas situações, sequer é percebida como um “objeto subjetivamente concebido”, nem confiável afetivamente, nesse momento. Embora interessado em entrar na sala de atendimento, Leo hesita em manter contato de olho e evita aproximar-se da terapeuta, despertando, contratransferencialmente um predomínio de sentimentos primitivos de isolamento, incomunicabilidade e desamparo. Quando se comunica verbalmente, fala pouco e baixinho. Essa ausência de verbalizações e a dificuldade de comunicação com a terapeuta revelam que Leo, provavelmente, evita “apresentar-se”, por temer não ser acolhido e aceito em sua demanda de estabelecer uma relação afetiva. Revelando, assim, fantasias inconscientes de reviver suas vivências de “falha ambiental”.



Figura 1- Cabana de papel.



Figura 2- Cabana de canudos

Nesse período de sua análise, embora de maneira contida, Leo demonstra intensa frustração se não consegue concretizar seus objetivos: abandona seu brincar em muitos momentos, rasga seu material, não admite qualquer ajuda/intervenção da terapeuta. “Responde” às intervenções da terapeuta com mudanças de sua expressão fisionômica e corporal.

Seu brincar reflete sua vivência interna primitiva de uma rudimentar integração egóica e sua pouca capacidade de apreciar a realidade externa, como sua imprecisa avaliação do uso adequado dos materiais para obter resultados satisfatórios. Leo comunica-se na análise, predominantemente, por meio de colagens, tintas e massinha de modelar.

Leo é cauteloso e comedido no uso do material e se ocasionalmente derrama tintas, apresenta reações motoras e fisionômicas que revelam grande frustração. Fica agitado e angustiado se as tintas ou massinhas se misturam. Demonstra, assim, sentimentos paranóides, que indicam seu repúdio à diferenciação Eu–não-eu, ou seja, a percepção de Leo de si mesmo, como alguém separado da analista (representante da mãe), causa-lhe sofrimento psíquico.

Suas colagens em pano e papel, com canudos, palitos de picolé, barbantes têm uma característica comum: seus trabalhos são estruturas que não se sustentam, e, não se mantendo de pé, logo desmoronam, materializando o que pode ser entendido como uma expressão da fragilidade do mundo interno de Leo e seu desejo de busca de proteção, ao construir estruturas continentais. Todavia, as cabanas que Leo constrói, são estruturas extremamente frágeis, com grandes áreas vazadas, que na verdade, denunciam sua vulnerabilidade psíquica.

Em várias sessões desse período, Leo dedica-se à construção de um porta-retrato de pano, emoldurado por canudos que têm em seu interior, barbantes.

O processo da confecção do porta-retrato foi lento e penoso, envolveu grande esforço e subdividiu-se em várias etapas (o momento em que o pedaço de tecido cortado correspondeu ao tamanho da moldura de canudos; o momento em que os canudos foram presos com barbante formando a moldura; o momento em que os palitos de picolé foram colados para manter de pé o porta-retrato).



Figura 3- Porta-retrato.

Correspondendo a seu esforço concreto de manuseio desse material, Leo empreendeu um grande trabalho emocional: precisou entrar em contato e, posteriormente, tolerar intensas frustrações frente a suas ações sem sucesso, esperar o tempo de secagem da cola, constatar situações de seu fracasso e fazer novas tentativas.

Entendemos que no decorrer desse longo processo de confecção do porta-retrato, Leo paralelamente foi sendo capaz de reunir psiquicamente as partes fragmentadas de seu ego. Essa frágil estrutura final em que resultou o porta-retrato feito por Leo é sustentada por palitos de picolé que, todavia, não conseguem cumprir sua função de mantê-la de pé. Durante muitas sessões a analista comentou e questionou com Leo o fato de seu porta-retrato não conter uma foto ou um desenho, já que a função do porta-retrato é expô-los. Esse fato foi

entendido pela analista como a revelação de que Leo, psiquicamente, ainda não alcançara uma unidade *self* correspondente à fase do Eu-sou. Portanto, Leo não poderia expor no seu porta-retrato o que, efetivamente, não existia...

Em seu único desenho desse período Leo expressa sua fantasia de sentir-se um menino vampiro de cabeça oca e olhar vazio, perdido. É provável que Leo o tenha feito na terapia para contar à analista sobre sua “quebra de fé no ambiente”, seus sentimentos de menos valia e baixa auto-estima.



Figura 4- Pessoa.

Em resposta à analista que lhe pergunta de quem é o desenho, Leo restringiu-se a nomeá-lo como “uma pessoa”.

Na sua análise Leo regrediu ao “estado de dependência absoluta” do desenvolvimento emocional, caracterizado pela impossibilidade de o ego fragmentado e frágil do bebê ser capaz de enfrentar sozinho as situações de “fracasso ambiental”, decorrentes de falhas maternas que são vividas por ele como “intrusões” ou experiências traumáticas que ficaram “congeladas”. Tais situações permaneceram “congeladas” na vida de Leo, à espera de uma ocasião futura favorável, em que pudessem ser revividas e “descongeladas”, como aconteceu em sua análise.

No quarto mês da análise, Leo começa a misturar tintas, obtém cores vibrantes, e crescentemente as experimenta em variadas combinações. Passa a usar mais folhas de papel, grande quantidade de tintas, buscando resultados que lhe satisfaçam.



Figura 5- Mistura de cores.

A criança mostra-se mais tolerante frente às frustrações com que se depara. Ocasionalmente, responde sucinto a alguma pergunta, toma a iniciativa de olhar para a terapeuta, mas não sustenta sua intenção quando correspondido. Leo revela interesse em aproximar-se da terapeuta, embora esse contato ainda o assuste. Contratransferencialmente desperta, na terapeuta, sentimentos de busca de contato e proximidade. Parece menos assustado ao vivenciar novas emoções. Experimentar e misturar cores torna-se, então, algo mais espontâneo, fonte da sua criatividade, e não mais ameaçador, como antes. O processo transferencial se

instala nesse período, e é representado por Leo, na sua brincadeira de confeccionar duas estruturas com palitos de picolé, que são colados um a um, numa folha de papel sulfite. Leo usa grande quantidade de cola, a ponto de enrugar o papel, certamente, precisando certificar-se de que os palitos não desgrudariam do papel e que essa colagem seria permanente (a estrutura pequena é Leo; a maior, a analista). Leo deseja, agora, estar fusionado, grudado e colado transferencialmente à analista. Expressa seu vínculo transferencial com a analista, ainda, através das massinhas de cores misturadas, que gruda em seus carrinhos plásticos. Deste modo, Leo reproduziu com a analista, seu vínculo primitivo fusional da relação mãe-bebê.



Figura 6- A representação do vínculo transferencial

O segundo bloco, chamado Vôo (do sexto ao oitavo mês do tratamento) é marcado pelo surgimento das verbalizações do paciente. Seu contato emocional com a terapeuta, que passa a ser um “objeto objetivamente percebido”, e surgem comunicações através de identificações projetivas, precursoras da simbolização. Nas sessões, Leo começa a cortar longos fios de barbante, que são interpretados como representação do cordão umbilical, sugerindo seu desejo de ligação, ao solicitar ajuda da terapeuta para amarrá-los nas pipas que confecciona.



Figura 7- Pipa de palitos de picolé



Figura 8- Pipa de papel

Nas sessões desse bloco Leo começa a confeccionar pipas, inicialmente de palitos de picolé. Entendemos que no seu brincar, o paciente buscava obter estruturas mais firmes e sólidas com suas colagens dos materiais, que refletiam na experiência concreta, seu acesso a novas aquisições psíquicas – a crença na possibilidade de junção de pequenos fragmentos (palitos) para alcançar uma estrutura única (a pipa) – representante dos progressos de sua integração egóica. Essas vivências decorreram de sua experiência de brincar no final do primeiro bloco, quando teve sucesso na colagem de palitos na folha de papel, (conforme a figura 6). Todavia, embora firmes, as pipas de Leo eram muito pesadas para voar! Isso lhe trouxe sentimentos de decepção e frustração, que foram melhor tolerados.

Outros aspectos significativos dessa sua produção lúdica são o tamanho exagerado das rabiolas, sua desproporção em relação às pipas e os detalhes das rabiolas terem sido fortemente amarrados, com nós. Esse fato foi interpretado pela analista como um indicador de sua intensa necessidade de se sentir ligado e preso a ela, reproduzindo e podendo experimentar na análise,

vivências de sua ligação original com a mãe, do vínculo mãe-bebê, que não lhe foram satisfatórias, que agora podiam ser elaboradas.

Nas sessões seguintes, sentindo-se mais capacitado para apreciar a realidade (de que as pipas de palito são muito pesadas para voar) e confiando na sua habilidade para “criar o mundo”, Leo inicia, então, a confecção de pipas de papel (que são mais leves e capazes de voar), apenas emolduradas por palitos de picolé colados na parte de trás, para lhes dar mais sustentação. Nesse período, Leo começa a convidar a terapeuta para realizar algumas tarefas, ora paralelas às dele, ora trabalhando juntos na construção de um avião ou pipa. Utilizando-se dos mecanismos de defesa egóica de projeção e identificação projetiva, mostra-se bravo e “responsabiliza” a analista pelos insucessos nas brincadeiras, expressando suas vivências de ódio (o papel rasgar quando é ele, Leo, que o amarra fortemente, com o barbante), projetando, assim, seus aspectos intoleráveis na mente da terapeuta, para que esta os contenha. É fundamental para Leo, se dar conta de que a analista, realisticamente, sobrevive a seu ódio e desejo de destruí-la em fantasia. A criança, a partir de então, consegue se relacionar com um objeto que é objetivamente percebido e por isso brinca mais livremente, corre, ocupa mais espaço na sala, lança em várias direções seus aviões e pipas.



Figura 9- Aviões.

Mostrou, ainda, com essa brincadeira, o teste de seus recursos e limites mentais. Leo propôs “competições aéreas” com a analista, demonstrando, nesses momentos, a conquista de sua confiança no ambiente terapêutico.

Leo vivenciou em sua análise as experiências de ilusão/desilusão, sentiu-se capaz de “criar o mundo” e encontrou o objeto da realidade. Sentiu-se capaz de criar objetos, que, agora, não apenas se sustentam, mas também podem voar! Leo também conseguiu brincar com a possibilidade de separação/encontro, representada pelos vôos para longe e para perto.

A partir desse momento, Leo mostra-se mais espontâneo, começa a fazer comentários sobre suas atividades na escola e as tarefas de casa, sobre as provas e demonstra maior interesse pelas suas lições e demais questões escolares.

Gradualmente, suas brincadeiras tornaram-se mais interativas e desafiadoras. Sua capacidade verbal e seu brincar sugerem estar em ação seus processos de integração egóica, a junção de suas emoções de amor e ódio e sua experiência criativa, sendo indicadores da conquista de sua capacidade de simbolização. Comunica-se mais livremente com seu mundo interno, e com o mundo externo, o que decorre de sua maior capacidade de discriminação entre o eu e o não-eu. Essas aquisições emocionais coincidem, ainda, com seus relatos verbais, cada vez mais detalhados sobre sua vida escolar, como o fato de ter ficado em reforço escolar somente em duas matérias (português e história), o que indica uma melhora em seu rendimento escolar.

Aproximava-se o período de férias, quando a análise seria interrompida por duas semanas (informação que tanto Leo como seus pais já sabiam com bastante antecedência). Nas duas sessões anteriores a esse período, ao final de seu horário, Leo apresentou intensa hesitação ao guardar na sua caixa lúdica, a pipa mais caprichada e cheia de detalhes que fizemos juntos, em várias sessões. Esse seu movimento foi entendido pela analista e comunicado a Leo, como uma expressão do seu desejo de garantir a manutenção dos nossos encontros.

Propusemos, então, que Leo levasse a pipa para casa, combinando que deveria trazê-la de volta na primeira sessão após as férias. Esse fato de ter-lhe sido permitido levar para casa, algo concreto da análise, admite várias interpretações. Contudo, entendemos que naquele momento de seu tratamento, a capacidade representacional do paciente era incipiente e a pipa ocupava o lugar de um objeto transicional sendo, portanto, fundamental para assegurar à Leo sua relação com a realidade externa. A pipa representava, para Leo, a possibilidade de vivenciar a transição de um estado em que ele se encontrava fundido com a analista (mãe), para um estado em que ele estava em relação de contigüidade com ela, como alguém externo e separado. Assim, levar a pipa consigo, quando se despediu da analista para o período de férias, assegurou a Leo a manutenção de sua vinculação, e lhe permitiu suportar a separação e a ausência real da analista durante aquele período.



Figura 10- Pipa e rabiola



Figura 11- Rabiola

O terceiro bloco, *Le Parkour* (do nono ao décimo primeiro mês da análise), destaca a capacidade de Leo reconhecer e vivenciar ausências e perdas, que são um pré-requisito para o desenvolvimento da capacidade de simbolização. Leo retornou das férias trazendo a pipa que levara consigo na última sessão, e orgulhosamente guardou-a em sua caixa, logo ao entrar. Nesse período, Leo verbaliza e compartilha espontaneamente com a terapeuta suas vivências afetivas de conquistas e dificuldades escolares, familiares e sociais. Numa determinada sessão, Leo traz um texto feito em dupla na escola (sendo interpretado, pela terapeuta, de que ali também formamos uma dupla), que foi lido para a classe, por ser uma história criativa, de superação de dificuldades.

Encontra-se nitidamente mais ligado na sua realidade escolar, é atento às datas de provas e entrega de lições. Embora refira em várias ocasiões ter preguiça de estudar, na maioria das vezes realiza sozinho suas atividades escolares de rotina sem desgastes emocionais, pois Leo as considera, agora, contingências naturais da vida escolar e, portanto, de sua responsabilidade. Quando tem dúvidas em relação às lições ou conteúdos de provas, lembra de telefonar para algum colega “*nerd*” e as esclarece. Interessa-se em fazer suas lições logo após o almoço, o mais rapidamente possível, para que possa descer e brincar com os amigos no parquinho do prédio, como determinaram seus pais. Agora, esses amigos freqüentemente interfonam para sua casa, chamando-o para participar das brincadeiras, e suas preferidas são jogar futebol e andar de skate porque seu desempenho se destaca.

Os pais informam que Leo tem sido convidado para ir à casa dos colegas de escola, fato que muito lhe agrada. Mostra-se mais ativo, conversa mais e procura impor suas opiniões tanto nas brincadeiras com os amigos, como nos programas de lazer familiares.

Nesse momento, Leo faz desenhos nas sessões, que têm o skate como tema predominante.



Figura 12- Meninos com skate.

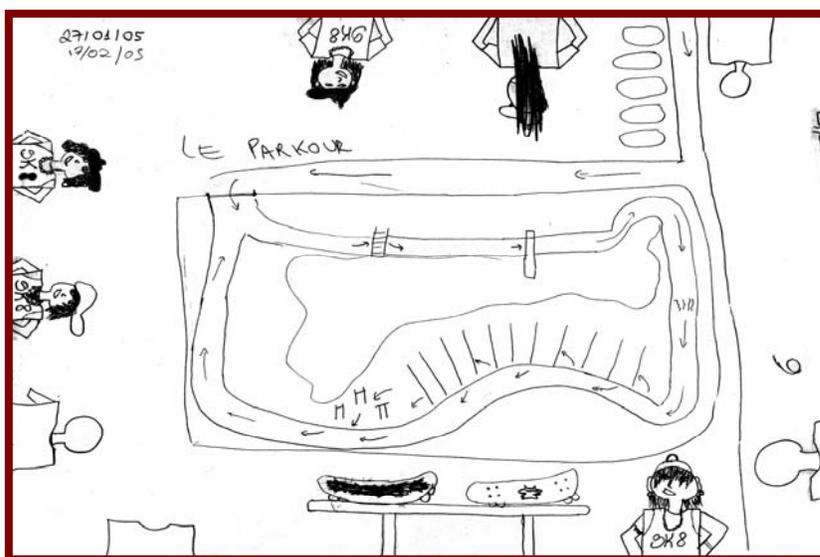


Figura 13- Percursos de skate I

Esses desenhos de Leo mostram os diferentes e novos percursos que comenta usualmente fazer de *skate* na rua, com seus amigos, nos finais de semana. Comunica-se com a terapeuta através de verbalizações espontâneas e, predominantemente, com grafismos.

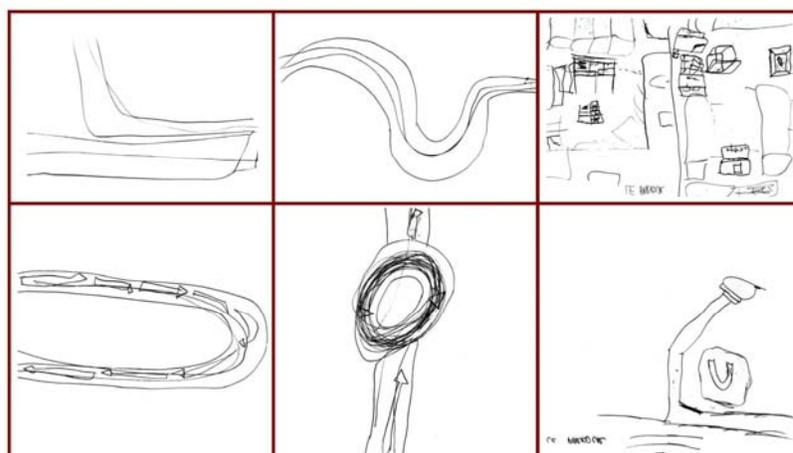


Figura 14- Percursos de skate II

Leo demonstra grande prazer em contar, com minúcias, as situações que viveu (ou fantasiou). Procura reproduzi-las nos seus desenhos, que são complexos, detalhados e têm como temática a identificação com personagens pré-adolescentes que se revelam independentes, seguros de si e buscam a liberdade como estilo de vida.

Seus desenhos são “fenômenos transicionais”, que representam uma maior comunicação entre seu mundo mental e a realidade. Por meio deles Leo mostra sua capacidade de diferenciação Eu–não-eu, própria do ingresso no estágio de “dependência relativa”. Leo demonstra, agora, seu desenvolvimento simbólico com o domínio da habilidade verbal, e a evolução de sua atividade representacional gráfica. A terapeuta, contratransferencialmente, sente-se mobilizada pela curiosidade e interesse na comunicação de Leo, desejando prolongar o contato com o paciente. A analista identifica a maior confiança de Leo na sua experiência de *self*. Aponta-lhe suas novas possibilidades de ultrapassar limites, e também pontua sua não superação de obstáculos, relacionados a seu rendimento escolar.

Leo faz, atualmente, um novo uso de sua caixa lúdica. Transforma-a numa espécie de painel personalizado; “grafita-a”, escrevendo seu nome em diferentes formas e tamanhos de letras. Também expressa sua intimidade e seu vínculo afetivo com a analista, presenteando-a numa sessão, com um trabalho que tem seu nome grafitado (como fizera com o seu próprio nome, na caixa lúdica) e desenhos de um botão de rosa e parte de uma flor com pétalas de coração.



Figura 15- Grafites: Lata de spray e nome da analista

Leo demonstra maior auto-estima, e uso crescente de sua criatividade ao fazer outros usos do material de que dispõe. Seus desenhos, feitos no estilo grafite, têm características de transgressão, que é um comportamento compatível com sua faixa etária. Sua caixa lúdica tornou-se, agora, uma espécie de *outdoor*, na qual Leo expõe a conquista de seus recursos mentais. Pode representar

simbolicamente suas experiências emocionais e falar sobre elas com a terapeuta. Comporta-se nas sessões como um pré-adolescente, comunica seus valores, defende sua própria vontade.

Usa o cabelo comprido e desarrumado (o que contrasta enormemente com o garoto que iniciou a análise com o cabelo bem cortado à máquina, rente à cabeça), mostra com orgulho seus tênis de skatista, enfeita-se com brinco e pulseiras, o que contraria o desejo e a expectativa de seus pais.

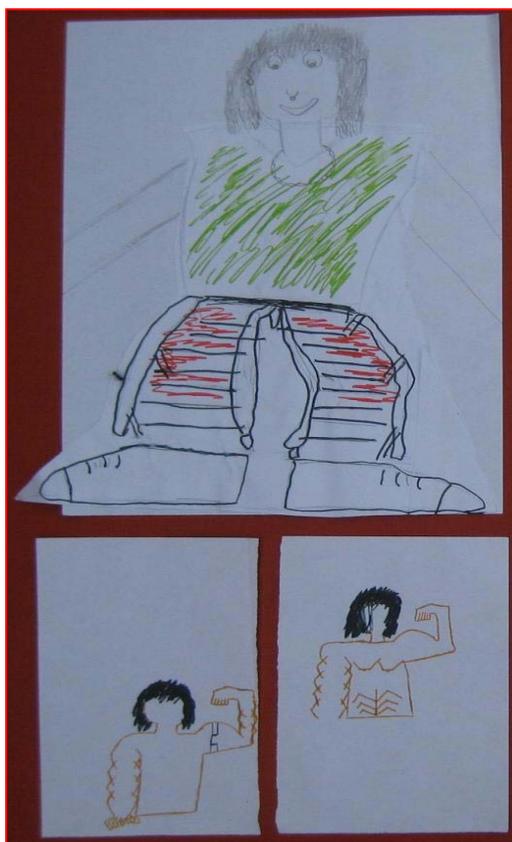


Figura 16- A construção da identidade.

Leo, agora, habita seu próprio corpo e faz pesquisas sobre a construção de sua identidade, quer saber quem ele é, o que revela sua aproximação à aquisição de uma nova capacidade simbólica. Tem expectativas e fantasias de se tornar um garoto “fortão” e “sarado”, conforme representa a

imagem corporal e a expõe em seus desenhos. Nas atividades com o skate, seu corpo se torna um “espaço transicional”. Leo assumiu o controle sobre os acontecimentos externos de sua vida, do mesmo modo como sobre o funcionamento interno de seu próprio *self*. Aproxima-se, deste modo, da conquista de um senso de identidade, que é uma capacidade simbólica. Busca o rompimento de sua estruturação psíquica “falso *self*” evidenciada por sua inibição intelectual que resultava no sintoma de seu baixo rendimento escolar. Quem é Leo verdadeiramente? O menino, indiferente, desligado, calado que se isola e se submete ao ambiente? O menino que recentemente descobriu a possibilidade de se sentir vinculado afetivamente? É capaz de brincar livremente, pode se manifestar por meio de grafites irreverentes, ultrapassar obstáculos escolares que se interpõem em seu caminho? Reclama, escolhe o corte de seu cabelo e suas roupas, e tendo alcançado todas essas conquistas emocionais, tem interesse em aprender e melhora seu rendimento escolar?

O quarto e último bloco em que foi dividida a análise de Leo, (correspondendo ao décimo segundo mês de seu atendimento psicanalítico), foi chamado de UTI-Vida Simbólica, em referência a um dramático fato ocorrido na vida de Leo: sua mãe permaneceu na UTI, em coma, por trinta e sete dias, tendo contraído uma doença viral. Leo demonstrou maturidade emocional ao enfrentar essa situação de grande sofrimento psíquico: entrou em contato com seus sentimentos, preocupando-se, chorando, sofrendo, e também brincando, sorrindo, estudando e cuidando de si mesmo, nesse período. Despertou contratransferencialmente na analista, sentimentos de intensa vivacidade, paradoxalmente à situação real de ameaça de morte que sua mãe vivia, naquele momento. Nesse momento de sua análise, embora ausente, Leo podia contar com a presença viva de sua mãe, em sua mente, como uma representação simbólica que sempre o acompanhava.

A experiência terapêutica foi vivida por Leo como um “espaço de transicionalidade”, que lhe permitiu introjetar o modelo de “cuidados suficientemente bons”, e o *holding* que lhe foram proporcionados. Essas

experiências emocionais sedimentaram sua possibilidade de vinculação afetiva com a analista e o uso de sua capacidade simbólica que, crescentemente, foi se desenvolvendo como mostramos ao descrever os três blocos anteriores de sua análise.

Nesse quarto bloco, o *setting* terapêutico foi alterado para se adaptar às necessidades do paciente e do contexto familiar, frente à doença de sua mãe. Semanalmente foram realizadas entrevistas de orientação com seu pai, sua tia e seu avô materno que lhe trazia para as sessões de análise. O ambiente de *holding* oferecido pela terapeuta nessas entrevistas, ajudou-os a exercer, temporariamente, a função materna, enquanto a mãe de Leo permanecia hospitalizada.

O paciente conseguiu manter a rotina de sua vida e não descuidou de seus compromissos escolares: fez sozinho suas lições de casa, estudou para provas, e manteve a melhora de seu rendimento escolar, obtendo no final desse bimestre notas na média, ou pouco abaixo – o paciente freqüentou aulas de reforço escolar em apenas uma matéria, o que, até então, nunca acontecera desde o início de sua escolaridade –. Leo não faltou às suas sessões de terapia, foi trazido pelo avô materno. Nessa ocasião, seu brincar durante as sessões, voltou-se para a realização de desenhos, origamis, cartões e cartas dirigidos à sua mãe, que permanecia na UTI. Esses seus trabalhos foram entendidos como “fenômenos transicionais” que facilitavam as trocas emocionais entre seu mundo mental e a realidade externa. Suas tentativas de comunicação com a mãe desse modo alternativo, expressam o uso de sua criatividade, que se desenvolveu e destacam o fato de Leo presentemente, poder utilizar-se de suas capacidades simbólicas que se encontram em franco desenvolvimento. Nenhum exemplar dessa sua produção ficou com a analista.

A analista alertou o pai de Leo sobre a importância de todo esse material confeccionado por ele, ser entregue aos enfermeiros que cuidavam da mãe na UTI. Solicitou que as mensagens de Leo fossem colocadas o mais perto possível do leito de sua mãe, próximos ao campo visual dela. Rotineiramente, Leo

pedia ajuda da analista para escolher as cores que iria usar em suas pinturas, e as palavras que melhor expressassem seus sentimentos nos textos que fazia. A dupla paciente-terapeuta estabeleceu trocas permanentes e interagiu com grande intimidade e sintonia.

No vínculo transferencial Leo, predominantemente, atribuiu à terapeuta o papel de mãe, e regrediu ao modo de vinculação mãe-bebê, próprio do “período de dependência absoluta”. Precisava manifestar, deste modo, sua necessidade de receber esse padrão de cuidados da analista. Essa regressão teve o efeito de permitir a elaboração de suas vivências primitivas, quando bebê, no vínculo original com a mãe, e possibilitou a retomada do seu desenvolvimento emocional.

Em certa ocasião, Leo trouxe uma foto sua, 3X4, e pediu o auxílio da analista para confeccionar um cartão em formato de coração para sua mãe, alegando não ser capaz de fazê-lo sozinho. A analista ajudou-o e, ao final da sessão o paciente despediu-se orgulhoso com o trabalho que tinham realizado em dupla. Esse cartão teve um importante significado na recuperação da mãe de Leo, fato que será comentado a seguir. A análise de Leo, nesse período, teve a função de favorecer a elaboração de suas intensas angústias e sentimento de desamparo, diante da separação e da doença materna – suas vivências emocionais de perda, de temor e aflição diante da morte – não somente como fantasias, mas, como experiências que, nesse contexto, poderiam corresponder a uma situação de realidade. Leo mostrou-se capaz de transformar simbolicamente, suas dores.

Sua mãe recuperou-se do coma e, após receber alta hospitalar, o *setting* analítico foi novamente alterado, para atender a um pedido de Leo: a ida da terapeuta à sua casa para visitar sua mãe. Embora continuasse recebendo cuidados médicos em seu domicílio, e estivesse também sob acompanhamento fisioterápico e fonoaudiológico, a mãe de Leo apresentava regressões e comprometimentos motores que a impediam de andar, de falar, de alimentar-se, banhar-se e trocar-se sozinha, como impedimentos temporários do coma. Por sua condição de total dependência de um adulto, a mãe de Leo parecia um grande

bebê que precisava receber cuidados contínuos de sua mãe (avó materna de Leo).

Entendemos que esse pedido de Leo teve como objetivo compartilhar com a terapeuta o impacto emocional que ele vivenciava, agora, ao relacionar-se com sua mãe nesse estado de regressão e, desta forma, elaborar suas emoções. E ainda, remeter a analista às suas próprias vivências traumáticas primitivas, sofridas passivamente quando bebê, que seriam impossíveis de ser comunicadas através de palavras, por serem inscrições mentais que permaneciam em seu psiquismo como registros sensoriais de catalogação. Winnicott (1988f) lembra que essas vivências primitivas traumáticas permanecem congeladas no psiquismo, ao longo do desenvolvimento da criança, à espera de elaboração numa situação futura favorável, como a experiência analítica.

Quando a mãe foi capaz de comparecer ao consultório para uma entrevista mensal de orientação de pais, comentou com a analista um fato que lhe despertou contratransferencialmente intensa emoção: disse-lhe que ao retornar do coma reuniu forças e reagiu para se manter viva, ao identificar o cartão de coração com a foto de Leo, feito numa sessão de sua análise. A terapeuta constatou que a mãe de Leo apresentou seqüelas na memória, no senso de orientação espaço-temporal e na coordenação motora fina.

4.2- As entrevistas com os pais

Os pais de Leo freqüentaram pontualmente todas as sessões de entrevistas de orientação nos primeiros onze meses. Mensalmente, comentavam a rotina escolar de Leo, o estabelecimento das regras familiares que determinavam horários de estudo e brincadeira, passeios familiares de finais de semana, situações de tensão familiar, disputas e brigas entre os filhos, e as atitudes que eles tomavam nessas situações. Relatavam que Leo procurava quase sempre evadir-se de situações conflitivas.

O acompanhamento das atividades escolares de Leo ficava a cargo da mãe que, rotineiramente, verificava a execução de suas lições, tirava suas dúvidas e estudava com a criança os conteúdos das provas, elaborava resumos e enfatizava quais assuntos eram mais relevantes. Ao longo das entrevistas, a mãe mostrava-se mais preocupada e irritada com o alheamento e a indiferença da criança diante das exigências e do não cumprimento de suas atividades escolares, “ele não liga a mínima, parece até que não são obrigações dele!” (sic). Considerava o filho preguiçoso, “folgado” e irresponsável com suas tarefas e provas. Temia que essa postura de falta de compromisso com suas obrigações o acompanhasse ao longo da vida, vindo a prejudicar sua vida profissional, no futuro. As atitudes de Leo deixavam-na muito brava com o filho. Sempre que repreendido, Leo chorava muito, isolava-se em seu quarto e demorava a acalmar-se para retomar seus estudos. Conforme o relato da mãe, havia uma “guerra diária” em sua casa na hora da lição!

No início de sua análise, observamos que Leo não percebia a importância do uso da agenda escolar como um recurso norteador da dinâmica didática. Deste modo, sistematicamente, deixava de anotar os registros diários da classe, com indicações de datas de provas e entrega de trabalhos. Ao agir desta forma, ele se mantinha permanentemente alheio à rotina escolar, que lhe era intolerável. A falta de contato de Leo com sua realidade escolar (e suas exigências), contribuía para que suas dificuldades escolares se intensificassem e, conseqüentemente, prejudicava seu desempenho. Este fato originava constantes conflitos com sua mãe e nessas discussões Leo chorava muito e se isolava em seu quarto, enquanto sua mãe se sentia culpabilizada.

Nesses encontros mensais com os pais, as reflexões e orientações propostas pela analista originaram uma nova dinâmica emocional entre eles e a criança. Os pais puderam entrar em contato com suas próprias emoções e refletir sobre suas atitudes com Leo, notadamente no que se referia à sua vida escolar. A mãe tornou-se mais tolerante e passou a respeitar as necessidades e decisões de Leo frente às suas obrigações escolares: horários de fazer as lições e estudar

para as provas, permitindo também que a criança administrasse seus momentos diários dedicados ao lazer e brincadeiras. No decorrer de sua análise, Leo mostrou-se mais ativo, interessado, responsável e cada vez menos dependente da ajuda materna em seus estudos. Gradualmente, os pais relatavam a melhora do rendimento escolar da criança evidenciada tanto pelo fato de Leo obter notas acima da média em mais disciplinas, como por ter participado de aulas de reforço escolar em menos matérias (português e história).

Entendemos que ao longo do processo analítico, tanto os pais de Leo crescentemente, desenvolveram a capacidade de conter suas próprias angústias, como também puderam receber em suas mentes a projeção das angústias da criança relacionadas às suas questões escolares. Constatamos, ainda, que as melhoras no desempenho escolar de Leo coincidiram com o fortalecimento do vínculo terapêutico. O espaço analítico foi apresentado a Leo como um “lugar de transicionalidade” que lhe possibilitou construir sua realidade interna, perceber objetivamente a realidade externa e estabelecer uma comunicação mais livre entre ambas. O apoio egóico da analista proporcionado a Leo pela experiência de *holding*, permitiu-lhe a introjeção do modelo de “cuidados suficientemente bons”, que a criança não vivenciara satisfatoriamente no vínculo original com a mãe. Essa nova experiência corretora, possibilitou sua integração egóica, e, conseqüentemente, o estabelecimento e a evolução de sua capacidade simbólica, o que resultou na melhora de seu rendimento escolar.

5- CONCLUSÃO

No processo psicanalítico Leo teve a possibilidade de reviver suas experiências primitivas de “falha ambiental”, e elaborá-las no vínculo analítico. Embora não fosse objetivo do processo terapêutico trabalhar diretamente com as questões escolares de Leo – e sim com suas questões emocionais – à medida que o paciente desenvolveu-se emocionalmente, foi mostrando, crescentemente, mais interesse por sua escolaridade e melhorou seu desempenho e rendimento escolares. Isso pôde confirmar a premissa aqui proposta inicialmente, de que a psicoterapia psicanalítica, através do “brincar”, permitiu a elaboração das experiências emocionais primitivas da relação mãe-bebê, que repercutem no processo de formação de símbolos da criança e interferem em seu rendimento escolar.

Leo pôde iniciar o resgate de suas capacidades egóicas de percepção, comunicação e capacidade de brincar, no segundo bloco, Vôo (do sexto ao oitavo mês da análise). Seu processo de formação de símbolos apresentou novas aquisições, com a maior comunicação entre seu mundo interno e a realidade, a partir do terceiro bloco, *Le Parkour* (do nono ao décimo primeiro mês da análise). Nessa ocasião revelou, também, sua aproximação à construção de um senso de identidade, que constitui uma capacidade simbólica. No quarto bloco, UTI-Vida Simbólica (no décimo segundo mês da análise), o contato com sua vida emocional abriu-lhe as portas da vida escolar. Ao longo dessa pesquisa, enquanto misturou tintas, lançou pipas e aviões aos ares, Leo ultrapassou obstáculos não apenas em seus desenhos, mas, principalmente em seu percurso simbólico, e pode, agora, fazer uso dessa capacidade livremente.

Concluímos que em seu desenvolvimento emocional primitivo, no seu vínculo com a mãe, Leo vivenciou uma “falha materna” na função de *holding*, que causou o não estabelecimento de seu processo de integração egóica pelo fato de, quando bebê, prematuramente ter percebido a discriminação Eu–não-eu e tê-la repudiado. (Nessa ocasião, Leo precisava contar com o apoio egóico de sua mãe, pois seu ego ainda fragmentado e incipiente não dispunha de recursos suficientes para pôr em ação os processos de integração, que não acontecendo,

comprometem o desenvolvimento da capacidade de formação de símbolos da criança). Ainda quando bebê, Leo também vivenciou uma “falha materna” na função de “apresentação de objetos”. (Isto é, viveu precocemente o processo de “desilusão”, porque aí também, deixou de se sentir gradualmente acompanhado por sua mãe, no contato com a realidade externa. O bebê que se sente sozinho, não é capaz de criar o mundo – o objeto – e deixando de fazê-lo, não consegue construir a própria realidade interna, a experiência de *self*). Essas experiências emocionais primitivas originaram a inibição intelectual de Leo, comprometeram o desenvolvimento de sua capacidade simbólica e ocasionaram seu baixo rendimento escolar.

A experiência analítica foi vivenciada por Leo como um espaço de transicionalidade que possibilitou a correção de suas experiências de falha ambiental, promoveu sua integração egóica e lhe permitiu a conquista da experiência de *self* como uma unidade, ao alcançar o estágio do Eu sou. Somente nessa condição emocional, a criança em idade escolar é capaz de aprender os conceitos matemáticos, as regras ou princípios gramaticais, e pode lidar com pedaços ou fragmentos de operações matemáticas ou produções de texto (Winnicott, 1999c).

O verdadeiro percurso (*Le Parkour*) de Leo em sua análise foi a conquista de sua experiência de *self*, que lhe permitiu usar seu corpo como um espaço transicional, e a partir dessa vivência da corporeidade Leo pôde saber quem ele é, ingressar no “período de latência” de seu desenvolvimento psicosssexual, submeter-se às regras da aprendizagem e melhorar seu rendimento escolar.

Para finalizar, gostaríamos de dizer, contando mais uma vez com a ajuda de Winnicott, que esses são nossos “rabiscos” (*Squiggle Game*) possíveis no momento. Fizemos recortes e articulações sobre esse tema, ao longo do diálogo que fomos estabelecendo com os diversos autores e, a interlocução com Leo foi uma participação particularmente especial no processo de elaboração dessa tese.

Na construção deste espaço de transicionalidade que pretendemos apresentar aqui, foram fundamentais, as vivências da experiência analítica com Leo. As inquietações e dificuldades clínicas com que nos deparamos, no decorrer do trabalho com esse paciente, é que nos conduziram ao estudo teórico sobre o tema da formação de símbolos na visão winnicottiana.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abram J. A Linguagem de Winnicott. Dicionário das Palavras e Expressões Utilizadas por Donald D. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

Alvarez A. Falhas na vinculação: ataques ou deficiências? Realidade, pensamento e aprendizagem. In: França MO de A org. Bion em São Paulo: Ressonâncias. São Paulo: Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 1997. p.161-174.

Alvarez A. Abuso sexual de crianças: A necessidade de lembrar e a necessidade de esquecer. In: Companhia viva. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994, p.161-172.

American Heritage Dictionary of the English Language. Houghton Mifflin Company. 2000, p. 1752.

Azambuja SC. Presenças e ausências, parceiras na simbolização. In: Presenças e ausências, parceiras na simbolização. São Paulo: HePsykhe; 2006, p.15–59.

Bion WR. (1962a). A Theory of Thinking. International Journal of Psycho-Analysis. 1962; 43 (4-5): 328-31.

Bion WR. (1962b) O aprender com a experiência. Rio de Janeiro: Imago, 1991, 141p.

Bittencourt AM de L. O complexo triângulo simples em Winnicott: O brincar e a realidade. In: Outeiral, J. e Abadi, S. coord. Donald Winnicott na América Latina. Teoria e Clínica Psicanalítica. Rio de Janeiro: Revinter. 1997, p. 43-9.

Borges JL. O outro tigre. In: As horas. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. p.175.

Botella C., Botella S. A pesquisa em psicanálise. In: Green, A. org. Psicanálise contemporânea. Revista francesa de psicanálise. São Paulo: Imago/Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. 2003a, p.421- 42.

Botella C., Botella S. La no-representación. In: La figurabilidade psíquica. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu. 2003b, p.39-52.

Caramuru MMF e S. Falso *self*, tentativa de suicídio na adolescência e o trabalho do negativo - Rompendo a casca para vir a ser... Paloma. Rio de Janeiro: Revinter, 2005, p.167-85.

Castro AR de. Search of the elusive nature of clinical phsychoanalytic theory. *Psychoanalytic Quarterly*. 2003; 72 (1): 131-55.

Cesarotto O. Narrar a clínica. In: Delorenzo RMT, Mezan R, Cesarotto O. *Percurso*. Revista de Psicanálise. São Paulo. 2000; 13(25): 105-10.

Davis M e Wallbridge D. Pressupostos Básicos. In: *Limite e espaço*. Rio de Janeiro: Imago, 1982a, p. 47-50.

Davis M e Wallbridge D. Integração e Não-Integração. In: *Limite e espaço*. Rio de Janeiro: Imago, 1982b, p. 51-4.

Davis M e Wallbridge D. Personalização. In: *Limite e espaço*. Rio de Janeiro: Imago. 1982c, p. 55-7.

Davis M e Wallbridge D. As relações objetais primitivas e a experiência de onipotência. In: *Limite e espaço*. Rio de Janeiro: Imago. 1982d, p. 57-9.

Delorenzo RMT. Narrar a clínica. In: Delorenzo RMT, Mezan R, Cesarotto O. *Percurso*. Revista de Psicanálise. São Paulo. 2000; 13(25): 105-10.

Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Organização Antônio Houaiss e Mauro de Salles Villar; Rio de Janeiro: Objetiva; 2001; Método; 1910-11.

Doin C. Interpretação transicional. In: Mello Filho, J. de e Silva, ALML org. *Winnicott 24 anos depois*. Rio de Janeiro: Revinter. 1995, p.129-37.

Eliot TS. *Poesia*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1963,p.200.

Forlenza Neto O. Liberdade, criatividade, espontaneidade e o falso. In: Catafesta, IF da M org. *D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo*. São Paulo: Lemos. 1996, p. 85-91.

Freire JMG. Do delirante ao ficcional: um estudo sobre a situação psicanalítica em um caso clínico de paranóia. [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.

Freud S. (1893-1895) Estudos sobre a histeria. Casos clínicos. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. Vol. II. 1980a, p. 55-189.

Freud S. (1900-01). A interpretação de sonhos. Parte II. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. Vol. V. Cap. VII. 1980b, p.468-521.

Freud S. (1905a). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. Vol. VII. 1980c, p.123-250.

Freud S. (1905b). Fragmentos da análise de um caso de histeria. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. Vol. VII. 1980d, p.01-12.

Freud S. (1915a) Os instintos e suas vicissitudes. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 1980e, Vol. XIV, p.129-62.

Freud S. (1915b) O inconsciente. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. Vol. XIV, 1980f, p.191-233.

Freud S. (1915-17). Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 1980g, Vol. XV, p.125-38.

Freud S. (1917-19). Apêndice. Casos clínicos mais longos de Freud. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. Vol. XVII. 1980h, p. 153.

Freud S. (1920). Além do Princípio do Prazer. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. Vol. XVIII. 1980i, p.13-85.

Freud S. (1923). Dois Verbetes de Enciclopédia. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. Vol XV. 1980j, p. 285-307.

Freud S. (1925). Um estudo autobiográfico. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. Vol. XX. 1980l, p.17-87.

Garcia-Roza LA. Introdução. In: Freud e o inconsciente. Rio de Janeiro: Zahar. 1988, p.09-24.

Goldstein RZ. O objeto transicional de Winnicott. In: Baranger W. et al. Contribuições ao conceito de objeto em psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo. Clínica Roberto Azevedo. 1994, p.149-71.

Gomes PB. Como se narra a psicanálise do final do milênio? Percurso. Revista de Psicanálise. São Paulo. 1999; 12(23): 63-72.

Green A. Conceituações e limites. In: Green A. Conferências Brasileiras de André Green. Metapsicologia dos limites. Rio de Janeiro: Imago. 1990, p.11-32.

Green A. A Experiência e o Pensamento na Prática Analítica. In: Abram J. André Green e a Fundação Squiggle. São Paulo: Roca. 2003a, p.1-12.

Green A. Objeto(s) e sujeito. In: Abram J.; André Green e a Fundação Squiggle. São Paulo: Roca. 2003b, p. 13-29.

Herrmann F. Pesquisando com o método psicanalítico. In: Herrmann F. e Lowenkron T org. Pesquisando com o método psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004, p.43-83.

Hisada S. O manejo do *setting* no processo psicoterápico. In: Clínica do *setting* em Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter. 2002, p. 37-50.

Kahtuni HC. O terapeuta/mãe e o paciente/bebê e os cuidados requeridos. *Psyche*, São Paulo. 2005: 9(16): 197-212.

Khan MMR. Prefácio. In: Winnicott, DW. Textos Seleccionados da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1988, p. 07-61.

Khan MMR. (1963) O conceito de trauma acumulativo. In: *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1977, p. 57-76.

Klein M. (1930). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In: *Contribuições à Psicanálise*. São Paulo: Mestre Jou. 1981, p. 295-314.

Klein M. (1934). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In: *Contribuições à Psicanálise*. São Paulo: Mestre Jou. 1981, p. 355-89.

Klein M. (1946) Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: *Progressos da Psicanálise*. São Paulo: Mestre Jou. 1978, p. 313-43.

Klein M. (1952) Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. In: Klein, M. et al. In: *Os Progressos da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. 1978, p. 216-55.

Khedy S. O *setting* e as análises especiais. In: Mello Filho J. de e Silva, ALML orgs. Winnicott: 24 anos depois. Rio de Janeiro: Revinter. 1995, p. 97-106.

Laplanche e Pontalis. *Vocabulário da Psicanálise*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes. 2004. *Metapsicologia*, p. 361-2. *Representação*; p.448-50. *Simbolismo*; p.481-86.

Leary K. Making the case for a “practical psychoanalysis”. *Psychoanalytic Psychology*. 2007; 24 (4):701-08.

Levy R. Trauma e não-simbolização no campo analítico. In: 44^o Congresso Internacional de Psicanálise da Associação Internacional de Psicanálise (IPA). Rio de Janeiro, 2005.

Lins MIA. A ilusão e o uso criativo dos objetos. In: Catafesta IF da M org. D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo. São Paulo: Lemos. 1996, p.117-29.

Lispector C. A Descoberta do Mundo. Rio de Janeiro: Rocco. 1999.

Lowenkron TS. O objeto da investigação psicanalítica. In: Herrmann F. e Lowenkron T org. Pesquisando com o método psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004, p.21-31.

Mélega MP. Estados de mente poéticos – o processo de criação em Eugênio Montale. [Tese de Doutorado] São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.

Mélega MP. Processo simbólico: do arcaico ao poético. Evolução do conceito de simbolização. In: Panorama. Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. São Paulo. 2003, p. 253-78.

Mezan R. Que significa “pesquisa” em psicanálise? In: Silva, MEL, coord. Investigação e psicanálise. Campinas: Papyrus. 1993, p. 49-89.

Mezan R. Do relato à teorização. In: Escrever na clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1998, p.163-73.

Mezan R. Narrar a clínica. In: Delorenzo RMT, Mezan R, Cesarotto O. Percurso. Revista de Psicanálise. São Paulo. 2000; 13(25): 105-10.

Nasio J.-D. Que é um Caso? In: Nasio J.-D. et al. Os grandes casos de psicose. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2001a, p. 11-22.

Nasio J.-D. Excertos das obras de S. Freud e J. Lacan sobre a idéia de “caso clínico”. In: Nasio, J-D. et al. Os grandes casos de psicose. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2001b, p. 25-9.

Outeiral JO, Graña RB. Apresentação à edição brasileira. In: Winnicott C.; Shepherd R. ; Davis M. org. Explorações psicanalíticas. D.W.Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas.1994, p.vii-xv.

Outeiral JO. Perspectivas de pesquisa na abordagem winnicottiana. In: Catafesta IF da M org. D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo. São Paulo: Lemos. 1996, p. 71-83.

Peña, KS. Juego y realidad. Comentarios sobre el libro del Dr. Winnicott. In: I Encontro Latino-Americano de Psicanálise de Crianças e Adolescentes da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. A Clínica Hoje; 2007; Nov 23-24; São Paulo, Brasil. Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo; 2007, p. 1-10.

Pontalis J-B. O laboratório central. In: Green, A. org. Psicanálise contemporânea. Revista francesa de psicanálise. São Paulo: Imago/Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. 2003, p. 371- 78.

Rezende AM de. A questão e os problemas da verdade no caso específico da psicanálise. In: A questão da verdade na investigação psicanalítica. Campinas: Papirus. 1999, p. 11-32.

Rezende AM de. Ciência da psicanálise, psicanálise da ciência. In: O paradoxo da psicanálise: uma ciência pós-paradigmática. São Paulo: Via Lettera. 2000, p. 07-27.

Roussillon R. O ritmo, o transicional, o transitivo e o quadro: a propósito de uma forma de traumatismo “qualitativo”. In: Paradoxos e situações limites da psicanálise. São Leopoldo: Unisinos. 2006, p. 231-50.

Segal H. Notas a respeito da formação de símbolos. In: A Obra de Hanna Segal. Rio de Janeiro: Imago. 1983a, p. 77-98.

Segal H. Fantasia e outros processos mentais. In: A Obra de Hanna Segal. Rio de Janeiro: Imago. 1983b, p.67-75.

Segal H. Simbolismo. In: Sonho, fantasia e arte. Rio de Janeiro: Imago. 1993a, p. 45-61.

Segal H. Espaço mental e elementos do simbolismo. In: Sonho, fantasia e arte. Rio de Janeiro: Imago, 1993b, p. 62-74.

Selaibe M. Narrar a clínica. In: Delorenzo RMT, Mezan R, Cesarotto O. Percurso. Revista de Psicanálise. São Paulo. 2000; 13(25): 105-10.

Silva MEL. Pensar em psicanálise. In: Silva MEL, org. Investigação e psicanálise. Campinas: Papyrus. 1993, p.11-25.

Valler EHR. A teoria do desenvolvimento emocional de DW. Winnicott. Rev. Bras. Psican. 1990; 24(2):155-70.

Veras V. Freud: tramas e traumas de um contador de casos. In: Cadernos Unibero de produção científica. 2005; 3: 73-84.

Widlocher D. O lugar da pesquisa clínica em psicanálise. In: Green, A, org. Psicanálise contemporânea. Revista francesa de psicanálise. São Paulo: Imago/Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. 2003, p.51-64.

Winnicott DW. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: Textos selecionados da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1988a, p. 269-86.

Winnicott DW. (1949). A mente e sua relação com o psique-soma. In: Textos selecionados da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1988b, p. 07-61.

Winnicott DW. (1952a). Psicose e Cuidados Maternos. In: Textos selecionados da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1988c. p. 375-88.

Winnicott DW. (1952b). Ansiedade associada à insegurança. In: Textos selecionados da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1988d, p 205-10.

Winnicott DW. (1953). Objetos e fenômenos transicionais. In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago. 1975a, p. 13-44.

Winnicott DW. (1954a). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico. In: Textos selecionados da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1988e, p. 459-81.

Winnicott DW. (1954b). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In: Textos selecionados da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988f, p. 437-58.

Winnicott DW. (1956). Preocupação materna primária. In: Textos selecionados da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1988g, p.491-98.

Winnicott DW. (1959). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas. 1990a, p.114-27.

Winnicott DW. (1960a). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas. 1990b, p.128-39.

Winnicott DW. (1960b). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas. 1990c, p. 38-54.

Winnicott DW. (1961). Psicanálise e ciência: amigas ou parentes? In: Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes. 1999a , p. xiii-xviii.

Winnicott DW. (1962). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas. 1990d, p. 55-61.

Winnicott DW. (1963a) Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas. 1990e, p. 79-87.

Winnicott DW. (1963b). Dependência no cuidado lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas. 1990f, p. 225-33.

Winnicott DW. (1963c). O medo do colapso (Breakdown). In: Winnicott, C, Shepherd, R.; Davis, M, org. Explorações psicanalíticas D.W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994a, p. 70-6.

Winnicott DW. (1963d). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil in: O ambiente e processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. 1990g, p 207-17.

Winnicott DW. (1965a). Uma nova luz sobre o pensar infantil. In: Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994b, p. 119-23.

Winnicott DW. (1965b). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In: Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994c, p. 102-15.

Winnicott DW. (1965c). O preço de desconsiderar a pesquisa psicanalítica. In: Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes. 1999b, p. 171-82.

Winnicott DW. (1967a). A localização da experiência cultural. In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago. 1975b, p.133-43.

Winnicott DW. (1967b). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago. 1975c, p. 153-62.

Winnicott DW. (1968a). O pensar e a formação de símbolos. In: Winnicott C, Shepherd R, Davis M, org. Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994d, p. 167-69.

Winnicott DW. (1968b). As comunicações entre o bebê e a mãe e a mãe e o bebê comparadas e contrastadas. In: Joffe WG. O que é a Psicanálise? Rio de Janeiro: Imago. 1972, p. 35-53.

Winnicott DW. (1968c). *Sum*: Eu sou. In: Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes. 1999c, p. 41-51.

Winnicott DW. (1968d). O aprendizado infantil. In: Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes. 1999d, p. 137-44.

Winnicott DW. (1969). O uso de um objeto e relacionamento através de objetos. In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago. 1975d, p. 95-120.

Winnicott DW. (1971a) O brincar: uma exposição teórica. In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975e, p. 59-77.

Winnicott DW. (1971b) O brincar: a atividade criativa e a busca do eu (*self*). In: O brincar e a realidade, Imago: Rio de Janeiro, 1975f, p. 79-93.

Winnicott DW. (1971c). A criatividade e suas origens. In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975g, p. 95-120.

Winnicott DW. (1988) Estabelecimento da relação com a realidade externa. In: Natureza Humana. Rio de Janeiro: Imago. 1990h, p. 120-35.

Zimerman D. Uma teoria do conhecimento. In: Bion, da teoria à prática. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995a, p. 110-20.

Zimerman D. Uma teoria do pensamento. In: Bion, da teoria à prática. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995b, p. 88-98.

Zimerman D. A função de “continente” do analista. In: Bion, da teoria à prática. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995c, p. 162-69.

Zimerman D. Epistemofilia e vínculo –K: a proibição do conhecer. In: Bion, da teoria à prática. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995d, p. 221-31.

Zimerman D. Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise. São Paulo: Artmed. 2001; Epistemofilia; p. 120-21. Representação; p.362-63. Símbolo p. 387-88.

OBRA CONSULTADA

Normas, procedimentos e orientações para publicação de dissertações e teses da Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, 2005.

7- ANEXOS

ANEXO 1



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

✉ Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP

☎ (0_19) 3788-8936

FAX (0_19) 3788-8925

🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

✉ cep@fcm.unicamp.br

CEP, 18/05/04.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 572/2003

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “A FORMAÇÃO DE SÍMBOLOS: UMA ARTICULAÇÃO PSICANALÍTICA DE SUAS MANIFESTAÇÕES E REPERCURSSÕES NA ESCRITA INFANTIL”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Marta Maria Fontenele e Silva Caramuru

INSTITUIÇÃO: Consultório Particular

APRESENTAÇÃO AO CEP: 05/12/2004

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 18/05/05

II - OBJETIVOS

Constituem-se objetivos deste estudo: - Identificar e descrever a estruturação do mundo psíquico da criança que apresenta problemas de escrita (conhecer suas fantasias, ansiedade e defesas); articular conceitos teórico-clínicos Psicanalíticos e fonoaudiológicos acerca da linguagem, notadamente em relação a problemas de leitura e escrita; fornecer subsídios teóricos e clínicos à profilaxia dos problemas de leitura e escrita, e à prática fonoaudiológica considerando a eventual necessidade de encaminhamento dessas crianças para atendimento psicológico.

III - SUMÁRIO

Será realizado estudo qualitativo clínico no consultório particular da pesquisadora em 3 crianças do sexo masculino que se encontram no "período de latência" de seu desenvolvimento psicosexual, encaminhados para atendimento psicológico por apresentarem baixo rendimento escolar e transtorno de escrita. As crianças serão atendidas em 2 sessões semanais com duração de 50 minutos cada sessão. O tempo previsto para a finalização do atendimento é de 12 meses. Os pais dessas crianças também serão atendidos em sessões quinzenais para fins de orientação. A pesquisadora fará entrevistas com a orientadora educacional e com a professora para acompanhamento quanto às suas deficiências de escrita.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto explica satisfatoriamente os objetivos da pesquisa, com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido adequado.

Após o atendimento das pendências estabelecidas quando da apresentação inicial desse protocolo, consideramos o mesmo aprovado.

Página 1 de 2

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na V Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 18 de maio de 2004.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

8- APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

_____ e _____
_____ responsáveis legais pelo menor

nascido em ____/____/____ concordamos com sua participação como voluntário da pesquisa intitulada **FORMAÇÃO DE SÍMBOLOS E QUEIXA DE BAIXO RENDIMENTO ESCOLAR INFANTIL: A VISÃO PSICANALÍTICA DE WINNICOTT**, realizada sob a responsabilidade da psicóloga clínica Marta Maria Fontenele e Silva Caramuru, inscrita no Conselho Regional de Psicologia de SP, 6ª região, sob o registro CRP-06/34915-5.

Essa pesquisa tem como objetivo:

- mostrar que as experiências emocionais primitivas vividas pela criança na sua relação com a mãe, no início de seu desenvolvimento emocional podem repercutir no processo de formação de símbolos da criança, interferir em seu rendimento escolar e são vivências possíveis de ser elaboradas pela técnica do brincar, na psicoterapia psicanalítica, segundo o referencial winnicottiano.

São procedimentos da pesquisa:

- Com a criança: 2 (duas) sessões semanais de atendimento psicoterápico psicanalítico individual no consultório, com duração de 50 minutos, no decorrer de doze meses.

- Com os pais: entrevistas mensais para fins de orientação, realizadas no consultório, com duração de 50 minutos, no decorrer de doze meses.

A pesquisa poderá ser acompanhada diretamente pelos pais, sempre que trouxerem a criança ao consultório para sua sessão de atendimento psicoterápico, e/ou por ocasião da entrevista mensal de orientação de pais.

Sob pena de ferir o Código de Ética Profissional do Psicólogo, fica assegurado o sigilo acerca dos dados de identificação pessoal dos sujeitos voluntários e sobre toda e qualquer informação que for obtida tanto na sessão com a criança, como nas entrevistas com os pais.

Fica garantido à criança e/ou a seus pais a liberdade de abandonar a pesquisa em qualquer tempo, o que poderá acontecer com a simples comunicação verbal desse propósito, sem que isso venha a lhes ocasionar quaisquer riscos. Permanecerá preservada a continuidade do acompanhamento psicoterápico da criança até o momento de sua alta terapêutica.

O esclarecimento de eventuais informações ou dúvidas em qualquer momento desta pesquisa poderá ser feito através de contato direto comigo:

Marta M. Fontenele e Silva Caramuru, CRP-06/34915-5.
Consultório: Rua Sampaio Peixoto, 345 – Conj. 09 – Cambuí
CEP: 13.024-420 Tel.: (19) 3294-8438

Ou, ainda, por meio de contato telefônico diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da FCM – UNICAMP, Tel.: (19) 3521-8936, onde poderão, inclusive, ser feitas eventuais denúncias.

APÊNDICE 2- Figuras dos trabalhos do paciente



Figura 1- Cabana de papel

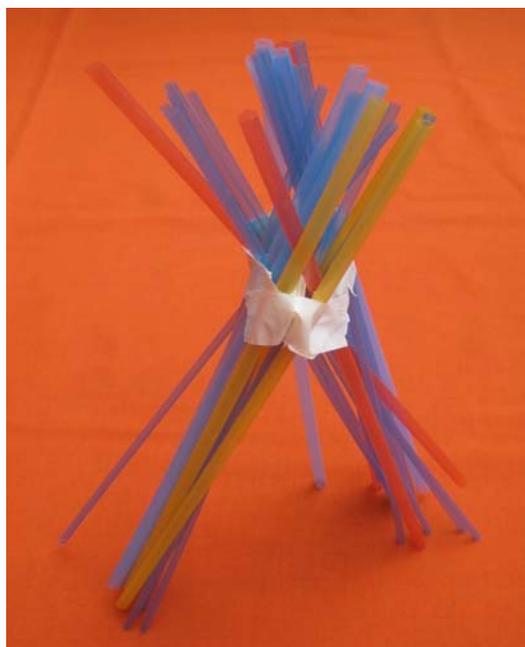


Figura 2- Cabana de canudos



Figura 3- Porta-retrato

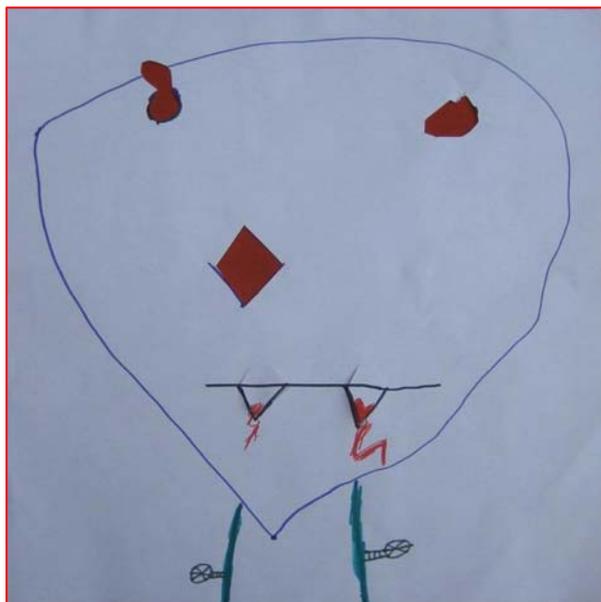


Figura 4- Pessoa



Figura 5- Mistura de cores



Figura 6- A representação do vínculo transferencial

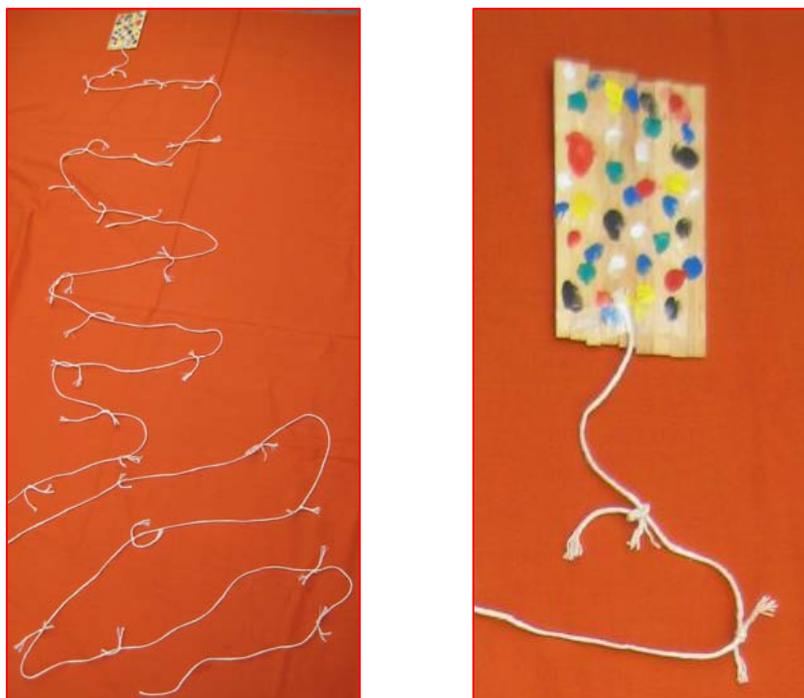


Figura 7- Pipa de palitos de picolé



Figura 8- Pipa de papel



Figura 9- Aviões



Figura 10- Pipa e rabiola



Figura 11- Rabiola



Figura 12- Meninos com skate

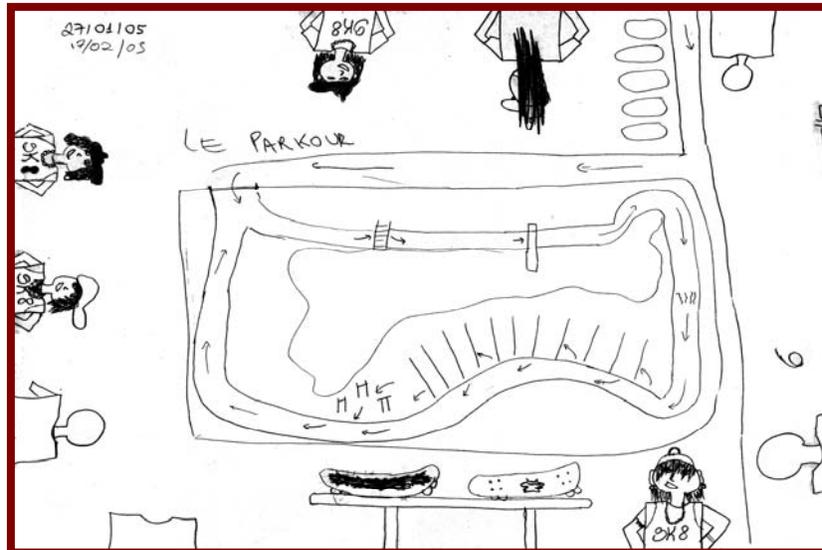


Figura 13- Percursos de skate I

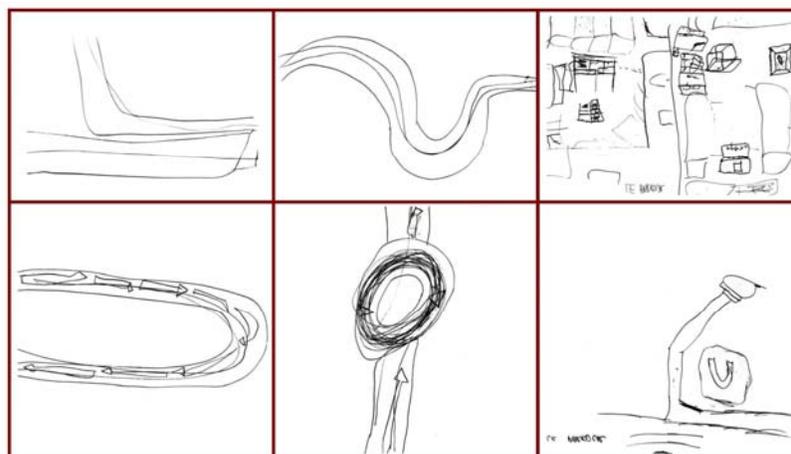


Figura 14- Percursos de skate II



Figura 15- Grafites: lata de spray e nome da analista

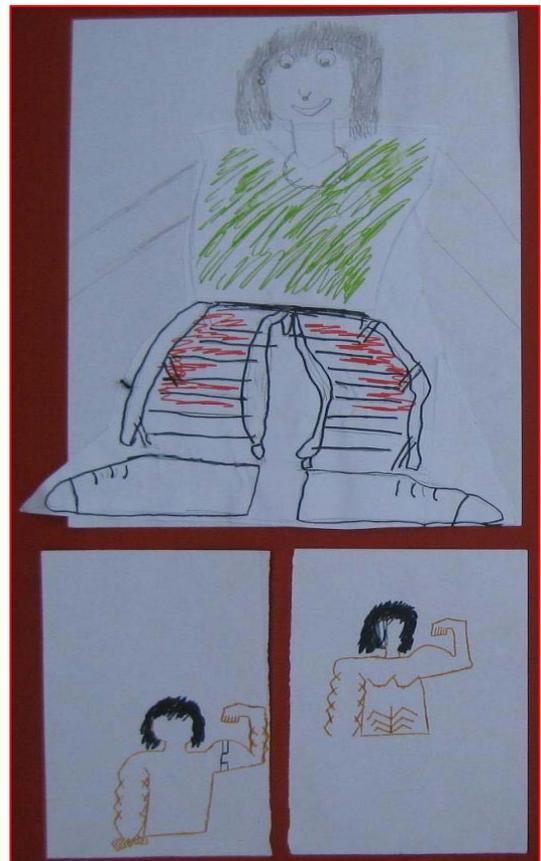


Figura 16- A Construção da identidade