

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

ROSÁRIA DE FÁTIMA PINTO KOLLAR

A MATURAÇÃO DO BRINCAR COM UMA CRIANÇA DITA AUTÍSTA NA
CLÍNICA WINNICOTTIANA

BRASÍLIA, 2016

ROSÁRIA DE FÁTIMA PINTO KOLLAR

A MATURAÇÃO DO BRINCAR COM UMA CRIANÇA DITA AUTÍSTA NA
CLÍNICA WINNICOTTIANA

Dissertação que foi submetida ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura, sob orientação da professora doutora Maria Izabel Tafuri.

Brasília, 29 de agosto de 2016.

A Banca examinadora que aprovou esta dissertação teve a seguinte composição:

Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri
Universidade de Brasília – UnB
Presidente da Banca

Profa. Dra. Livia Milhomen Januário
Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Membro Externo

Profa. Dra. Dione de Medeiros Lula Zavaroni
Universidade de Brasília – UnB
Membro Suplente Profa. Interno

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Universidade de Brasília – UnB
Membro Suplente

Brasília, 29 de agosto de 2016.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Vida por ter me ensinado o valor da disciplina, da fé, do amor e da paciência;

Aos meus pais, Rodolfo e Fátima, por me ensinarem a valorizar a educação e por compreenderem quando eu precisei me ausentar dos momentos em família;

Aos meus irmãos pelo companheirismo.

Ao Léis Thomas pelo amor, carinho, incentivo e pela tolerância nos momentos em que tive que me dedicar à dissertação;

Aos meus colegas de trabalho Paula Evangelista e José Wrigell pela compreensão e incentivo;

À Amanda Oliveira Mota pela acolhida, pela atenção, pelo comprometimento, pelas trocas de ideias e pela leitura dos capítulos;

À professora Dra. Maria Izabel Tafuri, por me acolher no grupo de pesquisa, pelas supervisões clínicas e pela valorosa contribuição para a escrita desta dissertação.

Aos meus amigos, por sempre estarem dispostos a me escutarem e pela compreensão quando não pude estar por perto.

SUMÁRIO

RESUMO	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – O DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO	13
1 DEPENDÊNCIA ABSOLUTA	14
1.1 Quando a falha existe	23
1.1.1 Pensamento de Winnicott sobre o autismo.....	23
1.2 Dependência relativa	28
1.3 Rumo à independência	33
CAPÍTULO 2 – O BRINCAR NA FUNÇÃO PSÍQUICA	36
2.1 COMO O BRINCAR COMEÇOU NA TEORIA WINNICOTTIANA	36
2.2 O BRINCAR	40
2.3 O DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO NO BRINCAR	48
2.3.1 O brincar na dependência absoluta	48
2.3.2 O brincar na dependência relativa	50
2.3.3 O brincar no estágio rumo à independência	56
2.4 QUANDO O BRINCAR IMAGINATIVO NÃO É POSSÍVEL	59
CAPÍTULO 3 – O LUGAR DO BRINCAR NA CLÍNICA PSICANALÍTICA WINNICOTTIANA	64
3.1 ANÁLISE CLÍNICA	71
3.1.1 O meu primeiro contato com a criança	71
3.1.2 Brincar característico do estágio da dependência absoluta	77
3.1.2 Brincar característico do estágio da dependência relativa.....	81
3.1.3 Brincar no estágio rumo à independência	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	98

RESUMO

O presente estudo objetiva investigar o brincar de uma criança com características autísticas atendida na clínica psicanalítica winnicottiana, com o intuito de explorar as modalidades do brincar em relação aos estágios maturacionais do desenvolvimento emocional infantil e à formação do espaço potencial. Para tanto, apresenta um estudo teórico para analisar, nos escritos de Winnicott, o desenvolvimento psíquico, as características dos estágios maturacionais e as consequências para o desenvolvimento quando há falha no ambiente, tal como o autismo. Além disso, busca compreender nessa maturação a importância do brincar para a constituição psíquica. Leva em consideração o brincar, que pode tanto auxiliar no desenvolvimento, ao se tornar uma experiência do *self*, como sinalizar quando algo não está indo bem, demonstrado pelo brincar de uma forma angustiada ou autística. Este trabalho justifica-se pela limitação existente na literatura sobre essa temática e foi inspirado pelo modo como um paciente dito autista construía novas formas de brincadeiras a partir das sessões. Com o avançar da análise, essa criança apresentou um descongelamento no seu desenvolvimento psíquico e um brincar imaginativo. Essa evolução foi demonstrada por meio do estudo de caso, pelo qual o atendimento clínico mobilizou a questão e o sentido foi dado pela teoria no segundo momento. Para a explanação desse estudo de caso, foram adotadas vinhetas clínicas. Neste estudo, percebeu-se a maturação desse brincar característico da dependência absoluta, para o da dependência relativa. E no decorrer do processo, ao final do tratamento, tornou-se um brincar característico do estágio rumo à independência. O brincar autístico apresenta-se como um objeto autístico, é um brincar subjetivo relacionado a defesas primitivas contra angústias impensáveis. É voltado para a sensorialidade, mecanicidade, concretude e/ou ensimesmado em torno do *self*, aspectos que o tornam empobrecido e sem sentido simbólico. Desta forma, não transicional e não expansivo. Destaca-se a importância do trabalho do analista, o qual consiste em criar um ambiente de *holding*, propício para a maturação do brincar e a formação do espaço potencial, estando à disposição para se adaptar ao brincar da criança em relação às questões relativas a cada estágio maturacional. Dessa forma, é possível acolher o brincar sintomático, testemunhá-lo e criar um ambiente adequado para a criança poder transformá-lo em um brincar criativo e livre.

PALAVRAS-CHAVE: Winnicott, autismo, o brincar, estágios maturacionais, o brincar autístico.

ABSTRACT

This study aims to investigate the playing of a child with autistic features found in Winnicott's psychoanalytical clinic, in order to explore the modalities of playing in relation to the maturational stages of the child's emotional development and the formation of potential space. It presents a theoretical study to examine, in the writings of Winnicott, psychic development, the characteristics of the maturational stages and the consequences for development when there is failure in the environment, such as autism. It also seeks to understand within this maturation the importance of playing for the psychic constitution. It takes into account the playing, which can both assist in the development, to become a self experience, and signal when something is not going well, demonstrated by an anguished or autistic form of playing. This work is justified by the existing limitations in the literature on this topic and was inspired by how a so called autistic patient built new forms of playing during the sessions. With the advance of psychotherapy, the child presented a thaw in his psychic development and imaginative playing. This evolution is demonstrated by the case study, in which clinical care mobilized the issue and the direction was given by the theory in a second moment. For the explanation of this case study, we adopted clinical vignettes. In this study we realized the maturation of the playing characterized by absolute dependence to the relative dependence playing. And in the process, after treatment, the playing took steps towards a stage of independence. Autistic playing presents itself as an autistic object, it is a subjective playing related to primitive defenses against unimaginable anguish. It is directed to sensuousness, mechanicity, concreteness and / or brooding about the self, aspects that make it impoverished and without symbolic meaning. Thus, not transitional and not expansive. This highlights the importance of the psychotherapist's work, which is to create a holding environment, conducive to the maturation of the playing and the formation of potential space, being able to adapt to the child's playing on the issues related to each maturational stage. Thus, it is possible to receive symptomatic playing, witness it and create a suitable environment so the child can turn it into a creative and free playing.

KEYWORDS: Winnicott, the playing, maturational stages, autism, autistic playing.

INTRODUÇÃO

A área de interesse desta dissertação é o estudo da maturação do brincar na clínica com uma criança com sintomas autísticos. Para dar base a este estudo, utilizo a compreensão de Donald Winnicott sobre o brincar, tendo como referencial clínico a psicanálise com crianças em estado autístico. Dessa forma, faço o entrelaçamento entre a prática e a teoria, inscrevendo-me na metodologia psicanalítica, que assim trabalha desde Freud.

Para a construção desta dissertação, realizo um levantamento e uma análise dos textos técnicos de Winnicott e os escritos dos teóricos pós-winnicottianos, para refletir a importância do brincar para o desenvolvimento psíquico na clínica psicanalítica e o uso do brincar como uma forma de analisar o desenvolvimento psíquico quando algo não vai bem. O brincar permeou os escritos de Winnicott desde o começo da carreira dele na psicanálise, em 1931. Porém foi apenas em seu último livro “O brincar e a realidade”, escrito em 1971, que ele consolidou essa teoria sobre o brincar em relação à psicoterapia e à busca e à descoberta do *self*.

Vejam um exemplo no texto: “A observação de bebês em uma situação estabelecida”, publicado em 1941, um importante trabalho para se compreender o brincar na teoria winnicottiana. Nesse artigo, Winnicott (1941/1982) descreve o que considera o desenvolvimento saudável do brincar de bebês entre cinco a treze meses de idade, diante de uma espátula metálica. Porém, mesmo antes, em 1931, ele já havia descrito sobre uma menina que se demonstrava angustiada e, por conta desse sentimento, não conseguia brincar. Por meio dessa questão, ele observou a importância do brincar para o desenvolvimento psíquico, concluindo que, quando há impossibilidade, é sinal de que algo não estava bem.

Winnicott (1963/1983) divide o desenvolvimento psíquico em três estágios: dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência. Conforme a criança brinca, ela se desenvolve atravessando esses estágios. Pode-se observar também, pelo brincar da criança, quando ela está estacionada em uma dessas fases. Por exemplo, o brincar de uma

criança dita autista, que tem dificuldade em desenvolver um brincar simbólico. Ela precisa, portanto, de um ambiente especializado para poder superar essa falha e transformar o brincar sintomático em brincar simbólico.

O brincar, então, é utilizado na clínica winnicottiana, com o intuito de promover a maturação do brincar para promover o desenvolvimento nos estágios maturacionais. Essas ideias serão melhor elaboradas no decorrer desta dissertação.

Percurso profissional e acadêmico

Cresci em uma família de classe média de Taguatinga, cidade satélite de Brasília. Naquele tempo, nós não tínhamos o costume de ir ao shopping, cinema era um evento raro. Lembro-me de frequentar a casa dos parentes e dos amigos do meus pais, onde sempre havia crianças com quem podia brincar. Nas festas de aniversário, havia refrigerante, bolo e a diversão ficava por conta das crianças. Inventávamos brincadeiras e, se não havia o que queríamos, usávamos os materiais disponíveis. Eu tinha a sensação de completude, sentia-me eu mesma e o tempo não passava.

Porém, havia a parte que não era tão boa da brincadeira, pelo menos assim eu pensava quando era criança. Eram as regras, o perder, o ter que dividir quando eu não queria dividir. Mas isso tudo foi-me fazendo compreender as regras sociais, preparando-me para a vida de “gente grande”.

O momento das brincadeiras passou, pois as responsabilidades eram prioridade. Quando percebi essa mudança, lembro-me de não querer crescer. Mas, como isso era impossível, fiz uma promessa a mim mesma de não deixar de brincar. Para mim, as pessoas que não brincavam envelheciam mais rápido e ficavam ranzinhas, eram infelizes. Acabei me esquecendo dessa promessa e foi com a teoria winnicottiana e com o trabalho com crianças ditas autistas que relembrei dela. Ou seja, o prazer em brincar foi uma marca estrutural no meu desenvolvimento pessoal e encontrei na obra do Winnicott um espelhamento dessa compreensão.

O tempo foi passando e entrei na faculdade de Psicologia. Foi nela onde eu comecei a me interessar pelo desenvolvimento das crianças ditas autistas. Assisti a uma palestra e fui convidada a estagiar junto delas quando

estava no segundo semestre. O método utilizado era o TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children). Ele trabalha com a orientação cognitiva e comportamental voltada para o aprendizagem sistematizada. A hipótese central do método é a de que a “criança autista tem um déficit cognitivo de tratamento da informação” (Santos, 2005, p. 209).

O trabalho consistia em atender uma menina na casa onde ela morava. A organização da rotina estava em primeiro lugar e era necessário apresentá-la por meio de figuras. Era feito dessa forma, pois acreditava-se que a criança aprendia por meio da visualização. Essas figuras também eram utilizadas para evitar o estresse decorrente da eventual mudança de rotina. As atividades eram estabelecidas conforme as necessidades da paciente, a qual deveria ficar sentada à mesa, não lhe sendo permitido fazer estereotipia, e deveria estar atenta à terapeuta. Além disso, havia um tempo predeterminado para cada atividade.

Logo após um mês de trabalho, percebi a minha incapacidade de me encaixar nesse método. Eu acreditava na importância da criança poder ser livre, ter um espaço para poder se expressar e ser ela mesma, embora tenha características autísticas. Porém, com o método TEACCH, isso não aconteceria. Ainda não conhecia nenhum método que permitisse esse espaço, por isso fiquei sem trabalhar com o autismo durante alguns anos.

Depois de formada e com o objetivo de continuar meus estudos, procurei participar de alguma atividade no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Foi onde eu encontrei uma oportunidade de voltar a trabalhar com as crianças com características autísticas. Entrei no grupo de pesquisa do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise da professora Doutora Maria Izabel Tafuri. Esse grupo tem como objetivo aprofundar o conhecimento sobre a constituição do psíquico e os distúrbios psicopatológicos da primeira infância. Essa pesquisa é realizada por meio da escuta dos pais e da observação e trabalho clínico com crianças com características autísticas.

O trabalho desse grupo é realizado em uma vertente psicanalítica winnicottiana. As supervisões acontecem todas as semanas com os

terapeutas e a professora. Além do trabalho psicoterápico, tem-se também os atendimentos com os acompanhantes terapêuticos, compostos por estudantes da graduação e recém-chegados ao grupo. Esses atendimentos ocorrem semanalmente e têm como objetivo promover melhorias na qualidade de vida da criança proporcionando um ambiente para a socialização. Para Coelho (2007): o AT “é uma prática clínica que busca re-socializar essas mesmas pessoas que, pelo seu sofrimento psíquico grave, são isoladas do convívio social” (p.10). Eu me senti mais confortável com as ideias e a forma de trabalhar desse grupo. Principalmente por levar em consideração o que o sujeito é e seus interesses, sendo o principal material de trabalho o movimento vindo do paciente. Trabalhei como acompanhante terapêutico escolar nesse período.

Dando continuidade aos estudos, inscrevi-me como voluntária no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP), clínica escola da UnB, onde pude atender clinicamente as crianças com características autísticas encaminhadas para essa equipe sob a mesma supervisão.

Edson, nome fictício, foi o meu primeiro paciente no CAEP. Trabalhamos juntos de novembro de 2011 até julho de 2014. Ele havia sido encaminhado por uma psiquiatra com diagnóstico de Síndrome de Asperger. No começo do tratamento, demonstrava pouco interesse pela minha presença, não me olhava, parecia não me escutar. Interessava-se sempre pelos mesmos objetos, não brincava de forma simbólica. Apresentava atraso na comunicação, falava algumas palavras, mas era difícil compreendê-lo. Utilizava a terceira pessoa do singular para referir-se a si mesmo. Demonstrava apego à mãe e angústia de separação. Apesar de parecer não notar a minha presença, ficava ansioso quando a mãe fazia menção de sair da sala. Esse fato que chamou minha atenção, pois o isolamento de Edson, mesmo não tendo estabelecido relação afetiva comigo e não tendo brincado de forma simbólica, não era tão radical, por haver o reconhecimento afetivo da mãe e a angústia de separação.

Ao iniciar o trabalho com Edson, senti-me angustiada por acreditar que não estava contribuindo, não tinha interpretações a fazer e não existia uma relação afetiva estabelecida. Percebi o quanto era difícil suportar a ausência de uma interação afetiva. Tinha a sensação de estranhamento e

inadequação. Entretanto, nas supervisões, ao escutar os relatos dos casos tratados por colegas, sentia-me acolhida e percebia a importância de ter paciência e persistência em suportar o vazio. Assim, a esperança era renovada a cada encontro e me sentia sustentada pelo grupo de supervisão, da mesma forma, que é importante o suporte do ambiente para a mãe suficientemente boa exercer bem a função materna. Portanto, esse aspecto é essencial para o analista que trabalha com crianças ditas autistas e psicóticas.

Encontrei nas palavras de Weich (apud Giovacchin,1995), um contemporâneo de Winnicott, uma descrição muito condizente com os meus sentimentos iniciais em relação ao Edson:

O analista suficientemente bom deve proporcionar ao paciente um ambiente facilitador que promova o crescimento e desenvolvimento maturacionais. Isto é feito compreendendo-se e avaliando-se os pontos fortes e as fraquezas do ego do paciente e ativamente adaptando-se às necessidades do paciente, quando preciso, a fim de fazer avançar o processo analítico. Às vezes, o trabalho do analista consiste em substituição metafórica do cuidado materno, por aceitar que a dependência do paciente, quer sua necessidade de fusão dentro da interação simbólica. O analista deve ser capaz de permitir-se ser “usado” pelo paciente; exemplificando, ser capaz de tolerar e aceitar a destrutividade periódica deste (juntamente com o ódio resultante no próprio analista na contratransferência). A interpretação, nesta ocasião, pode ser mantida em relativa inatividade, cedendo lugar à criação de uma atmosfera que capacite o paciente a brincar, fantasiar e viver experiências criativas sobre uma nova categoria de objetos (p.113).

As supervisões foram essenciais para me darem sustentação e amparo. Podemos pensar aqui na importância de se sentir amparado para poder garantir o trabalho clínico, o que se compara com a necessidade de uma mãe se sentir sustentada pelo ambiente à sua volta (especialmente pelo pai do bebê), para poder prover seu bebê. Junto aos pesquisadores do grupo da professora Izabel Tafuri, compartilho o pensamento de Winnicott relativo ao autismo. Para o psicanalista, o autismo não existe como doença psicopatológica ou um quadro nosológico, tal como proposto na psiquiatria por Léo Kanner. Hoje em dia, o *Autismo infantil precoce*, é descrito como *Espectro do Autismo* (DSM V, 2015).

Como pediatra e psicanalista, Winnicott concebeu o autismo como uma defesa contra a ansiedade impensável. A ansiedade impensável é assim chamada por não poder ser pensada e nem vivenciada pelo *self* do bebê de

maneira minimamente integrada, uma vez que o psiquismo é primitivo e não possui recursos para tanto. O bebê, por uma falha ambiental, vivencia essa ansiedade e, por levar consigo essa memória, se defende “contra a recorrência das condições da ansiedade impensável” (Winnicott, 1967/1997, p.195). Além disso, as defesas ocultam o verdadeiro *self*, para protegê-lo, tornando o indivíduo isolado, sem comunicação com o objeto percebido objetivamente (Winnicott, 1963/1983). Tudo isso acontece quando o bebê está no estágio da dependência absoluta, quando não há ainda a diferenciação eu/não-eu.

O prognóstico da criança diagnosticada como autista não é visto por nós de forma deficitária, e muito menos crônica. Partimos do princípio de que o sujeito apresenta características autísticas que podem sofrer modificações ao longo do tratamento, por isso utilizamos o termo “criança dita autista”.

Pode-se relacionar o autismo, conforme é pensado por Winnicott, com os ensinamentos de outros teóricos da psicanálise, como Freud e Tustin. Esses compartilham a noção de autismo normal, que seria a primeira fase do desenvolvimento normal. Tustin (1975) descreve as suas duas ideias fundamentais sobre o autismo, que são: “a primeira, de existência de uma situação muito primitiva do desenvolvimento psicológico, e a segunda, de desenvolvimento psicológico cujo curso se desviou do habitual” (p.09). Portanto, corresponde a uma via de conhecimento que parte do registro da normalidade, e não apenas do patológico. Quando se conduz dessa forma, compreende-se que existem estados autistas em pacientes neuróticos. Eles viriam originariamente do mesmo momento inicial em que o autismo normal existiu, estados primitivos em que o eu se relaciona com ele mesmo.

Tal ideia inicia-se em Freud (1911, citado em Tafuri, 2006): “empregou pela primeira vez o termo autístico para caracterizar a satisfação de um *sistema psíquico fechado* que capacita o recém-nascido criar dispositivos que empurram os estímulos desagradáveis para fora” (p.71, grifo da autora). Isso estaria ligado também à constituição do eu, via os dois princípios do funcionamento psíquico (Freud, 1911), um modelo sensorial de pensamento originário e constitutivo do *infans*. Tafuri (2006) explica ainda: “Pode-se compreender a partir de Freud e Winnicott que o recém-nascido, ao ser cuidado pela mãe, tem a possibilidade de *criar* uma casca protetora que

quase concretiza um modelo psíquico fechado à estimulação externa” (p.75, grifo da autora). Assim, o ambiente, ao proteger o bebê do excesso de estímulos, possibilita que ele também constitua uma proteção psíquica ao *self*.

Podemos relacionar as noções de autismo normal com a concepção de Winnicott (1971/1975) de que tudo para o bebê é no início subjetivo, o que quer dizer que ele sente o mundo como se fosse ele mesmo, ao mesmo tempo em que ainda não se sente um eu. Esse autor também destaca a importância das experiências sensoriais no início da vida do bebê, tanto com o seu próprio corpo, como entre o seu corpo e o corpo materno. Segundo Winnicott (1958/1983), as sensações relativas aos órgãos sensoriais, os padrões de ritmo e as sensações associadas ao ato de sugar e as vibrações experimentadas em contato com o corpo da mãe são as primeiras marcas da constituição psíquica. Winnicott (1990) chegou a uma importante constatação, a de que o bebê, por meio dessas primeiras experiências precoces, *cria uma área de ilusão*, de que ele criou o seio, o que conduz ao sentimento de onipotência.

Com a descrição da área de ilusão, o ambiente torna-se um foco de especial atenção na obra de Winnicott. O autor conclui que o bebê só poderá criar o seio se a mãe oferecer-lhe ao bebê no momento da fome. Nesse instante, o bebê está pronto para criá-lo exatamente no lugar em que a mãe o apresenta. A mãe é pensada por Winnicott como uma mãe-ambiente, e não apenas como aquela que nutre e cuida do corpo do bebê. Esse é um paradigma transportado para a relação terapêutica, pois o psicanalista pode ocupar o lugar de mãe-ambiente, ao estar com uma criança dita autista na sala de consulta. A principal função do analista para com uma criança dita autista é oferecer-lhe um ambiente no qual ela possa criar uma área de ilusão e, a partir desta experiência, retomar o seu desenvolvimento maturacional.

No campo clínico, a professora Maria Izabel Tafuri nos convida a ocuparmos o lugar do analista não intérprete com uma criança ensimesmada que não fala e não brinca de forma simbólica. Partindo dos ensinamentos de Freud e Winnicott, ela propôs em seu trabalho de doutoramento a técnica da imitação no lugar das interpretações verbais (Tafuri, 2003). Ela encontrou na imitação uma maneira sensível, não verbal, de interagir com a paciente

Maria. Ao deixar de falar e sem utilizar técnicas para acessar a criança, a terapeuta cria um ambiente terapêutico, na linguagem de Winnicott, um ambiente de *holding*, sendo esta uma forma de estar com a criança. E o desenvolvimento psíquico da menina ocorre no processo terapêutico segundo os passos da própria criança. Assim, Tafuri (2003) descreve:

Em uma das sessões, comecei a imitar os sons que ela produzia nos momentos de ensimesmamento prazeroso (...) com a evolução do caso, ficou claro, para mim que as ações de ecoar os “grunhidos” somente no ensimesmamento prazeroso haviam criado uma descontinuidade. A nomeação não se fizera necessário (...) Surgiu daí a seguinte e importante constatação: lá, onde eu não podia estar, onde os sons era apenas de Maria, era o lugar onde ela existia em seu estado de ensimesmamento autístico (p. 41).

Naquele momento, com Maria, o brincar era tipicamente autista, pois a criança ainda não podia usar o terapeuta como objeto, algo separado dela. Ela estava envolvida com uso do objeto subjetivo, os sons, ainda incapaz de diferenciar o eu do não-eu, de perceber o outro como diferente dela. Porém, antes de utilizar o terapeuta como objeto, este deve proporcionar um ambiente adequado para o desenvolvimento maturacional da paciente, um ambiente de *holding*, tal qual Tafuri criou quando imitou os grunhidos que Maria ecoava. Dessa forma, houve uma introdução do objeto objetivo, do não-eu, aproveitando-se da criatividade primária da paciente como um elo de comunicação. Essa experiência gerou, no futuro, um jogo de sons, em que a paciente passou a esperar ser imitada pela terapeuta. Winnicott (1971/1975) afirma:

A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. *A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas*. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente do estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é (p. 59, *italico do autor*).

Para trazer o paciente que apresenta o brincar autista, seguindo a teoria de Winnicott, o terapeuta se adapta aos interesses daquele, sem impor a sua vontade, criando um ambiente *holding*, onde é possível a criança adquirir confiança, criar o espaço potencial para poder brincar. Para esse teórico, a brincadeira, por si só, é terapêutica, sem precisar usar sempre a interpretação. Interessei-me em aprofundar os estudos sobre as duas áreas

do brincar, a da criança e a do terapeuta, por acreditar na importância dessa atividade para o desenvolvimento psíquico de uma criança com sintomas autísticos.

O objetivo geral desta dissertação é realizar um estudo teórico-clínico sobre o brincar com uma criança dita autista na teoria winnicottiana. Objetivava-se explorar as modalidades do brincar com relação às conquistas relativas aos estágios maturacionais e à formação do espaço potencial.

O primeiro objetivo específico é investigar o desenvolvimento psíquico por meio da teoria winnicottiana. O segundo é explorar as modalidades do brincar nos estágios maturacionais e analisar quando o brincar ocorre de uma forma angustiada ou autística. O terceiro é, utilizando de vinhetas clínicas, descrever o desenvolvimento maturacional de uma criança dita autista por meio do ambiente oferecido pelo terapeuta para o estabelecimento do trabalho analítico.

São poucos os teóricos psicanalistas que escrevem sobre o brincar. Januário (2012) afirma: “Ao analisar o brincar da teoria psicanalista, constatamos uma ausência de teorização sobre o tema, o que causa certo estranhamento, uma vez que a psicanálise com crianças foi originalmente desenvolvida com base no brincar” (p.76). Por esse motivo, é muito importante que pesquisas relacionadas a esse modo de estar na clínica sejam desenvolvidas. Há ainda menos escrita sobre o brincar de uma criança dita autista na teoria psicanalítica. Esse foi um dos motivos que me levaram a pesquisar sobre o tema.

A outra realidade motivadora deste estudo foi perceber a mudança do brincar do Edson, sujeito participante do estudo de caso que apresento nesta dissertação. Lembrava-me constantemente de como eram essas brincadeiras e como estavam mudando com o decorrer do tempo. Essa maturação me trouxe maior espanto, pois acreditava que crianças com características autistas eram incapazes de brincar de uma forma imaginativa. As mudanças guiavam-me nos momentos em que eu pensava que não havia desenvolvimento ou qual seria o objetivo daquele trabalho. Para mim o objetivo seria chegar ao brincar criativo, mesmo que ao alcançá-lo não representasse o fim da análise.

Quanto à metodologia utilizei o material clínico referente ao atendimento de Edson para a realização desta pesquisa, caracterizando assim o método como um estudo de caso. Elaborar a teoria a partir da clínica foi a principal forma por meio da qual Freud construiu a teoria psicanalítica. Ele fazia o atendimento clínico e após descrevia, analisava e interpretava. Foi a partir desses relatos que foi formulando o que se denominou de Psicanálise. Portanto, no estudo de caso, primeiro acontece o atendimento clínico e, em seguida, o analista esclarece o sentido à ação do paciente por meio da teoria (Guimarães & Bento, 2008).

Segundo Stake (1994, citado por Iribarry, 2003), o estudo de caso é uma estratégia metodológica da pesquisa clínica. Esse é o resultado da comunicação de uma experiência em que o terapeuta escolheu uma situação para desenvolver a sua pesquisa. Fazem parte do estudo de caso os apontamentos das sessões pelos quais surgirão a história clínica e a evolução das sessões realizadas em um determinado período de tempo. A partir do estudo de caso, é feita uma discussão de uma teoria subjacente à técnica utilizada no tratamento. A teoria servirá para o pesquisador como suporte e referencial para o desenvolvimento da hipótese.

Iribarry (2003) afirma que o pesquisador psicanalítico é o primeiro sujeito e um participante importante da pesquisa, pois ele está envolvido no material clínico. Nesse material clínico, estão contidas a transferência e a contratransferência, aparato básico para o tratamento psicanalítico. Aiello-Vaisberg, Machado & Ambrósio (2003) complementam, com o linguajar winnicottiano, que o acontecer clínico se dá pelo encontro entre humanos, sendo o terapeuta sensível às questões existenciais do paciente e capacitado à sustentação emocional dele com o intuito de promover uma experiência emocional significativa no âmbito do sentir. Não se diferencia, portanto, o momento pelo qual se dá a pesquisa e o atendimento clínico em si, de modo que eles acontecem concomitantemente.

Allones (1989, citado por Iribarry, 2003) descreve os aspectos essenciais em um estudo de caso, no qual o pesquisador: limita o dado que servirá de tema para o estudo de caso; seleciona um aspecto do caso que lhe permita desenvolver a teoria; naturaliza o dado de pesquisa para produzir um discurso afastado do real. O referido autor relata um possível problema

do estudo de caso, que seria a perda do vivido que se dá pela redução inevitável para se ter a sistematização metodológica, pois seria inviável descrever todos os pormenores do caso. Além disso, ele se refere à impossibilidade de generalizar uma pesquisa realizada por meio dessa metodologia.

Perceber a maturação do brincar de Edson inspirou-me a escrever este trabalho. Utilizo-me de algumas vinhetas de momentos diferentes desse brincar, ao longo do período em que o atendi. A partir dessas vinhetas, desenvolvo o capítulo 3 da dissertação. Por isso denominei a metodologia de estudo de caso. A construção desta dissertação é, contudo, em sua maior parte, tecida pelas teorias que nortearam o atendimento da criança. O intuito é o de demonstrar a importância de compreender a maturação do brincar de uma criança com características autistas e como favorecer essa maturação.

Assim, a forma utilizada para descrever este estudo de caso se diferenciou da tradicionalmente utilizada por Freud e pela pesquisa psicanalítica atual. Embora o estudo de caso seja sempre um recorte, é comum que haja descrições detalhadas e descritivas das sessões clínicas e da vida dos pacientes. Nesta dissertação, não foram descritos pormenores da vida e história do sujeito, pois foram considerados irrelevantes para o objetivo do trabalho. Além disso, por questões éticas, fez-se necessário preservar sua identidade. Valorizei, dessa forma, os aspectos da clínica voltados para o brincar do sujeito, desde o momento da chegada dele na clínica até o uso do brincar imaginativo. Para isso, utilizei pequenos relatos das sessões, mais conhecidos por vinhetas clínicas. Considerei que assim, tanto havia material suficiente para o objetivo do meu trabalho, como puderam ser garantidos os cuidados éticos necessários.

Esta dissertação é organizada em três capítulos, além da introdução e das considerações finais. No primeiro deles, apresento a teoria de Winnicott sobre o desenvolvimento psíquico, subdividido em três estágios maturacionais: dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência. Para seguir a esse ordenamento, divido esse capítulo com as características desses estágios. Além disso, descrevo as defesas de cada estágio. Atendo-me nas falhas do ambiente da dependência absoluta, pois Winnicott acreditava que essas poderiam ser a causa do autismo.

No segundo capítulo, faço um breve histórico de como o brincar começou a ter importância para Winnicott. Descrevo a função do brincar para a constituição psíquica, sendo também compreendido por meio dos estágios maturacionais, em cada estágio maturacional a criança apresentará uma característica do brincar. Relato também quando a criança demonstra o brincar angustiado ou autístico e é impossibilitada, por isso, de ter um encontro com o *self*.

No último capítulo, descrevo sobre o papel do analista para formar um ambiente em que seja possível acontecer o brincar. E faço a exibição das vinhetas clínicas, apresentando a maturação do brincar de uma criança dita autista e a teoria que baseia esses pensamentos.

CAPÍTULO 1 – O DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO

*Encontro você;
Você sobrevive ao que lhe faço à medida que
lhe reconheço como não-eu;
Uso você;
Esqueço-me de você;
Você, no entanto, se lembra de mim;
Estou sempre me esquecendo de você;
Perco você;
Estou triste.*

Winnicott (1968/1999, p.92)

Para Winnicott, o desenvolvimento não é inato, embora o potencial para realizá-lo o seja. Cada indivíduo nasce com o potencial para se integrar, se desenvolver, exercer a criatividade, brincar e amadurecer no decorrer da vida. O potencial só se realiza, no entanto, caso encontre no ambiente uma adaptação suficientemente boa. Essa adaptação no estágio maturacional da dependência absoluta é fundamental para a saúde psíquica do bebê e para que os outros estágios aconteçam.

Winnicott (1963/1983) descreveu sobre três momentos do desenvolvimento emocional, posteriormente chamados de estágios maturacionais, que são: dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência. A compreensão desses três estágios é importante para entender a teoria do amadurecimento da teoria winnicottiana.

Winnicott (1990) explica que esses estágios começam na vida intrauterina e vão até a morte. As fases iniciais, segundo Dias (2008), serão os alicerces da personalidade e da saúde psíquica. Essa autora ainda afirma que algumas tarefas, tais como a integração no tempo e no espaço, a habitação da psique no corpo, o início das relações objetais e a constituição do si mesmo não se esgotam e são fundamentais por toda a vida. Dessa forma:

Qualquer estágio no desenvolvimento é alcançado e perdido, alcançado e perdido de novo, e mais uma vez: a superação dos estágios no desenvolvimento só se transforma em fato muito gradualmente, e mesmo assim apenas sob determinadas condições. Tais condições deixam gradativamente de ser vitais, mas nunca deixam de ter uma certa

importância. De qualquer modo, é necessário que se presuma um desenvolvimento anterior bem-sucedido. O mais complexo deve desenvolver-se a partir do mais simples (Winnicott, 1990, p.55).

Percebe-se com isso que o processo de amadurecimento não é linear e que algumas conquistas são pré-requisitos para alcançar os próximos estágios. Dias (2008) explica o processo da maturação quando ocorre o fracasso. Ela afirma que, se não há alcance de algum requisito, mesmo assim vão surgindo novas tarefas; mas como o indivíduo não adquiriu os pré-requisitos, falta-lhe maturidade para superar essas tarefas. E conclui: “Ele pode até resolvê-las [tarefas] mobilizando a mente e/ou uma integração defensiva do tipo falso si-mesmo, mas, apoiadas em bases falsas elas não farão parte intrínseca do si-mesmo como aquisições pessoais” (p. 34). O não alcançar os pré-requisitos, como denominou a autora, pode gerar um estacionamento no estágio maturacional, causando os distúrbios emocionais, como, por exemplo o autismo.

Descrevo a seguir os estágios maturacionais e as características pelos quais são compostos. Além disso, descrevo quando a falha acontece e as defesas provocadas em cada estágio.

1 DEPENDÊNCIA ABSOLUTA

O vir a ser humano, para Winnicott (1969/2007), começa com a relação bebê-ambiente. “A maneira pela qual o meio ambiente se apresenta tem importância, por ser uma parte do bebê (...). Ele [o bebê] é um fenômeno complexo que inclui o seu potencial e *mais* o seu meio ambiente.” (p.196, grifos do autor). Dessa forma, o ambiente é formado pela mãe, pelos outros cuidadores e o ambiente físico. A relação bebê-ambiente será responsável por proporcionar experiências ao lactante, e a soma de experiências permite-lhe o desenvolvimento psíquico saudável que inclui a integração psique-soma e a formação do *self*. Nesse sentido, o ambiente formado pelas técnicas do cuidado materno comum será o alicerce para a saúde mental do bebê.

A teoria winnicottiana foi influenciada pelas ideias freudianas. Em alguns textos de Winnicott, notam-se essas ideias muito claras, porém escritas de maneira própria. Ele tinha preocupação de que as pessoas

compreendessem a teoria psicanalítica e por isso a reescrevia de uma forma simples (Phillips, 2006), prezando pela criatividade e pela criação pessoal.

Ao mesmo tempo em que Winnicott partia de Freud, no entanto, ele também tinha liberdade para problematizar algumas de suas ideias e acrescentar outros pontos de vista que as modificavam e reposicionavam. É possível notar isso em suas correspondências, como na carta datada de 15 de novembro de 1919, (Winnicott, 1987, citado por Phillips, 2006). Nessa carta, diz que o próprio Freud mudava suas ideias periodicamente e que, por isso, seria absurdo aceitar automaticamente todas as teorias desse autor.

Assim, Winnicott continuava a pautar sua teoria na psicanálise que já existia antes dele e, ao mesmo tempo, construía suas próprias ideias, inovando e criando novos paradigmas com muitas delas, que conviviam com a tradição anterior, recriando-a. Esse foi o caso da teoria dos objetos e fenômenos transicionais, bem como do pensamento mais elaborado sobre a condição da dependência do bebê humano e da importância do fator ambiental para o seu desenvolvimento.

Segundo Fulgêncio (2008), Winnicott propõe um paradigma do bebê no colo da mãe, constituído de relação dual para a mãe e unitária para o bebê, já que este não se diferencia da mãe, sendo necessário o amadurecimento. Winnicott (1952/1978) afirma: “O bebê é uma coisa que não existe” (p.208). Para explicar melhor essa ideia, ele se justifica dizendo que um bebê ou estará sendo acompanhado de perto ou estará sendo monitorado por alguém à distância, e o que se vê com frequência é um par lactante-lactente. Ele não existe sozinho, pois depende absolutamente, nesse estágio, tanto do cuidado físico, como do psíquico. Até três meses de vida, em média, o bebê ainda não tem recursos, nem físicos e nem psíquicos, para se perceber. Ele não possui, nesse momento, condições de distinguir as sensações corpóreas, ter noções temporais e não reconhece o formato do rosto da mãe, por exemplo. Winnicott (1990) explica:

Ao olharmos, vemos uma mãe, e um bebê desenvolvendo-se em seu útero, ou seguro em seus braços, ou sendo cuidado por ela de alguma outra forma. Mas se olharmos através dos olhos do bebê, veremos que ainda não há um lugar a partir do qual olhar. No entanto, a semente de todo o desenvolvimento futuro está ali, e a continuidade da experiência do ser é essencial para a saúde futura do bebê que virá a ser um indivíduo (p. 153).

Nesse recorte, temos dois sujeitos: a mãe e o bebê no colo da mãe. O bebê, nesse momento de vida, tem um potencial para o desenvolvimento de uma personalidade humana, por isso o lactente tem uma tendência ao crescimento físico, para o desenvolvimento de integração psicossomática e a tendências hereditárias. Ele ainda não é uma unidade, mas uma estrutura ambiente-indivíduo. Assim, o lactante vai se tornando um indivíduo a partir dos cuidados maternos (Winnicott, 1952/1978), por isso, a relação entre a mãe e o bebê é de vital importância. A mãe, para o bebê, pode ser qualquer pessoa que exerça essa função. E a função paterna não é reconhecida pelo bebê, no estágio inicial, de modo que o responsável é sentido como se fosse também uma outra mãe.

No estágio de dependência absoluta o bebê, é um estrangeiro em um mundo desconhecido. Tudo para ele é novo. Dessa forma, não existe qualquer medida para julgamento ou comparação (Winnicott, 1968/2007). Uma das características desse estágio maturacional é a experiência de ilusão vivenciada pelo bebê. Nessa experiência ele tem a percepção de que nada existe além de si mesmo, tudo vem dele por meio da ilusão e não se dá conta da dependência do meio. “Sabemos que o mundo estava lá antes do bebê nascer, mas o bebê não sabe disso, e no início tem a ilusão de que o que ele encontra foi por ele criado” (Winnicott, 1990, p.131). Com a ilusão de que tudo foi criado por ele, o bebê tem também a ilusão de que é onipotente. Assim, a ilusão criativa é acompanhada da sensação de onipotência (Winnicott, 1971/1975).

A experiência de ilusão de onipotência é uma forma de funcionamento do bebê para que ele possa viver, provavelmente, o período mais frágil de sua existência. Essa onipotência lhe dá sentimento de segurança e lhe permite entrar em contato com o meio externo lentamente. Disso decorre um dos paradoxos da teoria winnicottiana, pois, nesse estágio maturacional, o bebê se sente completamente dependente do meio, mas ao mesmo tempo se sente onipotente. Nesse momento, cabe à mãe sustentar esse paradoxo, por meio de ações que deem a ele a ilusão de que sim, ele é onipotente, ele tem o poder de criar todas as coisas conforme sua necessidade.

A ilusão é importante na constituição psíquica do bebê e tem o seu início na primeira mamada teórica, quando a mãe, demonstrando

identificação pelo seu bebê, percebe com consciência as necessidades dele e oferece-lhe o seio no lugar e no momento em que ele está preparado para criá-lo. Winnicott (1990) descreve esse momento da seguinte forma: “o bebê está pronto para criar, e a mãe torna possível para o bebê ter a ilusão de que o seio, e aquilo que o seio significa, foram criados pelo impulso originado na necessidade” (p. 121). Assim, o bebê tem a tensão instintiva e a esperança de encontrar algo, sem saber de onde virá e nem o quê virá, e mais ou menos nesse momento a mãe lhe oferece o seio. Essa ação torna-se a primeira criação do bebê. Quando essa experiência ocorre repetidas vezes, ele será hábil para usar a ilusão que lhe permite ter um contato entre psique e o meio ambiente (Winnicott, 1952/1982).

Portanto, a mãe, ao oferecer o seio no momento ajustado à criação do bebê, torna possível a ele uma experiência onde pode ocorrer a ilusão. Esta permite ao bebê acreditar que foi ele quem criou o seio a partir da necessidade. Segundo Safra (1999), “É preciso esperar para que o gesto criador possa emergir, promovendo o acontecer do *self*. Esta é uma ação que permite o aparecimento do fenômeno de ilusão” (p.95). Cria-se, dessa forma, o objeto subjetivo. Safra (2005, p.20) conceitua esse objeto: “relaciona-se ao objeto criado pelo bebê a partir da criatividade primária. Este objeto encontra-se sob domínio da onipotência da criança e dá entrada à constituição de seu *self*”.

Por meio do uso desse objeto, o bebê começará a perceber a realidade objetiva, externa. A realidade subjetiva permite-lhe ser criativo, levar a vida de forma contínua, lidar com a transição das realidades objetiva e subjetiva. É por meio da ilusão que o bebê será capaz, em um futuro próximo, de perceber o Eu e se diferenciar do Não-eu, ser capaz de vivenciar o *self* verdadeiro, conseqüentemente de criar, usar o objeto transicional e de brincar. Para Safra (1999):

O fenômeno da ilusão é, na verdade, fundamental em todos os momentos do processo maturacional, quando um novo aspecto da vida, uma nova dimensão do mundo ou uma nova dimensão da realidade precisa ser encontrada e criada pelo indivíduo. O indivíduo só poderá integrar novas possibilidades de existir em seu processo de vir-a-ser se elas emergirem no campo da ilusão (p. 95).

Além de permitir o surgimento da ilusão, a primeira mamada teórica, se bem sucedida, torna possível ao bebê o surgimento da sensação de segurança perante o ambiente. E, sempre quando a mãe oferece o seio no momento da necessidade da criança, essa sensação vai aumentando e constituindo o sujeito e o espaço potencial. Esse conceito será melhor apresentado no próximo capítulo.

Com o objetivo de se adaptar às necessidades do bebê, a mãe suficientemente boa desenvolve uma capacidade de desviar o interesse de si própria para o bebê, com o intuito de reconhecer o que se passa com ele. É nesse momento que ela começa a entrar em contato com sentimentos mais primitivos, fica em um estado mais introspectivo, regride. Por isso, a mãe se torna dependente e vulnerável nesse período. Tudo isso para prepará-la a ser capaz de fornecer um ambiente adequado para seu filho. Esse estado Winnicott denominou de Preocupação Materna Primária, definida assim:

Eu denomino isso [estado especial da mãe] “preocupação materna primária”. Este não é necessariamente um bom nome, mas o certo é que ao chegar ao fim da gravidez e nas primeiras semanas depois do nascimento de uma criança a mãe está preocupada com (ou melhor, “devotada ao”) o cuidado do nenê, que de início parece ser parte dela mesma; além disso ela está muito identificada com o nenê e sabe bem como é que o nenê está se sentindo (Winnicott, 1963/1983b, p.81).

Dessa forma, na preocupação materna primária, a mãe fica em um estado retraído, dissociado ou com uma perturbação em um nível mais profundo para se adaptar às necessidades do filho. Nesse momento ela se identifica com ele. A preocupação materna primária não é racionalizada, por isso não pode ser ensinada, ela acontece quando a mãe se permite entrar nessa “loucura necessária”. E, para isso, precisa de alguém, de preferência o pai do bebê, para ajudá-la a tomar decisões. Sozinha, ela não poderia proporcionar ao bebê tudo o que ele precisa, sem ajuda de quem garanta à mãe segurança física e emocional. Esse período de preocupação materna primária é curto, mas de extrema necessidade. Naturalmente, a mãe sai desse estado e será capaz de retornar aos afazeres.

A mãe biológica seria a mais indicada para vivenciar a preocupação materna primária, pois ela vivenciou todas as mudanças corporais,

crescimento da barriga, o mexer da criança no ventre. Porém, não é isso o que necessariamente acontece. Há algumas mães biológicas incapazes de entrarem nessa loucura necessária, no estado da preocupação materna primária. Por outro lado, as mães adotivas podem vivenciar a preocupação materna primária se tiverem condições de adentrarem esse processo.

As mães (ou as mães substitutas) geralmente se mostram aptas a atingir esta condição e pode ser de grande utilidade dizer-lhes que se trata de uma condição passageira, da qual em breve irão se recuperar. Muitas mulheres temem que esta condição vá transformá-las em vegetais, e então elas se prendem aos vestígios de uma carreira como a um salva-vidas e nunca se entregam por completo, nem mesmo temporariamente, a um envolvimento total. (Winnicott, 1968/1999, p.83).

Outra característica do estágio maturacional da dependência absoluta é a não-integração psique soma. A adequação da mãe às necessidades do bebê o ajuda também a integrar a psique e o soma, pois, quando ele nasce, a psique e o soma não são experienciados de forma integrada. Winnicott (1990) descreve esses elementos como diferentes e complementares. O soma é a base da psique e foi ele quem apareceu primeiro. É por meio dele que é possível a presença da psique. Ambos são interrelacionados e constituem a natureza humana.

Winnicott afirma a importância da pele no processo de localização da psique no e dentro do corpo. A pele é uma barreira física, é o limite entre o eu e o não-eu. Segundo Winnicott (1990): “A parte psíquica da pessoa ocupa-se com os relacionamentos, tanto dentro do corpo quanto com ele, e com os relacionamentos mantidos com o mundo externo” (p.46). Pois é ela que vai fornecer o limite entre o eu e o não-eu. A psique também tem a função de ligar o passado, o presente e as expectativas do futuro. Além de permitir que o indivíduo seja capaz de criar, ela fornece condições para o indivíduo se adaptar ou de se recusar a se adaptar, dando a ele a possibilidade de fazer escolhas.

Voltando à função da pele, Winnicott (1990) descreve: “O manuseio da pele no cuidado do bebê é um fator importante no estímulo a uma vida saudável dentro do corpo, da mesma forma como os modos de segurar a criança auxiliam o processo de integração” (p.143). E para que isso ocorra, a

psique vem sendo constituída por meio dos primeiros cuidados maternos, tais como o toque, a comunicação silenciosa, a presença da mãe. O bebê recebe esses cuidados e os elabora por meio da imaginação. Esses cuidados maternos são também conhecidos pelo nome de *holding*.

A função mais importante do ambiente no processo da integração é o *holding*. Ele é composto pelo cuidado físico e psíquico, pela comunicação silenciosa e o manejo do corpo do bebê. Este, no estágio maturacional da dependência absoluta, vivencia experiências sensoriais, quando o ambiente externo é apresentado para ele por meio dos sentidos. A sensibilidade da mãe a possíveis ameaças no ambiente físico, tais como calor, frio, excesso de luminosidade, além das ameaças ao psíquico do bebê (as ansiedades inimagináveis) a torna apta a proteger a continuidade de ser do infante., Dessa forma, proporciona a ele, um sentimento de confiança no ambiente e nas pessoas ao redor.

Como descrito anteriormente, por meio da preocupação materna primária, a mãe/ambiente se adapta e sabe às necessidades do bebê. Para Winnicott (1970/1999), ela terá noção quando ele precisar de mais ou menos roupa, quando ele chorar por dor e precisar de colo ou quando ele estiver com fome. Ela saberá reagir às necessidades sutis do bebê quando ele precisar escutar os batimentos cardíacos ou o ritmo respiratório ou sentir o cheiro dela ou de algum adulto.

Nessa fase, portanto, o ambiente deve ser capaz de satisfazer as necessidades fisiológicas e psicológicas do bebê. Winnicott (1960/1983) define *holding* como uma função em que a mãe:

Protege da agressão fisiológica; Leva em conta a sensibilidade cutânea do lactente – tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, sensibilidade à queda (ação da gravidade) e a falta de conhecimento do lactente da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo; Inclui a rotina completa do cuidado do dia e da noite, e não é o mesmo que com dois lactentes, porque é parte do lactente, e dois lactentes nunca são iguais. Segue também as mudanças instantâneas do dia-a-dia que fazem parte do crescimento e do desenvolvimento do lactente, tanto físico como psicológico (p.48).

Para Winnicott (1960/1983): “O termo *holding* é utilizado aqui para significar não apenas o segurar físico de um lactente, mas também a

provisão ambiental total anterior ao conceito de *viver com*” (p. 44). O bebê ainda vive como se estivesse fundido com a mãe e cabe a ela permitir que ele sinta exatamente isso. Sendo assim, a mãe não será reconhecida como alguém diferente dele próprio. Nesse momento, o bebê começa a ter relações objetais, a ter percepções do meio externo, permitindo a ele criar a possibilidade de viver com.

Dessa forma, o *holding* envolve tudo aquilo que a mãe é e faz pelo bebê. Nas palavras do autor: “O *holding* inclui especialmente o *holding* físico do lactente, que é uma forma de amar. É possivelmente a única forma em que uma mãe pode demonstrar ao lactente o seu amor” (Winnicott, 1960/1983, p.48).

Por conseguinte, para demonstrar esse amor, a mãe deve se adequar às necessidades do bebê, pois ele depende absolutamente desses cuidados para ter um desenvolvimento saudável. No estágio maturacional da dependência absoluta, a mãe tem o papel de confirmar a onipotência do bebê e suprir sempre as necessidades dele conforme a demanda. Dessa maneira, a mãe cria o ambiente de *holding* para o desenvolvimento do bebê, de modo que “o ambiente perfeito é aquele que se adapta ativamente às necessidades do psique-soma recém formado” (Winnicott, 1949/1982, p. 412).

Outra característica do *holding* é a comunicação entre a mãe e o bebê. Ele, no primeiro momento, não consegue compreender o significado da comunicação entre si, pois, como vimos, o bebê não percebe a mãe como um ser diferente dele. Ela, por sua vez, foi um bebê, brincou de ser mãe e nenê, além de ter presenciado alguém cuidando de um nenê. Winnicott (1999/1968, p. 84) afirma: “a mãe pode retroceder a forma de experiência infantil, mas para o bebê é impossível apresentar sofisticação característica de um adulto”.

Assim, a comunicação silenciosa da mãe com o bebê mostra-se importantíssima, pois é por meio do cuidado suficientemente bom que ela se torna confiável e por consequência também o meio. Winnicott (1968, 1999) cita algumas formas de comunicação, tais como o movimento de respiração, os sons do batimentos cardíacos da mãe, o movimento de embalar o bebê, o qual vai percebendo quando ela está mais agitada, nervosa ou calma, e ele vai se adaptando e a conhecendo. As brincadeiras são tidas como uma

experiência de prazer e afeição, onde será construído o espaço potencial. O ato da mãe se adaptar às necessidades do filho e apresentá-lo o que ele está pronto para procurar também é tido como uma comunicação.

Veremos no próximo tópico quando o ambiente de *holding* não se adequa às necessidades do bebê, cabendo-lhe vivenciar o que Winnicott (1970/1999) denominou de terríveis ansiedades ou ansiedades inimagináveis. A função de *holding*, utilizada pela mãe suficientemente boa, é uma maneira do terapeuta poder trabalhar com o sujeito que vivenciou essa falha. Dessa forma, é também função do terapeuta suficientemente bom se utilizar da função *holding*. Essas ideias serão melhor elaboradas nos capítulos dois e três desta dissertação.

Ao analisar as características do estágio maturacional da dependência absoluta, em que, quando tudo vai bem ocorre o desenvolvimento do bebê à integração psique e o soma, a manutenção da sensação de onipotência do bebê por meio do ambiente adaptado às necessidades dele e a formação do indivíduo diferente da mãe, a ideia do eu diferente do não-eu.

Essa diferenciação ocorre quando o indivíduo é capaz de ter um *self* integrado/individual onde o *self* habitará o soma. Dessa forma, o ambiente criado pela mãe suficientemente boa também é importante para constituir o *self*; pois no recém-nascido, o *self* é um potencial e depende de um ambiente suficientemente bom para se tornar um *self* total. Pode-se observar a integração do *self* quando a criança é capaz de desenhar um círculo, segundo Winnicott (1990). E é quando “Surge a ideia de uma membrana limitadora, e daí segue-se a ideia de um interior e um exterior. Em seguida desenvolve-se a ideia de um EU e de um não-EU” (Winnicott, 1990, p.88). O desenho do círculo pode parecer um exemplo simples, porém a criança com característica autística, dependendo da complexidade do caso, não é capaz de desenhá-lo, porque ela não tem um *self* suficientemente integrado.

Por conseguinte, o papel materno é principalmente de oferecer condições, um ambiente suficientemente bom, para o desenvolvimento psíquico ocorrer. “Não há sobrevivência física ou emocional de uma criança sem um ambiente. Para começo de conversa, sem ambiente a criança cairia

indefinidamente” (Winnicott, 1957/1953, p. 105). Winnicott se refere aqui sobre as ansiedades primitivas pelas quais o bebê passa normalmente e consegue superá-las com as técnicas suficientemente boas do cuidado materno. O tópico seguinte discorre sobre quando o ambiente não foi suficientemente bom para proporcionar o desenvolvimento esperado para o bebê.

1.1 Quando a falha existe

A falha no ambiente na fase de dependência absoluta poderá causar um transtorno significativo no desenvolvimento do psiquismo do bebê. Tais como: a não diferenciação eu não-eu, o *self* não será integrado e o bebê não vive a ilusão criativa. Sendo que o bebê não terá recursos psíquicos para elaborar essa falha, vivencia, portanto as ansiedades impensáveis. Atenhame, nesse estudo, sobre o autismo.

1.1.1 Pensamento de Winnicott sobre o autismo

Leo Kanner (1943) foi responsável por introduzir no contexto da psiquiatria infantil o termo autismo infantil precoce. Ele escreveu o livro *Child Psychiatry*, em 1935, e o republicou em 1949. Esse livro, sem precedentes na ocasião, ofereceu maior visibilidade ao termo autismo, pois foi considerado básico para a formação de pediatras, neuropediatras e psicologistas. Esse livro foi, portanto, um manual para os médicos da época, de modo que a visão de Kanner sobre o autismo influencia a medicina até os dias de hoje.

Winnicott (1939, 1963, 1966/1997) faz diversas críticas a Leo Kanner por conta desse livro. Uma delas envolve a falta de apontamento ou explicação sobre a normalidade dos sintomas da infância. Outra crítica importante para o nosso estudo é quando Winnicott afirma que não precisaria ter colocado o termo autismo em uma teoria do desenvolvimento emocional do ser humano, devendo ser apenas um termo didático.

As consequências desse ato de Kanner para Winnicott (1966/1997) é a descoberta do autismo como uma doença, tornando o sujeito autista engessado nesse diagnóstico. Esse autor acrescenta que não há danos

cerebrais ou deficiência mental na pessoa com característica autista, sendo esses sintomas causados por um fator emocional, identifica-se a uma defesa e não a uma doença. Na sua clínica, ele estudou diversos casos e observou as matrizes e nuances do autismo e o relato do início da sintomatologia e a recuperação das crianças. Como síntese, nas palavras de Winnicott: “o que estou tentando transmitir é que esta doença do autismo não existe, e que é um termo clínico que descreve os extremos comuns de um fenômeno universal” (Winnicott, 1966/ 1997, p.185).

Cavalcanti e Rocha (2007) levantam uma questão importante sobre essa consideração de Winnicott, afirmando que ele se contradiz em alguns momentos na explanação sobre o autismo. Uma delas, segundo as autoras, é a seguinte:

Winnicott não parece ter levado suas próprias considerações às últimas consequências e, embora tenha surgido com tanta ênfase a inutilidade do termo autismo e das classificações psicopatológicas para a compreensão e tratamento dos indivíduos em sofrimento psíquico, propôs, contraditoriamente, que continuássemos usando o conceito de esquizofrenia infantil (p.101).

Cavalcanti e Rocha (2007) dão o exemplo do último trecho do texto “Autismo” de Winnicott (1966/1997).

Eu espero que esta sociedade floresça e realize seu duplo papel de neutralizar a solidão dos pais e estimular a investigação científica ou objetiva desta forma de esquizofrenia, que inicia na infância inicial ou na infância posterior. No final, é a etiologia da doença que nos dá a pista para a prevenção (p.192).

Dessa forma, apesar de Winnicott (1966/1997) defender que: “o autismo não é uma doença”, ele afirma que deve ter maiores estudos a respeito, denomina o autismo de esquizofrenia e afirma que é importante saber da etiologia para poder prevenir a doença. Apesar destas contradições, as autoras Cavalcanti e Rocha (2007) não tiram a importância do ato de Winnicott. Elas afirmam que esse gesto foi essencial para problematizar a psicopatologia e o diagnóstico. Nas palavras delas:

Ora, ao dizer que o autismo não é uma doença, mas um problema do desenvolvimento, de constituição do psiquismo e que seus supostos sintomas podem ser encontrados em qualquer criança, inclusive naquelas tomadas como crianças comuns e sadias, entre o normal e o anormal e com isso, como ele mesmo refere, atirou nos ares a necessidade de classificação psicopatológica (p.102).

Cavalcanti e Rocha (2007) fazem parte do Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CCPL) de Recife. É um centro de referência sobre o autismo no Brasil que vem, há mais de vinte anos, pesquisando e atendendo clinicamente essas crianças. Elas suspenderam o diagnóstico de autismo nesse centro e com isso puderam perceber melhor a singularidade dessas crianças, tornando essas profissionais mais atentas às soluções encontradas pelas ditas autistas. Além disso, Cavalcanti e Rocha (2007) perceberam que o fato de as crianças não serem diagnosticadas as fazia serem tratadas de uma forma diferente pelos pais, sendo eles capazes de ver o crescimento do filho, conversarem com ele, explicarem as coisas do mundo. Ao contrário de quando a criança é diagnosticada como autista, os pais “acabam presos num sistema de pensamento e terminam por sucumbir ante às metáforas que falam da impossibilidade e deficiência, desfazendo o laço entre eles e a criança” (Cavalcanti e Rocha, 2007, p. 106).

Diante do exposto, a grande contribuição de Winnicott foi exatamente essa maleabilidade da fronteira entre o patológico e o não patológico, pois dessa forma, podemos enxergar o sujeito sem as limitações que a descrição científica da doença nos traz. O sujeito com características autistas tem a sua singularidade, suas necessidades e potencialidades de sair desse quadro limitante descrito por Kanner. Cabe às pessoas que estão ao redor dessa criança, sendo elas profissionais, ou não, entender as limitações e proporcionar um ambiente em que ela possa ser criativa e, dessa forma, encontrar soluções para superar as defesas independente do diagnóstico que ela tem. Falo a seguir sobre como Winnicott percebe a etiologia do autismo.

Winnicott, em sua prática clínica de mais de quarenta anos, observou que as crianças com características autistas tinham vivenciado uma falha no ambiente quando eram muito pequenas, ainda na fase da dependência absoluta. Dessa forma, o ambiente, provavelmente, não conseguiu propiciar ao bebê um *holding* adequado e/ou não criou condições para ele vivenciar a experiência de ilusão e de onipotência. Quando Winnicott se refere à falha da mãe, ele se refere a todos que estão envolvidos com o bebê: “É este aspecto da provisão ambiental que se destaca mais numa revisão geral dos transtornos do desenvolvimento da criança, entre os quais se inclui o autismo” (Winnicott, 1966/1997, p. 189).

Apesar de Winnicott se referir à falha no ambiente, ele não responsabiliza os pais, algo foge do controle deles e a falha existe. Safra (2015) afirma que a falha pode se originar dos ancestrais ou do ambiente sociocultural em que a família está inserida. Portanto não temos como culpar ou responsabilizar uma pessoa. De qualquer forma, o psicoterapeuta que for atender essa criança deve proporcionar um momento de escuta para esses pais, pois, segundo Winnicott, eles se sentem responsabilizados por tudo o que acontece de errado com os filhos. Além disso, caso o psicoterapeuta veja algo no ambiente que esteja ameaçando o desenvolvimento da criança, pode fazer algumas intervenções, com o propósito de a família superar esses impasses.

As falhas sempre irão existir no desenvolvimento. Algumas são logo suprimidas pelo cuidado reparador do meio. Outras podem ser prejudiciais ao bebê, quando são de um nível maior que ele possa suportar. A falha pode interromper a continuidade do ser, pois surgem as angústias impensáveis e, decorrente delas, o medo do colapso. Winnicott (1963/2007) descreve essas angústias como uma defesa bem sucedida do ego contra uma falha no ambiente e elas são manifestadas por meio da desintegração, sensação de cair para sempre, aniquilamento, não ter conexão nenhuma com o corpo, despersonalização, desorganização temporal e espacial (Winnicott, 1962/1983). O organismo reage à falha com uma cisão na personalidade, tornando débil a vinculação do psique e do soma, para proteger o *self*.

São exemplos dessa cisão, por exemplo, uma criança que utiliza com muita frequência um agasalho, mesmo em dias muito quentes. Ela não se dá conta se está sentindo calor ou não. A maior parte das crianças que atendi não tem noção do perigo, não sabe diferenciar se é dia ou se é noite, ou em qual dia da semana estamos, mesmo tendo idade cronológica que possibilitasse esse saber em um desenvolvimento típico. Além disso, elas não se relacionam com pessoas, as usam como se fossem objetos. Todos esses comportamentos caracterizam uma falha no processo de integração.

Quando se trabalha com criança dita autista, percebe-se que ela é inteligente e esperta, principalmente para situações e objetos de seu interesse. Sendo o seu interesse voltado para ela mesma, pois ainda não

percebe o outro, vive dentro de um mundo de criações subjetivas e não se vincula o suficiente com a realidade compartilhada. Para Winnicott (1952/1982), “A vida interior secreta contém muito pouco que tenha sido derivado da realidade externa e é verdadeiramente incomunicável” (p. 382). Isso se dá pela falta de ter vivenciado a ilusão, como descrito no tópico anterior. Portanto ela se mantém isolada do mundo externo, mesmo que em alguns casos elas não percebam ou aparentemente não sofram com isso.

Winnicott (1952/1982) explica o fenômeno do isolamento pela percepção da criança sendo invadida pelo meio quando este não se adapta às necessidades dela. Ela reage a essa invasão se isolando para proteger o sentido do *self* central. Os relacionamentos serão interpretados pela criança como uma ameaça, e o isolamento será um refúgio. Winnicott complementa: “Este isolamento, no entanto, torna-se cada vez menos puro quanto mais a criança se afasta do início, envolvendo cada vez mais uma organização defensiva como repúdio à invasão ambiental” (p.380). Consequentemente, quanto mais o tempo passa do início do trauma, mais é difícil a criança deixar o isolamento e passar a se relacionar com as pessoas. Quanto mais nova a criança se submete ao tratamento psicoterápico, maior a probabilidade de ela sair desse isolamento característico da defesa autista. Além disso, o psicoterapeuta terá o papel fundamental de respeitar o isolamento dessa criança e recriar o ambiente de *holding*, proporcionando-lhe o momento da ilusão criativa. Dessa forma, o terapeuta busca permitir que esse sujeito volte a ter confiança no meio e não necessite mais do isolamento.

Como dito anteriormente, uma das funções da defesa autista é defender o *self*. Segundo Winnicott (1960/1983), o bebê nasce com o potencial herdado, o *self* central, “que está experimentando a continuidade da existência, e adquirindo à sua maneira e em seu passo uma realidade psíquica pessoal e o esquema corporal central” (p. 46). Esse potencial é entendido também pela capacidade do indivíduo vir-a-ser e depende do ambiente para acontecer.

Como descrito, o estágio maturacional da dependência absoluta tem como característica principal a relação mãe-bebê. A mãe é encarregada de:

criar um ambiente adequado para o desenvolvimento maturacional do lactente, adaptando-se às necessidades dele; exercer a função *holding*, em que a criança será protegida de tudo o que possa lhe oferecer perigo psíquico e físico; e permitir ao bebê ter ilusão, oferecendo o objeto quando ele está pronto para criar, o que é devido a comunicação de mutualidade existente entre a mãe suficientemente boa e o bebê. Tudo isso ocorre para proporcionar ao bebê a experiência de integração. Quando as falhas surgem e essas são maiores do que o bebê possa suportar, podem provocar o autismo.

1.2 Dependência relativa

A dependência absoluta é uma preparação para o próximo estágio maturacional, a dependência relativa. As principais características da dependência relativa são: a diferenciação do eu e não-eu cada vez mais evidente; a criança ter maior consciência do corpo, por meio da personalização; o uso da ambivalência; o surgimento do sentimento de culpa e preocupação.

A mãe suficientemente boa, na fase da dependência relativa, vai aos poucos retornando ao trabalho e aos seus afazeres do dia-a-dia, provocando uma desadaptação gradativa no bebê. Esse comportamento vai desiludindo-o e tornando o sentimento de onipotência relativo, pois ele percebe que os acontecimentos estão fora de seu controle. O bebê se torna mais independente do ego auxiliar da mãe e dos cuidados dela. É o começo da compreensão intelectual, para Winnicott, (1963/1983b), em que o lactente desenvolve uma capacidade maior de tolerar as frustrações, por conseguir perceber os barulhos da cozinha e saber que eles indicam que a comida está prestes a aparecer, por exemplo.

Além da compreensão intelectual, há também o desenvolvimento corpóreo do bebê. Se tudo vai bem, ele será capaz de interagir com objetos, pegá-los, levá-los à boca e até jogá-los para alguém pegar, como o início do jogo, como veremos no próximo capítulo. Com a continuação desse desenvolvimento, outras mudanças ocorrem e permitem à criança engatinhar, andar, por exemplo, e o mundo não será o mesmo para ela.

Abrem-se muitas outras possibilidades e outras formas de interagir com o meio ao redor. O desenvolvimento físico transforma as relações do bebê e tende a ajudá-lo a se relacionar com objetos, que se tornam fenômenos objetivos e diferentes do não-eu. Paralelamente a tudo isso, ocorre o crescimento emocional.

No estágio maturacional da dependência relativa, psique e o soma são integrados e o *self* habitará o soma, o que Winnicott (1962/1983) chama de personalização, em suas palavras: “O **ego** se baseia em um **ego** corporal, mas só quando tudo vai bem é que a pessoa do bebê começa a ser relacionada com o corpo e suas funções, com a pele como membrana limitante. Usei a palavra *personalização* para descrever esse processo (...)” (p.58, grifo meu). Abram (2000), estudiosa e escritora de um dicionário dos termos utilizados pela teoria winnicottiana, anuncia:

Embora Winnicott frequentemente afirme que existe uma diferença entre *self* e o “ego”, esta definição nem sempre fica suficientemente clara ao longo da sua obra, pois o termo *self* geralmente é empregado alternadamente entre os termos “ego” e “psique”. (...)O termo *self* apresenta-se essencialmente como uma descrição psicológica de como o indivíduo se sente subjetivamente, sendo o “sentir-se real” o que coloca no centro do sentimento de *self* (p. 220).

A personalização faz o indivíduo se sentir real, ser um sujeito subjetivo, além de fazer a distinção entre o eu e o não-eu. O ego, segundo Abram (2000), “constitui-se em um aspecto do *self* que possui uma função bastante particular: organizar e integrar a experiência” (p. 221). Por isso, acredito que o termo empregado por Winnicott na citação anterior seria *self* no lugar de ego. Além disso, Winnicott (1963/1983a), quando se refere aos pré-requisitos da ambivalência, típicos desse estágio maturacional, ele afirma: “ele começou a estabelecer um *self*, uma unidade que está contida fisicamente na pele do corpo e que está psicologicamente integrada” (p. 72). Portanto, a personalização é quando o *self* se torna residente no corpo.

A personalização demanda uma outra adaptação da mãe, o manejo. Sendo o *holding* mais utilizado no estágio da dependência absoluta, o manejo será mais empregado pelo ambiente na fase da dependência relativa. Porém, ambos continuarão sendo utilizados pela mãe suficientemente boa quando o bebê demandar certos cuidados. Quanto mais independente for o

bebê, menos ele precisará que a mãe atue com o *holding*, por exemplo, e mais com o manejo. É possível perceber esse movimento quando a criança anda e fala, mas quando se machuca vem chorando para o colo da mãe e se porta como se fosse um bebê. Winnicott (1962/1983) define o manejo assim:

O manejo descreve a provisão pelo meio que corresponde mais ou menos ao estabelecimento de uma associação psicossomática. Sem manejo ativo e adaptativo suficientemente bons, a tarefa interna pode vir a ser difícil, pode na verdade vir a ser impossível para o desenvolvimento de uma inter-relação psicossomática se tornar estabelecido adequadamente (p.60).

Nesse estágio, o relacionamento com a mãe-ambiente passa a ser mais ameno o bebê passa, aos poucos, do estado de fusão com a mãe para um processo de separação. Ele começa a perceber o objeto objetivo, a mãe, que se torna, lentamente, um objeto, com o qual o bebê vai se relacionar, e não mais um ambiente pelo qual o bebê vive o processo de ilusão. Assim, ele começa ter uma identificação com ela e se utiliza cada vez mais dos objetos percebidos como “não-eu”.

Um indício da percepção do bebê sendo diferente da mãe é quando ele, ao mamar, estende o dedo para a boca dela e brinca de amamentá-la. Winnicott (1963/1983b) relata: “A partir disso se origina o desenvolvimento global da compreensão da mãe como tendo uma existência pessoal e separada (...)”(p.86). A criança começa a admitir acontecimentos fora da onipotência dela e começa a perceber que a mãe tem um interior que as vezes é rico ou pobre, bom ou ruim (Winnicott, 1945/1982). Além do mais, ele constata quando não está sendo bem cuidado e já tem condições de reclamar e perceber que o problema não está necessariamente nele. Sendo assim, o bebê percebe que há um interior, e um exterior e também o esquema corporal. E isso tudo se desenvolve por meio dos sentimentos simultâneos de amor e ódio resultantes da conquista da ambivalência.

Nesse momento, do ponto de vista do bebê, a mãe transita de ser mãe-ambiente para ser mãe-objeto. A fase do desmame associa-se a essa transição. A mãe-ambiente estava disponível para o bebê, oferecia o seio mais ou menos na hora que ele desejava. A mãe-objeto nem sempre estará lá ou pode não querer oferecer o seio ao bebê quando ele quiser. Ela deverá, dessa forma, ser capaz de suportar e sobreviver aos ataques de fúria desse

bebê, que já apresenta a capacidade de fantasiar e começa a vivenciar a frustração. Sobrevivendo a esses ataques, a mãe oferece um ambiente de confiança a esse bebê, dando-lhe a chance de integrar a sua agressividade, repará-la e sentir culpa.

Esse sentimento de culpa se modifica quando há possibilidades de reparação pelo bebê e quando ele percebe que a mãe sobreviveu ao ato, ao sentimento de preocupação. “O lactente está agora se tornando capaz de ficar preocupado, de assumir responsabilidade por seus próprios impulsos instintivos e as funções que dele fazem parte” (Winnicott, 1963/1983a, p.73). A partir desse período, o bebê começa a se preocupar com a mãe. Essa preocupação se dá pois o bebê está mais integrado e começa a desenvolver um senso de responsabilidade.

Há algumas outras características que acontecem com o bebê nesse estágio maturacional, tais como a fala se torna compreendida, a identificação com a mãe ou com os pais permitir ao bebê “pôr de lado parte grande da raiva que é sentida, com o que desafia a onipotência dele” (Winnicott, 1963/1983b, p.86), além de desenvolver um intercâmbio contínuo entre a realidade interna e externa. É quando ele começa a brincar com seus dedinhos, com uma fraldinha, etc.

No estágio da dependência absoluta, o bebê se relaciona com o objeto; sendo este parte dele, estava no controle da onipotência dele. Diferente de se relacionar com o objeto é usá-lo, o que pressupõe uma relação eu/não eu. Quando a criança usa o objeto, dá a ele um sentido real, como coisa em si, podendo compartilhá-lo com outras crianças, por exemplo. No estágio da dependência relativa, o bebê começa a ser capaz de perceber o objeto como lhe é apresentado. E o objeto pode ser vivenciado como uma experiência separada, exterior ao controle onipotente do indivíduo (Winnicott, 1963/1983d). A criança poderá expressar sua raiva e angústia frente a esse objeto destruindo-o, ajudando a fazer a distinção eu/não-eu. O ideal é que esse objeto sobreviva a essa destruição.

A mudança (do relacionar-se para o uso) significa que o sujeito destrói o objeto. (Em outras palavras, descobriria que, após “Sujeito relacionar-se com objeto” vem “sujeito destrói objeto” (quando se torna externo) e depois, pode vir “*objeto sobrevive* a destruição pelo sujeito”. Mas pode haver ou não sobrevivência e uma nova característica chega assim à teoria do

relacionamento com objetos. O sujeito diz ao objeto: “Destruí você” e o objeto acha-se lá para receber a comunicação. A partir daí, o sujeito “Alô, objeto!” “Destruí você”. “Amo você”. “Enquanto estou amando você, estou todo o tempo destruindo você na *fantasia*” (inconsciente). Aqui começa a fantasia para o indivíduo. (WINNICOTT 1968/2007, p.174).

Mais uma vez, destaca-se um papel de grande importância do meio ambiente, o de sobreviver a agressividade da criança. Como veremos no próximo capítulo, a agressividade é uma etapa importante para o desenvolvimento psíquico. É também por meio desse ato que ocorre o crescimento da confiança no meio, caso este saiba lidar com esse sentimento da criança, da mesma forma em que ter confiança será de extrema importância para o uso do objeto.

Nesse estágio, o bebê percebe, de certo modo, a dependência que tem da mãe. Ele percebe isso por meio das ausências dela, e por meio dessas se dá conta do tempo. Esse tempo dependerá da maturidade da criança manter viva a imagem da mãe no mundo interno. As pequenas falhas serão úteis para o surgimento do objeto transicional e do espaço potencial, como serão vistos no próximo capítulo. A mãe deverá ter sensibilidade para essa ausência não ser grande demais, pois isso pode gerar ansiedade no lactente. Assim Winnicott (1971/1975) descreve o distanciamento da mãe:

O sentimento de que a mãe existe dura x minutos. Se a mãe ficar distante mais do 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 $x + y$ minutos. Em $x + y$ minutos, o bebê não se alterou. Em $x + y + z$ minutos, o bebê 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 defesas primitivas agora se organizam contra a repetição da ‘ansiedade impensável’ ou contra o retorno do agudo estado confusional próprio da desintegração da estrutura nascente do ego (p.135).

A falha do $x + y + z$ minutos pode ser reestabelecida por meio de mimos e de carinhos e, com isso, desenvolve a capacidade de ele usar um símbolo que represente a união entre a mãe e o bebê. Porém, quando essa falha não é reestabelecida, a criança pode sofrer o que Winnicott (1945/1982) denominou de despersonalização, a saber, a incapacidade do *self* habitar o corpo, quando o bebê não será capaz de se diferenciar da mãe e nem interagir com o mundo externo.

Além dessa reação, Winnicott (1963/1983d) relata sobre o estado de privação em que o bebê vivenciou uma provisão ambiental suficientemente boa, mas de repente cessou gerando uma reação à falha ambiental, interrompendo, portanto, o sentimento de continuidade de existência. Essa é a origem da tendência antissocial: defesas contra as sensações para evitar a angústia.

1.3 Rumo à Independência

Conforme esclarecido anteriormente, Winnicott fez o alicerce da sua teoria sobre as fases iniciais, dependência absoluta e relativa, e não se aprofundou no estágio rumo à independência. Portanto, não há muitos escritos sobre esse estágio.

No estágio maturacional rumo à independência, o mundo da criança vai se ampliando. Vimos que na dependência absoluta o bebê estava envolvido apenas com ele mesmo, no seu sentimento de onipotência. Além disso, nesse período, foi iniciado o processo de integração. Na dependência relativa, ele, vai descobrindo os objetos ao seu redor, diferenciando o eu do não-eu e se relacionando com as pessoas de sua família, ademais há o começo do processo de personalização. No rumo à independência, segundo Winnicott (1960/1983b), por ter vivenciado boas recordações de cuidados e tê-las acumulado e introjetado, o bebê torna-se confiante e capaz de viver sem cuidados reais, tornando-se mais independente do meio e habilitado a ter relações sociais. Esse estágio abrange desde a iniciação escolar até a morte. As crianças que vivenciam esse estágio, portanto,

Não foram significativamente “desapontados” na primeira infância e cuja crença na confiabilidade conduz à aquisição de uma confiabilidade pessoal que é ingrediente importante do estado que pode ser denominado de “no sentido da independência”. Estes bebês têm uma linha de vida e mantêm uma capacidade de se deslocarem para frente e para trás (desenvolvimentalmente) e se tornarem capazes de correr todos os riscos, por se acharem bem-garantidos (WINNICOTT, 1969/2007, p. 201).

Nos estágios anteriores, adaptada às necessidades do bebê, a mãe apresentou-lhe o objeto, assim como na primeira mamada teórica em que ela permite que o bebê o crie (o objeto seio). Nesse momento, ele não o percebe como diferente de si mesmo, na medida em que se satisfaz. Ou seja, tendo

suas necessidades supridas, ele começa a precisar exatamente do que a mãe lhe apresenta. Na medida em que esses gestos são repetidos, ele se sente mais confiante em criar objetos e criar o mundo real (Winnicott, 1960/1983).

O processo que se inicia no estágio rumo à independência é a realização, descrito por Winnicott no texto Desenvolvimento emocional primitivo (1945/1982). Mota (2013) afirma que esse termo pode ter sido mal traduzido e explica que,

a palavra realização pode causar uma confusão sendo entendida como a capacidade de um indivíduo de alcançar o que almejou ou algo no sentido de uma conquista pessoal. Até trata-se de uma conquista, sendo a conquista da capacidade de sentir o mundo como real – mas então isto leva a um sentido completamente diferente, sendo uma conquista do desenvolvimento primitivo do indivíduo. O bebê não pode almejar o que está sendo chamado de *realização*, embora lhe seja agradável quando ela é bem sucedida. Assim, optamos por usar a expressão *apreciação da realidade e de suas propriedades*, que nos parece expressar melhor este processo de maturação (p. 65, itálicos da autora).

Portanto, nesse período, o desenvolvimento psíquico da criança permite que ela vivencie a realidade e saiba distinguir e se utilizar da realidade objetiva e da subjetiva. Para Winnicott (1945/1982) a realidade objetiva possui freios para a fantasia total e torna esta tolerável. A fantasia, para esse autor, é enriquecida pelos detalhes do mundo e só acontece por causa da vivencia da experiência de ilusão. Essa experiência ocorre pela apresentação do objeto pela mãe, que aos poucos vai capacitando o bebê a se relacionar com o objeto externo ao *self*, como descrito anteriormente. Esse processo também é denominado por Winnicott (1962/1983) de relações objetais, pelo qual o bebê é capaz de, além de se relacionar com o objeto ele se utiliza do objeto, como descrito na sessão anterior. Além disso, “a capacidade de sentir o mundo como real leva à capacidade de relacionar-se e usar objetos e vice-versa (Mota, 2013, p. 66). Dessa forma, quanto mais desenvolvida psiquicamente é a criança, maior é a capacidade dela se relacionar e sentir o mundo como real.

As relações triangulares ocorrem nesse estágio, isto é, a criança percebe a diferença eu e não-eu, a si mesma, a mãe e a presença do pai. É uma relação entre pessoas completas. Além disso, Winnicott (1963/1983d)

afirma que esse momento do desenvolvimento está ligado à capacidade da pessoa se sentir real no mundo e sentir que o mundo é real.

A defesa que ocorre nesse estágio da vida são as psiconeuroses, as quais serão relacionadas aos relacionamentos interpessoais e que poderão ser analisadas em um processo psicoterápico. Winnicott (1961/2007, p.54) descreve:

A psiconeurose é um estado de crianças (adultos) que em seu desenvolvimento emocional, chegaram a um estado de relativa saúde mental. Havidos sido trazidos através dos estágios mais iniciais que pertencem à dependência extrema, e chegando aos estágios bem mais posteriores em que a privação traumatiza, estes indivíduos acham-se agora em posição de terem *suas próprias dificuldades*.

A criança que foi significativamente desapontada, caso não receba um cuidado que permita integrar boas experiências, não chegará à fase rumo à independência. Chegar a essa fase é uma conquista do desenvolvimento, esperado para as pessoas em geral. Caminhar rumo a esse estágio será o objetivo do trabalho psicanalítico com a criança dita autista, o qual pressupõe auxiliá-la a ser capaz de se relacionar com o objeto subjetivo, para poder vir a perceber os objetos objetivamente. Nesse uso, a criança poderá expressar a sua raiva de não ter tido um ambiente suficientemente bom, além da capacidade que o analista tem de sobreviver a essa raiva. Isso tudo corresponde a objeto de discussão mais acurada no capítulo três dessa dissertação.

CAPÍTULO 2- O BRINCAR NA FUNÇÃO PSÍQUICA

As crianças não brincam de brincar.
Brincam de verdade.
(Mário Quintana)

2.1 COMO O BRINCAR COMEÇOU NA TEORIA WINNICOTTIANA

Winnicott começou a trabalhar no Queen's Hospital for Children em 1923. Em sua prática, aliou os conhecimentos da psicanálise aos da pediatria. Desde então, interessou-se e escreveu sobre o brincar das crianças atendidas por ele nesse hospital e, posteriormente, no consultório analítico, quando se formou como psicanalista. Porém, apenas em 1971, no livro “O brincar e a realidade”, consolidou sua teoria sobre o brincar. Assim, ele descreve:

Quando repasso os artigos que assinalam o desenvolvimento de meu próprio pensamento e compreensão, verifico que meu presente interesse pela brincadeira, no relacionamento de confiança que pode desenvolver-se entre o bebê e a mãe, sempre constitui característica de minha técnica de consulta, tal como o exemplo seguinte, de meu primeiro livro, o demonstra (Winnicott, 1931). Dez anos depois, deveria elaborá-lo em meu artigo *The observation of Infants in a set Situation* (1941) (Winnicott, 1971/1975, p. 72).

O texto ao qual Winnicott se refere acima, “A observação de bebês em uma situação estabelecida” (1941/1982), descreve sua experiência, ao longo de duas décadas observando o comportamento de crianças pequenas em consultas com suas mães. Safra (1999) considera esse artigo a matriz clínica do pensamento de Winnicott e continua: “Os princípios da clínica winnicottiana, que encontraremos desenvolvidos, mais amplamente, ao longo de seus textos, de alguma forma, já estão presentes no artigo citado.” (p.93). Concordo com a descrição de Safra e, por isso, descrevo as ideias principais desse artigo a seguir.

Winnicott (1941/1982) analisava o comportamento da mãe e do bebê a partir do momento em que eles adentravam a sala. O mais importante dessa

situação estabelecida, como ele mesmo denominou, era observar como a criança se comportava perante uma espátula. Essa situação consistia em:

Peço à mãe para sentar-se no lado oposto ao que me encontro, entre o ângulo da mesa entre nós dois, ela senta com o bebê nos joelhos. De forma rotineira coloco um depressor de língua brilhante em ângulo reto na beirada da mesa e convido a mãe a colocar a criança em uma posição tal que, se a criança desejar tocar na espátula, isto será possível (p.140).

Essa atividade ficou conhecida posteriormente como o jogo da espátula. E nele Winnicott (1941/1982) observava três estágios do comportamento saudável da criança entre cinco e treze meses de idade:

a) o período da hesitação, quando o bebê estende a mão em direção à espátula, mas entra em um dilema. Nesse momento, ele olha para a mãe e para o analista, observa e espera. Winnicott percebe essa hesitação como uma ansiedade própria do desenvolvimento do bebê. Assim, o autor afirma: “sugiro que a hesitação signifique que a criança *espera* produzir uma mãe zangada ou talvez vingativa, pelo prazer que se permitiu ter” (p.150, grifo do autor). Tendo a experiência de ter uma mãe zangada, ou não, o bebê primeiro refreia o interesse e o desejo, e, para Winnicott, um outro desejo ocorrerá caso ele sinta confiança no meio.

b) no período seguinte, o bebê lentamente toma coragem sendo possível ver o desejo pela espátula por meio da saliva que começa a fluir pela boca. O bebê passa da espera e da inércia para uma autoconfiança e movimento corporal descontraído. “Ele põe a espátula na boca e mastiga-a com as gengivas, ou parece estar imitando o pai, fumando um cachimbo” (p.141). E o autor complementa:

O bebê parece sentir que agora está de posse da espátula, que ela está talvez sob seu poder, certamente à disposição dos seus propósitos de auto-expressão. Bate com ela na mesa ou na tigela de metal que está em cima da mesa próxima, fazendo tanto barulho quanto possível; ou então leva a espátula à minha boca e à de sua mãe, ficando muito satisfeito, se fingirmos ser alimentados por ela. Ele definitivamente deseja que *brinquemos* de ser alimentados por ela e fica aborrecido quando fazemos papel de bobó, metendo a espátula na boca, estragando o jogo como jogo. (p.142).

c) no terceiro estágio, o bebê deixa a espátula cair, como que sem querer a espátula. Quando ela lhe é restituída, ele a manipula, brinca com ela e a deixa cair novamente. “Recebendo-a de volta, deixa-a cair de propósito e

diverte-se enormemente, livrando-se dela com agressividade, ficando especialmente contente quando ela produz um som metálico ao bater no chão” (p.142). No final dessa fase, o bebê dá sinais de querer ficar no chão junto da espátula “onde começa a botá-la na boca e brincar com ela novamente, ou então quando ele se cansa dela e busca outros objetos a seu alcance” (p.142). Nesse momento, ele brinca sozinho e tranquilo.

Pode-se observar na descrição dessas fases o desenvolvimento da criança em cada uma delas. Na primeira, ela precisa de um ambiente que lhe dê segurança para agir e se tornar confiante. Na segunda fase, interage com o objeto ainda sem a percepção do outro, mas reage com algo diferente dela, algo entre o eu e o não-eu. No terceiro momento, a criança comporta-se como se testasse o ambiente, joga a espátula e espera que lhe seja devolvida; cada vez que isso acontece, mais confiança ela cria no meio. E essa confiança a permite-lhe brincar sozinha na presença do outro, dependendo da fase de maturação. Além disso, ela se interessa por outra coisa, revelando ampliação de interesse.

Ab'Saber (2005) sintetiza essas fases da seguinte forma: “período inicial de hesitação, seguindo de uma viva experiência oral do objeto, e uma terceira fase de gradual perda de interesse e abandono da espátula, seguindo de um reinício de experimentação com algum outro objeto presente na sala” (p.141). Ao passar por esses três estágios, a criança viveria uma experiência total, em que “Unifica usos e defesas, investimentos e desinvestimentos, em um ambiente que não falha enquanto a experiência se dá” (p.143). A experiência total, uma experiência de integração, depende, como descrito, do ambiente fornecer à criança segurança e confiança.

Em 1931, Winnicott publicou o caso de uma menina de doze meses atendida por ele. Ela tinha um distúrbio alimentar e por isso teve o desenvolvimento emocional afetado, deixando de brincar. Além disso, a criança começou a ter convulsões, sendo essas frequentes aos onze meses. O psicanalista começou a vê-la com frequência por vinte minutos. Ele trabalhou com a situação estabelecida, como descrita anteriormente, com a criança em seu joelho. Assim, Winnicott (1941/1982) descreve a sessão:

Em uma consulta, eu observava a criança no meu joelho. Ela fez uma tentativa furtiva de morder o nó de meus dedos. Três dias depois, eu a tinha de novo sobre os joelhos e esperava para ver o que ela faria. Ela mordeu o nó dos meus dedos três vezes, tão fortemente, que a pele quase ficou machucada. Passou então a brincar de jogar espátulas no chão incessantemente por quinze minutos. Chorava o tempo todo, como se estivesse realmente infeliz. Dois dias mais tarde, tive-a sobre os joelhos por meia hora. Ela tinha tido quatro convulsões nos dois últimos dias. Inicialmente, chorou como de hábito. Mordeu de novo fortemente o nó de meus dedos, desta feita sem mostrar qualquer sentimento de culpa, e então passou ao jogo de morder e jogar fora espátulas. Enquanto estava sentada nos meus joelhos, tornou-se capaz de ter prazer no jogo. Depois de algum tempo, começou a tocar o dedo dos pés (p.143).

Pode-se perceber na descrição do caso que a criança não segue as fases do brincar de maneira típica, ela não vivencia uma experiência total. Ela demonstra que algo não está indo bem e, por isso, demonstra uma angústia. Ab'Saber (2001), ao comentar esse atendimento, afirma que a angústia pode ser compreendida por uma impossibilidade de uma vivência necessária. A menina precisava vivenciar algo e o meio ambiente não estava lhe proporcionando, o que pode ter gerado nela a doença psicossomática e o impedimento de brincar.

Observa-se que na primeira sessão a fase de hesitação é intensificada, embora haja uma tentativa de morder o dedo do analista. Tentativa sem êxito, provavelmente por não ter confiança no ambiente, sem saber se seria retaliada ou não. No segundo encontro, não há hesitação, e ela logo demonstra a agressividade dirigida ao analista. Este a sustenta e aceita, atuando com o *holding*. Ademais, ela expressa a tristeza pelo choro e a angústia por meio do jogar incessante da espátula. Essa experiência com a espátula não é prazerosa, e sim compulsiva. É uma experiência angustiada com o objeto espátula. Na terceira sessão, a criança ainda repete a sequência própria, morder e depois se livrar da espátula. Em seguida, começa a ter prazer no jogo e se torna capaz de brincar com seus próprios dedos. O brincar, portanto, torna-se uma experiência psíquica, revertido para a continuidade do desenvolvimento do *self* (Ab'Saber, 2001).

Winnicott aqui demonstra a importância do papel do analista. Ele sustenta a angústia e sobrevive à agressividade. Dessa forma, a criança consegue integrar as sensações desprazerosas e, no momento em que essa

integração ocorre, então é possível ela começar a brincar. Veremos com mais detalhe o papel do analista no próximo capítulo.

Esse caso foi um dos primeiros publicados por Winnicott. Pode-se perceber nele que, quando o desenvolvimento da criança não está indo bem, ela demonstra uma alteração na capacidade de brincar. Essa menina revelou tal alteração com inibição e em seguida com agressividade. Mais adiante, veremos um outro caso em que um menino se torna fixado em cordas e barbantes. Logo, cada criança se utilizará de alguma forma para demonstrar a angústia ou para se defender dela, quando ela é maior do que ele pode suportar. É o caso das angústias impensáveis, como o da criança que desenvolve características autísticas.

Winnicott (1941/1982) analisa a forma do bebê lidar com a espátula como sendo a mesma de ele se relacionar com as pessoas ao redor. Caso a criança veja na espátula apenas algo que ela pega e deixa, sem se envolver, sem criar nada com o objeto, significa que ela não desenvolveu a habilidade, ou perdeu, de se distinguir do outro, de perceber no outro uma pessoa inteira. Esse comportamento pode ser observado nas crianças com características autísticas, pois, além delas não possuírem o jogo ou o brincar compartilhado, têm dificuldade de interagir com as pessoas. Essas ideias serão melhor comentadas no decorrer deste capítulo.

2.2 O BRINCAR

Gilberto Safra, psicólogo brasileiro estudioso da teoria winnicottiana, explica sobre a importância do brincar em sua visão, baseado nas ideias de Winnicott. Descrevo sobre essa visão, pois são importantes para melhor compreensão dessa atividade. Em seguida, descrevo como Winnicott descreve o brincar e a importância dele para a maturação psíquica.

Na introdução do livro “A face estética do *Self*”, Safra (2015), descreve as queixas mais frequentes encontradas no consultório psicoterápico na atualidade, que são: “vivência de futilidade, falta de sentido na vida, de vazio existencial, de morte em vida” (p.13). Enquanto isso, Safra

(2006) relata, no artigo “Brincar” escrito em 2005, que a sociedade está desqualificando o que não é produção de bens, por exemplo, o brincar, pois no brincar não se produz nada. Segundo esse autor, o brincar propicia ao indivíduo criar sentido, projetar o destino. Dessa forma, podemos ter uma hipótese de que, se as pessoas brincassem mais não teriam tantos problemas psíquicos. Então, qual é a função do brincar para a constituição psíquica?

Ao perceber a importância do brincar, Safra (2006) recupera dois registros fundamentais desse movimento:

- 1- Ao brincar a criança institui situações organizadas em termos de espaço e de tempo. Brincando ela funda mundos. Ao brincar ela não está simplesmente projetando conteúdos psíquicos no jogo, mas está constituindo mundos e estabelecendo a possibilidade de transformar a realidade dada por meio de seu gesto. Uma criança, ao jogar em determinado meio ambiente, o ressignifica, imprimindo a ele uma organização diferente daquela que lhe foi oferecida. Isso significa que todo o brincar funda mundos, funda a possibilidade de a criança estar no mundo e instituir modos de ser.
- 2- A criança, ao longo de seu desenvolvimento, coloca em jogo as diversas facetas do seu ser: a questão do corpo, a questão do seu psiquismo, com todas as angústias que a visitam e a necessidade de projetar um destino. Este ponto é importantíssimo, mas muito pouco discutido. O ser humano tem a necessidade de criar sentidos, pois é parte da estrutura da pessoa humana a capacidade de projetar horizontes futuros (p.13).

No primeiro tópico, Safra relata como o brincar saudável abre espaço para a criatividade e como ela propicia a subjetividade e ressignifica o ambiente externo. Esse é um misto da subjetividade e da objetividade do indivíduo que o permite criar sentido para a vida e para si mesmo. Ao mesmo tempo que a brincadeira lida com a imaginação, ela abre espaço para se trabalhar o corpo, como dito no segundo tópico dessa citação, ajudando assim a integração do psique-soma e na formação da experiência do *self*. Além disso, Safra aponta uma possibilidade de, ao brincar, a criança projetar o seu futuro, pois, para esse autor, “o brincar promove uma transição entre o agora e o ainda-não. Movimento processual inerente à condição humana” (2006, p.14). Nesse sentido, quando se projeta o futuro, cria-se o sonho utópico, o fundamento da esperança.

Além disso, Safra (2006) afirma que a criança quando brinca se utiliza

de símbolos. Esses não são apenas projeções, segundo esse autor, o jogar com símbolo seria entrar em trânsito. Ele dá um exemplo da criança que brinca de boneca, sendo que essa pode representar a mãe ou a parte do corpo na imaginação da menina, permitindo que ela perceba a realidade de uma outra forma e complementa: “Por meio do jogo e do brincar com os símbolos, a criança se põe em devir” (p.16). Assim, antes do jogo ser devir, ele sustenta a criança frente às agonias impensáveis, solidão absoluta ou na experiência de desamparo do corpo. O autor explica que.

A criança utiliza os objetos ao redor de si para se sustentar e, a partir do momento em que surge uma testemunha do que acontece com ela, o jogo tende a portar o olhar do outro. O brinquedo é significado pela qualidade da presença daquele que testemunhou a situação da criança frente ao objeto. Assim sendo, o brinquedo deixa de ser simples sensorialidade e tende a portar o rosto humano (p.17).

Portanto, ao brincar, a criança afasta as agonias impensáveis e por meio do jogo o bebê vai percebendo a presença da mãe, a qual sempre esteve lá e introduz o brincar à criança, por meio da primeira mamada teórica, descrita por Winnicott, como veremos a seguir.

Ainda nesse texto, Safra (2006) apresenta três variações do brincar: 1) o onírico, pelo qual a criança cria uma narrativa com alguns brinquedos, constrói cenários, e cenas, e por meio dessa história, constrói um devir; 2) os jogos relacionais, tais como o jogo de bola. Esses são jogos estruturados e a criança se propõe a brincar com alguém, de modo que o jogo intermedeia a relação. Esses jogos podem promover rivalidade, agressividade e a fantasia de morte, sendo que nessas brincadeiras os envolvidos podem “lidar com facetas da experiência relacional” (p.18). Esses jogos são importantes, segundo o psicólogo, para integrar aspectos de si mesmo que precisam de uma relação significativa humana para serem constituídos e/ou integrados; 3) Outra modalidade é o brincar para realizar o não-jogo voltado para as crianças atordoadas por muitas atividades do dia-a-dia que as impossibilitem de criar. Como para criar é necessário ter um espaço vazio, nesse sentido essas crianças se sentem com a presença excessiva do outro. “A partir dessa recusa da situação proposta, do estabelecimento do não-jogo, poderá surgir um brincar que realmente seja fruto de sua personalidade” (p.19).

Para Winnicott, o brincar é uma ação imprescindível para o desenvolvimento psíquico e, por isso, é melhor compreendido em paralelo com a teoria do amadurecimento. Na dependência absoluta, o brincar é estabelecido com a mãe. Ela cria o ambiente para que a criatividade primária possa encontrar lugares adequados para criar e a ilusão criativa ocorra na experiência do bebê. Na dependência relativa, fica mais evidente o uso do objeto e o fenômeno transicional, onde se inicia o brincar imaginário. No estágio rumo à independência, ocorre a ampliação da capacidade simbólica, do brincar compartilhado e inicia-se a experiência cultural. Assim, Winnicott (1971/1975) define o brincar:

O brincar *tem um lugar e um tempo*. Não é *dentro*, em nenhum emprego da palavra (...). Tampouco é *fora*, o que equivale a dizer que não constitui parte do mundo repudiado, do não-eu, aquilo que o indivíduo decidiu identificar (com dificuldade e até mesmo sofrimento) como verdadeiramente externo, fora do controle mágico. Para controlar o que está fora, há que *fazer coisas*, não simplesmente pensar ou desejar, e *fazer coisas toma tempo*. Brincar é fazer (p.62).

O brincar acontece no espaço potencial onde ocorre a experiência cultural, pelo qual começa a ser constituída a partir da primeira mamada teórica. Nesse espaço, a criança brinca e está em um espaço criado por ela, feito para ela. O tempo nesse espaço passa de uma forma diferente, próprio dela. Esse lugar pode ser de refúgio, de desafios e vitórias, propiciando momentos bons, mas pode também ser assustador, conter monstros, tornando a brincadeira angustiante.

Januário (2012) afirma: “Acredito que ele [o brincar] não seja apenas *fazer*, como também, *ser*” (p. 106). Concordo com a autora, pois, quando a criança brinca, é ela mesma, sendo essa uma forma da experiência do *self* e da criatividade ocorrerem. Além disso, o brincar faz parte do processo de desenvolvimento e da constituição psíquica, portanto faz parte da saúde. Essa ação facilita a integração psíquica, a simbolização, a interação social, é um espaço onde a agressão pode ocorrer de uma forma saudável. Ao brincar, a criança transita entre o espaço, o tempo e a imaginação. Na brincadeira, a criança não projeta apenas a angústia ou a raiva, mas também cria e, por isso, lida com a realidade dando-lhe sentido.

Em 1942, Winnicott escreve sobre as funções do brincar para o desenvolvimento emocional da criança, entre elas, a agressão, a ansiedade, a experiência do *self* e a criatividade, a amizade e a integração. Segundo Abram (2000), nesse artigo: “Winnicott percorre tudo aquilo que será central e que será desenvolvido por ele até 1970” (p.57). Discorro sobre cada uma dessas funções, a seguir.

Agressão

A agressão é vista pela teoria winnicottiana como pertencente ao desenvolvimento emocional saudável. Safra (2015) nos dá um exemplo da criança que não tem um espaço para ser agressiva, que pode desenvolver, por consequência, um quadro de hipotonia muscular, tendo dificuldade de ter uma postura corporal ereta. A agressividade é diferente conforme o desenvolvimento emocional do bebê, ou conforme o estágio maturacional em que a pessoa se encontra. No primeiro momento, na dependência absoluta, o bebê não tem intenção de destruir ou machucar o mamilo, por exemplo, mas ele precisa dessa ação mais enérgica para poder sugar o leite. Para Winnicott (1950/1982), “na sua origem a agressividade é quase sinônimo de atividade” (p.356), é uma ação relacionada à vida e ao verdadeiro *self*. O autor complementa:

Ela [a criança] ainda não consegue reconhecer que o objeto destruído por sua excitação é o mesmo que ela valoriza nos intervalos tranquilos entre as excitações. Seu amor excitado inclui um ataque imaginário ao corpo da mãe. Aqui a agressão é uma parte do amor (p.357).

Quando a agressão não é vivenciada nesse estágio maturacional, Winnicott acredita que o bebê seria prejudicado na capacidade de amar e de se relacionar com os objetos. Podemos observar isso no caso descrito anteriormente em que a menina só conseguiu brincar depois de morder fortemente o dedo do terapeuta. Provavelmente, essa menina não estava sentindo confiança no ambiente original para mostrar a sua agressividade.

No segundo momento, na dependência relativa, por estar mais integrado, o bebê começa a se preocupar com os resultados da agressividade e é capaz de sentir culpa devido ao dano que proporcionou à

pessoa amada durante o momento de excitação.

No terceiro momento, rumo à independência, o bebê, além de se preocupar com as consequências na mãe, também se inquieta com os próprios sentimentos. Dessa forma, esse momento tem início quando o bebê diferencia o eu do não-eu, o que está dentro de si do que é externo, o real e as fantasias. Nesse estágio, quando ele faz algo bom, sente-se bem e confiante. Porém, quando age com raiva, de uma forma agressiva, sendo essa recebida de uma forma violenta pelo meio, ele torna-se mau e/ou tem pensamentos persecutórios. Esse é um estágio que se prolonga para o resto da vida.

No caso descrito da menina com distúrbio alimentar, Winnicott (1941/1982) oferece um espaço em que ela sente confiança para mostrar-lhe a agressividade. Além de prover um ambiente acolhedor, Winnicott não age com agressividade ou de uma forma raivosa sobre o ataque da menina. Esse comportamento dele permitiu que ela apresentasse um brincar saudável. Winnicott (1942/1971) relata que, quando a criança demonstra agressividade no espaço da brincadeira e o meio aceita esse comportamento como sendo apenas um jogo, ela pode aprender a identificar como ela se sente, compreender e lidar com os impulsos agressivos. Dessa forma, ela não agirá com excesso de raiva em outros momentos, pois terá extravasado no momento saudável e seguro da brincadeira. Portanto, é importante oferecer oportunidade para a criança exprimir a agressividade por meio do brincar.

Ansiedade

A ansiedade sempre aparece no momento da brincadeira. Quando se torna excessiva, o brincar surge de forma compulsiva e repetitiva ou ocorre uma busca exagerada de prazeres. Como vimos no caso do jogo da espátula, a criança, ao demonstrar tristeza e compulsão, denotou um estado de ansiedade excessiva e não se mostrou capaz de brincar como uma experiência de *self* Segundo Winnicott (1942/1971).

Experiência do *Self* e a criatividade

É comum ver criança inventar brincadeiras quando não tem o que fazer. Ela se aproveita de qualquer objeto, usa a imaginação e faz dele um avião, uma boneca, o que lhe possa interessar, por exemplo. Ela sente prazer no brincar que é uma experiência do *self* :

A criança adquire experiência brincando. A brincadeira é uma parcela importante da sua vida. As experiências tanto externas quanto internas podem ser férteis para o adulto, mas para a criança essa riqueza encontra-se principalmente na brincadeira e na fantasia. Tal como as personalidades dos adultos se desenvolvem através de suas experiências da vida, assim as das crianças evoluem por intermédio de suas próprias brincadeiras e das invenções de brincadeiras feitas por outras crianças e por adultos. Ao enriquecerem-se, as crianças ampliam gradualmente sua capacidade de exagerar a riqueza do mundo externamente real. A brincadeira é a prova evidente e constante da capacidade criadora, que quer dizer vivência (Winnicott, 1942/1971, p.163).

Ao brincar, a criança pode ser ela mesma, ter uma personalidade integral, sem bloqueios. É o caso da menina citada anteriormente, que depois de ela demonstrar a agressividade, pôde vivenciar prazer no jogo da espátula, tornando o brincar uma experiência. O brincar é também uma forma para vivenciar a criatividade e buscar o eu (*self*), o verdadeiro *self*. A criatividade fornece ao sujeito o sentimento de que a vida vale a pena ser vivida. Winnicott afirma que todos os seres humanos são criativos, sendo esta, portanto, uma característica universal e define o impulso criativo da seguinte forma:

O impulso criativo, portanto, é algo que pode ser considerado como uma coisa em si, algo naturalmente necessário a um artista na produção de uma obra de arte, mas também algo que se faz presente quando *qualquer* pessoa – bebê, criança, adolescente, adulto ou velho – se inclina de maneira saudável para algo ou realiza deliberadamente alguma coisa, desde uma sujeira com fezes ou o prolongar do ato de chorar com fruição de um som musical. Está presente tanto no viver momento a momento de uma criança retardada que frui o respirar, como na inspiração de um arquiteto ao descobrir subitamente o que deseja construir, e pensa em termos de material a ser utilizado, de modo que seu impulso criativo possa tomar forma e o mundo seja testemunha dele (Winnicott, 1971/1975, p.100).

O autor acredita que é inconcebível a destruição completa da capacidade de ser criativo. Porém, há casos em que tudo que é real, pessoal, original e criativo permanece oculto e faz com que o indivíduo não se importe

de viver ou morrer. Nesse momento, a pessoa precisaria de um espaço especializado, de um terapeuta, ou de um amigo em quem confie, que permita ser ela mesma e ter a comunicação (indireta) do brincar reverberada. Dessa forma, o indivíduo se expressaria com o verdadeiro *self*, sendo ele mesmo, sem se utilizar das defesas contra a ansiedade ou do falso *self*.

Amizade

A capacidade de fazer amizades começa com o relacionamento mãe-bebê. Winnicott (1958/1983) considera esse relacionamento “o substrato de que a amizade é feita” (p.35). Assim,

No início, a criança brinca sozinha com a mãe; as outras crianças não são imediatamente procuradas como companheiras. É em grande parte através da brincadeira, em que as demais crianças são ajustadas a determinados papéis preconcebidos, que uma criança começa a permitir às outras que tenham uma existência independente (...) A brincadeira fornece uma organização para a iniciação de relações emocionais e assim propicia o desenvolvimento de contatos sociais (Winnicott,1942/1971, p.163).

Quando se observa criança pequena brincar, por exemplo no parquinho, na maioria das vezes, ela brinca sozinha. Mesmo que seja incentivada a dividir os brinquedos ou a brincar compartilhado, ela não o faz, pois ainda não tem capacidade para fazê-lo. Fazer amizade faz parte do desenvolvimento emocional, é necessário perceber o outro para poder se relacionar. A brincadeira ajuda a criança a se inserir em um ciclo social, portanto, a criança que não brinca tem dificuldade de fazer e manter amizade. A amizade e os relacionamentos sociais fazem parte do estágio maturacional rumo à independência.

Integração

Winnicott (1942/1971) afirma que a brincadeira tende a unificar e integrar a personalidade, pois ela relaciona dois aspectos: o funcionamento físico e a vivência das ideias. Ela serve de elo entre as realidades interior e exterior.

Dessa forma, a criança que não integrou a realidade interior com a exterior e que não liga a função corporal com as ideias tem dificuldade para

brincar. Winnicott (1942/1971) conclui: “uma criança com uma tão grave cisão da personalidade não pode brincar, pelo menos, em formas reconhecíveis, por parte dos outros, como relacionadas com o mundo” (p.164). Isso acontece quando a criança vive a realidade interior e não partilha com a realidade exterior. Pode-se observar esse comportamento nas crianças com características autísticas.

Portanto, o bebê começa com um brincar rudimentar, quando não está em um estado integrado da personalidade, e desenvolve o brincar ainda mais criativo a partir do processo maturacional e da integração da personalidade.

2.3 O DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO NO BRINCAR

O desenvolvimento do brincar está vinculado ao amadurecimento psíquico da criança, como veremos a seguir.

2.3.1 - O brincar na dependência absoluta

Nesse estágio, o bebê e o objeto ainda estão fundidos um no outro. A mãe introduz o bebê na brincadeira quando torna concreto aquilo que ele está pronto para encontrar. O primeiro objeto que ela disponibiliza para o filho criar é o seio.

No texto “Pormenores da alimentação do bebê pela mãe”, Winnicott (1965/1971a) descreve sobre a amamentação suficientemente boa. Ele afirma que a mãe se coloca disponível para o seu bebê, oferecendo todo conforto possível, organizando um cenário calmo para a amamentação ocorrer. Ela deixa as mãos dele livres para que possa sentir a textura e o calor da pele, e o rosto dele encostado no seio. Ela não coloca seu mamilo na boca do bebê imediatamente, mas ela espera ele se ambientar: “Mais cedo ou mais tarde haverá um contato entre o mamilo materno e a boca do bebê. Não interessa o que exatamente acontece” (p.51). Esse momento é de prazer para a criança. Se tudo se passa bem, segundo Winnicott, o bebê tem a sensação de que tem algo fora da boca que valha a pena procurar. Nesse instante sua saliva do bebê começa a escorrer e em algum momento ele vai gostar de a engolir.

A mãe aos poucos capacita o bebê a imaginar o que ela tem para oferecer, quando o bebê leva o mamilo para a boca e o morde e por ventura pode até chupá-lo, segundo Winnicott (1965/1971a). O bebê pode dar uma pausa e o soltar o mamilo, perde o interesse pelo seio, momentaneamente. A mãe aguarda e respeita o movimento da criança, não empurrando de volta o mamilo na boca dele. Depois de um tempo, o bebê volta a ter interesse e a mãe está exatamente ali onde ele a deixou e a operação se repete diversas vezes. “O bebê mama não uma coisa que contém leite, mas de uma propriedade pessoal cedida por momentos a uma pessoa que sabe o que tem a fazer com ela” (p.52).

Como descrito, o bebê tem a sensação de que algo seria encontrado e, de repente, sem saber bem o que, o seio aparece e, no momento que ele dá uma pausa, o seio desapareceu. O filho tem a ilusão de onipotência pois sente que ele criou o objeto externo, o seio. Esse é o chamado gesto criador que faz possível o acontecer do *self*, como descrito no capítulo anterior por Safran (1999). Winnicott (1990) relata sobre a criatividade como sendo um potencial de todo bebê. E, nesse momento, descrito como primeira mamada teórica, a criatividade se faz presente. “Aquilo que o bebê cria depende em grande parte daquilo que é apresentado no momento da criatividade, pela mãe que se adapta ativamente às necessidades do bebê” (p.131). Essa experiência torna o bebê confiante no meio e o capacita a criar o espaço potencial, como descrevo à diante.

Observa-se que na primeira mamada teórica descrita há pouco, o bebê passa pelo momento de hesitação, mostra o desejo pelo seio por meio da saliva e se “desinteressa” pelo seio para depois retomar o interesse. Essas fases foram descritas por Winnicott (1941) no jogo da espátula, como descritas anteriormente. E assim como a criança brinca com a espátula, aqui o bebê vai brincar com o seio. É claro que o interagir com o seio é anterior ao jogo da espátula, o que gostaria de fazer aqui é uma compreensão teórica do que acontece com o bebê ao ser amamentado e a forma com que se desenvolve o psiquismo a partir dessa experiência que também pode ser um brincar.

Nesse momento do desenvolvimento psíquico, o bebê é muito sensível à sensações. Para Safra (2015) “o bebê vive mergulhado em sinestésias, sons, temperaturas, cores e cheiros” (p.39). É quando também o bebê começa a ter experiências com o seu próprio corpo, brinca com as perninhas, pezinhos, mãos e às vezes se diverte com a própria saliva. Além de se entreter com os sons que produz. Essas brincadeira sensoriais vão permitindo que ele entre em contato com o próprio corpo, ajudando-o a se integrar e a vivenciar a personalização, a diferenciar o seu corpo do corpo da mãe. É portanto uma experiência do *self*. Esse brincar se diferencia do brincar autista que é também sensorial, mas se torna uma defesa do *self* contra as angústias impensáveis e não uma experiência do *self*, como veremos no decorrer desse estudo.

A maturação desse brincar ainda rudimentar é descrito por Winnicott (1969/2007) da seguinte forma: *“instalado para mamar, o bebê olha para o rosto da mãe se levantar, de maneira que, de brinquedo, ele está amamentando a mãe por meio de um dedo que coloca na sua boca”* (p.198, grifo do autor). Portanto, o brincar do estágio da dependência absoluta vai da ilusão criativa originária, resultante do encontro entre a criatividade primária do bebê e a devoção da mãe, ao brincar com o seio e o interagir com a mãe e o brincar sensorial.

2.3.2 O brincar na dependência relativa

Quando o bebê está um pouco mais integrado, uma brincadeira que é muito comum é a de esconde-esconde. A mãe esconde o rosto e, em frações de segundos, ela se mostra e diz: “Achou”. Normalmente o bebê reage com uma grande gargalhada. Esse é um exemplo de quando a mãe se põe à disposição para ser encontrada pelo bebê e ele se percebe, aos poucos, diferente dela. A mãe lhe transmite confiança, sendo possível alargar o espaço potencial, e quando sai da visão do bebê, permanece viva no espaço potencial, o que é justamente o que possibilita o desenvolvimento do que Winnicott chama de fenômenos transicionais.

Do mesmo modo, o bebê começa a ter prazer em se esconder e ser

encontrado pela mãe. Podemos pensar aqui na alegria do *self* de estar escondido, mas ao mesmo tempo ser encontrado (Winnicott 1963/1983c). Essas brincadeiras, que expressam a crescente capacidade de separar eu e não-eu, são ilustrativas das conquistas do estágio da dependência relativa.

Nessa fase também o bebê repudia o objeto e o aceita quando a mãe o oferece novamente, assim como descrito por Winnicott no jogo da espátula. O bebê é dependente da figura materna que se demonstra preparada para participar e devolver o objeto abandonado. Para Winnicott (1971/1975), “a confiança na mãe cria aqui um *playground* intermediário, onde a ideia da magia se origina, visto que o bebê, até certo ponto, *experimenta* onipotência” (p.71). Ele se sente muito poderoso ao perceber que o objeto lhe é sempre devolvido. Por meio dessa brincadeira, a mãe vai preparando a criança para o processo de desilusão.

Para entender o brincar no estágio da dependência relativa, é importante entender a transicionalidade, pois o fenômeno transicional está diretamente vinculado ao brincar. A partir do momento que a criança se utiliza desse fenômeno, ela é capaz de usar a imaginação e brincar de faz de conta, mesmo que ela ainda não seja capaz de falar. “Ao observarmos o uso, pela criança, de um objeto transicional, a primeira possessão não-eu, estamos assistindo tanto ao primeiro uso de um símbolo pela criança quanto a primeira experiência da brincadeira” (Winnicott, 1971/1975, p.134). O psicanalista se refere à primeira experiência de brincadeira, porém, como relatado, essa primeira experiência é anterior ao fenômeno transicional, mas pode ser compreendido como a primeira brincadeira de imaginação. O uso do fenômeno transicional é uma conquista, pela qual a criança deve ser capaz de estar sozinha na presença do outro para poder criá-lo.

Winnicott (1958/1983) nos apresenta mais um paradoxo de sua teoria nesse estágio maturacional: a criança que é capaz de ficar sozinha na presença do outro. A criança só se torna apta de ficar sozinha se em um momento precoce da vida ela teve o ego da mãe para sustenta-la, quando o bebê vivenciava o período de ilusão de onipotência. Caso ele viva suficientemente essa fase, poderá ficar só na presença do outro. Assim, o

autor explica:

Estar só na presença de alguém pode ocorrer num estágio bem precoce, quando a imaturidade do ego é naturalmente compensada pelo apoio do ego da mãe. À medida que o tempo passa, o indivíduo introjeta o ego auxiliar da mãe, e dessa maneira se torna capaz de ficar só, sem apoio frequente da mãe ou de um símbolo da mãe (p.34).

Portanto, o ego da mãe é importante no primeiro momento, sendo cada vez menos necessário conforme o desenvolvimento da criança. Além disso, estar só na presença de alguém é uma conquista do desenvolvimento psíquico do bebê. Para Winnicott (1958/1983), a capacidade de estar só é um fenômeno altamente sofisticado e leva em consideração a aquisição do espaço potencial, a confiança no meio e a possibilidade de a criança entrar em contato com sentimentos primários. Ambos são devidos à adequada função da mãe suficientemente boa, que permite o bebê estar só, brincar sozinho com a supervisão do responsável.

A criança está brincando agora com base na suposição de que a pessoa a quem ama e que, portanto, é digna de confiança e lhe dá segurança, está disponível e permanece disponível quando é lembrada, após ter sido esquecida. Essa pessoa é sentida como se refletisse de volta o que acontece no brincar (Winnicott, 1971/1975, p.70).

É por meio de estar só na presença do outro que a criança pode descobrir sua vida pessoal própria, pois é quando ela pode criar formas para viver o desamparo. Para Winnicott, (1958/1983) “É somente quando só (isto é, na presença de alguém) que a criança pode descobrir sua vida pessoal própria. A alternativa patológica é a vida falsa fundamentada em reações a estímulos externos” (p. 35). A capacidade de estar só, também, habilita a criança a fazer e manter as amizades, pois é preciso reter o amigo na mente e reconhecer a separação do mesmo, além disso, introduz o uso do fenômeno transicional.

O uso do fenômeno e do objeto transicional começa na fase da dependência absoluta, mas é na dependência relativa, pela distinção do eu e do não-eu que ele terá maior evidência. Para Abram (2000), “Ao dar início à divisão entre eu e não-eu, abandonando o estágio da dependência absoluta para ingressar no estágio da dependência relativa, o bebê faz uso do objeto transicional” (p.235). Fulgêncio (2008) complementa que o objeto representa

uma transição, entre o bebê estar fundido com a mãe para um estado em que ele se relaciona com ela como um objeto externo a ele. Winnicott (1971/1975) descreve:

Introduzi os termos 'objetos transicionais' e 'fenômenos transicionais' para designar a área intermediária de experiência, entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, entre a atividade criativa primária e a projeção do que já foi introjetado, entre o desconhecimento primário de dívida e o reconhecimento desta ('Diga: "bigado" ') (p.14).

O objeto e o fenômeno transicional são muito mais do que esse período de tempo entre os estágios de dependência absoluta e a dependência relativa. O objeto e o fenômeno transicional são um outro paradoxo da teoria winnicottiana, pois eles não fazem parte nem do interior e nem do exterior, e sim de uma área transitória que forma a terceira parte. Isso corresponde ao que Safra (2006) denominou de "estar em transito" no sentido de travessia de um estado de imaginação para perceber a realidade de uma outra maneira.

O objeto transicional é a primeira possessão não-eu do bebê. Pode ser qualquer objeto, melodia ou maneirismo que o bebê escolha. Na maioria das vezes, esses objetos são macios. O nome quem escolhe é o bebê quando começa a usar alguns sons organizados. O bebê usa o objeto como quiser: pode amá-lo ou mutilá-lo. Cabe ao objeto sobreviver aos ataques de agressão e "deve parecer ao bebê que lhe dá calor, ou que se move, ou que possui textura, ou que faça algo que pareça mostrar que tem vitalidade ou realidade próprias" (Winnicott, 1971/1975, p. 18). A criança se utiliza da ação espontânea e do gesto criativo para criar esse objeto. Ele não pode ser dado para a criança, mas o ambiente pode dar a ela condições para essa criação ocorrer. Safra (2015) acrescenta:

Quando uma criança elege um objeto transicional, ela toma um pedaço do mundo e o posiciona na ordem das coisas de maneira distinta e pessoal. Uma fralda deixa de ser o objeto utilizado pela mãe em seus cuidados com o bebê para adquirir um novo lugar: ser um objeto pessoal da criança. Isso significa que a criança dá início a um processo de desconstrução do mundo, para reconstruí-lo posteriormente. É um processo que, na verdade, perdura a vida toda (p.94).

A criança passa a ter controle físico do objeto, pois esse é percebido, diferente do objeto que outrora fazia parte da ilusão de onipotência. O objeto

transicional inicia o bebê no uso do símbolo. Normalmente, os objetos transicionais são usados na hora de ir dormir, em momentos de solidão ou de ansiedade, pela criança, transmitindo-lhe segurança e conforto. Caso esse objeto seja modificado, pode destruir o seu significado e o seu valor. Sabendo disso, a mãe evita lavá-lo deixando-o mal-cheiroso e sujo, permitindo que seja apenas mudado pelo bebê. Além disso, o bebê recorre ao fenômeno transicional quando está triste ou ansioso.

O bebê começa a usar o objeto e o fenômeno transicional devido a desilusão provocada pela mãe. No estágio da dependência absoluta, a mãe ilude o bebê fazendo-o acreditar que tudo é criado por ele. “A mãe coloca o seio real exatamente onde o bebê está pronto para criá-lo, e no momento exato” (Winnicott, 1971/1975, p.26). No estágio da dependência relativa, a mãe vai aos poucos se desadaptando do bebê e conseqüentemente provocando falhas nessa relação. As falhas aqui são constitutivas e geram desenvolvimento, quando acontecem na medida em que o bebê pode suportá-las sem angústia excessiva. Quando age assim, a mãe desilude o bebê e o leva a construir a ideia de que o seio não é ele, o que permite que os objetos passem a ser percebidos como reais – uma realidade não-eu. Nessa transição, o bebê começa a se utilizar do objeto transicional, o qual funciona como um consolo para o bebê na ausência da mãe. Winnicott (1971/1975, p.135) explica que o objeto transicional:

Constitui um símbolo da união do bebê e da mãe e que pode ser localizado no lugar, no espaço e no tempo, onde e quando a mãe se acha em transição de (na mente do bebê) ser fundida ao bebê e, alternativamente, ser experimentada como um objeto a ser percebido. Assim, o *uso de um objeto simboliza a união de duas coisas agora separadas, bebê e mãe, no ponto, no tempo e no espaço, do início de seu estado de separação* (p.135, itálico do autor).

Nessa fase, o bebê precisa da mãe suficientemente boa para poder mediar o tempo de separação entre eles, principalmente no início do uso do objeto transicional. Quando a mãe está em transição, o bebê utiliza do objeto transicional para se acalmar. Porém, se a mãe passa um tempo a mais do que o bebê possa mantê-la viva na imaginação, ele pode perder a capacidade de utilizar o objeto transicional como símbolo de união.

O objeto transicional faz parte do exterior, segundo os adultos, mas

não para o bebê. Também não se origina do interior. Esse objeto, assim como o fenômeno transicional, pertence a uma área intermediária entre o subjetivo e o que é percebido objetivamente. Winnicott (1971/1975) afirma ainda que nessa área intermediária é onde ocorre a maior parte da experiência do bebê.

O objeto transicional gradativamente perde a importância; a criança saudável já não precisa mais recorrer a ele nos momentos de angústia e de tristeza, pois ela cria outros recursos para lidar com esses sentimentos. Porém, o destino do objeto transicional pode se tornar não saudável. O autor complementa:

Nesse ponto, meu tema se amplia para o do brincar, da criatividade e apreciação artística, do sentimento religioso, do sonhar, e também do fetichismo, do mentir e do furto, a origem e a perda do sentimento afetivo, o vício em drogas, o talismã dos rituais obsessivos, etc. (Winnicott, 1971/1975, p.19).

Winnicott (1971/1975) conta um exemplo de uma patologia manifestada na área dos fenômenos transicionais. O caso é de um menino que na época tinha sete anos de idade, encaminhado devido a um distúrbio de caráter. A mãe do menino possuía um quadro depressivo e ele foi afastado dela por três vezes: na primeira, ele tinha três anos e três meses, quando a mãe foi hospitalizada para ter um bebê; a segunda ocorreu aos três anos e onze meses, quando a mãe fez uma operação; e na terceira o menino tinha quatro anos e nove meses, pois a mãe passou dois meses em um hospital psiquiátrico. Nesse período, o menino desenvolveu alguns sintomas, tais como: compulsão a lambear coisas e pessoas, fazer ruídos compulsivos com a garganta, dificuldade de evacuar e quando o fazia sujava tudo.

Winnicott, para avaliar o menino, fez um jogo do rabisco com ele. Na ocasião o analista percebeu uma preocupação da criança por cordões. Os pais confirmaram esse interesse do menino e afirmaram que ele era obcecado por tudo o que dizia respeito a cordão. Eles normalmente encontravam em uma sala cadeiras e mesas amarradas pelo menino e se depararam uma vez com a irmã, pelo qual o nascimento provocou a primeira separação, com um cordão em torno do pescoço. Winnicott interpretou esse

movimento do menino de temor de separação, negando-a por meio do uso de cordões. Além disso, o cordão, sendo utilizado de uma forma exagerada, decorrer dos sentimentos de insegurança de um período primitivo, representando, dessa forma, uma negação da separação, pois esse menino não conseguiu utilizar o objeto transicional como símbolo da mãe por um período tão longo, quanto foi a ausência real dela.

Esse menino não foi analisado por Winnicott, haja vista a família morar longe e não poder trazê-lo às consultas. Porém, o analista manteve contato com a família e teve notícias de quando esse garoto se tornou adolescente, havendo desenvolvido novos vícios, especialmente uso drogas, além do fato de não conseguir viver afastado da mãe.

2.3.3 - O brincar no estágio rumo à independência

Nesse momento, a criança prepara-se para o brincar em conjunto em um relacionamento e ter experiências culturais, quando tudo ocorre bem no desenvolvimento. A mãe quando brinca com a criança, começa a introduzir a sua forma de brincar, regras, seus próprios desejos ou descontentamentos. Se for no jogo de competição, a criança pode perder ou ganhar, e ela já consegue minimamente lidar com as frustrações. Dessa forma, a mãe prepara a criança para o brincar em um relacionamento.

O brincar compartilhado e a experiência cultural estão ligados ao estágio maturacional rumo à independência. Nesse estágio, cada vez mais a criança se torna, capaz de enfrentar o mundo e as complexidades inseridas nele. As relações deixam de ser apenas familiar e passam a se expandir para a escola e para outros meios sociais. Winnicott afirma que ela vai se identificando com a sociedade e adquire uma certa independência para viver uma existência satisfatória. A brincadeira facilita a iniciação das relações sociais, desenvolvendo, dessa forma, os contatos sociais e as amizades.

No texto “O lugar em que vivemos”, Winnicott (1971/1975) afirma que a zona intermediária é “onde permanecemos a maior parte do tempo enquanto experimentamos a vida” (p.145). Ele cita alguns exemplos, tais como: quando se escuta uma sinfonia ou se joga tênis ou quando se visita

uma galeria de arte. Além disso, é onde as crianças vão quando estão brincando sozinhas e onde os adolescentes vão quando participam de um concerto de música popular. Dessa forma, o autor divide os estados humanos em três: a realidade externa, a realidade psíquica interna e a terceira maneira de viver, onde acontece a experiência cultural e o brincar criativo. Nesse momento, Winnicott não se referindo ao fenômeno transicional e, sim, ao espaço potencial. O autor não deixa clara a diferença entre o fenômeno transicional e o espaço potencial. Na citação Abram (2000), o espaço potencial e o fenômeno transicional parecem se apresentar como sinônimos:

O conceito de fenômeno transicional diz respeito a uma dimensão do viver que não depende nem da realidade interna, nem da realidade externa; mais propriamente, é o espaço em que ambas as realidades encontram-se e separam o interior do exterior. Winnicott emprega diferentes termos para referir-se a essa dimensão – terceira área, área intermediária, espaço potencial, local de repouso e localização da experiência cultural (p. 253).

Porém, Safra (2015) diferencia o conceito de espaço potencial do de espaço transicional da seguinte forma:

Considero importante a discriminação entre espaço potencial e espaço transicional. Compreendo espaço potencial como o fenômeno que aparece após a experiência de desilusão. A ilusão é substituída pela capacidade de sonhar. O vazio deixado pela ausência do outro é habitado pela capacidade de criar sonhos. Abre-se o espaço potencial. O espaço transicional é fruto de um processo aperceptivo do espaço físico. O fenômeno transicional sempre aparece na dimensão sensorial (p. 85).

Nesta dissertação, trabalho com a ideia de Safra que diferencia o espaço transicional e o espaço potencial. Winnicott (1971/1975) descreveu sobre o desinvestimento do fenômeno transicional e o espaço potencial não ter fim, permanecendo por toda a vida. Godoy (2007) afirma que o espaço potencial perdura durante toda a vida, sendo esse uma outra abordagem dos fenômenos relacionados com a transicionalidade. O espaço potencial aparece, para Safra (2015), na época da desilusão. Porém, pode-se compreender também que ele foi sendo constituído desde a primeira mamada teórica e se alarga com a desilusão, o que possibilita o surgimento dos objetos e fenômenos transicionais. Safra (2015) complementa, dizendo que o espaço potencial:

É decorrente da capacidade da criança de lidar com a separação de sua

mãe, pois a confiança e o senso de si mesmo foram estabelecidos. É o campo que pode ser preenchido pelo indivíduo com o brincar e com experiências culturais (p. 66).

Podemos compreender assim que o espaço potencial é preenchido e encarnado nos fenômenos transicionais. Winnicott (1971/1975) afirma que a base do espaço potencial é criada por meio da confiança que a mãe transmite ao bebê durante o período da diferenciação eu/não-eu e o estabelecimento do *self*. Winnicott explica que essa confiança se torna possível quando a mãe se adapta às necessidades do bebê, preparando-o para a separação dela. Dessa forma, espaço potencial é o vazio ocupado pela confiança que surge na mãe e que assim permite essa separação, sendo que é preenchido por meio do brincar e da experiência cultural. Portanto, o espaço potencial para existir não depende de uma tendência herdada e, sim, de experiências do viver, sendo importante colocar a criança em contato com os elementos da herança cultural, de acordo com a idade e a capacidade de ela compreender. É no espaço potencial que a brincadeira e a experiência cultural acontecem.

A fim de dar um lugar ao brincar, postulei a existência de um *espaço potencial* entre o bebê e a mãe. Esse espaço varia bastante segundo as experiências de vida do bebê em relação à mãe ou figura materna, e eu contraste esse espaço potencial (*a*) com o mundo interno (relacionado à parceria psicossomática), e (*b*) com a realidade concreta ou externa (que possui suas próprias dimensões e pode ser estudada objetivamente, e que, muito possa parecer variar, segundo o estado do indivíduo que está observando, na verdade permanece constante (p. 63).

Winnicott usa o termo experiência cultural como uma ampliação da ideia dos fenômenos transicionais e da brincadeira. Leva em consideração a cultura como a tradição herdada em que o sujeito pode contribuir e usufruir desse sistema. Refere-se à experiência cultural como uma conquista, baseado na confiança entre mãe e bebê, bebê e família, criança e meio cultural. Ele descreve assim:

Todo objeto é um objeto 'descoberto'. Dada a oportunidade, o bebê começa a viver criativamente e a utilizar objetos reais, para neles e com eles ser criativo. Se o bebê não receber essa oportunidade, então não existirá área em que possa brincar, ou ter experiência cultural, disso decorrendo que existirão vínculos com a herança cultural, nem contribuição para o fundo cultural (1971/1975, p. 141).

A criança privada da confiança da mãe e que não conseguiu

desenvolver o espaço potencial, segundo Winnicott (1971/1975), poderá se tornar uma criança inquieta e incapaz de brincar e também pode apresentar uma capacidade empobrecida na experiência no campo cultural, como veremos a seguir.

2.4 QUANDO O BRINCAR IMAGINATIVO NÃO É POSSÍVEL

Como exposto, o brincar, descrito por Safra (2006), é importante para o desenvolvimento do devir, o sentimento de esperança e criar sentido. Para Winnicott, o brincar é responsável pelo processo de integração, experiência do *self*, é a única forma de expressar a criatividade, além de possibilitar fazer amizades. O brincar imaginativo é uma conquista do desenvolvimento, se tudo ocorre bem, o natural é o brincar.

Portanto, quando há uma falha no desenvolvimento, algumas crianças apresentam um brincar não transicional, sem imaginação, sem troca com outras pessoas, um brincar apenas sensorial, angustiado e/ou mecânico. Não é o fato da criança estar mexendo com um brinquedo que ela esteja brincando, Safra (2006) afirma. Esse objeto pode ter se tornado importante para ela por conta da sensorialidade. Por exemplo, quando uma criança desliza um carrinho pelo chão, ela pode estar utilizando esse movimento não como brincar próprio do devir, mas por conta da sensação que esse movimento produz.

Muitas crianças que estiveram excessivamente sozinhas utilizam o brinquedo como uma forma de experimentar a continuidade de si mesmas e de se acompanhar. Esses brinquedos são importantes porque oferecem à criança a experiência de corporeidade e de presença, decorrente das suas formas sensoriais. Nesses casos, os brinquedos não são ainda verdadeiramente símbolos (Safra, 2006, p. 17).

Recebi uma vez em meu consultório uma criança que sempre portava um objeto, algumas vezes era um garfo, outras um pregador ou o prendedor do cabelo da mãe. Esse objeto não saía da mão dessa criança, ela apenas o segurava. Percebi que ela não utilizava o objeto com a função transicional e sim como um objeto autístico. Além disso, ela apresentava um brincar rudimentar, um não pertencente à categoria do imaginativa, um brincar autístico.

Frances Tustin foi a psicanalista britânica que mais produziu sobre o autismo na psicanálise, segundo Cavalcanti & Rocha (2007). Tustin tem uma ideia similar ao do Winnicott sobre o desenvolvimento do autismo. Para ela, o autismo é: “uma parada no desenvolvimento psicológico, que se tornou intensamente rígido, numa fase muito primitiva, ou de uma regressão a tal fase” (Tustin, 1975, p.9). Essa autora se refere a um paradoxo: afirma que uma criança autista tem o interesse voltado para ela mesma, porém não se dá conta de o que ser ela mesma significa. Além disso, ela considera que a criança autista não tem contato com a realidade.

Porém, Tustin (1975) discorda de Winnicott quanto a o início do uso do objeto transicional. Para ele, esse uso “abrange ampla variação numa sequência de eventos que começa com as primeiras atividades do punho na boca” (p.14). E, para Tustin (1971/1975), primeiro veio o objeto autístico, sendo esse parte do desenvolvimento dito normal, e depois vem o objeto transicional. Portanto, ela subdivide o objeto transicional descrito por Winnicott em duas partes: o objeto autístico, quando a criança se utiliza da parte do seu próprio corpo sem caráter imaginativo, e o objeto transicional, como descrito pelo psicanalista. Assim, ela escreve: “Chamo de objeto autístico, em sentido lato, todo aquele que é completado experimentado como “eu”, sendo que, para Winnicott, o objeto experimentado como “eu” seria o objeto subjetivo e de objeto transicional aquele que conjuga em si um misto de “eu” e “não-eu” (Tustin, 1975, p.75).

A caracterização do objeto autístico seria feita da seguinte forma: (a) são partes do corpo da própria criança ou (b) partes do mundo externo, por ela experimentadas como partes de si mesma. Para a autora, o uso do objeto autístico é normal, pois é uma forma de a criança descobrir o seu próprio corpo; é quando o bebê descobre as mãozinhas e brinca com a própria saliva, uma fase de preparação para o uso do objeto transicional. Podemos ver isso com uma certa frequência nas crianças que ficam segurando um objeto com uma mão e interagem com outro com a outra mão, e quando tentamos tirar o objeto com o qual não está interagindo, ele chora, como se tivessem tirando uma parte do corpo dele.

O objeto autístico torna-se patológico quando a criança se mantém fixada nele e não se desenvolve. Esse objeto a impede de desenvolver outros

meios de proteção e de entrar em contato com pessoas que tornassem possível superar os seus medos. Além disso, para Tustin (1990), esses objetos impedem o desenvolvimento de pensamentos, memórias e imaginações, pois “mantém-se presa em um estado de isolamento assediado por terrores fantásticos sem um meio autêntico para aliviá-los e modificá-los” (p. 90), o que ocorre, segundo a autora, quando o sentimento de onipotência é perdido cedo demais. E, por isso, o bebê usa o objeto autístico anormal como uma defesa.

A função desses objetos, portanto, seria a de: “impedir a percepção da separação física, (...) promover a ilusão de que os choques do mundo exterior são obstruídos. Uma das formas de fazer isso é focalizar a atenção em sensações físicas familiares e não no estranho mundo exterior do “não-eu” (Tustin, 1990, p.89). Essa psicanalista cita algumas características desses objetos, tais como: eles não serem usados para o que eles foram planejados, como no caso relatado anteriormente, quando o paciente não utilizava do garfo com o sentido de levar algo à boca; não são associados a uma fantasia; são utilizados de forma canalizada e repetitiva; a criança se utiliza desses objetos de uma forma promíscua, o garfo que o paciente portava poderia ser qualquer um, não necessariamente esse que ele tinha na mão, eles são descartados e substituídos por outro, sem problema; eles são em sua maioria objetos duros. Ademais, cita as seguintes atitudes, tais como: “chupar a própria língua ou parte de dentro das bochechas, contrair o ânus para reter as fezes, a fazer bolhas com a saliva ou a se agarrar – quase se colar – a um objeto externo de sua escolha” (Tustin, 1975, p.79).

O entendimento do uso do objeto autista pode ser expandido para o rodopiar de um objeto, o uso de estereotípias e de ecolalias. Essas, quando utilizadas, são como se fossem objetos físicos palpáveis (Tustin, 1990). As pessoas também podem ser usadas como um objeto autista. Isso acontece quando a criança deseja algo que não pode alcançar e se utiliza da mão e do braço de qualquer pessoa para conseguir o objeto. A criança não olha para essa pessoa e não leva em consideração se ela quer fazer isso, ou não, comportamentos percebidos em algumas crianças com características autistas.

Podemos inferir nesse entendimento o brincar autista, pois, por meio da manipulação de um brinquedo sensorial e do objeto autista, o brincar se torna autista. Nesse brincar, as trocas são raras e ele não é transicional e não há experiência criativa do *self* em expansão. Um exemplo disso está no livro “Dos sons à palavra”, de Tafuri (2003):

Maria corria pela sala sem explorar o ambiente e sem nos dirigir o olhar; tocava nos brinquedos com a ponta dos dedos, não os explorava, deixando-os cair de suas mãos como se escorressem. Aquela pequena criança era capaz de correr nas pontas dos pés sobre os brinquedos caídos no chão como se nada atrapalhasse o seu equilíbrio. O movimento das mãos era rápido e leve. Ela não exercia pressão sobre os objetos, não passava as mãos sobre eles e não os olhava diretamente (p. 28).

Voltando ao texto de Winnicott “A observação de bebês em uma situação pré estabelecida” (1941/1982), quando ele se refere às fases do brincar saudável, pode-se perceber que *Maria* não apresenta, nessa ocasião, as seguintes características no brincar: um movimento de hesitação, um medo ou um receio de pegar algum objeto, sabendo que esse foi o primeiro contato dela com a terapeuta; a falta de desejo ou interesse por algum objeto, não apresenta nenhuma relação com o que quer que seja, nem com pessoas, nem com objetos e, por isso, também não mostrou um jogo de interação com o objeto e a pessoa. Tustin (1975) explica esse fenômeno:

Certas crianças psicóticas mostram verdadeira obsessão pelos objetos mecânicos duros, por exemplo trens e carrinhos (...). Outras preferem colecioná-los; contudo o mais característico em ambos os casos, é que a criança não brinca com eles, como uma criança normal o faria, mas usa-os (psicologicamente) para repelir um sentimento de desastre (...). É muito frequente vê-las adormecerem com trem, por exemplo, quando uma criança normal dormiria, muito provavelmente, com um urso ou um objeto macio (p. 80).

Depois de algum tempo, essas crianças, vivenciando esse isolamento com as estereotípias, o uso do objeto e o brincar autista, passam a não mais ter suas subjetividades percebidas pelas pessoas ao redor. Stroh (citado por, Tustin, 1990) afirma que: “os pais são forçados a seguir o caminho autista da criança” (p. 93). E dessa forma entra-se em um ciclo vicioso em que os adultos não possibilitam uma relação genuína com a criança por não saberem lidar com esse isolamento, e ela se mantém isolada pelo meio não propiciar uma relação genuína.

A psicoterapia tem um papel importante para o desenvolvimento da criança em estado autístico, pois tem o objetivo de propiciar um espaço em que ela possa se desenvolver psiquicamente, sendo portanto capaz de passar do uso do objeto autístico para o uso do objeto transicional; desse para o brincar, do brincar para o brincar compartilhado para a experiência cultural. Descreverei com mais detalhes a importância da psicoterapia no próximo capítulo.

CAPÍTULO 3 - O LUGAR DO BRINCAR NA CLÍNICA PSICANALÍTICA WINNICOTTIANA

O encontro de duas personalidades assemelha-se ao encontro de duas substâncias químicas: se alguma reação ocorre, ambos sofrem uma transformação.
Carl Jung

Como dito no capítulo anterior, o brincar permeou toda a obra de Winnicott. Esse teórico generalizou o brincar para todo o desenvolvimento psíquico, mas foi no tratamento psicanalítico que observou os resultados desse brincar.

Quando trabalhou no Queen's Hospital for Children em Hackney, ele tentava aplicar o que tinha da sua própria análise aos casos das crianças atendidas por ele com doenças pediátricas (Winnicott, 1962). Em início dos anos 1930, ele por meio do seu analista Strachey, ele ficou sabendo sobre o trabalho de Melaine Klein. A análise infantil estava se desenvolvendo naquela época e ela era uma das grandes responsáveis. Klein considerava as brincadeiras das crianças análogas às livres associações dos adultos, e por isso, aplicou as técnicas psicanalíticas clássica ao tratamento delas, valorizando, portanto, as interpretações das brincadeiras e o simbolismo inconsciente. “Ela interpretou suas brincadeiras e construiu quadros reveladores e sem precedentes aos quais ela chamou de mundo interno da criança” (Phillips, 2006, p.30).

Melaine Klein tornou-se uma referência para Winnicott (1962), que afirma ter aprendido psicanálise com ela. Esse psicanalista fez supervisões dos casos dele com ela e Klein narrava alguns casos para ele. No começo, ele percebia as ideias dela parecidas com as dele, com que ele já havia descoberto. Progressivamente, o pensamento dele vinha se distanciando do dela. Assim, ele afirmou: “Acredito que meus pontos de vista começaram a se diferenciar dos seus e, de qualquer modo, achei que ela não tinha me incluído como kleiniano” (p. 161).

Assim, Winnicott não se tornou discípulo fiel de Klein, contudo, ela teve influência sobre o seu trabalho, tais como: “teorias sobre o desenvolvimento emocional primitivo e a importância da destrutividade da criança no processo seriam cruciais para Winnicott” (Phillips, 2006, p.31). Ele ainda utiliza algumas teorias dela da sua própria maneira: a importância do mundo interno e seus objetivos, o poder difundido e complexo das fantasias, a noção central da avidez primitiva (Phillips, 2006).

Além de Melaine Klein, havia uma outra estudiosa sobre a psicanálise infantil, Ana Freud. Esta, tal qual Winnicott, levava em consideração todas as pessoas envolvidas no sintoma da criança, diferente de Klein, que deixava os pais de fora do processo. Ana Freud acredita que a análise infantil deve começar não antes dos cinco anos. Além disso, considerava que a análise precisaria de uma fase preparatória, sendo essa pedagógica, com o objetivo de levar à criança compreender as perturbações internas, levá-la a ter confiança no analista, fazendo-a tomar por ela mesma a decisão de submeter-se à análise (Januário, 2012).

Winnicott não foi aliado nem à obra de Melaine Klein e nem a de Ana Freud, mas sim de um grupo intermediário (*MiddleGroup*). Esse emergiu dentro da Sociedade Psicanalítica Britânica e se comprometeu com o pluralismo, negava a ideia de heróis e contava com a colaboração de Masud Khan, Marion Miller, Peter Lomas e John Klauber, entre outros (Phillips, 2006). Eles produziam artigos teóricos referentes ao trabalho clínico e “quase não há prodígios fascinantes de interpretação ou inteligência, e a preocupação com o paciente é expressa sem ironia. A imaginação era um termo necessário em seu razoavelmente compartilhado vocabulário conceitual” (Phillips, 2006, p.33). Eles não se faziam superiores aos seus pacientes, respeitando a condição humana deles.

Seguindo a linha de pensamento do Grupo do Meio, Winnicott (1971/1975) traz em sua teoria um tratamento não exclusivamente interpretativo e certifica o brincar por si só terapêutico, universal e próprio da saúde. Valoriza, portanto, o brincar como uma coisa em si, sem a obrigação da interpretação. Winnicott fazia, por vezes, interpretações (vide caso Piggie, Winnicott, 1977). No entanto, a sua visão da interpretação é original, pois para ele a interpretação precisa chegar no momento em que o paciente

esteja pronto para criá-la. A interpretação é vista como uma maturação, uma interpretação transicional, pois Winnicott prefere que o próprio paciente chegue por ele mesmo a ter o entendimento ou que o analista a ofereça como um objeto a ser encontrado. Ele descreve a interpretação, sendo, muitas vezes, uma necessidade do analista. Assim, Winnicott (1968/2007) afirma: “Estarreço-me pensar quantas mudanças profundas impedi ou retardei em pacientes situados *em certa categoria classificatória* pela minha necessidade pessoal de interpretar” (p.171).

Dessa forma, Winnicott sugere ao analista esperar o paciente estar preparado para receber a interpretação e ter a compreensão real do conteúdo que o paciente traz. A interpretação pode se tornar uma doutrinação, caso aconteça fora do tempo do amadurecimento do paciente, podendo causar resistência e tornar o brincar submisso. Ao contrário disso, a interpretação, quando feita da forma correta, produz no analisando uma sensação de estar sendo fisicamente seguro, como se o analista embalasse “o paciente fisicamente no passado, ou seja, na época em que havia necessidade de estar no colo, quando o amor significava adaptação e cuidados físicos” (Winnicott, 1990, p. 80). Além disso, Winnicott (1971/1975) afirma que a interpretação só é eficaz se a criança é capaz de brincar, pois, ao contrário, poderia causar confusão, o que não seria útil.

Winnicott (1971/1975) descreve que a psicanálise se aproveitou do brincar natural para desenvolver uma forma especializada do brincar. Assim, o brincar já existia com toda a sua importância própria e a psicanálise se utilizou desse meio, como um meio de comunicação do inconsciente da criança, para avaliar o desenvolvimento infantil e intervir quando esse desenvolvimento não estiver saudável.

Para analisar se a personalidade da criança está se desenvolvendo bem, é importante observar a capacidade dela brincar, pois “Se uma criança estiver brincando, haverá lugar para um sintoma ou dois, e se ela gosta de brincar, tanto sozinha como na companhia de outras crianças, não há qualquer problema grave à vista” (Winnicott, 1965/1971b, p.147). Safra (2006) reitera que a maneira de a criança organizar, presentificar e compor a brincadeira pode oferecer pistas sobre como foi o seu passado, as angústias

relacionadas a sua história, se houve falha no ambiente ou se algo não está indo bem.

Um dos objetivos da psicoterapia winnicottiana, então, é “trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é” (Winnicott, 1971/1975, p.59, grifo do autor), pois, quando a criança brinca, ela está em contato com o seu verdadeiro *self*. Para Fulgêncio (2008), é importante no processo psicoterápico criar condições ambientais de adaptação e de comunicação para o paciente poder brincar; é uma ação construída entre ele e o analista. O brincar do analista é tão importante que Winnicott afirma que, se este não é capaz de brincar, ele não deverá ser analista de criança, em razão de o analista se colocar à disposição do analisando por meio do brincar.

Voltando ao texto “A observação de bebês em uma situação estabelecida” (Winnicott, 1941/1982), no caso da menina que não conseguia participar do jogo da espátula no primeiro dia de tratamento, Ab’Sáber (2005) afirma que Winnicott “busca permitir o gesto espontâneo, por vezes voraz e agressivo, necessário ao desenvolvimento pessoal do bebê” (p.142). E por meio dessa atitude Winnicott permitiu à criança demonstrar agressividade ao deixá-la morder o seu dedo, mesmo sendo algo dolorido. Ele não demonstrou raiva e a permitiu repetir o ato o quanto fosse necessário. Não se sabe ao certo o fato gerador desse comportamento e não foi necessária a interpretação do ato para a criança demonstrar rudimentos de um brincar na segunda sessão e na terceira sessão um brincar como experiência total.

Além do meio ambiente adequado, propiciado por Winnicott, a criança vivenciou um desenvolvimento completo de uma experiência que a transformou. Ela, segundo as ideias de Winnicott (1971/1975), relaxou por ter a sensação de confiança transmitida pelo terapeuta, teve uma atividade criativa quando brincava de morder e jogar fora a espátula e a soma dessas experiências formou a base do sentimento do eu (*self*). Nesse momento a criança começou a se divertir e ter confiança nela mesma. Winnicott (1941/1982) relata sobre a experiência:

(...) uma tal experiência não tem um poder apenas temporário de renovar a confiança: o efeito cumulativo de experiências felizes e de uma atmosfera estável e amistosa à volta de uma criança é o desenvolvimento de sua confiança nas pessoas e no mundo externo e de seu sentimento geral de

segurança. A crença da criança nas coisas e nos relacionamentos bons dentro de si mesma é também fortalecida (p.158).

São essas boas experiências que formarão pequenas integrações e posteriormente uma integração total, sendo esse um outro paradoxo winnicottiano, pois a integração nunca se conclui. A integração saudável é sempre relativa à fase de desenvolvimento em questão. As experiências de integração, quando não vivenciadas no ambiente natural da criança, podem se realizar no processo psicoterápico, como visto no relato da menina. O *setting* terapêutico torna-se o ambiente adequado para essas experiências acontecerem.

Segundo Masud Khan (2010), o *setting*, para Winnicott, assim como a formação da transferência, é baseado no modelo primário da relação mãe suficientemente boa e o seu bebê, privilegiando assim o contato do sujeito com a realidade compartilhada. Para isso, Winnicott desenvolveu um “modelo genuinamente colaborativo de tratamento psicanalítico em que o analista cria um *setting* que também possibilita a autointerpretação pelo paciente” (p. 35), assim como apresentado anteriormente. Para além da autointerpretação, esse modelo colaborativo permite a criação da terceira área, o espaço potencial entre o analista e o analisando, pois a criança adquire confiança nesse espaço terapêutico. E essa confiança, posteriormente, se expande para fora desse espaço.

A transferência e a contratransferência são vistas de um jeito diferente pela teoria winnicottiana. O terapeuta não age de uma forma neutra, mas faz parte ativamente do processo terapêutico. O seu papel se assemelha ao da mãe suficientemente boa, em que esse profissional deverá estar em disponibilidade para o outro, para proporcionar um encontro humano e brincar juntos.

Assim como acontece com a técnica desenvolvida por Winnicott (1964-1968/2007) chamada jogo do rabisco, o terapeuta e o paciente participam juntos da brincadeira, cada um com seus rabiscos e completando os rabiscos do outro. Tanto o paciente quanto o profissional brincam e o gesto do terapeuta é importante, mas o mesmo brincar do terapeuta deve ser para o paciente. Isso fornece um ambiente de confiança, facilitador, onde pode

ocorrer uma boa experiência. Assim, a análise acontece no campo da transicionalidade, procurando favorecer a construção do espaço potencial, quando o paciente ainda não o tem formado.

Em relação ao papel do analista se assemelhar ao da mãe suficientemente boa, Januário (2012) afirma que não cabe ao analista a utilização de técnica de maternagem com o analisando. Além disso, afirma que,

Apesar de ele identificar-se na transferência com o paciente e com as suas necessidades primitivas, assim como ocorre com a mãe no estado de “preocupação materna primária”, ele precisa manter-se na posição de analista para poder cuidar de forma confiável. Ser confiável é agir na transferência como um ambiente facilitador, dirigindo sua atenção para aquilo que o paciente necessita (...) (p.77).

Compreendo, dessa forma, que quando o paciente chega com características autistas ele precisa de um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento. Winnicott (1963/1983e) afirma que: “a prática de uma boa técnica psicanalítica *pode* por si só ser uma experiência corretiva” (p.232). E dá o exemplo de que o paciente pode: “pela primeira vez na vida, conseguir a atenção total de outra pessoa, ainda que limitada à consistentemente estabelecida sessão de cinquenta minutos; ou pode, pela primeira vez, estar em contato com alguém que é capaz de ser objetivo” (p.232).

Outro conceito importante para se compreender a clínica winnicottiana é o conceito de regressão. Esta, para Winnicott (1954-5/1982), é o contrário do progresso e se deve a um mecanismo de defesa do ego. “(...) é normal e saudável para o indivíduo ser capaz de defender seu *self* contra o fracasso ambiental específico através de um *congelamento da situação de fracasso*” (p.463, grifos do autor). Assim, quando há uma grande falha ambiental, que compromete o processo de maturação psíquica, o sujeito congela a falha. Para que seja possível integrar essa experiência e enfim retomar o processo de maturação onde ele ficou obstruído, é necessário encontrar um ambiente de confiança que permita ao paciente retornar ao momento da falha. Somente assim é possível descongelá-la e então progredir. O processo de regressão, nesse caso, não seria defensivo – seria, pelo contrário, um retorno para poder progredir, uma busca de saúde.

Assim, o mecanismo de defesa do congelamento da falha será desfeito caso ocorra um ambiente que faça uma adaptação adequada, permitindo ao indivíduo vivenciar um estado regredido. Margaret Little conta a sua história no seu livro intitulado “Ansiedades psicóticas e prevenção. Registro pessoal de uma análise winnicottiana”. Ela vivenciou em sua infância um ambiente não suficientemente bom, ocasionando-lhe um quadro psicótico. Assim como o autismo, os quadros psicóticos também são causados, segundo a teoria winnicottiana, por falhas no ambiente em uma fase maturacional primitiva. Mesmo estando nesse quadro, ela foi capaz de frequentar a escola, se formar médica e se qualificar em psicanálise. Ela começou a fazer análise com Winnicott aos 48 anos. Assim ela relata: “A psicanálise comum não adiantou e precisei de uma profunda regressão, ao nível de total dependência, a partir do qual consegui me tornar, embora tardiamente, uma pessoa um pouco mais real, equilibrada e madura” (Little, 1992, p. 86).

Para entrar em contato com o estado de regressão a uma fase de dependência, Winnicott não fazia nenhum tipo de condução, ele a deixava à vontade e ela ia se portando de uma forma regressiva. Como, por exemplo, um dia em que ela ficou enroscada, rígida, completamente escondida sob o cobertor, incapaz de se mover ou falar. Winnicott, por vezes, Little (1992) relata, ficava com as chaves do carro até o final da sessão e a colocava em uma outra sala, sozinha e tranquila para que ela pudesse aos poucos voltar da regressão profunda para a vida comum.

A regressão, segundo Little (1992), também pode ser vivenciada pelo analista. Podemos pensar aqui na importância dos processos de identificação entre analista e analisando. Como vimos anteriormente, a mãe se adapta às necessidades do bebê por meio da preocupação materna primária, o que ocorre quando ela regride e fica em um estado dissociado. Isso tudo facilita a mãe se identificar com seu filho. O bebê precisa da identificação da mãe para poder constituir a sua identidade, pois tudo o que acontece entre o bebê e a mãe é sentido como parte de si mesmo. Quando a mãe não foi capaz de se identificar com o filho, o analista pode, por meio da formação do ambiente suficientemente bom, exercer essa função naturalmente. Dessa forma, o

analista será um instrumento para gerar um ambiente confiável em que o analisando possa vivenciar a regressão e “ressignificar” as falhas.

Apresento em seguida o relato de um caso a partir do qual serão.

3.1 ANÁLISE CLÍNICA

3.1.1 – O meu primeiro contato com a criança.

Exponho a seguir o caso de uma criança, Edson (nome fictício). Ele tinha seis anos quando iniciou o tratamento psicoterápico. Havia sido diagnosticado por uma médica psiquiátrica com Síndrome de Asperger, sendo considerado Autismo pelo DSM V, hoje em dia.

Edson foi submetido ao tratamento psicanalítico semanal durante 3 anos. Houveram pausas durante as férias da universidade. Eu e os pais fazíamos reuniões periódicas. Um dos principais temas dessas reuniões era a forma deles o educarem. Os pais tinham dificuldade em limitar as ações do menino, deixando-o fazer tudo o que quisesse, além de não conseguirem organizar uma rotina em que a criança tivesse hora certa de dormir e fazer as tarefas de casa. Era difícil, principalmente para a avó materna, perceber que Edson não era deficiente e que ele poderia desenvolver algumas atividades em casa. Os pais eram carinhosos e atenciosos com a criança e se preocupavam com seu futuro. Maiores detalhes da situação familiar não serão abordados nesse estudo, pois acredito não fazer parte da investigação que me propus a desenvolver.

Na primeira sessão de psicoterapia, ele não quis entrar na sala sozinho. Resmungou e se agarrou à mãe, bateu o pé e se jogou no chão, balbuciando algo que eu não conseguia compreender. Porém, era perceptível que ele não estava satisfeito. Demonstrou bastante insegurança com os olhos arregalados, batendo os pés com força no chão, ao ser conduzido pela mão para a sala.

Ao entrar na sala, Edson andou alguns passos curtos e lentos, com os olhos arregalados e a boca entreaberta; parecia curioso para ver os brinquedos, mas ao mesmo tempo não queria se separar da mãe. Expliquei a ele que poderia pegar qualquer brinquedo, mas não se mexeu, estava

paralisado. Não olhou para mim e, em momento algum, dirigiu-me a palavra, demonstrando hesitação excessiva, paralisante.

A mãe o incentivou a pegar os brinquedos e o levou até o final da sala, mostrando-lhe os objetos. Depois disso, ela se sentou ao lado da mesa dos adultos, de onde era possível acompanhar o filho com o olhar, sem estar tão próxima de nós. Ela o incentivou a pegar algum brinquedo, olhando para ele. Novamente Edson pediu à mãe que ficasse junto dele para brincar. Ela respondeu que estaria ali, mas que ele poderia brincar com a terapeuta. Depois de decorridos quinze minutos da sessão, a mãe se retirou da sala com a desculpa que iria ao banheiro. Edson se demonstrou angustiado no primeiro momento, mas em seguida retornou à brincadeira que havíamos iniciado.

Ao analisar esse relato do comportamento de Edson na primeira sessão, pode-se perceber que, ao entrar, ele está na fase da hesitação, descrito por Winnicott (1941) no jogo da espátula, como descrito no capítulo 2. Ele hesita, pois não se sente confiante em pegar os brinquedos e fazer qualquer movimento. Nesse momento, ele não olhava para mim ou para a mãe, paralisou, como se estivesse hipnotizado pelos brinquedos e apresentava o corpo rígido, dando sinal de estar muito difícil de sair daquela posição. A mãe teve um papel importante, pois, por meio da sua intervenção, ele criou confiança para explorar o ambiente. Relato na próxima vinheta o desdobramento desse encontro com Edson e como foi a primeira brincadeira dele.

Edson pegou as raquetes, balançou-as na mão e olhou para elas por volta de um minuto. Eu, ansiosa, imaginei a possibilidade dele querer brincar de tênis. Por não ter nenhuma bola no cesto, sugeri a ele brincar com a peteca e as raquetes. Fui conversando, explicando como poderíamos jogar. Eu ficaria de um lado e ele de outro, cada um com a sua raquete e iríamos jogar a peteca para o outro, sem pegar com a mão. Joguei a peteca para ele e ele olhou para mim, parecia que não sabia o que fazer. Entretanto, mostrou interesse a todo momento na brincadeira, olhava para o que eu estava fazendo. A peteca caiu ao lado dele e ele não fez menção de pegá-la. Expliquei-lhe que deveria devolver a peteca para mim e eu dizia: - “Agora é a sua vez de jogar para mim”. Eu me sentia como uma criança explicando para o coleguinha como brincar. Ele tentava acertar a peteca na raquete, mas nem sempre funcionava. Porém, ele não

desistia e tentávamos novamente. Eu dizia: “- É um, é dois, é três e ..jáaa”. Durante essa brincadeira, ele ria e falava coisas que eu não compreendia. Na fala dele, tinha entonação diferente para cada frase, eu percebia que não havia uma intenção de comunicação, não era compreensível. Ele estava contando o que aconteceu, de uma forma engraçada. Em determinado momento dessa brincadeira, Edson jogou a peteca tão forte que a peteca saiu pela janela, para fora da sala. Nesse momento, eu disse pesarosa: “Puxa, vida!! A peteca saiu para fora da sala, saiu pela janela”. E ele perguntou: “-Cadê a peteca?” Ele, sensivelmente ansioso, me perguntou algumas vezes: “- Ela saiu pela janela”? Ele parecia perplexo, parado. Mostrei onde a peteca tinha caído, dizendo: “- Olha lá, ela está lá fora”.

Por ele ter sido o meu primeiro paciente, é claro para mim que eu estava ansiosa ao atendê-lo. Hoje percebo uma falha importante no que diz respeito a proporcionar um espaço em que fosse possível a ele criar uma brincadeira. Eu me antecipei e não ofereci um espaço para ele criar, ensinando-lhe o meu jeito de brincar. Assim como vimos no capítulo anterior, a mãe suficientemente boa permite ao bebê criar o seio na primeira mamada teórica. Mas, por outro lado, o meu comportamento impulsivo proporcionou uma experiência entre mim e ele. Assim como no jogo do rabisco, eu me precipitei e fiz o meu rabisco primeiro e ele foi capaz de continuar com o jogo.

No momento dessa brincadeira, percebia alguns comportamentos um pouco diferente do de outras crianças e me questionei: Como uma criança de seis anos não faz menção de pegar a peteca que cai ao lado dela? O que que ele está falando? O que aconteceu que ele não sabe onde foi parar a peteca que saiu pela janela? Essas perguntas eu fiz no momento e fui buscar a teoria que as respondessem.

Esses comportamentos me remeteram a certos aspectos do estágio da dependência absoluta. É importante enfatizar aqui a palavra aspectos, para não se construir uma análise sistemática e artificial. No entanto, por outro lado, é importante observar a relação do brincar com as fases do desenvolvimento, para que o terapeuta tenha clareza de que modo deve se adaptar ao paciente e de onde advém as falhas na sua experiência.

Na dependência absoluta, o bebê ainda não é habilitado para utilizar o objeto objetivamente percebido e é incapaz de conservar sua presença

quando ele não está concretamente presente. Por exemplo, a mãe, quando o bebê precisa dela e ela não se encontra no campo visual, torna-se uma angústia, pois para ele é como se ela deixasse de existir, sendo isso o que tinha acontecido com Edson no momento em que a peteca some.

Quando a peteca cai ao lado dele e não faz menção em pegá-la, nesse instante, parecia não compreender o que tinha acontecido com ela. Ele olhou para mim, como se perguntando, “Mais o que é mesmo para fazer agora?” No momento em que a peteca saiu para fora da janela, eu via nitidamente a angústia dele. Dando-me a sensação de que a peteca, para ele, tinha entrado em um buraco negro e simplesmente desaparecido. Foi preciso mostrar-lhe onde ela estava para que pudesse se acalmar e passar para outra brincadeira, pois não era possível pegar a peteca.

Para Edson, a existência da peteca dependia da presença e do contato com a peteca concreta. Quando ela caía, e especialmente quando ela saiu pela janela, a existência do objeto se descontinuou. A criança parecia não ter recursos psíquicos para compreender a continuidade do objeto sem a visualização de sua concretude e, por isso, não percebeu para onde a peteca foi quando ela atravessou a janela. Não havia, tampouco, sentido de dentro e fora.

Esse é um exemplo de um brincar sem transicionalidade, pois, na brincadeira ele foi incapaz de dar continuidade à existência do objeto quando não estava em sua presença. Retomando os apontamentos de Dias (2008), quando há uma falha, o sujeito conquista algumas aquisições, mas, pelo fato de não ter adquirido os pré-requisitos, ele consegue resolver algumas tarefas mobilizando uma defesa do tipo falso *self*. E parece-me que essa foi a forma pela qual Edson conseguiu algumas conquistas, como quando, nesta mesma sessão, ele se demonstrou capaz de conservar a presença da mãe em sua ausência concreta. A mãe saiu da sala e ele falou para si mesmo “está tudo bem, ela vai voltar logo”. Nesse momento, ele dá à mãe uma continuidade, ele sabe que ela não vai deixar de existir, mas com a peteca ele não demonstrou isso. Parece que o modo como ele continua a existência da mãe precisa de uma concretude utilizada por meio das palavras, demonstrando um funcionamento autístico.

Observando a brincadeira com a peteca, foi possível perceber que falhas primitivas haviam ocorrido no desenvolvimento dessa criança. E por ele estar com atitudes do estágio maturacional da dependência absoluta, era uma indicação de que havia falhas importantes ocorridas nesse período. Por outro lado, observei também que ele me olhava e participava do jogo e, por isso, ele não estava tão isolado.

Winnicott (1963/1983c) escreve sobre a comunicação e a falta de comunicação. Há uma falta de comunicação quando o ambiente falha e nas relações objetais desenvolve um *split*, uma divisão. De um lado,

o lactente se relaciona com o objeto como este se apresenta e para esse propósito ele se utiliza do falso *self* (...). Com a outra metade do *split* o lactente se relaciona com o objeto subjetivo, ou com fenômenos simples baseados em experiências corporais, sendo estes dificilmente influenciados pelo mundo percebido objetivamente (p.167).

Dessa forma, Edson estava vivendo uma comunicação como descrita acima. Em um momento, ele se comunicava por meio do brincar, devolvendo a peteca para mim e interagindo. De outro lado, estava em seu mundo, lidando com o seu objeto subjetivo. Essa comunicação para Winnicott é patológica, pois ele considera que não é uma comunicação verdadeira, por ser desenvolvida com o falso *self*, não envolvendo, portanto, o núcleo e a criação do verdadeiro *self*.

Assim percebo, uma forma de ele se defender de algo que poderia ter sido invasivo, haja vista, a narração utilizada por ele. Esse contar que dava um sentido de narração de jogo pode ser compreendido como análogo a uma ecolalia, pois não tinha função de comunicação. E por estar dentro do campo do objeto autista como descrito por Tustin (1990): “A ecolalia é uma manipulação de palavras e sons como se fossem objetos físicos palpáveis, a fim de transformá-los em “mim”. Assim, palavras podem ser objetos autistas” (p. 93). Por não entender a fala dele, eu não interferia ou questionava sobre o que ele estava falando. Eu aceitei essa defesa, a utilização dessa forma de objeto autístico, entendendo a importância dele para o desenvolvimento. Ultrapassar essa defesa poderia fazê-lo se sentir ameaçado novamente e se isolar cada vez mais.

Ao brincar, Edson não tentou burlar, nem ficou chateado por estar ganhando ou perdendo. Ele parecia não compreender a contagem dos

pontos e não criou uma nova forma de jogar. Para além disso, foi compartilhada uma experiência, apesar de no primeiro momento, não lhe ter oferecido um espaço para ele criar. Enquanto ele brincava, percebi também que ele não se nomeava com o pronome eu, nomeava-se pelo nome que as pessoas o chamavam. Isso demonstra a forma de ele se perceber como uma pessoa diferente de si mesmo, um terceiro. Ainda não há a noção de um eu.

No exemplo de Little (1992), foi importante para ela regredir às falhas originais, em um ambiente propício para poder descongelá-las. Da mesma forma, foi necessário trabalhar com Edson por meio da regressão à dependência, tendo de lidar com “estádios primitivos do desenvolvimento emocional, antes e até o estabelecimento da personalidade como uma entidade, e antes da aquisição do *status* de unidade espaço-tempo” (Winnicott, 1954-5/1982, p. 460).

Assim como a mãe suficientemente boa se adapta às necessidades do filho, o psicoterapeuta deve também se adaptar ao estágio maturacional em que o paciente se encontra. Safra (2015) afirma que, em casos em que houve uma perturbação significativa no estágio precoce do desenvolvimento, “é o manejo do *setting* que se mostra necessário. Aqui o comportamento do analista, representado pelo *setting*, é o elemento que permite que surja a esperança de que o *self* verdadeiro possa correr o risco de existir” (p.109).

Quando a criança regride ao estágio da dependência absoluta, não tendo o processo de integração psique e soma finalizado, a terapia terá a função de oferecer ao paciente elementos, por vezes sutis, do contato humano com o uso do *holding*, além do manejo explicado anteriormente, com os propósitos de refazer o processo de integração, tornando o paciente capaz de perceber o próprio corpo, levando-o a ter uma consciência somática; e de oferecer a oportunidade de ter relações objetais que o permitirão usar objetos simbólicos, se diferenciar das outras pessoas e tornar o brincar transicional.

O primeiro passo para o andamento da análise com essa criança é oferecer ao analisando aquilo que o ambiente não foi capaz de lhe promover conforme a necessidade dela. A explicação de Winnicott (1966/1997) para esse evento será o seguinte:

Em outras palavras, para curar essa criança, alguém tem de ser capaz de lhe dar os rudimentos do contato humano, e talvez neste caso um contato físico

incluindo o toque concreto seja mais importante do que o que pode ser feito pela interpretação verbal. Se no tratamento de uma criança autista puder ser feita alguma coisa para compensar o que a mãe deixou de fazer num momento crítico, então a criança pode alcançar um lugar no qual faz sentido para ela ficar zangada pelo fracasso. Desta posição ela pode seguir para redescobrir sua capacidade de amar. Quando os pais fazem todas as mínimas coisas do atendimento ao bebê, e isso muitas vezes inclui não fazer absolutamente nada além de estar ao lado dele, em termos do desenvolvimento pessoal do bebê muita coisa está acontecendo (p.191).

3.1.2 Brincar característico do estágio maturacional da dependência absoluta.

A próxima vinheta foi escolhida pois era uma das brincadeiras prediletas de Edson na qual se pode perceber uma maturação em três momentos: quando ele começou a brincar e ele estava voltado para si mesmo; quando ele começou a olhar e a interagir com a terapeuta e no quando ele criou uma forma de interação mais elaborada e criativa. Além dessa brincadeira, houve outras em que ele demonstrou agressividade, se escondia de mim para ser encontrado e em seguida demonstrou o brincar imaginativo. Descrevo também o papel da analista, necessário para manejar e cooperar com o desenvolvimento do paciente.

Havia, na sala, um baú de plástico com instrumentos musicais. Ele abriu e se interessou por três tambores pequenos e dois pratos de bateria que lá estavam. Ele organizou esses instrumentos na seguinte ordem: o maior ficava na esquerda o menor no meio e o mediano à direita. O prato também era organizado à esquerda no chão, mais para perto dele e havia dois paus arredondados que ele fazia de baqueta. Dessa forma, foi formada por ele uma bateria. Ele tirava um belo som daqueles instrumentos. Estávamos juntos ali, mas sem nos olhar e sem nenhuma fala. Ele tocava bateria, e eu, flauta. Ele denominou essa brincadeira de baqueta.

Eu acompanhava o ritmo dele fazendo sons mais rápidos e mais lentos de acordo com o ritmo dele; se ele ia mais rápido, eu ia mais rápido, se mais lento, eu ia mais lento. Fazia isso praticamente olhando para mim mesma. Eu não fechava os olhos, mas era como se eles estivessem fechados. O sentimento era muito intenso, era um “me perder de mim” por alguns instantes. Sentia-me num mundo solitário onde mais nada importava, apenas continuar acompanhando o ritmo da música. Não importavam os sons que saíam, eu precisava apenas continuar a música.

Ao contrário da primeira sessão, nessa eu consegui proporcionar-lhe um ambiente adequado em que ele pôde criar. Essa brincadeira foi toda idealizada e organizada pelo paciente. Uma bateria já existia, ele já conhecia, mas, nesse momento da brincadeira, a ação criadora foi dele, ele criou a bateria. Assim como foi ele quem escolheu o nome “baqueta”. Sempre que ele queria brincar dessa brincadeira, ele a chamava assim.

Quando Edson começa a inventar brincadeiras é porque ele começou a experimentar comigo o momento de ilusão de onipotência. Por outro lado, ainda se apresenta neste início como uma brincadeira de caráter subjetivo. Apesar de estar começando a criar o objeto que encontrava na baqueta, ele apresentou também um brincar característico da fase da dependência absoluta. Por exemplo, nós não trocávamos de posição, era sempre ele que tocava e eu o acompanhava, era como se eu não existisse ali. Ou seja, o brincar do bebê, nesse estágio, é refletido pela mãe, que não insere muito do próprio gesto nesse momento, apenas reflete de volta o do bebê.

Eu adentrei o lugar subjetivo que ele estava criando e estive lá junto com ele, e, por identificação e ressonância, parece que me senti um pouco como ele se sente. Essa era a comunicação possível. Considero que uma experiência que não tinha acontecido de maneira suficiente na vida de Edson podia ser enfim experimentada na terapia, permitindo assim resgatar o potencial criativo não desenvolvido.

A sensação era que nós dois estávamos sozinhos, mas juntos no mesmo lugar e que, se eu não fizesse nada, ele iria continuar a tocar do mesmo jeito. Apesar de ter sido essa a sensação, eu sabia do meu papel em sustentar aquela experiência e reverberá-la de volta para ele à maneira do papel especular da mãe para o *self*. Eu só pude fazer isso por poder vivenciar a identificação primária com ele, como explicado anteriormente. Winnicott (1960/2001) aponta que a atividade terapêutica envolve a vulnerabilidade, assim como a mãe se torna mais frágil para se identificar com o bebê na preocupação materna primária.

O brincar nesse estágio não era compartilhado e nem transicional, ele se utilizou da ilusão criativa que é a base para a transicionalidade se fundar. O meu papel ali era manter a ação para que ele pudesse entrar em contato com o seu *self* verdadeiro. Para Ferreira (2009), “Ajudar o paciente a brincar

quando ele não sabe, sustentar o mistério, o devir ajudando-o a confiar em sua ação no mundo, estabelecer (ou reestabelecer) a fé em seu amanhã é, então, a função do analista” (p.140).

O brincar será a base para a psicoterapia acontecer. Para Winnicott (1971/1975) “*A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas*” (p. 59, grifos do autor). Como qualquer tratamento psicoterápico, o terapeuta será uma peça importante para o desenvolvimento do brincar do paciente em análise.

Para sustentar essa ação do terapeuta que brinca junto com a criança, Winnicott (1960/2001) sugere que os terapeutas sigam o exemplo da mãe suficientemente boa. Assim ele descreve:

Minha tese é que, na terapia, tentamos imitar o processo natural que caracteriza o comportamento de qualquer mãe em relação a sua criança. Se a tese estiver correta deduz-se que é o par mãe-criança que pode nos ensinar os princípios básicos sobre os quais deve fundar-se nosso trabalho terapêutico, quando estivermos tratando de crianças cuja a primeira relação com a mãe não foi boa o suficiente (p. 28).

Portanto, assim como a mãe suficientemente boa se adapta ao seu bebê, o analista deve se adaptar às necessidades do paciente, ser empático com a criança, fornecer-lhe um ambiente *holding*, um ambiente adequado ao crescimento e ao desenvolvimento maturacional, como descrito por Weich (apud Giovacchin,1995). Little (1992) afirma que o ambiente analítico deve proporcionar conforto físico e emocional, sendo esse promovido pela atitude do analista, pela reação dele, ativa ou neutra, às vezes aceitando a reação do paciente e/ou encorajando-a. Além de criar um ambiente adequado, o analista suficientemente bom, segundo Weich (apud Giovacchin, 1995), deve se adaptar as necessidades do paciente, respeitando, o estágio maturacional em que ele se encontra. E foi assim que me propus a fazer no tratamento descrito anteriormente. Tentei me adaptar ao modo de agir dele, às brincadeiras que ele criava; eu estava lá à disposição dele, sabendo que ele não tinha condições, no momento, de brincar de uma outra forma.

Fulgêncio (2008) se refere a uma outra função importante do analista, que é o de ter presença efetiva quando está com o paciente, principalmente, se esse ainda não possui o brincar. Eu, para estar mais presente no

momento e não me perder nos meus pensamentos, utilizei da flauta, mesmo não sabendo tocá-la, sendo assim, compartilhamos experiências. Vaisberg & Ambrosio (2009) afirmam que, para o analista brincar, “é necessário estar presente ao encontro inter-humano, de modo vivo e genuíno, contribuindo com os acontecimentos com sua personalidade, nem se defendendo da situação que é colocada, nem se ausentando emocionalmente do encontro” (p.178).

Na sessão, nós, eu e o paciente não conversávamos na hora da brincadeira citada, era apenas as batidas dos tambores e a flauta. E as sensações que surgiram em mim eram intensas, de estar em um lugar cinza e sozinha, um ambiente frio, mas com a certeza de que estava lá complementando uma forma de brincar ainda não muito desenvolvida simbolicamente. Eu tinha esperança apesar de me sentir angustiada. O terapeuta, quando o paciente vivencia a fase da dependência absoluta, tem, segundo Little (1992):

(...) de ser capaz de renunciar às defesas contra a mesma ansiedade, o medo de aniquilação, da perda da identidade, tanto por si mesmo como pelo paciente. Ao mesmo tempo, sua própria identidade deve permanecer distinta e seu sentido de realidade inalterado, mantendo a consciência em dois níveis extremos, o da realidade e o da ilusão (p. 88).

No *setting* onde há uma comunicação por meio de sons entre a criança e o terapeuta, foi construída a confiança, como poderemos ver na evolução do brincar de Edson. Essa é alcançada por meio da espera atenta do analista frente a evolução natural da transferência do analisando. “Se pudermos esperar, o paciente chega ao entendimento de modo criativo e com imensa alegria (...) O princípio é que é o paciente, e somente ele quem tem as respostas.” (Winnicott, 1968/2007, p.171). Dessa forma, é o paciente quem encontra e supera a falha ou o trauma, assim como o uso do objeto transicional e o uso do analista serão conquistas dele. O analista tem a função de propiciar o ambiente adequado para esse encontro.

O terapeuta nesse estágio é bastante exigido pelo paciente. O profissional precisa se adaptar às brincadeiras e em algumas vezes é necessário ser capaz de renunciar às próprias defesas, tudo isso para ser o continente que a mãe não pode ser para o filho. No próximo estágio, o terapeuta será menos requisitado pelo lado da regressão e terá que sustentar

os momentos em que a criança demonstra raiva. Por isso, ele deverá ter mais paciência, pois surge a necessidade de experienciar a sobrevivência do objeto à agressividade.

3.1.3 Brincar característico do estágio da dependência relativa

Após ele ter vivenciado a criatividade primária e a ilusão criativa, o brincar dele foi se tornando diferente. Nesse período, ele começou a apresentar preocupação, a junção do amor e do ódio e o reconhecimento da dependência. A técnica utilizada, segundo Winnicott, é a mesma do estágio anterior, o manejo.

A brincadeira na fase da dependência absoluta foi importante para o paciente criar confiança no *setting* analítico e permitir, viver a fase da ilusão de onipotência, quando ele é o criador de tudo o que existe ao redor. Nessa etapa da dependência relativa, percebe-se o começo da diferenciação do eu do não-eu. Ele começa a perceber a terapeuta e a se perceber diante do espelho. Há o início do brincar em dupla, como descrevo a seguir.

Alguns meses depois de ter iniciado a brincadeira da baqueta, aflita por estar repetindo a mesma cena, comecei a procurar o olhar dele com mais insistência, porém sem sucesso. Voltei para mim mesma, como se tivesse desistido de procurá-lo. E, para minha surpresa, naquele momento eu me surpreendi com o olhar dele para mim. Porém, rapidamente ele desviou o olhar. A sensação boa de ter sido olhada por ele me garantiu mais forças e interesse para continuar tocando a flauta. E a partir dessa cena um jogo teve início. Ele me olhava, ria e desviava o olhar. Eu o olhava, ria e desviava o olhar. Ele manifestava satisfação e também ria.

Em um dia, ele montou a bateria em frente ao espelho e ficava um bom tempo se olhando. Eu estava com ele no espelho, tocando a flauta. Parecia estudar os seus próprios movimentos ao se olhar no espelho. Ele estava interessado pelos movimentos que ele fazia. Apresentava, nesses momentos, um leve sorriso no rosto e um olhar grudado na imagem de si mesmo e do outro. Ele parecia estar encantado com o que via.

Winnicott, influenciado pela ideia de Lacan (1949) sobre “O estágio do espelho”, escreve um texto intitulado “O papel de espelho da mãe e da

família no desenvolvimento infantil” (Winnicott, 1971/1975). Diferentemente de Lacan, ele considera o uso do espelho em sentido figurado. Quando o bebê vivencia o *holding* e o manejo satisfatoriamente com a mãe suficientemente boa, cria a ilusão de onipotência e o objeto subjetivo. Dessa forma, quando o bebê olha para a mãe, crê que está olhando para ele mesmo. Portanto, o rosto da mãe se torna um espelho para a criança. Outeiral (2009) acredita que a ideia de o bebê precisar do rosto da mãe e de suas respostas para formar o próprio sentimento de *self* é inovadora.

Winnicott (1962/1983) defende que para ter a integração é importante que a criança veja no rosto da mãe a face dele refletida como em um espelho.

A integração está intimamente ligada à função de segurança. A conquista da integração se baseia na unidade. Primeiro vem “eu” que inclui “todo o resto não-eu”. Então vem o “eu sou”, eu existo, adquire experiências, enriqueço-me e tenho uma integração introjetiva e projetiva com o não eu, o mundo real da realidade compartilhada”. Acrescenta-se a isso: “Meu existir é visto e compreendido por alguém”; e ainda mais: “É me devolvida (como uma face refletida em um espelho) a evidência de que necessito de ter sido percebido como existente” (p.60).

Há casos em que a mãe não consegue refletir o rosto do bebê. Winnicott (1971/1975), apresenta alguns exemplo da mãe que não reflete a imagem do rosto do bebê: ela reflete o próprio humor ou suas próprias defesas. Por conseguinte, o filho não recebe de volta a própria imagem. Como consequência, o bebê pode ter a criatividade atrofiada ou procurar encontrar a própria imagem de volta no ambiente. Além disso, ele pode não mais procurar o olhar da mãe e teria assim um olhar vazio. Winnicott (1971/1975) relata: “Se o rosto da mãe não reage, então o espelho constitui algo a ser olhado, não a ser examinado” (p. 155).

O analista reflete, por meio do olhar *holding*, segundo Outeiral (2009), a imagem do paciente. Para isso: “É importante que a mente do analista esteja pronta para ser usada, no sentido winicottiano, proporcionando uma função especular. Assim, o analista cria a área de ilusão, permite, assim, ser um objeto subjetivamente concebido, propiciando um momento de onipotência. Winnicott (1971/1975) afirma que essa tarefa não é fácil e é por

vezes exaustiva. À medida que a criança se desenvolve ela vai necessitando cada vez menos dessa função do analista.

No primeiro estágio da brincadeira da baqueta, eu refleti a imagem do Edson de volta para ele mesmo, ao acompanhá-lo. Isso favoreceu a integração para que ele pudesse vir a se reconhecer como um eu, refletido no espelho concreto e ter prazer com isso. Assim foi possível observar a criação do brincar no espelho. Ao experimentar e se interessar por sua imagem e a da terapeuta, a função especular passou a ser operada e a criança pôde entrar em contato com o próprio *self*. Passou também a se distinguir da terapeuta quando começou a criar um jogo de olhares e se divertir com ele, entre o espelho e a diferenciação do outro.

O jogo de olhares criado entre mim e Edson também pode ser entendido como uma modalidade de esconde-esconde. No momento em que ele não olha para mim ele se esconde; no momento em que eu olho para ele, é encontrado. E vice-versa. Winnicott (1963/1983c) esclareceu: “É um sofisticado jogo de esconder em que *é uma alegria estar escondido, mas um desastre não ser achado*” (p.169, grifo do autor). Nesse momento, Edson estava podendo, enfim, ser encontrado, mesmo que há muito tempo eu estivesse lá.

A questão do olhar trouxe à tona outra questão. “Se eu te percebo e eu sou diferente de você, quem é você?” Nessa próxima vinheta, pode-se perceber bem essa diferenciação. Mas o terapeuta, de repente foi percebido como o mau que não pode habitar no paciente, o que rompeu com a possibilidade de diferenciação suficientemente boa.

Ele disse que o macaco já ia embora. Eu disse: - “Ah! Edson, todos vamos ter que ir embora, pois o nosso tempo acabou”. Ele disse: “Tenho que ir embora não!!” Ele ficou agressivo, me empurrou. Eu sentei em uma cadeira pequena e fiquei na altura dele. Ele pegou os meus óculos e disse que não iria devolver enquanto eu não o deixasse brincar. Permaneci sentada tentando explicar a ele que não seria possível. Eu estava com raiva dele ter pego os meus óculos e com medo dele quebrá-lo. Ele saiu do canto que estava e veio em minha direção, vendo, nesse momento que eu estava sem óculos. Ele se assustou e ficou com muito medo. E dizia: “Eu estou com medo dos seus olhos. Tira os olhos!”. Eu me assustei e respondi que eu não poderia tirar os meus olhos. Eu peguei os óculos e os coloquei

novamente e disse: “Olha eu estou de óculos agora”. Ele estava embaixo da mesa, saiu e foi até a porta e disse: “Eu quero sair, eu tô com medo, tira os olhos, tira os olhos!”. Afirmou ainda que os olhos eram de bicho. Eu não soube o que fazer nesse momento. Abri a porta, ele estava na minha frente, de costas para mim sem poder me olhar. Ele pegou a minha mão por trás dele e foi me puxando até a sala de espera.

No primeiro momento dessa brincadeira, quando ele tira os meus óculos, percebemos que ele faz uma barganha. “Se você me deixar brincar, eu devolvo os seus óculos”. Ora, essa é uma forma complexa de agir. Ele sabe o quer: brincar; e, além disso, sabe que, em posse de algo valioso para outra pessoa, pode trocar uma coisa por outra. Não é apenas uma repetição do comportamento das outras pessoas, mas ele compreendeu como as pessoas neuróticas funcionam, por meio das trocas. Dessa forma, embora esse comportamento pudesse ser interpretado como uma birra, pode-se perceber um sinal do desenvolvimento psíquico.

Ademais, no segundo momento dessa vinheta, percebe-se que Edson começa a vivenciar a raiva. Portanto, começa a poder vivenciar a frustração, decorrente da não realização de um desejo. A frustração é diferente da sensação de aniquilamento decorrente do não atendimento das necessidades primitivas e consequente invasão do *self*. Antes ele não poderia expressar dessa forma, pois não havia suficiente diferenciação eu/não-eu.

Porém, percebe-se que a integração ainda estava precária, por ele presenciar no real o terror. Estava com medo da sua própria raiva e a viu em mim, pois provavelmente estava se sentindo culpado de sua atitude ou com receio das consequências destrutivas de seu sentimento, além da precariedade da diferenciação eu/não-eu. Acrescentado a isso, estava me vendo de uma forma diferente sem óculos, tendo isso o tirado do lugar familiar. Pode também ter percebido a minha própria raiva por ele ter pego meus óculos. Ele não conseguiu lidar com tudo isso e teve nesse momento um funcionamento psicótico. Dias (2008) explica esse funcionamento da seguinte forma:

Uma das questões de maior relevância para a clínica winnicottiana consiste em que, na análise de qualquer tipo de paciente a medida que o trabalho prossegue e a confiabilidade se estabelece, a possibilidade de uma psicose aparecer, ou de elementos psicóticos emergirem, nunca pode ser excluída (p. 37).

Vemos constantemente na clínica quando uma criança começa a se integrar. Ela passa por uma transição de estado autístico para um estado que tem coloridos psicóticos, como aconteceu com Edson, quando ele não suportava estar com raiva de mim. Esse tema não será aprofundado nesta dissertação, embora seja da maior importância.

O fim da sessão sempre foi um momento de tensão. Na maioria das vezes, o paciente não quer ir embora e tem o desejo de continuar brincando. Mas, como eu atendia na clínica escola, precisava liberar a sala para um outro profissional. Avisava para ele com antecedência para poder deixá-lo terminar a brincadeira. Nesse dia não funcionou, como na maioria das vezes. E era frequente ele se tornar agressivo e ficar com raiva. Além de ser um momento difícil para o paciente, é também para o terapeuta, pois tem-se que sair do papel de se adaptar ao menino para impor regras.

Safra (1999) afirma que a sessão analítica winnicottiana não tem uma duração convencional, que seria de 50 minutos, e complementa: “Ela transcorrerá ao longo do tempo necessário, para que seja possível dar-se conta das questões com os quais se está trabalhando naquele período da análise” (p. 96), pois, para o analista, a sessão precisa ter um começo, um meio e um fim. Era muito frustrante ver o paciente angustiado, e com razão, mas não era possível fazer diferente. Tentávamos lidar com a frustração juntos, que também eu creio ser função do analista.

Lidar com a agressividade não é papel fácil, mas, como desenvolvido no capítulo anterior, ela é importante para o desenvolvimento psíquico de qualquer pessoa. A raiva, no momento psicanalítico, pode ser vista como uma ação contra a regressão, e a retomada do desenvolvimento, em que é possível expressar a alegria do viver criativo, o ódio e a raiva relacionado à falha na adaptação do ambiente original, além de ser um importante fator que pode ajudar na distinção eu/não-eu. Dessa forma, a agressividade é um material importante no trabalho psicanalítico.

Além de criar um ambiente adequado, portanto, o analista suficientemente bom tem a função de permitir ser “usado”, tolerando a agressividade que o analisando pode apresentar no processo analítico (Weich apud Giovacchin, 1995). Winnicott (1947/1982) aponta para a seguinte consideração: “O paciente só pode apreciar no analista o que ele mesmo é capaz de sentir” (p. 343). O analista guia o paciente para os sentimentos, inclusive o amor e o ódio. Caso o terapeuta não se permita sentir ódio, o analisando também não sentirá e, dessa forma, o analista, para Winnicott, estará “matando” o analisando. Ocorrem situações na clínica com paciente ensimesmados que os terapeutas ficam com raiva, pois é muito comum essa criança bater, empurrar, morder o profissional. Winnicott (1947/1982) aconselha:

Se é verdade que lhe serão atribuídos sentimentos rudes, é bom que o analista previna-se e precathe-se, pois é seu dever tolerar que o coloquem nessa posição. Antes de tudo, ele não deve negar o ódio que existe em si. O ódio *que se justificana* situação presente tem que ser isolado e guardado, ficando disponível para uma eventual interpretação (p. 343).

Apesar de que pode ser importante até deixar uma criança morder a sua mão, como Winnicott (1941/1982) fez no jogo da espátula com a bebê, muitas vezes também é necessário conter o paciente que está tentando agir de maneira excessivamente destrutiva. Essa atitude deve ser realizada sem raiva e sem culpá-lo, essa é uma forma de agir com *holding* com o analisando, dando a ele continência. Também não é adequado que o analista retalie o analisando, pois, como descrito por Winnicott (1968/2007), o sujeito está criando o objeto afim de encontrar a sua externalidade, por meio da agressividade; caso o analista não possa sobreviver a esses episódios, é possível o analisando retornar para o isolamento, como no casos das crianças ditas autistas. Portanto, o analista deve perceber e manejar o ódio por ele mesmo ou pedir ajuda a uma supervisão, caso necessário.

A agressividade é um impulso de vida importante para o *self*. Portanto, não se pode eliminar a agressividade, mas o bebê ou a criança deve receber do meio uma oposição para que essa agressividade possa vir a se tornar uma experiência de satisfação, permitindo ao indivíduo integrar o lado do amor e do ódio em si mesmo.

3.1.4 O brincar característico do estágio rumo à independência

Quando a criança adquire confiança na técnica e no *setting* analítico, é possível o uso do analista, mas, para isso, é importante que o analista tenha sobrevivido à agressividade do analisando. A capacidade de usar o objeto, no caso, o analista, pertence às mudanças para o princípio da realidade, quando a criança deixa de se utilizar da onipotência. O objeto usado é real, faz parte da realidade compartilhada. Portanto, quando se fala do uso do analista, o paciente o percebe sem um feixe de projeções.

Winnicott (1968/2007) descreve uma sequência sobre o desenvolvimento do uso do objeto: “(1) Sujeito *relaciona-se* com o objeto. (2) Objeto acha-se em processo de ser encontrado ao invés de colocado pelo sujeito no mundo. (3) Sujeito *destrói* objeto. (4) Objeto sobrevive a destruição. (5) Sujeito pode usar objeto” (p.177). Dessa forma, a confiança vem pela sobrevivência do analista à destrutividade do paciente. A capacidade de usar o objeto decorre do meio de um ambiente propício para o desenvolvimento maturacional.

Os três primeiros momentos foram descritos nos estágios maturacionais de dependência, nos quais o analista está lá para a criança, como um objeto subjetivo fruto da onipotência dela, ele deve ser encontrado. Nesse momento, ela se relaciona com o analista. Esse profissional passa pelo estágio de ser destruído pelo analisando, para ser percebido como um não-eu. Isso só ocorrerá se o analisando perceber que o analista será capaz de sobreviver aos seus ataques. Se, ao invés de a criança perceber que o analista pode ser atacado, que ele deve ser protegido, ela não o destruirá e a relação com o objeto não passará para o uso do objeto externo.

A sobrevivência do analista também permite a criação da confiança no ambiente e a formação do espaço potencial em que a criança terá um espaço para o brincar compartilhado, assim como descrito na vinheta seguinte.

Ele começou a fazer pequenas pausas na música, introduzindo um ritmo. Pausas rápidas e logo retomava a tocar. Isso me fazia lembrar das pequenas pausas que os tocadores de jazz fazem. Achei bem interessante a proposta da brincadeira e comecei a acompanhá-lo. De

repente, vinha um som mais alto do que se esperava, essa era a deixa e os dois paravam de tocar ao mesmo tempo. Para fazer isso, é preciso se olhar e estar muito atento ao movimento do outro. E foi isso o mais notório nessa brincadeira, prestar atenção um no outro o que dava a impressão de uma verdadeira brincadeira a dois.

A brincadeira foi-se aperfeiçoando e esse foi o último estágio desse jogo. Nesse momento, precisávamos estar sincronizados para que o som saísse de forma uníssona. O momento da baqueta foi ficando cada vez mais raro, dando espaço a outras formas de brincar. Por exemplo, em algumas ocasiões na sessão ele demonstrava interesse em brincar sozinho, mas esse brincar não era isolado, era possível perceber que ele estava usando a imaginação e demonstrava assim a capacidade de estar só na presença da terapeuta, conforme descrito por Winnicott (1958/1983). Além disso, ele começou a apresentar o brincar imaginativo com os bichos de pelúcia da sala. Como descrito na vinheta seguinte.

Fomos jogar queimada. Ele pegou três jogadores (o urso, o macaco e o Aladim), os brinquedos maiores e me deu dois (o pinguim e o filhote de macaco). Falei para ele que era injusto, dessa forma, ele me deu mais um integrante, o índio, todos bem pequenos. Dividimos o campo, os jogadores dele ficaram de um lado e os meus de outro. E jogávamos a bola, se a bola tocasse num jogador, esse deveria sair. Quando ele estava ganhando, ele não criou problemas. Depois, ele não conseguiu mais queimar nenhum componente do meu grupo e ele ficou com raiva. E disse: “Eu não gosto mais de você, tia Rosária”. E foi para trás da mesa grande. De onde eu estava não podia vê-lo. Eu falava como se fosse o macaco bebê em voz alta que estava triste, que ninguém gostava de mim, que ninguém queria brincar comigo”. Depois disso, ele fez uma festa surpresa para o macaco bebê. Cantou parabéns para você. Ele fez panquecas, mas para isso acendeu o fogo e virou as panquecas na frigideira. Os bichos de pelúcia foram os convidados. Disse a ele, como se fosse o macaco bebê que estava muito feliz por ele ter feito uma festa de aniversário.

Além de apresentar o brincar imaginativo, nessa vinheta nós podemos ver a preocupação dele de ganhar o jogo com os bichos de pelúcia, por isso escolhe os maiores e me deixa os menores, usando novas estratégias para ganhar. Aqui também foi possível estabelecer as regras que são as mesmas

do jogo real. A dificuldade dele ainda estava em perder, pois quando acontecia ele logo queria desistir da brincadeira. Ele não quis inventar outras maneiras para poder ganhar, ele desistiu e, por eu não o ter deixado ganhar, ficou com raiva.

Ele demonstrou a raiva de uma forma mais elaborada do que da vinheta em que ele teve medo dos meus olhos. Naquele momento, ele não pôde falar o meu nome e nem do que ele estava com raiva. Esse sentimento, naquele momento, foi maior do que ele, dominou-o e, por isso, ele entrou em um momento psicótico. Na vinheta dos bichos de pelúcia, ele disse estar com raiva de mim. A raiva não é mais algo com o qual ele não pode lidar, agora é algo pontual. Portanto, ele demonstra a raiva sem psicotizar.

No começo do tratamento, ele não utilizava o pronome eu, mas aqui ele consegue diferenciar o eu do não-eu e consegue se utilizar corretamente do meu nome. Ele não consegue ainda diferenciar as ações que ele não gosta em mim, para o eu como um todo, por isso ele disse que não gostava de mim e não do que eu estava fazendo. Portanto, ele dá a entender: se você não faz o que eu quero eu não gosto mais de você como um todo.

Além desses aspectos, é possível notar outro muito importante do desenvolvimento psíquico, ele foi capaz de suportar a tristeza do macaco bebê. Algo que ele tinha feito gerou um sentimento ruim em outro, que naquele momento era o macaco bebê. E, além de conseguir suportar, foi capaz de reparar, fazendo a festa surpresa para o macaco bebê, para deixá-lo feliz. Isso só foi possível pois o analista foi capaz de expressar um sentimento, de uma forma um pouco teatral, para o Edson perceber a presença do não-eu e que esse também sofre com o que ele fez, o seu ato tem uma consequência. No momento da dependência relativa, não adiantaria agir dessa forma, pois ele não tinha requisitos para vivenciar a raiva ou a tristeza do não-eu, a diferença do eu e do não-eu ainda estava em transição. Mas aqui ele teve.

Edson se utilizou da imaginação para fazer essa festa, inserindo nesse contexto comida, em que ele produziu as panquecas, e pessoas, chamando os convidados e acrescentou a música que tem em toda festa quando cantou parabéns para o macaco bebê, demonstrado de uma forma elaborada essa brincadeira e trazendo nela questões culturais. Portanto, ele demonstrou

atravessar as funções do brincar descrita por Winnicott em 1942: a agressão, quando ele não aceita perder; a ansiedade, quando ele se utiliza de estratégias para não perder; a experiência do *self* e a criatividade, quando ele se utiliza da imaginação para reparar uma atitude que provocou tristeza no não-eu; a amizade ainda demonstrada de uma forma prematura com os convidados e com a preocupação com o não-eu e a integração.

É recompensador ver o desenvolvimento do paciente. Winnicott explica da seguinte forma (1960/2001):

Em nossa atividade *terapêutica*, reiteradamente nos envolvemos com pacientes; atravessamos uma fase em que ficamos vulneráveis (como a mãe) por causa de nosso envolvimento; identificamo-nos com a criança, que por algum tempo permanece dependente de nós a um grau extremo; assistimos à queda do falso *self* ou dos *selves* da criança; assistimos ao novo nascimento de um *self* verdadeiro, dotado de um ego que é forte porque nós, assim como a mãe a seu filho, fomos capazes de lhe dar apoio. Se tudo correr bem, constatamos ao final o surgimento de uma criança cujo o ego pode organizar as próprias defesas contra a ansiedades decorrentes dos impulsos e decorrências do id. Devido à nossa ação, nasce um “novo” ser, um ser humano verdadeiro, capaz de viver uma vida independente (p. 28).

E foi exatamente isso o que vi no desenvolvimento de Edson, quando demonstrou uma grande maturação no seu desenvolvimento psíquico. Pode-se perceber esse crescimento a partir do brincar demonstrado no processo psicanalítico. Ele passou de um estado em que o brincar imaginativo e compartilhado não era possível para um brincar com criatividade, compartilhado e imaginativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo analisar sobre a maturação do brincar de uma criança dita autista. Para isso, foi necessário expor como Winnicott compreende o desenvolvimento psíquico, o qual subdivide em três estágios maturacionais: dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência e como o brincar é representado em cada estágio maturacional. Foi sinalizado que uma falha significativa no ambiente pode ocasionar na criança um impedimento para continuar a se desenvolver com toda sua potencialidade o que pode ocasionar na criança, angústia e defesa contra ansiedades impensáveis, tal como o autismo. Além disso, descreve um estudo de caso de um menino que ao chegar no tratamento psicanalítico possuía um brincar, prioritariamente, característico do estágio maturacional da dependência absoluta e com o decorrer do tratamento tornou-se capaz de ter um brincar característico do estágio rumo à independência.

Observou-se, neste estudo, que o brincar é uma aquisição do processo maturacional. Toda criança tem o potencial para brincar de uma forma imaginativa, porém é importante que o meio ofereça a ela um ambiente de confiança pelo qual possa formar o espaço potencial, onde o brincar acontece. Quando isso é possível, o brincar se torna uma experiência do *self*, um facilitador para o desenvolvimento psíquico. O brincar saudável pode ser observado, por exemplo, no brincar sensorial do bebê, no brincar fantasioso e nos jogos que propiciam a interação com outras pessoas.

Entende-se que o brincar também pode ser um grande sinalizador de quando algo não está indo bem. E por isso o brincar é melhor compreendido com relação à teoria do amadurecimento, pois as conquistas e as falhas referentes a cada estágio maturacional são expressas nas formas do brincar. A incapacidade de transitar pelas formas do brincar sensorial, fantasioso e nos jogos, pode demonstrar que a criança estacionou em algum aspecto do seu desenvolvimento psíquico. Além disso, o brincar sintomático pode ser expresso de uma forma repetitiva onde a criança demonstra o sentimento de angústia.

Um exemplo do brincar sintomático é o brincar característico da criança com sintomas autísticos, o que expressa um prejuízo no desenvolvimento maturacional da criança. A criança dita autista não consegue expressar sua angústia, por ter vivenciado uma falha muito anterior à simbolização. Ela tenta se defender de qualquer realidade que remeta a esse sentimento, que nesse caso é impensável, por isso a defesa do *self* é primitiva. O organismo, para não entrar em colapso, cria uma muralha de defesas, isola o indivíduo e o mantém em funcionamento defensivo, não sendo capaz de se sentir como uma pessoa total. Portanto, a criança com característica autística vivenciou uma falha na dependência absoluta, e em consequência, apresenta o brincar como uma defesa do *self* contra angústias impensáveis.

O brincar autístico é voltado para a sensorialidade, é ensimesmado em torno do *self* por conta das defesas autísticas, o que o torna empobrecido e sem sentido simbólico e, por isso, não transicional e não expansivo. A criança com característica autística vivencia o brinquedo como uma continuidade de si mesma e ele não é experimentado como símbolo, tais como os objetos autísticos. Esses ocupam um espaço no psiquismo da criança como meio de proteção, impedindo-a de desenvolver um brincar imaginativo. Sua função é deixar a criança segura, preenchendo a experiência, para impedir o surgimento da angústia. Tal preenchimento ocorre por meio da sensação que os objetos autistas proporcionam. São exemplos do brincar autista também o rodopio de um objeto, as esteriotipias e as ecolalias.

Há também no brincar autista um aspecto prazeroso, momentos em que a criança parece estar feliz consigo mesma, ainda que em um estado ensimesmado. É possível relacionar esse aspecto com o autismo normal, já apontado por Freud e Tustin: momentos de prazer sensorial do *self* em um estado protetivo. É, portanto, um aspecto normal do circuito do princípio do prazer, mas que no autismo patológico é exagerado e não sai do circuito fechado do ensimesmamento. Também relaciona-se ao que Winnicott (1963/1983) discorre sobre a comunicação do *self* com o *self*, mas nesse caso sem a consciência de se ter um *self*.

Todos esses aspectos - sensorialidade, ensimesmamento, mecanicidade, subjetividade e repetitividade – fazem parte do que podemos

chamar de “aspecto objeto autístico” presente no brincar autista. Ou seja, o brincar autista é experienciado como se fosse algo palpável, ainda quando não estão presente os objetos concretos, como nas ecolalias e nas estereotípias (Tustin, 1990). Dessa forma, existe mais um outro aspecto que é a concretude esvaziada de significação.

Ao observar uma criança brincando de maneira autística, percebe-se o quanto é difícil interagir com ela. Para poder transformar esse brincar defensivo em brincar saudável, a criança dita autista precisa de um ambiente *holding*. Uma forma pela qual nós trabalhamos, no grupo de pesquisa do qual faço parte, para a formação desse ambiente, é a imitação. Dessa forma, a criança começa a olhar para a pessoa que a imita, parece se sentir acolhida e assim começa o jogo da imitação, tornando possível a interação com o outro. Isso acontece quando a criança dita autista tem um quadro de isolamento severo. A imitação pode favorecer a identificação e a ressonância.

Para trabalhar na psicanálise com as crianças ditas autistas que apresentam o brincar ensimesmado, além do *holding*, o analista trabalha também para abrir brechas nesse brincar. O objetivo é favorecer a transformação do brincar para torná-lo em transicional e compartilhado. Pensamos que os momentos prazerosos do brincar autístico, descritos acima, pode ser aproveitados para entrar em contato com essa criança pois o prazer mais a presença permitem que isso ocorra.

Portanto, o brincar autístico, apesar de suas características defensivas, ao ser testemunhado por um outro, pode ser uma porta ou uma janela para a transicionalidade e a relação entre eu e não-eu. É como se o analista precisasse encontrar os espaços em que existem pequenas aberturas para alargá-las, pois a criança nunca está hermeticamente fechada, ainda que possa estar em um estado ensimesmado. A função do psicoterapeuta é de se adaptar às necessidades do paciente. Portanto, o papel da psicoterapia é acolher o brincar sintomático e criar um ambiente adequado para a criança poder transformá-lo em um brincar criativo e livre.

No momento em que o analisando muda o seu brincar, o lugar do analista também muda, pois passa da adaptação total a poder interagir mais, propor brincadeiras, quando o analisando pode usar o analista como objeto não-eu. Nesse momento, é possível para os dois se divertir juntos ao brincar,

pois os dois estão vivenciando o brincar prazerosamente. E um pode dizer ao outro que não gostou de um comportamento, pois o paciente será capaz de lidar com as frustrações e as consequências de suas atitudes e ampliar a capacidade simbólica.

Portanto, acredita-se que uma criança com característica autista pode sair do quadro das defesas autísticas, desde que ela receba os elementos de contato humano não providos pelo ambiente na fase de dependência absoluta. Quanto mais cedo essa criança receber esses cuidados, menores serão os prejuízos para o desenvolvimento psíquico, maiores as chances dela ter um desenvolvimento dito normal.

Tudo isso foi observado na maturação do brincar do Edson e conseqüentemente na sua maturação psíquica. No primeiro momento, ele demonstrou um aspecto bastante mecânico, sensorial e repetitivo, um brincar autista, o que pode se associar com a estranheza na forma de sua expressão. Isso é visto, por exemplo, na fala estranha de Edson enquanto brincava, e em momentos que estava ansioso.

Nesse estudo, foi importante perceber que o desenvolvimento humano descrito por Winnicott não é linear. O desenvolvimento vai e volta, mas nunca para o mesmo lugar e não fica completamente parado. A criança que teve uma falha no ambiente enquanto estava no estágio da dependência absoluta progride em outras estâncias, mesmo que essa falha não a permita ser uma pessoa total. A criança dita autista, por exemplo, aprende a andar, cria formas para conseguir o que quer, bate quando fazem algo de que ela não gosta. Um bebê que normalmente vive na fase de dependência absoluta é incapaz de fazer qualquer atividade nesse sentido.

O que pudemos observar no Edson, sendo que ele já havia conquistado a fala, sustentava minimamente o olhar para as pessoas, conseguia identificar o que queria comer, ia até a cozinha e pegava o alimento e comia sem pedir para ninguém, sem precisar se arriscar a mexer no fogão. Mas não conseguiu dar a continuidade da existência da peteca quando a mesma caiu no chão e do lado de fora da sala de atendimento. Apresentando, dessa forma, uma parte do desenvolvimento estacionado no estágio maturacional em que ocorreu o trauma e, por isso, ele não possuía o

brincar imaginativo, um brincar que permitisse o contato com o verdadeiro *self*.

Por meio do ambiente *holding* criado pelo espaço analítico, Edson pôde entrar em contato com a ilusão de onipotência, com a criatividade primária. Após isso, ele foi capaz de criar uma brincadeira sensorial e dar a ela um nome, “baqueta”. Assim, mostrou-se instalado o brincar transicional para esse paciente e foi desenvolvida a possibilidade do espaço potencial ser colocado em ação. Conforme o andamento da terapia, o brincar da dependência absoluta tornou-se cada vez mais raro, dando espaço ao brincar característico da fase maturacional dependência relativa, pois a falha estava sendo suprida.

Outra conquista que o Edson expressou foi quando inventou a brincadeira de esconde-esconde de olhares, exigindo uma outra postura do analista. Outro exemplo, foi quando ele disse que estava com raiva dela e organizou uma forma de fazer as pazes, demonstrando a preocupação de reparar seus atos, ação típica do estágio rumo à independência. Assim, para melhor compreender qual estágio maturacional que o paciente está, quais experiências está vivenciando e como necessita que o profissional se apresente, é preciso esmiuçar os tipos de brincar de cada estágio maturacional.

O brincar pôde propiciar ao Edson a experiência de ressonância e espelho do *self*, o experimentar da diferenciação eu/não-eu, a agressividade no aspecto de motilidade. Sendo que as brincadeiras surgiram nas sessões de forma espontânea e proporcionaram a ele um desenvolvimento maturacional.

Trabalhar como psicoterapeuta infantil e atender crianças ditas autistas apresenta várias dificuldades, tais como: os pais pressionando para saber o que o filho tem, depois querem ver o desenvolvimento do filho; a escola que precisa ser orientada, pois não sabe o que fazer com essa criança que não aprende que não se interessa pelas atividades da escola. Além disso, o terapeuta precisa lidar com as suas próprias frustrações, porque esse profissional também deseja, mesmo implicitamente, ver o paciente se desenvolver.

É preciso calar todas essas vozes e essas demandas e estar ali com o paciente. Terapeuta e paciente no silêncio das duas almas, próprio de um encontro, ali se dá uma experiência, como descrito por Winnicott. E a cada encontro o profissional percebe uma pequena diferença, um gesto criativo, mesmo que bem pequeno e isso vai alimentando também a esperança de que o desenvolvimento está acontecendo e que o paciente só precisa de seu próprio tempo. Nesses momentos de encontro, o paciente percebe o terapeuta e o deixa participar dos momentos lúdicos. Há também os momentos agressivos. É preciso saber que tudo isso faz parte do desenvolvimento psíquico. E saber que você também está fazendo parte, disso é muito bonito e muito gratificante.

É importante também, poder suportar o caos e a abstração ou estranheza presentes no brincar autístico e estar lá com a criança para que ela, a partir de seu próprio gesto criativo, vá transitando desse brincar defensivo para o saudável. Embora os gestos, os “rabiscos” do analista sejam de vital importância, eles só cumprem o seu papel se forem incluídos sob a onipotência criativa da própria criança.

Depois do período descrito neste trabalho, não tive mais disponibilidade de tempo para atender o Edson. Então o encaminhei para uma colega que havia sido acompanhante terapêutica dele, dando continuidade ao tratamento. Apesar de ele ter começado a apresentar o brincar criativo, ele ainda precisava aprender a lidar com algumas questões, tais como as discriminações que estava vivenciando em sua escola. As dificuldades agora estão diferentes das que o trouxeram à psicoterapia.

Com esse caso e com outros que atendi posteriormente, fui capaz de testemunhar essa maturação do brincar das crianças. Com essa mudança dentro do espaço terapêutico, houve mudanças também nos ambientes sociais frequentados por elas.

A pesquisa na área do autismo ainda está incipiente. Os trabalhos desenvolvidos não priorizam os aspectos do brincar. Mesmo que elas se utilizem de exemplos do brincar na clínica, elas não desenvolvem o pensamento sobre essa técnica essencial para o trabalho psicoterapêutico infantil. Acredito que seja válido ampliar os estudos nesse área, principalmente das crianças menores e mais ensimesmadas que a do caso

de Edson. Além disso, vale também aprofundar-se no estudo da transição do estado autístico para o estado com coloridos psicóticos. Penso que seja importante pesquisar o brincar na casa da criança junto com seus familiares. Destaco que, a pesquisa desta dissertação foi realizada apenas com um sujeito, sugiro que os mesmos aspectos apontados aqui sejam investigados nos casos de outros sujeitos.

O tratamento psicanalítico é um momento da criança com característica autista se sentir aceita, acolhida em suas diferenças. Além disso, a escuta da família é de suma importância para tentar modificar a visão restritiva do sujeito com características autistas, que não aprende e é incapaz de se desenvolver. É, também, por meio dessa escuta que a família pode perceber as mudanças ocorridas com essa criança, além das qualidades e defeitos que muitas vezes estão imperceptíveis pelo olhar restritivo que as características do autismo traz. E também é um espaço onde os pais podem expor suas angústias a respeito do filho não ser o que eles esperavam.

Acredito que o Edson não tenha sido curado do autismo, pois acredito que o autismo não é uma doença. Mas o fato dele ter começado a brincar de uma forma imaginativa o permitiu se relacionar melhor com as pessoas. A família, a escola, a igreja onde ele frequentava foi importante para o desenvolvimento dele. Todos eles não foram devidamente citados, pois não era o objetivo desse trabalho.

REFERÊNCIAS

- Abram, J. *A linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- Ab'Saber, T, A, M. Dormir com as estrelas: sobre a sexualidade infantil. *Psychê*, vol. V, núm. 8, julho-dezembro, 2001, pp. 13-18.
- Ab'Saber, T, A, M. (2005) *O sonhar restaurado. Formas de sonhar em Bion, Winnicott e Freud*. São Paulo: Ed.34.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., Machado, M. C. L. & Ambrósio, F. F. (2003). A alma, o olho e a mão: estratégias metodológicas de pesquisa na psicologia clínica social winnicottiana. In *Caderno Ser e Fazer: Trajetos do sofrimento, rupturas e (re)criações de sentido*. (pp. 6-16).
- Cavalcanti, A., Elizabeth., & Rocha, P., S. (2007) *Autismo: construções e desconstruções*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Coelho, Carlos Frederico de Macedo. (2007) *Convivendo com Miguel e Mônica: uma proposta de acompanhamento terapêutico de crianças autistas*. 2007. 120 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura)-Universidade de Brasília.
- Dias, E, O. (2008)A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica. *Natureza Humana 10 (1)*, 29-46, jan. – jun.
- Ferreira, I,B,M. (2009)Construindo Castelos sobre orvalho, brincam crianças e portas. In *A presença de Winnicott no viver criativo diversidade e interlocução*. São Paulo: Z Y editora.
- Fulgêncio, L. (2008) O brincar como modelo de tratamento psicanalítico. In: *Revista Brasileira de psicanálise*, São Paulo, v. 42, n.1, pp.124-136.
- Guimarães, R. M. & Bento, V. E. S. (2008). O método do estudo de caso em psicanálise. *Psico*, 39(1), pp 91-99.
- Godoy, L. (2007) Uma veste para nossos sonhos: o lugar da cultura no pensamento de Winnicott in Ferreira, A. M. (org) *Espaço potencial Winnicott: diversidade e interlocução* (pp. 98 – 117) São Paulo: Landy Editora.
- Iribarry, Isac Nikos. (2003). O que é pesquisa psicanalítica?. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 6(1), pp. 115-138. Retrieve from <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982003000100007>

- Januário, L. M. (2012) *Transferência e espaço potencial: a relação analítica com crianças em estados autísticos e psicóticos*. Tese (Doutorado) - Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura.
- Khan, M,M,R. (2010) *Introdução do livro: Holding e interpretação*. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Little, M. I. (1992) *Ansiedades psicóticas e prevenção: registro pessoal de uma análise winnicottiana*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- May, A & Dib, M,C. (2001) A função do espelho na prática clínica *in Winnicott seminários paulistas*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Milner, M. (1991) Winnicott e a viagem de ida e volta. In *A loucura suprimida do homem são* (pp. 244-250) Rio de Janeiro: Imago.
- Mota, A, O. (2013). O teatro como palco para o *self*: Entre Winnicott, a arte e a clínica da atenção psicossocial. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. <http://repositorio.unb.br/handle/10482/14772>.
- Outeiral, J. (2001) O olhar e o espelho *in Livro de ouro da psicanálise*. Winnicott seminários paulistas. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Outeiral, J. (2007) *D.W. Winnicott: O homem e a obra in Livro de ouro da psicanálise*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Phillips A. (2006) *Winnicott*. São Paulo: Ideia & Letras.
- Safra, Gilberto. (1999). A clínica em Winnicott. *Natureza humana*,1(1), pp.91-101. Recuperado em 27 de mar o de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24301999000100006&lng=pt&tng=pt.
- Safra, G. (2006). *Desvelando a memória do humano: o brincar, o narrar, o corpo, o sagrado, osilêncio*. São Paulo: EdiçõesSobornost.
- Safra, G. (2015) *A face estética do self: teoria e clínica*. São Paulo: Ideias&letras.
- Santos. D. F. (2005) Autismo e psicologia clínica de abordagem dinâmica numa sala teacch: reflexões e partilha duma prática. *Revista Portuguesa de Psicossomática* [enlinea] 7 (janeiro-dezembro) : [Fecha de consulta: 10 de marzo de 2016]

Disponível em: <<http://redalyc.org/articulo.oa?id=28770216>> ISSN 0874-4696.

- Tafuri, M. I. (2003) *Dos sons à palavra: exploração sobre o tratamento psicanalítico da criança autista*. Brasília Abrafipp.
- Tafuri, M. I. (2006) Satisfação autística, isolamento e autismo: da constituição psíquica à psicopatologia In *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line*, VI, 2, 69-83.
- Tustin, F. (1975) *Autismo e psicose infantil*. Rio de Janeiro: Imago.
- Tustin, F. (1990) *Barreiras autistas em pacientes neuróticos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Vaisberg, T.M.A & Ambrosio, F.F. (2009) O estilo clínico ser e fazer como experiência brincante. In *A presença de Winnicott no viver criativo diversidade e interlocução*. São Paulo: Z Y editora.
- Weich, M.J. (1995) O analista suficientemente bom. In GIOVACCHINI, P.L. (Org.). *Táticas e técnicas psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- Winnicott, D.W. (1938,1963,1966/ 1997) Três revisões de livros sobre o autismo in *Pensando sobre crianças*. (pp. 175-178) Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1941/1982) A observação de bebês em uma situação estabelecida. In *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 139 – 164). Rio de Janeiro: Francisco Alves Ed.
- Winnicott, D.W. (1942/1971) Por que as Crianças Brincam in *A criança e seu mundo*. (pp.161-165) Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Winnicott, D.W, (1945/1982) Desenvolvimento emocional primitivo. In *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 269 – 285). Rio de Janeiro: Francisco Alves Ed.
- Winnicott, D.W, (1947/1982) O ódio na contratransferência. In *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 269 – 285). Rio de Janeiro: Francisco Alves Ed.
- Winnicott, D.W. (1949/1999) A mãe dedicada comum. In *Os bebês e suas mães*. (pp.1- 12) São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1950/1982) Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional. In *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 355 – 374). Rio de Janeiro: Francisco Alves Ed.

- Winnicott, D.W. (1952/1982) Ansiedade associada à insegurança. In *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 54 – 68). Rio de Janeiro: Francisco Alves Ed.
- Winnicott, D.W. (1954-5/1982) Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro de *setting* psicanalítico. In *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 459 – 481). Rio de Janeiro: Francisco Alves Ed.
- Winnicott, D.W. (1956/1982) Preocupação materna primária. In *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 491 – 498). Rio de Janeiro: Francisco Alves Ed.
- Winnicott, D.W.(1958/1983). A capacidade para estar só. In *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 31 – 37). Porto Alegre: Artmed Ed.
- Winnicott, D.W (1960/1983) Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. In *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 128 – 139). Porto Alegre: Artmed Ed.
- Winnicott, D,W. (1960/2001) O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 21 – 28). São Paulo: Martins Fontes Ed.
- Winnicott, D.W(1960)Teoria do relacionamento paterno-infantil. In *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 38 – 54). Porto Alegre: Artmed Ed., 1983
- Winnicott, C. et all. (1961/2007) Psiconeurose na infância in *Explorações Psicanalíticas D.W. Winnicott.* (pp. 53-58) Porto Alegre, Artmed.
- Winnicott, D.W (1962/1983) A integração do ego no desenvolvimento da criança. In *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 55 – 61). Porto Alegre: Artmed Ed.
- Winnicott, D.W (1962/1983) Enfoque pessoal da contribuição Kleiniana. In *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 163 - 174). Porto Alegre: Artmed Ed., 1983.
- Winnicott, D.W (1963/1983a) O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 70 – 78). Porto Alegre: Artmed Ed.
- Winnicott, D.W (1963/1983b) Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 79 – 87). Porto Alegre: Artmed Ed., 1983
- Winnicott, D.W (1963/1983c) Comunicação e falta de comunicação levando a estudo de certos opostos In *O ambiente e os processos de maturação* (pp.

- 163 -174). Porto Alegre: Artmed Ed., 1983
- Winnicott, D.W (1963/1983d) Os doentes mentais na prática clínica In *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 196 -206). Porto Alegre: Artmed Ed., 1983.
- Winnicott, D.W (1963/1983e) Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação analítica. (pp. 225-233) Porto Alegre: Artmed Ed., 1983.
- Winnicott, C. et all. (1963/2007) O medo do colapso (*Breakdown*) in *Explorações Psicanalíticas D.W. Winnicott.* (pp. 70-76) Porto Alegre, Artmed.
- Winnicott, C. et all. (1964-1968/2007) O jogo do rabisco in *Explorações Psicanalíticas D.W. Winnicott.* (pp.230 - 248) Porto Alegre, Artmed.
- Winnicott, D.W. (1965/1971) Que entendemos por uma criança normal? in *A criança e seu mundo.* (pp. 140-147) Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Winnicott, D.W. (1965/1971) Pormenores da alimentação do bebê pela mãe. In *A criança e seu mundo.* (pp. 49-54) Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Winnicott, D.W. (1966/1997) Autismo in *Pensando sobre crianças.* (pp. 179-192) Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1967/1997) A etiologia da esquizofrenia infantil em termos de fracasso adaptativo in *Pensando sobre crianças.* (p.193-198) Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1968/1999) A comunicação entre os bebês e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergência e divergência. In *Os bebês e suas mães.* (pp.79-92) São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, C. et all. (1968/2007) O uso do objeto in *Explorações Psicanalíticas D.W. Winnicott.* (pp. 171 - 177) Porto Alegre, Artmed.
- Winnicott, C. et all. (1969/2007) A experiência mãe-bebê de mutualidade In *Explorações Psicanalíticas D.W. Winnicott.* (pp.195 - 202) Porto Alegre, Artmed.
- Winnicott, D.W. (1970/1999) A dependência nos cuidados infantis. In *Os bebês e suas mães.* (pp.73-78) São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1975) *O brincar e a realidade.* Rio de Janeiro; Imago.
- Winnicott, D.W. (1990) *Natureza Humana.* Rio de Janeiro: Imago Ed.