

Fernanda Marinho Corrêa

**Um objeto reluzente -
Passos iniciais da clínica psicanalítica com bebês de
Donald Wood Winnicott.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Estudos Psicanalíticos

Orientadora: Ângela Maria Resende Vorcaro

Belo Horizonte

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

2012

150 Corrêa, Fernanda Marinho
C824r Um objeto reluzente [manuscrito] : passos iniciais da clínica psicanalítica

2012 com bebês de Donald Wood Winnicott / Fernanda Marinho Corrêa. – 2012.

56 f.

Orientadora: Angela Maria Resende Vorcaro

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências.

1. Winnicott, D. W.(Donald Woods),1896-1971. 2. Psicologia – Teses. 3. Crianças – Desenvolvimento - Teses. 4. Psicologia clínica infantil. I. Vorcaro, Angela M. R. (Angela Maria Resende). II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-graduação em Psicologia

Dissertação intitulada “Um objeto reluzente - Passos iniciais da clínica psicanalítica com bebês de Donald Wood Winnicott”, de autoria da mestrande Fernanda Marinho Corrêa, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Professora Doutora Ângela Maria Resende Vorcaro – FAFICH/UFMG – Orientadora

Professora Doutora Cassandra França – FAFICH/UFMG

Professor Doutor Flávio Diniz Capanema – Faculdade de saúde e ecologia humana de
Vespasiano

Professor Doutor Adriano Nascimento
Coordenador do programa de pós-graduação em Psicologia
FAFICH/UFMG

Belo Horizonte, 13 de Fevereiro de 2012.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha orientadora, Ângela Vorcaro, pela relação amistosa que desenvolvemos e pela possibilidade de aprendizado. Nossas discussões foram essenciais para a pesquisa, e também para a minha vida profissional.

Agradeço à Patrícia Ferreira, que me co-orientou de forma dedicada e minuciosa em relação à teoria winnicottiana. Agradeço à Sophia Piacenza pela leitura cuidadosa e a Ariana Lucero pela revisão.

Aos meus pais, Fábio e Lúcia, e também aos meus avôs, Maisé e Dumá, sou grata pelo incentivo ao estudo e por nunca deixarem de apostar em mim! Agradeço também ao meu irmão, Ricardo, que com seu travesseirinho me possibilitou o acesso à experiência concreta dos objetos transicionais.

Ao Rodrigo sou grata pelo companheirismo e pelo carinho sem fim. Também sou grata ao pessoal da família Spadinger pela acolhida, e em especial a Tica pelo cuidado.

Agradeço à Edna, minha analista winnicottiana, porque, sem o seu cuidado suficientemente bom, nada disso teria sido possível. Agradeço também à Janê, que me introduziu na experiência com os bebês e supervisionou na observação da relação mãe e bebê.

Não poderia deixar de agradecer ao meu grupo de referência, das amigas psicólogas, Ana Luíza, Ana da Fonseca, Juliana e Anna Cláudia. Nossos encontros e discussões são fonte de inspiração e acima de tudo de alegria! Agradeço também à amiga Flavia Coutinho, minha conquista afetiva do mestrado. Ainda no quesito das amigadas, agradeço à Adriana, que, desde que virou mãe da Helena, tem sido um modelo da maternagem suficientemente boa.

Por fim, agradeço a CAPES pela bolsa de estudos que permitiu a tranquilidade necessária para que eu pudesse me dedicar à pesquisa. Agradeço também à professora Cassandra França e ao Doutor Flávio Capanema pelas contribuições na banca da dissertação. E também às meninas da secretaria do colegiado, Flávia e Heloísa, pela ajuda com as questões institucionais.

Resumo

A partir de interrogações concernentes à especificidade da clínica psicanalítica com bebês retomamos o método winnicottiano, denominado “Observação de bebês em uma situação estabelecida” (Winnicott, 1978/1941), para recuperar seu alcance teórico-clínico. Com esse método, Winnicott descreve um determinado padrão de comportamento do bebê em um *setting* específico com a mãe, que ocorre aliado à presença de uma espátula reluzente, que, por seu brilho, atrai a atenção do bebê.

Safra (1999) considera que a observação de bebês em uma situação estabelecida configura-se como uma matriz do pensamento de Winnicott. Pretendemos resgatá-la, pois acreditamos que o referido artigo é fundamental para a compreensão do arcabouço teórico do autor. Por meio de uma revisão da literatura, abordamos a obra Winnicott, promovemos um debate de sua teoria com áreas afins; e, realizamos uma sistematização de sua teoria do amadurecimento. Além disso, recolhemos, na obra de Winnicott, as observações relativas ao bebê e ao seu método clínico de observação de bebês em uma situação estabelecida.

Acreditamos que a observação de bebês em uma situação estabelecida é um instrumento capaz de reconhecer os sinais precoces de sofrimento do bebê, a tempo de evitar a cronificação dessa condição. O propósito deste estudo é difundir e fomentar a utilização do instrumento winnicottiano.

Palavras chaves: desenvolvimento infantil, clínica psicanalítica com bebês, jogo da espátula, saúde psíquica da criança.

Abstract

From interrogations concerning the validity of a psychoanalytical clinic with babies, we propose, in this dissertation, to conduct a theoretical study about Winnicott's method called "Observation of babies in an established situation" (Winnicott, 1978/1941), in order to recover the theoretical and clinical range of this instrument. With this method Winnicott describes a particular pattern of infant behavior in a specific setting with the mother, which occurs with the presence of a brilliant spatula that through its brightness attracts the baby's attention.

Safra (1999) considers that the observation of babies in an established situation a matrix of Winnicott's thought, which makes it crucial for understanding the theoretical framework of the author.

Through a literature revision we discuss Winnicott's work and promote a debate of his theory with related areas. Allied to this, we perform a systematization of his theory of maturation, as well as of its clinical method of infant observation. We believe that the observation of babies in an established situation is an instrument able to recognize the early signs of baby suffering, in time to prevent this chronic condition. The purpose of this study is to disseminate and encourage the use of this Winnicottian instrument.

Keywords: infantile development, psychoanalytic practice with babies, playing with a spatula, Winnicott, child's psychic health.

Sumário

	Págs.
Introdução	7
Capítulo 1 - O homem e a Obra	13
1.1 O Homem.....	13
1.2 O Debate com a Pediatria, com a Psiquiatria e com a Psicanálise.....	15
1.3 O <i>Middle Group</i>	17
1.4 O Debate com a Teoria Freudiana	18
1.5 O Debate com a Teoria kleiniana.....	23
Capítulo 2 - A Teoria do Amadurecimento Pessoal	26
2.1 Os Bebês e suas Mães.....	26
2.2 Os Estágios do Amadurecimento	29
2.2.1 A Dependência Absoluta.....	29
2.2.2 A Dependência Relativa.....	34
2.2.3 Rumo à Independência	36
Capítulo 3 - A Observação de Bebês em uma Situação Estabelecida	39
3.1 O Método de Observação de Bebês em uma Situação Estabelecida	39
3.2 A Representação da Espátula.....	40
3.3 A Sequência de Eventos	42
3.3.1 O Período de Hesitação.....	44
3.3.2 O Terceiro Estágio como <i>Fort-da</i>	46
3.4 O Caso Clínico como Ilustração	47
Considerações Finais	49
Referências	53

Introdução

*Ela será mais uma vez o centro e o âmago da criação –
Sua majestade o Bebê.
Freud*

Eleger o bebê como alvo de estudos representa um enigma para a psicanálise, por esta encontrar-se desprovida do seu instrumento básico de trabalho que é a fala; e, assim, de seu propósito de cura pela fala. Fernandes (2010) define a clínica psicanalítica com bebês como “um processo terapêutico em que um bebê que ainda não fala, pode ser escutado através da observação” (p. 23). Partilhando dessa hipótese, nos detivemos na clínica winnicottiana para interrogá-la nos seguintes termos: é possível localizar um saber num ser que não responde com palavras? Existe possibilidade de se escutar o bebê através de sua observação clínica?

Apesar da clínica com bebês configurar-se como uma prática contraditória para a psicanálise, devido ao fato de tratar-se de uma escuta sem fala, ainda assim essa prática torna-se um desafio e uma aposta. Roudinesco (1998) considera Donald Wood Winnicott um analista “dotado de um excepcional gênio clínico, e um dos pioneiros na clínica psicanalítica com bebês” (p. 298). No período compreendido entre 1930 e 1970, ele atua como pediatra, psiquiatra e psicanalista, pesquisando, entre outros assuntos, o desenvolvimento do bebê e sua relação com a mãe.

Sobre a prática clínica com bebês, Winnicott aponta que: “embora seja geralmente conhecido existir uma sutileza quase infinita no manejo que a mãe faz do seu bebê, a teoria psicanalítica levou longo tempo para chegar a esta área da experiência viva” (Winnicott, 1994/1969, p.195). O autor (1983/1957) defende que “a psicanálise tem muito a aprender (com aqueles) que observam diretamente as crianças, junto com as mães, no ambiente em que vivem ao natural” (p. 105). A partir dessa assertiva winnicottiana, surge o desejo de investigar se é possível, por intermédio da observação, alcançar uma objetivação da clínica psicanalítica com o bebê.

Em sua prática clínica, Winnicott observa que os bebês ficam “emocionalmente doentes” (Winnicott, 1983/1962, p. 157), apresentando sintomas como: a negatividade para alimentação, desinteresse por objetos, alteração do sono e do humor, choro contínuo, irritabilidade e comprometimento no contato com o outro. Frente a isso, ele esforça-se para

pesquisar as causas das enfermidades precoces, com intuito de detectá-las precocemente, a tempo de evitar a sua cronificação.

O autor confirma que a maior parte dos problemas que levam os bebês e suas mães ao ambulatório pediátrico ocorre “devido a dificuldades emocionais primitivas” (Dias, 2003, p.14). Esse fato faz com que ele se depare com a necessidade de compreender a implicação materna no adoecimento da criança. Winnicott cita como exemplo o caso de um menino, que O autor cita como exemplo o caso de um menino, que viera sozinho ao hospital e disse-lhe: “Doutor, minha mãe se queixa de uma dor no meu estômago” (Granã, 2007, p. 49). O autor se depara com a necessidade de compreender a implicação materna no adoecimento da criança, inferindo que, entre outras variáveis, “a ausência de algum distúrbio físico (da criança) aponta para algo de ordem psicológica, ou para a depressão da mãe manifesta através de uma preocupação excessiva com a criança” (Dias, 2003, p. 55).

Ao reconhecer “a existência de uma estrutura mental bastante complexa, mesmo no caso do bebê recém-nascido” (Winnicott, 1971/1936, p.112), o autor constata que a psicanálise do bebê não é tão simples quanto poderia parecer à primeira vista. Winnicott começa a atentar-se para os detalhes da alimentação do bebê, e pesquisa a relação existente entre o apetite e o desenvolvimento emocional; entendendo que “o tipo de fantasia oral pode ser deduzido a partir da observação de como os bebês brincam com um objeto” (Winnicott, 1971/1936, p.11). A partir dessa experiência, o autor deduz que o contato clínico direto com bebês fornece uma oportunidade rica para observação e aplicação de princípios analíticos.

Para trabalhar psicanaliticamente com os bebês e suas mães, Winnicott (1978/1941) desenvolve o método de “Observação de bebês em uma situação estabelecida”. No *setting* clínico, esse método, se torna um instrumento psicanalítico, em que o autor descreve um determinado padrão de comportamento do bebê, na presença da mãe, e de uma espátula reluzente, que, pela via do seu brilho, atrai a atenção do bebê. Pela via da situação estabelecida, Winnicott tem a oportunidade de avaliar como o bebê se precipita em direção à espátula, e quais são as consequências desse gesto para o seu desenvolvimento e amadurecimento.

Safra (1999) aponta que a observação de bebês em uma situação estabelecida configura-se como a matriz do pensamento de Winnicott, tornando-o uma referência fundamental para a compreensão do arcabouço teórico winnicottiano. De acordo com Granã (2007), as ideias esboçadas nesse artigo atingem seu ponto de síntese quase trinta anos mais

tarde, no que é considerado o último grande artigo do autor, o seu ensaio sobre o uso de objeto, publicado no livro “O Brincar e a Realidade” (1975/1971). Dessain (2008) afirma que a situação estabelecida configura-se como uma importante virada na obra de Winnicott, pois até 1940, ele produz apenas artigos médicos sobre diferentes distúrbios psicossomáticos da infância, mas “um rápido estudo de conteúdo já revela o interesse do autor por aquilo que, no corpo ou pelo corpo, se estabelece no limite ou como limite” (Dessain, 2008, p. 4).

Nosso problema de pesquisa parte das interrogações postuladas anteriormente, que concernem à validade de uma clínica psicanalítica com bebês e o seu alcance clínico. Pretendemos com esta dissertação privilegiar o estudo teórico do método winnicottiano para observar os bebês e suas mães. Temos como objetivo geral difundir a utilização do método de observação de bebês em uma situação estabelecida (Winnicott, 1978/1941) e discutir teoricamente a sua aplicação. E como objetivos específicos fazer uma sistematização da teoria do amadurecimento do autor e do seu método clínico de observação de bebês.

Optamos por realizar uma revisão bibliográfica do instrumento observação de bebês em uma situação estabelecida (Winnicott, 1978/1941), ao invés de aplicar o instrumento na prática, porque concordamos com Khan (1978) quando ele nos aponta que o ato de simplesmente tentar imitar a experiência de Winnicott, sem entender o arcabouço teórico por trás de cada um de seus instrumentos, “redundaria em caricaturas grotescas de algo que representa uma fonte de deleite para quem se propõe a pesquisar seu método” (p. 30). Loparic (2000) ressalta que o propósito de Winnicott não é ser simplesmente imitado. O psicanalista inglês “nutre o propósito de ensinar o que sabe a fim de que as pessoas possam criar sua própria capacidade de adquirir conhecimentos e trabalhar em psicoterapia por sua própria conta” (Loparic, 2000, p. 60). Localizar as bases em que tal instrumento assenta-se nos permite, por um lado, ressaltar a singularidade do clínico, ao mesmo tempo em que se cumpre o objetivo de uma dissertação de mestrado, em suas possibilidades e limites.

Pelas arestas entre pesquisa e clínica em psicanálise, a pesquisa a respeito da clínica psicanalítica winnicottiana com bebês nos impõe desafios, mas, ao mesmo tempo, nos permite investir em novas perspectivas conceituais e práticas; e, acima de tudo, nos convida a novos engajamentos, desdobramentos e inovações. Em termos de metodologia, desenvolvemos uma pesquisa qualitativa e exploratória. Pela via de uma revisão bibliográfica, recolhemos na obra de Winnicott as observações relativas ao bebê e ao seu método clínico para trabalhar com os bebês e as mães denominado: observação de bebês em uma situação estabelecida (Winnicott, 1978/1941).

O interesse pelo tema vai além da mera admiração pelo método clínico de Winnicott. Ele parte de uma experiência clínica de observação da relação mãe-bebê, prévia à pesquisa e escrita da dissertação. Tal experiência, realizada nos moldes de observação propostos por Esther Bick¹, que configuram-se como uma observação privilegiada da estruturação da personalidade do bebê e dos seus primeiros gestos espontâneos. A observação da relação mãe e bebê transportam para o *setting*, “a atenção flutuante da técnica psicanalítica conferindo, porém, ao olhar, e não somente ao ouvido, a função de se deixar levar para onde forem as sequências dos fenômenos do momento observado” (Vilete, 1995, p. 85). Optamos pelo tema, pois acreditamos que temos muito a aprender com os bebês e suas mães a respeito das relações humanas. Defendemos que o estudo dessa relação é essencial para compreendermos como o bebê alcança a possibilidade de ter acesso ao sentido de sua existência, algo que a teoria winnicottiana contempla com maestria.

O propósito deste estudo é fomentar a utilização do instrumento winnicottiano não apenas por analistas de bebês e crianças pequenas, mas também por outros profissionais da saúde, como os psiquiatras e os pediatras, que são os profissionais da saúde mais acessíveis e primários ao bebê e à mãe. Para que eles conheçam e reconheçam a importância das contribuições teóricas e do método clínico de Winnicott. E, que com isso, eles possam desenvolver um olhar sensível para os indícios clínicos que apontam para o sofrimento psíquico do bebê.

Vale lembrar, como pode ser constatada em uma pesquisa contemporânea de indicadores de risco para o desenvolvimento de bebês (IRDI), a importância que a perspectiva winnicottiana ali assume, principalmente, quando se investiga o modo de articulação e sustentação da relação mãe/bebê como indicativo da condição psíquica do infante (Lerner e Kupfer, 2008). O IRDI faz parte de um esforço para fundamentar a clínica psicanalítica com bebês e com crianças pequenas, em que o objetivo principal é observar a relação que é estabelecida entre o bebê e sua mãe.

A noção de sujeito em psicanálise é o ponto de partida para a construção do IRDI, e fundamenta o olhar que se pretende dar à criança. O sujeito deve ser compreendido como o sujeito do inconsciente, aquele que só existe no campo da linguagem. É por

¹ Esther Bick desenvolve o método de observação da relação mãe e bebê como treinamento para psicoterapeutas de crianças. Bick considera a experiência de observação como algo que facilita aos estudantes uma compreensão mais clara a respeito da experiência infantil de seus pequenos pacientes (cf.: Nascimento, Almeida; e Pedrosa, 2011, *Reflexões teóricas sobre o método de observação de bebês*).

meio da noção de sujeito que se esclarece que o mundo ao redor do bebê é mais do que o ambiente físico e que os adultos que ali estão e prestam cuidados a eles, garantem a sua sobrevivência e também transmitem a ordem que é pré-existente a sua chegada (Pesaro, 2011, p.146).

O IRDI considera que é a partir da relação com a mãe que o bebê pode vir a localizar-se como um indivíduo. Encontramos a raiz dessa inclusão metodológica essencial na prática winnicottiana com bebês e suas mães. O IRDI inclui indicadores de risco psíquicos para o desenvolvimento de bebês na ficha de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento do ministério da saúde. Mais que indicadores referenciados unicamente no organismo do bebê, tal pesquisa focaliza a sustentação, dada ao bebê, por sua mãe, no fomento das relações deste com os objetos e pessoas. A pesquisa foi realizada no período entre 2000 e 2008, pelo GNP, grupo nacional de pesquisa. A partir da psicanálise, especialmente das vertentes freudiana, lacaniana e winnicottiana, preservando-se as singularidades epistemológicas de cada uma das abordagens, trinta e um indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil foram pesquisados e aplicados em setecentas e vinte e seis crianças, com idade entre zero e dezoito meses. Os indicadores são divididos em quatro eixos: suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença/ausência e função paterna.

Os trinta e um indicadores são: 1) Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. 2) A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês). 3) A criança reage ao manhês. 4) A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. 5) Há trocas de olhares entre a criança e a mãe. 6) A criança começa a diferenciar o dia da noite. 7) A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades. 8) A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar a sua resposta. 9) A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases. 10) A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo à ela. 11) A criança procura ativamente o olhar da mãe. 12) A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço. 13) A criança pede ajuda de outra pessoa sem ficar passiva. 14) A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar sua atenção. 15) Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe. 16) A criança demonstra gostar ou não de uma coisa. 17) Mãe e criança compartilham uma linguagem particular. 18) A criança estranha pessoas desconhecidas para ela. 19) A criança possui objetos prediletos. 20) A criança faz gracinhas. 21) A criança busca o olhar de aprovação do adulto. 22) A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada. 23) A mãe alterna momentos de dedicação à

criança com outros interesses. 24) A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas. 25) A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno. 26) A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede. 27) A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe. 28) A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai. 29) A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos. 30) Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança. 31) A criança diferencia objetos, maternos, paternos e próprios.

Em um breve esboço do percurso que será desenvolvido ao longo da dissertação, temos no primeiro capítulo, a discussão a respeito do homem e a obra, em que pretendemos conhecer quem é Winnicott e promover um debate com áreas afins. Em seguida, no segundo capítulo, sobre a teoria do amadurecimento emocional do autor, discutiremos a perspectiva winnicottiana sobre o relacionamento do bebê com a mãe. No terceiro capítulo, faremos uma descrição sistematizada sobre a observação de bebês em situação estabelecida, em que discutiremos os seus estágios e suas especificidades clínicas. Circunscreveremos, então, os seus participantes, no caso: o bebê, a mãe e o analista. Aliado a isso, buscaremos entender o sentido que o autor atribui à espátula reluzente. Em seguida, faremos as considerações finais, em que tentaremos responder às questões lançadas ao longo do texto, e, com isso, correlacionar os principais elementos da teoria do amadurecimento de Winnicott aos elementos da situação estabelecida.

Capítulo 1 – O Homem e a Obra

*Maior que o infinito é o incolor.
Eu sou meu standarte pessoal.
Preciso do desperdício das palavras para conter-me.
O meu vazio é cheio de inerências.
Manoel de Barros*

1.1 O Homem

Para compreendermos o método clínico empregado por Winnicott para trabalhar com os bebês e as mães, é necessário localizar o homem no panorama de sua obra. O autor é nascido em Plymouth, na Inglaterra, em uma família bem constituída tanto emocional quanto materialmente. Em sua casa reinam alegria, música e jogos. Ele é um filho muito querido pela mãe e por suas irmãs, e mais tarde torna-se uma criança saudável e amável. Sobre o convívio com a família Winnicott, Clare Winnicott (1994) assistente social, esposa e colaboradora do autor, relata:

O lar dos Winnicott era grande e movimentado, com muita atividade, havia espaço para todos na grande casa e jardim e não faltava dinheiro. Havia uma horta, um pomar, um gramado para jogar críquete, uma quadra de tênis e um açude e árvores altas que fechavam todo o jardim (Winnicott, 1994, p.1).

Clare Winnicott (1994) observa que, a capacidade de brincar característica do marido, é o fator responsável por conduzi-lo à área de pesquisa a respeito da transicionalidade. A compreensão da visão de Winnicott sobre os fenômenos transicionais “pode ser encontrada em sua própria personalidade, em sua maneira de relacionar-se e de fazer os demais com ele se relacionarem, e em todo seu estilo de vida” (Winnicott, 1994, p.2).

Winnicott demonstra grande apreço pelos indivíduos “interessados no cuidado e não na cura de pessoas psicologicamente enfermas, sendo elas crianças ou adultos” (Khan, 1978, p. 12). Na perspectiva de Khan (1978), não se pode começar a entender o talento de Winnicott como clínico, se não estivermos cientes que, nele, “psique e soma viviam em perpétuo diálogo e debate, e suas teorias e abstrações do constante *happening* que era Winnicott, o ser vivente e o clínico” (p. 7).

Em 1920, ano de sua formatura em medicina, Winnicott já defende a impossibilidade de realizar diagnóstico dos distúrbios pediátricos; sem levar em consideração os aspectos psicológicos do paciente. Ele atribui grande importância à sua formação em medicina, por lhe

permitir discriminar; entre os estados clínicos, os que apresentavam a presença de um fator físico atuante, e os que derivam de sintomas psicológicos secundários. Nesse momento, o autor encontra-se encantado com a possibilidade que a psicanálise apresenta a ele, por abordar não apenas a doença psíquica, mas também os distúrbios somáticos em seu ponto de vista psicológico.

Em 1923, Winnicott assume o posto médico como pediatra, no *Paddington Green Hospital*, ficando impactado com a precocidade dos distúrbios apresentados pelos pacientes. Ele começa a compreender a determinação que os aspectos psíquicos exercem no adoecimento das crianças, e constata a existência de uma estreita conexão do fator emocional aos distúrbios infantis. O autor decide incluir a psicanálise em sua formação, e dá início à sua primeira análise pessoal com James Strachey. Em 1935, ele é aconselhado por Strachey a procurar Melanie Klein, dando início a uma supervisão.

A partir de 1940, durante a Segunda Guerra, Winnicott é nomeado psiquiatra consultor do plano de evacuação da Inglaterra, e se envolve com as operações de transferência das crianças de Londres para o interior do país. Ele começa a tratar de crianças abandonadas e desajustadas, que demandam providências especiais, e que apresentam a tendência antissocial². Ao atender essas crianças, ele reconhece um campo de intervenção para a psicanálise infantil, e isso o obriga a repensar o método. O autor entende que existe uma limitação da teoria psicanalítica para lidar com casos de tendência antissocial e critica a negligência da psicanálise tradicional, devido ao fato de ela não admitir que primeiramente a patologia encontra-se situada no ambiente, e só secundariamente fará efeitos na criança. A grande preocupação de Winnicott, com relação à questão ambiental, é como levar em consideração o ambiente “sem perder tudo aquilo que foi conquistado pelo estudo dos fatores internos”. (Winnicott, 1989, p. 577).

² De acordo com a perspectiva de Winnicott (1951), a tendência antissocial ocorre devido a uma falha ambiental em um momento em que a criança já possui uma organização egoica mínima para perceber essa falha. A criança sofre uma privação frente à perda de um referencial afetivo, que acontece por um tempo maior do que ela consegue suportar, e manter viva em sua memória a recordação da experiência. O psicanalista entende que quando uma experiência boa do ponto de vista do amadurecimento da criança é perdida, uma desintegração externa reflete-se em seu mundo interno, e ela responde recorrendo à destrutividade, à mentira e ao roubo.

1.2. O Debate com a Pediatria, com a Psiquiatria e com a Psicanálise.

O modo particular de Winnicott encarar o desenvolvimento do bebê deriva da confluência de vários tipos de experiência adquiridas em sua prática como pediatra, psiquiatra e posteriormente como psicanalista. Como pediatra, ele observa os lactentes com suas mães e consegue que inúmeras delas descrevam o modo de vida de seus bebês nos estágios iniciais, antes que ela perdesse o contato com essas intimidades. A partir dessa experiência, o autor pode afirmar de forma segura que a prevenção da doença que leva o paciente até o hospital psiquiátrico “está nas mãos dos pediatras” (Winnicott, 1958, p.418).

Por se considerar “um pediatra que se voltou para a psiquiatria e um psiquiatra que se apegou à pediatria” (Winnicott, 1978/1948, p.287), Winnicott começa a estabelecer um elo clínico entre o desenvolvimento infantil e os estados psiquiátricos, e defende que os psiquiatras precisam seguir em frente com o exame das sutilezas do relacionamento genitor-bebê.

Estabelecem o fato de que, na análise da psicose, a infância do paciente aparece como tendo abrigado os conflitos intoleráveis que levaram à repressão, ao levantamento de defesas e à interrupção do desenvolvimento emocional do indivíduo com a formação de sintomas. Foi natural, portanto, que a pesquisa passasse a se dirigir diretamente à vida emocional das crianças. Logo foi descoberto que a reconstrução que os pacientes adultos forneciam de seus conflitos infantis podia ser observada em crianças e claramente detectada no tratamento analítico das mesmas. Não demorou muito para que se começasse a considerar que a doença mais psicótica de adultos poderia estar relacionada às experiências de crianças pequenas (Winnicott, 1978/1948, p. 287- 288).

É importante destacar que o que possibilita a Winnicott compreender as necessidades mais sutis dos bebês decorre de sua prática com pacientes psicóticos. As experiências clínicas do autor com esses pacientes levaram-no até “à condição humana mais precoce” (Winnicott, 1983/1963, p. 211- 212). Na perspectiva winnicottiana, os pacientes psicóticos encontram-se regredidos, por não terem sido cuidados de forma satisfatória em seu ambiente primário. O autor percebe que esses pacientes necessitam de regredir a dependência, e que jamais serão capazes de fazer isso sozinho, a menos que alguém pressinta sua necessidade e se disponha a tratar deles. Ao tratar de regressão em psicanálise, Winnicott se refere à expectativa do indivíduo de que venham a existir condições favoráveis e capazes de oferecer a ele uma nova chance de desenvolvimento, antes impossibilitada devido à situação de fracasso ambiental.

Winnicott aponta que existe uma limitação da psicanálise tradicional para lidar com casos de psicose. Em sua compreensão, os pacientes psicóticos necessitam de um manejo específico, que é uma espécie de adaptação na situação clínica, e, em alguns casos fora dela, do que faltou a eles durante o seu desenvolvimento emocional, até que o paciente possa “tornar-se capaz de aceitar o que é bom no ambiente como uma projeção simples e estável de elementos emergentes que se originam do seu próprio potencial herdado” (Winnicott, 1983/1960, p.39). O autor faz uma crítica à psiquiatria, pois em sua perspectiva, a psiquiatria enxerga a criança como um adulto em miniatura e aplica nelas os mesmos critérios clínicos e psicopatológicos da psiquiatria geral, não havendo lugar para a concepção de uma psicose infantil e muito menos para a avaliação de distúrbios em bebês.

É preciso considerar que a clínica médica psiquiátrica com bebês e crianças não existia antes de 1930 com conceitos próprios, e só teve lugar, sob influência direta da psicanálise. Bercherie (1988) aponta que as observações dos clínicos sobre a infância é determinada pelo olhar que eles têm sobre a mesma.

O que caracteriza, com efeito, esse novo período é a influência dominante que exercem sobre a clínica infantil as ideias psicanalíticas, que vão doravante estruturar a *démarche*. A descoberta que toda manifestação psicopatológica é o resultado do conflito psíquico e que este conflito, na sua expressão atual no adulto, repete a história infantil do sujeito, toma, no quadro da clínica infantil, uma ressonância bem particular, pois que é de uma situação conflitual atual, ou ao menos recente, que dependem então as perturbações psicológicas (Bercherie, 1988, p. 6).

Como psicanalista Winnicott (1990/1988), utiliza-se de seu talento para conseguir que as mães o contassem sobre a história precoce dos distúrbios de seus filhos, e, logo se impressiona pelo *insight* que a psicanálise dava das vidas das crianças, e pôde perceber que havia “um lugar para a psicanálise de crianças, tanto como método terapêutico quanto como um instrumento de pesquisa” (p. 22). A psicanálise para Winnicott (1978/1954) é uma ciência aplicada, que não se refere apenas a um exercício técnico, mas sim a algo que nos tornamos capazes de fazer quando certo estágio na aquisição de uma técnica básica é atingido: “Todas as características importantes deste processo derivam do paciente, e não de nós como analistas” (p. 459). A ação mais importante do tratamento psicanalítico “é aquela exercida junto aos pacientes psiconeuróticos, e consiste em trazer para a consciência aquilo que estava inconsciente. Isto é conseguido principalmente por meio da revivência que ocorre na relação entre o paciente e o analista” (Winnicott, 1990/1988 P.78).

Na perspectiva de Winnicott, as mudanças ocorrem na análise quando os fatores traumáticos entram no material psicanalítico no jeito próprio do paciente. As interpretações, por sua vez, se prestam a permitir que o paciente conheça os limites da compreensão do analista, e, as que são capazes de mudar coisas são aquelas que podem ser feitas em termos de projeção. “Tudo é interpretado em termos do amor e da ambivalência do indivíduo” (Winnicott, 1983/1960, p.38).

Foi recentemente que me tornei capaz de esperar por uma evolução natural da transferência surgida da crescente confiança do paciente na técnica psicanalítica e no *setting*, (...). Fico assustado em imaginar quantas mudanças importantes eu impedi ou retardei em função de uma necessidade pessoal de interpretar. Se nos for possível esperar, o paciente chegará ao entendimento de uma forma criativa e com imenso prazer. Posso agora gozar desse prazer mais do que costumava fazer quando tinha a sensação de ser engenhoso. Penso que interpreto fundamentalmente para que o paciente conheça os limites da minha compreensão. É o paciente é tão somente o paciente que detém as respostas (Winnicott, 1994/1968, p.86,87).

No que concerne à clínica psicanalítica com bebês, o “inconsciente é uma palavra que só poderia ser aplicada à mãe” (Winnicott, 2006/1968, p. 77). Para o bebê ainda não existe um consciente e um inconsciente, o que há ali é um complexo anatômico e fisiológico, e, junto a isso, um potencial para o desenvolvimento de uma personalidade humana.

1.3 O *Middle Group*

Apesar de declarar que só sabia pensar e escrever a partir de sua própria experiência e com sua própria linguagem, Winnicott “não se absteve da discussão com seus contemporâneos” (Dias, 2003, p. 75). Ao longo de sua obra, encontramos comentários e debates com diversos autores como: Jung, Lacan, Esther Bick, Joan Riviere, Bion, Balint, Spitz, dentre outros. Winnicott realiza diversas discussões clínicas com Anna Freud e Melanie Klein, representantes de peso no panorama da psicanálise infantil inglesa.

O autor compartilha com Anna Freud o interesse pelo cuidado de crianças nos tempos da guerra. Ela desenvolve um trabalho na creche *Hampstead*, e pesquisa a relação entre as condições externas e os seus efeitos sobre o psiquismo das crianças. Sobre a senhorita Freud, Winnicott (1994/1969) destaca:

Aqueles que a conheceram quando a guerra se desenvolvia e havia tanta ansiedade no ar, ficaram espantados com a maneira pela qual ela conseguia ser uma organizadora brilhante, como se não houvesse bombas caindo e ninguém se encontrasse em perigo. É fora de dúvida que as bombas não são tão más quanto à perseguição, que afeta a mente e ameaça a integridade pessoal de alguém, e a Srta. Freud faz referência a isso em uma nota de rodapé: “Seria injusto atribuir responsabilidade por quaisquer deficiências no trabalho às

condições bélicas muito sérias que reinavam na Inglaterra na ocasião. Pelo contrário, a experiência de perigo comum, da ansiedade e da tensão comuns, criava no pessoal uma atmosfera de entusiasmo e de devoção exclusiva aos interesses comuns, a qual seria difícil de duplicar nos tempos de paz” (p.389).

Anna Freud ingressa no movimento psicanalítico a partir da psicanálise de crianças, e inicialmente compartilha com o pai o ceticismo referente à viabilidade da análise infantil. Ela acredita que uma análise sobre a própria criança neurótica deve parecer mais digna de confiança, mas não pode ser rica em material, já que palavras e pensamentos precisam ser emprestados à criança, e os estratos mais profundos podem tornar-se impenetráveis para a consciência. Anna Freud concebe a imaturidade psíquica da criança ao funcionamento mental infantil, e, devido a isso, ela adota uma abordagem pedagógica, não considerando o tratamento com crianças como algo psicanalítico, fato que contribui para que Winnicott se distancie dela.

Frente a um contexto de divergências teóricas com Anna Freud e Melanie Klein³, Winnicott adota uma postura independente e se filia ao *middle group*, que apresenta sintonia com a tradição filosófica e política inglesas, proveniente de uma tradição influenciada pelo empirismo e pelo pragmatismo. Winnicott torna-se parte desse grupo devido à sua personalidade, que o impede de “unir-se ideologicamente às escolas ou movimentos onde os pensamentos de seus membros deveriam manter-se em estrito acordo com as premissas do mentor” (Granã, 2007, p.107).

1.4 O Debate com a Teoria Freudiana

Winnicott reconhece e valoriza as importantes contribuições de Freud para a compreensão dos distúrbios psíquicos, e não esconde seu entusiasmo com a obra do psicanalista vienense, principalmente quando constata a estreita relação entre as enfermidades clínicas e as enfermidades psíquicas. No que tange ao método, Winnicott faz valer a afirmação freudiana sobre a importância de que cada autor estabeleça o método que considere pertinente. Sobre a técnica, Freud (1969/1912) recomenda:

As regras técnicas que estou apresentando aqui alcancei-as por minha própria experiência, no decurso de muitos anos, após resultados pouco afortunados me haverem levado a abandonar outros métodos. Minha esperança é que a observação delas poupe aos médicos que exercem a psicanálise muito esforço desnecessário e resguarde-os contra algumas inadvertências. Devo, contudo, tornar claro que o que estou asseverando é que esta técnica é a única apropriada à minha

³ As divergências de Winnicott com Melanie Klein serão apresentadas a seguir no item 1.5.

individualidade; não me arrisco a negar que um médico constituído de modo inteiramente diferente possa ver-se levado a adotar atitude diferente em relação a seus pacientes e à tarefa que se lhe apresenta (p.149).

Winnicott questiona a estrutura freudiana que, pela via da metapsicologia, utiliza um modelo de funcionamento mental nos moldes de uma máquina. Freud descreve as doenças como distúrbios do funcionamento das forças pulsionais em um “aparelho psíquico, que, por mais psíquico que seja pertence ao mesmo âmbito que os objetos das ciências físicas” (Dias, 2003, p. 77). Freud alcança uma grande conquista ao conseguir mudar o *status* do paciente psiquiátrico, fazendo-o passar de mero objeto de bizarra exibição médica à condição de uma pessoa com o direito e o desejo de comunicar seus problemas, e, com isso, vê-los compreendidos e pessoalmente resolvidos. Ainda assim, a elaboração de suas teorias visa quase que exclusivamente a tarefa de decifrar a natureza dos processos mentais e intelectuais vinculados à formação de sintomas, o que aponta para o fato de que o clima de pesquisa neurofisiológica no final do século dezenove o induz a conceituar a psique humana e seu funcionamento nos moldes da máquina,

Daí suas teorias do aparelho psíquico, das catexias energéticas e das estruturas intrapsíquicas, onde ele diagramaticamente, figurou como o ego, o id e o super ego; e mais o esquema topográfico do consciente, pré-consciente e inconsciente. Mas, à medida que começaram a acumular-se novas variedades de experiência clínica com pacientes que incluíam desde casos fronteirizos até a psicose propriamente dita, a necessidade de complementar a hipótese da psicanálise clássica tornou-se urgente e imperiosa (Khan, 1978, p.41).

Winnicott opta por não utilizar em seus textos os termos provenientes do escopo teórico freudiano, principalmente no que se refere ao ponto de vista econômico e tópico. Termos como libido, descarga e deslocamento são praticamente inexistentes. Isso se deve ao fato de que Winnicott se recusa a examinar a natureza humana por meio de metáforas não humanas. Os termos como id, ego e superego são compreendidos pelo psicanalista inglês como ficções teóricas de um aparelho psíquico que não apresenta sentido descritivo.

Os dois psicanalistas também apresentam uma diferença significativa no que se relaciona à origem da moralidade. Para Winnicott, a moralidade ocorre devido ao cuidado com o outro e a vivência do “concernimento”, ou estágio de preocupação⁴. Na perspectiva do autor, a lei moral é constituída na relação; frente a isso, o superego freudiano, que deriva da

⁴ O estágio de preocupação constitui-se quando o bebê passa a sentir-se preocupado com a mãe, que é a quem seu amor implacável havia sido até então dirigido. A capacidade do bebê de sentir preocupação (Abram, 2000/1996, p.172). Para Winnicott (1963) “a moralidade mais ardente é a do início da infância. Ela persiste como um traço da natureza humana que atravessa toda a vida do indivíduo” (p.102).

culpa e da repressão, quando tomado por si só, indica uma patologia. O conceito de sublimação não é compreendido por Winnicott como a única resposta para os fenômenos culturais. De acordo com a teoria winnicottiana, a cultura se origina no espaço potencial que ocorre entre o bebê e a mãe. O conceito de sexualidade não ocupa um lugar central no arcabouço teórico de Winnicott, ela dá espaço ao conceito de tendência à integração, pois para o autor não é possível enfatizar questões da sexualidade antes que exista no indivíduo um si-mesmo unitário capaz de vivenciar a sexualidade e dela se apropriar.

Dias (2003) aponta que Winnicott discorda de Freud por ele pensar sua teoria sob o ponto de vista de que as neuroses são o ponto chave para a compreensão de todos os distúrbios psíquicos. Para o psicanalista inglês, diferentemente das neuroses, as psicoses são a chave de compreensão dos distúrbios psíquicos, que enquanto defesas paralisam a tendência inata ao amadurecimento. Winnicott (1988) entende que o indivíduo que atinge a neurose caminha o suficiente no amadurecimento humano, e, “se o desenvolvimento primitivo é perturbado, a criança não tem saúde suficiente para chegar a uma neurose” (p. 56).

Por isso para uma criança chegar a ter um distúrbio de tipo neurótico, há que se supor que ela atravessou bem os estágios mais primitivos e realizou conquistas básicas, que são condições de possibilidade para que se possa, tendo chegado a integrar-se numa unidade e a separar o eu do não-eu, tornar-se então capaz de ser afetado pelo tipo de conflito inerente às relações triangulares (Dias, 2003, p. 81).

Sobre a experiência de satisfação, Freud (1969/1895) descreve o que consiste, no início da relação do bebê humano com o mundo externo, em que todo aumento da tensão interna do organismo, coloca o bebê em um estado de desamparo, que é expresso pela via do grito, com propósito de convocar o adulto e sua ação específica. Freud (1969/1985) entende que “o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte primordial de todos os motivos morais” (p. 422), e destaca que “provavelmente ele (o nenê) alucina a satisfação de suas necessidades internas; revela sua dor devido ao aumento de estímulos e à demora da satisfação pela descarga motora de chorar e espernear, experimentando então a satisfação alucinada” (Freud, 1969/1985, p. 47).

Winnicott (1983/1960) observa que a experiência de satisfação representa um indício de que Freud faz referência às relações objetais e reconhece a existência dos aspectos mais precoces do cuidado materno. Granã (2007) entende que Winnicott agrega um detalhe para a discussão a respeito da experiência de satisfação, quando aponta que a mãe não intervém com sua ação específica apenas para satisfazer uma imperiosa exigência da pulsão, mas sim para converter a alucinação do objeto em uma experiência de ilusão. A mãe que vivencia a

“preocupação materna primária” impede que a criança se depare com a frustração num momento tão inicial de sua vida, e, caso ocorra alguma falha nesse processo, o resultado não será apenas uma vivência de frustração, mas um estado de desintegração permanente “e aniquilamento das possibilidades de constituição do indivíduo” (Granã, 2007, p.28-29).

Outra objeção de Winnicott se refere à visão freudiana do tempo da significação *a posteriori*, que para o psicanalista inglês é insuficiente para abordar o vir a ser, o futuro, a partir da infância concreta. Vale também argumentar que o conhecimento da psicanálise a partir do infantil presente no adulto a torna insuficiente para lidar, especificamente, com bebês e crianças. Nos escritos de Freud, a maior parte de suas formulações referentes à infância derivam do estudo de adultos em análise. Há algumas observações de crianças como o material do “Fort-da” (1969/1920), além da análise do pequeno Hans (1969/1909), mas, mesmo assim, Winnicott acredita que “Freud negligenciou a infância com um estado” (Winnicott, 1983/1960, p. 39-40).

Winnicott também diverge do ponto de vista de Freud a respeito do seu dualismo pulsional, e entende o conceito de pulsão de morte como um deslize teórico.

Devo dizer que jamais morri de amores pela pulsão de morte, e ficaria bastante feliz se pudesse aliviar Freud do ônus de carregá-la por toda a eternidade em seus ombros É sempre possível que a formulação da pulsão de morte tenha sido onde Freud mais aproximou-se de uma compreensão, mas não pôde fazê-lo porque, embora soubesse tudo aquilo que sabemos a respeito da psicologia humana da repressão do id em relação aos objetos catequizados, não fazia ideia do que os casos fronteiraços e esquizofrênicos iriam ensinar-nos nas três décadas que transcorreram após o seu falecimento (Winnicott, 1968, p.242)

Freud em 1920, no texto *Além do Princípio do Prazer* (1969/1920) considera que a agressividade deriva da pulsão de morte, enquanto para Winnicott, a agressividade emerge devido aos estados excitados das tensões instintuais e da quebra da continuidade do ser frente às intrusões ambientais. Winnicott considera que a agressividade faz parte do instinto amoroso, e que ela auxilia a integração do bebê e garante sua existência enquanto uma pessoa separada da mãe.

Dell Fraro (2006), baseada no estudo da obra de Dias (2003) resume as principais diferenças do pensamento winnicottiano em relação à psicanálise freudiana:

1) Em Winnicott, a constituição do eu primitivo e a capacidade para contato com a realidade externa não são dados, portanto o bebê, no início, não pode ser frustrado, muito menos

desejar objetos. O eu do bebê será ou não constituído na relação com o outro.

2) Winnicott postula a existência de uma “cisão essencial” que não é relativa às pulsões, mas é inerente à natureza humana. Consiste na fissura entre a tendência ao encontro com o outro e o isolamento da solidão essencial. Essa solidão essencial, dado da natureza humana, nunca será totalmente ultrapassada, permanecendo ao longo da vida. Numa integração bem-sucedida, há coexistência e trânsito entre essas duas posições. (cf. DIAS, 2003, p. 95).

3) Devido à extrema imaturidade do bebê, não existe uma operação sofisticada como o fantasiar (função mental que se desdobra em mecanismos mentais como projeção e introjeção que ocorrem no início da vida na psicanálise freudiana e kleiniana). Para Winnicott, existe um período inicial em que a psique, através da elaboração imaginativa das funções corporais, desenvolve uma esquematização do corpo, uma apropriação pessoal das sensações, dos movimentos e funcionamento corporal em geral, sem a participação do intelecto. Na obra deste autor, a fantasia só se desenvolve com a constituição do mundo interno, o que requer uma criação a partir da memória. Ora, a memória exige uma temporalização já estabelecida, fato que ainda não ocorreu no início da vida. Todas as dimensões humanas deverão ser gradualmente integradas à personalidade sempre a partir de um sentido pessoal de existência que, no início, é a continuidade de ser. (*idem*, p. 108).

4) Em Winnicott, o ego é baseado na elaboração imaginativa efetivamente experienciada do corpo inteiro, diferentemente da concepção freudiana de ego como projeção mental da superfície do corpo. Se há distúrbio, o bebê não pode se entregar na tarefa de elaborar imaginativamente as funções corporais e precisa reagir às invasões. (*idem*, pp. 110-111). A existência humana em Winnicott é essencialmente psicossomática, porém não há uma identidade inerente entre corpo e psique, apesar da tendência à integração. Sempre haverá algo do corpo que não poderá ser integrado pela psique, e isso revela a “opacidade e autonomia do corpo”, que pode, por exemplo, adoecer. (*idem*, p. 113).

5) O alojamento da psique no corpo não ocorre de forma automática, porque depende da facilitação do ambiente. Dias explicita que conceitos como conversão histérica e somatização (freudianos) não apreendem a questão do estabelecimento da parceria psicossomática e a ameaça de rompê-la. (*idem*, p.111).

6) Winnicott considera que não há id antes de ego, e isso justifica seu estudo exaustivo sobre o ego. Apenas à medida que os instintos podem ser vivenciados, catalogados e interpretados pelo funcionamento do ego, ou seja, integrados, a ansiedade instintual pode fazer algum sentido. Por isso, Dias enfatiza que, na constituição do si-mesmo, a ansiedade não é de castração nem de separação, e sim de aniquilamento do si-mesmo incipiente. (*idem*, p. 84).

7) O que impulsiona o psiquismo, segundo Winnicott, é o próprio fato de o indivíduo estar vivo e trazer em si a tendência à integração. Dias esclarece que “a tendência à integração é concebida não como resultado de um trabalho do psiquismo, mas é ela mesma o fundamento para a emergência do psiquismo”. (*idem*, p. 122).

Portanto, na teoria winnicottiana, não é o conflito pulsional que coloca a vida em movimento, independente do indivíduo e das circunstâncias em que ele se encontra, assim como não é a libido que passa por diferentes fases ou fixações, mas, continua a autora, “é a natureza humana que se temporaliza, em virtude de sua tendência inata ao crescimento, gerando gradualmente um si-mesmo integrado internamente e com o ambiente”. (*idem*, p. 97).

8) No pensamento winnicottiano, existe uma teoria da saúde. Na saúde, o indivíduo é capaz de habitar no espaço potencial e entregar-se a uma experiência de ilusão básica, brincando, sendo este o protótipo do viver criativo. O indivíduo pode ainda habitar entre mundos criados por ele, estabelecendo relações com a realidade objetivamente percebida, sem abrir mão da espontaneidade. Já a teoria freudiana pensa a saúde como ausência de sintomas neuróticos. (*idem*, p. 85) (p. 18-20).

1.5 O Debate com a Teoria Kleiniana

Winnicott considera que Klein contribuiu muito à psicanálise, principalmente no que tange à infância mais primitiva e à inter-relação entre as angústias primitivas e os mecanismos de defesa. O autor partilha da mesma compreensão kleiniana de que a análise de crianças ocorre exatamente como a de adultos. Winnicott se adéqua ao modo de trabalhar clinicamente com crianças de Melanie Klein, adotando o uso dos brinquedos e a ênfase aos desenhos infantis. Klein considera o brincar como uma ferramenta essencial para o tratamento de crianças, ela avalia que o conteúdo da brincadeira é capaz de trazer os fantasmas inconscientes, e que tem como função a descarga e o controle da angústia. Winnicott, por sua vez, não atribui importância apenas para o conteúdo da brincadeira, mas sim ao brincar que representa à criança a possibilidade de concentração, em um estado quase de alheamento.

Granã (2007) aponta que o artigo “A observação de Bebês em uma Situação Estabelecida” (Winnicott, 1978/1941) chama a atenção de Klein, e que, apesar de ela não reconhecer em Winnicott um solo fértil para suas ideias, ela não tardaria a admitir o seu talento clínico e a originalidade do seu pensamento. Granã (2007) relata que, em 1935, Klein solicita que Winnicott realize a análise de seu filho mais jovem, Erick, embora as condições que ela estabelece para tal análise impossibilitam que ela aconteça, uma vez que ela exigiu ser a supervisora do caso.

Winnicott considera o termo posição esquizo-paranoide pouco apropriado, mas, apesar disso, ele não ignora o fato de que encontramos nessa posição, “de maneira vitalmente importante, os dois mecanismos: medo de retaliação e *splitting* do objeto bom e mau” (Winnicott, 1983/1962, p. 161). O autor entende que as experiências insatisfatórias levam ao fortalecimento de coisas que são sentidas internamente como más, que enquanto não são

contidas ou eliminadas agem como perseguidores internos, e esses perseguidores se constituem como ameaças que devem ser eliminadas através de projeção.

Se existe algo que pode ser percebido como mau no mundo externo imediato, esse algo se torna um perseguidor, e o sistema paranoide da criança fica escondido atrás da reação a essa ameaça externa real. Se nada de ruim está a alcance, a criança precisará alucinar um elemento perseguidor e fabricar um delírio sobre as consequências persecutórias (Winnicott, 1988, p. 104).

Winnicott considera a posição depressiva como a mais valiosa contribuição de Klein para a psicanálise. Ele a entende como um sinal de saúde, em que a criança assume a responsabilidade por sua impulsividade instintual, que é necessária para que ela se torne alguém capaz de preocupar-se com o outro.

Desenvolve-se a discriminação entre os dois estados, o tranquilo e o excitado. O ataque impiedoso ao objeto deflagrado pelo instinto cede lugar a um crescente reconhecimento da mãe como pessoa que cuida do *self*, ao mesmo tempo é a pessoa que oferece uma parte de si para ser comida. Gradualmente, vai ocorrendo uma integração entra a forma tranquila da relação e a forma excitada, e o reconhecimento de que ambos os estados (e não apenas) constituem uma relação total com a mãe-pessoa (Winnicott, 1988, p. 89).

Durante a posição depressiva, o bebê faz uma demanda por um ambiente pessoal, contínuo e capaz de sustentá-lo, e, na ausência dos cuidados maternos, esse desenvolvimento não pode ocorrer.

O fato de que o bebê humano é incapaz de suportar o peso da culpa e do medo resultantes de um reconhecimento pleno de que as ideias agressivas contidas no amor instintual primitivo e implacável estão dirigidas a si mesma, à mãe. Além disso, a criança ainda não progrediu o bastante para fazer uso da ideia de um pai interventor, que tornaria as ideias instintivas mais seguras. Se a mãe sustenta a situação dia após dia, o bebê tem tempo para organizar as numerosas consequências imaginativas das experiências instintivas e resgatar algo que seja sentido como “bom”, que apoia, que é aceitável, que não machuca, e com isso pode reparar o dano causado à mãe. Na relação comum entre a mãe e o bebê esta sequência de machucar-se e curar se repete muitas vezes e gradualmente o bebê passa a acreditar no esforço construtivo e suporta a culpa, e assim torna-se livre para o amor instintivo (Winnicott, 1988, p. 90-91).

Winnicott não concorda com a visão de Klein de que a inveja e o ódio do bebê representam manifestações da pulsão de morte, ou algo inato. Ele critica a manutenção da teoria pulsional que considera a destrutividade do bebê em termos de hereditariedade e inveja. Para o autor, a inveja é um afeto que não pode ser atribuído ao bebê num estágio tão precoce. Ele entende que a capacidade de odiar aponta que o bebê encontra-se apto para alcançar um determinado estágio de seu desenvolvimento emocional, e que “a inveja, o sadismo e o ódio

são sinais de crescimento do bebê em relação ao seu ambiente externo” (Abram, 2000/1996, p.164).

Winnicott se opõe a Klein quando ela formula o desenvolvimento do bebê em termos exclusivamente intrapsíquicos, sem fazer nenhum tipo de referência ao ambiente. O psicanalista inglês preocupa-se com as descrições das necessidades pessoais do bebê e a respeito dos tipos de fracasso ambiental na resposta a essas necessidades, e Klein, por sua vez, insiste em descrever os mecanismos mentais primitivos do bebê, desfavorecendo a realidade externa. De acordo com Winnicott, Klein nunca reconheceu o período em que não é possível descrever um bebê sem descrever a mãe de quem ele ainda não se separou, a ponto de desenvolver um si-mesmo.

A perspectiva psicanalítica do bebê com que Winnicott se identifica não poderia ser do tipo kleiniano. Para Klein, o material clínico relevante se refere ao relacionamento objetal da criança ou aos mecanismos de introjeção e projeção. Enquanto ela os considera como mecanismos profundos, Winnicott os considera tardios. O autor critica Klein e sua tendência a empurrar para mais cedo a idade em que emergiam os mecanismos mentais profundos. Para Winnicott, o que é inicial não pode ser confundido com o que é profundo, pois, em sua perspectiva, quando se busca pelo mais profundo perde-se de vista o que é inicial.

Examinando o assunto verificamos que “profundo” é uma questão de uso e “precoce” uma questão de fato, o que faz a comparação dos dois, difícil e de significado transitório. Acho que quando usamos a palavra “profundo” sempre indicamos profundidade na fantasia inconsciente do paciente ou em sua realidade psíquica, que, em outras palavras, estão envolvidas à mente e à imaginação do paciente (Winnicott, 1983/1957, p.103).

Winnicott valoriza quando Klein reconhece a fantasia como localizada pela criança tanto dentro como fora de si-mesmo, e também a compreensão kleiniana dos objetos internos e sua origem em experiências instintivas orais que se dividem em satisfatórias (benignas) ou insatisfatórias (persecutórias). Além disso, ele também valoriza a importância de conceitos como o de projeção e introjeção como mecanismos mentais desenvolvidos.

Capítulo 2 - A Teoria do Amadurecimento Humano

*Começo a conhecer-me. Não existo.
Sou o intervalo entre o que eu desejo ser e o que
os outros me fizeram, ou metade desse intervalo,
sou isso, enfim...*
Fernando Pessoa

2.1 Os Bebês e suas Mães

Dias (2003) aponta que Winnicott “formula uma *teoria do amadurecimento pessoal normal*, considerada por ele mesmo, como a “espinha dorsal” (*backbone*) do seu trabalho teórico e clínico (p.13)”. A ênfase dessa teoria recai sobre os estágios iniciais do desenvolvimento humano, em que são constituídas as bases da personalidade e da saúde psíquica. Para Winnicott, todo indivíduo é dotado de uma tendência inata de amadurecimento; e, a doença, por sua vez, consiste no reverso dessa tendência, na sua paralisação, o que faz com que o bebê “ao invés de amadurecer, encrua” (Dias, 2003, p. 74).

Iluminando o que se passa na peculiar relação mãe-bebê, Winnicott descreve as necessidades humanas fundamentais – que, desde as etapas mais primitivas, permanecem ao longo da vida até a morte do indivíduo – e as condições ambientais que favorecem a constituição paulatina da identidade unitária – que todo bebê deve poder alcançar -, incluídas aí a capacidade de relacionar-se com o mundo e com os objetos externos e de estabelecer relacionamentos interpessoais. (Dias, 2003, p.13)

Ponderando que, apesar de não apresentar a fala, o bebê se comunica quando existe junto a ele um ser humano implicado nas tarefas de cuidado e no atendimento às suas necessidades, Winnicott oferece uma importante contribuição para as ciências humanas. Na década de 40, durante uma discussão científica da *British Psycho-Analytic Society*, Winnicott surpreende seus colegas ao afirmar que: “o bebê é uma coisa que não existe” (Winnicott, 1978/1948, p.208). O propósito do autor com essa assertiva é reforçar a ideia de que sempre que nos deparamos com um bebê junto a ele encontramos a maternagem, e que sem ela não existe bebê algum.

Para Winnicott, o indivíduo “só pode personalizar-se e conhecer-se através do outro” (Khan, 1978, p. 10), no caso o outro materno. Para que o bebê se constitua como um indivíduo é necessário que ele, ao olhar para a mãe, seja reconhecido por esse olhar. Pela via da expressão facial da mãe e no espelho que pode representar o rosto materno, o bebê se

constitui, “até que eventualmente o *self*⁵ chega a uma relação significativa entre a criança e a soma de identificações, que se organizam em uma realidade psíquica viva” (Safra, 1999, p. 2). Além do olhar materno, é necessário que a mãe acolha o bebê, o toque, o cheiro e brinque com ele, pois, para o autor, toda questão corporal está envolvida na constituição psicossomática do bebê.

O cuidado materno está diretamente relacionado à saúde mental do indivíduo, que é “construída na mais tenra infância pela mãe que fornece um ambiente, que permite que processos complexos e essenciais do *self* possam chegar ao seu termo” (Winnicott, 1978/1948, p.291). Para que o bebê possa crescer, ele depende da existência de um ambiente facilitador que “não seja meramente biológico, mas que seja também especificamente humano” (Loparic, 2000, p.5). O ambiente facilitador permite ao bebê vivenciar uma experiência completa, com o mínimo de interrupção possível em seu processo de amadurecimento. O ambiente não faz a criança, mas na melhor das hipóteses possibilita que se concretize o seu potencial.

Na perspectiva de Winnicott, a mãe biológica é a pessoa mais indicada para cuidar do bebê, devido às modificações que acontecem em seu psiquismo e no seu corpo durante a gestação. A “preocupação materna primária (Winnicott, 1978/1956) refere-se a um “estado especial em que a mulher se prepara internamente para a realidade da maternagem, sendo capaz de abdicar de seu próprio *self* em benefício daquele em construção” (p.494). Nesse estado, a mãe desenvolve um tipo refinado de sintonia e um estado aguçado de sensibilidade que a permite identificar as necessidades mais sutis do seu filho, “de uma forma que nenhuma máquina pode imitar, e que não pode ser ensinado” (Winnicott, 1983/1960, p.30).

A mãe, ao alcançar a condição da preocupação materna primária, torna-se uma “mãe suficientemente boa”, também denominada por Winnicott como “mãe devota comum”. Para dar curso ao processo de amadurecimento do bebê, ela entende que cuidar do seu filho implica em ir além da satisfação de suas necessidades biológicas, e que ela precisa deixar o seu mundo tão simples quanto for possível. A mãe deve apresentar qualidades como: ser confiável, ser capaz de desenvolver sua empatia e sua capacidade para a previsibilidade. A mãe suficientemente boa encontra-se apta para captar as peculiaridades do ser em desenvolvimento e respeitá-las. Além disso, ela tem cuidado para não se confundir com o

⁵ Para Winnicott, o termo *self* apresenta-se essencialmente como uma descrição psicológica de como o indivíduo se sente subjetivamente (Abram, 2000/1996).

bebê, e nem de impor o seu gesto. Isso é algo importante, pois a primeira forma de relação do bebê com a mãe se dá precisamente pela via do gesto, que “enquanto um agrupamento sensorio motor exprime o impulso espontâneo” (Loparic, 2000, p.18).

O bebê chega ao mundo com a necessidade de existir alguém que preserve a sua “continuidade do ser”, e que esse alguém forneça a simplicidade e monotonia necessária para que essa condição se consolide. A pessoa mais indicada para desenvolver essa tarefa é a mãe, devido à sua capacidade “de ir ao encontro das necessidades do bebê, que estão em constante processo de mutação e desenvolvimento, e que permitem que sua trajetória de vida seja relativamente contínua” (Winnicott, 2006/1968, p.86).

O bebê no início de sua vida psíquica nem ao menos existe como alguém independente. Para sobreviver, ele necessita que a mãe atue como uma espécie de ego auxiliar, facilitando a construção em seu psiquismo de um sentido de *self*. Para Winnicott, a vida psíquica do bebê se inicia quando o ego começa a se desenvolver. Ele utiliza o termo ego para “descrever a parte da personalidade que tende, sob condições favoráveis, a se integrar em uma unidade” (Winnicott, 1983/1962, p. 55). O funcionamento do ego deve ser considerado como um conceito inseparável da existência da criança como pessoa, e o seu desenvolvimento precede o do id. Winnicott (1983/1963) entende que “os mecanismos que estão envolvidos no amadurecimento (além dos esforços e tensões internas que levam o indivíduo à organização de defesas) estão baseados nos impulsos do id” (p. 227).

Deve-se acentuar que, ao aludir à satisfação das necessidades do bebê, não me refiro à satisfação das pulsões. Na área que estou examinando, as pulsões ainda não estão nitidamente definidas para o bebê; como internas. As pulsões podem ser tão externas quanto o estrépito do trovão, ou uma pancada. O ego do bebê está adquirindo força e, por conseguinte, caminha para um estado no qual as demandas do id serão experimentadas como parte do *self*, e não como ambientais. Quando ocorre esse desenvolvimento, então as satisfações do id passam a ser um importante consolidador do ego (Winnicott, 1960/1965, p. 129).

A existência em Winnicott é essencialmente psicossomática. Nos primórdios da vida, a psique não tem como ser distinguida do soma, e para que o alojamento da psique no corpo aconteça é necessário que exista uma facilitação ambiental. O soma winnicottiano não se refere ao corpo físico, mas sim ao corpo vivo personalizado, que é resultado da elaboração imaginativa das funções corporais, que “organiza-se em fantasias que são qualitativamente determinadas pela localização no corpo, mas que são específicas do indivíduo, por causa da hereditariedade da experiência” (Winnicott, 1988, p. 69). A psique também tem início junto à

elaboração imaginativa das funções corporais, e atua promovendo a inserção do indivíduo numa história ao mesmo tempo pessoal e interpessoal.

Inicialmente, a partir de uma interação primária do indivíduo com o ambiente, surge um emergente, o indivíduo que procura fazer valer seus direitos, tornando-se capaz de existir num mundo não desejado; ocorre então o fortalecimento do *self* como uma entidade, uma continuidade do ser, e de onde o *self* pode [emergir] como uma unidade, como algo ligado ao corpo e dependente de cuidados físicos; e então advém a consciência (e consciência implica na existência de uma mente) da dependência, e a consciência quanto à confiabilidade da mãe e de seu amor, que chega à criança sob a forma de cuidados físicos e adaptação à necessidade; ocorre então a aceitação pessoal das funções e dos instintos e seu clímax, o gradual reconhecimento da mãe como outro ser humano, e então há o reconhecimento do terceiro e esse todo é enriquecido pela elaboração imaginativa de cada função, e pelo crescimento da psique juntamente com o corpo (Winnicott, 1988, p.26).

2.2 Os Estágios do Amadurecimento

Para desenvolver seu arcabouço teórico a respeito da relação mãe-bebê, Winnicott parte sempre do princípio de que os pais e o bebê são física e mentalmente saudáveis. O autor concebe o desenvolvimento do bebê em função da dependência de cuidados maternos, que precisam ser providos de acordo com as tarefas que o amadurecimento impõe à criança em cada estágio. O desenvolvimento não ocorre de forma linear, e deve sempre incluir a possibilidade de regredir quando for necessário.

A princípio, a dependência do bebê em relação à mãe é absoluta. Ele não tem controle sobre o que é bem ou mal feito, apenas tira proveito disso ou sofre perturbações. Logo após, a dependência se torna relativa e o bebê fica ciente dos pormenores da maternagem. Até que o indivíduo segue “rumo à independência”, estágio em que ele acumula lembranças de cuidados benignos e desenvolve a confiança no objeto. Na perspectiva de Winnicott, “para o indivíduo chegar a sentir-se vivo e poder apropriar-se de suas potencialidades herdadas ou congênicas, todos os estados precisam ser experimentados; caso contrário esses estados permanecem não integrados na personalidade” (Dias, 2003, p. 122).

2.2.1 A Dependência Absoluta

A essência da experiência do bebê reside na sua absoluta dependência do cuidado materno. O bebê depende inteiramente da mãe para sobreviver e para garantir a continuidade de sua existência. O vínculo estabelecido entre o bebê e a mãe está sujeito às influências mútuas muito iniciais, em que “dois tipos de identificação estão envolvidos: a identificação da

mãe com seu filho e o estado de identificação da criança com a mãe” (Winnicott, 1965/1960, p. 27).

Assistimos concretamente a uma mutualidade que é o começo de uma comunicação entre duas pessoas; isto (no bebê) é uma conquista desenvolvimental, uma conquista que depende dos seus processos herdados que conduzem para o crescimento emocional e, de modo semelhante, depende da mãe e de sua atitude e capacidade de tornar real aquilo que o bebê está pronto para alcançar, descobrir, criar (Winnicott, 1994/1969, p.198).

A capacidade de identificação da mãe com o bebê permite que ela reconheça e atenda às necessidades do filho. Pela via de cuidados empáticos, ela se torna mais atenta para evitar a ocorrência de fatos imprevisíveis que possam assustá-lo. Tal capacidade de adaptação materna não tem relação com os seus recursos intelectuais, e muito menos advém de conhecimentos específicos adquiridos em livros ou através de práticas pedagógicas. O que orienta o saber da mãe é a sua capacidade para identificar-se. Essa identificação ocorre de maneira que a mãe “sabe sem pensar o que o bebê precisa, e, na saúde, ela faz isso sem perder sua própria identidade” (Winnicott, 1994/1969, p.20).

A amamentação, para Winnicott, é uma situação privilegiada em que a mãe se adapta ao ritmo do filho. Pela via da amamentação, a mãe facilita o estabelecimento dos primórdios do contato do bebê com a realidade externa. Com o passar do tempo, surge um estado em que “o bebê sente confiança em que o objeto de desejo pode ser encontrado, e isto significa que ele passa a tolerar a ausência de objeto. Dessa forma inicia-se no bebê a concepção de realidade externa” (Winnicott, 1988, p.126).

A “experiência de ilusão” ocorre quando a mãe atesta sua presença pela via da amamentação, e fornece o seio no momento certo, para que o bebê possa conceber a ideia de que algo irá satisfazer as suas necessidades. Ao apresentar o seio no momento adequado, a mãe permite ao filho o acesso a uma experiência de onipotência, em que ele tem a ilusão de ter criado o seio. Com essa experiência, a mãe transmite fidedignidade, deixando o filho seguro e confiante para criar o mundo. As experiências regulares de cuidados maternos imprimem a noção de temporalidade e um sentido de previsibilidade para o bebê, que se torna capaz de esperar confiante pela satisfação.

Um bebê em determinado ambiente proporcionado pela mãe é capaz de conceber a ideia de algo que atenderia a crescente necessidade que se origina da tensão instintual. Não se pode dizer que o bebê saiba de saída o que pode ser criado. Nesse ponto do tempo, a mãe se apresenta. Da maneira comum, ela dá o seio e seu impulso

potencial de alimentar. A adaptação da mãe às necessidades do bebê, quando suficientemente boa, dá a este a ilusão de que existe uma realidade externa correspondente à sua própria capacidade de criar. Em outras palavras ocorre uma sobreposição entre o que a mãe supre e o que a criança poderia conceber (Winnicott, 1975/1951, p.27).

Aliada à experiência de ilusão, ocorre a experiência da “primeira mamada teórica”, que é representada na vida real pela soma das experiências iniciais de muitas mamadas, e representa o protótipo de todas as outras. Winnicott destaca a ocorrência de momentos somáticos, como a “integração”, o início das “relações de objeto” e o “embasamento do si mesmo”, que permitem que o bebê comece a ter material com o que criar.

A partir da vivência dessas experiências, o bebê conclui que “o mamilo e o leite são resultados de um gesto produzido pela sua necessidade” (Winnicott, 1988, p.130). Isso configura-se como a matriz da “criatividade originária”, que deve ser reconhecida não tanto pela originalidade de sua produção, mas sim pela sensação individual de realidade e de experiência objetal.

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. ... Gradualmente, surge uma compreensão intelectual do fato de que a existência do mundo é anterior à do indivíduo, mas o sentimento de que o mundo foi criado pessoalmente não desaparece (Winnicott, 1988, p.130-131).

A criatividade⁶, para Winnicott, não se refere apenas à criação bem sucedida ou aclamada, mas sim ao que faz a vida digna de ser vivida. O impulso criativo pode ser expresso pelo que é necessário ao artista na produção de uma obra de arte, e também se faz presente quando a pessoa “se inclina de maneira saudável para algo ou realiza deliberadamente alguma coisa, desde uma sujeira com as fezes ou o prolongar do ato de chorar como fruição de um som musical” (Winnicott, 1975, p.100).

No início da vida psíquica, a personalidade do bebê ainda não está integrada, ela encontra-se em um estágio de “não-integração” primária. Pela via das tarefas da maternagem, o “*holding*”, o “*handling*” e a “apresentação de objetos”, a mãe facilita o início do processo de integração psique-soma para o bebê. O *holding* facilita a integração do eu, o *handling*

⁶ Em contraponto à criatividade originária encontramos a submissão, que traz consigo um sentido de inutilidade, e que é associada à ideia de que nada importa e de que a vida não vale a pena ser vivida. Alguns indivíduos vivem de forma criativa e sentem que a vida vale a pena ser vivida, em oposição a esses, existem os que não podem viver criativamente e têm dúvidas sobre o valor do viver. “Essa variável nos seres humanos está diretamente relacionada à qualidade e à quantidade das provisões ambientais no começo ou nas fases primitivas da experiência de vida de cada bebê” (Winnicott, 1975, p.102,103).

promove a personalização, em que a psique passa a habitar no corpo, e a apresentação de objetos, ou realização, permite a adaptação à realidade.

O *holding* se refere à capacidade da mãe para segurar o bebê de forma satisfatória. Essa tarefa representa uma porção básica de cuidados e fornece o suporte egoico necessário para o amadurecimento do bebê. O *holding* relaciona-se também à capacidade de identificação da mãe com o filho e implica em cuidados específicos como: a preocupação com a exposição adequada à luminosidade, proteção contra ruídos fortes, fala em tom sintônico, além de um olhar vivo e acolhedor. O *handling* é representado pelo toque materno e facilita a formação de uma associação psicossomática no bebê, em que ele adquire “um padrão pessoal, que é marcado pela inserção da psique no soma, e da criação de uma membrana limitante que distingue o interior do exterior do seu corpo e organiza seu esquema corporal” (Winnicott, 1983/1960, p. 48). A apresentação de objetos ou realização torna real o impulso criativo da criança e dá início à sua capacidade para se relacionar-se com objetos. O bebê vivencia a sensação de ser feito em pedaços e cair num poço sem fundo ao ser exposto a um *holding* deficiente⁷. O bebê desvitaliza e sofre a ameaça de “desintegração”, em que ele “perde a capacidade de se inserir em seu corpo e aceitar seus limites cutâneos, tornando-se incapaz de se relacionar com objetos” (Winnicott, 1983/1963, p. 211). O fracasso do *handling*, que é expresso pelo toque materno desajeitado, atua na contramão do desenvolvimento do tônus muscular e da coordenação motora, e com isso pode promover a “despersonalização”. A insuficiente apresentação de objetos impossibilita o caminho do bebê em sua capacidade para as relações objetais e para sentir-se real.

Diversas são as causas responsáveis pelo fato da mãe não conseguir se engajar nas tarefas da maternagem, o que compromete o relacionamento entre o bebê e a mãe. Como exemplo disso, temos a mãe que não teve a oportunidade de vivenciar um suporte ambiental suficientemente bom quando ela era um bebê, fato que dificulta que ela materne o seu filho. Outro exemplo é a mãe que desenvolve um estado depressivo que repercute de forma negativa e compromete o estabelecimento das primeiras relações dela com o filho. Além disso, ela

⁷ Na melhor das hipóteses, em que as falhas maternas não conduzem o indivíduo até uma psicose, um falso *self* é instituído. O falso *self* é uma espécie de defesa primitiva, que emerge devido às falhas no cuidado materno, principalmente na capacidade de *holding*, que compromete a instalação da onipotência e da integração psíquica. No falso *self*, ao invés da mãe se adaptar às necessidades do bebê, é ele quem se adapta às necessidades da mãe, e tem que seguir a vida desprovido da ilusão básica. O falso *self* se organiza com o propósito de proteger o *self* verdadeiro, que se torna uma realidade viva, na medida em que a mãe é capaz de satisfazer o gesto espontâneo do bebê. O *self* verdadeiro está relacionado ao potencial herdado que experimenta a continuidade do ser e adquire uma realidade psíquica e um esquema corporal, através da soma de identificações, que se organizam em forma de uma realidade interna psíquica viva (Winnicott, 1965/1960).

pode apresentar uma intensa identificação masculina que a impossibilite alcançar o estado de preocupação materna primária.

Winnicott defende que a mãe suficientemente boa encontra-se suscetível a cometer falhas, mas que é necessário que ela permaneça atenta para repará-las. O mais importante é a mãe tentar não cometer falhas grosseiras, principalmente durante a fase em que o bebê encontra-se absolutamente dependente dela. Winnicott entende como uma falha materna grosseira a “intrusão”, que, quando ocorre de forma intensa ou prematura, interrompe a continuidade do ser do bebê, e a ele só resta reagir.

A natureza da intrusão deriva sempre do ambiente, o que significa que, se o bebê tiver recebido um suporte egoico materno e tenha sido adequadamente protegido no início da vida, ele terá condições para enfrentar a intrusão e restabelecer sua consciência de *self*. Entretanto, se a intrusão for intensa o resultado será traumático. As reações à intrusão são responsáveis pelos danos causados à personalidade, que resultam em uma fragmentação do *self* do bebê.

Se a reação que vence o continuar-a-ser persistir, é estabelecido um padrão de fragmentação do ser. O bebê, cujo padrão é o de fragmentação da linha de continuidade do ser, tem uma tarefa referente ao desenvolvimento que anda, praticamente desde o início, na direção da psicopatologia. Portanto, deve haver um fator inicial (que pode ser localizado nos primeiros dias ou horas de vida) na etiologia da inquietação, da hipercinese e do déficit de atenção (posteriormente denominado incapacidade de concentração) (Winnicott, 1962 p.60,61).

O reagir excessivo do bebê desperta não apenas frustrações, mas as agonias impensáveis, que são angústias muito fortes “experimentadas nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional, antes que os sentidos estejam organizados, antes que exista ali algo que possa ser chamado de ego autônomo” (Winnicott, 2006, p.31). Abram (2000/1996) aponta que a reação à intrusão do ambiente constitui-se em um choque e em um trauma para a psique do bebê, devido ao fato de que ele ainda não tem condições de receber essa intrusão e muito menos de dar sentido para essa experiência.

O que observamos nas crianças e nos bebês que adoecem de uma tal forma que nos obriga a empregar a palavra “esquizofrenia”, embora originalmente esta palavra tenha sido aplicada a adolescentes e adultos, é que existe claramente uma organização voltada para a invulnerabilidade. Algumas diferenças podem ser esperadas de acordo com o estágio do desenvolvimento emocional em que se encontra o adulto, a criança ou o bebê que adocece. O que é comum ao bebê, à criança, ao adolescente e ao adulto é que eles nunca mais experimentarão a ansiedade impensável que está na raiz da doença esquizoide.

A criança autista que viveu quase todas as formas de deficiência mental não sofre mais; a invulnerabilidade quase foi alcançada. O sofrimento é dos pais. A organização voltada para a invulnerabilidade foi bem sucedida, e é isso que demonstra clinicamente, juntamente com os aspectos regressivos, que não são realmente essenciais para o quadro (Winnicott, 1967, p. 197).

2.2.2 A Dependência Relativa

O bebê que vivenciou a experiência de ser iludido de forma suficientemente boa durante o estágio de dependência absoluta apresenta condições para vir a ser desiludido gradualmente, e pode ingressar no estágio de dependência relativa. A desilusão precisa ser dosada pela mãe, de acordo com a capacidade do bebê de suportar sua ausência. Nesse ínterim, ela vai aos poucos trazendo pedacinhos do mundo externo para apresentar ao bebê, mas ao mesmo tempo ela preserva um pouco da ilusão para fortalecer o seu lado criativo. A mãe faz isso porque entende que seu filho ainda não tem maturidade para suportar que ela saia completamente de cena, já que, nesse momento, a imaturidade do bebê ainda prevalece.

O desmame é um marco durante esse processo e implica que a mãe possa sentir a sobrecarga que o bebê representa. Winnicott apresenta os motivos pelos quais a mãe pode vir a odiar o seu bebê, dentre eles: o bebê interfere na sua vida privada, a mãe sente que sua própria mãe demanda um bebê, ele machuca seus mamilos ao mamar, é cruel e trata a mãe como uma serviçal que não recebe pagamentos. Ao mesmo tempo, o autor ressalta que a mãe tem de “tolerar seu próprio ódio sem negá-lo a si mesma, e que uma das características mais notáveis da mãe comum é precisamente a sua capacidade de se deixar ferir pelo bebê e de até mesmo sentir ódio por ele, mas sem se vingar” (Winnicott, 1947, p. 286).

Durante a dependência relativa, o “espaço intermediário potencial” começa a se estabelecer, caracterizando uma área localizada entre a ilusão e a realidade, que se refere a “um lugar de repouso para o indivíduo empenhado na perpétua tarefa humana de manter as realidades interna e externas separadas, ainda que inter-relacionadas” (Winnicott, 1978/1951, p. 391). O espaço intermediário potencial permite o aparecimento dos “fenômenos transicionais”, que, por sua vez, possibilitam a emergência dos “objetos transicionais”.

A possibilidade de partilhar os fenômenos transicionais em um espaço intermediário potencial permite que o indivíduo possa fruir a sua liberdade de criação, em um estado de relaxamento, que é garantido a partir da confiabilidade no ambiente. Os objetos transicionais promovem uma quebra na onipotência do bebê, pois algumas características da realidade externa começam a se introduzir na sua experiência, devido ao fato de que o “objeto transicional se adapta, mas não de modo absoluto como a mãe” (Dias, 2003, p.236). O objeto

transicional representa a transição do bebê de um estado de fusão com a mãe para um estado de relação com ela, como algo externo e separado. O objeto não pode ser imposto ao bebê, e ele precisa ser criado para poder adquirir algum significado. “O objeto transicional é absolutamente necessário na hora de dormir, em momentos de solidão, ou quando um humor depressivo ameaça manifestar-se” (Winnicott, 1975, p.17). O autor tece alguns comentários sobre os objetos transicionais baseados na teoria psicanalítica:

O objeto transicional representa o seio, ou o objeto da primeira relação. O objeto transicional precede o teste da realidade estabelecido. Na relação com o objeto transicional, o bebê passa do controle onipotente (mágico) para o controle pela manipulação (envolvendo erotismo muscular e o prazer da coordenação). O objeto transicional pode acabar por se transformar num objeto de fetiche e assim persistir como uma característica da vida sexual adulta. O objeto transicional pode, devido à organização anal-erótica, representar fezes (Winnicott, 1975, p.23,24).

Durante o processo de contato com a realidade externa, o indivíduo inicialmente se relaciona com o objeto subjetivo (a mãe), e a mãe como proprietária do objeto parcial (o seio) satisfaz as necessidades urgentes do bebê. O objeto parcial é o objeto subjetivamente percebido, que está em processo de ser descoberto e reconhecido, até que o indivíduo então destrói o objeto, que, por sua vez, precisa sobreviver à agressividade do bebê, para que ele possa então vir a fazer “uso do objeto”.

A capacidade para fazer uso de um objeto configura-se como um indício do bom funcionamento do processo de amadurecimento da criança, e encontra-se diretamente relacionado à existência de um ambiente suficientemente bom. Trata-se de uma capacidade mais sofisticada do que a capacidade para relacionar-se com objetos, porque o uso implica que o objeto faça parte da realidade externa e deixe de ser apenas um feixe de projeções. O uso do objeto segue uma sequência que começa com a capacidade do bebê para se relacionar com o objeto, até que o objeto está em processo de ser encontrado, e o bebê, por sua vez, destrói o objeto. O objeto sobrevive à destruição e o bebê pode então fazer uso do objeto.

Entre o relacionamento e o uso existe a colocação, pelo sujeito, do objeto fora da área de seu controle onipotente, isto é, a percepção pelo sujeito, do objeto como fenômeno externo, e não como entidade projetiva; na verdade o reconhecimento do objeto como entidade por seu próprio direito (Winnicott, 1975, p.125).

A mudança do relacionamento para o uso de um objeto implica que o bebê o destrua, quando ele se torna um objeto externo. E, dessa forma, o objeto desenvolve sua própria autonomia. Para Winnicott, sobreviver implica em não retaliar e não alterar a qualidade da

relação. Ele admite o valor positivo da destrutividade, que, quando é acrescida da sobrevivência do objeto, o coloca fora da área dos objetos criados por mecanismos mentais projetivos.

O primeiro impulso na relação do sujeito com o objeto (objetivamente percebido, não subjetivo) é destrutiva O postulado central da minha tese é que, enquanto o sujeito não destrói o objeto subjetivo (material de projeção), a destruição aparece e torna-se uma característica central à medida que o objeto é objetivamente percebido, tem autonomia e pertence à realidade compartilhada. ... Minha tese é que a destruição desempenha sua parte na confecção da realidade, colocando o objeto fora do *self*. Para que isto aconteça são necessárias condições favoráveis (Winnicott, 1994/1968, p. 91).

Ao fazer uso dos objetos, o bebê começa a tolerar a ausência da mãe. Ele atinge o estágio do “eu sou”, que representa a conquista da unidade em um eu integrado. Nesse momento, a criança pequena se dá conta que possui uma existência unitária e tem sua identidade estabelecida. Ela passa a habitar mais firmemente o seu corpo, começa a existir um dentro e um fora e a sua realidade psíquica pessoal torna-se realidade. O eu sou não é o ego, mas diz respeito à identidade caracterizada como “continuidade do ser, que é baseada no crescimento psique-soma” (Loparic, 2000, p. 20).

Para Winnicott (1975), o brincar por si só representa uma atitude positiva diante da vida. O brincar oferece possibilidades de descarga para as fantasias infantis e representa a capacidade de perder-se num estado de alheamento. O brincar ancora o contato da criança com a realidade e representa uma forma de comunicação em que o significado que cada criança exterioriza no jogo é uma forma de recriar metaforicamente a sua realidade.

É com base no brincar que se constrói a totalidade da existência experiencial do homem. ... Experimentamos a vida na área dos fenômenos transicionais, no excitante entrelaçamento da subjetividade e da observação objetiva, e numa área intermediária entre a realidade interna do indivíduo e a realidade compartilhada do mundo externo aos indivíduos (Winnicott, 1975, p. 93).

2.2.3 Rumo à Independência

A criança pequena segue “rumo à independência”, fase de socialização, de se inserir no mundo, que se configura como uma possibilidade de partilhar e se relacionar. É importante demarcar que a independência nunca ocorre por completo, caracterizando-se como algo em que sempre estamos em rumo “a”. Após o alcance do eu-sou, começam a co-existir na mente da criança pequena duas mães: uma mãe-objeto e uma mãe-ambiente. Winnicott utiliza esses dois termos com propósito de descrever a enorme diferença que há entre dois aspectos da maternagem. A mãe objeto enquanto proprietária do objeto parcial (o seio) satisfaz as necessidades urgentes do filho. Ela é alvo da experiência excitante da criança, que é baseada

na tensão crua do instinto. A mãe ambiente, por sua vez, recebe da criança tudo que pode ser chamado de afeição.

Quando a criança se torna consciente de que as duas mães são na verdade uma só, configura-se em sua mente uma situação de ambivalência, mas que mais tarde torna-se uma experiência sofisticada. O esforço da criança para tentar estabelecer uma distinção entre as duas mães, em uma sequência dinâmica que é necessariamente repetida à exaustão, estabelece a confiança em um ciclo benigno de satisfação, no qual o sentimento de culpa se modifica. A criança torna-se capaz de ficar preocupada e de assumir responsabilidades sobre seus impulsos instintuais, até atingir o “estágio do concernimento”, que é a matriz da moralidade e da responsabilidade.

A preocupação é o termo utilizado por Winnicott a fim de destacar os aspectos positivos do sentimento de culpa. O estágio de preocupação constitui-se quando o bebê passa a sentir-se preocupado com a mãe, que é a quem seu amor implacável havia até então se dirigido. A capacidade do bebê de sentir preocupação por sua mãe marca o episódio do desenvolvimento que é a passagem do pré-remorso para o remorso (Abram, 2000/1996, p. 172).

Após ter acesso às experiências do concernimento, a criança pequena começa a vivenciar o complexo de Édipo, sendo possível enumerar as várias defesas que ela organiza contra as ansiedades que emergem nesse momento. A capacidade de vivenciar essas ansiedades significa que a criança encontra-se integrada de forma suficiente para assumir as responsabilidades sobre os efeitos de sua impulsividade instintual, e tem condições de enfrentar as relações triangulares. Loparic (2006) constata que “Winnicott se depara com a insuficiência do Édipo e da teoria da sexualidade infantil para dar conta dos problemas clínicos” (p. 30), pois, para o psicanalista inglês, “o ponto crucial da psicanálise é a vulnerabilidade inicial do bebê dependente, dentro da relação dual com a mãe” (Loparic, 2000, p. 6). Winnicott trata o complexo de Édipo como parte do problema do “manejo do primeiro relacionamento triangular, a criança sendo movida pelos recém-estabelecidos instintos de natureza genital, característicos do período entre 2 e 5 anos” (Winnicott, 1988, p. 49).

A criança é realmente muito sensível à relação entre seus pais. Se tudo corre bem nos bastidores, por assim dizer, a criança é a primeira pessoa a dar valor ao fato, tendendo a demonstrar essa valorização ao levar a vida com mais leveza, sendo mais satisfeita e mais fácil de manejar. Suponho ser isso o que um bebê ou uma criança entendem por segurança social. A união sexual do pai e da mãe constitui-se em um fato, um fato marcante, em torno do qual a criança irá estruturar uma fantasia; é um rochedo ao qual ela pode agarrar-se e contra o qual pode espernear; além do mais, ela é parte do início de

uma solução pessoal para o problema de uma relação triangular (Winnicott, 1945, p.114-115).

Na obra de Winnicott, o pai não é apontado de uma forma específica. Entretanto, o autor aponta que o pai oferece uma contribuição importante ao amparar e proporcionar um suporte à mãe, para que ela possa se voltar inteiramente para o bebê e se dedicar à sua rotina de cuidados. Além disso, no que tange ao ambiente, o pai tem um papel de destaque ao fornecer ao filho uma possibilidade de um primeiro vislumbre de integração e de totalidade pessoal, fatores que contribuem diretamente para a criação de um ambiente suficientemente bom.

Capítulo 3 – A Observação de Bebês em uma Situação Estabelecida

Todo cuidado é pouco, para não se ferir a dignidade do bebê.
Winnicott

3.10 Método de Observação de Bebês em uma Situação Estabelecida

No artigo sobre a observação de bebês em uma situação estabelecida, Winnicott (1978/1941), limita-se a descrever a situação, e com isso indicar até que ponto ela pode ser utilizada como um instrumento de pesquisa. O objetivo do psicanalista inglês com o instrumento não é delimitar as possibilidades terapêuticas da observação de bebês, mas sim poder presenciar como a criança pequena se desenvolve no contato com a mãe, a partir da interação entre eles. O autor descreve a situação estabelecida da seguinte maneira:

Caso trate de uma criança pequena peço para a mãe sentar-se no lado oposto ao que eu me encontro, com o ângulo da mesa entre nós dois. Ela senta com o bebê nos joelhos. De forma rotineira, coloco um depressor de língua brilhante, em um ângulo reto na beirada da mesa e convido a mãe a colocar a criança em uma posição tal que, se a criança desejar, isto seja possível. Comumente a mãe entende o que pretendo e me é fácil descrever gradualmente para ela que deverá haver um período de tempo no qual eu e ela contribuiremos o menos possível para a situação, de forma que o que acontecer possa ser creditado à criança (Winnicott, 1978/1941, p. 140).

Na rotina do *Paddington Green Hospital*, todos os bebês que chegam acompanhados por suas mães passam pela observação em uma situação estabelecida. O *setting* clínico constitui-se por uma sala grande, que permite a observação da interação do bebê com a mãe. Winnicott opta por trabalhar com uma sala grande, porque suas dimensões possibilitam que muita coisa seja observada ao longo do tempo que a mãe e o filho utilizam para adentrar o ambiente e chegar até ele. Na perspectiva do autor, isso facilita um primeiro contato do analista com a mãe e possivelmente com o bebê. O autor ressalta que, mesmo em sua aparente simplicidade, a situação exige disciplina para ser executada, caso contrário, a situação perde o seu valor.

Devo acrescentar que se há visitas presentes, tenho que as preparar geralmente com um maior cuidado do que às mães, porque elas tendem a querer sorrir e tomar atitudes ativas com relação ao bebê; acariciá-lo, ou pelo menos transmitir-lhe confiança através de um comportamento amistoso. Se um visitante não consegue aceitar a disciplina que a situação exige, não há porque continuar com a

observação, que imediatamente se torna desnecessariamente complicada (Winnicott, 1978/1941, p.140).

A descrição segura do que o autor espera ocorrer na situação estabelecida serve apenas para bebês que se encontram na faixa etária entre cinco e treze meses. Winnicott observa que a ausência de fala dos bebês com menos de cinco meses não constitui um obstáculo para a aplicação do instrumento. Entretanto, ele opta por trabalhar com o limite de idade de treze meses, porque, depois disso, o interesse do bebê por objetos se torna muito amplo.

O psicanalista explicita que o instrumento permite um trabalho terapêutico por si só, pois a fluidez da personalidade do bebê é responsável pela ocorrência de mudanças no curso de poucas entrevistas. No entanto, ele esclarece que apesar dessa fluidez significar que o bebê é favoravelmente afetado pela situação, o bebê não está necessariamente fora de perigo, estando ainda sujeito à neurose em um estado posterior. Ou seja, apesar de tratar-se de “um bom sinal prognóstico, se o primeiro ano de uma criança vai bem” (Winnicott, 1978/1941, p. 144), não existem garantias: a criança permanece sujeita a ficar doente, caso seja exposta a fatores ambientais negativos.

Winnicott acredita que a situação estabelecida contribui para demonstrar como a mãe se comporta em casa com o bebê. O autor observa se a mãe apresenta algum sentimento moral contra o filho colocar a espátula na boca, e se a possibilidade de uma infecção a deixa ansiosa. Durante a situação estabelecida, o psicanalista observa a leitura que a mãe faz do seu filho, e confia na capacidade desta para prever o comportamento do bebê, sabendo de antemão se algo vai errado. “As mães geralmente me dizem corretamente o que o bebê irá fazer, mostrando que o quadro formado a partir do que é observado no ambulatório não está desvinculado da vida” (Winnicott, 1978/1941, p. 140). Winnicott sente-se capaz de distinguir, com rapidez, a mãe que apresenta alguma objeção ao fato de a criança levar a espátula à boca. Ele conclui que a maioria delas não coloca obstáculos a um interesse tão comum das crianças, e que algumas mães até procuram pela ajuda de um profissional quando percebem que os bebês param de agarrar as coisas, fato que elas consideram sintomático.

3.2 A Representação da Espátula

No *setting* clínico da situação estabelecida, a relação entre o bebê e a mãe é mediada por uma espátula reluzente. A espátula enquanto um objeto provocativo permite ao bebê a possibilidade de atribuir a ela diversos sentidos, e com isso produzir efeitos. A espátula reluzente convoca o empuxo ao olhar, e também ao toque. O tipo de relação que é estabelecido com a espátula pode ser observado pelo modo como o bebê a manipula, e correspondem à sua experiência de ter sido bem cuidado, alimentado e bem tratado pela mãe.

Durante a situação estabelecida, Winnicott permanece atento para o modo com que o bebê se precipita em direção à espátula, e pode avaliar as consequências desse gesto, que encontra-se diretamente relacionado ao desenvolvimento e amadurecimento do bebê, podendo-se “adivinhar muita coisa acerca das experiências de seu mundo interno⁸”. (Winnicott, 1978/1936, p.130). Além disso, essa experiência do bebê com a mãe encontra-se relacionada com a possibilidade e com a capacidade do bebê para fazer uso do objeto, e, tem para ele um particular valor “como uma lição de objeto” (Winnicott, 1978/1941, p.159).

Aqui existe uma ênfase implícita em que a mãe determina a saúde do bebê; no entanto, o interesse de Winnicott estava voltado para a comunicação entre a mãe e o bebê, e para a intermutualidade inconsciente de ambos contribuir para os processos maturacionais do bebê. (Abram, 2000/1996, p.8)

A espátula representa pessoas. A observação mostra claramente que o bebê de quatro a cinco meses já é capaz de discriminar pessoas como um todo. Ela pode ver na espátula algo que ela pega ou deixa, e que não tem ligação com um ser humano, o que significa que ela perdeu ou não desenvolveu a capacidade de construir a pessoa inteira além do objeto parcial. Ou ela pode mostrar que vê o analista, ou a mãe atrás da espátula. O que está em jogo durante a situação estabelecida é que ao pegar e largar a espátula, o bebê “modifica relação das duas pessoas que representam o pai e a mãe” (Winnicott, 1978/1941, p. 156). A vivência da situação estabelecida permite que o bebê descubra-se capaz de lidar com duas pessoas que são importantes para ele, de uma só vez, permitindo ao bebê a possibilidade de vir a ocupar satisfatoriamente seu lugar na família e no grupo social.

E a verdade é que muitos neuróticos nunca conseguem conduzir uma relação com duas pessoas de uma só vez. Tem-se ressaltado que o adulto neurótico é frequentemente capaz de manter uma boa relação com um genitor de cada vez, tendo dificuldades, porém, no seu relacionamento com os dois juntos (Winnicott, 1978/1941, p.156).

Sentimentos ambivalentes acompanham os primeiros passos da criança em sua tentativa de estabelecer uma relação com ambos os pais. O bebê sente medo de perder o que é

⁸ “O mundo interno do bebê é dotado de uma estabilidade própria, mas as mudanças que ocorrem nele estão relacionadas às experiências do *self* global no mundo dos relacionamentos exteriores. Experiências insatisfatórias levam a existência e ao fortalecimento de coisas e forças sentidas internamente como más. Enquanto não são contidas e vencidas ou eliminadas, elas agem como perseguidores internos. (Winnicott, 1988, p.104)

amado, e inicialmente experimentado em relação à mãe. Em um amplo espectro, isso vai além, e também interfere na relação da criança com os irmãos.

Antes de fazer um ano, o bebê pode sentir que está privando os outros de coisas que são boas ou mesmo essenciais, por causa da voracidade provocada por seu amor. Esse sentimento corresponde a seu medo, que pode ser facilmente confirmado pela experiência de que, quando ele é privado do seio ou da mamadeira, ou do amor e da atenção maternas, outra pessoa desfruta mais da companhia materna. Na verdade, esta pessoa pode ser o pai ou uma criança mais nova. O ciúme e a inveja, essencialmente orais em suas primeiras associações, aumentam a voracidade, mas também estimulam desejos e fantasias genitais, contribuindo dessa forma para uma extensão dos desejos libidinais e do amor, assim como o do ódio (Winnicott, 1978/1941, p.157).

3.3 A Sequência de Eventos

Winnicott desenvolve uma divisão artificial na sequência de eventos que ele espera observar na situação. Eventos que na perspectiva do autor referem-se ao comportamento sadio do bebê. Optamos por reproduzir a sequência de eventos na íntegra para facilitar a compreensão do instrumento.

Estádio 1: O bebê estende a mão para a espátula, mas neste momento descobre inesperadamente que a situação merece ser considerada. Está num dilema. Ou, com a mão na espátula, e o corpo imóvel, ele olha pra mim e para sua mãe com olhos bem abertos, observa, espera, ou, em alguns casos, retira completamente seu interesse e enterra a cabeça na blusa da mãe. É geralmente possível controlar a situação de modo a não tranquilizar ativamente a criança e é muito interessante observar o retorno gradual e espontâneo do interesse da criança pela espátula.

Estádio 2: Durante todo o “período de hesitação”, (como eu o chamo) o bebê mantém o corpo imóvel, (mas não rígido). Gradualmente, toma coragem suficiente para deixar que seus sentimentos cresçam e, então, o quadro se modifica rapidamente. O momento exato da passagem desta primeira fase para a segunda fase é evidente, pois a aceitação da realidade do seu desejo pela espátula é anunciada na criança por uma transformação no interior da boca, que se torna flácida, enquanto a língua se mostra espessa e macia e a saliva flui copiosamente. Logo, ele põe a espátula na boca e a mastiga com as gengivas, ou parece estar imitando o pai, fumando um cachimbo. A mudança no comportamento do bebê é uma característica marcante. Em vez da expectativa e da imobilidade, surge agora autoconfiança, acompanhada de livre movimentação corporal, relacionada à manipulação da espátula.

Experimentei muitas vezes levar a espátula à boca do bebê durante o estágio de hesitação. Quer a hesitação corresponda ao que eu considero normal, quer difira dele em grau e qualidade, acho impossível, durante esse estágio, enfiar a espátula na boca da criança,

a não ser recorrendo à força bruta. Em alguns casos, nos quais a inibição é aguda, qualquer esforço da minha parte que resulte num movimento da espátula em direção à criança produz gritaria, aflição mental e até mesmo cólica.

O bebê parece sentir que tem posse da espátula, e que ela está talvez sob seu poder, certamente à disposição dos seus propósitos de autoexpressão. 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 fingimos ser alimentados por ele. Ele definitivamente deseja que brinquemos de ser alimentados por ela e fica aborrecido quando fazemos papel de bobos, metendo a espátula na boca, estragando o jogo como jogo.

Neste ponto eu poderia mencionar que nunca vi qualquer evidência de um bebê ficar desapontado com o fato de a espátula não ser, na verdade, comida, nem algo que contém comida.

Estádio 3: Há um terceiro estágio. No terceiro estágio, o bebê inicialmente deixa cair a espátula como por engano. Se ela é restituída, ele fica contente, brinca de novo com ela e a deixa cair mais uma vez, desta vez, porém, de modo menos fortuito. Recebendo-a de volta, deixa 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.

O final desta terceira fase tem lugar ou quando o bebê deseja descer para o chão, junto da espátula, onde começa a botá-la na boca e brincar com ela novamente, ou quando se cansa dela e busca outros objetos ao seu alcance (Winnicott, 1978/1941, p. 142).

Khan (1978) ressalta o talento de Winnicott para compreender as fantasias inconscientes da criança pequena pela via dos seus jogos. A observação de bebês em uma situação estabelecida é também conhecida como jogo da espátula⁹ (Abram, 2000/1996). Na clínica de Winnicott, o jogo tem uma função importante, pois, na perspectiva do autor, sem ele o bebê e a mãe permanecem estranhos um ao outro. Winnicott observa que a capacidade para o jogo inicia-se precocemente. O autor localiza que desde doze semanas de idade já acontece um jogo muito significativo, em que “um bebê às vezes alimenta a mãe enquanto é alimentado, pondo o dedo em sua própria boca” (Winnicott, 1978/1948, p. 299). Esse jogo do bebê alimentar a mãe pode ser observado na sequência de eventos da situação estabelecida, apresentada anteriormente.

⁹ Como uma derivação do jogo da espátula, Winnicott desenvolve posteriormente o jogo do rabisco. O instrumento é utilizado pelo autor com crianças maiores, com intuito de permitir à criança se conscientizar do estado emocional e psíquico que está dificultando o crescimento e a plena posse de seu *self*. Winnicott também serviu-se da essência desse jogo para desenvolver o conceito de espaço transicional.

3.3.1 O Período de Hesitação

A mais interessante variação do comportamento do bebê é observada no estágio de hesitação, que pode ser exagerada ou ausente. Winnicott considera desviante tanto o bebê que não demonstra interesse pela espátula, quanto o que a agarra e a põe na boca num espaço de um segundo. A hesitação demanda que o bebê retenha seu interesse e desejo pela espátula, até que ele possa fazer um exame do ambiente, testando se o mesmo é capaz de proporcionar resultados satisfatórios.

Winnicott se questiona por que o bebê hesita logo após o seu primeiro gesto impulsivo. O autor entende que isso ocorre devido a uma manifestação do super ego do bebê, que encontra-se diretamente relacionada à atitude parental. Na perspectiva winnicottiana, o bebê hesita porque aprende a esperar que a mãe o desaprove, ou se zangue, quando ele leva alguma coisa à boca. Isso nos leva a concluir que a atitude da mãe faz diferença, em termos da hesitação do bebê. Para Winnicott (1978/1941) a hesitação demonstra que caso o bebê espere produzir uma mãe zangada, podemos inferir que ele se sente ameaçado, e que possivelmente ele tem em sua mente a noção de uma mãe zangada. Caso mãe se mostre zangada, somos levados até as fantasias apreensivas do bebê. “Quando não houve qualquer experiência de proibição, a hesitação indica conflito, ou a existência, na mente do bebê, de uma fantasia correspondente à recordação que o bebê tem de sua mãe realmente perigosa” (Winnicott, 1978/1941, p.150).

Winnicott entende que a hesitação configura-se como um sinal de ansiedade, que ocorre relacionada a algo que se passa no corpo e na mente do bebê. Ao examinar a hesitação da criança pequena na situação estabelecida, o autor conclui que os processos mentais subjacentes à hesitação são similares aos sintomas fisiológicos comuns à ansiedade, como: palidez, sudorese, vômitos, diarreia e taquicardia.

A experiência analítica com crianças e adultos nos mostram que se trata frequentemente de um processo que acompanha um medo inconsciente de coisas definidas, coisas que estão lá dentro e farão mal ao indivíduo, se forem mantidas lá. Inconscientemente, ele teme coisas mais específicas que existem em “algum lugar” para ele. “Algum lugar significa ou dentro ou fora dele mesmo – geralmente, tanto dentro quanto fora”. Estas fantasias podem, naturalmente, em alguns casos e até certo ponto ser conscientes e emprestam colorido às descrições que o hipocondríaco faz de suas dores e sensações (Winnicott, 1978/1941, p.153).

Para Winnicott, o “algo” que desencadeia a ansiedade está na mente da criança, enquanto uma ideia de rigor, ou maldade potencial, e pode ser projetada na situação estabelecida. Para compreender melhor o assunto, Winnicott recorre à Melanie Klein, devido à vasta experiência da autora com análises de crianças de dois anos de idade. O psicanalista inglês acredita ser muito esclarecedor analisar essas crianças diretamente, sendo necessário que o façamos, pois “em muitos aspectos, ... a análise de crianças de dois anos fornece-nos muito mais informações sobre a criança pequena do que a observação poderá jamais proporcionar” (Winnicott, 1978/1941, p. 152). O autor constata que há algo nessa experiência, que não se consegue nem nas análises de crianças com três anos e meio e quatro anos de idade, e muitos menos com crianças durante o período de latência. Uma das características de uma criança de dois anos é que suas fantasias orais primárias, além de suas ansiedades e defesas serem claramente discerníveis dos processos mentais secundários altamente elaborados. Em resumo, entendemos que para Winnicott, a habilidade que a criança tem de manter vivo o que ela ama e reter a crença no seu próprio amor tem uma importante relação com o grau de assimilação ou de estranheza, que ela sente em relação às coisas dentro e fora dela têm.

Uma criança sente que as coisas dentro dela são boas ou más, do mesmo modo como ela sente que as coisas externas são boas ou más. As qualidades do bom ou do mal dependem da relativa aceitabilidade do objetivo do processo de incorporação. Isto, por sua vez, depende da força dos impulsos destrutivos em comparação aos impulsos amorosos, e da capacidade daquela criança de tolerar ansiedades derivadas de tendências destrutivas. (Winnicott, 1978/1941, p.151)

As fantasias¹⁰ do bebê e da criança pequena estão relacionadas não apenas com o seu ambiente externo, mas também com o inter-relacionamento das pessoas que estão sendo incorporadas dentro deles, como um processo da construção de sua realidade interna, e que, mesmo não estando ligadas às representações de palavras, são ricas em termos de conteúdo e emoções e fornecem as bases sobre as quais toda vida de fantasia posterior é construída.

¹⁰ É importante demarcar que nesse momento da obra (1941), Winnicott encontra-se sob forte influência da supervisão com Melanie Klein. O conceito winnicottiano de fantasia, ainda é pouco articulado. O autor elabora ao longo de sua obra o conceito de elaboração imaginativa das funções corporais, em que ele atribui à fantasia uma participação essencial nas principais conquistas realizadas durante o processo de amadurecimento. Mais tarde, o autor entende que devido à extrema imaturidade em que o bebê se encontra, ele não está apto para realizar uma operação tão sofisticada quanto o fantasiar, que enquanto uma função mental se desdobra em mecanismos mentais como a projeção e a introjeção.

3.3.2 O Terceiro Estágio como *Fort-da*

Winnicott faz uma correlação entre o terceiro estágio da situação estabelecida com a observação específica do *Fort-da* de Freud (1969/1920). Freud relata a observação fortuita de seu neto, Ernst, de um ano e meio, filho de Sofia, numa temporada de algumas semanas que ele conviveu com ela e o neto. Ernst fala poucas palavras; com um ano e meio, ele apenas pronuncia alguns poucos sons, e somente os que conviviam proximamente com ele conseguiam entender o que o menino diz. Sobre o neto, Freud (1969/1920) destaca:

Nunca chorava quando sua mãe o deixava por algumas horas. Ao mesmo tempo, era bastante ligado à mãe, que cuidava dele sem qualquer ajuda externa. Esse bom menininho, contudo, tinha o hábito ocasional e perturbador de apanhar quaisquer objetos que pudesse agarrar e atirá-los longe para um canto, sob a cama, de maneira que procurar seus brinquedos e apanhá-los, quase sempre dava bom trabalho. Enquanto procedia assim, emitia um longo e arrastado: “o-o-o-o”, acompanhado por expressão de interesse e satisfação. Sua mãe e o autor do presente relato concordaram em achar que isso não constituía uma simples interjeição, mas representava a palavra alemã *fort*. Acabei por compreender que se tratava de um jogo, e que o único uso que o menino fazia de seus brinquedos; era brincar de “ir embora” com eles. Certo dia, fiz uma observação que confirmou meu ponto de vista. O menino tinha um carretel de madeira com um pedaço de cordão amarrado em volta dele. Nunca lhe ocorrera puxá-lo pelo chão, atrás de si, por exemplo, e brincar com o carretel como se fosse um carro. O que ele fazia, era segurar o carretel pelo cordão e com muita perícia arremessá-lo por sobre a borda de sua caminha encortinada, de maneira que aquele desaparecia por entre as cortinas, ao mesmo tempo, em que o menino proferia seu expressivo “o-o-o-o”. Puxava então o carretel para fora da cama novamente, por meio do cordão, e saudava seu reaparecimento com um: “da” (ali). Essa então era a brincadeira completa: desaparecimento e retorno. Via de regra, assistia-se apenas ao seu primeiro ato, que era incansavelmente repetido como um jogo em si mesmo, embora não haja dúvida de que o prazer maior se ligava ao segundo ato (p.26,27).

Freud compreende que o jogo do neto refere-se a uma tentativa do menino de dominar sua angústia, que é suscitada pela situação de separação da mãe. O psicanalista vienense observa que o ato do menino de se desfazer do carretel, quando a mãe se afasta, não se refere apenas à perda de sua mãe real, mas que se refere à perda da mãe interna. O *Fort-da* representa um avanço, quando o menino descobre que pode dominar sua relação com a mãe interna, e com isso ele pode fazer com que ela desapareça, sem precisar temer o seu retorno. O carretel, pela via de sua presentificação asseguradora, faz a situação se inverter, e, de passivo na realidade, o menino torna-se ativo no jogo, fazendo sua mãe desaparecer e reaparecer a seu gosto.

A partir do trabalho de Klein a respeito do medo que a criança sente de perder a mãe enquanto uma possessão interna valiosa, Winnicott (1978/1941) reflete que quando a mãe deixa a criança, esta sente que está perdendo não apenas a mãe externa, como também a sua mãe interna, pois na mente do bebê as duas mães encontram-se interligadas. O bebê que joga fora a espátula ou o carretel está se desfazendo de sua mãe interna e da mãe externa que o agride ao partir. E o que está em jogo nesse momento é a possibilidade de o objeto ser expulso, mas ainda assim ser trazido de volta. A criança, pela via do uso do objeto, torna-se então capaz de rever sua relação com os objetos e pessoas dentro e fora de si.

3.4 O Caso Clínico como Ilustração

Winnicott apresenta uma ilustração clínica de um bebê asmático que é submetido à situação estabelecida, com intuito de ilustrar o que se passa durante a mesma.

“Margareth”, uma criança alegre, que dorme bem e aceita bem a comida, de sete meses. Ela apresenta respiração ofegante durante a noite e sofre de asma. A criança tem uma boa relação com ambos os pais, especialmente com o pai, que trabalha durante a noite e passa o dia com a criança. A relação da criança com a mãe também é boa e ela está sendo amamentada de forma satisfatória. A criança diz “pa-pa”, mas ainda não diz ‘ma-ma’. Winnicott pergunta aos pais: Para quem a criança se volta quando ela tem algum problema? A mãe responde que ela se volta para o pai porque ele a faz dormir. Margareth tem uma irmã 17 meses mais velha que ela, as duas crianças brincam juntas e se gostam apesar do ciúme da mais velha. O sintoma não surge de maneira abrupta, Margareth costuma mexer-se muito durante o sono, e dorme e acorda aos gritos e tremores. Ela põe o punho na boca, em um gesto compulsivo e ansioso e tosse e apresenta dificuldade para respirar. A criança na situação estabelecida: Winnicott coloca a espátula de pé sobre a mesa e a criança se interessa, mas mostra-se incapaz de se decidir a pegar a espátula. Ela pega, mas fica indecisa quanto a pô-la na boca, apesar de parecer desejar. Por fim, a criança põe a espátula na boca e saliva com a experiência de senti-la na boca. Durante a segunda consulta, ela estende a mão para pegar a espátula, mas hesita novamente, e gradualmente leva a espátula até a sua boca, suga-a com avidez e faz barulhos. Deixa a espátula cair e quando ela é devolvida, ela brinca excitada. Depois disso, ela joga a espátula no chão e põe na boca novamente, quando ela lhe é restituída. A criança passa a se interessar por outros objetos (tigela), deixa cair a tigela e pede para descer para brincar no chão. Ela brinca com a espátula e com a tigela separadamente, e empurra a espátula na direção contrária da tigela, e quando a espátula é devolvida, ela bate com ela na tigela e faz barulho. A criança gradualmente aproxima os dois objetos, que representam a dificuldade de manejar duas pessoas ao mesmo tempo. A mãe observa o momento exato que a menina tem uma crise de asma, que acontece durante o período de hesitação, em um indicio de uma relação entre a asma e o controle involuntário da respiração. Quando, durante a situação, a criança se sente confiante, a saliva flui, a imobilidade se torna gozo, o ato de vigiar se transforma em

autoconfiança e a asma cessa. Winnicott observa uma associação entre o espasmo brônquico e ansiedade, e defende que o aspecto emocional da asma deve ser associado ao período de hesitação, que implica em conflito mental de um impulso suscitado que é controlado (Winnicott, 1978/1941, p. 144).

Margareth apresenta perturbação de alimentação, ausência de brincadeiras, crises convulsivas e irritabilidade. Durante uma das consultas, Winnicott permite que a criança se acomode em seu colo e manifeste a sua agressividade mordendo com força seus dedos. O autor conclui que os efeitos da agressividade na relação com o objeto possibilitam a “retomada do desenvolvimento sadio e evitam um colapso narcísico em etapas iniciais da existência psíquica” (Granã, 2007, p. 27). Ou seja, quando a agressividade da criança é favorecida pelo contato benevolente com o analista, ela começa a dar conta de brincar, demonstrando aos poucos um prazer no brinquedo. E, ao fim de uma série de encontros em que esse jogo se repete, o psicanalista observa que os sintomas desaparecem e o bom humor da menina se estabiliza.

Por causa do método de observação, me é possível tirar do caso certas deduções acerca dos ataques de asma e de sua relação com os sentimentos da criança pequena. Minha principal dedução é que, neste caso, a associação entre espasmo brônquico e ansiedade é suficientemente próxima para garantir a afirmação da existência de uma relação entre os dois. É possível, pelo fato de o bebê ter sido observado sob certas condições conhecidas, ver que, para esta criança, a asma estava associada ao momento no qual há normalmente hesitação; e hesitação implica conflito mental. Um impulso foi suscitado. Este impulso é temporariamente controlado e a asma coincide em duas ocasiões com o período de controle do impulso. Esta observação, especialmente se confirmada por observações similares, formaria uma boa base para a discussão do aspecto emocional da asma, especialmente se tomada em conjunção com observações feitas durante o tratamento psicanalítico de asmáticos (Winnicott, 1978/1941, p. 148).

A situação estabelecida representa a singularidade da psicanálise como um instrumento de pesquisa, em que “o procedimento correto é, obviamente, conseguirmos o máximo possível tanto da observação quanto da análise e deixar que uma ajude a outra” (Winnicott, 1978/1941, p. 152).

Às vezes, o analista achará valioso olhar por trás de toda a profusão de detalhes e ver até que ponto a análise que está conduzindo poderia ser pensada nos mesmos termos em que se pode pensar a situação estabelecida relativamente simples que descrevi. Cada interpretação é um objeto cintilante que excita a voracidade do paciente (Winnicott, 1978/1941, p.159).

Considerações finais

*Quando chegar a
hora de partir.
-Você compreende, não é, mamãe,
que eu não posso gostar de você deste modo a vida inteira.*
Clarice Lispector

A contribuição de Winnicott, seja como pediatra, psiquiatra ou psicanalista, é resgatar o bebê de um limbo, em que este se encontra durante as décadas de 30 e 40. O autor defende que o bebê é humano, sua humanidade antecede a manifestação pela fala, portanto o lactente encontra-se desde o início da sua vida exposto às vicissitudes do sofrimento psíquico. Na perspectiva do autor, na psicanálise, não há nada do que fazemos que não esteja relacionado com o cuidado do lactente e da criança. E, mesmo podendo aprender a clinicar, por meio da observação dos bebês com suas mães, ou, até mesmo, por correlacionar as falhas dos pais com estados clínicos subsequentes de crianças doentes, ainda assim, sabemos que “a saúde mental da criança não se pode estabelecer sem cuidado paterno ou materno suficientemente bons” (Winnicott, 1983/1963, p. 227).

Pela via da situação estabelecida, Winnicott nos oferece um importante ensinamento sobre a construção do método, que consiste na possibilidade de se ampliar uma situação de avaliação para uma situação terapêutica. Pela via do seu método clínico de observação de bebês, o autor, além de realizar uma ciência de fatos clínicos, faz isso com um estilo próprio e singular de construir a sua prática. Loparic (2000) aponta que, apesar de o psicanalista inglês valorizar sua inventividade, sua maior preocupação sempre foi tratar dos pacientes que sofrem de transtornos severos. Para tal, ele não se dá ao luxo de ser apenas criativo, e procede de maneira metódica e coerente.

Winnicott (1988) ressalta que a observação direta de bebês nos apresenta grandes dificuldades, “visto que não é possível observar um bebê exceto de olhar para o seu corpo e seu comportamento” (p.172). Ao mesmo tempo, somente ela, a observação, “pode fazer justiça à riqueza de variações que muitas crianças introduzem nesse simples *setting*, que lhes pode ser tão facilmente proporcionado” (Winnicott, 1978/1941). Isso nos faz concluir que, ainda que a mera observação seja insuficiente para dar conta do que se trata em um bebê, nós podemos escutá-lo e trabalhar clinicamente com ele, pela via da observação da sua interação com a mãe. Enfim, a observação que escuta e lê a concatenação de uma modalização de

funcionamento nos permite localizar um saber no bebê, mesmo sendo ele incapaz de nos responder com palavras. Talvez esteja aí o atributo de observação psicanalítica.

Existem muitas maneiras de observar – e a de Winnicott não é qualquer uma. Longe de buscar uma correlação direta entre um comportamento e um sentido psicopatológico, o psicanalista inglês observa o bebê pela luz que sua teoria do amadurecimento focaliza. Por isso, longe de restringir-se a uma mera observação do comportamento do bebê, Winnicott toma as manifestações do bebê como respostas orientadas pela posição materna, que por sua vez, está submetida a um enquadre do clínico.

Os estágios experimentados no *setting* da situação estabelecida remontam à jornada do bebê ao longo do amadurecimento humano; permitindo ao clínico a possibilidade de testemunhar, além da produção conjunta entre eles, aspectos dessa jornada como: a mutualidade existente entre o bebê e a mãe, que pode ser observada através da forma com que o bebê usa a espátula, além da construção de um espaço transicional que favorece a emergência do brincar e do gesto criativo do bebê, entre outros aspectos. Na perspectiva de Winnicott, a capacidade do bebê para brincar com a mãe e a disposição dela para reconhecer essa iniciativa se configura como um indício de saúde. Muitos são os casos de autismo em que a mãe confessa a surpresa de ver o filho brincar, quando é ela que apresenta dificuldades para interagir com o bebê na produção de um jogo, o que nos faz pensar que é a própria mãe que não sabe brincar.

Ainda que o maior propósito de Winnicott com a situação estabelecida seja simplesmente poder testemunhar a produção conjunta entre a mãe e o bebê, o autor ressalta a importância da capacidade da mãe para identificar-se com o seu filho. O autor avalia que é essa capacidade que possibilita à mãe prever o comportamento do bebê. O que nos leva a inferir que o saber materno se refere a um saber espontâneo, de uma mãe que conhece o filho na “magia da intimidade”. Assim, Winnicott anuncia o que mais tarde será capturado com o termo “transitivismo”. Bergès e Balbo (2002) definem o transitivismo como uma hipótese de saber que é feita pela mãe, acerca do que se passa com o bebê, em termos de suas necessidades. Essa hipótese exige que a mãe se identifique ao bebê e, de certa forma, se coloque no lugar do filho, tornando-se capaz de nomear o que ele está sentindo.

Do ponto de vista da psicanálise anglo-saxônica, apenas D. W. Winnicott cita um caso clínico que evoca para nós o transitivismo, ao qual o autor, no entanto não faz alusão: “Na excitação de uma experiência ligada a um bom objeto, acontece que a criança morde: o objeto será então sentido como um objeto que morde” (Bergès e Balbo, 2002, p. 16).

O estudo do instrumento nos permite pensar na quantidade e na qualidade de recursos internos que o bebê precisa recrutar para conseguir alcançar o objeto reluzente. No *setting*, o brilho da espátula mobiliza o ímpeto do bebê em tomar posse dela, desencadeando o desejo, o dilema e a hesitação, que fazem com que o bebê freie seu interesse e procure pelo olhar materno, com o propósito de considerar a situação. Quando a mãe, pela via do seu olhar de aprovação, permite que o bebê tome posse da espátula, o seu primeiro gesto espontâneo diz respeito à livre manipulação da espátula e a produção de efeitos, como o barulho e a produção de brincadeiras. Esse comportamento do bebê nos permite inferir que o olhar da mãe é um componente importante em termos da sustentação da situação estabelecida. Ou seja, para que o bebê se precipite em direção à espátula, a mãe precisa estar convicta e fazer uma aposta de que, ali, naquele bebê, existe um sujeito por vir, capaz de se precipitar até um objeto reluzente. Além disso, a situação estabelecida nos permite testemunhar a expressão de elementos “sofisticados” no que diz respeito à relação que o bebê estabelece com a mãe. No *setting* clínico, a mãe, pela via da espátula, oferece ao filho um objeto que estabelece uma primeira modalidade de afastamento consentido. E o bebê, por sua vez, ao possuir a espátula, torna-se capaz de “dominá-la à sua vontade ou usá-la como uma extensão da sua personalidade” (Kloutau, 2002, p.129-130), vivenciando a possibilidade de descolar-se do corpo da mãe.

Safra (1999) aponta que a situação estabelecida facilita nossa compreensão a respeito da importância de o analista conseguir esperar que seu paciente realize o gesto de apropriação do mundo, e que para tal, Winnicott aposta no inusitado e na capacidade de criação do indivíduo. Além disso, o método winnicottiano de “observação de bebês em uma situação estabelecida” (1978/1941) representa ao analista a possibilidade de observar a interação do bebê com sua mãe, podendo tirar proveito de encontrar-se inserido na cena. No *setting* da situação estabelecida, o autor apresenta um modo delicado de aproximação do bebê e da mãe, ele esforça-se para deixar o bebê e a mãe o mais a vontade possível, mas, ao mesmo tempo, balizando a situação. Assim, pela via de seu manejo clínico, ele oferece condições suficientemente boas para que o bebê e a mãe possam partilhar uma experiência junto a um terceiro, que, através da comunicação que ocorre tanto por meio da palavra quanto da mutualidade, provoca transformações no que se encontra dissonante na relação entre o bebê e a mãe. Por isso, pode-se afirmar que esta prática de observação de bebês possui uma função terapêutica, na medida em que, o bebê, convoca sua mãe a distinguir-se dele para observá-lo.

Desde a década de quarenta, Winnicott já demonstra uma preocupação em tentar detectar precocemente os transtornos do bebê. Os pressupostos teóricos do autor a respeito do

amadurecimento humano sustentam a hipótese de que em termos da saúde psíquica do bebê, a intervenção precoce no relacionamento entre os bebês e suas mães é algo efetivo e de grande valor terapêutico. E, é devido a isso, que em um amplo espectro, consideramos que a situação estabelecida possa vir a ser algo que instrumentalize não só analistas de crianças, mas também os pediatras, como mais um recurso para reconhecer os sinais precoces de sofrimento do bebê, a tempo de evitar a cronificação dessa condição.

As pesquisas winnicottianas antecipam aspectos de uma pesquisa moderna e contemporânea, como a pesquisa IRDI, que foi capaz de realizar uma tradução do fazer psicanalítico sem se curvar à linguagem médica e sua epistemologia, colocando o que é da psicanálise a serviço da saúde pública. Além disso, esse instrumento apresenta capacidade preditiva para detectar comprometimentos do desenvolvimento infantil, que, uma vez detectados e adequadamente tratados, irão permitir à criança um desenvolvimento mais rico e menos exposto ao sofrimento. Ainda que, o IRDI seja uma pesquisa mais complexa do que o instrumento winnicottiano de observação de bebês, acreditamos que esta pesquisa é tributária da situação estabelecida winnicottiana, principalmente quando ela investiga o modo de articulação e sustentação da relação da criança pequena com sua mãe como um indicativo da condição psíquica da criança. Enfim, a situação estabelecida segue uma tendência bastante atual: a busca por recursos capazes de detectar e intervir em momentos críticos do desenvolvimento da criança.

Referências

- Abram, J. (2000). *A linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter. (Obra original publicada em 1996).
- Balbo, J., e Bergès, G. (2000). *O jogo das posições da mãe e da criança, ensaio sobre o transitivismo*. Porto Alegre: CMC.
- Bercherie, P. (1988). *La clinique psychiatrique de l'enfant, étude historique*. Paris: Navarin.
- Dell Fraro, P. (2006). *Os estágios iniciais na teoria do amadurecimento humano de D. W. Winnicott*. Monografia de conclusão do curso de especialização em teoria psicanalítica. Universidade federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.
- Dias, E. (2003). *A teoria do amadurecimento de Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Desain, B. (2008). *Da hesitação na clínica winnicottiana*. XIII Colóquio Winnicott Internacional – Os casos clínicos de Winnicott. São Paulo.
- Fernandes, C. (2010). *Psicanálise para aqueles que ainda não falam? A imagem e a letra na clínica com o bebê*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Freud, S. (1969). Projeto para uma psicologia científica. In *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad.,V:I). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1895).
- Freud, S. (1969). Duas histórias clínicas – O caso do pequeno Hans. In *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad.,V: X.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1909).
- Freud, S. (1969). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad.V: XI). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1912).
- Freud, S. (1969). *Além do princípio do prazer*. In *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., V: XVIII). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1920).

- Granã, R. (2007). *As origens de Winnicott: Ascendentes psicanalíticos e filosóficos de um pensamento original*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Khan, M. (1978). Prefácio. *In: textos selecionados da pediatria a psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Klautau, P. (2004). *Encontros e desencontros entre Winnicott e Lacan*. São Paulo: Escuta.
- Lerner, R., e Kupfer, C. M. (2008). *Psicanálise com crianças: Clínica e pesquisa*. São Paulo: Escuta.
- Loparic, Z. (2000). *O animal Humano*. São Paulo: Revista Natureza Humana. V.2. PUCSP
- Loparic, Z. (2001). *Esboço do paradigma winnicottiano*. V.11. São Paulo: Cadernos de história e filosofia da ciência. PUCSP
- Loparic, Z. (2006). *De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática*. Revista Natureza Humana. UNICAMP/PUCSP
- Nascimento, R., Almeida, M., e Pedroso, J. (2011). *Reflexões teóricas sobre o método de observações de bebês*. www.fundamentalpsychopathology.org/8conganais/tr411pdf.
- Safra, G. (1999). *A clínica em Winnicott*. São Paulo: Revista Natureza Humana. V.1, N.1. P.2
- Winnicott, C. (1994). D.W.W: Uma reflexão por Clare Winnicott. *In: Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. (1975). O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. *In: O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1967).
- Winnicott, D. (1978). A observação de bebês em uma situação estabelecida. *In: Textos selecionados da pediatria a psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Obra original publicada em 1941).
- Winnicott, D. (1978). O ódio na contra-transferência. *In: Textos Selecionados da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Obra original publicada em 1947).
- Winnicott, D. (1978). A reparação em função da defesa materna organizada contra a depressão. *In: Textos Selecionados da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Obra original publicada em 1948).

- Winnicott, D. (1978). Os objetos transicionais e os fenômenos transicionais. *In: Textos Seleccionados da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Obra original publicada em 1951).
- Winnicott, D. (1978). A preocupação materna primária. *In: Textos Seleccionados da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Obra original publicada em 1954).
- Winnicott, D. (1978). A tendência anti-social. *In: Textos Seleccionados da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Obra original publicada em 1956).
- Winnicott, D. (1983). Sobre a contribuição da observação direta da criança para a psicanálise. *In: O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1957).
- Winnicott, D. (1983). A contratransferência. *In: O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1960).
- Winnicott, D. (1983). Os objetivos do tratamento psicanalítico. *In: O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1962).
- Winnicott, D. (1983). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. *In: O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1963).
- Winnicott, D. (1988). *A Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. (1994). Adendo à localização da experiência cultural. *In: Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1967).
- Winnicott, D. (1994). O conceito de regressão clínica comparado com o da organização defensiva. *In: Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1967).
- Winnicott, D. (1994). Ilustração clínica de o uso de um objeto. *In: Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1968).
- Winnicott, D. (1994). Anna Freud. *Indications for child analysis and other papers*. *In: Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1969).

- Winnicott, D. (1994). A loucura da mãe tal como aparece no material clínico como fator estranho ao ego. *In: Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1969).
- Winnicott, D. (1996). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. (2005). A tendência anti-social. *In: Privação e Delinqüência*. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1951).
- Winnicott, D. (2005). O primeiro ano de vida. *In: A Família e o Desenvolvimento Individual*. Trad. Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1958).
- Winnicott, D. (2006). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1988).
- Pesaro, M. (2011). Alcances e limites teóricos metodológicos da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. *Revista da associação psicanalítica de Curitiba*. Número: 22.
- Roudinesco, E. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Vilete, E. (1995). *A especificidade do método de observação da relação mãe-bebê*. Simpósio Brasileiro de observação da relação mãe-bebê. São Paulo.
- Vorcaro, Â. (1999). *A criança na Psicanálise: Clínica, instituição e laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.