

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

JOÃO CARLOS DA SILVA

“RESTITUA-ME O QUE FOI PERDIDO”
A AGRESSIVIDADE E A CONDUTA ANTISOCIAL COMO SINALIZADORES DE
CUIDADOS AMBIENTAIS

NATAL/RN
2017

JOÃO CARLOS DA SILVA

“RESTITUA-ME O QUE FOI PERDIDO”

A AGRESSIVIDADE E A CONDUTA ANTISSOCIAL COMO SINALIZADORES DE
CUIDADOS AMBIENTAIS

Relatório Final de Conclusão de Curso de Psicologia apresentado ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN) como requisito final para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Profa. M.^a Narjara Medeiros de Macedo

NATAL/RN

2017

JOÃO CARLOS DA SILVA

“RESTITUA-ME O QUE FOI PERDIDO”

A AGRESSIVIDADE E A CONDUTA ANTISOCIAL COMO SINALIZADORES DE
CUIDADOS AMBIENTAIS

Relatório Final de Conclusão de Curso de
Psicologia apresentado ao Centro
Universitário do Rio Grande do Norte
(UNI-RN) como requisito final para
obtenção do título de Bacharel em
Psicologia.

Aprovada em: ____/____/____.

Profa. M.^a Narjara Medeiros de Macedo
Orientadora

Profa M.^a Rocelly Dayane Teotônio da Cunha Souza
Membro

Profa. M.^a Clenice Teresinha Favero
Membro

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus por ter me concedido, por intermédio de sua graça e misericórdia, condições necessárias de subsistência física e espiritual a fim de encerrar com louvor esse ciclo.

A minha esposa, Poliana Micaelli, que, durante os períodos mais difíceis da formação, esteve ao meu lado, como uma rocha, motivando-me a prosseguir firme e constante em direção ao alvo.

Aos meus pais, que com muito amor dedicação, não mediram esforços, durante toda a minha vida, em dar uma educação dignar e pautada na ética e nos bons costumes, ensinando-me, acima de tudo a ser um homem honesto e digno.

A minha orientadora Narjara Medeiros de Macedo pela dedicação, paciência, carinho e suporte, que foram elementos extremamente fundamentais para obter o conhecimento.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que de uma ou de outra forma me ajudaram durante esta jornada, em especial minhas colegas e companheiras de trabalhos acadêmicos, Acymara Pereira e Daliany Rebouças, com as quais eu pude compartilhar meus sofrimentos, alegrias e realizações durante essa empreitada.

“O homem da sociedade está todo inteiro na sua máscara. Não estando quase nunca em si mesmo, quando está se acha estranho e mal à vontade. O que é, não é nada, o que parece, é tudo para ele.”

Jean-Jacques Rousseau.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso descreveu um caso de uma criança, do sexo masculino, 9 anos de idade, que foi atendida durante o estágio supervisionado com queixa inicial de agressividade e comportamento antissocial. A abordagem utilizada foi a da clínica psicanalítica infantil partindo da concepção winnicottiana de que o ser humano tem uma tendência natural ao amadurecimento e o ambiente é uma condição indispensável para o êxito desse processo, guiado pela relação mãe-bebê e pela busca de atualização e constituição do si-mesmo. Inicialmente foi realizada a entrevista com a mãe e padrasto da criança, que teve o objetivo de elucidar o motivo da consulta, bem como a história da criança e seu dia a dia. O eixo da terapia foi a comunicação entre o analista e o paciente, que se desenvolveu por intermédio do brincar mútuo, onde houve a elaboração do conflito, a partir do espaço em potencial construído por ambos, que visou à integração e espontaneidade do *self*. O resultado visou reparar o momento do amadurecimento em que houve a falha ambiental.

Palavras-chave: Winnicott. Agressividade. Antissocial, Privação. Continência.

ABSTRACT

The study analyzed a case of a 9-year-old boy, with an initial report of aggressiveness and antisocial behavior, who was attended during the supervised practice. The approach used was that of the infant psychoanalytic clinic based on the Winnicottian conception that the human being has a natural tendency to maturity and the environment is an indispensable condition for the success of this process, guided by the mother-baby relationship and the search for updating and constitution of the self. Initially, the interview with the mother and stepfather of the child was carried out, with the objective of elucidating the reason for the consultation, as well as the history of the child and his daily routine. The axis of the therapy was the communication between the analyst and the patient, which was developed through mutual play. Then, the conflict was elaborated starting from the potential space built by both, which aimed the integration and spontaneity of the self. The result was to repair the moment of maturity in which the environmental failure occurred.

Keywords: Winnicott. Aggressiveness. Antisocial, Deprivation. Continence.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 SOBRE A INFÂNCIA	11
2.1.1 Compreensões históricas	11
2.2 PSICANÁLISE COM CRIANÇAS	12
2.2.1 Principais expoentes	12
2.3 A CLÍNICA PSICANALÍTICA WINNICOTTIANA.....	15
2.3.1 Sobre W.D Winnicott	15
2.3.2 Principais conceitos	16
3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	21
4 METODOLOGIA	23
4.1 DESCRIÇÃO DO CASO	23
4.1.1 Sobre a História do Paciente	23
4.1.2 Sobre o paciente e o atendimento.....	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41
ANEXO 1	43
ANEXO 2	44

1 INTRODUÇÃO

O estágio curricular representa um momento de materialização dos conhecimentos teóricos absorvidos durante etapas anteriores da vida acadêmica e, essencialmente, um passo importante para o futuro profissional. Isso, por que, temos a oportunidade de aprimorar nossa conduta profissional a partir de situações reais vivenciadas durante o estágio, sobretudo com o auxílio da supervisão.

Com isso, o objetivo central desse estágio foi estabelecer a vivência da psicologia clínica, com ênfase no atendimento infantil, fundamentada na teoria e métodos da psicanálise winnicottiana, a fim de relacionar os conceitos teóricos com casos práticos demandados na Clínica Integradas da UNI-RN, bem como aprimorar a conduta profissional.

A escolha para atuar na clínica tem como fundamento a necessidade de passar pela experiência do consultório, com a intenção de fomentar mecanismos e habilidades capazes de estimular minha capacidade interpretativa e de manejo clínico na atuação psicológica, sobretudo na clínica infantil, tendo como ponto de partida as ideias e conceitos de Donald Woods Winnicott, um pediatra psicanalista que direcionou grande parte de seus estudos ao entendimento do desenvolvimento infantil com base nas relações familiares entre criança e ambiente.

Para Winnicott, um ambiente agradável é condição indispensável para que se estabeleça um desenvolvimento completo, que passa por uma relação de dependência até chegar à independência.

Para isso, em seu estágio mais primitivo, é necessário que o bebê disponha de um ambiente facilitador para atender as necessidades básicas, cuidados que deverão ser suficientemente bons, uma vez que nessa fase a personalidade está se alicerçando (DIAS, 2008).

Realizamos acompanhamento clínico de um paciente encaminhado pelo Núcleo de Psicologia das Clínicas Integradas do UNI-RN, como forma de articular teoria e prática de acordo com os fundamentos da clínica psicanalítica winnicottiana. Para isso, contamos com o auxílio e orientação da supervisão, realizada por um profissional competente, estabelecendo as conexões com outros profissionais que fazem parte da rede de apoio ao paciente.

Como dito, a atuação foi pautada nas ideias e manejos da clínica winnicottiana. Partindo da entrevista inicial com os pais, hora do jogo e jogo do

rabisco com a criança, para que, essencialmente, estabeleça o brincar mútuo e espontâneo, a fim de que seja possível, gradativamente, surgir o espaço em potencial e a partir daí emergir os fenômenos e objetos transacionais. O resultado dessa atuação visou identificar as falhas ambientais primárias, bem como repará-las e retomar o amadurecimento pessoal da criança.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SOBRE A INFÂNCIA

2.1.1 Compreensões históricas

A compreensão da infância, como estágio da vida, nem sempre foi entendida como se concebe hoje na contemporaneidade. Ideologias arcaicas segmentaram o lugar da criança na sociedade, conforme o que se pensava sobre ela. Sua importância era constituída por um determinismo social vigente. Por assim pensar, partimos de um ponto em que a criança era quase invisível, inútil, e que sua função na família era demarcada por requisitos de dependência.

Philippe Ariès, historiador francês, fez um estudo bem apurado sobre as definições da infância e suas mudanças, publicado em seu livro intitulado *"História social da criança e da família"*. Ele apresenta a infância a partir da Idade Média como desprovida de atenção especial dos adultos, comprovado, principalmente, por estudos iconográficos. Com base nesses, Ariès constatou que a arte medieval não projetava as crianças em suas produções artísticas. Elas, simplesmente, não apareciam em pinturas e quadros. Não era concebida a ideia que os medievais pudessem, por incompetência, deixar de representar a criança em seus trabalhos. A hipótese mais provável é que a criança não tinha o devido lugar nessa sociedade (ARIÈS, 1981).

Até o século XIII, o que se tinha eram homens colocados em tamanho reduzido. As crianças não eram representadas de forma peculiar, com seus devidos traços e qualidades inerentes à sua natureza. Com isso, constata-se que os homens de tempos antigos, de fato, não faziam questão de projetar suas crianças nas artes e representações artísticas, o que demonstra em que lugar a infância estava enquadrada, como relata ARIÈS:

Isso sem dúvida significa que os homens dos séculos X-XI não se detinham diante da imagem da infância, que esta não tinha para eles interesse, nem mesmo realidade. Isso faz pensar também que no domínio da vida real, e não mais apenas no de uma transposição estética, a infância era um período de transição, logo ultrapassado, e cuja lembrança era logo perdida (ARIÈS, 1981, p.52).

Outra ideia que se pensava sobre a infância era que ela estava ligada à função de dependência familiar, ou seja, à medida que a criança fosse ganhando autonomia, não necessitando mais das “solicitudes da mãe”, se tornando independente e adquirindo capacidade de exercer uma ocupação junto ao seu senhor, a infância deixaria de existir e a criança passava a ingressar na sociedade e no mundo adulto, conforme Ariès discorre:

Só se saía da infância ao se sair da dependência, ou, ao menos, dos graus mais baixos de dependência. Essa é a razão pela qual as palavras ligadas à infância iriam subsistir para designar familiarmente, na língua falada, os homens de baixa condição, cuja submissão aos outros continuava a ser total: por exemplo, os lacaios, os auxiliares e os soldados (ARIÈS, 1981, p.10).

Segundo Ariès, foi só a partir do século XVII que as imagens das crianças sozinhas começaram a serem projetadas nas obras de artes e que tais produções continham a família e a criança ocupando o centro da sua composição. Imagens de crianças lendo, desenhando e brincando eram prospectadas em pinturas barrocas. A partir daí, a ideia de infância começou a ganhar novas configurações. Seu lugar na família e sociedade passa ter características peculiares que condiz com uma compreensão mais contemporânea, onde a criança é vista como um ser dotado de uma subjetividade constituinte, ganhado mais força e evidência após o advento dos conceitos freudiano sobre a infância.

2.2 PSICANÁLISE COM CRIANÇA

2.2.1 Principais expoentes

Com o advento da psicanálise e seus fundamentos, surge um novo olhar para a compreensão da infância. Agora, a sexualidade infantil passar a ocupar lugar central. Em linhas gerais, toda criança, desde seu nascimento, é plenamente capaz de experimentar prazer em seu corpo, por intermédio do que Freud vai chamar de zonas erógenas. Aspectos genéticos e cronológicos perdem mais força na conceituação da infância, dentro desta nova perspectiva, e o inconsciente ganha grande ênfase para entender como a criança se constitui (COSTA, 2010). Teresinha Costa afirma que:

Desse modo, Freud apresenta ao mundo uma nova criança, dotada de uma sexualidade perverso-polimorfa. Com o conceito de pulsão Freud vai nos mostrar que o corpo da criança é um corpo pulsional, corpo de desejo (COSTA, 2010, p. 15).

Dessa forma, Freud contribui para que novos psicanalistas se fundamentem em suas construções teóricas iniciais sobre a infância, sobretudo a partir do caso do pequeno Hans, em 1909, quando Freud supervisionou Max Graf na análise que realizou com seu próprio filho, Hans. Até então, Freud não acreditava que fosse possível fazer análise com criança, por achar que não haveria bases teóricas. No entanto, o caso Hans demarcou de vez seu entendimento e a história da clínica analítica infantil, pois ele identificou claramente elementos indispensáveis e fundamentais para o estabelecimento da análise. No caso do menino Hans: a demanda, a transferência e a interpretação (COSTA, 2010).

Segundo Costa, a demanda é o sofrimento que geralmente é identificado pelos pais ou algum responsável pela criança. É o sintoma que a criança apresenta, o que faz com que os pais procurem a cura na análise. No caso de Hans, por exemplo, consistia em fobia de cavalos. Já na transferência, ocorre a junção da autoridade paterna com a autoridade médica, sendo elementos transferenciais importantes para a materialização da análise com crianças. Por fim, a interpretação surge como o terceiro elemento indispensável no processo de análise infantil, onde contempla a possibilidade da cura da neurose (Op. cit.).

Uma das ideias fundamentais da análise, que não foi citada acima, é a “associação livre”, que não é praticável como instrumento analítico de forma clássica na clínica infantil. Isso porque a criança não é dotada de mecanismos psíquicos e comportamentais para se expressar livremente, consciente ou inconscientemente, uma vez que possui características próprias e diferentes dos adultos, segundo Costa (2010).

É importante fazer nota do que Costa (2010, p. 20) afirma sobre isso: “se deixarmos a criança livre, ela brinca com o que encontrar à sua frente, sendo esse o modo natural de se expressar”. Isto implica dizer que o brinquedo pode ser considerado um instrumento de expressão do inconsciente, o que corrobora para que o analista possa ter acesso a conteúdo de fantasia que a criança elabora (COSTA, 2010).

Tomando como ponto de partida as observações e constatações de Freud, surge o que Costa (1981, p. 20) considera como o “verdadeiro nascimento e desenvolvimento da psicanálise com criança”. Isso porque as primeiras analistas, Hermine von Hug-Hellmuth, Anna Freud e Melanie Klein, dedicam-se em ampliar os conceitos já firmados através de novas pesquisas e estudos que contribuíram significativamente para a prática clínica com crianças (COSTA, 1981).

Após Freud, a primeira analista a aplicar psicanálise infantil foi a professora Hermine von Hug-Hellmuth, que nasceu em Viena e, aos 36 anos, analisou uma criança chamada Isidor Sadger. Seu trabalho consistia em realizar visitar crianças e observar suas atividades lúdicas, por meio do qual constatou que situações difíceis e traumáticas eram expressas através dos jogos e desenhos (COSTA, Op. cit.).

Hug-Hellmuth considerava as primeiras sessões como imprescindíveis, pois eram a oportunidade de estabelecer a confiança, fortalecendo o vínculo e, principalmente, de deixar a brincadeira fluir naturalmente (BLINDER; KNOBEL; SIQUIER, 2011).

No entanto, ela acreditava que não fosse possível a análise com crianças pequenas, visto que era fundamental a criança passar pelo complexo de Édipo; bem como não concebia a ideia da criança ter a capacidade de confessar seus desejos, sobretudo dentro de uma relação entre pai e filho, pois este tipo de laço parental era prejudicial para o processo analítico (CAMAROTTI, 2010).

Em seguida, outro expoente importante surge para evidenciar a análise infantil: Melanie Klein. Também nascida em Viena, em 1882, Klein fez sua primeira análise com criança em 1914. Ela trouxe novas contribuições teóricas para a clínica com crianças, conforme discorre Blinder, Knobel e Siquier:

(...) Superego Arcaico, do Édipo Precoces, descobrimento da posição depressiva e da posição esquizo-paranoide, a demonstração da importância do símbolo no desenvolvimento do ego, a relação de objeto, objeto bom e o objeto mau, a inveja e a identificação projetiva (BLINDER; KNOBEL; SIQUIER, 2011, p 13).

A atividade lúdica é o foco da atuação kleiniana, pois, segundo ela, há a materialização do simbolismo infantil das fantasias e desejos projetados nos brinquedos. Isso ocorre porque quando a criança experimenta a realidade externa, os conteúdos fantasiosos e o que ela define como “objetos internos” são prospectados em tal atividade (COSTA, 1981).

Segundo Camarotti (2010, p.51), “Klein atribuía a este brincar a equivalência da associação livre”, ou seja, a criança livremente brincando desabrochando conteúdos inconscientes capazes de serem interpretados e analisados dentro do *setting* terapêutico.

A sexta e última filha de Freud encabeçou também a frente dos analistas que se dedicaram aos estudos sobre a infância. Nascida em 1895, Anna Freud apresenta seu primeiro trabalho em 1922: “Fantasias e sonhos diurnos de uma criança excessivamente dependente”. No entanto, sua principal obra, *O tratamento psicanalítico das crianças*, que demonstra os fundamentos da análise com criança sob um viés pedagógico, foi publicado em 1927, tornando-se uma referência em análise com crianças (COSTA, 1981; BLINDER; KNOBEL; SIQUIER, 2011).

2.3 A CLÍNICA PSICANALÍTICA WINNICOTTIANA

2.3.1 Sobre D.W. Winnicott

Chegamos agora em Donald Woods Winnicott (1896-1971), considerado o “pai fundador da psicanálise com criança”, segundo Blinder, Knobel e Siquier (2011, p. 17), visto que foi antecedido por mulheres.

Nascido em Plymouth, sudoeste da Grã-Bretanha, na Inglaterra, único filho homem de um total de três, Winnicott cresceu e se desenvolveu em um ambiente que ele próprio vai conceituar de “ambiente suficientemente bom”, pois viveu a sua infância em um ambiente familiar facilitador (LEMGRUER, 2005).

Médico por formação, especializado em Pediatria, atuou durante 40 anos no Hospital de Crianças de Paddington. Aliou sua competência acadêmica à prática da psicanálise com criança, sobretudo direcionado para o atendimento e compreensão da infância, uma vez que notou a ligação do meio emocional da criança com o desenvolvimento de doenças físicas.

Por intermédio de seu primeiro analista, James Strachey, Winnicott chegou a Melanie Klein, com a pretensão única de aprender sobre as construções teóricas elaboradas por ela. Logo se tornou seu discípulo e Klein supervisionou seus casos durante cinco anos, até quando pediu para Winnicott ser o analista de seu filho,

momento em que a supervisão foi rompida e deu-se início ao trabalho proposto (COSTA,1981; BLINDER; KNOBEL; SIQUIER, p.2011).

Mais à frente, Winnicott passou a seguir sua própria perspectiva teórica, a partir da forte influência dos conceitos kleinianos. Ele passou a se interessar por uma linha de pensamento construtivista acerca da compreensão da formação da subjetividade, tendo como cerne a interação entre sujeito e ambiente, sobretudo nos primeiros dias de vida do bebê na relação com a mãe, colocando esse lactente em uma relação de dependência com o ambiente e, desta forma, consolida uma condição indispensável para um desenvolvimento psíquico saudável (COSTA, 1981; BLINDER; KNOBEL; SIQUIER, 2011).

2.3.2 Principais Conceitos

A teoria do amadurecimento pessoal é uma das principais construções intelectuais de Winnicott para a compreensão da psique humana. A sua fundamentação reside no fato de que todo o ser humano tem uma tendência natural ao amadurecimento, partindo do pressuposto que suas relações ambientais implicam no desenvolvimento de tal maturação (DIAS, 2003). Sobretudo, essa teoria obstina-se e ganha grande relevância para os estágios iniciais da vida humana, visto que nessa fase está sendo estruturada a base da personalidade e da saúde psíquica e que tais vivências primárias impactam por toda a vida do sujeito (DIAS, Op. cit. 2003).

Dias (2003) apresenta algumas concepções sobre a teoria supracitada: a compreensão sobre a tendência inata ao amadurecimento está condicionada a um ambiente facilitador com cuidados suficientemente bons, do qual o bebê tem necessidade; a ideia de amadurecimento se concebe a partir de algum momento após o nascimento da criança e perdura até sua morte; a condição da existência humana está relacionada com os processos maturacionais, de forma que cada sintoma tem relação com etapas do amadurecimento.

Com isso, Winnicott vai indicar que a etapa mais fundamental para a construção de uma saúde e personalidade psíquica é a mais primitiva, os estágios iniciais, pois neles estão presentes algumas tarefas estruturantes da psique humana, como descreve Dias (2003, p. 34): *“A integração no tempo e no espaço, a habitação*

da psique no corpo, o início das relações objetais e a quarta tarefa, constituição do si-mesmo”. Tais tarefas se completam e continuam sendo fundamentais por toda a vida (DIAS, 2003).

Uma dessas fases mais primitiva é conceituada por Winnicott por Dependência Absoluta. Nesta, há uma dependência absoluta do bebê em relação aos cuidados da mãe, que vai do nascimento até os seis meses. A criança não consegue sobreviver longe desses cuidados maternos, exercendo a mãe uma função típica de ambiente (NASIO, 1995).

Segundo Winnicott (1990, p. 81), *“o processo maturativo depende para sua evolução da provisão do ambiente”*, ou seja, para que esse lactente tenha um desenvolvimento maturacional adequado, o ambiente tem um papel determinante, o que é potencializado pela dependência absoluta. No entanto, o ambiente em si, obviamente, não faz a criança, mas favorecerá para que a criança desenvolva seu potencial (Winnicott, 1990).

É importante citar qual o sentido que Winnicott (1990, p. 81) atribui à expressão “processo maturativo” ou *“processo de maturação”*. Ele afirma que *“se refere à evolução do ego e do self, inclui a história completa do id, dos instintos e suas vicissitudes, e das defesas do ego relativas ao instinto”*. Não se trata apenas de algo meramente determinista, mas da formação da subjetividade do indivíduo em seu aspecto construtivo e elaborativo a partir da interação com o ambiente. Winnicott ainda complementa sobre a dependência absoluta:

Em outras palavras, a mãe e o pai não produzem um bebê como um artista produz um quadro ou um ceramista um pote. Eles iniciam um processo de desenvolvimento que resultam em existir um habitante no corpo da mãe, mais tarde em seus braços, e após no lar proporcionado pelos pais; este habitante se tornará algo que está fora do controle de qualquer um (WINNICOTT, 1990, p. 81).

A mãe nessa fase é tida como o ambiente favorável, visto que dará à criança a provisão necessária para sua existência. Essa provisão deve ocorrer de forma natural, ou seja, a mãe tende a compreender e interpretar o que o bebê necessita a partir do seu envolvimento com ele. Já o pai terá a atribuição de acompanhar a mãe nesse exercício materno, dar-lhe assistência, no sentido de suporte, para que a mãe esteja disponível por completo a fim de atender às necessidades da criança; bem como a família e amigos poderão, também, serem úteis junto à mãe do lactente.

Com o sucesso dessa provisão fundamental, não haverá maiores comprometimentos ao processo de maturação da criança (WINNICOTT, 1990).

O estágio seguinte é o de “dependência relativa”. O bebê, gradativamente, começa a se desvincular do estado de identificação com a mãe, pois passa a desenvolver uma “compreensão das funções cognitivas”, uma percepção. Com isso, as constantes “falhas de adaptações” da mãe são importante para que a criança se estruture em sua psique a partir das frustrações percebidas (WINNICOTT, 1990).

Dessa maneira, a função da mãe como ambiente bom, ou seja, facilitando o desenvolvimento maturacional, é fundamental para que a criança encontre seu “verdadeiro self”, uma vez que seu ego se encontra fragilizado. Nesse momento, a ação da mãe frente a essas “necessidades” é de complementar tal onipotência do lactente. O sucesso dessa ação - de ser uma “mãe suficientemente boa”, ou seja, aquela que consegue interpretar e complementar as expressões de onipotência, através do “estado de devoção” aos cuidados do bebê – resultará na fomentação de um “self verdadeiro”, que consiste em uma organização mental do lactente, manifestado por gestos espontâneos e ideias que emergem a partir da criação genuína (WINNICOTT, 1990; NASIO, 1995).

Por outro lado, a mãe que não é “suficientemente boa”, aquela que falha constantemente, por intrusão ou falta, em complementar as necessidades do bebê, que não está conectada com seus gestos, corrobora para a elaboração de “falso self”, ou seja, uma personalidade artificial, que corresponde a um estado de não integração na maior parte do tempo (WINNICOTT, 1990).

No tocante às as posturas cínicas, Winnicott desenvolveu um pensamento e conduta próprios com base no conceito de mãe suficientemente boa, que consiste nos recursos internos que a mãe tem para provê as necessidades da criança, através do estado de devoção no cuidado de seu bebê. O terapeuta assume um lugar, na relação com o paciente, análogo à função da mãe suficientemente boa, visto que o trabalho só se realiza por intermédio do que Winnicott vai chamar de “espaço em potencial”, que se dá com o desenvolvimento de uma relação confiável na qual o analista identifique-se com o paciente e estabeleça, sobretudo, o brincar (LECOVAR, 2004; WINNICOTT, 1990).

As posturas consistem em um momento com o paciente quando se pode estabelecer a avaliação, intervenção e ajuda psicológica, através de um dispositivo

que Winnicott vai intitular de *comunicação significativa*. Esta é uma condição indispensável para o sucesso da terapia, visto que o paciente, a fim de retomar o progresso do amadurecimento, espera que essa comunicação lhe proporcione o encontro com objeto necessitado e, com isso, estabeleça a estrutura interna necessária rumo ao processo de “cura” (LECOVAR, 2004).

Contudo, sabe-se que não se trata de um instrumento analítico “rígido”, inflexível. Isso porque as conduções clínicas não devem seguir uma lógica técnica ou normativa, pois a eficácia de tal mecanismo se dá a partir de vários encontros nos quais a comunicação vai se consolidando gradativamente entre o analista e o paciente. Em um dado momento, fenômenos relacionados à demanda que o paciente busca tratar surgem projetados nas brincadeiras, fala ou desenhos, pela vivência analítica peculiar elaborada por ambos (LECOVAR, 2004).

O que torna a postura terapêutica uma atitude bem sucedida é a busca pelo auxílio que a criança carrega consigo diante da situação conflituosa, bem como o desejo aflorado de revelá-lo, conforme Lecovar afirma:

A fundamentação das consultas terapêuticas encontra-se no próprio movimento de busca de auxílio da criança e na constatação de que, durante as primeiras entrevistas, o paciente se encontrava particularmente ávido para informar o terapeuta sobre sua dificuldade (LECOVAR, 2004, p. 46).

Para Winnicott (1971), o brincar mútuo se desenvolve a partir do espaço em potencial e torna um recurso capaz de expressar conteúdos inconscientes que dizem muito sobre o analisando. A criança não possui uma apropriação da linguagem que a faça elaborar seus conflitos. Nesse momento, o terapeuta assume um lugar de interpretação, no entanto, não se detém apenas a esse lugar, deverá estar mais comprometido na aplicação dos conteúdos que emergem da brincadeira. Esse encontro trará informações significativas sobre em que lugar essa criança está e a partir daí procurar entender e, especialmente, respeitar, visto que poderá indicar algo que não está em perfeito funcionamento psíquico (WINNICOTT, 1971; BLINDER; KNOBEL; SIQUIER, 2011).

Por isso o brincar é uma importante peça na análise com criança. Assim como a associação livre está para a análise com adultos, o brincar está para a criança, pois é com essa atividade que ela consegue projetar suas ansiedades, bem como elaborá-las. E tudo surge dessa área da brincadeira (espaço em potencial), para

onde a criança leva objetos ou fenômenos oriundos da realidade externa que traduzem uma realidade que é interna.

Nesse sentido, o papel do terapeuta visa a interpretação e a elaboração junto com o paciente, sobretudo para que haja o alívio do conflito que emergiu desse encontro. No entanto, para que isso aconteça, é preciso que esteja estabelecido um ambiente previsível e confiável, a fim de que os fenômenos de ilusão apareçam.

Dessa forma, um dos conceitos que é indissociável do brincar é do objeto transacional e fenômenos transicionais. Eles estão diretamente ligados àquilo que distingue o mundo interno do externo. Em linhas gerais, a criança necessita de um objeto que supra a ausência da mãe, deixando-a mais tranquila. Isso faz com que a criança desenvolva certa estrutura psíquica para suportar e controlar suas ansiedades frente à ausência materna (LESCOVAR, 2004; BLINDER; KNOBEL; SIQUIER, 2011).

Fulgencio (2011) afirma que os objetos transicionais são criados a partir de um caráter de ilusão de “criar o mundo em que se vive”. Sendo assim, o brincar propicia a manifestação dessa criação por parte da criança, por intermédio do gesto espontâneo, e faz com que ela entre em contato com si mesmo.

Nesse processo, o analista deve se colocar em uma posição que forneça cuidados ambientais, possibilitando a ocorrência do gesto espontâneo e que a interpretação ocorra sempre dentro do espaço do brincar com os elementos que surgem da brincadeira, pois nem toda criança tem a capacidade peculiar para compreender determinada fala, especialmente aquelas relativas aos seus conflitos reprimidos.

A criação do objeto transicional implica em um fenômeno fundamental para que o brincar se estabeleça, a fim de que a criança possa criar seu mundo, bem como elaborar internamente seus conflitos, organizando-se com o objetivo de viver o verdadeiro *self*. Isso deve ocorrer no espaço entre o analista e o analisando, denominado também por “espaço transicional”, no ritmo dado pelo paciente, onde esteja sob um olhar traduzível, interpretado e, especialmente, vivenciado. Contudo, deve haver a possibilidade de elaborar positivamente seus fantasmas, apropriando-se de seus desejos até o ponto em que o objeto criado por sua necessidade não mais seja necessitado, uma vez a análise proporcionou esse encontro, trazendo uma lição do objeto.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

A clínica Integradas da UNI-RN exerce um papel importante na formação acadêmica de seus alunos, como também em sua função social, servindo a comunidade. Ela dispõe de atendimentos especializados na área de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Educação Física, Serviço Social e Psicologia, no formato de clínica escola. Possui um ambiente agradável, com salas de atendimentos climatizadas e espaço ludoterápico. Lá que foi realizado o estágio supervisionado, especificamente no Núcleo de Psicologia Aplicada, sob a orientação da professora Narjara Medeiros de Macedo.

A sala de ludoterapia foi o espaço utilizado para a realização da terapia, dispondo de materiais e brinquedos não diretivos. Trata-se de um espaço climatizado, onde há uma pia com água corrente fria, janelas, vidro espelhado e dois armários. Basicamente, os brinquedos que ficaram disponíveis na sala durante as sessões foram: mamadeiras, família de bonecas, bonecas, fantoches, mobília de utensílios domésticos, soldadinhos e equipamento militar, animais de brinquedos, lápis de cor, massinha, revolver, carrinhos pequenos, carros, uma mesa pequena com cadeiras, telefoninho, jogos em geral, bolas, barraca com várias bolinhas dentro, túnel, bacia, dardo, espadas, boliche, bola de gude, ampulheta, guitarra infantil musical, colchonete, puff, jogo de botão com tabuleiro, bambolê dentre outros.

A clínica denota uma passagem elementar e fundamental para desenvolver uma habilidade que está na essência de um psicólogo: a escuta.

Como desenvolver tal virtuosismo sem que se tenha experimentado um olhar clínico, na clínica? Parece-me indissociável essa ideia. Portanto, minha escolha para atuar na clínica tem como fundamento essa premissa: a de passar pela experiência do consultório com a intenção de fomentar mecanismos e habilidades capazes de estimular minha capacidade interpretativa como psicólogo analista, sobretudo na análise com crianças.

A princípio, fiz minha escolha pautada na área de atuação: clínica infantil. Em seguida, no transcorrer do curso, decidi ser orientado pela abordagem que melhor dispunha de instrumentos e fundamentação para atuação na área, bem como pela compatibilidade pessoal com a abordagem e a orientadora.

Então, deparei-me com as ideias e conceitos de Donald Woods Winnicott, um pediatra psicanalista que direcionou grande parte de seus estudos ao entendimento do desenvolvimento infantil, com base nas relações familiares entre criança e ambiente. Para ele, um ambiente agradável é condição indispensável para que se estabeleça um desenvolvimento completo, que passa por uma relação de dependência até chegar à independência.

Para isso, em seu estágio mais primitivo, é necessário que o bebê disponha de um ambiente facilitador para atender às necessidades básicas, cuidados que deverão ser suficientemente bons, uma vez que nessa fase a personalidade está em formação (DIAS, 2008).

Com base na realização de um atendimento clínico, foi realizado um estudo de caso de uma criança de até dez anos de idade, a partir da queixa colocada pela família, levando em consideração sua história de vida, seu dia a dia e o que é construído na relação terapêutica, aplicando os métodos e princípios da clínica winnicottiana.

4 METODOLOGIA

A proposta metodológica foi ofertar um espaço para a criança mobilizar suas forças criativas e lúdicas, com o objetivo de estabelecer um encontro entre o analista e o paciente, fluindo um brincar compartilhado que torne significativa a comunicação e elaboração de seus conflitos (WINNICOTT, 1971).

Inicialmente, foi realizada a entrevista com os pais, que visou tomar conhecimento do motivo da consulta, da história da criança, como é o seu dia a dia e como se relaciona com seus pais ou responsáveis. Essencialmente, essa entrevista não deve ser uma espécie de interrogatório, pois o seu objetivo é tentar aliviar a angústia dos pais e a culpa que o conflito do filho desperta neles (ABERASTURY, 2008).

Na primeira sessão com a criança, foi realizada a hora do jogo, no setting terapêutico, que corresponde à sala de ludoterapia da Clínicas Integradas da UNIRN. Nesse jogo, foi feito o primeiro contato entre o terapeuta e o paciente, a partir do brincar livre e espontâneo, onde surgiram da criança suas fantasias inconscientes sobre o conflito trazido ao tratamento.

Nesse momento, a criança pôde jogar sozinha e deu abertura para que o terapeuta entrasse no brincar junto com ela, o que corroborou para a sua comunicação, visto que se trata de uma atividade universal, uma vez que está presente em todas as culturas (Op. cit.).

4.1. DESCRIÇÃO DO CASO

A partir desse paragrafo optou-se em narrar em primeira pessoa, muito embora se saiba que a norma culta exija, essencialmente, em terceira pessoa. Pretende-se, com isso, manter os relatos mais fidedignos aos resumos de sessões e diário de bordo.

4.1.1 Sobre a história do paciente

O caso tem como sujeito uma criança de 9 anos de idade, do sexo masculino, aqui denominado de L.V.S., que foi encaminhado pela Clínica Escola com queixa de

comportamentos relacionados a agressividade, impulsividade e dificuldade em lidar com frustrações.

De forma a fundamentar a queixa inicial, foi apresentado um relatório escolar contendo relatos de um episódio de agressão: L.V.S. tinha agredido verbalmente e fisicamente a diretora administrativa e a professora, o que já dimensionava a natureza da queixa. Segue trecho do relatório:

Derrubou cadeiras, objetos, chutou as mesas e tentou atirar a sandália na diretora pedagógica, que tentava conversar para contê-lo. Inclusive foi necessária a ajuda do porteiro que ao chegar nem tocou no aluno e o mesmo já se sentou, como se temesse a presença masculina.

Na entrevista inicial estiveram presentes a mãe e o padrasto da criança, que denominarei de senhora M e senhor P. Foram relatadas as queixas maternas, história do paciente e fatos relacionados ao seu nascimento. A mãe diz que L.V.S. é muito agressivo em casa, costuma “se manifestar” gritando (SIC). Quando é contrariado, fala muito “palavrão” e “só faz o que quer” (SIC). “Não me respeita e nem ao padrasto” (SIC). Segundo ela, são recorrentes as reclamações da escola sobre seu comportamento agressivo. Inclusive, já foi expulso de uma escola anteriormente.

Em seguida, fala como foi sua relação com o pai de L.V.S. antes da gravidez, após o nascimento e até os dias atuais: relação conflituosa, pai usuário de drogas, muito possessivo quando estavam juntos. Disse que ele a oprimia naquilo que chamou de “relacionamento doentio” (SIC), classificando-o como “psicopata”.

Relatou que o desejo por ter a criança nasceu do pai. Ela concordou. Diz que além de L.V.S, tem mais uma filha adulta fruto de outro relacionamento e, por isso, não estava “tão desejosa” de conceber outro filho. No entanto, com o tempo foi mudando de opinião e passou a gostar da ideia de ser mãe novamente.

Durante a gestação, os problemas de relacionamento com o pai de L.V.S. continuaram, período no qual a mãe se sentiu muito estressada. Ela descreveu esse período como “gestação agitada e conturbada” (SIC). Além disso, teve que se submeter a um procedimento cirúrgico (cirurgia de varizes) sem saber que estava grávida.

L.V.S. conseguiu sobreviver e veio ao mundo através de parto cesárea. A mãe conta que a criança foi amamentada até os dois anos. Também diz que ele presenciou diversas discussões entre os pais.

Aos três anos de idade, a criança passou por uma cirurgia de fimose. Neste período, a senhora M. separou-se do marido (pai de L.V.S.) e foi morar com sua mãe, junto com L.V.S.; Com o passar do tempo conheceu o seu atual esposo, o senhor P, e passaram a morar juntos (senhora M., senhor P. e L.V.S.) em outro lugar. Sua filha maior continuou morando com a mãe da senhora M., juntamente com o filho, sobrinho de L.V.S..

A senhora M. conta que L.V.S. passa a maior parte do dia com o padrasto, pois ela tem uma jornada de trabalho dupla e só chega à noite. L.V.S. gosta muito de brincar com seu sobrinho, filho da sua irmã, o que ocorre com frequência. No entanto, “odeia” a irmã mais velha. Os dois vivem em “pé de guerra”, discutem bastante e não conseguem se entender (SIC).

A senhora M, diz que sempre deixou bem claro para o atual marido a liberdade que ele tinha em educar a criança e perguntou, olhando em minha direção: “pai é quem cria, não é?”. No entanto, ela diz que o padrasto se sentiu bastante retraído, principalmente após sofrer ameaças do pai de L.V.S. Segundo ela, em um determinado dia, seu atual marido (padrasto de L.V.S) levava a criança para escola, quando foi surpreendido pelo pai do garoto, que o ameaçou dizendo que não o queria próximo de L.V.S. Mais tarde, este conflito foi resolvido entre os dois, porém o senhor P. ainda não se sentiu completamente à vontade em assumir um lugar de pai.

Eu percebia a todo instante alguns desencontros nas afirmações ditas pelo casal. Um contradizia as palavras do outro, dando a impressão de que havia uma falha na comunicação entre os dois. Redirecionava constantemente a conversa para a queixa inicial e a rotina, na tentativa de mantê-los focados na demanda do paciente, pois a mãe se mostrava muito confusa e flutuante em seus pensamentos, misturando relatos de sua história com a do filho.

4.1.2 Sobre o paciente e o atendimento

Desde o início, o paciente mostrou-se aberto, disponível e interessado pelo encontro. Na primeira sessão, entrou na sala sem a presença da mãe e um pouco introvertido, tímido, com poucos recursos vocábulos em sua fala. Explora o ambiente com certo encantamento, como se estivesse dando conta do lugar e do que ali havia. Ao poucos, vai se mostrando confiante e os gestos espontâneos vão surgindo no decorrer das sessões.

Uma das características marcante dos atendimentos era sua entrega e comprometimento em estar ali, tanto dele como da mãe. Chegavam sempre pontualmente, com pouquíssimas faltas durante o processo terapêutico.

Percebi na mãe um sentimento de esperança e segurança em deixá-lo sob os meus cuidados na terapia. Parecia-me que ela tinha uma relação devotada com o garoto, pois demonstrava certo encantamento na relação materna. Informava-me quando ele cortava o cabelo e constantemente a via arrumando um detalhe da roupa, no rosto ou cabelo. Tudo isso era notado quando ia recebê-lo na recepção da clínica

Logo na primeira sessão, surgiu rapidamente determinado movimento que seria constante nos encontros: uma necessidade de se colocar grande, melhor e maior em relação a mim. Expressões do tipo: “Eu sou o cara” e “Como eu sou bom” apareciam com frequência, vangloriando-se, principalmente atreladas aos brinquedos com representação fálica: “espada”; “dardo”; “pião”; “pula-pirata”.

Sua brincadeira preferida, que apareceu em praticamente todas as sessões, era a “luta com as espadas”. Costumeiramente, L.V.S. realizava as mesmas intenções antes de começarmos a brincar: um primeiro olhar admirando as espadas, depois pegava duas das três disponíveis, realizava alguns movimentos com elas e só depois resolvia me dar uma para iniciarmos a brincadeira. Nas lutas, ele se utilizava de muita agressividade e destemor. O fato de eu ser maior e mais forte do que ele não o intimidava.

Nas primeiras lutas, percebi que eu ficava acuado e hesitava em fazer algo. Posicionava-me mais passivamente, sentindo-se invadido pela falta de noção de limite que ele apresentava na brincadeira. Quando me dei conta desta minha postura defensiva, revolvi me posicionar, conscientemente, mais firme e demonstrando força

nas lutas seguintes com ele, com o objetivo de sentir sua reação diante de outro que sustentasse sua agressão.

Ao passo que assumia uma posição de continência em relação ao seu impulso agressivo, ele dava sinais de recuo e surpresa, organizando-se frente a essa borda. Contudo, continuava intenso; só parávamos quando estávamos cansados.

Em certa sessão percebi a crescente na intensidade de agressividade e de continência desprendida, ilustrando a não percepção da discrepância entre forças na ótica da criança.

Captei na brincadeira uma demanda psíquica do paciente relativa à noção de limites e bordas. Tive a percepção que ele invadia o espaço que era do outro, avançando sem demonstrar cautela quanto ao que poderia acontecer com ele ou quem estava à sua frente.

Em um determinado momento que antecedeu uma de nossas lutas com as espadas, em um gesto espontâneo, ele pegou uma das espadas, a qual ele denominou de: “perigosa” (sic) e que não deveria estar ali. Ao mesmo tempo em que dizia essas palavras, passava a espada em meu braço, causando um leve ferimento. Após ver o ferimento, ele disse eufórico: “Tá vendo, eu disse”.

Percebi que fiquei apreensivo e com receio. Em realidade, acessei minha própria raiva contratransferencial e sabia que esse conteúdo precisaria estar posto de alguma forma estruturante no processo. Nesse sentido, “se um analista propõe-se a analisar pacientes psicóticos ou anti sociais, ele deve estar tão profundamente consciente de sua contratransferência, que lhe seria possível identificar e examinar as suas reações objetivas ao paciente. Estas incluirão o ódio (...)” (WINNICOTT, 2000, p. 278). Isso posto, o lugar estruturante para esse conteúdo é a posição interpretativa no momento oportuno:

Se for inevitável que ao analista sejam atribuídos sentimentos brutais, é melhor que ele esteja consciente e prevenido, pois lhe será necessário tolerar que o coloquem nesse lugar. Acima de tudo ele não deve negar o ódio que realmente existe dentro de si. O ódio que é legítimo nesse contexto deve ser percebido claramente, e mantido à parte para ser utilizado numa futura interpretação (WINNICOTT, op. cit., p. 279)

Na ocasião, o menino demonstrou ficar preocupado, fez questão de colocar a espada em um lugar que não pudesse ser encontrada novamente. Parecia nervoso e agitado com o que havia ocorrido, mas não verbaliza um pedido de desculpa. Tive a impressão de que ele se sentiu culpado e tentou reparar escondendo a espada.

A partir da sessão seguinte, colocava-me de forma mais enérgica, posicionando-me superior em relação a ele e verbalizando esta realidade: “você é forte, mas eu sou mais forte que você”, quando digladiávamos. Nesse momento, reforçava uma continência para seu impulso destrutivo. Era como se eu dissesse para ele: “Você é forte até aqui. Daqui para frente há forças maiores que mostram limites”.

Segundo Winnicott (1982) a moralidade é constituída de forma adquirida, desde que certas condições do ambiente favoreçam esse processo, ou seja, uma maternagem bem sucedida, em que são incluídas a adaptação inicial, a desadaptação gradual e a sustentação da agressividade decorrente, que organizam a possibilidade de culpa, reparação e habilitação para a vida social.

O bebê quando fica excitado é tomado por impulsos agressivos ou destrutivos, revelados por gritos e mordidas. Com isso demonstram sua natureza primitiva aterrorizante e espera que, magicamente, o mundo reaja com retaliações. É mediante a provisão ambiental, presentificada nas figuras de cuidado, que o bebê alcança, gradualmente, o estatuto de um EU unitário, percebendo a mãe como unidade separada, possibilitando-lhe a tarefa de integrar sua vida instintual. Assim, é possível entrar no processo de Concernimento, quando a criança percebe que ama e odeia o mundo fora dela e que possui impulsos amorosos e destrutivos dentro de si para com os objetos. É no Concernimento que se constitui a moralidade verdadeira, primária, decorrente do desenvolvimento da capacidade de importar-se e preocupar-se com os danos e agressões desferidas a partir de seus impulsos, na gênese do sentimento de responsabilidade. Esse processo demanda, além de um ambiente compreensivo e protetivo nessa relação, a constatação de que seus pais podem ficar magoados ou zangados mediante expressão dos impulsos destrutivos, mas não retaliam, não mordem, nem gritam. Estrutura-se a possibilidade de reparo e delineamento do seu código moral (WINNICOTT, 1982).

Tal processo identifica o círculo benigno de discernimento, responsabilização e reparação pela criança frente aos impulsos destrutivos. Nesse processo, a figura

do terceiro, o pai ou seu representante, passa a ser reconhecida enquanto função, liberta parcialmente o bebê frente às ambivalências e autoinibição instintual frente à figura materna e configura-se a relação triangular que insere os objetos culturais de identificação e traz dados prévios às vivências edípicas.

Em contrapartida, a moralidade falsa é tida como nefasta para o amadurecimento pessoal, pois é estabelecida por normas e leis externas impostas pelo ambiente sem que diga respeito aos conteúdos internos da criança. Tem como ênfase o estabelecimento de culpa não integrado ao self da criança. (BARRETTA, 2012).

Agora, caso a mãe ambiente não seja capaz de sobreviver a tais impulsos infantis de destrutividade (de identificar seu próprio ódio e de situa-lo em bordas estruturantes ao invés de retaliações), camuflando-os e aceitando-os tal como se revelam na relação de cuidados, esses poderão ser perdidos. Nesse caso, o que advém sobre a criança é indistinção instintual, a culpa pela perda da mãe, como consequência da não reparação do dano causado ao objeto amado e, futuramente, uma criança maior agressiva (BARRETTA, op. cit.).

No caso de L.V.S., a presença materna parecia não situar delimitações entre os afetos apresentados pela criança e os seus próprios e, mais do que isso, estivera envolvida em uma relação de incontinências agressivas por parte do pai. Nesse caso, a agressão fez parte de expressões primitivas do amor, considerando sua gestão e anos iniciais sob cuidado de pais em briga, com possível redução de condições em perfazer um ambiente de contorno à agressão e à capacidade de amor de L. V. S. Após a separação, conforme dados anamnésicos, a mãe e o padrasto não puderam assumir as posições referentes ao estabelecimento do círculo benigno de discernimento, responsabilização e reparação, não concernindo a criança frente sua própria realidade.

Diante disso, foi fundamental a organização do espaço de holding para as ambivalências e os impulsos de destrutividade advindos da realidade interna de L.V.S., através não só da expressão no brincar, mas principalmente, do trabalho sobre o ódio que estes impulsos carregam e são capazes de evocar no outro. De fato, L. V. S. carrega uma história escolar que revela tais deflagrações ambientais, bem como vivencia um cenário familiar de contornos pouco esclarecidos. O espaço

clínico configura lugar possível de interpretação e elaboração, o que demanda um cuidado específico:

Não creio que uma criança humana ao desenvolver-se seja capaz de tolerar toda a expressão de seu ódio num ambiente sentimental. Ela precisa de ódio para poder odiar (...) Se tudo isto for aceito, fica para ser discutida a questão de como interpretar o ódio do analista pelo paciente. Trata-se obviamente de um problema que implica em perigo, exigindo o mais cuidadoso *timing* possível. Creio, porém, que uma análise permanecerá incompleta, enquanto mesmo em sua última fase não seja possível ao analista contar ao paciente o que ele, analista, fez sem que o paciente soubesse, por estar tão doente nas fases iniciais. Enquanto essa interpretação não for feita, o paciente permanecerá de algum modo na condição de uma criança – incapaz de entender o que deve à sua mãe (WINNICOTT, 2000, p. 287).

Apesar do desconforto teórico que a publicação sobre ódio e contratransferência suscitou, Winnicott deixa claro que nenhuma relação há com momentos explosivos e retaliatórios do analista, mas o esforço em conceber uma relação analítica em que o ódio é, também, inseparável do modo de se estabelecer de cada um. Para isso, mais do que a negação e latência de seus próprios processos, cabe ao analista o processo da própria análise com relação aos próprios conteúdos e sua disponibilidade em engajar-se em um processo relacional de anteparo e interpretação para os conteúdos, inclusive odiosos e de medo secundário, vivenciados pelo paciente, numa perspectiva de elaboração e amadurecimento.

Desse modo, o trabalho realizado com L.V.S. ocorreu na disponibilização de um ambiente de proteção, previsibilidade e confiabilidade, capaz de compreender desde suas lutas, agressões e destemor às possibilidades de encontro com a raiva, o dano provocado e as bordas existentes no outro diferenciado. Essa postura de enfrentar a agressão, segundo Winnicott (2012), é fundamental para impedir os danos que ela própria poderia causar e oportunizar a experimentação de acordo com sua necessidade emergente no processo de amadurecimento.

É interessante notar a identificação do paciente com a espada. Parecia tratar-se de um objeto transicional que, na relação terapêutica construída com L.V.S., simbolizava um empoderamento de força e poder, sendo um objeto de muita apreciação por ele. Segundo DIAS (2003), o objeto transicional exerce uma função indispensável de amparo, por substituir a mãe. Ele marcar uma etapa importante no processo de amadurecimento pessoal que é a “quebra da unidade mãe-bebê”,

exatamente no espaço de separação entre os dois, podendo representar a mãe ou até o seu si-mesmo e ser até tão ou mais imprescindível que a própria.

A atividade simbólica que surgiu em torno desse objeto transicional trouxe uma amplitude da experiência psíquica de L.V.S., visto sua intensidade e constância no brincar, emergentes no espaço potencial, revelando-me seus impulsos agressivos como algo que necessitasse de um reconhecimento e provisão ambiental. Dessa forma, a brincadeira com espadas acontecia em diferentes intensidades e possibilidades de presença, num espaço de reconhecimento, aceitação e integração.

Na segunda sessão, mencionada anteriormente quando ele me cortou com a “espada perigosa”, L.V.S. insinuou a intenção de colocar uma bola de gude no bolso de forma sutil e maliciosa, sustentando um olhar maquiavélico, ao mesmo tempo em que buscava em mim a validação para levar o objeto desejado. Ao perceber essa gestualidade, disse-lhe: “parece-me que você gostaria de levar essa bola de gude? É isso?” então ele respondeu: “Que isso home? Né isso não!”, em um tom de desconfiança, ao mesmo tempo em que retirava o objeto e o guardava em seu lugar de origem. Em seguida, eu disse: “Essa bola de gude não é minha e nem é sua; Ela, pertence a esse espaço, não sendo possível levá-la. Talvez surja a vontade de levar, mas você pode encontra-la sempre que vier aqui”.

Na terceira sessão, ainda na recepção da clínica, a mãe informou que L.V.S. estava suspenso da escola por ter agredido uma colega em sala de aula. Nesse dia, L.V.S demonstrava-se abatido. Vai direto para a cadeira e senta-se. Pergunto-lhe se estava bem e se gostaria de falar o que houve na escola. Imediatamente ele me diz que uma menina o estava chateando, “mexendo comigo”, “estava me enredando para a professora”. Em seguida, ele próprio sugeriu representar o ocorrido na escola através de uma dramatização. Pega duas cadeiras, coloca-as uma atrás da outra. Ele demonstra como ela o “perturbava” e como a agrediu. “Ela ia passando por mim, coloquei o pé e ela caiu”.

Após a dramatização, sentamos novamente nas cadeiras para conversarmos. Nesse momento mantenho uma escuta frente às suas angústias ao sofrer “perturbações” (sic). Digo para ele: “Deve ter sido muito difícil para você ter que suportar isso. Eu também ficaria muito bravo”. Pergunto se ele pensou em outra forma de resolver esse problema com a colega de sala. Ele responde que na hora

estava com muita raiva e foi “o que veio à cabeça dele” (sic) para fazer. Pergunto como estava se sentindo e ele alude algo pouco esclarecido em torno do arrependimento. Então, digo: “caso tenha uma oportunidade, peça desculpas a sua colega, pois você poderá se sentir melhor com isso” (sic).

Depois, em supervisão, analisamos a intervenção realizada e o formato do conselho dado para o paciente de desculpas à colega, que poderia ancorar mais o sentimento de culpa decorrente da moral social do que o movimento de reparação em relação aos próprios impulsos. Esse manejo foi conduzido na tentativa legitimar o impulso agressivo trazendo do campo irreal para o cindido, como forma de o paciente encontrar, dentro si, o movimento de reparação do ato, visto que a experiência e o sentimento de real estão intrinsecamente ligados, desde que o fato – um sonho, uma fantasia, ou um acontecimento - seja experimentado e sentido como real (DIAS, 2003).

Contudo, percebemos outras possibilidades de posicionamento, como nomear o arrependimento e abrir espaço para o que ele poderia fazer com isso.

Apesar disso, após essa longa conversa, ele melhorou seu estado de espírito. Seguimos no brincar de luta com as espadas por alguns minutos. Depois fomos para o jogo de dardos. L.V.S. parecia-me bem mais alegre e espontâneo na brincadeira. Tenho a impressão que a conversa foi significativa para que ele reconhecer algo mais de si mesmo, e, a partir disso, encontrasse disponibilidade para iniciar o movimento de brincar. Senti que foi relevante essa provisão dada a L.V.S., pois senti que o vínculo terapêutico estava brotando, ao passo que buscava um olhar acolhedor. Sakamoto (2011) afirma que a influência do vínculo terapêutico é determinante para o processo, bem como os fatores que estão ligados ao manejo clínico que, ancorados em um espaço criativo, conduzirá para a mudança psíquica.

Em uma das sessões, L.V.S. pegou todos os bonecos, carros e blocos de montar que viu no ambiente e os jogou no chão. Escolheu os carros e bonecos mais fortes, sobrando os demais para mim. Brincamos de atacar um ao outro, simulando uma guerra. Suas táticas e formas de ataque eram sempre as melhores. Não aceitava a derrota e, quando ela estava prestes a acontecer, ele tentava mudar as regras a fim de se dar bem. Usava muita agressividade e chegou a quebrar um boneco em um dos seus “ataques”.

Diante do ocorrido, ele sugeriu esconder o boneco quebrado. Com certo olhar de malícia, vai até o local que gostaria de esconder. Percebendo sua conduta, chamei-o e pedi para que sentasse no chão comigo. Perguntei-lhe por que gostaria de esconder o boneco quebrado. Ele respondeu: “Para que ninguém possa ver” (sic). Em seguida digo: “Você quebrou o boneco por que quis”? (sic). Ele responde que “não”. Então, falo com firmeza que mesmo que ele esconda o dano da vista de outras pessoas, ele mesmo saberá do ocorrido e que, assim, esconder não resolveria o problema. Conversamos brevemente sobre a possibilidade de assumir os incidentes e os próprios erros. Ele escuta atentamente e emerge um pedido de desculpas.

Nesse momento, coloquei-me disponível para reconhecer e receber o gesto reparador. Esse manejo pareceu-me fundamental para que a criança, por si mesma, pudesse dar conta do dano causado pelo seu amor excitado, preocupando-se e, conseqüentemente, sentindo culpa. Com isso, sua tendência é mover-se em fazer a reparação. É ela que possibilita a construção no indivíduo de uma força pessoal capaz de suportar a sua própria destrutividade. Se de algum modo essa reparação fosse interrompida, a criança teria dificuldade em assumir a responsabilidade de seus próprios impulsos destrutivos (DIAS, 200).

Em outra sessão, ele pega uma determinada “bolinha” (que gruda nas superfícies) e fica arremessando na parede, por debaixo das pernas, de costas. Desafia-me jogar da mesma forma. Inicialmente não consigo. Então, ao notar isso, ele passou a me chamar de “bocó”, em uma postura provocativa. Uma raiva me mobilizou nesse momento, um incômodo gerado contratransferencialmente por esse termo. Por isso, como forma de continência, interrompo a brincadeira e digo e que não gostaria de ser chamado de “bocó”. Gostaria de ser chamado pelo meu nome. Percebi que ele aceitou e reconheceu que tinha ultrapassado um limite em relação a mim. Tal posicionamento foi fundamental sobreviver a essa forma velada de destruição do paciente (uma forma de brincadeira?), apresentando bordas necessárias. Essa postura foi importante, visto a esperança inconsciente que ele deposita de que sobreviva, sem abandoná-lo. (SOUZA; CAMPOS, 2014). Mais uma vez, cabe afirmar o quanto a contratransferência tem importante lugar na terapia e é tida como um instrumento de trabalho da psicoterapia que auxilia na compreensão daquilo que acontece na sessão, terapeuta-paciente. Isso por que, a pessoa do

terapeuta atravessa o processo analítico principalmente por intermédio das reações emocionais da qual o paciente desperta (WOLFF; FALCKE, 2011).

L.V.S. apresentava um linguajar repleto de gírias e palavrões. Isso ficou evidente quando brincava sozinho com fantoches. Na dramatização, colocou um fantoche de um menino na mão e alternava na outra com “velhinho”, “policial” e “menina”. Bem ávido, simulava uma agressão a esses últimos e os insultavam com diversos “palavrões”. Sua conduta antissocial se mostrava contundente nas sessões. Utilizava-se sempre de alguma “artimanha” ou trapaça a fim de “burlar” as regras e infringir as leis dos jogos e brincadeiras com o intuito de “se dar bem” de forma astuciosa.

Para Winnicott (2012), a tendência antissocial ocorre, inicialmente, no lar e poderá se estender para esfera mais ampla, como a escola, por exemplo, local onde foi manifesto o episódio de desrespeito e agressividade pelo paciente. Ele afirma que a criança poderá ser considerada “desajustada”. Podemos dizer que foi exatamente o enquadre dado pela escola a L.V.S.: “desajustado”. Dessa forma, diante dos reincidentes impulsos inconscientes de tendência antissocial manifestos por L.V.S, algumas questões sempre ressurgiam: que falhas ocorreram na vida de L.V.S. que fazem com que ele “grite” constantemente por restituição? Que vazio é esse que ele busca preencher constantemente?

O que parecer ser um ato de desajuste, na verdade, é uma esperança lançada ao ambiente para restituir o que foi perdido, pois, *“a tendência antissocial caracteriza por um elemento nela que compele o meio ambiente a ser importante”* (Winnicott, 2012, p. 139).

Segundo Winnicott (2012) os comportamentos que sinalizam a falha ambiental e tentam encontrar no ambiente o que foi perdido se manifestam da seguinte forma: apossa-se de objetos sem valor simbólico, destrutividade e, uma incontinência generalizada, dos quais, foram manifestos no processo de L.V.S. que, de certa forma, pode ser uma tarefa difícil para a sociedade tolerar, mas para a relação terapêutica, é um dado relevante para elucidar o conflito e prover um ambiente reparador.

Winnicott (1987) diz que quando as crianças sofrem privações afetivas ligadas às características essenciais da vida familiar, tendem a manifestar comportamentos

antissociais que incluem roubo, mentiras, incontinências ou condutas desordenadas, que podem ser manifestados no lar ou em lugares mais amplos.

O comportamento antissocial é um grito de: “restitua-me o que foi perdido”. Uma esperança que é lançada pela criança ao ambiente a fim de receber o a restituição de que fora privado. Um desapontamento, perda de algo bom e significativo, por certo tempo e, na tentativa de reparar esses cuidados, compele ela ao ambiente essa função.

Consideramos, supostamente, que as falhas no desenvolvimento emocional de L.V.S começam a surgir no estágio do concernimento, que faz parte da etapa inicial do amadurecimento, onde acontece a desilusão de onipotência e que é demarcada pela passagem da dependência absoluta para a relativa, pois o ambiente, que inclui a figura paterna, falhou nos cuidados a mãe de L.V.S., sobretudo em oferecer-lhe um suporte necessário para que ela sustentasse uma maternagem suficientemente boa, harmoniosa e com continência, tendo como consequência disso a dificuldade da senhora M. em desiludir a criança.

É no estágio de concernimento que os impulsos infantis passam a ser integrados e a fazerem sentido para o bebê, pois é o momento que percebe ser único, dando conta de sua destrutividade, sobretudo das consequências a ela vinculada, principalmente na relação de alteridade com os pais. A ideia é de estar concernidos por essa impulsividade, sendo natural projetá-la para fora, ou seja, para o mundo. A partir disso começa a brotar o sentimento de culpa e responsabilidade (DIAS, 2003).

O essencial aqui é que a mãe se mantenha contínua no tempo em fornecer um ambiente seguro e confiável, sobrevivendo aos ataques conscientes do bebê, durante o período que este está integrando a sua destrutividade, uma vez que o bebê não consegue suportar o peso da culpa e do medo que advêm do reconhecimento desse instinto, direcionado ao ambiente do qual ele depende para sobreviver. Essa postura de sobreviver aos ataques significar permanecer como uma mãe suficientemente boa em não desistir do papel de desilusão (DIAS, 2013).

O tema “pai” estava obscuro nas primeiras sessões. Percebo que o pai é distante e se manteve assim, ausente, desde o começo da vida de L.V.S. Nada era projetado ou dito pela criança sobre a qualidade da presença paterna na relação com ele. Até que, em um movimento espontâneo, ela chega a uma sessão com

papel e lápis na mão demonstrando total interesse em desenhar naquele momento. Notando essa inclinação, pergunto para ele o que gostaria de desenhar. Ele não responde. Então digo que pode desenhar o que quiser. (Desenho em anexo)

Ele começa a desenhar duas crianças soltando pipa, uma figura feminina perto das crianças e duas árvores com frutos no centro. Do outro lado da folha, depois das árvores, há, ainda, uma pessoa colhendo um fruto de uma árvore e uma casa ao canto, além de nuvens e um sol. Ele narra que o menino empinando a pipa mais longa e mais alta é ele, e o outro é seu sobrinho. A mulher que está perto deles é sua mãe, que os observa brincar. A figura da pessoa tirando o fruto da árvore é seu padrasto, que estava dormindo na casa (do canto) e acordou somente para colhê-la. O desenho evoca uma impressão de fragilidade da presença do pai na vida da criança, uma possível privação afetiva paterna e a referência de potência masculina centrada nele mesmo (a pipa mais alta e mais longa, a mãe ao lado e separada do padrasto). O padrasto, por acaso, aparece. Ele não assume por completo a qualidade de pai, o que de fato se relaciona com os dados anamnésicos, quando a mãe traz que o senhor P se sentiu acuado em relação à educação de L.V.S., devido às ameaças feitas pelo pai da criança.

Em outra sessão, aconteceu um fenômeno interessante. Ele chega bastante identificado com um brinquedo antigo, que disse ter ganhado do pai. Era um pião. Ficamos bastante entusiasmados com o pião, amarrando e arremessando-o no chão, alternadamente, por diversas vezes. Ao final da brincadeira, ele disse: “não foi meu pai que deu, eu comprei na feira”, e disse exatamente o local onde comprara, revelando que mentira começo da sessão. Vale ressaltar que esse episódio ocorreu logo após o Dias dos Pais.

Inconsciente ou consciente, o paciente revelou seu desejo de ganhar o presente do pai. Com isso, notamos que a privação do cuidado paterno na vida dele era uma falha ambiental contundente e que, na esperança de reparar, ele comete um ato visto como antissocial: a mentira. Um modo de preencher o vazio que, segundo Winnicott, se origina de uma dissolução de continuidade da provisão ambiental, experimentada em um estágio de dependência relativa.

Ao pai, com base na psicanálise tradicional, cujo eixo é a teoria da sexualidade, sobretudo pelo Complexo de Édipo, fundamentada por Sigmund Freud, é atribuída à função de normatividade, o que impõe a lei. Isso faz com que ele esteja

na personificação ou estruturação da moral (ROSA, 2011). Na formulação inicial, a diferença entre sexos desempenha papel fundamental das identificações libidinais, desejos incestuosos, fantasias de posse do objeto amado com aniquilação do rival e angústia de castração, constitutivos dos sintomas neuróticos, analisáveis e compreensíveis em termos da lógica dessa mesma situação. O complexo de Édipo é o feito, sobre o sujeito, do conflito entre forças que controlam a situação edípica (LOPARIC, 2017).

Entretanto, na visão winnicottiana, são promovidas algumas mudanças significativas desse entendimento: a teoria do amadurecimento pessoal. Há uma primazia do desenvolvimento emocional sobre o desenvolvimento libidinal e a condição para que isso ocorra de forma saudável é um ambiente suficientemente bom, capaz de promover os cuidados necessários, de acordo com a variabilidade relacional que é peculiar do estágio de desenvolvimento, em direção à passagem de um indivíduo-ambiente para unidade pessoal integrada (ROSA, 2011).

Como esta perspectiva sobre o desenvolvimento emocional, o qual descentralizou a teoria da sexualidade, podemos considerar, também, um novo olhar sobre a função paterna no processo de amadurecimento, modificando-se e não mais restringindo às questões que se relacionam ao Complexo de Édipo. Questões pré-edípicas trazem resoluções importantes para a forma como a vivência edípica propriamente dita poderá ser atravessada. O problema central da psicanálise winnicottiana não é do "andarilho na cama da mãe", mas o do "bebê no colo da mãe". Em função de seus estudos e atendimentos a pacientes psicóticos e com condutas anti sociais, Winnicott delineia os pormenores dos períodos de dependência constitutiva, o que leva à conclusão de que a psicanálise desenvolvida por Winnicott não é edipiana.

A única herança humana é o processo inato do amadurecimento. A sua vida ocupa um intervalo entre dois estados de não-vida, estados que fazem parte da estrutura do indivíduo. Esse intervalo surge do não-ser inicial sem razão alguma e vai se estendendo até o não ser terminal, até a "segunda morte" como diz Winnicott, unicamente devido ao concernimento do indivíduo pela continuidade do seu ser. Apesar desse concernimento, a continuidade não pode ser assegurada pelo indivíduo ele mesmo. Ela depende essencialmente de um meio facilitador. A condição inicial do homem não a de ser um Édipo em potencial, mas a de um ser humano frágil, insuperavelmente finito, que precisa de um outro ser humano para continuar existindo. (LOPARIC, 2017)

L.V.S. procura, para além dele, o seu próprio limite, pois é o limite que o constitui como pessoa diferenciada do outro e do meio. Ele tem sido um problema para a família, professores, direção e a escola no geral, pois não há ninguém que consiga apresentar uma borda de aceitabilidade a seus movimentos de agressividade para que sejam dirigidos ao meio de novas formas. Essa tarefa deveria ter sido exercida essencialmente pelas figuras de referência de cuidado – a materna, enquanto mãe-ambiente com cuidados gradual e suportavelmente mais falhos e conformes com as possibilidades de autonomia do bebê, e a paterna, uma vez que sua função divide-se em três importante elementos: o primeiro, enquanto ambiente de provisão e indestrutibilidade para a díade mãe-bebê; o segundo, na confirmação da rotina nascida no ritmo do cuidado interpretativo e na duplicação da maternagem do bebê em crescimento e em eventuais momentos em que a mãe não pode fazê-lo; o terceiro, no suporte ao concernimento, instalando-se como o terceiro da relação que libera a criança das angustias ambivalentes dirigidas à mãe. A partir desse último, desenvolver-se-á, posteriormente, as triangulações edípicas. (MAIA, 2003; WINNICOTT, 1987).

Tudo nos leva a inferir, com base nos dados anamnésicos e, no que emergiu durante o processo terapêutico, da fundamentação teórica na perspectiva winnicottiana, que a tendência antissocial tipicamente presente no comportamento de L.V.S. (agressividade, mentiras, furtos) tenham como principal pano de fundo uma falha em seu desenvolvimento emocional, especificamente entre a dependência absoluta e relativa, proveniente da privação da função paterna, que comprometeram os cuidados suficientemente bons.

Por isso, após esses desdobramentos referentes à hipótese diagnóstica, o manejo terapêutico foi conduzido por uma linha, dentro do espaço criativo, que suportasse ainda mais os seus “gritos” de “restitua-me”, ou seja, os impulsos agressivos e a conduta antissocial ganharam um lugar de continência, de forma a conduzir o paciente a organizá-los, suportá-los e retomar seu processo de amadurecimento frente a essa carência maturacional.

Nas últimas sessões, por exemplo, percebi que L.V.S. posicionava-se de forma mais acuada quando brincávamos de luta com as espadas. Parece que ele ficou mobilizado com o sentimento de medo, dando conta que não é maior, nem mais forte do que eu, notando seu limite, e encontrando um espaço de

reconhecimento numa transferência positiva. Em diversos momentos, a criança observa e aprecia o posicionamento do masculino no terapeuta, chegando a verbalizar para a mãe que gostaria que “o tio fosse morar com a gente e cuidasse de nós dois” (SIC). A partir disso, o trabalho clínico referente à organização e participação da família foi ampliado nos encontros de devolutiva. Além disso, percebi que diminuiu a frequência da necessidade de enganar e quebrar as regras, nos jogos e demais brincadeiras, assim como as falas evasivas, recorrentes nas primeiras sessões. L.V.S. tem sustentado maior presença no plano do discurso e das conversações, bem como na circulação entre situações de limites e regras estruturadas de brincadeiras e jogos. Esporadicamente, ainda surge algum movimento de conduta antissocial, como por exemplo, uma tentativa de furtar um determinado objeto, ocorrido especificamente na última sessão que antecedia a preparação do presente relatório. Isso indica que a falha em seu amadurecimento ainda não foi reparada por completo e que ainda devemos progredir rumo a integração pessoal de seus impulsos destrutivos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dada a relevância do estágio curricular para a formação acadêmica em Psicologia, este trabalho foi de suma importância para a apropriação dos métodos e manejos clínicos, dentro da psicoterapia infantil, considerando os pressupostos científicos, tendo como norte a fundamentação teórica de amadurecimento pessoal proposta por D. W Winnicott.

No decorrer do trabalho, foi possível analisar e relacionar tais fundamentações, com base nos recortes de um caso clínico atendido, e, a partir daí compreender como uma privação emocional, em determinado período do desenvolvimento pessoal, pode afetar a vida do sujeito. Ao mesmo tempo, saber que, no desenvolvimento infantil, a contenção dos impulsos destrutivos serve para dar-lhe segurança, sendo necessário para a boa formação psíquica, sobretudo para conviver com o outro.

Para tanto, a provisão foi realizada com base na mobilização do ambiente no sentido de restituir o que fora perdido e integrar a agressão em seu desenvolvimento, o que incluiu ambivalências, destrutividade, holding e apresentação de bordas, visto que, quando isso não é realizado, a tendência é que a criança aumente a quantidade de gestos agressivos na direção do outro afetando sua relação com o meio. Dessa forma, a continência atua para que a criança se estabeleça saudavelmente em suas relações sociais, com o meio ambiente e com ela própria.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, Arminda. **Psicanálise da Criança: Teoria e Técnica**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 1982.

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 1981

BARRETTA, João Paulo F.. A origem da moralidade em Freud e Winnicott. **Winnicott e-prints**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 114-125, 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2012000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 out. 2017.

BLINDER, Carlos; KNOBEL, Joseph; SIQUIER, Maria Luza. **Clínica Psicanalítica com Crianças**. São Paulo, SP: Ideias Letras, 2011.

CAMAROTTI, Maria do Carmo. O nascimento da psicanálise de criança: uma história para contar. **Reverso**, Belo Horizonte, MG, v. 32, n. 60, p.49-53, set. 2010. Disponível em: <pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952010000300007>. Acesso em: 22 maio 2017.

COSTA, Teresinha. **Psicanálise com Crianças**. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 2010.

DIAS, Elsa Oliveira. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro/RJ: Imago, 2003.

DIAS, Elsa Oliveira. Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-48, jun. 2000. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302000000100001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 out. 2017.

FULGENCIO, Leopoldo. A constituição do símbolo e o processo analítico para Winnicott. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto/SP, v. 21, n. 50, p.393-401, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-863x2011000300012>.

FREUD, Sigmund. **"Três ensaios sobre a teoria da sexualidade"**. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. V. 7.

LAWRENCE, M.D.C. O Jogo do Rabisco com histórias na psicoterapia de crianças. **Mudanças: Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 13, p.271-471, jul. 2005.

LEMGRUBER, Isabel de Oliveira Castro. **Um olhar para Winnicott: O ambiente e a Dependência**. 2005. 83 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2005. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=6976@1>. Acesso em: 22 maio 2017.

LESCOVAR, Gabriel Zaia. As consultas terapêuticas e a psicanálise de D. W. Winnicott. **Estudos de Psicologia (campinas)**, Campinas, v. 21, n. 2, p.43-61, ago. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-166x2004000200004>.

LOPARIC, Z. **Winnicott**: uma psicanálise não edipiana. Disponível em http://site.sppa.org.br/info_conteudo_revista/110, Acesso em 10/10/2017.

NASIO, J.D.. **Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan**. Tradução de Vera Ribeiro. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995, p. 194.

SOUZA, J.G. e.; CAMPOS, É.B.V.. A Contratransferência e a Importância das Capacidades do Analista na Prática Psicanalítica Contemporânea. **Impulso**, [s.l.], v. 24, n. 60, p.123-132, 31 ago. 2014. Instituto Educacional Piracicabano da Igreja Metodista. <http://dx.doi.org/10.15600/2236-9767/impulso.v24n60p123-132>.

WINNICOTT, D. W.. **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

WINNICOTT, D. W.. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. 3ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

WINNICOTT, D. W.. **Privação e delinquência**. 5ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

WOLFF, Cíntia; FALCKE, Denise. A contratransferência na clínica psicanalítica contemporânea. **Aná. Psicológica**, Lisboa , v. 29, n. 2, p. 201-214, abr. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312011000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 nov. 2017.

ROSA, Claudia Dias. **As falhas paternas em Winnicott**. 2011.238 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

SAKAMOTO, Cleusa Kazue. Clínica psicológica: o manejo do setting e o potencial criativo. **Bol. psicol**, São Paulo, v. 61, n. 135,p. 149-157, jul. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432011000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 out. 2017.

ANEXO 1 – RELATÓRIO ESCOLAR

ESCOLA MUNICIPAL PROFESSORA ADELINA FERNANDES

RELATÓRIO DO ALUNO LUIZ VICTOR SOUZA MARTINS

Eu, Luziene Bandeira de Melo, professora do 4º ano “C” da Escola Municipal Professora Adelina Fernandes, ainda não respaldada de “Documentos ou relatos clínicos” que constam ou constem informações sobre o aluno LUIZ VICTOR SOUZA MARTINS, nascido em 16 de janeiro de 2008, filho de Gelsivan dos Santos Martins e Ana Angélica Souza Bezerra. Tenho a subscritar, que o nosso determinado problema deu-se no 1º dia de aula; este discente para comigo, é carinhoso, atencioso e cauteloso, sendo o mesmo bastante inteligente e já audacioso, sabe bem como se expressar, se defender. Expressa-se diante as conjecturas e das situações de defesa. Ele escreve bem, e quando acha necessário para si, já o observamos lendo pontual e acentuadamente para os tramites da série inserido.

Fátima Carvalho, professora de Ensino Religioso, fala que o referido aluno está sempre distante das atividades, não se concentra, pede para sair de sala, na hora de brincar gosta de ficar só, não participa da aula e nem gosta de escrever, falar que não sabe, não entende a letra. Agressividade, durante o horário da aula da referida professora não houve. Sempre teve comportamento tranquilo, observador, porém não participa das atividades.

Já no dia 10 de março de 2017, o aluno em pauta, agrediu verbal e fisicamente ANA LIEGE ALVES DE OLIVEIRA, diretora administrativa e a professora GISLAINE, falou diversos palavrões que deixou a todos perplexos. Derrubou cadeiras, objetos, chutou as mesas e tentou atirar a sandália na diretora pedagógica ROSALBA DE MEDEIROS, que tentava conversar, para contê-lo. Inclusive foi necessária a ajuda do porteiro o senhor AGILDO, que ao chegar nem tocou no aluno e o mesmo já se sentou, como se temesse a presença masculina.

A direção convidou a mãe do aluno ANA ANGÉLICA SOUZA BEZERRA, que veio imediatamente. Combinamos com a mesma, que o aluno deve iniciar um tratamento com especialista para a sua própria segurança, pois teme que se o aluno repetir esse comportamento com outras pessoas ou com os próprios colegas da escola, poderá sofrer consequências que fujam do nosso controle, uma vez que não podemos está observando nossos alunos a todo instante.

Por todos esses motivos gostaríamos que a criança fosse avaliada por um profissional, que analise a situação mencionada.

Natal, 29/03/17


Rosalba de Medeiros
Diretora Pedagógica
Matricula 48.218-8

ANEXO 2 – DESENHO PROJETIVO

