



**Aline Tarouquela Matias de Arruda**

**Sintomas psicóticos na infância -  
Uma visão da clínica psicanalítica**

**Dissertação de Mestrado**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Silvia Maria Abu-Jamra Zornig

Rio de Janeiro,  
Março de 2022



**Aline Tarouquela Matias de Arruda**

**Sintomas psicóticos na infância –  
Uma visão da clínica psicanalítica**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo.

**Profa. Silvia Maria Abu-Jamra Zornig**  
Orientadora  
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

**Profa. Sara Ângela Kislanov**  
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

**Profa. Regina Orth de Aragão**  
Pesquisador Autônomo

Rio de Janeiro, 18 de março de 2022.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização do autor, do orientador e da universidade.

### **Aline Tarouquela Matias de Arruda**

Graduou-se em Psicologia na Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro em 2008, concluiu a formação em psicoterapia corporal Reichiana na Clínica AMV em agosto de 2009 e em agosto de 2010 concluiu a extensão da especialização em prevenção da neurose em crianças, na mesma instituição. Concluiu o curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica com crianças na PUC-Rio em 2019, frequentando congressos e simpósios sobre o tema.

#### Ficha Catalográfica

Arruda, Aline Tarouquela Matias de

Sintomas psicóticos na infância: uma visão da clínica psicanalítica / Aline Tarouquela Matias de Arruda; orientadora: Silvia Maria Abu-Jamra Zornig. – 2021.

77 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2021.

Inclui referências bibliográficas.

1. Psicologia – Teses. 2. Psicose. 3. Psicanálise de crianças. 4. Constituição psíquica. 5. Função materna. 6. Intervenção precoce. I. Zornig, Silvia Maria Abu-Jamra. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Para Rafael e Guilherme.

## Agradecimentos

À PUC-Rio e a CAPES, pelos auxílios concedidos, sem os quais o trabalho não poderia ser realizado.

À minha orientadora, Silvia Maria Abu-Jamra Zornig, por todo o aprendizado.

À Regina Maria Orth de Aragão, pelas trocas, insights e inspiração.

Aos professores e funcionários da Instituição, em especial à Marcelina Andrade, sem os quais este trabalho não teria sido possível.

Aos colegas da Pós-Graduação, pelas trocas ainda que à distância, em especial à Fernanda Furieri Paes, pelo apoio, incentivo e afeto desde o início dessa jornada.

Ao meu grande amigo Rodolfo de Souza, cujas opiniões e correções foram tão ricas e necessárias para esta pesquisa.

À minha prima Ana Lúcia por todo o suporte e encorajamento ao longo de toda a minha vida.

Ao Rafael Arruda, companheiro em todos os campos da vida, cuja parceria foi tão importante no meu caminho profissional e acadêmico. À sua mãe, Katharine, que sempre me incentivou e apoiou quando necessário. E ao meu filho, Guilherme Arruda, por tudo.

## Resumo

Matias, Aline Tarouquela; Zornig, Silvia Maria Abu-Jamra. **Sintomas Psicóticos na Infância – Uma visão da clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro, 2022,77p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Propomos através desta pesquisa uma reflexão sobre a sintomatologia e a etiologia dos quadros de sofrimento psíquico infantil, especialmente em casos nos quais se apresentam os chamados sintomas de base psicótica em crianças não necessariamente psicóticas, e de como podemos perceber a expressão desses quadros na infância. Nossa hipótese é a de que estes sofrimentos, caracterizados por desorganizações egóicas, tem suas raízes no processo de subjetivação como consequência das distorções no processo de constituição do self, que se dá através da relação entre o bebê e seu objeto primordial, que deve apoiá-lo na transição entre o estado psicológico de não separação para o dualismo “eu-não eu”.

Cientes das dificuldades e riscos de um diagnóstico precoce, dada a plasticidade do psiquismo do infante, nos baseamos nos benefícios potenciais de um bom prognóstico para o melhor tratamento possível.

## Palavras-Chave

Psicose; psicanálise de crianças; constituição psíquica; função materna, intervenção precoce.

## Abstract

Matias, Aline Tarouquela; Zornig, Silvia Maria Abu-Jamra (Advisor). **Psychotic symptoms in childhood - A view of the psychoanalytic clinic.** Rio de Janeiro, 2022, 77p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

We propose through this research a reflection on the symptomatology and aetiology of cases of infantile psychic suffering, especially in cases when the so-called psychotic-based symptoms are presented in children not necessarily psychotic, and how we can perceive the expression of these conditions in childhood. Our hypothesis is that these sufferings, characterized by egoic disorganizations, have their roots in the process of subjectivation as a consequence of distortions in the process of constitution of the self, which takes place through the relationship between the baby and its primordial object, that should support him in the transition from the psychological state of non-separation to the dualism "Me-not me".

Aware of the difficulties and risks of an early diagnosis, given the plasticity of the psyche of the infant, we are based on the potential benefits of a good prognosis for the best possible treatment.

## Keywords

Psychosis; psychoanalysis of children; psychic constitution; maternal function, early intervention.

## Sumário

1. Introdução.....	8
2. A psicose na clínica psicanalítica com crianças .....	12
2.1 Melanie Klein e a relação com a realidade na constituição do ego.....	12
2.1.1 A clínica da angústia na infância.....	15
2.2 Frances Tustin, entre a indiferenciação e o isolamento.....	18
2.2.1 Do botão ao buraco negro da depressão psicótica.....	21
2.2.2 A criança confusional de Tustin .....	24
2.2.3 Objetos autísticos e objetos transicionais .....	26
2.3 Meltzer, Esther Bick e a identificação adesiva.....	31
3 A constituição subjetiva: seus intrincamentos e possibilidades .....	36
3.1 O processo de constituição subjetiva.....	38
3.2 A dinâmica das relações corporais na constituição do ego .....	40
3.3 Sobre rupturas e descontinuidades .....	42
3.4 A importância do holding para a continuidade existencial.....	47
3.5 O ritmo como primeira linguagem compartilhada .....	48
4 Entre mundos.....	51
4.1 A chegada de Antônio ao tratamento .....	51
4.2 Desamparo e violência.....	54
4.3 Esse estranho que habita em mim: o paciente e o seu processo terapêutico ...	55
4.4 O horror como ponte entre o trauma e a capacidade de integrá-lo.....	59
4.5 A reconstrução da narrativa.....	62
5. Considerações Finais .....	66
6. Referências .....	72



## Introdução

A proposta desta pesquisa é refletir sobre a sintomatologia e a etiologia da psicose, em suas manifestações em crianças, e de como podemos perceber a expressão desse quadro na infância. O interesse no assunto surgiu da prática clínica com crianças e das questões identificadas a partir dessas experiências. Crianças estas que chegam aos nossos consultórios com questões ainda muito primitivas, considerando a idade, demonstrando uma desorganização egóica, percebida tanto através da expressão verbal quanto através de desenhos e brincadeiras com bonecos. Embora com diferentes graus de dificuldades, traziam em comum uma fragilidade a respeito da autoimagem e uma fragmentação do pensamento no que tange à percepção da realidade, e da relação com o outro. Não é simples atender uma criança nessas condições. Parecem estar um ponto além, ou aquém, do que como analistas estamos habituados a trabalhar. E Afinal, como aponta Meltzer (1975/1986): “O que nos leva para frente parece começar em nossos consultórios, e isso se dá quando nos sentimos em dificuldades”.

A questão que buscaremos responder com esta pesquisa é, em função da plasticidade característica a infância, como podemos nos beneficiar de uma hipótese diagnóstica diferencial entre neurose e psicose, na orientação do tratamento?

Afinal, especialmente tão cedo, é fundamental atentar para os perigos de um diagnóstico fechado, que pode tanto excluir e limitar quanto beneficiar um paciente. Atualmente, os diagnósticos psiquiátricos na infância proliferam, na busca por soluções rápidas e farmacológicas para colocar as crianças “nos trilhos” de um funcionamento que vá ao encontro de uma demanda social e o desejo de seus pais. Assim não parece estranho que conforme aponta Tenório (2016), as últimas atualizações dos manuais diagnósticos de doenças mentais tenham uma visão mais fisicalista que psicodinâmica, sugerindo que para cada problema exista um fármaco adequado para resolver os sintomas, que parecem existir isoladamente do contexto familiar.

É, portanto, com todas estas variáveis em mente que este trabalho será conduzido.

Para melhor tratar um paciente é importante, apesar das dificuldades inerentes ao tratamento de pacientes infantis, saber fazer um bom diagnóstico

diferencial, como veremos em Klein (1930). Contudo é importante não para fechar e excluir, perigo para o qual nos alerta Vieira (2001) mas para abrir possibilidades de ver e permitir que o paciente seja visto de outras formas, por sua família, nos demais círculos sociais que ele frequenta, e até por ele mesmo, especialmente em casos no quais os pacientes infantis chegam até nossos cuidados já com alguma suspeita.

Acreditamos que, quanto mais clareza pudermos construir sobre os quadros de sofrimento psíquico da infância, mais chances teremos de reconhecê-los e propor tratamentos mais eficazes. Para isso vamos estabelecer uma revisão da literatura a respeito da etiologia e da sintomatologia da psicose na primeira infância, tanto do ponto de vista psiquiátrico quanto do psicanalítico. E discutir o estatuto diagnóstico dos sintomas psicóticos na infância a partir da clínica psicanalítica.

Nossa hipótese é a de que os sofrimentos caracterizados por desorganizações egóicas tem suas raízes no processo de subjetivação, como consequência das distorções no processo de constituição do self, que se dá através da relação entre o bebê e seu objeto primordial, em geral sua mãe, que vai se adequar às suas necessidades a apoiá-las até que ele possa completar a transição entre o estado psicológico de não separação para o dualismo “eu-não eu”, que de acordo com Tustin (1972) trata-se de uma tarefa árdua para o bebê, que só poderá realiza-la ao fim e a cabo, através do suporte da relação mãe e filho. Tendo clareza sobre a dificuldade e riscos de um diagnóstico tão severo em crianças, especialmente na primeira infância, entre 0 e 6 anos, buscamos observar as manifestações de seus sintomas em caráter de defesa diante de uma separação precocemente reconhecida, ou seja, antes de que o processo de subjetivação tenha tido oportunidade de se completar.

Iniciamos esta pesquisa pelo levantamento bibliográfico de autores psicanalíticos que se dedicaram a desenvolver teorias a partir de suas práticas com crianças em grande sofrimento, e sobre quais relações estes sofrimentos guardavam com os processos naturais de desenvolvimento. Buscamos assim traçar os contornos do que se entende por psicose infantil, tanto na medicina psiquiátrica contemporânea quanto nas bases do pensamento psicanalítico. A partir desse panorama buscaremos entender a partir da teoria psicanalítica a relação entre os

processos de simbolização primária e suas vicissitudes, que por vezes abrem caminho para o surgimento destes sintomas.

No primeiro capítulo desta pesquisa apresentamos algumas posições teóricas a respeito de determinados quadros de sofrimento psíquico infantil, especialmente estruturas nas quais se apresentam os chamados sintomas de base psicótica em crianças não necessariamente psicóticas. Tais organizações egóicas da infância, são caracterizadas por distorções advindas de dificuldades no período de subjetivação. Figueiredo (2017) afirma que as chamadas “alterações do eu”, ou “vicissitudes do processo de formação do eu, de sua estrutura e de suas capacidades” (p.9), caracterizam algumas apresentações graves de adoecimento psíquico. Estas são, quando olhadas de perto, as marcas deixadas pela ação exagerada de mecanismos de defesa radicais contra as angústias mais primitivas, comprometendo o eu em seus contornos, e prejudicando sua capacidade de conter, integrar em termos somáticos e psíquicos, e de representar e simbolizar seus afetos e conteúdos psíquicos.

Abrimos nosso estudo com Melanie Klein, e creditamos sua relevância nesta pesquisa principalmente ao seu pioneirismo no campo das psicoses da infância, e sua visão inspiradora sobre o papel da análise de crianças, e sua proposta de descoberta e cura da psicose durante a infância. Seguimos com Frances Tustin, que teve um papel de destaque ao examinar em maiores detalhes as diferenças diagnósticas entre crianças autistas e esquizofrênicas, encontrando uma raiz defensiva comum em ambas as formações. Vemos que ambas as autoras, embora se posicionem de maneira divergente a respeito dos diagnósticos aplicáveis, como veremos nesse capítulo através de recortes clínicos e articulações teóricas, contribuíram muito para o entendimento mais aprofundado dos sofrimentos psíquicos da infância cuja raiz comum é o processo de subjetivação.

No capítulo seguinte vamos articular teorias que versam sobre a importância fundamental dos primeiros laços no processo de constituição subjetiva. Isto só se faz possível diante de uma maternagem que Winnicott (1960) conceituou como suficientemente boa, que abarca a qualidade materna de se vincular ao bebê de forma profunda o suficiente para atender às suas necessidades a partir da decodificação dos sinais que este bebê lhe dá. É a partir da relação com esta maternagem que o bebê vai progressivamente entendendo suas próprias

demandas, em virtude das respostas que o ambiente lhe devolve sobre elas. Vamos analisar alguns casos clínicos trazidos pela literatura, ricos em exemplos de como as crianças tentam superar suas dificuldades através da fantasia, e relacionar o recurso do fantasiar, encontrado nos contos de fadas ou nas brincadeiras menos estruturadas, com a tentativa de elaboração dos conteúdos que até então não puderam ser integrados.

Por fim, no terceiro e último capítulo traremos recortes clínicos de um paciente atendido pela autora, diante do material teórico até então apresentado. Um caso grave de um paciente de 8 anos, com muitas limitações, cujos sintomas se enquadravam em uma hipótese diagnóstica de psicose infantil, contudo tanto por comorbidades com outras patologias, quanto pela ausência de delírios e alucinações, esta hipótese diagnóstica mostrava-se algo bastante complicada. Esse caso, para nós emblemático, nos faz refletir a respeito do aspecto esclarecedor quanto ao manejo clínico e, ao mesmo, tempo socialmente segregador de um diagnóstico.

Esperamos que esta pesquisa seja útil e interessante, e favoreça reflexões especialmente entre àqueles que têm a oportunidade, e o desafio, de trabalhar com crianças em sofrimento psíquico grave.

## **2**

### **A psicose na clínica psicanalítica com crianças**

Neste capítulo, faremos a revisão de alguns dos principais teóricos da psicanálise, que desenvolveram importantes trabalhos com crianças em sofrimento psíquico grave, em busca de maior compreensão sobre a sintomatologia associada aos transtornos psicóticos infantis.

Partimos do pressuposto de que a psicose na infância possui especificidades que a distinguem dos tipos de psicoses manifestas em adultos, como defende Melanie Klein, importante precursora no campo da psicanálise com crianças, que, embora tenha uma concepção sobre o início do psiquismo diversa daquela que adotaremos aqui, tem muito a contribuir quando pensamos na análise da expressão do sofrimento psíquico infantil, especialmente os chamados sintomas de base psicótica, mesmo em crianças não psicóticas.

Através da releitura das teorias e técnicas de autores como D. W. Winnicott, F. Tustin, D. Meltzer e E. Bick – além da própria M. Klein –, buscaremos entender os processos psíquicos que estariam na base do sofrimento psicótico. Pois, muito embora tenhamos verificado os desafios e riscos de se chegar a um diagnóstico precoce, confirmamos a importância do melhor entendimento possível dos quadros que escapam aos limites do desenvolvimento típico na infância e que trazem risco à criança quando este apelo não é entendido pelo que tenta traduzir.

#### **2.1**

##### **Melanie Klein e a relação com a realidade na constituição do ego**

Melanie Klein, psicanalista pioneira no campo do atendimento infantil e seguidora de Freud, reconhecidamente aprofundou conceitos freudianos na prática da análise com crianças, mas também, em seu percurso, desenvolveu alguns pressupostos inovadores e bastante discutidos entre seus colegas, a ponto de gerar uma divisão concreta na Sociedade Psicanalítica Britânica entre aqueles que apoiavam suas ideias e aqueles que discordavam veementemente. Um dos pontos mais importantes de discordância foi a base sobre a qual repousa sua teoria do

desenvolvimento: ela tinha o conceito de “posição” como foco principal, não fazendo uso da noção de “fases de desenvolvimento”, conforme postulava Freud.

O conceito de posições de Klein (1934) se baseava na ideia de que o bebê, que já nasceria com um ego, ainda que muito rudimentar, a princípio percebe a si mesmo e a seu ambiente de forma polarizada e fragmentária, no que ela chamou de “posição esquizoparanoide”. A partir desta, o bebê segue progressivamente amadurecendo em direção a uma percepção integrada de seu próprio ego e de sua percepção do objeto ou principal cuidador – em geral, sua mãe –, conformando, então, a “posição depressiva”. Estas posições, embora surjam em determinada ordem, de acordo com determinadas conquistas de um desenvolvimento natural e típico, não são estáticas, mas podem se reatualizar e seguir reaparecendo e se alternando ao longo da vida, de acordo com a possibilidade do sujeito de integrar ou sua necessidade de cindir os elementos da realidade.

De acordo com Klein (1934) desde o início essa evolução seria regida por mecanismos de projeção e introjeção: o bebê introjetaria objetos “bons” e “maus”, sendo o seio materno o protótipo inicial de ambos. O seio “bom” seria aquele que o atende em suas demandas, enquanto o “mau” aquele que as frustra, porém, não somente por frustrá-lo receberia esta alcunha, mas também por ser, aos olhos do bebê, o portador das projeções de seus próprios impulsos sádicos, o que o levaria a crer serem estes objetos perseguidores capazes de devorá-lo, esvaziar seu interior, rasgá-lo, enfim, todos os meios delegáveis ao sadismo portado pelo próprio bebê, de acordo com a autora.

Pela própria imaturidade egoica, nesse momento em que se encontra na posição esquizoparanoide, o bebê percebe a mãe e tudo o mais que o rodeia por partes, não fazendo a distinção clara entre si mesmo e o ambiente, nem distinguindo a mãe como um objeto separado do ambiente ou dele mesmo. Até ali, portanto, nada é inteiro em si, integrado ou distinto. Nesse início, o bebê se sente perseguido por aspectos negativos advindos de seu próprio sadismo, os quais ele pode apenas sentir, mas não perceber como aspectos seus. O sujeito teme receber do objeto atacado, pelo seu sadismo, ataques retaliatórios (Klein, 1930/1981c).

Aos poucos, conforme vai podendo integrar a si mesmo e a sua percepção sobre o seu entorno, o bebê passa à posição depressiva, sendo interessante refletir,

com base na nomenclatura desta posição, sobre desafios presentes em aceitar os limites desvelados pela realização de se ver como um ser só, e aqui chamo a atenção para a dupla significação da palavra só, separado de outro e sozinho. Por isso, talvez a despeito dos sofrimentos persecutórios envolvidos na posição esquizoparanoide, é necessário voltar a ela para escapar do duro chamado à realidade da posição depressiva.

De acordo com as observações de Klein (1930/1981c), no ápice do sadismo, alcançado entre o desejo sádico-oral de devorar o seio da mãe ou a mãe inteira, e o surgimento do estágio anal, da teoria freudiana, surgem as imagos violentas que se instalam tanto no exterior, pela projeção lançada pelo bebê, quanto dentro do ego, pelo processo de incorporação, causando imensa ansiedade, mesmo em crianças muito pequenas, por temerem a retaliação por parte dos perseguidores imaginários.

A projeção dessas imagos no mundo é a forma mais primitiva de defesa contra os medos interiorizados, mas, como o medo persiste, os conteúdos de ansiedade e os mecanismos de defesa formam a base da paranoia. Para defender-se dessa ansiedade, a criança, ainda muito pequena, se utiliza de mecanismos comparáveis aos utilizados na psicose encontrada em adultos, dos quais destaca-se a escotomização, que consiste na negação da realidade psíquica, podendo ocasionar a restrição dos mecanismos de introjeção e projeção e até mesmo a negação da realidade externa, formando a base das psicoses mais graves. (Klein, 1934, p. 356)

Quando tudo corre bem, contudo, e conforme o bebê passa a suportar as falhas do meio ambiente e se torna progressivamente capaz de lidar com a frustração e aceitar a realidade, ele se dá conta que tanto o “seio bom” quanto o “seio mau” são pertencentes a mesma pessoa inteira, sua mãe. Ele passa, portanto, da relação de objeto parcial para a relação de objeto total, percebendo, a partir de então, que seus ataques foram dirigidos a esta mesma pessoa. Embora este seja um importante passo em direção à saúde mental, é também um passo difícil, pois é o cerne da percepção de sua solidão e de que a perfeição não existe, e o bebê deprime, dando origem à posição depressiva.

Em alguns momentos posteriores da vida, até mesmo na idade adulta, não é incomum nos depararmos com uma situação de difícil elaboração, diante da qual

alguma cisão entre em funcionamento, nos levando de volta à posição esquizoparanoide. Novamente, a saída saudável dessa situação é a integração dos aspectos cindidos e um retorno à etapa seguinte, à posição depressiva.

Vemos, portanto, como a posição depressiva no desenvolvimento emocional normal é uma conquista (Winnicott, 1954, p. 437). De acordo com Winnicott, de quem falaremos longamente no próximo capítulo, no tocante à relação mãe-bebê e seu papel no desenvolvimento saudável, a posição depressiva tipicamente acontece em torno da época do desmame, se tudo correr bem, mas com frequência é necessário muito mais tempo para que ela se estabeleça.

### 2.1.1

#### **A clínica da angústia na infância: as ferramentas propostas por Melanie Klein**

Ao longo desta pesquisa, tem-se mostrado cada vez mais relevante entender que o desenvolvimento humano impõe dois desafios em paralelo: crescer e resistir ao sofrimento imposto pelo processo. Para nos aproximarmos dos complexos mecanismos defensivos desenvolvidos na infância, é fundamental entender as exigências feitas pelo processo à criança ainda imatura para lidar com elas. De acordo com Klein (1928/1981b), as tendências edípicas são liberadas bastante cedo, desde muito antes do que pensam seus contemporâneos no campo da psicanálise, em consequência da frustração sofrida pelo desmame, surgindo no fim do primeiro ano e início do segundo ano de vida, sendo reforçadas pelas frustrações anais decorrentes do treinamento higiênico. O surgimento dos desejos edípicos se liga ao medo da castração e ao sentimento de culpa, associados às fixações pré-genitais, já como efeito do complexo edípico.

Para Klein (1930/1981c), o sentimento de culpa resulta da introjeção dos objetos primordiais de amor do sujeito, que dão origem à formação do superego. A autora acreditava que haveria uma primeira etapa do desenvolvimento mental, na qual se ativaria o sadismo em cada uma das fontes de prazer libidinal, atingindo seu ápice entre o desejo sádico-oral de devorar o seio da mãe ou a mãe por completo, e o estágio anal. A importância da conexão entre a formação do superego e as fases pré-genitais se faz clara ao analisarmos que o sentimento de culpa se vincula com as fases sádico-oral e sádico-anal, ainda predominantes



nesse momento, e a atuação do superego durante o predomínio destas fases explica seu rigor. Estariam em atuação, portanto, nessa fase em que se desvela um complexo edípico pré-genital e o auge do sadismo, ataques sádicos por parte do infante, em suas fantasias, a ambos os pais e a ansiedade gerada pelo medo da retaliação.

Diante do exposto até este ponto, poderemos passar em seguida a um panorama sobre a clínica desenvolvida por Melanie Klein, que criou uma técnica própria através da qual buscava ajudar crianças, algumas bem pequenas, a elaborar as angústias paralisantes contra as quais se defendiam de forma patológica, fazendo-as retomar, assim, os seus processos de desenvolvimento naturais.

Klein (1926/1981a) criou a chamada “técnica do jogo”, de acordo com tradução de Miguel Maillat de 1981 para o texto, contudo, entendemos que a palavra “jogo” em português não seja tão ampla quanto se faria necessário, e que a palavra “brincar” se encaixaria melhor no contexto da técnica kleiniana. Tal técnica figurava como uma nova possibilidade de atendimento que lançava um olhar analítico à maneira como as crianças se relacionavam com os brinquedos e demais objetos lúdicos. Através dessa dinâmica, a analista interpretava projeções de fantasias primitivas inconscientes, algo como já se fazia pelos psicanalistas da época, grosso modo, com a associação livre dos pacientes adultos.

O conteúdo dessas fantasias reveladas por ela foi o que mais causou polêmica entre os conhecedores de seu trabalho. Klein (1934/1981c) atribuía às crianças pequenas, por exemplo, impulsos sádicos desde o primeiro ano de idade, convertidos em desejos de esvaziar o seio e o corpo da mãe, e de devorar e destruir seus conteúdos, se utilizando de todos os meios que o sadismo pode sugerir.

Podemos observar o processo de análise proposto por Melanie Klein através de alguns textos em que ela detalha sessões com seus pacientes e análises posteriores feitas sobre cada uma delas. Em um de seus livros a respeito, “Narrativa da análise de uma criança”, Klein (1961/2006) busca ilustrar sua técnica a partir da descrição detalhada das 93 sessões que compuseram a análise de um de seus pacientes, complementando com fotografias de desenhos

produzidos por ele e vastos comentários sobre a forma como relacionava a teoria e a prática ali descritas.

Um ângulo pelo qual gostaria de considerar os efeitos dessa breve análise é a diminuição das ansiedades persecutórias ligadas a seus processos de internalização e identificações. Cheguei a esse resultado analisando a cada vez as ansiedades de Richard relativas a seus objetos internos e a seus impulsos destrutivos. Por outro ângulo, o progresso de Richard estava ligado à melhora de suas relações com o objeto bom; e estou convicta de que isso é o que fundamentalmente ocorre em toda análise em que podemos produzir certas alterações favoráveis duradouras. (Klein, 1961/2006, p. 455)

Um dos casos mais emblemáticos de Melanie Klein, descrito em seu texto “A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego”, de 1930, é o de Dick, um menino que chega aos seus cuidados aos quatro anos de idade, apresentando um desenvolvimento muito abaixo do esperado, com um nível intelectual de uma criança de 15 ou 18 meses, estando quase ausentes a adaptação à realidade, as relações emocionais com o ambiente e um vocabulário adequado.

Segundo o relato da autora, a história do menino havia sido difícil desde o início: recusou o seio e a própria figura materna desde seus primeiros dias; com sete semanas contratou-se uma babá que, não sem esforço, passou a amamentá-lo com mamadeira. Ao chegar ao período de introdução alimentar, recusava alimentos que não fossem pastosos e tinha problemas digestivos.

O desenvolvimento do menino se dava a passos lentos, e ele não parecia reagir afetivamente aos adultos que dele cuidavam. Houve, no entanto, uma melhora quando, aos dois anos, contratou-se uma nova babá e ele passou algum tempo na casa da avó. Essas duas mulheres aparentemente tinham com ele um cuidado muito mais paciente e afetuoso, e o menino ali aprendeu a andar, desenvolveu o controle dos esfíncteres e aprendeu algumas palavras, mas de forma pouco articulada, maquinalmente, não parecendo ter entrado realmente na linguagem.

Ela descreve suas primeiras impressões do menino como indiferente à presença ou à ausência da mãe ou babá e desprovido de afetos perceptíveis, não demonstrando ansiedade ou interesses, não brincando e fazendo pouco ou nenhum contato com o ambiente a sua volta.

Resumidamente, Klein (1930/1981c) vai construindo nesse artigo, ao lado da descrição do caso, o entendimento de que o menino teria se tornado incapaz de

progredir com seu desenvolvimento psicoemocional por ter estagnado em um momento bastante primitivo em virtude de sua incapacidade, em parte inata, em parte por falta de apoio do ambiente, de suportar a pressão exercida pelas primeiras situações de ansiedade. Tal estagnação teria origem em um momento no qual sua realidade era, como a de qualquer outra criança em desenvolvimento inicial, totalmente fantástica e ele se via cercado de objetos geradores de forte angústia. Ou, em suas palavras:

A defesa prematura e excessiva do ego contra o sadismo impede o estabelecimento da relação com a realidade e o desenvolvimento da vida da fantasia. A subsequente apropriação e exploração sádica do corpo materno e do mundo exterior (o corpo da mãe, num sentido mais extenso), ficam detidas, o que produz a suspensão mais ou menos completa da relação simbólica com as coisas e objetos que representam o corpo da mãe e, daí, do contato do sujeito com seu ambiente e com a realidade em geral. (Klein, 1930/1981c, p. 312-313)

Em seu texto “A psicoterapia das psicoses”, Klein (1930/1981d) faz uma crítica aos critérios adultomorfistas da psiquiatria para o diagnóstico da psicose em crianças e alega que os fundamentos das relações com a realidade na primeira infância são de caráter completamente diferente daqueles que se expressam no psiquismo adulto. Nas palavras da autora: “[a] análise de crianças entre dois anos e meio e cinco anos de idade demonstra claramente que, para todas as crianças, de início a realidade externa é um reflexo da vida instintiva da própria criança” (p. 315)

Analisamos, até aqui, de forma sucinta, alguns fundamentos sobre a teoria e a técnica de Melanie Klein no tratamento de crianças em sofrimento psíquico. Acreditamos que sua relevância nesta pesquisa se justifique principalmente por seu pioneirismo no campo das psicoses em crianças e pela forma peculiar como a distinguia das psicoses em adultos, dando destaque para a importância da fase do desenvolvimento em que se apresenta. Merece destaque, também, seu entendimento acerca das possíveis condições constituintes dos transtornos chamados psicóticos ou autísticos, a depender da nomenclatura empregada, que varia de acordo com a época na qual esta discussão é realizada, como veremos a seguir, através da análise da teoria desenvolvida por Frances Tustin, que tanto tem a contribuir para este aspecto da pesquisa.

## 2.2

### **Frances Tustin, entre a indiferenciação e o isolamento: defesas contra o trauma da separação precoce**

Outra pioneira nesta área foi Frances Tustin, cujo interesse clínico focava-se nas dificuldades de crianças psicóticas, particularmente autistas. Dizemos dessa forma, pois, para esta autora, como para outros contemporâneos de Tustin, o autismo tratava-se de um tipo de psicose.

Tustin (1990), ao analisar as contribuições de Melanie Klein (1930/1981c), alega que esta não teria feito uma correta distinção entre autismo e esquizofrenia, apesar de legitimar seu importante papel no reconhecimento e tratamento da psicose na infância. Para Tustin, o paciente Dick era obviamente uma criança autista, o que teria ficado claro caso a autora tivesse tido contato com a teoria de Leo Kanner (1943), publicada anos depois, sobre a apresentação do diagnóstico da síndrome do autismo na infância.

Através de sua conceitualização, Kanner (1943) diferenciou essas crianças atípicas de outras diagnosticadas como esquizofrênicas ou mentalmente retardadas. A partir de então, muitas descobertas foram feitas a respeito das peculiaridades que compunham esse quadro, tanto em relação aos sintomas, quanto às dinâmicas familiares do entorno dessas crianças.

Mas esta diferenciação entre autismo e psicose seguiu se transformando, de modo que, a depender da época em que um artigo tenha sido escrito, determinada nomenclatura faz, ou não, sentido. Bursztejn (2016) chama a nossa atenção para as mudanças ocorridas nos últimos 30 anos nas classificações psiquiátricas, que refletem não apenas a evolução do conhecimento, mas também as ideologias dominantes.

Assim, embora atualmente esteja em vigor uma progressiva eliminação da noção de psicose da criança, com a sua inclusão no espectro do autismo, quando a psiquiatria infantil estava em desenvolvimento, o modelo da esquizofrenia era predominante, de modo que nos anos 1960, na Inglaterra, os sintomas característicos do autismo eram descritos como referentes à “síndrome esquizofrênica” na infância. No entanto, a partir dessa época, muitos autores se uniram a um movimento de distinção do autismo em relação à esquizofrenia.

Nesse contexto, em 1975, o autismo infantil apareceu nominalmente pela primeira vez na 9ª edição da classificação internacional da OMS, em um capítulo intitulado “Psicoses específicas da infância” (Bursztejn, 2016).

Podemos perceber, até esse ponto, que, embora Tustin tenha tido acesso a um legado teórico mais vasto que seus antecessores, esse tema continua em transformação. Sendo assim, não podemos estranhar que a autora, ao longo do desenvolvimento de sua teoria, tenha levantado hipóteses que precisou, posteriormente, demolir, diante da percepção de que também poderiam melhorar, em especial o conceito de “autismo normal”.

O conceito nomeado pela autora como “autismo da infância primitiva” é descrito como um estágio natural, em que um bebê não é ainda capaz de perceber a si mesmo como portador de um “*self*” separado do mundo externo, divergente do autismo patológico, que resultaria de uma parada do desenvolvimento psicológico, ou um retorno a tal fase. Desta fase, descrita por Tustin como habitual no desenvolvimento saudável, a criança emergiria caso tivesse em si uma predisposição inata que lhe permitisse reconhecer padrões, semelhanças, repetições e continuidades. No entendimento da autora, tais capacidades constituiriam o material básico para as futuras habilidades de processos mentais, ausentes no autismo patológico, e necessários para que a criança pudesse construir uma representação interna da realidade compartilhada com os outros, e tomar consciência de si mesma.

Tustin (1990) afirma que, fundamentalmente, o que distingue uma criança psicótica de uma neurótica é a extensão da falta de contato com a realidade da primeira. Consideramos esse um ponto comum quanto ao entendimento do acometimento psicótico entre todos os autores consultados. Para Tustin, o autismo seria uma característica da psicose em geral, e todas as formas de psicoses conteriam alguma espécie de “acometimento autístico” enquanto limitação que não permitiria que a criança estivesse em contato com a realidade, mas sim voltada para si mesma. Neste mesmo livro, ela organiza a psicose infantil em diferentes formas de acometimentos “autísticos” – e, por “autísticos”, a autora se refere ao pertencimento normal ou patológico ao “viver em termos do próprio eu (*self*)”, conforme a tradução da palavra autismo.

Posteriormente, Tustin (1994) se retrata sobre a nomenclatura por ela desenvolvida, esclarecendo que, dali por diante, estava de acordo com outros colegas psicanalistas e pesquisadores de que não haveria um estágio de autismo normal da infância para o qual a patologia do autismo seria um retorno. Apesar deste erro, como ela mesma o classifica no artigo “*The perpetuation of an error*”, de 1994, suas contribuições teóricas sobre crianças psicóticas foram de imensa importância e permanecem como referência até hoje.

Em seu livro “Autismo e psicose”, Tustin (1972) discorre sobre as diferenças dos quadros de autismo infantil primitivo e esquizofrenia infantil, como duas síndromes que diferem entre si pelo sistema no qual se assentam. Entendemos estes sistemas aos quais a autora se refere como a combinação de defesas que foram possíveis e necessárias àquela criança em particular, erigidas entre um ambiente que não lhe era favorável e suas próprias limitações inatas, ou como resultado do somatório entre ambas.

Nesta mesma obra, Tustin (1972) aponta a “depressão psicótica” como a base para a parada do desenvolvimento cognitivo e emocional na criança que daria origem ao autismo patológico, e sem o entendimento da qual não seria possível o tratamento de crianças psicóticas. Para a autora, o autismo patológico seria uma resposta a essa depressão.

O termo “depressão psicótica” foi extraído dos escritos de Winnicott (1958/1967) citado por Tustin (1972), que afirmou que a depressão psicótica seria um fenômeno que se observa quando uma separação é vivida pelo bebê antes que ele tenha condições de sentir essa perda como sendo do objeto e não de si mesmo, ou melhor, de aspectos de si mesmo, dado que neste momento primitivo do desenvolvimento não existe uma unidade menor reconhecível por ele do que um todo que envolve a dupla mãe-bebê.

### 2.2.1

#### Do botão ao buraco negro da depressão psicótica

*Ele disse: “Eu conserto! Eu conserto!  
Buraco embora! Botão nele! Buraco  
embora! Botão nele!” (Tustin, 1972, p. 22)*

São inúmeras as músicas e poesias que encontramos pela vida sobre a sensação de se trazer um buraco no peito, e não menor é o número de vezes que ouvimos nossos pacientes declarando o mesmo. Figurativamente, um buraco representa uma falta. Maior do que a falta causada por algo que já esteve lá e não está mais, pois isso deixaria um espaço vazio, o buraco representa a falta de uma parte de si mesmo.

Em um exemplo clínico trazido por Tustin (1972) no capítulo sobre depressão psicótica, a autora fala de seu pequeno paciente John, um menino trazido a ela aos três anos e sete meses com hipótese diagnóstica de autismo primitivo e que padecia dos efeitos de um “profundo desgosto e luto interno”, que pareciam tê-lo fixado em estágios muito primitivos. As poucas palavras que passou a proferir ao longo do tratamento pareciam remeter a situações de grande desamparo, como “buraco”, “embora”, “partido”, e “oh vida”, e foram fruto da melhora produzida pela análise de alta frequência, chegando a cinco vezes por semana. Antes disso, John parecia não notar a presença de outra pessoa na sala com ele, mas se utilizava da analista como quem usa uma parte de si ou um objeto, o que naquele início parecia difícil distinguir, dado que tanto pessoas, quanto objetos pareciam ser sentidos por ele ora como partes suas, ora como invasivas, a depender de seu funcionamento.

Tudo nos leva a entender que a fase do desenvolvimento a qual John persistia remetido conectava-se à fase oral, em termos freudianos, em que, ainda bebê, era alimentado ao seio e dele pouco se distinguia. O botão a que John se refere, remete ao mamilo perdido enquanto símbolo da etapa fusional que se extinguiu, deixando nele um buraco.

Se quisermos detectar diferentes grupos de experiência psicológica no material que John produziu, notaremos que a maioria dos elementos se conglomeram na área boca-mamilo (bico do seio-língua), sendo que outros parecem pertencer a estados interiores do desenvolvimento psicológico, tendo-se acrescentado aos primeiros, e, finalmente, fica-se com a impressão de que todos eles são intersubstituíveis. (Tustin, 1972, p. 34)

Os pais se preocupavam pelo menino que, aos dois anos e meio, ainda não falava e parecia se desenvolver mais lentamente, em comparação a outras crianças. Inicialmente, havia uma suspeita de atraso mental, mas após rever o paciente seis meses depois da primeira consulta, o primeiro especialista suspeitou de autismo infantil primitivo e o encaminhou a um colega para uma segunda opinião, e este, por sua vez, indicou-o ao tratamento com Frances Tustin aos três anos e sete meses.

Não tinha dificuldades de locomoção, mas não se alimentava sozinho, recusava alimentos sólidos e apresentava ansiedade excessiva, chorando por dias inteiros por vezes. Além disso, a criança tinha um histórico familiar preocupante: casos de esquizofrenia na família paterna e a mãe parece ter tido o filho em uma situação pouco acolhedora, o que lhe dificultou desenvolver uma relação íntima e tranquila com o filho, passando por uma depressão leve que não chegou a demandar um tratamento médico.

Nas primeiras sessões, a criança parecia repetir, por meio de brincadeiras rítmicas e repetitivas de girar, uma busca pelo retorno a uma sensação de fusão, de continuidade. Por volta da nona sessão, o menino representou uma ruptura, jogando uma boneca ao chão e dizendo a palavra “embora”, tendo esta sido a primeira palavra a ser ouvida dele, tanto pela analista, quanto pelos próprios pais.

Quando o pião caiu, em meio a grande estrondo, e se partiu em dois, vindo-lhe o conteúdo todo para fora, John pareceu muito chocado e, em voz de profundo desgosto, dirigiu-se a ele assim: “Partido!” e “Oh vida!”, levando o resto da sessão a tentar consertá-lo desesperadamente. Nessa altura me pareceu que realidades deprimentes estavam penetrando em seu autismo. (Tustin, 1972, p. 20)

Nas semanas seguintes, John buscava negar a natureza das pessoas e das coisas, ao tentar fazer delas o que bem entendesse, talvez negando sua alteridade para não entrar em contato com a ansiedade de separação e com o vazio da depressão psicótica. Ele tentava fazer o que queria com um objeto, que não obedecia, dando mostras de que não fazia parte dele, o que o levava a ataques de raiva – que também podiam ser lidos como pânico, pela iminente sensação de separação do objeto –, quando atirava o objeto contra algo, por exemplo. Quando esse objeto se quebrava, lhe sobrevinha o desgosto por tê-lo perdido.

Dessa forma, a criança oscilava entre a depressão psicótica e o autismo, negação da existência do outro. Até que, em uma determinada sessão, mais



precisamente a 118<sup>a</sup>, ao quebrar um ônibus vermelho que lhe remetia a seu pai que estava viajando, exclamou: “Eu conserto ele!”, repetindo ansiosamente a frase, que continha em si o primeiro uso de um pronome pessoal e, talvez ainda mais importante, um gesto de reparação que, para Melanie Klein, significaria um enorme avanço.

Nas sessões seguintes, o menino conseguiu colocar em palavras suas ansiedades referentes à perda do seio e, progressivamente, começou a ser capaz de admitir sua dependência das pessoas para determinadas coisas e a pedir ajuda.

Um aspecto extremamente importante ressaltado por Tustin é de que a experiência dessa falta, originada pela frustração, pode representar tanto uma ameaça quanto uma oportunidade. Bion (1962), em citação de Tustin (1972), demonstrou que, diante desse momento crítico, a criança pode tanto tentar modificar a frustração, quanto evadir-se. Quanto ao paciente John, parece não haver dúvidas por parte da autora de que a escolha possível, o autismo, foi evadir-se.

Está claro que ter acesso ao “não eu” é uma ocorrência cheia de possibilidades para além do próprio eu, mas também de enormes dificuldades. Estas resultam, como vimos, do fato de que o não moldável, ou seja, o não assimilável (psicologicamente falando) à matéria corporal, vai por isso mesmo transforma-se em objeto inimigo na medida em que inspira terror e raiva. Transitar do estado psicológico de não separação para o dualismo “eu-não eu”, é tarefa particularmente árdua para o bebê e creio que hoje ninguém terá dúvida de que a espécie de berço protetor que o vai conter durante o período tão importante, é feito da relação mãe-filho. (Tustin, 1972, p. 35)

Estas observações estão em perfeita sintonia com o que pensava Winnicott (1952/1982c) a respeito do fato de que perturbações reconhecidas como psicóticas seriam originadas pelas distorções do desenvolvimento emocional, advindas da fase em que a criança ainda não teria se tornado uma pessoa total, ou seja, a fase em que o indivíduo não é ainda uma unidade reconhecida externamente e pressentida pelo próprio bebê, mas é ainda uma organização indivisível entre o ambiente e o indivíduo. O trabalho de Tustin com crianças psicóticas a levaram a classificá-las em dois grupos que, embora distintos, compartilhavam uma conexão: a função inferida de seus comportamentos e manobras psíquicas, aparentemente com o objetivo de evitar a insuportável consciência de sua própria separação corporal. Ou, melhor dizendo, um possível retorno ao “buraco” da depressão psicótica. Tustin (1972) nomeou um grupo de “psicóticos

confusionais<sup>1</sup>” e o outro de “psicóticos encapsulados” ou “psicóticos tipo ostra”<sup>2</sup>. Neste trabalho abordaremos, em particular, o primeiro grupo, já que o segundo se trata do que hoje entendemos como crianças dentro do espectro autista, o que foge ao escopo desta pesquisa.

### **2.2.2 A criança confusional de Tustin**

De acordo com Mitrani e Mitrani (2015), Tustin teria descoberto características comuns no tipo de manifestações psicóticas em determinadas crianças, as quais apresentavam uma forte tendência a se moldarem, fisicamente, para ficarem enredadas nos corpos de outras pessoas ou em objetos macios, tais como roupas ou substâncias corporais, como fezes, urina e saliva. Esse tipo de defesa “confusional” é encontrada mais recorrentemente em crianças esquizofrênicas.

Particularmente sob a nomenclatura de “esquizofrenia na infância”, Tustin (1972) apresenta como suas principais características: sintomas severos, posteriores a um período de desenvolvimento normal; a criança pré-esquizofrênica é a mais fácil de ser cuidada, é a mais rapidamente treinada e a mais asseada; com frequência, apresentam uma saúde frágil, em que dificuldades respiratórias, circulatórias, metabólicas e digestivas são comuns; quando segurados, se “moldam” como massinha, se agarrando à pessoa que os sustenta e se entocando em seus corpos; seus olhos desfocados parecem mais olhar através do que para as pessoas; confusão do pensamento é muito comum; a fantasia presente nas brincadeiras é muito confusa e primitiva; o discurso é mal articulado, confuso ou prolixo; o movimento corporal é frouxo, descordenado e desajeitado; inábil e desastrada mobilidade na manipulação de objetos e falta de sensações nas extremidades do corpo costumam ser comuns.

Essas crianças normalmente podiam falar. Sua linguagem era confusa, contudo, particularmente quanto ao uso de pronomes, o que se explica pela própria dificuldade em se diferenciar como sujeito do objeto externo. Tal

---

<sup>1</sup> No original: “The ‘entangled or confusional’ psychotic”.

<sup>2</sup> No original: “‘encapsulated’ or shell-type psychotic”.

comunicação era sentida como intrusiva por seu interlocutor, de forma imperativa ou sem sentido. Eles, às vezes, mantinham contato visual, contudo, de forma peculiar, obstinada, e ainda assim era claro para o observador que seus olhos pareciam vidrados ou enuviados quanto ao foco, dando a impressão de que olhavam para além, ou através deles. Era também óbvio para Tustin que seus modos básicos perceptuais e sensoriais, como visão e audição, juntamente com sua capacidade de atenção, eram impressionantemente limitados. Resumidamente, parece que a criança se torna ativamente confusa como defesa contra a sensação de perda corporal.

Pensamos nessas crianças como incapazes de fazer a travessia completa, perdidas entre a realidade interna e a externa, elas recorrem a algum tipo de apoio, o que nos remete ao conceito de “objeto transicional” de Winnicott (1951/1982e), em sua função de intermediário da experiência entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto. Objetos que não fazem parte do corpo da criança, mas, no entanto, não são plenamente reconhecidos como pertencentes à realidade externa. Fenômenos e objetos transicionais são parte do desenvolvimento normal de bebês saudáveis, enquanto representantes do seio ou da mãe, na fase em que o bebê ainda está elaborando sua separação dela.

De fato, ambos os grupos nomeados por Tustin, tanto as crianças encapsuladas, quanto as crianças confusionais, tinham seus próprios tipos de objetos autísticos para ajudá-los a estar do lado de cá da realidade, do lado em que estamos nós, “neuróticos saudáveis”.

### **2.2.3 Objetos autísticos e objetos transicionais**

Tustin (1990) apresenta fragmentos através dos quais podemos perceber de que forma, no desenvolvimento saudável, a criança vai deixando de precisar de objetos autísticos e passa a fazer uso de objetos transicionais. A diferença entre esses dois grupos é explicada por ela no seguinte trecho:

O conceito de objeto transicional, formulado por Winnicott, é extremamente importante, mas não me parece que a diferença entre ele e o objeto autístico já tenha sido claramente definida, ou digamos que Winnicott não a delineou como eu a entendo: chamo de objeto autístico, em sentido lato, todo aquele que é

completamente experimentado como “eu”, e de objeto transicional aquele que conjuga em si um misto de “eu” e “não-eu” – fato de que a criança só muito vagamente se dá conta – ou, para usar as palavras de Winnicott, “o primeiro não-eu de que a criança toma posse”. (Tustin, 1990, p. 75)

Tustin (1990) define como “objetos autísticos” as partes do corpo da própria criança, ou partes do mundo externo, por ela experimentadas como partes de si mesma. Para ilustrar o papel dos objetos autísticos no desenvolvimento psicológico de uma criança normal, a autora recorre a fragmentos da observação de uma bebê que ela acompanhou semanalmente, no mesmo horário, por dois anos consecutivos.

Nesses fragmentos que ela apresenta cronologicamente, primeiro lemos que, com quatro semanas, a bebê Susan não gostava de ser virada de frente enquanto era lavada por sua mãe, se sentindo mais confortável de bruços. Neste processo, seu choro só era interrompido quando, por algum engano, ela acreditava que iria mamar, fosse pela posição próxima ao seio da mãe ou por um objeto que lhe passava ao redor da boca e era confundido por ela com o seio. Nesta fase, os bebês facilmente confundem o seio com outros objetos, pois, para o bebê, o seio é tão somente aquilo que o faz retornar à sensação de conforto físico e emocional, sendo, portanto, mais percebido pelo que provoca do que pelo que de fato é.

Como forma de ilustrar estas conclusões, vamos recorrer a um fragmento das observações de Tustin (1990) acerca do caso da bebê Susan, que, aos três meses, diante de situações de semelhante desconforto, recorria à sua mão, a levando a boca e parecendo se consolar com isso, emitindo os mesmos sons que costumava emitir ao mamar. A autora declara que, através deste recurso, deste uso da mão como objeto autístico, as experiências ligadas ao ato de mamar adquiriam continuidade mental para a bebê, que as usava para se confortar e excluir experiências de desprazer, recorrendo a uma parte de seu próprio corpo para se conectar a uma experiência de continuidade e indiferenciação.

O mesmo uso pode ser feito de um objeto autístico que não faça parte do corpo da criança, mas através do qual ela pode retornar ao conforto da ilusão de continuidade, como vemos no recorte seguinte, em que a autora apresenta de que forma a bebê Susan recorre a um objeto do mundo externo, tratado por ela como parte de seu próprio corpo, para suportar uma vivência assustadora do tipo “não-eu”.

Entendemos essas vivências como momentos nos quais, através da ausência da mãe, a criança se percebe sozinha e precisa se haver com a quebra da ilusão de continuidade. Susan, então com um ano de idade, vê sua mãe se afastar dela para ir até a cozinha; a mãe some de seu campo de visão e a criança então se volta para uma bola de borracha e a agarra bem junto a si, colocando-a na boca e emitindo os mesmos sons que fazia quando mamava, ou quando, buscando o retorno à ilusão de continuidade, colocava a mão na boca para se confortar. Susan larga o objeto assim que sua mãe regressa.

A ausência da mãe faz com que a criança se depare com uma percepção que ainda tenta elaborar: a quebra da ilusão de ter sempre consigo algo que lhe completa. Tustin (1990) afirma que a forma como ela apertava a bola dava a impressão de que a considerava parte de si, ou seja, um seio, em sua função que era também parte dela mesma, lhe devolvendo assim aquela ilusão de continuidade que mencionamos anteriormente. Tanto a mão quanto a bola de borracha são, portanto, objetos autísticos.

Entre objetos autísticos e transicionais, contudo, podemos encontrar situações híbridas, quando, diante da necessidade de uma criança, um objeto pode ser tanto autístico, quanto transicional.

No fragmento seguinte desse capítulo, a autora traz outra criança, Phillipa, uma menina de seis anos que, naquele momento, é inseparável de um pedaço de pano a que chama de Bibi. A menina chupa um pedaço desse pano o dia todo que, em sua fantasia, é o seu bebê, e seu nome vem dos pêssegos que ela sonha em chupar, e aos quais associa os seios maternos que ultimamente só dão de mamar ao seu irmão mais novo.

Quando perguntada sobre o que dá de comer ao seu bebê, Bibi diz que não dá nada, que é ele quem lhe dá de comer. Além de chupá-lo, ela vai fervê-lo e comê-lo, para que ele então vá para sua barriga e lá cresça e se torne de fato seu bebê. O “paninho” macio de Phillipa tem todas as características de um objeto transicional, embora a idade de Phillipa e a forma como está apegada a ele, bem como suas fantasias orais ligadas ao objeto, nos fazem pensar sobre a desorganização que seu uso previne.

Tustin (1990) afirma que a existência (psicológica) do objeto autístico, enquanto provedor da continuidade mental das experiências ligadas ao ato de

mamar, tem o objetivo de tentar fazer desaparecer a quebra de continuidade e o consequente espaço vazio que a criança sente em si, ao passo que o uso do objeto transicional não lhe afasta completamente a percepção do “não-eu”, apenas a diminui. Entendemos como sendo essa uma forma de estar presente no mundo, ciente de sua existência subjetiva, porém com algum anteparo afetivo contra o medo e a dor que essa consciência provoca, enquanto a criança elabora essa falta.

Através dos exemplos que trouxemos até aqui, podemos perceber, no entanto, que a distinção entre os objetos não é sempre tão clara, embora os objetos autísticos e transicionais sejam distintos em suas funções, eles podem se interpenetrar e, no caso da menina Phillipa, podemos notar, como afirma Tustin (1990), que algo está levemente fora do desenvolvimento esperado para uma criança saudável, uma vez que seu objeto transicional é um pouco mais autístico que outros.

Isso acontece quando a situação contensora não foi tal que permitisse que a criança integrasse experiências de segurança. Para Phillipa, parece que ainda é, mesmo aos seis anos de idade, importante preservar a existência de seu objeto transicional para manter seu equilíbrio.

Ainda sobre o exemplo da menina Phillipa, refletindo sobre o papel das fantasias de continuidade através da devoração do objeto transicional, nos lembramos de contos de fadas em seu importante papel de elaboração de conteúdos afetivos pré-conscientes para as crianças. Veja-se, em especial, a história de João e Maria, uma dentre muitas em que o canibalismo se faz presente. A diferença é que, nesse conto, a temática da criança em seu pavor de morrer em virtude da separação de seus pais e o dilema entre devorar ou ser devorado nos chama especial atenção.

De acordo com Bettelheim (1978), o conto de João e Maria dá expressão simbólica às experiências internas ligadas à figura materna e às ansiedades e tarefas de aprendizagem da criança pequena, que ainda precisa sublimar seus desejos primitivos de incorporação. Segundo o autor, os personagens poderiam ter tido maior sucesso em alguns momentos da história se o impulso de obter gratificação oral não estivesse em primeiro plano e acima de tudo.

Em João e Maria, as duas faces da mãe em seus aspectos ligados à nutrição estão muito presentes – a mãe que alimenta e a mãe que ameaça com a morte por

inanição diante do abandono, na figura da madrasta e seu correspondente fantástico, a bruxa que oferece a gratificação oral sem limites, com a casa toda feita de guloseimas e se revela como uma devoradora.

Bettelheim (1978) fala da imago da casa como representante onírico do corpo, como o lugar que habitamos, entendemos que também na imaginação das crianças e conteúdos pré-conscientes, uma casa pode ser o corpo da mãe, uma casa feita de biscoitos e guloseimas é o símbolo da mãe que alimenta sua criança com o seu corpo.

Mas, como diz a estória, ceder a uma gula desenfreada traz a ameaça de destruição. A regressão ao modo de ser inicial “celestial” – quando vivíamos simbioticamente da mãe, no seu peito – com toda a individuação e independência. Até mesmo bota em perigo a própria existência, e por isso às inclinações canibalistas dada forma na figura da bruxa. (Betteheim, 1978, p. 197)

Qualquer criança pode se identificar com estas angústias, e é por isso que os contos de fadas permitem que parte desse material que não pode vir claramente à tona, seja elaborado internamente, promovendo o alívio destas ansiedades reminiscentes, mesmo em crianças típicas. Entendemos, portanto, que esses contos, carregados até certo ponto de conteúdos assustadores, têm um papel importante no desenvolvimento das crianças, em especial em relação a conteúdos emocionais conflitivos, herdados de fases anteriores de desenvolvimento.

Em casos mais graves, como na esquizofrenia infantil, os objetos autísticos utilizados foram denominados por Tustin (1990) como objetos confusionais, os quais eram usados de formas muito particulares por cada criança, mas quase sempre de modo compulsivo. Esses objetos ajudavam a nublar a percepção dos infantes a respeito de sua própria necessidade de cuidados, evitando até que reconhecessem que o provedor destes cuidados estaria separado delas. Crianças que usam objetos confusionais estão em um estado difuso de consciência o tempo todo, quer estejam ou não usando os objetos em questão (Tustin, 1990 citado por Mitrani & Mitrani, 2015).

Tustin (1992) traz o exemplo de um menino de 18 meses que vinha sendo acompanhado semanalmente desde seu nascimento e que, desde cedo, mostrou comportamentos estranhos, sendo um deles o fato de que sua língua frequentemente atrapalhava a amamentação. Em uma ocasião em particular, quando tinha cinco meses, sua língua ficou roxa e protusa. Sua mãe teria relatado

que isso ocorria quando ele a prendia entre suas gengivas, não havendo evidências de epilepsia. Pareceu a Tustin ser esse um indício de que a criança poderia estar confundindo sua própria língua com o mamilo da mãe, ou melhor: usando sua língua como um objeto confusional para diminuir a percepção de que aquele mamilo não fazia parte de seu próprio corpo.

Tustin (1990) defende que, para a criança psicótica confusional, a sensação de separação é sentida como uma ferida aberta e incurável no corpo, que ela tenta negar buscando se fundir, invadindo ou se dispersando entre objetos ou pessoas.

Um modo mais desenvolvido de esquizofrenia busca refúgio em coisas assustadoras, tanto internas quanto externas, pela ilusão da invasão do corpo da mãe e de outras pessoas. Bion (1962/2007) nos mostrou que isso seria uma extrapolação do processo normal que Melanie Klein chamou de identificação projetiva. Esses processos parecem emergir da capacidade desconstruída de empatia e implicam um senso de separação. A identificação projetiva, como mecanismo de defesa, permite às crianças esquizofrênicas um senso instável de identidade, mas depende daqueles de outras pessoas. Tustin (1990) os chamou de “crianças confusionais emaranhadas”, porque seu próprio senso de identidade e percepção da identidade dos outros está emaranhada e confusa. Desde que haja, contudo, ainda que fraco, algum senso de separação, o desenvolvimento psicológico pode acontecer, mas possivelmente confuso, irregular, bizarro, e aos pedaços – ou em ilhas, como os próprios chamam às vezes.

Sobre possíveis etiologias das crianças do tipo esquizofrênicas, Tustin se apoia no conceito, desenvolvido por Meltzer (1975/1986), de “identificação adesiva”, que consiste em uma forma de defesa contra angústias de dissolução, que borram o senso corporal infantil de separação e lhes dão um sentido inseguro de identidade.

### 2.3

#### **Meltzer, Esther Bick e a identificação adesiva**

Meltzer (1975/1986) define o conceito de identificação adesiva como uma fantasia onipotente em que uma parte do *self* pode ser cindida e projetada para dentro de um objeto, interno ou externo, tomando posse de seu corpo, sua mente e sua identidade. O autor afirma, contudo, que o conceito foi sendo desenvolvido



em paralelo, tanto por ele quanto por Esther Bick, cada um a seu modo, a partir da ampliação do conceito de identificação projetiva de Melanie Klein.

Para Esther Bick, o desenvolvimento deste conceito teria se dado através de seu trabalho com crianças psicóticas e do desenvolvimento de seu método de observação de bebês, que se tornou parte do currículo da formação de psicanalistas até os dias atuais. Para Meltzer, teria sido através do seu trabalho com crianças neuróticas e autistas, percebendo, particularmente com este último grupo, um comportamento que lembrava uma certa condição de adesividade. Nesse ponto, ele relata um trecho de uma conversa com Esther Bick sobre o tema, em que ela também relata tal dificuldade: “Lembro de um tempo em que ela me dizia: ‘Oh! Eu não sei como falar acerca disso, eles são exatamente assim (apertando suas mãos juntas).’, ‘É alguma coisa diferente’.” (Meltzer, 1975/1986, p. 41).

Com relação à citação acima, em que Meltzer se recorda das impressões compartilhadas por Esther Bick sobre seus pacientes psicóticos infantis, ele afirma ter permanecido sem entender do que se tratava por muito tempo, mas que teria começado a reconhecer padrões similares através do trabalho com seus pacientes crianças autistas. Para melhor explicar sobre isso, no entanto, ele retorna a Freud, para falar sobre o desenvolvimento do conceito de identificação.

Meltzer procura apresentar o desenvolvimento desse conceito historicamente, começando pelo entendimento de Freud, progressivamente construído, acerca dos processos de identificação. Primeiro, pela sua função na patologia de alguns casos, desde seus escritos em “Estudos sobre a histeria” (Breuer & Freud, 1895), citado por Meltzer (1975/1986), em que seus pacientes eram identificados com algo, e o efeito de tal identificação teria algo a ver com a imitação e importaria algum grau de distorção em seus caracteres, contribuindo para seus sofrimentos psíquicos.

Freud (1923), citado por Meltzer (1975/1986), desenvolve o conceito de superego a partir de um entendimento sobre um processo de identificação diverso do que ele até então vinha utilizando. Freud fala da introjeção da identificação no ego (identificação introjetiva) e do estabelecimento, a partir daí, de uma diferenciação de parte do ego, que passaria a atuar como instância, cuja função agora era de observar e criticar o ego.

Refletindo sobre o artigo “Luto e melancolia” de Freud (1917[1915]), Meltzer (1975/1986) tece algumas críticas a respeito da maneira como Freud parecia estar limitado em suas percepções, particularmente na forma de conceituar as relações entre o ideal de ego, o ego e o objeto internalizado, por uma dificuldade em conceber a mente como um lugar em que as coisas podiam acontecer de fato e não apenas serem imaginadas. Ele alude à inexorabilidade e à inevitabilidade desses acontecimentos, que por vezes envolviam o ataque a objetos internalizados, causando danos, produzindo mudanças psicopatológicas, necessitando por fim de reparos para que o processo de recuperação pudesse ter lugar.

É desse ponto do qual Freud parece não poder passar, segundo Meltzer (1975/1986), que Melanie Klein começa seu caminho. A partir de seu trabalho com crianças, a autora ouve delas sobre espaços internos, que elas acreditam existir dentro de si mesmas e dentro de suas mães. Klein viu nas fantasias de seus pacientes uma porta de entrada para esses espaços psíquicos internos, sentidos, pensados e vividos pelas crianças como lugares em que coisas concretas aconteciam e tinham consequências e que poderiam ser acessadas pelos processos de transferência.

Para Meltzer (1975/1986), é a partir do estudo das fantasias ligadas a estes espaços internos que se puderam desenvolver conceitos como o complexo de Édipo pré-genital, a concretude dos objetos internos, as relações dos objetos parciais e, seguindo essa lógica, o entendimento de seu papel nas relações interpessoais e intrassubjetivas, na formação da personalidade – tudo isso foi sendo desenvolvido por Klein em seus escritos na década de 1930.

Tendo começado a trabalhar justamente em 1920, segundo Meltzer (1975/1986), e tendo começado sua carreira estudando com Karl Abraham, foi somente em 1946 que Klein chegou, através do artigo “Notas sobre alguns mecanismos esquizoides”, aos conceitos de cisão e identificação projetiva, os quais se tornaram, a partir de então, o grande motor do trabalho de Klein e de seus seguidores. Isso incentivou muitos analistas a tratarem pacientes psicóticos, porque lhes deu ferramentas para reconhecer e trabalhar com esses fenômenos.

Ao longo do tempo, contudo, se percebeu que o que vinha sendo desenvolvido a partir do conceito de identificação projetiva não podia dar conta,

isoladamente, da expansão dos casos tratados pela psicanálise. Meltzer (1975/1986) conta que, quando chegou a Londres, o termo “identificação projetiva” era usado como sinônimo de identificação narcísica, pelo grupo kleiniano, contrapondo a isso os processos de identificação introjetiva, descritos por Freud como necessários ao estabelecimento do superego. Klein havia mudado esse processo para uma etapa mais primitiva, quando o sujeito introjetaria o seio bom e o mal, e demais objetos parciais, e estes objetos internalizados teriam sido chamados por ela de superego e precursores dele.

Os processos de identificação projetiva (narcísica) e identificação introjetiva eram bem distintos. Neste último, o objeto internalizado era, através das funções de ego ideal, localizado no *self*, desejando ser como o objeto para tornar-se digno dele, e este processo faria parte da posição depressiva, como sendo a posição que viria “resolver” a cisão esquizoparanoide, típica da posição homônima, em que os aspectos positivos e nutridores da mãe são vistos como separados dos aspectos negativos e frustradores da mesma. A mãe não é vista como uma pessoa integral ou mesmo um objeto integral, e o bebê ataca os aspectos ou partes da mãe que ele entende como negativos e ameaçadores.

Meltzer (1975/1986) descreve pacientes que pareciam ter uma vida interna muito empobrecida e que apresentavam, por vezes, um estado de desorganização interna semelhante ao observado por Esther Bick em seu trabalho de acompanhamento de bebês e suas mães. Quando não era possível para a mãe oferecer contenção às angústias primitivas do bebê, ela ficava ansiosa diante da ansiedade da criança, o que, por sua vez, fazia com que essa ansiedade aumentasse, até que, por fim, o infante entrava em um estado de desorganização percebido corporalmente.

Tais pacientes, quando adultos, pareciam bem ajustados à sociedade, mas suas relações eram superficiais e seus gostos e escolhas, baseados na imitação do que viam, muito mais do que em escolhas internas. Em um estado muito primitivo do desenvolvimento da criança, quando falha o senso de contenção da pele, ela teria a sensação de estar inteira e contida pela fantasia de estar grudada à parte externa dos objetos, perpetrando uma forma de mímica, a qual Esther Bick nomeou “identificação adesiva”.

Esther Bick teve importância fundamental na parceria com Meltzer, pois seu trabalho de observação de bebês demonstrou como a pele é um objeto primário estabilizador do ego na posição esquizoparanoide. Em meio à ameaça ao ego causada pelas angústias de dissolução, a pele daria, literalmente, o contorno e o conforto necessários para que o bebê não sucumbisse diante do medo de se desfazer em pedaços, em conjunto com o suporte do ambiente. A representação psíquica dessa membrana de separação entre o *self* e o mundo deve se processar de forma gradual. Seu fracasso implica a impossibilidade da formação de um ego que se perceba como separado do mundo e que perceba o mundo como algo externo a si.

Meltzer (1975/1986) relata suas conversas com Bick, indicando momentos em que ela juntava as mãos para representar seus pacientes psicóticos, cuja principal defesa era a identificação adesiva. Indicava medos muito primitivos que apareciam principalmente em sonhos: partes do corpo caíam ou, ainda pior, seus corpos que se liquefaziam.

Segundo Meltzer (1975/1986), Bick lembrava que, na tentativa de se defender dessas angústias, algumas crianças se tornavam muito verbais, falando o tempo todo, enquanto outras desenvolviam uma atitude essencialmente muscular diante de qualquer situação. Tais defesas os acompanhavam pela vida adulta também, estes eram métodos para substituir a segunda pele, o sentido de contenção que lhes faltou naquele estágio primitivo.

Procuramos analisar neste capítulo os sistemas de defesa que, em seu conjunto, compõem diferentes quadros sintomatológicos nas crianças que precisaram fazê-lo para seguir vivendo, apesar da impossibilidade de elaborar uma separação que, para elas, em suas possibilidades e limitações, teria sido de alguma forma traumática.

No capítulo seguinte, abordaremos a dimensão relacional que marca o trauma que subjaz, em nosso entendimento, aos quadros descritos até aqui. Abordaremos não somente de que maneira as falhas deste processo podem originar dificuldades no processo de subjetivação, mas também como, quando pode se dar de forma suficientemente boa, pode se constituir em direção à integração e à localização do *self* no próprio corpo do infante (Winnicott, 1945/1982).

### 3

## A constituição subjetiva: seus intricamentos e possibilidades

No capítulo anterior, apresentamos as principais defesas primitivas que caracterizam distorções do ego ainda na infância. Conforme indicamos, tais defesas se constituem durante o processo de subjetivação, quando o ambiente, e principalmente o objeto primordial do bebê, em geral a mãe, não podem prover as condições necessárias para o desenvolvimento pleno do potencial do neonato.

A seguir, abordaremos a importância das relações objetais no processo de constituição subjetiva, considerando que as bases para o sucesso desta empreitada são constituídas nos primeiros meses, através de uma maternagem suficientemente boa, que abarca um conjunto de cuidados dedicados ao neonato, promovendo a continuação da provisão fisiológica característica do momento anterior ao nascimento biológico, aquela que se dá durante a gestação. A proposta deste capítulo é abordar a constituição da subjetividade com foco na dinâmica entre o bebê e seu objeto primordial, em geral sua mãe, considerando o contexto que envolve a dupla.

Como percebemos através de uma análise dos escritos de Winnicott (1960/1983), os mecanismos primitivos de defesa são resultado da falha da provisão ambiental. O autor afirma que a esquizofrenia, a psicose infantil ou uma predisposição à psicose em data posterior, se relacionam a uma falha do ambiente em oferecer o suporte necessário, cujo resultado pode ser a distorção da organização do ego. Isto pode constituir, além da base das características esquizoides, a construção de um aspecto falso da personalidade para cuidar de si mesmo, um falso *self*, que se deriva não do indivíduo, mas de um aspecto materno (Winnicott, 1962).

Como consequência das distorções no processo de constituição do *self*, podemos ter uma infinidade de acometimentos que vão desde uma apresentação mais branda e, aparentemente, mais bem adaptada, como no caso de um falso *self*, até uma psicose grave ou um autismo severo.

Tustin (1972) entendia o processo de subjetivação através da dinâmica entre mãe e bebê como o momento fundamental para a possibilidade do desenvolvimento saudável. A esse respeito, ela fez a seguinte observação:

Transitar do estado psicológico de não separação para o dualismo “eu-não eu”, é tarefa particularmente árdua para o bebê e creio que hoje ninguém terá dúvida de que a espécie de berço protetor que o vai conter durante o período tão importante, é feito da relação mãe-filho”. (Tustin, 1972, p. 35)

Embora nossa proposta de pesquisa confirme o entendimento de que é somente através dessa relação que o processo de integração do ego poderá acontecer, faremos uma breve ressalva quanto à falha materna da forma como pode ser interpretada neste contexto, isto é, enquanto exclusiva hipótese etiológica dos acometimentos descritos. Propomos relativizar o peso desta responsabilidade, incluindo outros fatores relevantes que influenciam as condições que poderão levar a uma desorganização egoica.

Desta forma, é importante contextualizar a relação intersubjetiva com os objetos primordiais enquanto parte de um ambiente mais amplo, que inclui a família nuclear, a família ampliada e, até mesmo, as condições sociais que cercam o bebê, além do seu potencial genético, isto é, sua tendência de crescer e se desenvolver. Para tanto, podemos contar com o suporte teórico de Winnicott (1960/1983) quanto à função paterna, que pode ser exercida por outras figuras dessa rede que apoia a mãe, para que ela possa se entregar à sua função de suporte ao lactente.

Alvarez (2020) realça a importância da escola britânica, na qual Winnicott teve papel de destaque, como responsável por aprofundar a importância da relação primária do neonato com sua mãe como principal elemento da constituição psíquica. De forma mais específica, a autora apresenta uma fundamental expansão do pensamento psicanalítico – antes e depois da teoria das relações objetais – a respeito do papel do objeto primordial.

Entendemos que, a partir destas mudanças, é possível compreender as nuances desse processo subjetivante, não de forma bidimensional como poderia sugerir uma primeira leitura a respeito dos cuidados maternos e sua importância, mas de forma mais profunda, que entenda a mãe como alguém com suas próprias limitações e potenciais. Isto permite que se tornem compreensíveis as interconexões entre o psiquismo materno e o psiquismo nascente do infante,

através da comunicação entre os corpos, dos ritmos cotidianos, do compartilhamento sensorial e do suporte da função do ego auxiliar materno para dar contorno e sentido às novas experiências a serem integradas e apropriadas pelo bebê.

[...] para adeptos da teoria britânica das relações de objeto, a unidade básica de personalidade é a relacional, e o elemento de construção do caráter humano é a relação primeira do bebê com sua mãe – com seus olhos, voz, cheiro e toque somados a suas funções provedoras, mas não devido a elas. (Alvarez, 2020, p. 31)

A importância da pesquisa sobre o papel da relação primordial neste momento inicial do desenvolvimento se sustenta em torno de analisar em maiores detalhes a forma através da qual o ambiente pode facilitar a constituição subjetiva por meio de seus cuidados, ou distorcer o processo, por excesso ou falta, e afetar seu resultado.

### 3.1 O processo de constituição subjetiva

Na teoria do amadurecimento de Winnicott, o que se entende por integração do ego significa a conjunção dos aspectos psicossomáticos em um *self* capaz de distinguir entre “eu” e “não-eu”, capacitado, portanto, a se reconhecer como um ser total, não fragmentário, em relação com outros seres totais. Para que possamos melhor refletir sobre essa colocação, é importante ter em mente que Winnicott não utilizava o termo “ego” da mesma forma que Freud e muitos dos seguidores deste. Afinal, Winnicott não trabalhava com o conceito freudiano do aparelho psíquico. Em seu entendimento sobre a questão, sugeria que poderíamos usar a palavra ego para descrever simplesmente a parte da personalidade que tenderia, sob condições favoráveis, a se integrar em uma unidade. A esta unidade, Winnicott chamava de *self*.

Verificar-se-á que o ego se oferece para estudo muito antes da palavra *self* ter relevância. A palavra em questão aparece depois que a criança começou a usar o intelecto para examinar o que os demais veem, sentem ou ouvem e o que pensam quando se encontram com esse corpo infantil. (Winnicott, 1962, p. 55)

Para Winnicott, estar no mundo ciente de si e do outro é o que marca o fim do estágio inicial de dependência absoluta, no qual, para o bebê, nem mesmo suas necessidades estão claras. É preciso que a mãe possa interpretá-las e torná-las

demandas a serem atendidas, vez após vez, até que ele comece a conectar soma e psique, dando algum sentido às emanações de seu corpo e às respostas que recebe do mundo.

Atravessar este processo e sair do outro lado, inteiro e real (Dias, 2017), é o que torna a pessoa de fato “viva”, em contraposição àqueles que, como os psicóticos, ainda lutam para fazer parte da vida.

A integração do ego em direção à constituição do *self* só se faz possível diante de uma maternagem que o autor conceituou como “suficientemente boa”. Diz-se isso quando a mãe, ou o objeto primordial do bebê, está disponível para entrar em sintonia com ele, cuidando de todas as suas necessidades, de forma empática suficiente, a ponto de levá-lo, no início, a criar a ilusão onipotente de que é ele mesmo quem atende suas próprias necessidades. Essa ilusão é importante, porque garante que ele siga seu desenvolvimento dentro dos limites de sua capacidade de processamento de novas informações, sem que tenha que despertar demasiadamente cedo para a percepção de um mundo externo, o que, como veremos, causaria rupturas no seu processo de subjetivação.

Nesta experiência de onipotência, o bebê já entra em contato com a percepção objetiva de aspectos da realidade, porém sempre aos poucos, e de forma diluída entre suas percepções subjetivas. Isso se dá enquanto ele ainda pode contar com a função do ego auxiliar de sua mãe para fazer a intermediação entre ele e o mundo externo. O processo de subjetivação é, portanto, gradativo e somente possível diante do suporte da relação primordial.

Digo gradativamente porque o bebê vai oscilar entre uma ilusão de continuidade física e uma quebra da continuidade corporal – oscilação necessária para que ele se assegure de uma possibilidade de separação não catastrófica. (Fontes, 2006)

O progressivo amadurecimento emocional e psíquico do neonato se desenrola em consonância com o amadurecimento de suas próprias habilidades físicas, e é justamente a percepção deste desabrochar do filho que vai permitindo que a mãe vá abrindo espaço para que a realidade se interponha entre os dois que, antes, de tão juntos, pareciam a continuação um do outro. Diante das pequenas desilusões que naturalmente vão começando a se colocar entre o bebê e a realização dos seus desejos, pelos cuidados acuradamente já menos sintonizados



da mãe, ele vai emergindo para a percepção de que é um ser separado daquela que até então só era percebida de forma fragmentada.

Em sua tese de doutorado sobre a dinâmica entre presença e ausência materna e os processos de subjetivação, Aragão (2016) aponta a indissociabilidade entre o nascimento do psiquismo e o nascimento do objeto. Afinal, enquanto o psiquismo do bebê vai se constituindo, seu objeto primordial vai passando, para ele, a existir como sujeito. Assim, vemos que, a partir da progressiva integração do infante, ampliam-se e aprofundam-se suas possibilidades de relação com seu meio ambiente e as pessoas que o cercam.

Mas não vamos nos adiantar. Precisamos, antes, nos ater a esse primeiro momento, anterior à subjetivação, em que as comunicações não podiam contar com a estrutura da linguagem. Afinal, no princípio *não* era o verbo na criação do mundo de cada ser humano que habita a terra. Ainda que o som da voz da mãe seja um elemento importante como forma de compartilhar afeto, dar ritmo e estimulação sensorial, o verbo só se faz importante na medida em que diz algo para a mãe sobre o que ela e seu bebê estão vivendo juntos. O conjunto das experiências que preenchem este período é feito de vivências sensoriais e rítmicas, partilhadas entre mãe e bebê através de seus corpos, aquilo que emana de um e pode ser captado pelo outro.

### 3.2

#### **A dinâmica das relações corporais na constituição do ego**

Em seu livro sobre a psicanálise do sensível, Ivanise Fontes (2008) aborda a dimensão do corpo na constituição do psiquismo. A autora se apoia no pensamento de M. Mahler (1977) quanto aos nascimentos biológico e psicológico humano se darem em tempos diferentes. Enquanto o primeiro é um acontecimento bem delimitado, que marca a data de nossos aniversários, o seguinte seria um processo intrapsíquico, que se daria continuamente com base nas experiências corporais do bebê.

Quanto a este processo que culmina com o nascimento psíquico, Fontes (2008) sugere, apoiada no argumento de G. Haag, que pensemos em um período de “gestação psíquica”. Neste, progressivamente, as experiências sensoriais vividas pelo bebê através de seu corpo vão permitir que ele desenvolva a sensação

de que pode se conter em si mesmo e diferenciar-se do mundo através de seus próprios contornos.

O papel do corpo na constituição do psiquismo já vinha sendo apontado desde Freud (1923), que percebia o ego como sendo, antes de tudo, um ego corporal. É através da experiência da superfície de nossos corpos, mais precisamente da pele, que aprendemos a nos diferenciar dos outros objetos a nossa volta. Fontes (2006), apoiada neste argumento freudiano, afirma que a experiência tátil seria, portanto, o modelo da experiência psíquica. Isso se dá em função da qualidade da pele em oferecer a sensação de tocar e ser tocada ao mesmo tempo, permitindo-nos compreender, através do toque, que somos diferentes dos objetos externos.

Devido à sua bipolaridade tátil – Freud faz alusão ao fato de que sinto o objeto que toca a minha pele ao mesmo tempo em que sinto minha pele tocada pelo objeto –, a pele prepararia o desdobramento psíquico do ego (eu/não eu). Seria, portanto, na pele que o ego aprenderia o psíquico. Poderíamos dizer que a pele ensina o ego a pensar. (Fontes, 2006, p. 110)

Em sentido similar, Konicheckis (2018), a respeito do papel da sensorialidade no processo de subjetivação, concede particular importância à pele, como possuidora da capacidade de conter e ligar todos os outros órgãos dos sentidos, sendo elemento fundante do processo de subjetivação. De acordo com o autor, a sensorialidade, enquanto conjunto de experiências psíquicas desenvolvidas em torno dos órgãos dos sentidos, se dá através dos pontos de encontro entre mundo interior e exterior ou, ainda, entre o corpo e os objetos do mundo. Encarna, assim, a ambiguidade da noção de compartilhamento, que contém, ao mesmo tempo, encontro e separação, e comporta igualmente os laços que vão se estabelecendo entre psique e soma: “O processo de subjetivação no bebê se efetiva, então, pela aceitação e apropriação de suas experiências sensoriais compartilhadas com os adultos de seu ambiente” (Konicheckis, 2018, p. 75).

Através dessas experiências sensoriais é que se dá o vínculo, que ainda não é “relação de objeto”, mas sim “laço” – termo que o autor toma emprestado de Bion (1959), que o utiliza como forma de enfatizar a função e não o objeto. Nesse primeiro momento, portanto, o vínculo é estabelecido com a função exercida pelo objeto, e não com o objeto, já que este, por sua vez, só poderia vir a ser

considerado em momento posterior do processo de subjetivação, quando o então sujeito pode perceber seu objeto.

Os sujeitos e os objetos psíquicos se criam e se organizam, bem como os espaços internos e externos, através dos laços que emanam desse compartilhamento sensorial. Parte dessa organização é feita pelo psiquismo materno. Konicheckis (2018) afilia-se ao pensamento bioniano mais uma vez para explicar sobre como a chamada função alfa (Bion, 1962) – que se trata do trabalho psíquico realizado pela mãe de receber as informações não elaboradas ou “digeridas” do bebê, processá-las em seu próprio psiquismo e devolvê-las a ele já “digeridos”, como informações que ele pode processar e integrar – e a capacidade onírica da mãe auxiliam o bebê na tradução dos dados sensoriais brutos em produções representativas, passíveis de serem metabolizadas pelo neonato.

Konicheckis (2018) entende a sensorialidade como o complemento libidinal da percepção, sendo através dela que as primeiras interações com o mundo externo são recebidas pelo neonato. De início, sem qualquer significação em si, tanto as satisfações quanto as inadequações, por excesso ou por falta, serão recebidas como sensações no mundo interno do bebê, que poderá se sentir ligado a elas. Desta forma, as experiências repetitivas nessa etapa tão delicada formam ou deturpam as primeiríssimas percepções do bebê sobre si mesmo.

### **3.3 Sobre rupturas e discontinuidades**

Winnicott (1962) propõe que pensemos no bebê como um ser continuamente na iminência de sofrer com ansiedades inimagináveis – situação somente evitada pelos cuidados da mãe, que deve provê-los em termos de cuidados corporais. Até que o ego possa pensar por si mesmo, tais ansiedades – denominadas por Winnicott (1974/1994) de agonias impensáveis e por Fontes (2008) de agonias corporais – se farão, por vezes, presentes, porque ainda não havia um eu consciente que fosse capaz de nomeá-las.

Neste estágio, não se trata de ansiedades de castração, como as que deverão advir a partir da instalação do Édipo, nem mesmo ansiedades de separação, que só poderão ser sentidas quando o infante já for capaz de se

perceber separado da mãe fisicamente. Neste primeiro momento, trata-se de ansiedades de aniquilamento (Winnicott 1960/1983), manifestações intensas de medo sentidas pelo bebê em função das novas sensações que seu corpo experimenta e para as quais ele ainda não está preparado. São elas, principalmente: de desintegração, i.e., a angústia de esvair-se ou liquefazer-se, como se estar fora do útero lhe privasse da sensação de que está contido por algo; de explodir, possivelmente em função do desconforto provocado pelos gases advindos de sua digestão ainda recente; e o temor da queda sem fim, em razão das sensações provocadas pela gravidade sobre seu corpo.

Como pontua Konicheckis (2018, p. 79), “A partir das experiências disruptivas e perturbadoras da sensorialidade, se organiza uma parte importante da atividade psíquica, com enormes possibilidades transformadoras e subjetivantes, mas também ameaçadoras, patogênicas e desorganizadoras”.

Neste período inicial do desenvolvimento, quando tudo vai bem, o ambiente sustentador permite ao bebê que seu potencial herdado, ou seja, sua capacidade inata para crescer e se desenvolver, siga seu fluxo natural, no que Winnicott (1962) define por “continuidade de ser”. No entanto, se o ambiente causa estresse ao lactente, ele precisa defender-se, isto é, reagir ao estímulo inadequado que se abate sobre si. Reagir, porém, interrompe o estado contínuo de ser. “Ser” e “Reagir” são posições antagônicas.

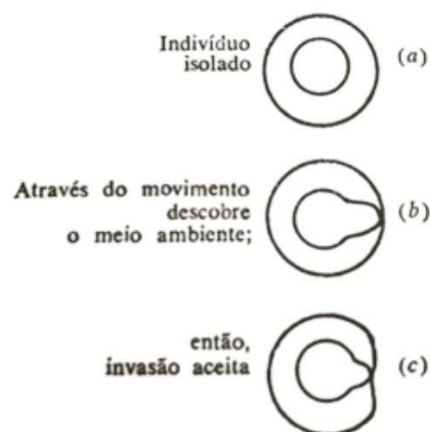
Winnicott (1952/1982) indica claramente que os distúrbios psicóticos têm sua origem no desenvolvimento emocional anterior à fase na qual a criança já se tornou uma pessoa total, em condições de relacionar-se por inteiro com pessoas totais. Por outro lado, atribui ao desenvolvimento emocional primitivo, quando mal-sucedido, a origem da esquizofrenia em adultos, dos estados esquizóides em geral, e das defesas organizadas contra a confusão e a não-integração.

A progressiva desilusão, como parte importante do processo de subjetivação, só seria possível quando o ambiente fosse capaz de prover as condições para que a ilusão se instaurasse em primeiro lugar. Quando este processo não se dá de forma minimamente adequada, pode ocasionar falhas na constituição da subjetividade do bebê.

Em sua busca por esclarecer ao máximo suas conclusões a respeito do processo de estabelecimento do laço entre psique e soma, Winnicott (1952/1982)

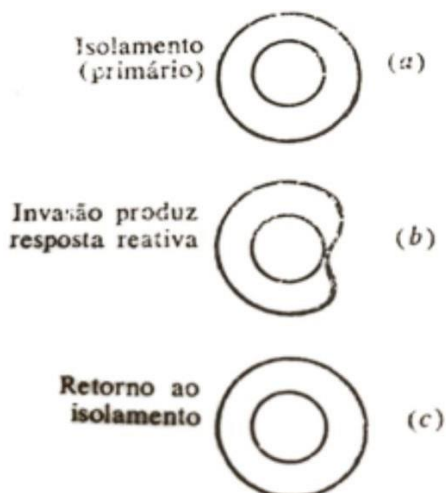
criou alguns diagramas. Vejamos a seguir aqueles que se referem às diferenças de estímulo e resposta entre ambiente e indivíduo, com o objetivo de embasar as afirmações que viemos construindo até este ponto sobre as consequências de um ambiente que não se adapta às necessidades do neonato para o seu

No primeiro diagrama apresentado por Winnicott (1952/1982, p. 380), o ambiente respeita e aguarda até que o movimento do indivíduo parta em direção ao ambiente para descobri-lo e só então se apresenta. Assim, a interação é bem-sucedida e o bebê vai descobrindo o ambiente sem perder a sensação de ser.



desenvolvimento.

No seguinte, o ambiente se intromete e se faz notar antes do tempo, seja por uma presença excessiva ou por uma ausência maior ou mais cedo do que o bebê poderia suportar, causando um retraimento por parte deste, que se volta para dentro de si para buscar ter de volta a sensação de ser, se afastando do mundo externo.



Este segundo exemplo, embora simplificado, representa o resultado da falha do ambiente em se adaptar ao bebê, causando as distorções que dão origem à psicose. É importante pontuar que estas distorções não se dão a partir de uma

única experiência de intromissão ou ausência. Assim como a saúde mental, também a patologia exige um encadeamento de experiências e, a cada vez que o ambiente não respeita o bebê, este se volta para dentro de si como defesa. Esse retorno, entretanto, já não lhe proporciona o mesmo conforto que da primeira vez, exigindo cada vez mais organizações defensivas para repudiar a intromissão do ambiente.

Alvarez (2020), a respeito dos mecanismos de defesa em pacientes psicóticos, autistas e borderlines, afirma que, nos casos mais graves, até mesmo a capacidade de autodefesa apresenta-se de forma muito frágil. Ela cita Tustin (1972), que fez uma distinção entre duas possibilidades de posicionamento defensivo: as do tipo “crustáceos”, em que a criança parece estar dentro de uma concha, e consegue interpor um comportamento entre a realidade indesejada e ela mesma, a partir de sua conexão com um objeto autístico real ou do uso sensorial de um estímulo percebido, como a sombra de um ventilador de teto ou um zumbido constante, ou outro provocado e repetido que ela consegue usar como uma barreira protetora; e as do tipo “amebas”, em que o paciente mais indefeso não consegue interpor nada e parece, por vezes, simplesmente não estar mais presente, ainda que não tenha ido a lugar algum. Na falta de quaisquer outras possibilidades defensivas, o paciente se mostra completamente vazio, um tipo de retraimento tão intenso que se assemelha à morte, algo que acontece com a ameba quando ela se fere.

Podemos imaginar que, de fato, nenhum ambiente provedor seja perfeito. A principal função do ambiente facilitador neste momento, contudo, é reduzir ao mínimo esses atravessamentos, até que o lactente estabeleça uma continuidade da existência que lhe permita absorver essas irritações na área da onipotência (Winnicott, 1960/1983).

Como vimos até aqui, e seguiremos vendo em maiores detalhes, esta provisão é oferecida através das relações corporais. Se o bebê sente as invasões do ambiente através dos seus órgãos sensoriais, é desta mesma forma que o ambiente, através dos principais cuidadores, irá oferecer ou barrar os estímulos, na medida em que forem ou não pertinentes.

Nesse sentido, a sustentação do bebê que ainda não possui controle do seu eixo craniossacral, da base da coluna até a cabeça, e que no útero tinha seu corpo

apoiado em posição fetal pelo interior do corpo materno, precisa intensamente seguir sentindo-se sustentado, apoiado e contornado pelo ambiente. Winnicott (1962) chamou este suporte em especial de *holding*, como detalharemos a seguir.

### 3.4

#### **A importância do holding para a continuidade existencial**

O apaziguamento das principais angústias impensáveis em condições adequadas será construído através da progressiva sensação do bebê de ter um envelope corporal que garanta sua integridade. Este contorno, inicialmente, é experimentado em conjunto com sua mãe, através do *holding* e do *handling* fornecidos por ela. Termos desenvolvidos por Winnicott (1962), o *holding* vai além da sustentação física do lactante, porque inclui também a provisão ambiental, e o *handling* diz respeito à experiência adquirida através da forma pela qual o bebê é manuseado enquanto recebe cuidados.

Será durante a chamada fase de *holding*, na qual o bebê se encontra em estado de dependência absoluta, que seu ego deverá passar do estado de não integração para momentos de oscilação entre integração, retorno a não integração e episódios em que poderá experimentar as ansiedades ligadas à desintegração.

As ansiedades provenientes do temor da desintegração diferem das experiências anteriores, pois é somente a partir da integração que algo pode se desintegrar. A ameaça de desintegração é incomparavelmente pior do que o estado de não integração, que em si não porta ansiedade.

Neste período, ele chegará à existência psicossomática, descrita por Winnicott (1960/1983) como a inserção da psique no soma, cuja base repousa nas experiências funcionais motoras e sensoriais. É quando o bebê começa a adquirir um esquema corporal, equacionado até certo ponto com a superfície da pele, reforçando o conjunto de experiências entre “eu” e “não eu” e inaugurando a possibilidade das relações objetais. A partir dessa conquista, o infante passa a ter um interior e um exterior, sendo o início da mente separada da psique, o princípio das organizações do conteúdo psíquico pessoal, da função simbólica e da capacidade de sonhar.

Outros autores contemporâneos têm pesquisado de forma cada vez mais profunda e de perto as interações entre a dupla mãe-bebê que traduzem em

melhores detalhes o que Winnicott chamava de *holding*. Como exemplo disso, Haag (1988/2012), em seu artigo intitulado *As costas, o olhar e a pele*, chama a atenção para as articulações entre o psiquismo ainda incipiente do neonato e seu processo de desenvolvimento psicomotor, uma dinâmica que permite a estruturação da imagem corporal e o investimento no espaço exterior. Nesse artigo, a autora faz referências a um trabalho anterior, *A mãe, o bebê e as duas metades do corpo* – Haag, (1985) no qual apresenta suas conclusões a respeito da etapa mais primitiva de integração do ego corporal do infante, com foco particular nas sensações do apoio dado às costas do bebê, em interlocução com as interpenetrações da troca que se constitui durante a amamentação, em que a boca se conecta ao mamilo e os olhares se encontram, permitindo ao bebê a sensação de continuidade.

Durante o período gestacional, especialmente no final, o feto repousa e apoia suas costas inteiramente sobre a superfície côncava do útero. Do parto até seu terceiro mês de vida, o neonato não tem controle sobre sua coluna e cabeça. Nesta fase, temos o reflexo de Moro para mostrar que, quando tudo vai bem com o bebê, ele tem uma resposta automática de abrir os braços em cruz e esticar as costas diante da perda do suporte de sua nuca. Haag (1988/2012) se declara adepta da interpretação dada por Agnés Szanto (1981) do primeiro tempo do reflexo de Moro, quando a abertura brusca dos braços em cruz pelo neonato lhe permite trazer toda a superfície das costas a um plano de sustentação, real ou virtual. Esta seria a busca do máximo contato da superfície dorsal para evitar a provável impressão de queda provocada por uma mudança brusca ocorrida no ambiente.

Haag (1988/2012) salienta que, dado a impotência estática do tronco e da nuca do neonato, o contato das costas com os outros elementos sensório-motores, tais como a troca de olhares e o envelope sonoro da voz materna, os quais, por diversos planos, sustentam o infante física e emocionalmente durante a troca, ou o banho, são exemplos das bases permanentemente presentes sobre as quais se apoiam, literalmente, a integração das partes do infante e sua constituição.



### 3.5

#### O ritmo como primeira linguagem compartilhada

Vitor Guerra (2013) ressalta que o ritmo é um dos organizadores básicos do processo de subjetivação do bebê e, citando um poema de Manoel de Barros sobre línguas e daquilo que comunicam para além, ou aquém, das palavras, aponta como a musicalidade da voz materna e o ritmo impresso nos cuidados cotidianos organiza a afetividade do infante. O ritmo não se faz presente somente no som, na voz, no murmurar, mas também nos movimentos cadenciados que acompanham o compasso daquilo que está sendo vivido pela dupla bebê e cuidador. A ritmicidade se apresenta ainda na dinâmica de presença e ausência necessária ao processo de subjetivação, em que a mãe oferece algo também com sua ausência: a oportunidade de elaboração, a pausa necessária para que o som vire música, metaforicamente, neste caso.

Além disso, a ritmicidade permite uma ilusão de permanência, de previsibilidade, permite que o bebê antecipe um retorno diante da ausência temporária do objeto, o que torna a espera mais tolerável. Essa capacidade de antecipar abre espaço para a onipotência do bebê, que pode ter a ilusão de que o retorno ou a criação do objeto foram produzidos por ele mesmo, fortalecendo a confiança em si e, portanto, no mundo.

Esta vinculação do bebê com o ritmo reconfortante de seu ambiente já começa em sua vida intrauterina. Ciccone (2018), apoiado na teoria de Meltzer (1985), considera que as experiências protomentais do feto relacionam as experiências sensoriais com protoemoções, dando eventualmente origem a um simbolismo primitivo que seria, inicialmente, auditivo, rítmico e, nós acrescentaríamos ainda, tátil. Permanecem no neonato reminiscências dessas experiências, e o autor considera que, quando angustiado, o bebê poderá buscar conforto nesses traços mnêmicos da atmosfera rítmica intrauterina. Essa ritmicidade adquirida durante o período gestacional compõe a segurança de base do bebê, que o apoia na busca por simbolizar fisicamente experiências de separação em seus primeiros meses, conforme busca integrar e dar sentido a elas através de experimentações sensoriais com seu próprio corpo.

Esta informação é conhecida desde que analistas e pesquisadores da escola britânica começaram a realizar acompanhamento de fetos através de exames de

ultrassonografia, comparando o comportamento dos fetos e dos bebês que eles se tornariam mais tarde. “Pode-se dizer que a ritmicidade como base de segurança, constitutiva de níveis de experiência bastante precoces, primitivos, concerne experiências sensoriais, perceptivas e emocionais. Isso no bebê, mas também já no feto” (Ciccone, 2018, p. 20-21).

Sobre a continuidade entre as experiências pré e pós-natal, Gomes da Silva (2016) propõe uma análise das primeiras relações entre mãe e bebê a partir de três perspectivas: a observação dos bebês ainda no útero, através de exames de ultrassonografia; o trauma do nascimento e a observação de bebês pelo método Esther Bick. Tais perspectivas são analisadas por ele à luz do referencial teórico winnicottiano, a partir da teoria do desenvolvimento emocional primitivo e do conceito de memória corporal. O autor aponta como a mãe é afetada pelos ciclos de movimento do feto, principalmente a partir do sétimo mês de gestação, e de como o feto é afetado pelas experiências e rotinas maternas. Muitas experiências são compartilhadas.

Não nos referimos apenas à fisicalidade dos corpos unidos pelo cordão umbilical, mas também à experiência de um corpo vivo sustentando outro corpo vivo, unidos pela placenta, pelo alojamento no útero em desenvolvimento através de um meio líquido e produzido pelo corpo materno, pelo compartilhamento de um processo maturacional que se evidencia por tecidos, órgãos, sangue, vasos sanguíneos, células, nervos, músculos, ossos, etc., ou seja, a experiência insofismável de um ser humano desenvolvido e carregado pela visceralidade de outro corpo que o sustenta, o apoia e o nutre. Por esse motivo, antes mesmo do nascimento, já existe um ser humano capaz de reter experiências, acumular memórias corporais e até mesmo organizar defesas contra possíveis traumas. (Gomes da Silva, 2016, p. 37)

A observação de bebês com suas mães torna evidente que alguns recursos tipicamente usados por estas para acalmá-los remetem à percepção intrauterina de sons e movimentos. Isto se dá, por exemplo, quando a mãe embala o bebê em seu colo, de pé, e em movimento pendular, ou quando busca apoiar a cabeça do neonato em seu peito, de modo que ele ouça sua voz ressoar pelo espaço acústico interno de sua caixa torácica.

Esse ritmo, que continua presente nos cuidados do neonato, permite a tessitura de uma base de segurança sobre a qual as pequenas disritmias podem acontecer e serem lúdicas, trazer humor, quebrando a expectativa e causando surpresa. Quando estas quebras são de uma intensidade tal que o bebê não

consegue se reorganizar, contudo, ele fracassa em reestabelecer sua ritmicidade interna, se agitando e se desorganizando, por exemplo, através de um choro inconsolável em que ele tenta expurgar a angústia. No entanto, como aponta Ciccone (2018), mesmo neste contexto é possível perceber que, conforme o bebê vai se apaziguando, seu choro assume certa cadência repetitiva que o embala e o faz adormecer. O autor descreve a alternância das posições de abertura objetal e retraimento contemplativo sobre si mesmo como necessárias para a interiorização da experiência, apropriação do seu conteúdo e fabricação da subjetividade.

Aragão (2018) retoma o tema da ritmicidade e sua importância na constituição subjetiva através da alternância entre continuidade e descontinuidade. Ela afirma que esta dinâmica traz as marcações fundamentais para o processo de subjetivação, na medida em que permite que a ausência seja simbolizada através da construção de representantes internos do objeto que vão povoar o mundo interno do infante. Para isso, é fundamental que o processo se dê sobre um fundo de permanência do objeto, o que já foi discutido neste capítulo em relação à teoria winnicottiana de maternagem suficientemente boa, ou da capacidade do ambiente em prover a sustentação necessária para que o bebê desenvolva seu potencial inato sem interrupções traumáticas.

Aragão (2018) compartilha do pensamento de Victor Guerra (2010) para apontar o ritmo como marca identitária, como uma das primeiras formas de inscrição da continuidade psíquica, inscrita no corpo e no psiquismo do sujeito a partir da coletânea de suas experiências vividas durante seu processo de subjetivação.

No próximo capítulo, abordaremos um caso clínico que, como hipótese, traz a possibilidade de refletir sobre sintomas de um *self* pouco integrado.

## 4

### Entre mundos

Neste último capítulo, vamos apresentar recortes clínicos de um menino de oito anos, expandindo nossa análise para o ambiente e refletindo sobre os efeitos de possíveis rupturas que se realizaram diante de dois conjuntos de fatores exógenos: em primeiro lugar, a impossibilidade de o ambiente acolher o neonato em sua necessidade absoluta e, em ato contínuo, a violência do ambiente sobre um psiquismo ainda muito imaturo. Através desse recorte, temos a intenção de ilustrar a reflexão acerca das limitações de um ego que se formou, apesar dos atravessamentos de defesas primitivas, que se fizeram necessárias para preservar a sensação de continuidade de ser, em um ambiente em si mesmo desamparado e que permanece, involuntariamente, inóspito às suas necessidades, o deixando em luta entre “estar ou não estar” no mundo.

Não vamos nos referir ao caso como um quadro psicótico, pela precocidade de sua apresentação e pela falta de sintomas mais marcantes, embora nem sempre presentes em crianças, como alucinações e delírios. Referimo-nos, contudo, a um acometimento psicótico como caracterizado pela cisão inerente a casos graves de alterações do eu, que, por definição, extrapolam o campo da neurose (Figueiredo, 2017).

Como vimos no primeiro capítulo, foi afirmado por Tustin (1990) que aquilo que distingue uma criança psicótica de uma neurótica é a extensão da falta de contato com a realidade da primeira. Consideramos esse um ponto comum quanto ao entendimento do acometimento psicótico entre todos os autores consultados.

#### 4.1

#### A chegada de Antônio ao tratamento

O menino Antônio, de oito anos, foi acompanhado por mim durante cerca de um ano no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) de uma grande Universidade. Quando comecei a atendê-lo, ele já havia sido atendido ali por outras duas psicólogas e, antes disso, havia passado por um Centro de Atenção Psicossocial

Infantojuvenil (CAPSi), onde permaneceu por poucos meses, até que, de acordo com o seu prognóstico, pensou-se que ele se beneficiaria de atendimentos psicológicos clínicos fora dali, não necessitando da estrutura de um CAPSi, que abarca pacientes mais graves. Isso fez com que fosse encaminhado e recebido no SPA.

Sua mãe, que aqui chamaremos de Elaine, procurou atendimento pela primeira vez quando o menino tinha cerca de quatro anos de idade. A professora da escola a havia chamado para relatar que ele estava apresentando problemas, parecia estressado, com dificuldade em se concentrar, não dormia, corria e se escondia o tempo todo.

Elaine inicialmente relata que Antônio foi um bebê normal, só apresentando problemas quando foi para a escola com quatro para cinco anos, entretanto, naquele momento da entrevista, pensando em retrospectiva, ela se lembra de ter ouvido antes, de outras pessoas, que ele tinha um comportamento estranho –lembranças que remontam aos três anos de idade de Antônio. Isso nos leva a considerar a hipótese de que era difícil para ela perceber então o que se passava com ele, e que somente através do olhar das outras pessoas que o observavam ela pôde, aos poucos, perceber as dificuldades do filho.

Quando Antônio tinha quatro anos, mudou da creche para a escola. Nesta época, ele cortava roupas com o que encontrava, a mãe se lembra. Até hoje morde suas próprias roupas enquanto assiste televisão.

Aos cinco anos, uma vizinha que cuidava dele contou que, às vezes, o menino ia para o banheiro e virava o cesto de papel higiênico para brincar com as fezes que encontrava ali, por vezes brincando e comendo suas próprias fezes também. Embora mais moderadamente, o menino seguiu fazendo isso até os sete anos de idade. Quando tento saber mais sobre esses momentos, encontro certo vazio nos olhos e na voz de Elaine – ela parece não conseguir acessar nenhuma memória própria em relação ao menino nessa época.

A mãe relata que a gestação de Antônio foi muito difícil. Ela estava separada, desempregada, já tinha um filho pequeno e estava então com quase 50 anos de idade. Ela narra que pensou em abortar, mas que já havia feito diversos abortos e perdido outras tantas crianças, tendo tido ao todo nove gestações até aquele momento, mas apenas dois nascidos vivos, o mais velho e Antônio.

Sobre a amamentação e a relação com o bebê, ela conta que o leite não desceu nem no primeiro, nem no segundo dia, que o menino chorava dia e noite, ela dava leite do banco de leite e não sentia nenhuma emoção ou empatia, só achava aquilo muito chato. No terceiro dia, o leite desceu e ele mamou, só então ela entendeu que ele estava com fome, e, a partir desse momento de conexão, nas palavras dela, começou a sentir amor pelo filho. Ela conta que, quando grávida, e até mesmo antes, sonhava com ele exatamente como ele é, e o reconheceu como o menino com quem sonhava quando ele veio ao mundo. Ela não se lembra de sentir nada em especial por ele nos seus sonhos, nem lhe atribui adjetivos, mas diz hoje ser apaixonada por ele, e demonstra grande preocupação com as dificuldades que ele apresenta e com as que pode vir a ter. Pergunta como ele vai ficar e se vai melhorar, se poderá um dia cuidar de si mesmo quando ela não estiver mais aqui para fazer isso por ele.

A despeito do desamparo e da solidão durante a gestação e no puerpério, ela relata que, em dado momento, quando Antônio tinha cerca de dois anos, o pai morava com eles e que, inclusive, durante um período, trouxe um amigo que estava sem ter onde morar para passar algum tempo na mesma casa. Este mesmo amigo, anos depois, foi denunciado pelo irmão mais velho de Antônio como tendo cometido abusos sexuais contra ele durante anos. Mesmo depois de não estar mais morando com eles, esse homem retornava à casa quando sabia que as crianças estavam sozinhas e estuprava o irmão mais velho.

Pela diferença de idade entre os irmãos, quando os abusos começaram, o irmão mais velho tinha seis anos e o mais novo cerca de um ano. Não sabemos nenhum outro detalhe sobre o quanto estas repetidas experiências traumáticas atravessaram o desenvolvimento de Antônio, nem ficou claro se Antônio chegou a presenciar alguma situação. No entanto, não é possível descartar esta hipótese, muito menos os efeitos desse sofrimento do irmão sobre ele.

Hoje moram juntos: Elaine, seus dois filhos e o seu namorado, que ela conta ser um homem bom, que se dá bem com os filhos, mas é usuário de cocaína e não aceita procurar ajuda para parar e, por seu vício, ajuda pouco ou nada com as despesas, o que a incomoda, mas, ao contrário de seu ex-marido, pai de Antônio, pelo menos ele figura em seu relato.

## 4.2

### **Desamparo e violência: a vida pregressa de Antônio, a vida de sua mãe antes dele**

Consideramos que é importante entender que cada mãe se relaciona com seu bebê com tudo o que ela é, não somente com o que deseja partilhar com seu bebê. Todavia, para além de todo o amor e toda a dedicação que ela pode oferecer ao seu filho, há toda uma vida que foi vivida antes dele, seu próprio processo de constituição, sua relação com seus pais e outros cuidadores importantes, que a tornaram quem ela é naquele momento. Seu bebê, portanto, representa para ela muitas coisas às quais ela não tem acesso consciente, e a ambiguidade afetiva é um fato em qualquer relação, especialmente na relação mãe-bebê.

A história de vida de Elaine é muito dura, tendo ainda hoje pouca rede de apoio. O interesse, para esta pesquisa, de apresentar um pouco sobre ela se justifica por tornar mais compreensíveis algumas marcas da história da mãe, que parecem ecoar nos sintomas de Antônio, dando sentido a algumas projeções da mãe sobre ele.

Elaine veio para o Rio de Janeiro aos 26 anos com seus pais para resolver um problema de seu falecido irmão, que havia vindo para esta cidade, como seus outros irmãos, em busca de trabalho.

Seus pais eram bastante idosos e as condições de vida na região agreste de onde vinham tornava necessário o auxílio daquela filha para superar os desafios da vida cotidiana. Ela conta, por exemplo, que nunca vira água encanada antes de chegar ao Rio de Janeiro, cidade que a encantou e que a fez desejar ficar. Também nunca havia tido qualquer nível de proximidade com alguém que não fosse de sua família, nem nunca havia tido trabalho, estudo ou namorado, parecendo, portanto, ter um papel a cumprir ao lado dos pais que, segundo ela, tratavam-na como um “burro de carga”, em suas palavras.

A mudança para a cidade do Rio de Janeiro parece ter sido marcada, por um lado, pelo deslumbramento e, por outro, pelo medo da retaliação dos pais e da raiva dos irmãos, que não a apoiaram. Sua vida aqui se inicia sem suporte e sem nenhuma experiência que a preparasse para o que estava por vir. Falamos então de

desamparo, de despreparo, e possivelmente de algo que já marcava esse único lugar reservado a ela, de cuidadora e auxiliar dos pais.

Ela deixou de ser virgem em função de um estupro, denunciado à polícia, mas que não a acolheu. O policial que ouviu seu depoimento lhe disse que entendia o estuprador, porque ela era muito bonita. Apesar da indignação que ela sentiu, Elaine afirma ter sido uma experiência importante, porque, pelo menos assim, ela viu como era a vida. Essa passagem marcante vai se revelando como régua permanente para suas decepções futuras.

Nos meses que se seguiram, ela conseguiu começar a trabalhar e foi se fortalecendo, teve um caso com um homem casado de quem engravidou três vezes e fez três abortos. Ela demonstra tristeza, vergonha e, principalmente, muita culpa ao falar disso. Em um dos abortos induzidos por medicação, conta que foi internada e quase faleceu. Sexo, gravidez, violência e morte são significantes que parecem cada vez mais misturados.

Algum tempo depois se casou e começou a desejar uma gravidez, entretanto, começou a ter alguns abortos espontâneos, em consequência de más formações fetais. Ao falar sobre isso, ela conta que, em sua família, era muito comum, e ela sempre teve medo de ter um filho deformado ou com problemas graves.

Seu discurso é, por vezes, confuso, e ela se perde, confunde datas e é preciso pedir sua ajuda para entender algumas passagens. Sua narrativa é extremamente subjetiva, parecendo ser norteadada pela forma como se sente naquele momento, a despeito de alguns sacrifícios de coerência.

### 4.3

#### **Esse estranho que habita em mim: o paciente e o seu processo terapêutico**

Atendi Antônio do dia 16 de agosto de 2018 até o dia 11 de julho de 2019. Um pouco menos de um ano. Nesse período, ele compareceu à grande maioria das sessões, tendo faltado bastante durante suas férias de janeiro e fevereiro. Em todas as sessões, veio trazido por seu irmão mais velho.

Quando começamos o processo de análise, Antônio apresentava significativo atraso cognitivo, não conseguindo ler nem escrever, e com grandes dificuldades em se localizar espacial e temporalmente. Não se mostrava capaz de



narrar acontecimentos, mesmo os mais breves, se distraía com enorme facilidade, seu pensamento parecia fragmentado e, algumas vezes, principalmente no início, ao tentar completar uma frase, repetia a mesma palavra ou mesmas duas palavras várias vezes, como se não conseguisse passar daquele ponto e tentasse retomar a partir dele o fio de seu pensamento. Nesses momentos, seus olhos pareciam congelados, opacos e sem estar focados em nada que estivesse ali presente, seu tom de voz tentava repetir a naturalidade da primeira vez que havia dito aquilo que, agora, de tanto se repetir, parecia esvaziado de sentido.

Na teoria winnicottiana do amadurecimento, ao longo do processo de subjetivação, diversas integrações parciais vão acontecendo, dentre elas, a integração no tempo e no espaço é a mais fundamental, não havendo sentido de realidade possível fora de um espaço e de um tempo, o que a torna base de todo o processo integrativo. Por temporalização e espacialização do bebê, nos referimos a um processo que se inicia no começo da vida, e estas primeiras marcações, de cunho subjetivo, serão fundamentais para a organização espaço-temporal que virá mais tarde na sua inserção na realidade externa.

O primeiro sentido do tempo, no mundo subjetivo, é o da continuidade da presença, que se instaura pela experiência repetida da presença da mãe, da sua permanência, da continuidade dos cuidados que lhe apresentam continuamente o mundo. O bebê não sabe da existência permanente da mãe, mas sente os efeitos da presença e, vagarosamente, criando uma memória dessa presença, conta com isso. (Dias, 2017, p. 173)

Nos primeiros meses, o bebê não consegue reter a imagem ou a sensação de presença da mãe por muito tempo quando ela se ausenta, e quando esta ausência suplanta sua capacidade de sentir-se ligado a ela, o que surge não é ainda a falta dela, mas sim um vazio ameaçador de sua própria existência, sensação de aniquilamento, agonia impensável que apaga o sentido do real. Visto que a sensação de continuidade de ser é sustentada pela continuidade da presença materna, neste momento em que o ego ainda é tão incipiente, este apagamento da memória da presença é justamente um dos traumas que figuram na etiologia dos acometimentos psicóticos, mas em graus menores geram defesas mais sutis e perfeitamente integráveis a uma personalidade neurótica comum.

Uma vez que o ambiente permite que o bebê viva sua continuidade de ser sem sobressaltos, sem precisar dedicar parte da sua energia a um estado de alerta contra uma possível invasão ambiental, as experiências cotidianas vão se

repetindo. Seguindo algum tipo de padrão, elas passam a imprimir no bebê certo conhecimento corporal, baseado na familiaridade quanto às sensações advindas dessas rotinas, que em si fundamentam a temporalização subjetiva do bebê. Tais marcações temporais vão sendo construídas pelos cuidados maternos, mas orientadas pelos ritmos fisiológicos do bebê, e é somente desta forma que poderá se constituir aos poucos, juntamente com sua temporalidade subjetiva, sua coesão psicossomática. Na medida em que as rotinas de cuidados se afinam ao atendimento das necessidades do bebê, ele adquire a capacidade de “prever” o que está por vir, a partir de suas próprias necessidades, o que permite que ele se inclua na linha do tempo que já começa a reconhecer.

Sobre a orientação temporal de Antônio, ficou claro que ele não sabia em que dia do mês ou da semana estávamos, não se lembrava da data de seu aniversário, se havia passado ou estava por vir, e assim também era com outras datas comemorativas ou qualquer outro marco temporal. Dificilmente conseguia narrar algo que lhe houvesse acontecido, ainda que fosse sobre o dia anterior, ou sobre como foi sua manhã na escola.

Ao longo do tratamento, essas perguntas seguiram sendo feitas, propondo que ele se pensasse dentro de uma linha temporal, e embora ele tenha seguido sem conseguir se localizar desta forma, sua capacidade narrativa, como veremos a seguir, melhorou significativamente, desde que se mantivesse no campo da fantasia.

Sua localização espacial também estava prejudicada, e onde quer que estivesse, não parecia se dar conta do espaço que estava ocupando. Quase sempre agitado, por vezes brincava com os objetos e o mobiliário na recepção, e, se não fosse impedido, tentava adentrar as salas e seguir se comportando como se acreditasse estar dentro de um jogo ou de um sonho. Ao longo dos meses nos quais o atendi, tentei manter sempre que possível seus atendimentos na mesma sala, mas como os espaços são muito concorridos, por vezes a primeira sala em que o atendi não estava disponível. Diante das mudanças, ele parecia não se dar inteiramente conta do que estava diferente, comentava sempre algo sobre a sala, o que mostrava que não estava exatamente claro para ele se era a mesma sala, ou se de fato já havia estado nela antes. Não o ajudava o fato de que, antes mesmo de mim, ele já havia sido atendido por duas outras psicólogas naquele mesmo SPA,

que o atenderam, como eu, em diferentes salas daquela clínica. Este fato que, para uma criança de sua idade, com um desenvolvimento mais típico, a faria possivelmente reconhecer com maior facilidade e transitar com naturalidade no espaço, parecia confundi-lo ainda mais.

Realmente faz sentido que a localização espacial tenha tanto uma defasagem quanto a temporal, dado que ambas as aquisições se dão de forma articulada, apoiadas no mesmo cuidado ambiental. A espacialização do bebê se constitui a partir da experiência gradual, ao longo do tempo, um pouco mais a cada dia, de habitar seu próprio corpo através do suporte do colo que esse corpo recebe, uma vez que este corpo não está solto no espaço e que o bebê se percebe através das relações de seu corpo com o ambiente. “Se for deixado longo tempo sem ser sustentado, o bebê perde o contato com seu próprio corpo, que se torna irreal, e é isto que caracteriza os estados de despersonalização que estão na base dos distúrbios psicossomáticos” (Dias, 2017, p. 180).

A despeito das limitações de Antônio, sua capacidade de brincar estava preservada, embora por vezes esse brincar surgisse tão fora de contexto que mais parecesse um estado dissociativo. Ainda assim, esse parecia ser um recurso forte de sua tentativa de autopreservação e de busca por dar sentido às suas angústias.

Winnicott (1971), em seu artigo *Sonhar, fantasiar e viver*, diferencia o sonhar, que pertence à mesma ordem do viver, do devaneio da seguinte forma: enquanto o sonho é ajustável aos objetos do mundo real, preservando uma relação com a realidade quase complementar; o devaneio, que ele também chama de fantasiar, é um fenômeno isolado que, de alguma forma, parece competir com a realidade, uma vez que absorve energia sem contribuir com o viver, nem com a atividade onírica. Neste artigo, Winnicott (1971) relata uma passagem clínica na qual descreve uma dissociação primária. O caso apresentado é de uma mulher de meia idade que, ao devanear, entra em estados dissociativos, nos quais se imagina fazendo coisas que não está fazendo. Muito se passa em seu interior e, exatamente por esta razão, pouco pode ser posto em movimento na realidade. Seus estados dissociativos sugam tempo e energia, enquanto ela busca conforto nesses devaneios.

Por outro lado, em Freud (1908/2015), vemos o devaneio de forma um pouco mais positiva. Em seu texto *O escritor e a fantasia*, o autor nos conta do

mundo construído pelo escritor criativo como semelhante ao construído pela criança que brinca. As palavras em alemão nos ajudam ainda mais a entender essa transposição, na medida em que drama e comédia são traduzíveis, respectivamente, como brincadeira relativa à tristeza ou ao luto e brincadeira relativa ao prazer.

Inegavelmente, é disso que se tratam as brincadeiras terapêuticas: uma forma de dar contorno aos conteúdos emocionais que não puderam se ligar claramente ao psiquismo do infante, por representarem algo demasiado difícil para ele.

Assim também parecia ser no caso clínico aqui reportado, em que as angústias de Antônio se apresentavam nos atendimentos sempre através de brincadeiras, cujos personagens eram monstros muito violentos, cujas vítimas haviam sido completamente destroçadas por eles, em geral crianças que não puderam se defender. Em todas as brincadeiras até o meio do período do tratamento, cerca de seis meses após o início, parecia não haver qualquer possibilidade de fuga, e embarcávamos juntos nessas representações visuais que pareciam dar algum contorno psíquico aos seus sentimentos.

#### 4.4

#### **O horror como ponte entre o trauma e a capacidade de integrá-lo**

Quando Antônio chegou aos meus cuidados, o conteúdo sobre o qual mais falava era a respeito de um jogo chamado *Five nights at Freddy's*. Nele, o personagem principal é um vigia noturno que precisa sobreviver por cinco noites em um restaurante assombrado por personagens infantis mecânicos que vão tentar matá-lo. O fato de serem personagens infantis – um urso, um coelho, um pato e um lobo em tamanho humano – traz maior assombro à situação. Estão ali presentes alguns dos recursos comumente utilizados para assustar: o elemento do mundo infantil corrompido, algo que deveria ser usado para trazer alegria e conforto se apresenta como ameaçador; em segundo lugar, o uso do autômato, algo que mimetiza um ser vivo sem o ser, assim talvez expondo algo que em nós teme também não estar vivo, ou de não ser real.

Como vemos em Freud (1919/1996), ao citar Jentsch (1906) em seu estudo sobre a temática do estranho, ele afirma que um dos artifícios mais seguros para

criar efeitos inquietantes ao contar uma história reside em deixar o leitor na incerteza de que determinada figura seja uma pessoa ou um autômato. A este respeito, Freud nos conta que:

Jentsch tomou como ótimo exemplo “dúvidas quanto a saber se um ser aparentemente animado está realmente vivo; ou, do modo inverso, se um objeto sem vida não pode ser na verdade animado”; e ele refere-se, a esse respeito, à impressão causada por figuras de cera, bonecos e autômatos engenhosamente construídos. A estes acrescenta o estranho efeito dos acessos epiléticos e das manifestações de insanidade, porque excitam no espectador a impressão de processos automáticos e mecânicos, operando por trás da aparência comum de atividade mental. (Freud, 1919/1996, p. 144)

No trecho acima, a referência freudiana à aparência mecânica da insanidade nos faz refletir sobre a desconexão afetiva e cognitiva que torna algumas expressões tão antinaturais em determinados pacientes, como no exemplo relatado de Antônio, que, ao perder-se em seu fluxo de pensamento, lutava para retomá-lo, repetindo palavras que se despiam de sentido e espontaneidade, enquanto perdia o contato ocular com seu interlocutor, fixando o olhar em algo que não estava lá.

Algo, em cenas como essa, nos toca profundamente, causando uma sensação difusa entre reconhecimento e estranhamento. Possivelmente, um dos melhores textos escritos sobre esse tema ainda hoje permanece sendo *O estranho*, de Freud (1919/1996). Nele, o autor compara diversas traduções possíveis para a palavra alemã *unheimlich* (desconhecido, novo), e seu oposto, *heimlich* (doméstico, familiar), em suas múltiplas aplicações. Tendo pesquisado não exaustivamente sobre a questão em busca do que seria o núcleo comum linguístico que justificasse o uso do termo “estranho” em virtude de algo assustador, o autor argumenta que, embora seja compreensível que algumas coisas desconhecidas possam se tornar assustadoras, nem todas o são. É necessário que algo se junte a isso para se tornar estranho, e ele busca entender porque a palavra afinal é associada indubitavelmente a coisas que provocam medo, chegando à conclusão de que é justamente pelo seu núcleo, significado inicial do qual a palavra deriva, que se associa o sentimento de medo na palavra *unheimlich*. Em suas palavras: “o estranho é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e há muito familiar” (Freud, 1919/1996, p. 139).

Uma frase de Schelling, citada por Freud (1919/1996), bem ilustra essa questão: “*unheimlich* chama-se a tudo o que deveria permanecer em segredo, oculto, mas apareceu” (p. 152). Acredito que, não à toa, os horrores primitivos, as angústias indizíveis, tudo aquilo que permanece como muito atual na criança, mas que não pôde ser elaborado psicologicamente, assume formas de símbolos de horror, como fantasmas, zumbis e demais monstros.

No caso de Antônio, nas ocasiões em que um jogo o impressionava muito, ele fazia pesquisas na internet para saber mais a respeito. Sobre o jogo *Five nights at Freddy's*, em particular, me contou que havia sido baseado em fatos, mas me pediu, várias vezes, que confirmasse se isso era assim. As informações complementares que ele encontrou no *YouTube* eram ainda mais assustadoras, e o mesmerizavam. Contou-me que os autômatos agiam daquela forma maléfica porque estavam possuídos pelos espíritos de crianças que haviam desaparecido no restaurante muitos anos antes – essas crianças, na verdade, teriam sido mortas e seus corpos escondidos dentro dos autômatos. Cada um dos personagens infantis, que agora despertavam à noite para perseguir e assassinar, era o receptáculo de uma criança que havia sido vítima de uma violência impensável e cujo destino nunca havia sido descoberto. O culpado não havia sido punido. De alguma forma, talvez, o que mantinha a violência em curso era essa falta de desfecho da situação.

O pedido repetidamente feito por Antônio a mim – para ajudá-lo a procurar na internet mais informações a respeito do jogo, de fatos que ele poderia ainda não ter descoberto – parecia um pedido de parceria pela busca pela verdade. Mas que verdade era essa que ele queria descobrir?

O que mais chama a atenção como elemento assustador nesse jogo são os autômatos, os robôs habitados pelos corpos e almas de crianças, e muitas possíveis interpretações se apresentam. Pode-se pensar, por exemplo, que estes autômatos, para Antônio, seriam portadores dos conteúdos negativos dos quais tentava se livrar. Talvez, a alegoria de um cadáver, um trauma, que habita e controla um corpo autômato e assustador que vaga sem propósito ou conexão, desapropriado de sua função infantil original, lhe forneça indícios de algo a seu próprio respeito. Não podemos afirmar, mas talvez algo dentro dele se conectasse à temática do jogo e o fizesse sentir que aquilo lhe falava sobre uma experiência quase pessoal, mas desconhecida, inacessível a sua memória e a sua consciência.

Acreditamos que os conteúdos que Antônio tentava elaborar através deste jogo eram da ordem de sua incerteza sobre si mesmo, seja como autômato ou humano, vivo ou morto (Dias, 2017), tanto quanto da ordem do medo daqueles que fazem mal às crianças, e o que acontece com essas crianças sem desfecho, cujo sofrimento não é revelado, ecos de violência contra vulneráveis, de desamparo e de impunidade.

De volta ao estranho de Freud (1919/1996), um afeto, como sendo parte de um impulso emocional, ao ser reprimido, transforma-se em ansiedade, ou seja: um afeto reprimido retorna como uma espécie de medo e, afinal, é disso que o estranho de Freud se trata, algo conhecido que surge de forma irreconhecível. Em suas palavras, “algo que é familiar e há muito estabelecido na mente, e que somente se alienou desta através do processo da repressão” (p. 152), por isso assusta.

Essas reflexões nos permitem um novo olhar sobre a ansiedade do paciente, sempre presente como combustível de seu comportamento tido como inadequado. Seu impulso de fugir e se esconder ou de se horrorizar nas situações às quais esteve exposto, não encontrou no ambiente acolhimento ou empatia; pelo contrário, sendo o mais jovem em uma família que teve que suportar tantas coisas, nada disso podia ser percebido nele porque os mais velhos não podiam dar vazão a seus próprios horrores. Afinal, como disse a matriarca, a vida seria assim mesmo, desde que ela havia sofrido o estupro e não encontrado nenhuma ajuda. Possivelmente, sendo assim, o menino não tinha no que se apoiar para reconhecer como legítimos os seus sentimentos, tendo, portanto, que os reprimir.

Este horror, reprimido, não pode surgir em conexão àquelas lembranças, mas está presente e retorna, apoiado nos elementos representativos de suas fontes de horror originais, que ele encontra com esta finalidade, para que possa, enfim, expressá-los.

#### **4.5** **A reconstrução da narrativa**

Golse (2003) afirma que a narratividade é o produto das interações precoces, e o seu bom desenvolvimento ou suas perturbações na infância dependem da interface entre fatores endógenos e exógenos. Os fatores exógenos

seriam os produtos do encontro da criança com o seu meio, parte fundamental da construção de sua história relacional. É desse material que vão brotar as histórias a serem contadas pelos bebês para eles mesmos, e eles vão aprender a fazer isso, do jeito deles, no encontro com adultos que já instauraram suas próprias narratividades.

O espaço narrativo é constituído no encontro entre um adulto e o bebê de quem ele cuida. Institui-se, nesses momentos partilhados, um modelo interativo exclusivo daquela dupla. O adulto aporta seu próprio estilo, resultante de sua história pessoal, do bebê que ele mesmo foi, de suas interações precoces, da pessoa que ele é hoje e do que o encontro com esse bebê lhe causa, com suas próprias características interativas. Ele assim o faz, não necessariamente através de palavras, mas das interações com o bebê. Em paralelo, a seu modo, o bebê conta ao adulto como têm sido seus primeiros encontros.

Em outras palavras, o adulto estaria tentando fazer com que o bebê funcionasse à imagem de suas próprias representações de infância, induzindo no bebê respostas identificatórias ou contra-identificatórias; enquanto o bebê tenta fazer funcionar o adulto de acordo com suas primeiras imagens interativas. Dessas duas histórias, nasce uma terceira, que se constrói à medida que é vivida pela dupla.

A narratividade da criança se inicia de modo pré-verbal, mas se edifica na forma verbal, e tem uma função antitraumática, de laço, ao permitir que o que foi vivido seja elaborado. Golse (2003) aponta para a função defensiva que a narratividade exerce ao ordenar os processos de ligação: não poder contar um trauma, não poder falar dele, não apenas se soma ao trauma, mas é um trauma em si mesmo.

Antônio, ao chegar ao consultório, não me contava muitas coisas – nossas interações se davam através de ações curtas, como a competição criada por ele desde a primeira sessão com massinha, para ver quem de nós poderia fazer uma figura mais parecida com o tema que ele mesmo iria escolher. Todos os temas eram de horror, e ambos tentávamos representar aquilo em massinha. Ele olhava o que eu tinha feito e comparava com a sua própria representação. Então, declarava que tinha ganhado, e seguíamos para a próxima figura a ser representada.



Havia ali uma primeira tentativa de representar o horror que ele sentia que o habitava, e minha participação teve sua importância, de modo que eu sentia junto com ele aquele horror – por vezes, ficava repugnada pelo cadáver, monstro ou cena de assassinato que a massinha representava. A massinha em si era sempre de uma cor acinzentada, porque era o produto de todas as cores de massinha que ele misturava para fazer uma grande massa única a ser dividida entre nós. Ele projetava na massinha seus horrores e eu sentia esses horrores também nas minhas próprias representações. Através dessa entrega, foi possível receber dele conteúdos psíquicos não ainda completamente digeridos, e ajudá-lo a digeri-los e transformá-los, primeiro em representação coisa, e depois em histórias, narrativas completas.

Mais adiante, em momento posterior, quando já havia um jogo entre nós em que cada um tinha um personagem para interagir com o outro e a dinâmica passou do terror para a luta, ele pedia para fazer o boneco que seria o meu personagem, e me angustiava ter que me colocar no boneco feito por ele, como se, de alguma forma, eu tivesse que estar “na pele” dele naquele momento, e me sentia deformada e aprisionada.

Klein (1946) usava a metáfora da mente como sistema digestivo, na qual ela sugeria que os bebês, desde o início, absorviam experiências, mas também podiam defender-se, descarregando conteúdos emocionais e mentais através do grito e do choro, por exemplo. Bion (1962) resgatou a metáfora kleiniana, acrescentando que a mãe faria a digestão de conteúdos que o bebê não pudesse processar, através da chamada função alfa, e que, de alguma forma, é o que o analista também faz com seus pacientes.

Na medida em que ele seguiu realizando, dentro da terapia, essas elaborações através da exploração dos elementos de horror, sua capacidade narrativa melhorou e ele conseguiu se fazer mais presente nas sessões, de forma mais tranquila, menos ansioso e mais consciente de si e do seu entorno, a despeito de suas demais limitações.

Na segunda metade do acompanhamento, houve uma mudança importante: ele começou a criar histórias, dividindo-as em capítulos, com início meio e fim, e, juntos, fomos conseguindo, a cada capítulo, derrotar os monstros, ainda que só até a próxima história.

No fim do período de um ano, ele havia melhorado um pouco de seus sintomas de desorganização egoica, conseguia focar um pouco melhor, tinha acompanhamento de um mediador na escola e fazia os deveres de casa. Sua mãe não sabia o nome da escola, e muitos outros detalhes eram confusos durante as sessões com ela, sendo seu discurso, assim como seu pensamento, embora muito mais funcionais, fragmentados.

O acompanhamento da equipe do SPA e as trocas com a escola se mostraram proveitosos para todos os profissionais que acompanhavam Antônio, bem como para ele e sua família. Através desse apoio mútuo foi possível, por exemplo, conseguir aulas de reforço especializado no contraturno da escola. Fazia-se notar que, apesar do esforço materno, a demanda da situação excedia fortemente suas possibilidades em muitos aspectos. O tempo todo notamos a ambiguidade entre cuidado e desamparo, reflexo da desestrutura e do desamparo da própria mãe, que fazia tudo o que conseguia para ajudá-lo, sem, no entanto, ter recebido e internalizado cuidados enquanto ela mesma crescia.

## 5

### Considerações Finais

Ao longo desta pesquisa investigamos quais especificidades da psicose na infância a distinguem daquelas manifestas em adultos. Encontramos suporte em Melanie Klein, que criticava os critérios adultomorfistas da psiquiatria para o diagnóstico da psicose em crianças e afirmava ser mais comum a presença de traços psicóticos que, em condições desfavoráveis, podem levar à doença em um estágio posterior, do que efetivamente uma psicose na infância (Klein, 1930/1981d). Alinhados a estas hipóteses, vemos nessa investigação um caráter preventivo e buscamos ampliar nossa compreensão a respeito da sintomatologia, hipóteses etiológicas e caminhos para tratamentos associados à expressão desse sofrimento na infância.

Abrimos nossa pesquisa com uma revisão da literatura, começando por Melanie Klein, sua teoria e técnica com crianças em sofrimento psíquico grave. Seu pioneirismo no assunto dentro da psicanálise propunha uma expansão do conceito de psicose em geral, no que diz respeito à sua ocorrência na infância (Klein, 1930/1981d, p. 263). Klein (1930/1981d) chega a esta conclusão em um de seus casos mais proeminentes, o pequeno Dick, que teve seu desenvolvimento estagnado por uma defesa egóica excessiva, em uma fase muito primitiva, por uma incapacidade - em parte inata, em parte por falta de suporte prestado pelo ambiente - para lidar com as primeiras situações geradoras de ansiedade. Ela o diagnostica como esquizofrênico, mais precisamente, embora enfatizando tratar-se de um conjunto diverso de sintomas em comparação aos quadros mais típicos de esquizofrenia na infância.

A autora seguinte abordada em nossa pesquisa, ao analisar o trabalho de Melanie Klein sobre este caso, Tustin (1990), discorda do diagnóstico dado, alegando que o paciente Dick seria, em verdade, autista. Temos hoje a oportunidade de perceber, ao articular estas teorias à luz de trabalhos mais recentes, que os critérios de distinção entre esquizofrenia e autismo, ou psicose e autismo, seguem ainda em transformação. Bursztejn (2016) afirma que as mudanças ocorridas nos últimos trinta anos nas classificações psiquiátricas,

refletem não apenas a evolução do conhecimento, mas também as ideologias dominantes. O que fica para nós de fundamental sobre esse debate é que mais importante do que a nomenclatura específica adotada é a percepção de que a primeira grande conquista realizada por um sujeito é entender-se sujeito. A respeito do próprio caso Dick, Melanie Klein o descreveu como “um caso onde havia uma extraordinária inibição do desenvolvimento do ego” (Klein, 1930, p. 253). Temos, portanto, aqui a raiz comum e a base sobre a qual se desenvolvem estes sofrimentos, que figuram como atravessamentos da constituição egóica e que alheiam o sujeito de uma relação saudável com a realidade.

Tustin (1990) afirma que, fundamentalmente, o que distingue uma criança psicótica de uma neurótica é a extensão da falta de contato com a realidade da primeira. Para nós, o que mais se destaca no trabalho de Frances Tustin é sua construção teórica a respeito das diferenças entre os quadros de autismo infantil primitivo e a esquizofrenia infantil. Sobre isso, Tustin (1972) as apresenta como duas síndromes que diferem entre si pelo sistema defensivo sobre o qual se assentam. São defesas desenvolvidas por cada criança diante de sua situação particular, como forma de “sobreviver” aos desafios combinados entre suas próprias limitações inatas e um ambiente que não pôde lhe dar o suporte necessário no momento de transposição entre a indiferenciação e o perceber-se inteiro e separado. As crianças que se retraíam e se retiravam do campo de contato com o outro, ela nomeava “crianças encapsuladas”, e aquelas que para defender-se borravam os limites que marcava a separação entre elas e o mundo, a autora nomeava “crianças confusionais”.

Estes recursos defensivos se dariam diante do fracasso do suporte ambiental em proteger o infante do contato precoce com o trauma da separação, trauma justamente por ser precoce, e se dar antes que o infante entenda-se como alguém passível de separar-se de outro alguém – deixando um buraco metafórico, tantas vezes representado e repetido, por ser a melhor forma de ilustrar uma falta que não é do outro, mas de si mesmo. Tustin ilustra muito bem as consequências e o progressivo ganho da capacidade de representação desse buraco que um de seus pacientes vai adquirindo através da análise. Uma criança autista que se relacionava com ela através de objetos autísticos, que progressivamente puderam evoluir para objetos um pouco mais transicionais.

No processo de subjetivação, a criança inicialmente se utiliza de objetos autísticos para lidar com a possibilidade da separação. Neste momento, o objeto escolhido não apenas representa a mãe, ele é usado pela criança como conexão ou negação da separação. Por exemplo, em crianças já diagnosticadas como autistas é comum o uso de um objeto que traga conforto ao retirar sua atenção de uma situação na qual o mundo se impõe, se obriga a ser percebido como externo à criança. Em bebês que ainda estão nessa travessia, notamos o uso de partes do próprio corpo como forma de se manter na sensação de conexão com a mãe. É como se, através de um sugar de polegar, a mãe estivesse ali com ele, não apenas como representação, pois na representação uma parte da criança já sabe que existe a separação. É justamente a partir dessa possibilidade de se aceitar separado que começa o uso dos objetos transicionais, usados pelas crianças como forma de se consolar da separação. Uma fraldinha, uma chupeta, um ursinho, por exemplo, dão coragem à criança pequena de passar maiores períodos longe da mãe sem se sentirem tão ameaçadas pelo distanciamento e por novos desafios que exigem dela maior independência. A tendência saudável é que ao amadurecer a criança vá trocando estes objetos por fontes de prazer no mundo.

Em situações nas quais não foi possível para a criança constituir-se de tal modo que seja possível aceitar com segurança essa separação, ela pode preservar a existência de um objeto transicional até uma fase mais avançada para manter seu equilíbrio. Talvez possamos pensar se mesmo em pacientes neuróticos adultos não vamos encontrar o mesmo. Vemos aqui uma trilha interessante que poderia nos levar a novas reflexões que, embora muito interessantes, teremos que deixar para outras pesquisas para não nos perdermos em nosso caminho principal.

Tanto as crianças encapsuladas quanto as crianças confusionais de Tustin utilizavam objetos autísticos para negar a separação. Nesta pesquisa escolhemos dar maior peso aos sintomas encontrados no conceito de criança confusional (Tustin, 1972), que abarca o conjunto de defesas em que o ego da criança tem seus contornos indefinidos, se confundindo com os outros e com o mundo. Seu desenvolvimento é, portanto, atravessado pela impossibilidade de diferenciação entre mundo interno e mundo externo. Entendemos que este modelo define bem o perfil de crianças que buscamos decifrar através desta pesquisa, mas optamos por não nos afiliar ao diagnóstico de Tustin, propondo, portanto, entendê-las como

crianças portadoras de sintomas psicóticos, pois fazia parte da hipótese inicial, e da questão que norteava esta pesquisa, entender até que ponto faria sentido falar em diagnóstico para entender e tratar uma criança com estes sintomas. Chegamos a esta conclusão com o entendimento de que embora não seja possível nem produtivo fechar um diagnóstico de psicose na infância, não podemos deixar de entender os sintomas como sendo psicóticos para melhor traduzi-los, e na medida do possível, trabalhar para reverter os mitigar seus efeitos.

Em seguida, abordamos a constituição da subjetividade com foco na dinâmica entre o bebê e sua mãe, a quem também nos referimos como objeto primordial, considerando o contexto que envolve a dupla. Mantemos em vista que as bases para um desenvolvimento saudável são construídas a partir da gestação e ao longo dos primeiros meses. Isso se dá por meio de um conjunto de cuidados dedicados ao bebê que promovem a continuidade da provisão fisiológica característica da gestação, e seguem dando o suporte necessário para que o bebê vá, progressivamente, necessitando cada vez menos deste, conforme amadurece motora e psicologicamente em direção a diferenciação do objeto primordial.

O progressivo amadurecimento emocional e psíquico do neonato se desenrola em consonância com o amadurecimento de suas próprias habilidades físicas e, a partir da percepção dessa evolução, a mãe começa a permitir que a realidade se interponha, progressivamente, entre ela e seu bebê. Para Fontes (2006) essa gradação que permeia o processo de subjetivação se expressa através da oscilação do bebê entre a ilusão da continuidade física entre ele e sua mãe e uma quebra de continuidade corporal. Tal oscilação é indispensável para que ele se assegure de uma possibilidade de separação que não seja traumática. Acreditamos, apoiados em Figueiredo (2017) e Winnicott (1960), que essas alterações do eu às quais nos referimos como acometimentos psicóticos nesta pesquisa, se trata do resultado de defesas primitivas, que se fizeram necessárias para evitar uma ruptura ainda mais grave.

Embora nossa proposta de pesquisa confirme o entendimento de que é somente através dessa relação que o processo de integração do ego poderá acontecer, fazemos uma ressalva quanto à falha materna enquanto exclusiva hipótese etiológica dos acometimentos descritos. Propomos relativizar o peso desta responsabilidade, contextualizando a relação intersubjetiva com os objetos

primordiais enquanto parte de um ambiente mais amplo, que inclui a família nuclear, a família ampliada e, até mesmo, as condições sociais que os cercam, além do potencial genético do bebê.

Ivanise Fontes (2008) aborda a dimensão do corpo na constituição do psiquismo, quando propõem uma diferença entre ao nascimento biológico e o nascimento psicológico humano se darem em tempos diferentes. Enquanto o primeiro é um acontecimento bem delimitado, que marca a data de nossos aniversários, o seguinte se trata do processo intrapsíquico que se realiza continuamente com base nas experiências corporais do bebê. Seria a travessia a qual nos referimos anteriormente, que nos leva da indiferenciação ao reconhecimento do outro. A autora sugere, apoiada em G. Haag, que pensemos em um período de “gestação psíquica” no qual as experiências sensoriais vividas pelo bebê através de seu corpo vão permitir que ele desenvolva a sensação de que pode conter-se em si mesmo e diferenciar-se do mundo através de seus próprios contornos.

Em sentido similar, Konicheckis (2018), a respeito do papel da sensorialidade no processo de subjetivação, concede particular importância à pele como um elemento fundante do processo de subjetivação, possuidora da capacidade de conter e ligar todos os outros órgãos dos sentidos. Através dessas experiências sensoriais é que se dá o vínculo, que ainda não é “relação de objeto”, mas sim “laço”, nesse primeiro momento. Portanto, o vínculo é estabelecido com a função exercida pelo objeto e não com o objeto, já que este, por sua vez, só poderia vir a ser considerado em momento posterior do processo de subjetivação, quando o então sujeito pode percebê-lo.

Através desse compartilhamento, sujeito e objeto se organizam e se criam. Parte dessa organização é feita pelo psiquismo materno. Konicheckis (2018) afilia-se ao pensamento bioniano uma vez mais para explicar como a chamada função alfa (Bion, 1962) e capacidade onírica da mãe auxiliam o bebê na tradução dos dados sensoriais brutos em produções representativas, passíveis de serem metabolizadas pelo neonato.

Seguimos explorando as nuances desta jornada e chegamos à importância do ritmo como um dos organizadores da subjetivação do bebê, de acordo com Victor Guerra (2018), é o ritmo, como a musicalidade da voz materna, impresso

nos cuidados cotidianos que organiza a afetividade do infante. A ritmicidade se apresenta ainda na dinâmica de presença e ausência necessária ao processo de subjetivação, em que a mãe oferece com sua ausência a oportunidade de elaboração, a pausa necessária para que o som, metaforicamente, vire música. Além disso, a ritmicidade permite uma ilusão de permanência, de previsibilidade, permitindo que o bebê antecipe um retorno diante da ausência temporária do objeto, o que torna a espera mais tolerável, fortalecendo a confiança em si e no mundo.

Aragão (2018) aponta para o ritmo como marca identitária, como uma das primeiras formas de inscrição da continuidade psíquica. Esta, torna-se inscrita no corpo e no psiquismo do sujeito a partir da coletânea de suas experiências vividas durante seu processo de subjetivação, como uma impressão digital, que não pode ser compartilhada nem mesmo por gêmeos idênticos.

Enquanto isso, durante a gestão sensorial e até que o ego possa pensar por si mesmo, as agonias impensáveis (Winnicott, 1974) - ou agonias corporais (Fontes, 2008) - estarão à espreita. Winnicott (1962) propõe que pensemos no bebê como um ser continuamente à beira de sofrer uma ansiedade inimaginável, situação somente evitada pelos cuidados da mãe, que deve provê-los em termos de cuidados corporais. Se, ao contrário, o ambiente causa estresse ao lactente, ele precisa defender-se, reagir, porém, interrompe o estado contínuo de ser. “Ser” e “reagir” são posições antagônicas. Winnicott (1952) atribui ao desenvolvimento emocional primitivo, quando mal-sucedido, a origem da esquizofrenia em adultos, dos estados esquizóides em geral, e das defesas organizadas contra a confusão e a não-integração (Winnicott, 1952, p.377). Contudo foi nossa companheira durante esta pesquisa a dúvida sobre se, desde que descobertos e tratados cedo o suficiente, estes transtornos poderiam ser evitados.

No último capítulo trouxemos um caso clínico que nos forneceu oportunidade de refletir sobre sintomas de um self pouco integrado, à luz do que foi discutido anteriormente. Este foi o principal caso que, em si, motivou esta pesquisa. Antônio, um menino de oito anos, quando chegou ao tratamento apresentava significativo atraso cognitivo, dificuldades em se localizar espacial e temporalmente, tinha sua capacidade narrativa muito comprometida, assim como sua atenção, e seu pensamento parecia fragmentado. Tais sintomas são



compatíveis com atravessamentos do processo de subjetivação, ao longo do qual, diversas integrações parciais vão acontecendo, dentre elas, a integração no tempo e no espaço é a mais fundamental, não havendo sentido de realidade possível fora de um espaço e de um tempo, o que a torna base de todo o processo integrativo. Por temporalização e espacialização do bebê, nos referimos a um processo que se inicia no começo da vida, e estas primeiras marcações serão fundamentais para sua inserção na realidade externa.

Expandindo nossa análise para o ambiente, para além da dupla mãe-bebê, ponderamos sobre os efeitos de possíveis rupturas que se realizaram diante de dois conjuntos de fatores exógenos: em primeiro lugar, a impossibilidade de o ambiente acolher o neonato em sua necessidade absoluta e, em ato contínuo, a violência do ambiente sobre um psiquismo ainda muito imaturo. Através desse recorte, temos a intenção de ilustrar a reflexão acerca das limitações de um ego que se formou, apesar dos atravessamentos de defesas primitivas necessárias para preservar a sensação de continuidade de ser, em um ambiente em si mesmo desamparado, e que permanece, involuntariamente, inóspito às suas necessidades, deixando-o em luta entre “estar ou não estar” no mundo.

A partir de nossa hipótese inicial, chegamos à conclusão de que a psicose na infância não é algo estabelecido. Pela plasticidade característica da infância, as articulações entre o sujeito e o mundo ainda estão em processo de construção. Portanto, se por um lado é fundamental uma intervenção precoce, que pode ter um cunho preventivo, por outro é preciso ter clareza sobre o perigo de um diagnóstico fechado, ainda tão prematuramente, que pode limitar as possibilidades de desenvolvimento da criança. Contudo, parece-nos certo afirmar que não perceber os sintomas pelo que traduzem impede a realização de um bom tratamento, e sem isso as chances de melhora são muito menores.

Um próximo passo no caminho pelo qual percorremos na realização deste trabalho nos parece ser a investigação de possibilidades de tratamento das manifestações psicóticas em crianças através da psicanálise, percebemos, no entanto, que não seria possível abarcar mais este desafio nesta dissertação. Fica, portanto, esta falta, que talvez abra caminho para novas pesquisas e nos traga maiores possibilidades de reflexão e trabalho no futuro.

## 6 Referências

- Alvarez, A. (2020). *Companhia viva*. São Paulo: Blucher.
- Aragão, R. O. (2016). *Presença/ausência materna e os processos de subjetivação*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Aragão, R. O. (2018). Entre mãe e bebê – continuidade, descontinuidade e ritmo. In R. O. Aragão & S. Zornig (Orgs.), *Continuidade e descontinuidade no processo de subjetivação do bebê* (pp. 15-28). São Paulo: Escuta.
- Bettleheim, B. (1978). *A psicanálise dos contos de fadas*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Bion, W.R. (1962/2007). A theory of thinking. In *Second Thoughts* (pp 110-119). London: Karnac Books.
- Bursztejn, C. (2016). Evolução dos conceitos de psicose e autismo na criança. In: C. Bursztejn, *Distinção clínica e teórica entre autismo e psicose na infância* (pp. 9-26). São Paulo: Instituto Langage.
- Ciccone, A. (2018). A ritmicidade nas experiências do bebê, sua segurança interna e sua abertura para o mundo. In R. O. Aragão & S. Zornig (Orgs.), *Continuidade e descontinuidade no processo de subjetivação do bebê* (pp. 15-28). São Paulo: Escuta.
- Dias, E. O. (2017). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott* (4ª. ed.). São Paulo: DWW Editorial.
- Figueiredo, L. C. (2017). O projeto de pesquisa de Ivanise Fontes: por uma psicanálise do sensível. In: I. Fontes, *A descoberta de si mesmo: na visão da psicanálise do sensível*. São Paulo: Ideias & Letras.
- Fontes, I. (2006). A ternura tátil: o corpo na origem do psiquismo. *Psychê*, 10(17): 109-120.
- Fontes, I. (2008). A construção do ego corporal: fundamentos de uma psicanálise do sensível. In I. Fontes, *A descoberta de si mesmo na visão da psicanálise do sensível* (pp. 21-27). São Paulo: Ideias & Letras.
- Freud, S. (1996). O estranho. In: S. Freud, *Uma neurose infantil e outros trabalhos (1917-1918)*(Edição standard brasileira das obras psicológicas

completas de Sigmund Freud, v. 17). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1919).

Freud, S. (2015). O escritor e a fantasia. In: S. Freud, *O delírio e os sonhos na Gradiva, análise da fobia de um garoto de cinco anos e outros textos (1906-1909)*(Obras completas, P. C. Souza, trad., v. 8). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1908).

Golse, B. (2003). As interações precoces como espaço de narração: o bebê e os processos de ligação para além da teoria do apego e da psicanálise. In: B. Golse, *Sobre a psicoterapia pais-bebê: narrativa, filiação e transmissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Gomes da Silva, S. (2016). Do feto ao bebê: Winnicott e as primeiras relações materno-infantis. *Psicologia clínica*, 28(2): 29-54. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v28n2/03.pdf>

Haag, G. (1985). La Mère et le Bébé dans les deux moitiés du corps. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 33 (p. 107-114).

Haag, G. (2012). Le dos, le regard et "le peau". (Original publicado em 1988). Recuperado de <http://www.asm13.org/IMG/pdf/dos-regard-peau-3.pdf>

Kanner, L. (1943). Autistic disturbance of affective contact. *Nervous Child*, 2: 217-250.

Klein, M.(1981a). Princípios psicológicos da análise infantil. In: M. Klein, *Contribuições à psicanálise* (pp. 177-191). São Paulo: Mestre Jou. (Original publicado em 1926).

Klein, M. (1981b). A psicoterapia das psicoses. In: M. Klein, *Contribuições à psicanálise* (pp. 315-318). São Paulo: Mestre Jou. (Original publicado em 1930).

Klein, M. (1981c). Primeiras fases do complexo de Édipo. In: M. Klein, *Contribuições à psicanálise* (pp. 253-267). São Paulo: Mestre Jou. (Original publicado em 1928).

Klein, M. (1981d). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In: M. Klein, *Contribuições à psicanálise* (pp. 296-313). São Paulo: Mestre Jou. (Original publicado em 1930).

Klein, M. (1981e). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In: M. Klein, *Contribuições à psicanálise* (pp. 355-389). São Paulo: Mestre Jou. (Original publicado em 1934).

Klein, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: M. Klein, *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (pp. 20-43). Rio de Janeiro: Imago.

Klein, M. (2006). *Narrativa da análise de uma criança*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1961)

- Klein, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: M. Klein, *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (pp. 20-43). Rio de Janeiro: Imago.
- Konicheckis, A. (2018). Subjetivação e sensorialidade: os embriões do sentido. In R. O. Aragão & S. Zornig (Orgs.), *Continuidade e descontinuidade no processo de subjetivação do bebê* (pp. 75-94). São Paulo: Escuta.
- Meltzer, D. (1986). Adhesive identification, *Contemporary Psychoanalyse*, 11: 289-310. (Original publicado em 1975).
- Mitrani, J. L. & Mitrani, T. (2015). *Frances Tustin today*. Londres: Routledge.
- Tustin, F. (1990). *The protective shell in children and adults*. Londres: Karnac Books.
- Tustin, F. (1972). *Autism and childhood psychosis*. Londres: Karnac Books.
- Tustin, F. (1990). *The protective shell in children and adults*. Londres: Karnac Books.
- Tustin, F. (1992). *Personal communication*. Inglaterra: Amersham.
- Tustin, F. (1994). The perpetuation of an error. *Journal of Child Psychotherapy*, (3-23)
- Victor Guerra (2018). Formas de (des)subjetivação infantil em tempos de aceleração: os transtornos de subjetivação arcaica. In R. O. Aragão & S. Zornig (Orgs.), *Continuidade e descontinuidade no processo de subjetivação do bebê* (pp. 165-192). São Paulo: Escuta.
- Winnicott, D. W. (1971). Sonhar, Fantasias e Viver: Uma história clínica que descreve uma dissociação primária. In: D.W. Winnicott, *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1982a). Ansiedade associada à insegurança. In: D. W. Winnicott, *Da pediatria a psicanálise* (pp. 205-210). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1952).
- Winnicott, D. W. (1982b). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In: D. W. Winnicott, *Da pediatria a psicanálise* (pp. 437 - 458). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1954).
- Winnicott, D. W. (1982c). Psicose e cuidados maternos. In: D. W. Winnicott, *Da pediatria a psicanálise* (pp. 375-388). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1952).
- Winnicott, D. W. (1982d). Desenvolvimento emocional primitivo. In: D. W. Winnicott, *Da pediatria a psicanálise* (pp. 269-285). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1945).

Winnicott, D.W. (1982e). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: D.W. Winnicott, *Da pediatria a psicanálise* (pp. 389-408). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1951).

Winnicott, D. W. (1983). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 38-54). Por Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1960).

Winnicott, D. W. (1983). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 55-61). Por Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1962).

Winnicott, D. W. (1994). O temor ao colapso. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 70-76). Por Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1974).