

A PSICOTERAPIA DE CRIANÇAS NA ABORDAGEM WINNICOTTIANA: RELATO DE UM CASO

The child psychotherapy in Winnicott's approach: a case report

Flávia Angelo VERCEZE¹
Maíra Bonafé SEI²

RESUMO

A psicoterapia de crianças se apresenta como uma prática extensionista importante no âmbito dos serviços-escola de Psicologia, tendo em vista o público atendido e sua função na promoção de saúde. No contexto da psicanálise, trata-se de uma prática cujas raízes remontam a Freud, com desenvolvimento a partir de autores posteriores, como Anna Freud, Klein, Winnicott e Aberastury. A partir deste panorama, o presente trabalho almejou tecer considerações sobre a psicoterapia de crianças, enquanto uma atividade extensionista ofertada por um serviço escola de Psicologia, pautada no referencial winnicottiano. O artigo organiza-se como um relato de experiência que ilustra o caso de uma criança atendida em tal serviço, com a crença de que tal tipo de contribuição pode colaborar para um aprimoramento das práticas empreendidas por psicólogos ligados ao campo da psicoterapia psicanalítica de crianças. Ilustra-se o manejo clínico do caso em questão, que somado à compreensão teórica, favorece o desenvolvimento de modelos de atuação e das práticas empreendidas com o público infantil. Por meio da experiência clínica relatada, foi possível compreender que, mais importante que a interpretação verbal dos conteúdos trazidos pelo paciente na sessão, foi a presença e manejo do terapeuta que ofertou condições para o aparecimento do gesto criativo e espontâneo do paciente, promovendo a saúde do paciente rumo a uma retomada de seu desenvolvimento emocional. Neste sentido, considera-se que o terapeuta deve estar aberto para o brincar na terapia, entendido como forma de comunicação e de terapia em si próprio.

Palavras-chaves: psicoterapia de crianças, Winnicott, brincar, serviço escola de Psicologia, prática extensionista.

ABSTRACT

Child psychotherapy is presented as an important extensionist practice within psychological university services, because of the public attended and its role in health promotion. In the context of psychoanalysis, it is a practice whose roots go back to Freud, with development from later authors such as Anna Freud, Klein, Winnicott and Aberastury. From this background, this paper aimed to make considerations about child psychotherapy, while an extensionist activity offered by a psychological university service, based on Winnicott's reference. The article is organized as an

¹ Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina.

² Docente do Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina, psicóloga (CRP 06/69177 IS/PR 281), mestre e doutora em Psicologia Clínica pelo IP-USP. E-mail: mairabonafe@gmail.com. Endereço - Departamento de Psicologia e Psicanálise - UEL; Rodovia Celso Garcia Cid - PR-445 Km 380; Campus Universitário; CEP 86057970 - Londrina/PR; Caixa-postal: 10011; Telefone: (43) 33714397.

experience report illustrating the case of a child treated in such a service, with the belief that such contributions can collaborate to an improvement of the practices undertaken by psychologists linked to the field of child psychoanalytic psychotherapy. It is illustrated the clinical management of the case, which added to the theoretical understanding, favors the development of role models and practices undertaken with the children. By reported clinical experience, it was possible to understand that, more important than the verbal interpretation of the contents brought by the patient at the session, it was the presence and management of the therapist that offered conditions for the emergence of creative and spontaneous gesture of the patient, promoting patient's health towards a resumption of his emotional development. In this sense, it is considered that the therapist should be open for playing in the therapy, understood as a form of communication and therapy itself.

Keywords: child psychotherapy, Winnicott, play, psychological university service, extensionist practice.

INTRODUÇÃO

A psicoterapia de crianças se apresenta como uma prática extensionista importante no âmbito dos serviços-escola de Psicologia, tendo em vista o público atendido e sua função na promoção de saúde. No âmbito psicanalítico, pode-se indicar que a psicanálise de crianças teve início nos trabalhos de seu próprio fundador, Sigmund Freud. Embora este nunca tenha atendido de forma direta uma criança, seus estudos propiciaram que outros autores se dedicassem e inaugurassem a psicanálise infantil. Opta-se por destacar nomes de Anna Freud e Melanie Klein como fundadoras, além de Donald W. Winnicott e Arminda Aberastury como inovadores da técnica da análise de crianças, devido ao foco dado ao brincar como forma de comunicação e intervenção dentro do *setting* analítico (AVELLAR, 2004).

Neste sentido, aponta-se, inicialmente, que a psicanálise aproxima-se da complexidade dos fenômenos da natureza humana admitindo que o bem estar comportamental, emocional e físico são influenciados pelo inconsciente. Os trabalhos de Freud surgiram durante a análise de adultos, mas seus achados o levaram a estudar os primeiros anos de vida do homem, a infância.

Suas investigações apontavam que as primeiras causas das patologias mentais tinham suas fontes em fatores que atuavam nas primeiras fases do desenvolvimento. Partindo destes descobrimentos, muitos autores como Anna Freud e Melanie Klein começaram a buscar uma forma de aplicar a psicanálise ao tratamento de crianças.

Anna Freud acreditava que a criança não tinha consciência de sua enfermidade e nem desejos de se curar e por essa razão era necessário um trabalho prévio, antes de colocá-la em análise. Utilizava a interpretação de sonhos, desenhos e fazia restrição à utilização do jogo como elemento para a análise. Porém a interpretação lúdica em Anna Freud não tinha o mesmo valor que associações verbais do tratamento de adultos. Sua técnica tinha caráter educativo, pois não acreditava que a criança pudesse efetivar uma transferência com o analista, como o adulto. Tendo em vista que as relações originais ainda não haviam sido desfeitas, não seria possível realizar uma segunda edição enquanto a primeira não tivesse esgotada (ABERASTURY, 1989).

A técnica criada por Melanie Klein baseava-se na utilização do jogo, por acreditar que a criança, ao brincar, vence realidades dolorosas e projeta no exterior seus impulsos instintivos. Porém o uso do jogo aplicado ao tratamento e ao diagnóstico não exclui o emprego da interpretação. Klein propôs que esta fosse realizada principalmente a partir do jogo e da brincadeira da criança, levando em consideração a situação analítica global na qual é produzida. Assim, o jogo desenvolve-se no consultório, dentro de limites determinados de tempo e espaço (ABERASTURY,

1989).

Aberastury e Winnicott, embora tenham começado seus estudos e trabalhos partindo da teoria kleiniana, trouxeram novas contribuições, que os diferenciam das propostas de Klein. Sobre a técnica desenvolvida por Aberastury (1989), esta autora indica que foram efetuadas adaptações concernentes à entrevista com os pais e ao valor dado à primeira hora de jogo.

Quanto à entrevista com os pais, fazia uma anamnese, por meio da qual investigava a fundo o ambiente da criança. Questionava o motivo da consulta, a história da criança e de seu ambiente desde a consciência da mãe sobre a gravidez até o momento atual, investigava sobre a amamentação, a dentição, o caminhar e outros marcos importantes. Também pesquisava sobre o dia a dia da criança, ou seja, sua rotina e as suas relações familiares.

No que concerne à primeira hora de jogo com a criança, valorizava-a por acreditar que neste encontro se pode perceber a fantasia inconsciente de enfermidade e de cura da criança. Na visão de Aberastury (1989), o surgimento tão imediato destas questões acontece, pois o processo de análise é vivido pela criança como um novo nascimento, a separação inicial dos pais e a entrada no consultório costumam acompanhar-se das ansiedades experimentadas ao nascer.

Por fim, outro marco da adaptação técnica proposta por Aberastury (1989) centra-se na introdução da caixa lúdica individual, que consiste em uma caixa na qual são colocados brinquedos e materiais gráficos que satisfazem as necessidades de comunicação da criança, como lápis, papel, borracha, cola, paninhos, tesouras, barbantes, entre outros materiais. Esta caixa só é acessível ao terapeuta e ao paciente e, com isso, simboliza o contrato de sigilo necessário à análise.

Por outro lado, tem-se o trabalho de Donald W. Winnicott, que foi um pediatra e psicanalista preocupado com o desenvolvimento humano, principalmente, com a fase inicial de vida (WINNICOTT, 1945/2000). Considerou o ambiente como fator primordial para o desenvolvimento saudável, referindo-se às condições tanto de ordem emocionais quanto aquelas relativas a aspectos físicos ou concretos, como a presença real de pessoas necessárias ao amadurecimento emocional do bebê (ARAÚJO, 2005). Este ambiente deve ser suficientemente bom para levar o indivíduo ao amadurecimento e, para tanto, deve ser dinâmico, adaptar-se às necessidades mutáveis da criança à medida que esta amadurece. Inicialmente esse ambiente é a mãe, que tem papel vital tanto para a sobrevivência do bebê quanto para seu amadurecimento emocional (WINNICOTT, 1952/2000).

Segundo Winnicott (1960/1993), muita coisa acontece no primeiro ano de vida do ser humano, que dispõe de uma tendência ao desenvolvimento que é inata e que corresponde ao crescimento do corpo e de certas funções. Todavia, esse crescimento natural não se constata na ausência de condições suficientemente boas, que leve o indivíduo da dependência a independência. Assim, o processo de amadurecimento físico e emocional ocorre quando o indivíduo passa pelas fases de dependência absoluta, dependência relativa, rumo à independência (WINNICOTT, 1960/1993), sendo três os processos acompanham estas etapas: integração, personalização e realização ou início das relações objetais.

A primeira se refere à integração do ego, que antes imaturo necessita do apoio egoico que o meio deve ser capaz de fornecer, para que assim o bebê se torne capaz de permanecer, durante algum tempo, não integrado, sem ameaças a sua continuidade de ser. Esta experiência de não-integração é muito importante, pois é precursora da capacidade de estar sozinho, um dos mais importantes sinais de maturidade do desenvolvimento emocional. A personalização se refere à trama psicossomática, isto é, a psique residindo no corpo e este como lugar de residência do eu. A realização relaciona-se ao momento no qual o indivíduo começa a perceber o objeto como separado dele mesmo. Porém isso só é possível se antes experimentou a onipotência, quando sente o mundo como uma criação própria e não como algo externo a si e, como tal, preenchido por objetos subjetivos, que passam, então, a ser objetos objetivamente percebidos (WINNICOTT, 1960/1993).

Estas três realizações são interdependentes e só podem ser alcançadas com os cuidados de

um ambiente suficientemente bom, cujas funções Winnicott sintetiza em: *holding*, *handling* e apresentações de objetos (WINNICOTT, 1964/1994). O *holding* representa a continuação, após o nascimento, da provisão de cuidados proporcionados ao bebê no útero da mãe, ou seja, toda a capacidade da mãe de se identificar com o bebê e responder as suas necessidades, atuando como um ego auxiliar, fortalecendo o ego frágil do bebê (VALLER, 1990). O *handling* é definido como a capacidade da mãe de propiciar um manejo adequado do corpo do bebê e de suas funções, permitindo que ele alcance a personalização. A apresentação de objetos é quando a mãe traz um pedacinho do mundo ao lactante, de forma limitada e adequada, proporcionando uma experiência inicial de onipotência, denominada de período de ilusão. Se tal tarefa foi bem sucedida, o bebê estará preparado para aceitar os momentos de desilusão gradual, processo relacionado ao princípio da realidade. É neste momento que o bebê começa a se separar da mãe, enquanto esta diminui seu grau de adaptação às necessidades deste e se estabelece um *self* autônomo (VALLER, 1990).

Assim, quando o cuidado materno é suficientemente bom, o bebê experimenta uma continuidade de ser. Porém quando ocorrem perturbações no ajuste da mãe e do ambiente ao indivíduo, como por exemplo, mudanças repetidas na técnica de maternagem, ruídos muito altos, falta de apoio, entre outras, a continuidade do ser é interrompida, resultando no enfraquecimento do ego. Tais perturbações, se ocorridas muito no início da vida, acarretam em experiências de ansiedade(s) intensa(s), sentidas como uma invasão do meio ambiente. Com isso, o bebê passa a reagir e como resultado pode ocorrer alguma distorção do desenvolvimento, levando a uma falha no estabelecimento da estrutura da personalidade e na organização do ego. Estas são observadas na clínica fazendo parte do quadro de várias síndromes psicóticas e autistas ou como um elemento esquizoide oculto em uma personalidade não-psicótica. Outra possibilidade é o bebê aceitar a invasão através da submissão, iniciando um estado de falso *self*, ou seja, reage às exigências do meio aceitando-as, perdendo a espontaneidade e a criatividade, características que segundo o Winnicott são representativas da saúde mental (WINNICOTT, 1960/1983).

Diante da quebra ou falha no estabelecimento e continuidade do círculo benigno, devido à não sobrevivência da mãe ou do ambiente, pode ocorrer um desmoronamento das defesas do ego e a criança experimentar ansiedade(s) inimaginável(is). Porém, como a criança já experimentou o cuidado, com o tempo a esperança reaparece e a criança começa a realizar atos antissociais, como uma forma de pedir o retorno do cuidado já experimentado (WINNICOTT, 1956/2000).

Na perspectiva winnicottiana, para um bom manejo clínico, é importante a compreensão acerca dos possíveis fracassos ambientais vivenciados pela pessoa, tendo em vista que cada situação demanda um tipo de posicionamento do terapeuta. Neste sentido, é interessante pontuar que a falha ambiental não precisa ser necessariamente grosseira, podendo ser extremamente sutil e, muitas vezes, passar despercebida por um observador menos atento às sutilezas das relações mais primitivas. É preciso olhar de perto, verificar os detalhes da relação mãe-bebê e tentar captar aí uma quebra, uma transformação (GARCIA, 2005).

Por meio deste panorama, é possível perceber que psicoterapia infantil não é tarefa fácil e o terapeuta deve estar propenso a se identificar com seu paciente, contendo seus conflitos e sobrevivendo as suas retaliações. Para Winnicott (1975), a relação analítica entre paciente e terapeuta deve se manifestar como um espaço potencial em que duas pessoas tenham a possibilidade de brincar juntas, de maneira que o paciente possa descobrir seu *self* e desenvolver sua criatividade. Portanto, na situação de análise infantil, o brincar mútuo entre paciente e analista constitui-se na principal realização da psicoterapia (FELICE, 2003).

Compreende-se que a psicoterapia de crianças pautada no referencial winnicottiano relativiza a importância da interpretação verbal e acentua a relevância do brincar, considerado como dotado de valor terapêutico. O brincar carrega tanto um caráter de promoção de saúde quanto de fomentar a comunicação, com a psicanálise se constituindo como uma forma especializada de

brincar (WINNICOTT, 1975).

Objetiva-se, então, a partir deste trabalho, tecer considerações sobre uma atividade extensionista ofertada por um serviço escola de Psicologia, a saber, a psicoterapia de crianças. Esta prática foi pautada no referencial winnicottiano e agora se opta por apresentá-la e discuti-la por meio de um relato de experiência que ilustra o caso de uma criança atendida em tal serviço. Compreende-se que tal tipo de contribuição pode colaborar para um aprimoramento das práticas empreendidas por psicólogos ligados ao campo da psicoterapia psicanalítica de crianças. Ilustra-se o manejo clínico do caso em questão, que somado à compreensão teórica, favorece o desenvolvimento de modelos de atuação e das práticas empreendidas com o público infantil.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, delineado a partir do estudo de um caso (RODRIGUES, SEI e ARRUDA, 2013; BOARATI, SEI e ARRUDA, 2009) de psicoterapia psicanalítica uma criança do sexo masculino, com aproximadamente 7 anos de idade, aqui denominada de Ricardo. Os dados apresentados foram obtidos em sessões de atendimento psicanalítico da criança, que teve duração de um ano letivo, com uma sessão semanal, de 50 minutos, durante o primeiro semestre e duas sessões semanais no segundo semestre.

Por se compreender, a partir da perspectiva winnicottiana, que a família tem grande influência na promoção da saúde mental da criança, o processo psicoterapêutico de Ricardo englobou tanto sessões com ele, como algumas entrevistas com sua mãe. Ao final do ano letivo, optou-se por encaminhá-la para um trabalho de orientação de pais semanal, de maneira a mais amplamente contemplar as questões dela concernentes à relação desta com o filho.

Por meio da análise do caso, compreende-se que este exemplifica uma situação de falha ambiental e suas consequências evidenciadas na psicoterapia da criança. Ademais, configura-se como uma ilustração do uso e importância do brincar como forma de comunicação dentro do *setting* analítico, demonstrando estratégias de manejo empreendidas ao longo do atendimento, que podem colaborar para a prática profissional de psicólogos envolvidos na psicoterapia de crianças.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ricardo iniciou seu processo psicoterapêutico em um serviço-escola de psicologia, com sessões semanais realizadas ao longo de um ano letivo. Tendo em vista o contexto institucional, que demanda uma vinculação do terapeuta com período de tempo limitado e dada a partir de projetos de extensão e estágios curriculares versus a necessidade de continuidade do atendimento, foi feita uma troca de terapeuta no ano seguinte, com a psicoterapia sendo novamente iniciada após as férias letivas. Para este início de processo com uma nova terapeuta, foi realizada uma entrevista com os pais e um contrato terapêutico de sessões individuais, com frequência semanal e duração de 50 minutos. Passado alguns meses, avaliou-se a necessidade de ampliação da frequência de sessões, ampliando para duas sessões semanais com Ricardo até o final do ano letivo.

Na entrevista, os pais relataram que haviam buscado o atendimento psicológico para o menino, pois, na visão deles, ele se mostrava muito nervoso e ficava constantemente irritado, principalmente quando desapontado, isto é, quando sua vontade não era satisfeita. Os pais ainda indicaram que ele chorava, gritava e xingava muito nestes momentos de nervosismo.

Foi investigado o início da vida de Ricardo e quando tais episódios começaram a ocorrer. Segundo os pais, ele sempre foi um bebê chorão e passou por problemas de saúde por volta dos 6

meses de idade, quando foi diagnosticado com asma e chegou a ficar internado algumas vezes. Ainda segundo o relato dos pais, o filho se comportava bem na escola, mas manifestava em casa sentir muita raiva dos professores e dava muito trabalho para mãe na hora de fazer os deveres escolares. Para ela, ele não tinha paciência para aprender, o que o levou a ser inserido no reforço escolar.

Ao investigar sua rotina, descobriu-se que Ricardo ficava em casa na parte da manhã sob os cuidados de seu irmão mais velho, que contava com apenas quatro anos a mais que ele. Frequentava a escola no período da tarde e ficava com os pais no período da noite. Outra informação relatada foi seu apreço pelos esportes, principalmente pelo skate.

No primeiro encontro com Ricardo, a terapeuta deixou disponível em cima de uma mesa alguns materiais gráficos como papel, lápis de cor, canetinha, tinta, giz de cor, cola colorida, entre outros. Ricardo se mostrou muito agitado e espontâneo. Confeccionou sozinho alguns desenhos e outros em conjunto com a terapeuta. Relatou a esta seu gosto por esportes, principalmente pelo skate. Contou que gostava de caveiras, de bebida alcoólica e de drogas e que fazia uso destas substâncias, pois, segundo seu relato, ele "era muito louco". Tal tema foi recorrente em toda a psicoterapia de Ricardo, levando a terapeuta a uma preocupação verdadeira, devido à riqueza de detalhes em sua fala sobre tais assuntos. Ainda no primeiro encontro foi combinado com Ricardo que ele teria uma gaveta somente sua - em analogia com a proposta de caixa lúdica individual de Aberastury (1989) - e que apenas ele e a terapeuta teriam acesso. Nesta gaveta ele poderia deixar os trabalhos confeccionados nas sessões e materiais por ele escolhidos.

No início do processo terapêutico, as sessões realizadas eram muito agitadas, nas quais Ricardo corria, pulava e gritava muito. Além de trazer muitas histórias de fundo fantasioso envolvendo caveiras, monstros e temas relacionados às drogas. Quando indagado pela terapeuta, relatava fazer uso de tais substâncias quando ficava muito nervoso com seus pais e com seu irmão. Tais comportamentos foram interpretados pela terapeuta como uma forma de testá-la, ou seja, uma tentativa de estabelecimento de vínculo e confiança na sobrevivência do ambiente.

Transcorrido algum tempo da psicoterapia, Ricardo começou a ficar mais calmo dentro do *setting* e inventou uma brincadeira por ele nomeada de "brincar de escola". Nesta brincadeira ele era irmão da terapeuta e ambos eram professores em uma escola. Tal brincadeira se repetiu durante toda sua psicoterapia, com algumas variações. Depois de algum tempo, na brincadeira, Ricardo e a terapeuta deixaram de ser professores e se tornaram espíões, que tinham como trabalho espionar a mãe de ambos, que os havia abandonado e fugido de casa com outro homem, denominado por Ricardo de "advogado". Durante tais sessões apareceram de forma recorrente os temas de morte, tortura e traição.

Embora houvesse na psicoterapia de Ricardo uma repetição, que se manifestava na execução da mesma brincadeira, em algumas sessões intercaladas ele trazia outros conteúdos e de maneira diferente, como por exemplo, utilizando o desenho e a pintura. Um destes temas era o conflito existente entre Ricardo e o irmão mais velho, que segundo seu relato era chato e tentava imitá-lo. Outro se relacionava com uma urgência em crescer e se tornar adulto para poder fazer o que quisesse e ser quem ele quisesse.

Ao longo dos atendimentos de Ricardo e por meio de contatos com a mãe foi percebida uma indisponibilidade materna, que se manifestava na não realização dos pagamentos simbólicos da psicoterapia - norma estabelecida pelo serviço-escola de Psicologia em questão, na falta de disponibilidade para levar Ricardo às sessões, chegando a deixá-lo ir sozinho, além da fantasia de abandono e traição da mãe comunicada por Ricardo à terapeuta nas brincadeiras desenvolvidas no *setting* terapêutico. Percebia-se, com isso, uma necessidade de afeto e uma falta de confiança no ambiente, que muitas vezes se transferia para a terapeuta que passava a ser constantemente testada.

Diante disso, pôde-se observar o que Winnicott chama de falha ambiental. De acordo com

esta teoria, o ambiente suficientemente bom não é apenas aquele que supre as necessidades físicas de uma criança, mas aquele que se adapta às necessidades desta, sendo elas físicas e/ou emocionais, protegendo-o e permitindo seu movimento espontâneo sem a perda de seu ser. Caso contrário, a vivência é sentida como uma intrusão do ambiente sobre a criança, levando-a a reagir e perder a sensação do ser (BRAGA, 2012).

O vazio e o sentimento de falta deixado pela ausência de uma relação com a mãe que atendesse às necessidades de Ricardo, como afeto, continência, investimento narcísico, olhar de reconhecimento de sua subjetividade, entre outras, apareciam nos seus sintomas de nervosismo, irritação e até em comportamentos antissociais dentro de casa. Assim, a falta das provisões ambientais necessárias para seu desenvolvimento exacerbou sua voracidade, isto é, Ricardo se mostrava extremamente ansioso, agitado, intenso e até mesmo com um ímpeto destrutivo.

Para Winnicott, a voracidade é um sintoma antissocial muito comum, e relaciona-se com o complexo de privação. Na criança voraz existe algum grau de privação e certa compulsão ligada à busca de uma terapia no meio ambiente para esta privação. O sintoma da voracidade indica que houve uma falha de adaptação às necessidades da criança ou, como dizia Winnicott, houve um “fracasso do amor materno” (WINNICOTT, 1958/1982, p. 449).

No caso de Ricardo, a falha ambiental não era representada apenas pela figura da mãe, mas também do pai. Devido a sua ausência na fala de Ricardo e em suas brincadeiras, bem como sua ausência real nas entrevistas agendadas pela terapeuta, tendo comparecido apenas na primeira entrevista, não se apresentava como uma figura que fornecia segurança e adaptação às necessidades do filho.

Outra possibilidade de compreensão acerca dos conteúdos trazidos ao *setting* por Ricardo, por meio da linguagem lúdica, relaciona-se com a constante presença, nas brincadeiras, da figura de um outro externo, “advogado”, que rouba a mãe e os seus cuidados. Esta figura pode ser entendida como um representante daquele que disputa o cuidado maternal, como por exemplo, seu irmão mais velho.

Quanto à urgência de crescimento demonstrada por Ricardo em suas fantasias e em suas falas, pode-se interpretá-la como uma defesa à pressão ambiental de que este crescimento ocorresse de forma rápida e fora do tempo. Tal urgência foi percebida na fala da mãe, em alguns contatos que a terapeuta teve com esta, quando dizia que o filho era muito independente, chegando a ir sozinho à psicoterapia. Segundo Winnicott, a imaturidade constitui uma propriedade que tem que ser perdida por cada indivíduo quando a maturidade é alcançada. Mas não se deve adiantar etapas levando à maturidade falsa através da transferência de responsabilidades que não são características da fase da criança. Winnicott nos mostra tal importância quando fala: “A partir do ser, vem o fazer, mas não pode haver o *fazer* antes do *ser* - eis a mensagem que os adolescentes nos ensinam” (WINNICOTT, 1967/2005, p. 7).

Diante deste contexto, pode-se apontar que a psicoterapia de Ricardo se apresentou como uma alternativa à falha ambiental. De tal modo, para que os processos envolvidos no desenvolvimento emocional pudessem ser revividos, era preciso que a terapeuta de Ricardo se apresentasse como um objeto essencialmente disponível a ele. Era necessário que ela entrasse com grande envolvimento nas brincadeiras, que desempenhasse os papéis por ele proposto e se apresentasse como um objeto para ser usado da maneira como ele necessitasse (WINNICOTT, 1975). Neste sentido, é interessante observar a sensibilidade do menino à disponibilidade e indisponibilidade da terapeuta. Em sessões nas quais esta se encontrava mais cansada ou em sessões posteriores a alguma falta de Ricardo ou da terapeuta, ele a agredia muito e voltava a testar sua sobrevivência. Em acordo com esta percepção, compreende-se que o paciente faz uso das falhas do terapeuta para poder manifestar sua raiva e é a partir

dos limitados sucessos de adaptação do analista que o ego do paciente se tornará capaz de começar a recordar os fracassos originais – que tiveram um efeito disruptivo na época – e passar a sentir raiva deles. Somente nesse ponto pode ter início o teste de realidade (FELICE, 2003, p. 3).

Acredita-se, então, que nas situações nas quais o cuidado ambiental não se organizou de maneira suficientemente boa no início da vida da pessoa, não se estabelecerá um ego intacto. Nestes casos, mais do que uma atividade interpretativa por parte do terapeuta, compreende-se ser importante o manejo que este faz no *setting* terapêutico (WINNICOTT, 1962/1983). No caso aqui apresentado, verificou-se que a experiência de brincar empreendida em conjunto entre Ricardo e sua terapeuta constituiu-se como uma forma privilegiada de comunicação com o mundo interno da criança, mas também de intervenção frente aos sintomas apresentados.

Segundo Avellar (2004), na análise com crianças existem elementos que não estão presentes na análise adulta. A criança como paciente é mais exigente e solicita mais do analista. Para a comunicação de seus conflitos e angústias utiliza-se de jogos, desenhos, movimentações na sala, verbalizações, construindo histórias e personagens. No caso de Ricardo tal exigência pôde ser observada e se registrou como crucial em sua psicoterapia, pois representou a esperança de que este novo ambiente satisfizesse suas necessidades anteriormente não atendidas, para que seu desenvolvimento emocional pudesse retomar seu curso inicial. Devido a este fato, a psicoterapia desempenhou um papel de grande importância, demandando um intenso envolvimento por parte da terapeuta, que passou a atendê-lo com frequência de duas vezes na semana e evitar ao máximo qualquer tipo de falta, pois esta seria sentida como uma nova falha e não sobrevivência do ambiente.

De maneira geral, aponta-se que a intervenção do terapeuta na psicoterapia de crianças deve corresponder a um ato criativo, ou seja, assinalar o sentido da comunicação da criança e dar a possibilidade a este de vivenciar uma experiência que reorganize sua maneira de ver o mundo (AVELLAR, 2004). Outro aspecto que pode ser ressaltado como um cuidado a ser tomado por profissionais ligados à abordagem winnicottiana é o foco dado por alguns terapeutas ao conteúdo da brincadeira de seus pacientes em detrimento da valorização do próprio brincar, diferentemente daquilo que foi proposto por Winnicott (1975) que defende que “o brincar por si mesmo é uma terapia” (p 74).

No que concerne no fenômeno da transferência na psicoterapia de crianças, este se configura como um tema importante a ser debatido pelos profissionais envolvidos nesta prática. Tal como na psicoterapia de adultos, a transferência apresenta-se como uma valiosa ferramenta no atendimento de crianças, bem como seu par, a saber, a contratransferência. Vale ressaltar que estes fenômenos mostram-se diferentes na psicoterapia de crianças e, de acordo com Mannoni (1980), neste tipo de atendimento o terapeuta se vê diante de diferentes transferências: do terapeuta, dos pais e da criança.

As reações dos pais fazem parte integrante do sintoma da criança, ou seja, a doença desta é um suporte de uma angústia dos pais. E devido a isto a análise de crianças às vezes se mostra mais difícil. Ao se tocar o sintoma da criança, possibilita-se o aparecimento daquilo que neste sintoma servia para alimentar ou diluir a ansiedade do adulto. Assim, dar aos pais a ideia de que sua relação com o objeto de cuidado corre o risco de ser mudada é suscitar reações de defesa e muitas vezes de rejeição (MANNONI, 1980). Tais reações puderam ser observadas no caso apresentado, como por exemplo, a ausência de pagamento, a indisponibilidade de levar o filho às sessões, deixando com que este falte por motivos aparentemente banais, como por exemplo, dias de chuva e frio, entre outras atitudes dos pais observadas pela terapeuta. Portanto ser analista de crianças é saber lidar com mais de uma transferência e cumprir o papel de situar o que o filho representa no mundo fantasmático dos pais e o lugar que estes lhe reservam, assim como na própria pessoa do analista.

Este conjunto de conceitos e ilustrações clínicas dos mesmos aponta para as diferenças existentes entre a psicoterapia de crianças e de adultos, a partir do referencial psicanalítico, com ênfase na abordagem winnicottiana. Na perspectiva de Safra (1999),

o processo analítico é conduzido para promover as condições necessárias para que um gesto, que inaugure uma possibilidade de existir, possa acontecer. Da mesma forma, precisamos compreender que, para que isso ocorra, é necessário que a interpretação do analista não tenha o objetivo de decifrar, mas de promover a ação constitutiva.

Entende-se, portanto, que, para o empreendimento de um bom trabalho terapêutico no âmbito da psicoterapia de crianças, é necessário que o terapeuta conheça as fases de desenvolvimento emocional, compreenda como este processo se deu na vida de seu paciente, coloque-se disponível para a atividade lúdica, adaptando sua comunicação à capacidade de compreensão do paciente, além de contatar e, por vezes, acolher os pais da criança. Este conjunto de ações configura o *setting* terapêutico, que reúne tanto a atividade interpretativa e quanto o manejo de forma mais ampla, aspectos que devem ser considerados pelo terapeuta que se disponha a trabalhar com crianças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência clínica relatada, pensa-se, a partir de um referencial da psicanálise winnicottiana, que, mais importante que a interpretação verbal dos conteúdos trazidos pelo paciente na sessão, é a presença e manejo do terapeuta que propiciarão condições para o aparecimento do gesto criativo e espontâneo do paciente. É interessante que o analista esteja aberto a realizar as adequações necessárias ao *setting* ajustando-se às necessidades de seus pacientes (Winnicott, 1962/1983).

Ademais, o terapeuta deve estar aberto para o brincar na terapia, entendido como forma de comunicação e de terapia em si próprio. No caso da psicoterapia de crianças, contexto no qual o brincar acontece de maneira concreta e não como no adulto, que se manifesta pelo uso que faz das palavras, nas alterações em seu tom de voz, na expressão de seu senso de humor (WINNICOTT, 1975), tem-se não apenas uma via de compreensão das questões trazidas pela criança, como também de meio para o analista expor sua interpretação acerca da problemática apresentada pelo paciente (AVELLAR, 2004).

Neste sentido, entende-se que este tipo de compreensão permeou todo o atendimento de Ricardo, com intervenções centradas menos na interpretação de suas fantasias, desejos e vivências imaginárias, e mais na vivência de Ricardo no *setting* terapêutico, onde podia viver experiências reais acompanhado de sua terapeuta. Esta postura proporcionou espaço para o gesto espontâneo, favorecendo a retomada do desenvolvimento emocional do garoto. Acredita-se que esta percepção acerca do papel que o terapeuta pode assumir na psicoterapia de crianças, com foco no manejo e na abertura para o lúdico, pode se apresentar como o grande aprendizado proporcionado pelo caso aqui apresentado.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. **Psicanálise da Criança: teoria e técnica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
ARAÚJO, C. A. S. O ambiente em Winnicott. **Winnicott e-Prints**, v. 4, n. 1, p. 21-34, 2005.
Disponível em: http://www.centrowinnicott.com.br/winnicott_eprint/uploads/c9441562-9504-

42ed.pdf. Acesso em 13 de outubro de 2013.

AVELLAR, L. Z. **Jogando na Análise de Crianças:** intervir-interpretar na abordagem winnicottiana. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2004.

BOARATI, M. C. B.; SEI, M. B. e ARRUDA, S. L. S. Abuso sexual na infância: a vivência em um ambulatório de psicoterapia de crianças. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, p. 426-434, 2009.

BRAGA, C. M. L. **Comunicação e isolamento na Adolescência:** compreendendo o uso de blogs pelos jovens na atualidade. São Paulo: Zagodoni Editora, 2012.

FELICE, E. M. O lugar do brincar na psicanálise com crianças. **Psicologia: teoria e prática**. v. 5, n. 1., p. 71-79, 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872003000100006&script=sci_arttext&lng=en. Acesso em 12 de outubro de 2013.

GARCIA, R. M. O uso da consulta terapêutica na clínica da tendência anti-social. **Natureza humana**, v. 7, n. 1, 2005. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302005000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em de 15 janeiro de 2014.

MANNONI, M. **A criança, sua “doença” e os outros**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

RODRIGUES, F. P. H.; SEI, M. B. e ARRUDA, S. L. S. Ludoterapia de criança com Síndrome de Asperger: estudo de caso. **Paidéia** (USP. Ribeirão Preto. Impresso), v. 23, p. 121-127, 2013.

SAFRA, G. A clínica em Winnicott. **Natureza Humana**, v. 1, n. 1, p. 91-101, 1999. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-24301999000100006&script=sci_arttext&lng=en. Acesso em 10 de outubro de 2013.

VALLER, E. H. R. A teoria do Desenvolvimento Emocional de D. W. Winnicott. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. XXIV, n. 2, p. 155-170, 1990.

WINNICOTT, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise:** obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 218-232.

WINNICOTT, D. W. (1952). Psicose e cuidados maternos. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise:** obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 305-315.

WINNICOTT, D. W. (1956). A tendência anti-social. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise:** obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 406-416.

WINNICOTT, D. W. (1958). A tendência anti-social. In: WINNICOTT, D. W. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982. p. 499-511.

WINNICOTT, D. W. (1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação:** estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 128-139.

WINNICOTT, D. W. (1960) O primeiro ano de vida. In: WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1993. p. 3-20.

WINNICOTT, D. W. (1962). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação:** estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 152-155.

WINNICOTT, D. W. (1964). A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise. In: WINNICOTT, C., SHEPHERD, R. e DAVIS, M. (Orgs.) **Explorações psicanalíticas:** D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artmed, 1994. p. 77-81.

WINNICOTT, D. W. (1967). O conceito de indivíduo saudável. In: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 3-22.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.