



A infância na psicanálise winnicottiana

Elsa Oliveira Dias*, São Paulo

Baseado em Winnicott, o artigo apresenta inicialmente a maneira como o analista inglês, enquanto pediatra, concebeu o envolvimento da psicanálise tradicional com a infância e como, com base em sua experiência simultânea na pediatria e na psicanálise de adultos psicóticos, passou a estudar em detalhe não a infância em geral, mas mais especificamente a lactância como período no qual se originam distúrbios psíquicos graves. Depois de fazer um breve exame da infância em Freud e Melanie Klein, apresenta-se a contribuição de Winnicott: a teoria do processo de amadurecimento a partir da extrema imaturidade do bebê e da responsabilidade do ambiente que favorece ou falha em favorecer as conquistas fundamentais do processo. Em seguida, com base nesses fundamentos, o artigo estuda brevemente três modalidades de distúrbio em suas formas atuais – as desordens alimentares, a agressividade e o TDAH – para mostrar que as falhas ambientais no período de lactância fazem parte da etiologia de tais distúrbios.

Descritores: Winnicott. Lactância. Falhas ambientais. Desordens alimentares. Agressividade. TDAH.

* Psicanalista. Fundadora da Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana.



1 Introdução

Neste estudo, abordarei o tema proposto pelo título do livro – *Infância: questões atuais* – da perspectiva da teoria psicanalítica de D. W. Winnicott. Naturalmente, isto me levará a apresentar aspectos da teoria winnicottiana da infância que, de maneira original, inclui o período de lactância. É implícita a esta apresentação que, ao iluminar o período primitivo da vida, Winnicott reformulou alguns princípios básicos da teoria psicanalítica, introduzindo uma alteração geral dos problemas e das soluções exemplares e, conseqüentemente, dos compromissos teóricos, incluindo um novo modo de teorização e um novo esquema conceitual. É em virtude dessas alterações que a escola winnicottiana de São Paulo vem falando em mudança de paradigma, no sentido usado por Thomas Kuhn (1970) em seu livro *A estrutura das revoluções científicas*.

2 A especificidade da infância e de fases dentro da infância

A infância é em si mesma um campo recente de investigações. Mesmo na área médica, a pediatria só se impôs como uma especialização necessária em meados do século XIX, quando a pesquisa e a experiência puderam constatar a existência de estados mórbidos que são específicos a cada faixa etária e o fato de haver doenças tipicamente infantis. Foi, portanto, há relativamente pouco tempo que a pediatria, assim como a psiquiatria infantil, tornaram-se áreas especializadas respectivamente da medicina e da psiquiatria geral. Antes disso, a medicina se orientava para o estudo de uma dada entidade nosológica, não importando a idade em que esta se dava. Aos poucos, ficou claro que, mesmo quando as síndromes ocorrem tanto na infância como na adultez, a idade lhes confere uma marca peculiar, seja do ponto de vista das circunstâncias etiológicas, seja no aspecto clínico.

Já como pediatra, atento às questões emocionais envolvidas nos distúrbios infantis, uma das primeiras lutas empreendidas por Winnicott foi a de preservar a especificidade da psiquiatria infantil. Tendo nascido como um ramo de estudos apenas no início do século XX, a psiquiatria infantil até então via na criança – sendo esta, naturalmente, a que já falava –, um adulto em miniatura e aplicava-lhe os mesmos critérios psicopatológicos da psiquiatria geral. Era natural que assim fosse, pois sendo a psicose de adultos entendida, até aproximadamente essa época, como uma degenerescência dos processos mentais, essa definição



não podia aplicar-se às crianças, de modo que era inteiramente estranha, à época, a ideia de uma psicose infantil e isso muito menos poderia referir-se a distúrbios dessa natureza em bebês.

Mesmo após uma melhor configuração do que seria o campo específico da psiquiatria infantil e do início das pesquisas nesta área, permaneceu durante longo tempo a tendência a observar e compreender os distúrbios infantis, ou anteriores à puberdade, em conformidade com os parâmetros construídos para a psicopatologia dos adultos.¹

Ao dar início, já pediatra praticante, à sua formação analítica, Winnicott constatou um problema semelhante na psicanálise da época. Em 1967, numa palestra em que relata aos seus colegas analistas o seu percurso intelectual, como médico, estudioso e analista, diz Winnicott:

Quando tentei aprender o que havia para ser aprendido sobre a psicanálise, descobri que, naquela época, tudo nos era ensinado em função do complexo de Édipo, aos 2, 3 e 4 anos, e da regressão com respeito ao Édipo. Foi muito aflitivo, para mim, que havia estado examinando bebês – e as mães com os bebês – por um longo tempo (já estava nisso há dez ou quinze anos), comprovar que isso era assim, pois eu sabia que havia visto uma porção de bebês já começarem doentes e, muitos deles, tornarem-se doentes muito cedo (Winnicott, 1967, p. 437).

Neste momento – e isso é anterior a 1935, ano em que Winnicott apresenta o trabalho de entrada como analista na Sociedade Britânica de Psicanálise – ele já havia constatado que, enquanto a psicanálise tradicional teorizava sobre crianças de 2, 3, 4 e 5 anos, ele via que bebês muito pequenos, com apenas algumas semanas de vida, podiam adoecer emocionalmente, apresentando-se já muito assustados, demasiadamente agitados, ou manifestando uma espécie de anorexia, sem que qualquer problema físico pudesse ser detectado. Não era possível, tendo em vista a extrema imaturidade dos bebês, atribuir qualquer uma dessas dificuldades à

¹ Para exemplificar esse ponto, Winnicott refere-se, no artigo *Psicose e cuidados maternos* (Winnicott, 1952), ao livro de M. Creak, *Psychoses in Childhood*, publicado em 1951. Nessa obra, o autor, sem se dar ao trabalho de pesquisar situações específicas de imaturidade infantil, descreve um quadro psicótico do qual fazem parte uma introversão organizada, padrões bizarros de comportamento e distúrbios físicos secundários e, em seguida, aplica esse quadro a um tipo de criança que os especialistas da infância certamente conhecem. Winnicott argumenta: desse modo seria possível aplicar a inúmeras situações da infância qualquer tipo de entidade nosológica adulta: estados melancólicos, psicoses maniaco-depressivas, agitação hipomaniaca, estados confusionais, etc.



hipótese central que vigorava na psicanálise tradicional, a saber, a problemática edípica, triangular, que supõe um alto grau de desenvolvimento, inclusive mental. Deveria, portanto, haver um campo de problemas, muito primitivo, que escapava ao paradigma edípico.

À evidência de que os bebês adoecem emocionalmente, acresceu o fato de que o exercício simultâneo das clínicas pediátrica – atendendo os bebês e suas mães – e da psicanálise com adultos psicóticos levou Winnicott a constatar uma conexão entre as dificuldades que os bebês apresentavam – mesmo os saudáveis, o contato com a realidade, por exemplo – e os distúrbios de tipo esquizofrênico, de tal modo que, para ele, a investigação profunda de um indivíduo de qualquer idade, sobretudo quando o distúrbio é de tipo esquizofrênico, “transforma-se em um estudo profundo do amadurecimento inicial deste indivíduo” (1952, p. 379).

Note-se que, aqui, *amadurecimento inicial* não se refere a crianças em idade de deixar-se afetar pela questão edípica, a qual exige, segundo Winnicott, para tornar-se de fato uma experiência, um alto grau de amadurecimento pessoal, refere-se, sim, a bebês, ou crianças muito pequenas, do período de recém-nascido e da lactância, que ainda não sabem de si, de sua própria existência, nem tampouco do ambiente que os cerca. Isso ocorre assim, pois, no melhor dos casos, esse ambiente, por fornecer cuidados facilitadores, provê o bebê de um mundo subjetivo em que ele pode exercer sua *ilusão de onipotência* e dar início ao exercício da criatividade primária.² Muita água deve passar embaixo da ponte, do zero aos 2 ou 3 anos, muitas conquistas fundamentais deverão ser feitas, ou terão fracassado em ser realizadas, até que uma criança esteja apta a enfrentar as tarefas que são pertinentes às etapas de dependência relativa e de rumo à independência.³

Diante disso, o esforço teórico de Winnicott foi na direção de explicitar os estágios iniciais da vida dos bebês e a natureza específica da dificuldade com que eles têm que lidar. O que ele entendeu ser necessário era não só ocupar-se da infância, no sentido alargado do termo, mas mais propriamente da lactância, ou seja, do período em que os bebês estão sendo amamentados. Era nesse período inicial que Winnicott vislumbrava poderem estar às raízes das muitas formas de impedimento de viver e de se sentirem vivos que perturba os psicóticos.

² Sobre os conceitos de “ilusão de onipotência” e “criatividade originária”, cf. capítulo 1, parte IV de Winnicott 1988.

³ Para melhor esclarecimento sobre as tarefas do amadurecimento, cf. Dias 2003.



3 A psicanálise tradicional e a infância

Winnicott sabia muito bem que a concepção de distúrbios psíquicos, cuja natureza e etiologia não estão circunscritos à questão edípica, era problemática para os estudiosos e praticantes da psicanálise da época. Abordando as questões humanas do ponto de vista do amadurecimento, ele tira todas as consequências da imaturidade do bebê, cujas potencialidades ainda não foram realizadas. Assinalou, portanto, de maneira decisiva, e em confronto com as principais posições da época que enfatizavam o intrapsíquico, a importância crucial do ambiente, em especial nas fases iniciais, em que a dependência é absoluta. A propósito dessa questão, escrevi em outro artigo que, segundo Winnicott, “Os bebês que, no início, não recebem cuidados suficientemente bons não conseguem se realizar nem mesmo como bebês. Os genes não são suficientes” (1968, p. 84).

Isso significa que o processo de alcançar a vida pode falhar. Estar vivo e tornar-se real pode jamais vir a acontecer. Há bebês que, embora fisicamente saudáveis, morrem porque não encontram, desde o começo, uma base para ser, para continuarem vivos, sendo. Há outros que não necessariamente morrem: eles “são persuadidos a alimentar-se e a viver, ainda que a base para esse viver seja débil ou mesmo ausente” (1990, p. 127). Nesses casos, o indivíduo cresce, mas, apesar de biologicamente vivo e até saudável, não alcança viver ou sentir-se vivo; permanece imaturo num sentido básico, fundamental. Essa é a questão dos psicóticos e é por isso que Winnicott afirma que suas dificuldades e problemas “não fazem parte da vida, mas sim da luta para alcançar a vida” (1990, p. 100).

Ao dar-se conta que a psicanálise não se ocupava desse período inicial, muito primitivo, ou o tratava como se o ambiente não fosse aí imprescindível, restringindo suas análises ao intrapsíquico, Winnicott disse ter ficado aflito. Na mesma palestra, já mencionada, de 1967, Winnicott lembra que, ao tempo em que terminava sua formação como analista, ele não encontrava nenhum interlocutor para sua questão sobre dificuldades emocionais primitivas, a não ser que elas fossem interpretadas como regressões e disse ter pensado: “Vou demonstrar que os bebês adoecem muito cedo e, se a teoria não aceita isso, ela vai ter de se adaptar” (1967, p. 438).

Se novos fatos se manifestam e podem ser vistos pelo espírito que está aberto à observação, então a teoria deverá se ajustar a eles. Era esse o espírito científico que Winnicott admirava também em Freud. Muitas vezes em sua obra, vamos encontrar afirmações como a seguinte:

A questão é que Freud deu início a uma abordagem científica do problema



do desenvolvimento humano [...]; deu-nos um método para uso e desenvolvimento que podemos aprender e através do qual podemos checar as observações dos outros e contribuir com as nossas próprias (1950b, p. 33).

Alguns anos mais tarde, Winnicott dirá:

Freud deu-nos este método que podemos usar, e que não interessa para onde nos leve, o certo é que nos leva a algo; trata-se de uma maneira objetiva de examinar as coisas e está destinado às pessoas capazes de abordar algo sem noções preconcebidas, o que, num certo sentido, é o que faz a ciência (1967, p. 437).

Freud, contudo, embora cientista e disposto a rever a teoria caso fosse necessário, não se ocupara de bebês e, na verdade, nem de crianças. De fato, a psicanálise freudiana não se interessou propriamente pela infância, nem no sentido consagrado de um período da vida que vai até a puberdade e muito menos no sentido mais específico do infans, aquele que ainda não fala; para Freud tudo o que se passava anteriormente ao advento da fala era demasiadamente obscuro.

À primeira vista, (diz Winnicott), pareceria que grande parte da teoria psicanalítica trata da primeira infância, mas, em certo sentido, pode-se dizer que Freud negligenciou a infância como um estado; isto é apresentado em uma nota de rodapé em *Formulations on the two principles of mental unctioing* (1911, p. 220) em que ele demonstra que se dá conta de estar se desviando das coisas que estão em discussão neste estudo. No texto, ele traça o desenvolvimento do princípio do prazer ao princípio da realidade, segundo seu curso habitual de reconstruir a infância a partir dos pacientes adultos (1960a, p. 39-40).

Freud formulou a sua teoria sobre a sexualidade infantil e fez algumas contribuições ao que seria uma psicologia da infância, mas sempre com vistas ao estudo e tratamento das neuroses, em adultos. O que estava em questão, para ele, não era nem ao menos uma clínica dos distúrbios infantis, uma vez que, para Freud, faltavam à criança – assim como aos psicóticos – os pré-requisitos necessários para submeterem-se à análise: a capacidade de simbolizar e falar sobre isso e a capacidade para a transferência.

Melanie Klein, sim, interessou-se pelas crianças, inclusive as de menor idade do que as que Freud tivera em vista; ela visava, com isso, à criação de uma



clínica psicanalítica infantil e à demonstração, para os psicanalistas da época, de que a aplicação da psicanálise era possível em crianças, uma vez que, por meio das brincadeiras, ocorria a simbolização. Além disso, chegou a teorizar que a transferência já se dá com os próprios pais da criança. Por essa mesma via tornava-se igualmente possível o tratamento psicanalítico de psicóticos, segundo a concepção kleiniana de psicose.

Visto da perspectiva winnicottiana, o problema, com Klein, no que se refere à infância, é que ela se ocupou dos bem pequenos, pouco menores ou por volta dos dois anos, usando para fazer a análise desses, contudo, as mesmas categorias freudianas empregadas para estudar crianças maiores ou a origem infantil das neuroses. É verdade que ela dedicou-se às angustias primitivas, o que Freud não fizera, mas restringiu-as aos conflitos entre objetos do mundo interno; em suma, não se preocupou com a especificidade da fase – em particular, negligenciou o estado de dependência do bebê e a importância decisiva do favorecimento ambiental – e fez recuar os problemas, tal como configurados para o estudo das neuroses, para fases mais primitivas. Embora se deva reconhecer que a preocupação de Klein com as angústias mais primitivas representou um grande avanço para o pensamento psicanalítico, a sua tentativa de configurá-las mediante a posição esquizoparanóide e a formulação da inveja inata foi apenas uma retomada, ao extremo, da pulsão de morte freudiana, redescrita como pulsão destrutiva. Ora, tanto a pulsão de morte freudiana como a pulsão destrutiva kleiniana pertencem à supraestrutura especulativa da psicanálise, ou seja, à metapsicologia, sendo esse tipo de teorização considerado inadequado por Winnicott para descrever os fenômenos da natureza humana. Além disso, a contribuição do ambiente, que é imprescindível em Winnicott, sobretudo nas fases iniciais, é inexistente ou ao menos secundária em Klein. Num texto escrito em 1962, sobre a contribuição de Klein, diz Winnicott:

Ela aprofundou-se mais e mais nos mecanismos mentais de seus pacientes e aplicou então seus conceitos ao bebê em crescimento. Acho que foi aí que cometeu alguns enganos, porque profundo, em psicologia, nem sempre quer dizer primitivo (1962, p. 161).

Sim, segundo Winnicott, para se estudar e compreender a infância, é fundamental a distinção entre o que é primitivo e o que é profundo. Diz Winnicott que “um lactente necessita de certo grau de amadurecimento para tornar-se gradativamente capaz de ser profundo” (1957, p.103). “Profundo” é o que um bebê sadio alcança quando, por correrem bem as fases iniciais “primitivas”, ele



se constitui como um EU SOU e tem, então, que se deparar com uma realidade psíquica pessoal povoada de fantasias; o que é profundo já está referido ao intrapsíquico, pois já há um “dentro”, uma realidade psíquica pessoal, com fantasias inconscientes e conteúdos reprimidos. Já o que se passa com um bebê, no início da vida, pertence ao âmbito do primitivo e não do profundo. O bebê, no início, é ainda raso, sem “profundidade”, não tem passado, nem depósito; ainda não armazenou e muito menos recalcou experiências.

Quando falamos de profundo, ao contrário, “sempre indicamos profundidade na fantasia inconsciente do paciente ou em sua realidade psíquica; em outras palavras, estão envolvidas a mente e a imaginação do paciente” (1957, p. 103).

“Esses são os motivos pelos quais Winnicott acentua a exigência das questões referentes à infância primitiva...”, ou seja, à lactância, não poderem ser descritas com as mesmas categorias conceituais, nem tampouco com a mesma linguagem, usadas na descrição dos quadros mais desenvolvidos. Em *Natureza humana* (1990), ele afirma, na Introdução geral ao livro, que a linguagem usada para uma fase do amadurecimento torna-se errada (*wrong*) quando usada para outra fase. Ao emparelhar bebês e psicóticos pela natureza de suas dificuldades, Winnicott está afirmando que a dificuldade básica de bebês e de psicóticos é chegar a si, é sentir-se real, dificuldades que dizem respeito à constituição do si-mesmo (*self*) como identidade unitária e ao contato com a realidade. Eles ainda não têm a maturidade necessária para experimentar, de maneira real e em primeira pessoa, as ansiedades relativas à ambivalência e às fantasias que permeiam as relações triangulares.

Instruído, sobretudo, pelos pacientes psicóticos que regrediam à dependência, Winnicott pôde descrever a especificidade das fases iniciais:

Freud foi capaz de descobrir a sexualidade infantil em uma nova visão porque ele a reconstruiu a partir de seu trabalho analítico com pacientes neuróticos. Ao estender seu trabalho para cobrir o tratamento de pacientes psicóticos *borderline*, foi possível para nós reconstruir a dinâmica da dependência infantil e da infância e o cuidado materno que satisfaz essa dependência (1960a, p. 53).

Havia, portanto, duas fontes de erro com as quais Winnicott se debatia e que buscava denunciar e corrigir desde muito cedo em seu percurso intelectual, e não apenas com relação à psiquiatria, mas também à psicanálise: a tendência de se aplicar às crianças o que pertencia aos adultos e a tendência de aplicar aos bebês o que pertence às crianças maiores.



Em *Natureza humana*, livro quase todo escrito em 1954, referindo-se à contribuição de Abraham para a teoria tradicional do desenvolvimento das funções sexuais, diz Winnicott que “no passado, pensou-se que esta progressão do pré-genital ao fálico e ao genital poderia ser aplicada aos estágios primitivos” (1990, p. 59).

Já em 1936, num texto sobre o apetite e os problemas emocionais, que ainda faz parte da fase inicial do desenvolvimento de seu pensamento original, Winnicott faz notar a importância de se levar em conta o que se passa com o indivíduo desde que nasce e até anteriormente ao nascimento. Ele diz que, pela análise de crianças mais velhas e de adultos,

[...] percebem-se muito claramente os diversos modos de o apetite tornar-se vinculado à defesa contra a ansiedade e a depressão. Pode-se facilmente inferir, então, que a psicologia dos bebês e das crianças pequenas não é tão simples quanto poderia parecer à primeira vista, e que com uma complexa estrutura mental poderia ser atribuída mesmo ao recém-nascido (1936, p. 92)

Exatamente neste ponto, Winnicott acresce uma nota de rodapé, em 1956, provavelmente no momento em que trabalhava na edição do livro *Da pediatria à psicanálise*, publicado em 1958 e no qual incluiu esse artigo de 1936. Diz a nota:

No momento em que isto foi escrito não era comum procurarem-se as causas da doença psicológica nos bebês. Meu ponto de vista era, assim, um tanto original e bastante perturbador para aqueles analistas que enxergavam apenas angústias de castração e conflitos de Édipo. Em meus trabalhos posteriores dediquei-me a aprofundar o tema do bebê cujo desenvolvimento emocional pode ser saudável ou distorcido em qualquer idade, mesmo antes do nascimento. [...] Ainda que eu tenha sido sempre influenciado por Melanie Klein, neste ponto específico eu simplesmente segui o caminho que me foi sendo aberto pela cuidadosa anotação de históricos clínicos de um grande numero de casos (1936, p. 92, nota 2).

4 Pressupostos teóricos básicos para a temática em questão

Faço constar a seguir alguns dos pontos da teoria winnicottiana que estarão sendo levados em conta como pano de fundo da temática mais específica deste artigo.



4.1 Partindo das concepções de que o ser humano é fundamentalmente relacional e de que o ambiente, sobretudo o inicial (composto da mãe e dos cuidados que ela é capaz de prover), participa da constituição do indivíduo, Winnicott se fez estudioso, não do psiquismo – muito menos em termos de aparelho psíquico tal como pensado por Freud –, mas da natureza humana. Sua atenção foi voltada não para os conflitos pulsionais, intra-psíquicos, mas para a história real das relações de um indivíduo com seu meio ambiente desde o início.

4.2 Para tanto, Winnicott formulou uma teoria do amadurecimento pessoal que é o cerne de seu pensamento. Essa teoria se apóia sobre dois pressupostos básicos: a) todo ser humano é dotado de uma tendência ao amadurecimento, ou seja, à integração numa unidade; b) essa tendência, embora inata, não é automática; para que a tendência se realize é imprescindível a presença ativa de um ambiente facilitador. O conceito de ambiente facilitador é altamente específico em Winnicott e só pode ser entendido desde a perspectiva da totalidade de sua obra. Está relacionado à imaturidade emocional e mesmo cerebral do bebê e ao conceito de objeto subjetivo. O ambiente facilitador não é externo nem interno.

4.3 A ênfase principal da teoria incide nos estágios primitivos, de dependência absoluta e de dependência relativa, pois é nesse período que estão sendo constituídas as bases da personalidade e da saúde psíquica. Desse modo, Winnicott estendeu o período da chamada infância para aspectos da vida pré-natal, do recém-nascido e da lactância. Ele salienta a especificidade dessas fases primitivas em relação à infância mais tardia: tira todas as consequências do fato da imaturidade e da situação de dependência absoluta ou relativa que caracteriza essa etapa inicial; entende ser um erro atribuir à lactância fenômenos que caracterizam a fase mais tardia da infância.

4.4 Ao dedicar-se ao estudo minucioso da etapa mais primitiva da vida e tentar descrever, em detalhe, o que se passa entre mãe e bebê, nesse período que é ainda pré-verbal, pré-representacional, pré-perceptivo e pré-simbólico, Winnicott estava interessado em pesquisar as condições ambientais que favorecem e as que falham em favorecer os processos pelos quais um bebê, imaturo e altamente dependente de início, chega a tornar-se uma pessoa viável, capaz de estabelecer relações com a realidade externa, de achar algum sentido no fato de estar vivo e de estar razoavelmente apto a tomar conta de si mesmo. Embora de maneira diferente e menos crucial, as condições que caracterizam o bom ambiente inicial continuam a ser necessárias nos círculos cada vez mais amplos que se abrem ao longo do amadurecimento.

4.5 Além de explicitar os complexos aspectos do crescimento saudável, a teoria do amadurecimento serve igualmente de horizonte teórico para a avaliação



dos fenômenos psíquicos da saúde e da doença em geral e, portanto, para a detecção, o mais precoce possível, de distúrbios psíquicos, o que comporta a ideia de prevenção. É essa possibilidade que, permitindo uma abordagem original e clinicamente eficaz dos problemas mais comuns ou mais atuais da infância, torna viável, no meu entender, um futuro para a psicanálise, pois, além do crescente progresso das terapias químicas e cognitivistas, as antigas chaves psicanalíticas não ofereciam compreensão adequada ou suficiente para o tratamento das patologias que hoje nos chegam à clínica: síndrome de pânico, depressão, violência desconectada de motivações, dificuldade profunda de contato e de comunicação com outro ser humano, sentimento insuperável de vazio numa vida externamente cheia e atribulada, distúrbios psicossomáticos em geral, anorexias e obesidade. No que se refere mais especificamente à infância e à idade escolar, as queixas recaem sobre dislexia, falta de concentração, apatia, agressividade, desinteresse, depressão, déficit de atenção e hiperatividade (que, infelizmente, vem sendo tratada com medicação numa total desconsideração pela etiologia emocional), dificuldades de aprendizagem que não se devem à pobreza do tecido cerebral, às vezes ao contrário, e também o oposto, ao fato de a criança apresentar alta performance intelectual e precisar estar sempre no topo, criança com quem, em geral, os professores simpatizam devido à sua capacidade de aprender, mas cuja mente trabalha em regime de sobrecarga às custas da espontaneidade, da capacidade de brincar e de ter imaginação.

4.6 À luz da teoria do amadurecimento, Winnicott formulou uma teoria dos distúrbios psíquicos em geral, cujo critério de classificação dos mesmos é maturacional e apenas secundariamente sintomatológico: segundo essa teoria, a natureza do distúrbio que aflige o indivíduo – psicose, depressão, neurose, tendência antissocial, etc – depende do momento em que o distúrbio teve origem na linha do amadurecimento, ou seja, está relacionada com o ponto de imaturidade ou maturidade relativa em que o indivíduo se encontrava e com a natureza da tarefa com a qual estava envolvido por ocasião do fracasso ambiental. No que se refere aos distúrbios mais graves, depende igualmente do tipo de falha ambiental que interrompeu a continuidade de ser do indivíduo. Se, no período mais primitivo, o que se estabelece é um padrão de falhas ambientais, o risco é de psicose, uma vez que, interrompido o processo de amadurecimento, o indivíduo não chega a estruturar-se numa unidade. A falha ambiental ocorrida mais tarde já não impede a estruturação do indivíduo e acarreta outro tipo de distúrbio.

4.7 Tendo se ocupado essencialmente dos estágios primitivos, em sua especificidade em termos de imaturidade e dependência, Winnicott formulou uma teoria das psicoses, em particular das esquizofrenias, que remete à lactância como



campo etiológico. Na sua ótica, se estamos diante de um caso de esquizofrenia, o que se deve pesquisar, antes de mais nada, são os fatores ambientais que presidiram os estágios iniciais do indivíduo em questão.

Mas deve-se assinalar que, apesar de Winnicott ter se dedicado sobretudo às psicoses, a novidade das suas formulações não ficam restritas a esse distúrbio; à luz de uma nova concepção sobre a natureza humana e sobre as necessidades fundamentais que, cruciais no começo da vida, na verdade acompanham cada indivíduo humano ao longo da existência, ele redescreve, em aspectos essenciais, a teoria psicanalítica das depressões e igualmente a das neuroses.

5. A lactância como campo etiológico dos distúrbios infantis

Traduzindo as *questões atuais* dadas pelo título do presente volume em termos dos problemas que mais assolam as clínicas psicanalíticas infantis, examino brevemente, nos limites deste estudo, as desordens alimentares, a agressividade e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Haveria ainda muito que falar sobre, por exemplo, a crescente dificuldade e mesmo ausência de contato e comunicação, em favor do isolamento e da comunicação virtual. Deixaremos isso para outra oportunidade.

Esses problemas podem ter etiologias diversas, segundo o ponto do amadurecimento em que surgiram, mas deve-se sempre ter em mente que eles podem provir, e em sua maioria provêm, do fracasso ambiental em favorecer as conquistas iniciais. Isso significa que vamos encontrar na lactância o campo etiológico e que o tratamento psicanalítico, nos termos de Winnicott, prevê a regressão à dependência.

a) Vejamos inicialmente os transtornos de alimentação, que constituem uma das modalidades dos transtornos psicossomáticos. É com referência a estes que a redescrição formulada por Winnicott oferece um dos exemplos mais claros de como, no exame dos fenômenos psíquicos, é preciso considerar as condições ambientais do período de lactância. A contribuição essencial de Winnicott consiste em formular uma nova e mais primitiva raiz para esse tipo de distúrbio – uma falha no processo inicial de a psique vir gradualmente a residir no corpo e toda a organização defensiva que é exigida a partir daí –, alterando o quadro geral de compreensão desses fenômenos e dotando de maior especificidade diagnóstica o que ele entende ser o *verdadeiro distúrbio psicossomático* (Winnicott, 1964; Dias, 2008). Winnicott não desconsidera os vários modos pelos quais o corpo é afetado



pelos estados psíquicos, mas procede a uma classificação levando em conta as etapas do amadurecimento. Ao invés de permanecer na circunscrição dos fenômenos de conversão e somatização, o que apontaria para as etapas mais adiantadas da infância, concernentes à saúde, às neuroses e às depressões, Winnicott dirá que o verdadeiro distúrbio psicossomático está relacionado com o fracasso ambiental em favorecer o início da personalização, num momento muito primitivo, em que o bebê vive em condições de dependência absoluta, dando origem a uma organização defensiva de natureza psicótica, sendo a principal defesa a despersonalização ativa, erigida contra a permanente ameaça de perda de contato entre psique e corpo.

Como já foi mencionado, um bebê, cujo gesto espontâneo não está sendo levado em conta, pode recusar-se a comer; pode também, até facilmente, ser persuadido a alimentar-se, mas isso significa que ele está sendo submetido. Se for esse o padrão ambiental, ele irá se constituir com base num falso si-mesmo e não no verdadeiro, o que é uma base doentia para a vida. Sobre esse ponto dirá Winnicott:

[...] o protesto contra ser forçado a uma falsa existência pode ser discernido já nos estágios iniciais, por quadros clínicos de irritabilidade generalizada, distúrbios de alimentação e de outras funções que chegam a desaparecer clinicamente, apenas para reaparecer de forma mais severa em estágio posterior (1960b, p. 134).

Alterando por completo o quadro referencial em que esses distúrbios alimentares podem ser compreendidos e devem ser tratados, ele diz ainda, numa carta de 1966 a Lili Peller:

[...] o progresso no estudo do que pode fazer a psicanálise em relação a personalidades limítrofes e esquizóides depende, antes de mais nada, do reconhecimento da dependência como algo que se refere à necessidade. Por exemplo, na anorexia nervosa, e nas anorexias comuns, que têm a mesma psicopatologia, a satisfação oral tornou-se um fenômeno dissociado, uma espécie de sedução. O que é mais importante para a criança é *não-comer*, o que de qualquer modo deixa a criança não seduzida, mas existindo enquanto indivíduo (mesmo se ela morrer) (1987, p. 136).

b) Por formular com precisão a participação essencial do ambiente, sobretudo no que se refere aos estágios iniciais, com respeito ao estabelecimento



da saúde psíquica ou na etiologia de distúrbios emocionais, Winnicott fornece respaldo teórico a políticas de prevenção. Isso pode ser facilmente vislumbrado e seria de extrema utilidade no que se refere à questão da agressividade. Em um de seus mais famosos artigos sobre o tema, *A agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional*, o autor começa dizendo:

A principal idéia que este estudo da agressão veicula é que, se a sociedade está em perigo, a razão não se encontra na agressividade do homem, mas na *repressão da agressividade pessoal* nos indivíduos (1950a, p. 355, grifos meus)⁴.

Com respeito, mais especificamente, às raízes da agressividade, Winnicott foi sempre incisivo e explícito em discordar de Freud, e essa divergência, que se expressa ao longo da obra, já pode ser encontrada no seu primeiro artigo sobre o tema, *A agressão e suas raízes*, escrito em 1939. No livro *Natureza humana*, Winnicott dirá que a teoria freudiana das raízes da agressividade

[...] revela-se falsa, pois deixa de lado duas fontes vitalmente importantes da agressão: aquela inerente aos impulsos do amor primitivo (no estágio anterior ao do *concern*, independente das reações à frustração) e aquela *pertencente à interrupção da continuidade de ser pela intrusão que obriga a reagir* (1990, p. 155, grifos meus).⁵

O ponto central de discordância com Freud reside no fato de este localizar as raízes da agressividade na reação às inevitáveis frustrações, no contato com o princípio de realidade, o que já pressupõe um alto grau de amadurecimento que não pode ser suposto como dado num momento tão inicial. Ele diz:

Que a frustração provoque raiva durante tais fases, é óbvio; mas, na nossa teoria dos estágios iniciais, precisamos estar preparados para encontrar a agressão que *precede a integração do eu*, integração esta que tornará possível, num estágio posterior, a raiva pela frustração instintual e que faz com que a experiência erótica seja uma experiência (1954, p. 371, grifos meus).

⁴ Note-se que o termo *repressão*, aqui, não é usado no sentido técnico psicanalítico, mas no sentido comum, familiar ou social, de um impedimento da manifestação agressiva, mesmo em bebês.

⁵ Sobre a agressividade que resulta do impedimento de ser, devido ao padrão invasivo de um dado ambiente, cf. em Dias 2011b, o texto “Unabomber: a violência do impotente”.



Os bem conhecidos motivos da divergência de Winnicott com a teoria kleiniana podem também ajudar a esclarecer a perspectiva de Winnicott acerca da agressividade. Devido à sua concepção de ser humano como essencialmente relacional, Winnicott não pode concordar que a agressividade humana, que é em geral atribuída à inveja, ódio ou sadismo, seja vista exclusivamente como um produto intrapsíquico e atribuída à manifestação da pulsão de morte, ou pulsão destrutiva, sendo esta um elemento constitucional do indivíduo, que varia de intensidade; tudo isso sem nenhuma consideração pela importância do fator ambiental nos estágios iniciais, pelo estado de dependência do bebê, em especial durante a lactância, e pelo fato de que este reage ao tipo de cuidados que recebe. Para Winnicott, a agressividade que alguns bebês manifestam desde o início nunca é uma questão exclusiva da emergência de instintos agressivos primitivos e “nenhuma teoria válida sobre a agressividade poderá ser construída sobre premissa tão falsa” (1939, p. 90).⁶

c) Menciono agora, brevemente, o chamado transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Esse transtorno, cuja primeira descrição clínica aproximada foi feita em 1917, tendo recebido ao longo dos anos várias denominações – lesão ou disfunção cerebral mínima, síndrome hipercinética – é a nova categoria diagnóstica usada para agrupar e descrever a síndrome de crianças, adolescentes e adultos, que, *independente de país de origem, nível socioeconômico, raça ou religião*⁷, apresentam as seguintes características: não conseguem parar quietas e parecem estar sempre a mil, não têm concentração, têm dificuldade em se organizar para realizar o que lhes é solicitado, são impulsivas, apresentam comportamentos agressivos e, naturalmente, sérias dificuldades de aprendizagem. Aqui, para facilitar o desenvolvimento do ponto que me interessa, estarei me referindo, sobretudo às crianças, embora a síndrome possa estar presente em adolescentes e adultos.

No folheto de divulgação⁸, escrito por especialistas e realizado com apoio

⁶ Sobre a agressividade em Winnicott, remeto a Dias 2011, no texto *Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento* e a Garcia, R. M. 2009, sobre a agressividade na obra de Winnicott.

⁷ Trata-se do mesmo folheto (II) referido na nota 8 abaixo; a frase aqui mencionada está na p. 6.

⁸ Para saber como o distúrbio da TDAH está sendo entendido pelos especialistas, utilizei dois folhetos de divulgação: o primeiro (I), intitulado *TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*, explica brevemente o que é a TDAH, para leigos, e é assinado por Paulo Mattos, Coordenador do Grupo de Estudos do Déficit de Atenção da UFRJ; o segundo (II), intitulado *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): uma conversa com os educadores* se propõe, a partir da TDAH, a ser “uma conversa com os educadores”. Na contracapa deste último folheto, encontra-se a seguinte inscrição: Realização: Projeto inclusão Sustentável (PROIS), uma parceria entre profissionais da Universidade Federal de São Paulo e da Universidade Federal da Bahia. Na primeira página consta uma lista da equipe atual de profissionais do PROIS, sendo a equipe coordenada por Maria Conceição do Rosário, professora adjunta da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).



da Novartis, consta tratar-se de um *transtorno neuropsiquiátrico frequente*⁹, que compromete, principalmente, “o funcionamento da região frontal do cérebro, responsável, entre outras atividades, pelas funções executivas (FE)”¹⁰. O que é, sobretudo, afetado, na presença do transtorno, é o funcionamento social, acadêmico e ocupacional.

É muito claro que a hipótese etiológica central dos especialistas aponta para uma área afetada do cérebro, mas como “não existe até o momento nenhum exame ou teste que possa sozinho dar seu diagnóstico, nem mesmo os mais modernos tais como ressonância magnética funcional. PET, SPECT [...]”¹¹, é preciso que o diagnóstico seja clínico, com contribuição da observação feita pelos pais, professores e de outras pessoas que convivem com a criança.

Embora os especialistas afirmem que o transtorno é *multifatorial, com total interação entre fatores genéticos, ambientais*, ao examinar melhor o que querem dizer esses fatores, veremos que todos eles nos levam ao problema cerebral e parece ser essa a principal justificativa para que esse tipo de distúrbio seja atualmente tratado com medicação – o que, em alguns casos, pode revelar-se necessário –, mas sem nenhuma consideração pelos aspectos emocionais que possam estar aí envolvidos.

O item mais esclarecedor, no ponto que interessa a este estudo, é a menção do fator ambiental. Dois trechos ajudam a esclarecer o que se entende por isso. Num deles encontra-se a seguinte afirmação: “Estudos epidemiológicos realizados em diversos países, com características culturais muito diversas, revelaram que o TDAH existe em todas as culturas. Esses estudos comprovam que o TDAH *não* (sic) é secundário a fatores ambientais como estilo de educação dos pais (a famosa ‘falta de limites’) ou consequência de conflitos psicológicos”¹². O fator ambiental refere-se, aqui, a uma dada cultura, caracterizada por traços, hábitos e características bastante gerais, o *estilo de educação dos pais*, por exemplo. Mas será que a afirmação poderia ser a mesma, se o que estivesse em pauta fosse o ambiente no sentido winnicottiano, ou seja, os modos de ser da mãe e dos cuidados ambientais que ela fornece ao bebê, os quais participam ativamente, desde o início da vida, da constituição da personalidade do indivíduo?

Num segundo trecho, lê-se no folheto: “Os fatores ambientais que mais têm sido associados a um risco aumentado para a criança desenvolver TDAH são

⁹ Trata-se do mesmo folheto (II) referido na nota 8 acima, aqui na p.16.

¹⁰ Trata-se do mesmo folheto (II) referido na nota 8, acima, aqui na p. 17.

¹¹ Trata-se do mesmo folheto (II) referido na nota 8, acima, aqui na p. 9.

¹² Trata-se do mesmo folheto (II) referido na nota 8, acima, aqui na p. 7.



o abuso materno de nicotina e de álcool durante a gestação”¹³. Novamente o fator ambiental é visto não como o tipo de relação pessoal que os pais estabelecem com o bebê, desde o início da vida, mas no sentido de terem eles introduzido uma química prejudicial ao bom funcionamento do córtex pré-frontal.

Saliento, ainda, que, segundo os especialistas, os métodos de classificação usados para detectar o TDAH devem apenas apresentar “definições descritivas com ênfase nos comportamentos apresentados pelos pacientes”¹⁴, para ver se preenchem os requisitos da categoria, e, acrescentam, “independente de sabermos ou não quais os fatores etiológicos envolvidos nos diversos diagnósticos”¹⁵. Isto significa que a história do indivíduo – que é a história da constituição de suas relações com o meio ambiente, incluído o outro – vem pouco ao caso.

Contudo, é do maior interesse observar a orientação dada no folheto às pessoas – pais e educadores – com as quais o *portador de TDAH* convive; essa orientação versa sobre a manutenção da previsibilidade ambiental, da clareza na comunicação, da regularidade e constância do ambiente, do não acúmulo de tarefas que prejudiquem a concentração, em suma, do que caracteriza, segundo Winnicott, o ambiente suficientemente bom, ou seja, confiável. A título de exemplo, veja-se a seguinte recomendação para os educadores:

A rotina e a organização são eles mesmas fundamentais para o desenvolvimento dos alunos, principalmente para os portadores de TDAH. A organização externa irá diretamente refletir-se em uma organização interna. Assim, alertas e lembretes serão de extrema valia.¹⁶

Ora, vejamos o que diz Winnicott sobre a apresentação do mundo ao bebê como uma das tarefas primordiais da mãe, já durante a lactância, relativas à constituição dos fundamentos da personalidade do pequeno indivíduo:

Se o ambiente se comporta bem [é regular e previsível], a criança tem a oportunidade de manter um senso de *continuidade de ser*; talvez isto remonte aos primeiros movimentos que fez no útero. Quando isto existe, o indivíduo tem uma estabilidade que não pode ser obtida de nenhum outro modo. [...] Se a realidade externa for apresentada à criança em pequenas doses acuradamente graduadas, de acordo com a compreensão do bebê ou da

¹³ Trata-se do mesmo folheto, o segundo (II), referido na nota 8, acima, aqui na p. 22.

¹⁴ Trata-se do mesmo folheto (II) referido na nota 8, acima, aqui na p. 10.

¹⁵ Trata-se do mesmo folheto (II) referido na nota 8, acima, aqui na p. 10.

¹⁶ Trata-se do mesmo folheto, o segundo (II), referido na nota 8, acima, aqui na p. 25.



criança, esta pode crescer e tornar-se capaz de fazer uma abordagem científica dos fenômenos [ou seja, ser capaz de longos períodos de concentração, de observação cuidadosa, tudo o que é contrário à agitação] e pode mesmo conduzir um método científico no estudo dos fatos humanos. (1950b, p. 40)

Referindo-se ao contrário da regularidade ambiental e suas decorrências para a personalidade do indivíduo, diz Winnicott:

O caos aparece pela primeira vez na história do desenvolvimento emocional através das interrupções reativas do ser, especialmente quando tais interrupções são longas demais. O caos é, primeiramente, uma quebra da linha do ser e a recuperação ocorre através de uma revivência da continuidade; se a perturbação ultrapassa um limite possível de ser tolerado, de acordo com as experiências anteriores de continuidade de ser, [...] uma quantidade de caos passa a fazer parte da constituição do indivíduo. (1990, p. 157; itálicos meus)

Dentro ainda do horizonte winnicottiano, algumas outras hipóteses poderiam ser aventadas, de acordo com cada caso, sobre a etiologia do fenômeno que vem sendo chamado de TDAH e que Winnicott provavelmente incluiria no que ele chamou, redescrivendo-o à luz de sua teoria, de agitação nervosa comum. Pode-se hipotetizar: uma contenção muito primitiva do uso da motilidade e do impulso criativo, espontâneo; uma mãe aflita ou depressiva, que teme os estados tranquilos do bebê e o impele, permanentemente, a estados de vivacidade; uma mãe que, na dualidade entre ser e fazer, é muito mais do fazer do que do ser e que, portanto, força o bebê também a *fazer* antes do tempo; um ambiente regido pela defesa maníaca, em que agitar-se é a palavra de ordem; o ambiente caótico, etc.

O fato de essas recomendações remeterem a prescrições ambientais favoráveis ao tratamento do TDAH levanta uma questão que talvez mereça ser considerada: se esses cuidados ambientais, que, segundo os especialistas, são de extrema importância no tratamento do TDAH, ou, melhor dizendo, se as condições ambientais preconizadas pelos especialistas presidissem, devidamente transpostas, as atitudes do ambiente inicial do bebê, será que isso não funcionaria como prevenção do TDAH? Se assim fosse, o contrário das prescrições, ou seja, o ambiente confuso, caótico ou talvez maníaco, não constituiria uma hipótese etiológica do distúrbio? Caso isso fosse verdadeiro, não seria melhor prevenir do que remediar? □



Abstract

Childhood in Winnicott's psychoanalysis

Based on Winnicott, this article shows initially how the English analyst, as pediatrician, conceived the connection of traditional psychoanalysis with childhood and how, using his experience both in pediatrics and psychoanalysis for psychotic adults, he started to study childhood thoroughly, especially breastfeeding, as a period during which serious psychic disorders arise. After examining childhood according to Freud and Melanie Klein, Winnicott's contribution is introduced: the theory of the maturational process from the baby's extreme immaturity and the importance of the environment which helps or fails in regard to the fundamental accomplishments of the process. And then, based on these principles, the article studies three current types of disorders – eating disorders, aggressiveness and ADHD – in order to show that environmental failures in the breastfeeding period are part of the etiology of such disorders.

Keywords: Winnicott. Breastfeeding. Environmental failures. Eating disorders. Aggressiveness. ADHD.

Resumen

La infancia en la psicoanálisis winnicottiana

Basado en Winnicott, el artículo expone inicialmente cómo el analista inglés, en cuanto pediatra, concibió el enlace del psicoanálisis tradicional con la infancia y cómo, con base en su experiencia simultánea en pediatría y en psicoanálisis de adultos psicóticos, pasó a estudiar minuciosamente no la infancia en general sino, más específicamente, la lactancia, como el período en el que tienen origen trastornos psíquicos graves. Después de un conciso examen de la infancia en Freud y en Melanie Klein, se presenta la contribución de Winnicott: la teoría del proceso de maduración a partir de la extrema inmadurez del bebé y de la responsabilidad del ambiente que favorece o falla en favorecer las conquistas fundamentales del proceso. En seguida, con base en estos fundamentos, el artículo analiza brevemente tres modalidades de trastornos, en sus modos actuales – los alimentarios, la agresividad y el TDAH – para mostrar que las fallas ambientales en el período de la lactancia forman parte de la etiología de estos trastornos.

Palabras llave: Winnicott. Lactancia. Fallas ambientales. Trastornos alimentarios. Agresividad. TDAH.

Referências

- DIAS, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (2008). O distúrbio psicossomático em Winnicott. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; RANNÁ, W. (Org.). *Psicossoma IV: corpo, história, pensamento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 107.
- _____. (2011). Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento. In: *Sobre a confiabilidade e outros estudos*. São Paulo: DWW (no prelo)
- _____. (2011b). Unabomber: a violência do impotente. In: COLÓQUIO WINNICOTT. Tendência anti-social e delinquência, 10., 2011, São Paulo: PUCSP
- GARCIA, R. M. (2009). *A agressividade na psicanálise winnicottiana*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, PUCSP.
- FREUD, S. (1911). Formulations on the two principles of mental functioning. In: *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, v. 12.
- KUHN, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago.
- MATOS, P. (Coord.). *TDAH: transtorno do déficit de atenção e hiperatividade*. [Rio de Janeiro]: Phoenix Comunicação Integrada, [200-]. Folheto.
- ROSÁRIO, M. C. do. (Coord.). *Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: uma conversa com os educadores*. [São Paulo]: UPIA : UNIFESP, [200-]. Folheto do Projeto Inclusão Sustentável (PROIS).
- WINNICOTT, D.W. (1936). O apetite e os problemas emocionais. In: *Textos selecionados da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____. (1939). Agressão e suas raízes. In: *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- _____. (1950a). A agressividade e sua relação com o desenvolvimento emocional. In: *Textos selecionados da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____. (1950b). O crescimento e desenvolvimento na imaturidade. In: *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.
- _____. (1952). Psicoses e Cuidados Maternos. In: *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. 1958.
- _____. (1954). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In: *Textos selecionados da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____. (1957). Sobre a contribuição da observação direta da criança para a psicanálise. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- _____. (1960a). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- _____. (1960b). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- _____. (1962). Enfoque pessoal da contribuição kleiniana. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- _____. (1964). A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.



- _____. (1967). D. W. W. sobre D. W. W. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____. (1968). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- _____. (1987). *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- _____. (1988). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

Recebido em 30/09/2011

Aceito em 08/10/2011

Elsa Oliveira Dias

Rua João Ramalho, 146 – Perdizes
05008-000 – São Paulo – SP – Brasil
e-mail: elsadias@uol.com.br

© Revista de Psicanálise – SPPA