

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA

Æra uma vez...uma intervenção clínica

Os Contos de Fadas na Clínica Psicanalítica Infantil

Trabalho de Conclusão de Curso

Nome: Carolina Lourenço Pereira Lima

Abordagem: Psicanálise – Klein

Professor Orientador: Maria Cecília Faria

Palavras-chave: contos de fadas, clínica infantil, Melanie Klein,
formação da identidade do sujeito.

São Paulo
2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA

Carolina Lourenço Pereira Lima

***É*ra uma vez...uma intervenção clínica**
Os Contos de Fadas na Clínica Psicanalítica Infantil

Trabalho de Conclusão de Curso

Trabalho realizado como exigência
para a obtenção do título de Psicólogo,
pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

São Paulo
2012

Resumo

- Ciências Humanas 7070000-1
- Psicologia

Éra uma vez...uma intervenção clínica.

Os Contos de Fadas na Clínica Psicanalítica Infantil

Os contos de fadas expõem à criança seus conflitos psíquicos e angústias básicas desenvolvimentais. Possuem um caráter libertador; possibilitam apreensão de sentido às vivências; possibilidade de resignificação; podem sugerir, de forma mágica, a solução de conflitos; realizam, assim como nos sonhos, desejos inconscientes; possibilitam enriquecimento da vida psíquica infantil.

O presente trabalho tem como objetivo analisar os contos de fadas e sua importância no psiquismo infantil, visando um meio de intervenção no contexto do tratamento psicanalítico. Melanie Klein será a autora consultada para compreensão do desenvolvimento do indivíduo, juntamente com alguns conceitos da leitura de Donald Winnicott.

Para o estudo da situação analítica infantil, André Green, Pierre Fédida e Thomas Ogden também serão consultados. Após o estudo e discussão de conceitos destes autores (visando à relação entre paciente-analista), será realizada a revisão bibliográfica, a fim de observar o uso de histórias na clínica infantil. Um projeto de intervenção é apresentado, onde os contos de fadas são usados como ação terapêutica na clínica psicanalítica infantil.

Palavras-chave: contos de fadas, clínica infantil, Melanie Klein, formação da identidade do sujeito

Sumário

Introdução.....	p.05
II- Objetivo.....	p.12
III- Método.....	p.13
IV- O Desenvolvimento Infantil e Melanie Klein.....	p.14
V- A Clínica Psicanalítica – A Relação Paciente- Analista.....	p.23
VI- Os Contos de Fadas na Clínica.....	p.29
VII- Projeto de Intervenção Clínica.....	p.41
Referências Bibliográficas.....	p.43

Introdução

O interesse pelo tema “Os Contos de Fadas e a Clínica Infantil” se deu pelo estudo de textos kleinianos e de pós-kleinianos. A complexidade das questões suscitadas pela leitura destes textos levou a busca por condições clínicas para a análise infantil, caracterizada pelas *phantasias*¹. Nada melhor do que trabalhar com contos de fadas, onde as *phantasias* são expostas de um modo socialmente aceito, podendo ser elaboradas pela criança no plano psíquico.

A presente pesquisa pretende analisar os contos de fadas e sua importância, visando um meio de intervenção na clínica infantil. Para isto, devemos entrar em contato com a importância dos contos de fadas na formação da identidade, é então necessário fazer um breve esboço da teoria da constituição de sujeito, elaborado principalmente no capítulo IV. Como fundamentação teórica, a psicanálise, principalmente a autora Melanie Klein, servirão de base para o estudo. A escolha por esta autora se justifica pelo avanço teórico, em relação a Sigmund Freud, do ponto de vista da análise infantil e o psiquismo arcaico tão bem representado.

Como Isaacs (1952, p.89) nos diz, todos os comentários e associações do paciente (adulto ou criança), o dito e não-dito, as repetições, o tom do relato e as imagens dos personagens citados, servem para indicar o caráter e a atividade da *phantasia* neste sujeito. O analista deve notar a maneira e o comportamento do paciente desde o primeiro contato até o término da sessão.

Ao estudar os textos de Melanie Klein, Isaacs (1952) nos diz sobre recursos analíticos para a análise infantil:

“...usar as atividades lúdicas das crianças como objetos materiais, seus brinquedos, seus jogos e atividades físicas em relação ao analista, assim como suas conversas sobre o que estão fazendo ou sentindo, ou sobre o que lhes aconteceu em suas vidas externas” (p.91).

¹ *Phantasia* será utilizado neste trabalho para caracterizar o mecanismo inconsciente, ao contrário do termo fantasia. O último está associado ao ato do pensamento, e, portanto, mais consciente.

O brincar expõe os vários processos mentais da criança, podendo ser considerado como expressão da *phantasia*. As *phantasias* são representantes psíquicos das pulsões e dos mecanismos do ego (mecanismos de defesa, constitutivos, etc.), e está entre o somático e o psíquico. Estas, mais arcaicas, serão experimentadas de modo mais nítido e mais intenso possível na atividade lúdica. Isto é, a *phantasia* é o roteiro e o brincar a cena criada a partir deste roteiro.

Safra (2005, p.22) compara os contos com o campo lúdico, definindo-os como a forma de expressão mais próxima da utilizada pela criança na organização, elaboração e superação de seus conflitos psíquicos. Ambos podem ser relacionados ao processo primário, tendo a condensação e deslocamento como mecanismos atuantes.

Os processos primários estão relacionados à realização de desejos, mesmo com a ação do superego, estes são permitidos através da máscara proporcionada pelos mecanismos de defesa citados acima, com o objetivo de expressão por meios de manifestação plástica. Ou ainda, Safra afirma que alguns autores, como Roland (1971), atribuem aos processos primários o caráter de expressão imaginária com o objetivo de elaboração das angústias do indivíduo.

Os contos de fadas têm várias funções no desenvolvimento psíquico da criança. São histórias ambíguas que possibilitam a introjeção de conteúdos inconscientes fundamentais para a formação da identidade do sujeito.

De acordo com Chauí (1984), possuem um caráter lúdico e de certa forma libertador. Lúdico por possibilitar o contato direto com as *phantasias*, e é neste brincar que os desejos / frustrações se dão, para além do imaginário. Isto é, todas as angústias e desejos podem ser experimentados em um espaço transicional² entre externo e interno.

“Introduzi os termos “objetos transicionais” e “fenômenos transicionais” para designar a área intermediária de experiência, entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, entre a atividade criativa primária e a projeção do que já foi introjetado, entre o desconhecimento

² Transicional é um termo cunhado por Winnicott, será melhor abordado nos capítulos subsequentes.

primário de dívida e o reconhecimento desta`
(Winnicott, 1951, p.390).

Fonoff e Colucci (2008, p.269) nos dizem que no século XVII, Perrault ditava seus contos populares na França, mas estes possuíam caráter e estrutura típica para o público adulto. É no século XIX que o meio científico passa a se interessar e dar uma atenção especial aos contos de fadas, cantigas de rodas, lendas, etc.

Os irmãos Grimm recolheram narrativas da memória popular da Europa e as registraram, pela necessidade de documentação da cultura. Com o passar do tempo, no século XX Walt Disney modifica ainda mais os contos adaptando-os para o público infantil. O registro oral passa pelo escrito e neste momento, com o advento do cinema, o registro passa a ser visual (fator de discussão entre estudiosos, já que, o registro visual pode ser visto como empobrecimento da vida imaginativa, isto é, da construção da *phantasia*. Na atualidade, o cinema 3D carrega esta crítica, mas esta discussão, por não fazer parte do objetivo do trabalho, não será abordada).

As crianças, através do mecanismo de identificação, na maioria das vezes se encantam com o conteúdo dos contos de fadas. O fenômeno da identificação está na base do processo de formação de identidade, se tratando de um processo inconsciente. De acordo com Freud (1921, p.116/117), o mecanismo citado é baseado na possibilidade ou desejo de colocar-se em uma mesma situação do que uma outra pessoa, e constitui a forma mais primitiva e original do laço emocional.

Isto é, os conflitos vivenciados pela criança são expostos nos contos de fadas e esta característica faz com que estes se identifiquem com a história, seus personagens e seus dramas. Bettelheim (2007, p.52) diz que os desejos da criança são expressos de modo aberto neste tipo de literatura, enquanto que nos sonhos, quase sempre a realização dos desejos de dá de modo velado.

“Mas já estamos familiarizados com a distorção onírica. Descobrimos sua origem na censura que é exercida por uma instância psíquica da mente sobre outra. O deslocamento onírico é um dos principais métodos pelos quais essa distorção é obtida” (Freud, 1900, edição comemorativa, p. 306).

Podemos concluir que, nos contos, apesar do mecanismo de deslocamento, por exemplo, operar, este realiza sua função de modo mais competente no sonho. Este mecanismo, o deslocamento, é associado à condensação e a figurabilidade para mascarar da melhor maneira possível o desejo e os conflitos da vida onírica do sujeito desejante.

Em “João e Maria”, podemos observar que a angústia de ser abandonado e o medo de que a figura materna não satisfaça mais as pulsões orais da criança, representam as *phantasias* universais do infantil. É neste terreno que inclusive os jovens, podem se identificar e possivelmente elaborar questões pendentes relacionadas fase oral, marcada notavelmente pela voracidade³.

Os desejos ambíguos em relação aos pais são explicitados. A figura materna pode ser experienciada ora de modo bondoso, fornecendo sua vida para o nascimento da criança; ora de modo malvado, se comportando como a madrasta que abandona.

A mãe, no conto citado, é introjetada no psiquismo da criança de modo parcial. Significa dizer que está sob regência da posição esquizo-paranóide⁴:

“O bebê dirige seus sentimentos de gratificação e de amor para o seio “bom” e seus impulsos destrutivos e sentimentos de perseguição para aquilo que sente como frustrador, isto é, o seio “mau”. Neste estágio, os processos de cisão estão em seu ponto mais alto, e o amor e o ódio, bem como os aspectos bons e maus do seio, são mantidos amplamente separados um do outro” (Klein, 1952, p.72).

Os contos podem proporcionar um ambiente suficientemente bom para a transição da posição esquizo-paranóide para a posição depressiva⁵⁶. É neste movimento que a criança passa a ver a figura materna, por exemplo, em sua totalidade, um mesmo objeto podendo ser bom e mau.

É importante ressaltar que os contos de fadas tem caráter universal e individual. Universal por exprimir de forma mágica os conflitos básicos do desenvolvimento infantil. Individual por ser introjetado de modo

³ Termo cunhado por Klein, será abordado nos capítulos subseqüentes.

⁴ idem

⁵ idem

⁶ Considerando que a primeira passagem da posição esquizo-paranóide à posição depressiva ocorre nos primeiros meses de vida do indivíduo, e esta oscilação entre as posições se dá ao longo de toda existência deste.

idiossincrático, podendo estar a serviço de diversos mecanismos psíquicos (como mecanismos de constituição e de defesa, relacionado às respectivas posições desenvolvimentais – Klein).

“...o significado mais profundo do conto de fadas será diferente para cada pessoa, e diferente para a mesma pessoa em vários momentos de sua vida. A criança extrairá significados diferentes do mesmo conto de fadas, dependendo de seus interesses e necessidades do momento” (Bettelheim, 2007, p.21).

Miranda afirma que a introjeção dos conteúdos nos contos de fadas se dá de modo inconsciente, onde geralmente um dilema existencial é colocado de forma breve e categórica.

Em “A Bela Adormecida”, ao ser despertada do adormecimento, marca a entrada da menina na puberdade. O período de latência é simbolizado pelo adormecimento da princesa, que foi encantada pela fada má, ao espetar o dedo em uma roca.

A divisão entre fada boa e fada má (no caso de “A Bela Adormecida”, a primeira oferece presentes à princesa, já a última lança um feitiço de vingança) acontece através da dissociação característica da posição esquizo-paranóide:

“mecanismos de dissociação do ego frente à ansiedade provocada pela eclosão puberal, mecanismo este descrito por Melanie Klein como a primeira defesa que o ego imaturo do bebê utiliza para enfrentar a realidade” (Miranda).

Além disto, o ato dos reis chamarem a fada protetora para ajudar a filha, que picou o dedo na roca enfeitada, simboliza a necessidade da fusão entre pulsão de vida e de morte, visando o equilíbrio perdido.

O mecanismo de idealização da fada bondosa está a serviço do mecanismo da negação. A bruxa cindida é negada da figura da fada, isto é, o objeto bom é separado do mau sendo este último negado, assim como toda situação de frustração.

Os contos também possuem uma função simbólica. A junção simbólica é revelada por seu valor inconsciente, trata-se de uma elaboração secundária (processo de passagem dos conteúdos inconscientes para a racionalização).

Em síntese, os contos de fadas são importantes para atribuição de sentido, elaboração, simbolização dos conflitos psíquicos. Além de poder

oferecer conforto a criança, ao sentir que os personagens sentem as mesmas angústias que as suas, isto possibilita um melhor desenvolvimento psíquico – inclusive na passagem para a posição depressiva. Pode, inclusive, fornecer soluções para os conflitos que as perturbam, realizando seus desejos mais absurdos, regados pela pulsão de morte.

Enriquecem a vida psíquica de modo a incentivar a superação das decepções narcísicas e questões edípicas – rivalidades com as figuras parentais, com o objetivo da constituição de sua identidade.

Bettelheim (2007,p.27) afirma que, não sabemos qual conto é mais importante para uma criança específica, em um determinado momento, ou ainda, em uma idade específica. A criança é quem determinará a importância do conto, de acordo com a reação emocional produzida por este.

Safra (2005) defende o uso de histórias na ação terapêutica. É através da história que a criança pode comunicar suas angústias superando as dissociações de seu *self*, tendo possibilidade de transformar suas experiências em elementos toleráveis. Pode inclusive intervir na situação de vida da criança, em um movimento de amadurecimento psíquico afim de que esta “não necessite realizar uma organização defensiva patológica ou mesmo criar um sintoma que intensifique seu sofrimento” (p.47).

O presente trabalho pretende fundamentar a importância dos contos de fadas no contexto do tratamento psicanalítico e propor uma intervenção clínica para o trabalho com crianças. Utilizarei os contos como meio de análise e como atividade lúdica. Para isto, o estudo será dividido em 4 etapas:

I – O Desenvolvimento Infantil e Melanie Klein

II – A Clínica Psicanalítica: A Relação Paciente - Analista relação paciente-analista

III – Os contos de fadas na clínica

IV – Um projeto de intervenção

Na primeira etapa utilizarei Melanie Klein para compreensão do psiquismo infantil, e alguns conceitos da leitura de Donald Winnicott a obra desta. Já na segunda etapa, utilizarei alguns conceitos de André Green,

Pierre Fédida e Thomas Ogden para um melhor entendimento da relação paciente-analista.

“A experiência ensinou-me que as crianças podem, perfeitamente, produzir uma neurose de transferência e que, exatamente como no caso dos adultos, surgirá uma situação transferencial desde que empreguemos um método equivalente a análise dos adultos, isto é, que evitemos qualquer medida pedagógica e que analisemos a fundo os impulsos negativos dirigidos ao analista.”
(Klein, 1981, p.20).

O terceiro capítulo será reservado para revisão bibliográfica de histórias na clínica. E por fim, o último será um projeto de intervenção, onde os contos de fadas são aplicados à clínica psicanalítica infantil.

II – Objetivo

O objetivo desta pesquisa é estudar os contos de fadas na clínica psicanalítica infantil. Isto é, compreender a importância dos contos de fadas no desenvolvimento infantil, o processo clínico na relação paciente – analista e elaborar um projeto de intervenção usando os contos como técnica para trabalhar com crianças.

“ O conceito de infância ganhou outros contornos ao longo dos últimos séculos, e seu investimento adquiriu as dimensões de um projeto social, que se agregou ao narcisismo parental mas, transcendendo-o, tornou as crianças as grandes depositárias de ilusões e expectativas relativas ao futuro, sobretudo no Ocidente, durante o século XX” (Gueller e Souza, 2008, p.77).

O arcabouço teórico a ser utilizado será a Psicanálise, Melanie Klein e alguns conceitos de pós-kleinianos.

Para atingir estes objetivos, primeiramente será realizado um levantamento bibliográfico sobre os principais temas: contos de fadas, desenvolvimento psíquico infantil - Melanie Klein, clínica infantil, relação paciente – analista e o uso de contos de fadas na clínica.

Após o estudo acerca destes temas, um projeto de intervenção clínica será elaborado, através da articulação destes conceitos teóricos.

III – Método

○ modelo de pesquisa a ser utilizado é Psicanalítico, pois, além de discutir questões teóricas e ser uma pesquisa conceitual, tem por objetivo a elaboração de um projeto de intervenção clínica, acrescentando material técnico para o exercício da psicanálise clínica infantil.

De acordo com Mezan (2006, p.232), nem toda pesquisa que utilize conceitos psicanalíticos pode ser considerada pesquisa em psicanálise. Muitos trabalhos tratam apenas da evolução de um conceito ou a discussão de uma esfera de aplicação, se tratam então de pesquisas epistemológicas ou históricas.

Já o presente trabalho, pretende relacionar a teoria psicanalítica e a prática clínica, com a finalidade de resignificar o processo terapêutico em crianças.

“ Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições...No entanto, qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa” (Freud, 1918, p.181).

IV – O Desenvolvimento Infantil e Melanie Klein

A psicanálise propõe a existência de instâncias conscientes e inconscientes. A segunda tópica (Ego / SuperEgo / Id) foi essencial para compreensão dos conflitos e do processo de construção da identidade, sendo complementar à primeira (Consciente / Pré-Consciente / Inconsciente, estes não mais vistos como instâncias, agora como atributos das instâncias: Ego / Superego / Id. De acordo com este ponto de vista, o Ego pode se manifestar de modo consciente, inconsciente ou pré-consciente, o Superego de modo consciente ou inconsciente e o Id de modo inconsciente).

Este capítulo servirá para entendermos o desenvolvimento infantil e as contribuições kleinianas neste âmbito. Isto vai possibilitar uma melhor compreensão do universo infantil para posteriormente pensarmos na clínica psicanalítica de crianças.

O sujeito visto pelo âmbito kleiniano é violento pulsionalmente (pulsões não podem ser dissociadas de um objeto, estas atuam e criam tanto uma relação quanto uma experiência emocional inconsciente)⁷. Melanie Klein aponta uma voracidade (que podemos entender como intensidade) presente nas fases oral, anal e fálica propostas por Freud.

A expressão desta voracidade se dá por meio da *phantasia*. Estas *phantasias* passam a serem vistas como transações ocorrendo entre o universo interno e externo vivido pelo bebê em relação. De acordo com Isaacs (1952) *phantasia* seriam os representantes psíquicos das pulsões e dos mecanismos do ego (como mecanismos de defesa, mecanismos constitutivos, etc.). Está entre o somático e o psíquico, onde “pulsões e afetos, sensações e representações, mecanismos e tendências encontram-se reunidos” (Figueiredo, 2009, p.30). Já para Freud, fantasias são representações/idéias da consciência ou pré-consciência que foram recalçadas e transformadas em expressões disfarçadas do desejo, objetos de interpretação.

⁷ Para Klein, Pulsão de Morte representa toda atividade que não promove “satisfação” das necessidades do indivíduo, portanto, produzindo desintegração (ódio). Já Pulsão de Vida é caracterizado pela integração egóica (amor).

Uma das manifestações da voracidade é expressa na dimensão oral, como Cintra e Figueiredo (2004, p.60) nos dizem, por meio das fantasias de sucção vampiresca e de incorporação oral do objeto de amor. Já na dimensão sádico-anal, a voracidade se expressa pela possessividade, do controle sobre o objeto. E por último, na dimensão uretral e fálica, é expressa pela ambição, pela competição e das *phantasias* de penetrar, tomar posse do objeto.

O desenvolvimento psíquico na teoria kleiniana é examinado em períodos de tempo muito anteriores aos que Freud examinou. É a partir da observação de bebês (1930) que Klein se atenta para uma mudança nas relações objetais destes, em torno dos quatro a cinco meses de vida. Neste momento ela constrói a idéia das posições, que constituem um constructo que abarca as relações de objeto, mecanismos de defesa e relações objetais.

Inicialmente, posição, para Melanie Klein é uma nova colocação perante o objeto – este é vivido pela criança de modo externo e interno sendo o último tão autêntico quanto o primeiro. Na posição esquizo-paranóide⁸ predomina o sadismo (intensidade), desejo de devorar e incorporar o outro (voracidade oral). A relação do sujeito para com o objeto é parcial, já na posição depressiva o objeto é total, o sadismo está diminuído para que enfim surja a capacidade de amor, desejo de manter o objeto vivo, utilizando para isto a reparação como mecanismo de defesa, para lidar com as *phantasias* de estar aniquilando o seu objeto de amor.

A primeira posição desenvolvimental seria, portanto, a posição esquizo-paranóide, onde as relações perante o objeto são parciais. Cada posição tem uma angústia que lhe é predominante, no caso da primeira seria a angústia de ser aniquilado ou devorado (Klein, 1952).

Freud nos diz (1933) que a primeira fonte externa de ansiedade pode ser encontrada na experiência do nascimento, desencadeado pela respiração (ativação do sistema nervoso autônomo). A partir destes escritos, Klein postula que:

“a dor e o desconforto que ele sofre então, assim como a perda do estado intra-uterino, são pelo bebê sentidos

^{8 8} Em 1946 esta posição era chamada de paranóide, o atual nome, esquizo-paranóide, foi fundamentado em 1957 no texto “Inveja e Gratidão”.

como um ataque por forças hostis, isto é, como perseguição” (Klein, 1953, p.86).

Sendo assim, a primeira posição na qual o bebê está inserido inclui necessariamente uma ansiedade que tem um caráter persecutório. Este modo de ansiedade não se restringe ao primeiro momento de vida do bebê, porém perdura por alguns meses de forma intensa, e no decorrer de toda vida é desencadeada em diversas circunstâncias de forma tão ou mais intensa que a primeira vez.

A primeira mamada do bebê representa a primeira relação de objeto com a mãe. Desde o início, o bebê se relaciona com a mãe, que no momento é praticamente apreendida como o seio. Esta, além de suprir as necessidades orgânicas, dá suporte psíquico ao bebê e passa a reconhecer a mãe. Ao amamentar, a mãe não oferece apenas o leite que sacia a fome, dá também seu carinho, seu toque, cheiros, olhares, etc.

A mãe percebe (inconscientemente) as necessidades de seu filho e atende-as. Bion (*apud* Barros, 1989, p. 58) descreve esta ação da mãe como *reverie*. A mãe captura os sentimentos do bebê, expressos pelo seu corpo e os compreende, contém e devolve de modo tolerável a fim de que possam ser absorvidos pelo bebê e então possam ser reconhecidos como seus. Deste modo, a contenção e a transformação dos sentimentos através de seus próprios (feito por um ego mais estruturado) torna-os toleráveis para que possivelmente alguma evolução desenvolvimental ocorra.

Contudo, para que a relação dual mãe-bebê ocorra, é necessário que o bebê tenha uma capacidade original de se relacionar, um ego primitivo que tenha condições de sentir a ansiedade e reagir defensivamente⁹ contra esta.

Mais que isto, é necessário que a mãe seja suficientemente boa para com a criança. A mãe suficientemente boa é aquela que posteriormente falta e se separa do bebê. Este movimento possibilita, de acordo com Barros (1989, p.25), que o bebê tenha acesso aos processos destrutivos e defensivos que atuam na ausência do objeto bom externo, para destruí-lo internamente.

⁹ Digo reação defensiva pois como não se trata de um ego constituído, não possui mecanismos de defesa elaborados para lidar com as fantasias. O bebê, portanto, só reage defensivamente contra estas.

“A mãe suficientemente boa é monótona e adapta-se ativamente aos ritmos e às necessidades do bebê, sem se ressentir por isso. Ela cria um ambiente emocionalmente estável e protegido de excessos de estímulos sensoriais (luz, som, temperatura, movimentação, etc.), evitando choques” (Winnicott, 1983).

O seio da mãe é o primeiro objeto com o qual o bebê entra em contato. As pulsões orais, tanto libidinais quanto destrutivas, são direcionadas, em particular, para o seio da mãe. A medida em que o alimento/seio/mãe é gratificador, é amado e sentido como “bom”, porém, quando este se torna frustrante (pela falta ou pelas *phantasias* do bebê), é odiado e sentido como “mau”. Esta relação parcial se dá pela falta de integração egóica, onde há cisão dentro do ego e a relação do objeto é cindida.

Afirmo alimento/seio/mãe pois os aspectos bons e maus são fundidos com a presença física da mãe. Nos primeiros meses de vida o bebê não é capaz de diferenciar uma pessoa, sendo esta relação construída gradativamente.

Klein aponta para fatores agressivos inatos, ao citar (1953, p.87) que em crianças que tem em grande intensidade, a ansiedade persecutória, a frustração e a voracidade são facilmente despertadas. Este inatismo kleiniano gera diversas discussões, e para alguns, este inatismo diz respeito às expectativas inconscientes dos pais projetadas na criança (referência a Freud).

É através dos mecanismos de projeção e introjeção que a criança irá se desenvolver. O bebê projeta tanto as pulsões de amor quanto de ódio ao exterior e introjeta a imagem do seio “bom” e “mau” em seu psiquismo.

A cisão entre objetos bons e maus nos faz pensar na construção de um superego que se diferencia do ego precocemente e que podemos chamar de superego arcaico. Esta afirmação será futuramente abordada na descrição da posição depressiva e o Complexo de Édipo.

Introjeção é além de um mecanismo de defesa, descrito por Freud, um mecanismo fundamental para a constituição do psiquismo. Klein diz que introjetamos os objetos bons e maus os transformando em objetos internos, reguladores do prazer e desprazer psíquicos. Introjetar o objeto bom seria, portanto, colocar para dentro experiências de satisfação que será convertida

em fonte de bem-estar e segurança. Para que isto aconteça é necessário um ambiente suficientemente bom, que proporcione situações satisfatórias (necessidade do bebê correspondida pela resposta do ambiente), mas depende também do bebê qualificar de acordo com seus sentimentos naquele momento como prazerosos ou desprazerosos de acordo com a *phantasia* que predomina no momento. O bebê irá, portanto, qualificar a experiência como boa ou má (seio bom, seio mau). Conclui-se que um ambiente suficientemente bom ajuda a introjeção de objetos bons, mas não o garante. Este ambiente será utilizado de acordo com os recursos inatos deste bebê.

Além da introjeção do objeto bom, introjetamos objetos maus, perseguidores. A criança qualifica determinados objetos como perigosos, perseguidores (os contos infantis proporcionam uma apreensão desta *phantasia*, como por exemplo o lobo mau que deseja devorar os porquinhos, representação da fantasia inconsciente das crianças de serem devoradas).

O desenvolvimento infantil na teoria kleiniana se caracteriza pela complexidade, não havendo, portanto, diferença na complexidade adulta e infantil. Que contempla as alucinações tanto terroríficas quanto prazerosas.

As alucinações e o controle onipotente do objeto interno e externo, assim como diversos mecanismos de defesa, são ativados para conter a ansiedade do bebê. Klein (1952, p.89) afirma que a gratificação fornecida pela alucinação pode nos ajudar a entender como se dá o processo de idealização. A frustração e a ansiedade são eliminadas pela recuperação do seio externo perdido; o bebê tem, portanto, o seio ideal dentro de si, sendo possível a reativação deste para satisfação momentânea. É momentânea, pois em algum momento a sensação de fome dirige a criança ao mundo externo e a coloca novamente no âmbito da frustração. Nesta ação alucinatória, os objetos bons são cindidos em relação aos maus. Esta clivagem está relacionada ao processo de negação, ao aniquilamento de qualquer objeto ou situação frustrante, relacionado à onipotência inicial do bebê.

Este controle dos objetos internos e externos ocorre neste aniquilamento do objeto e de uma situação de perseguição. Isto acontece pois o ego toma posse tanto do seio externo quanto do seio introjetado.

A capacidade do ego de atingir a integração, nesta fase, é limitada. Existem, contudo, momentos de síntese entre sentimentos de amor e ódio para com um só objeto, dando origem à ansiedade depressiva, mas este período é de curta duração já que o ego ainda é muito frágil para tamanha operação (Klein, 1952).

O ego é incipiente e arcaico, se encontra majoritariamente em um estado de não-integração, mas suficiente para iniciar as relações objetais através do mecanismo de introjeção e projeção explicitados anteriormente.

Outro mecanismo de defesa importante é a identificação projetiva. O bebê projeta o sentimento destrutivo na figura materna, como defesa contra a ansiedade. Coloca dentro da mãe o pedaço dele que tem esse sentimento para que o resto dele se sinta melhor. O mesmo pode acontecer com a projeção de sentimentos prazerosos que podem esvaziar o bebê do "bom".

Todos os mecanismos citados acima não devem ser vistos separadamente. Diante da complexidade do aparelho psíquico, estes são combinados e articulados, agindo de modo conjunto.

Aos 4, 5 meses de idade é o período onde ocorrem mudanças na relação objetal (parcial para total) e possibilita a identificação do ego para com seu objeto. De acordo com Barros (1989), a oposição entre objetos bons e maus internalizados passa a ser mais complexa. Bion afirma que nas partes boas do self estão alojados também aspectos maus, assim como nos maus coexistem aspectos bons. A passagem da posição esquizo-paranóide para a posição depressiva é correspondente ao processo de percepção da mãe parcial para a mãe total, o que irá permitir a separação mãe-bebê e o reconhecimento dos sentimentos do bebê para com a mãe.

Durante os primeiros 5 anos de vida do sujeito, ocorre uma oscilação entre as posições esquizo-paranóide e depressiva, o que é essencial para a constituição do psiquismo deste sujeito. Contudo esta oscilação também ocorre ao longo de toda vida dos seres humanos (não de modo tão intenso quanto nos primeiros anos de vida), estamos sempre passando de uma posição à outra. Estamos sempre elaborando, passando por processos de luto e reparação, isto é essencial para manter nosso psiquismo (mantêm a dinâmica e portanto a vida psíquica).

Na posição depressiva, a angústia característica é a depressiva, onde há a preservação do ego, mais complexo, medo de ter feito danos ao objeto amado, de que este desapareça para sempre, do qual o bebê é dependente. É uma angústia culpada, medo dos estragos produzidos no objeto total de amor. Antes havia o medo da perseguição, agora o desafio a ser enfrentado é reconhecer esse objeto como ser desejante e algo que tenho que preservar já que posso perdê-lo.

É neste momento que se dá a capacidade sublimatória mais desenvolvida, observada em Freud. A criança sai da sua onipotência, onde há o predomínio do princípio do prazer, para levar em conta um outro, soberania do princípio da realidade. A criança passa a reconhecer os objetos reais e imaginários, aceita a responsabilidade pelos estragos imaginários e procura remediá-los.

O brincar, por exemplo, é a forma de expressar (podendo ser vista inclusive como a *phantasia* em si) essa *phantasia*. As crianças, quando reconstroem os brinquedos quebrados representam esta defesa reparatória, quando ela pretende juntar os pedaços de brinquedos bons, separar os maus e integrá-los em um todo, conservando-os em seu ego.

A voracidade diminui, o vampirismo, observado na posição esquizo-paranóide, na posição depressiva tem de estar diminuído para conservar o objeto bom introjetado. O objeto bom não é mais devorado, consumido, nesta posição o objeto é total, integrado e deve portanto ser reparado. Ocorre a integração de sentimentos opostos em um único objeto, sentimentos ambivalentes, complexos, de amor e ódio.

O reconhecimento do objeto como total é tê-lo como outro sujeito desejante e se identificar com ele; surgem, portanto, os primeiros sentimentos de culpa.

O passar da posição esquizo-paranóide para a posição depressiva significa ter introjetado objetos suficientemente bons, o que é decisivo para a capacidade de amar e reparar.

A capacidade de conter e elaborar a realidade psíquica, é o que constitui o sujeito. Tornando a posição depressiva a " posição central do desenvolvimento infantil".

Para Klein, Complexo de Édipo e posição depressiva estão sempre associados. Esta autora passa a considerar, diferentemente de Freud, o Complexo de Édipo arcaico. O Édipo seria o momento de integração da mãe boa e mãe má (objetos internos), o sentimento de estar ora incluído, ora excluído e a emergência do ciúmes gerando uma triangulação característica deste momento. Pressupõe a existência de um superego precoce como derivação direta do sadismo da criança. O bebê introjeta os objetos edípicos e projeta sua agressividade nas figuras parentais e o superego decorre de tal projeção. A transição em superego arcaico em consciência moral ocorrerá quando esse sadismo sofrer uma unificação com as pulsões libidinais e isto só ocorre a partir do momento em que há o reconhecimento do outro, reconhecimento de leis e normas sociais, sendo possível através da elaboração depressiva.

A posição depressiva e o complexo edípico, portanto, são modos de experimentação da temporalidade e transitoriedade. Isto é, o ir e vir da mãe, o objeto bom que ao mesmo tempo é mau, etc.

A primeira emergência de uma posição depressiva é o desmame, pois a criança terá que elaborar o luto da perda do primeiro objeto de amor, o seio materno, juntamente com tudo o que vem junto com a amamentação (carícias, amor, segurança, olhar da mãe mapeando o corpo da criança, etc.). Ao decorrer de sua vida, um sujeito está sempre em processo de luto e reparação, que só será eficaz caso tenha uma boa passagem pela posição depressiva e uma boa solução da situação edípica arcaica. É importante salientar que a análise é o meio de rever seus lutos arcaicos através dos atuais.

O luto bem sucedido seria a capacidade de reconstrução (reparação) do mundo interior e a capacidade de se interessar pelo mundo e pelas pessoas, o que requer, como visto anteriormente, um processo de intensidade na relação sujeito e objetos internos, característico da posição depressiva.

As defesas maníacas, características da posição esquizo-paranóide, não desaparecem com a passagem pela primeira posição depressiva (estamos sempre transitando entre estas posições ao longo da vida). Estas se manifestam de modo a diminuir o sofrimento pelo objeto amado (se é

amado é de muito valor e importante para o sujeito) e aparecem como micromania ou megalomania. A micromania é o modo pelo qual a onipotência é manifestada pela diminuição da importância dos objetos estimados e a megalomania a ampliação da capacidade de amar e restaurar todos os danos feitos pelo sadismo (intensidade excessiva, voracidade – podendo ser vista de modo oral, anal, uretral e fállico).

Em síntese, a capacidade de amar e reparar, conseqüentemente a saúde psíquica e a constituição do sujeito, dependerão da elaboração da posição depressiva. Isto é, a introjeção de objetos bons internos bem consolidados proporciona um aumento de tolerância à frustração e à própria realidade psíquica.

V- A Clínica Psicanalítica A Relação Paciente – Analista

Neste capítulo pretendo discorrer sobre questões relativas a técnica e o manejo clínico, o que servirá de base para a compreensão da análise infantil. Contudo, não definirei métodos ou formas de como se deve atender, já que, cada relação é singular e cada sessão é única.

Casement (1987, p.18) nos diz que é papel do analista identificar a realidade interna e externa de cada paciente e a influência destas entre si. A realidade interna é moldada pela experiência do passado e a percepção no presente deste passado, já a realidade externa é experienciada em termos da realidade interna do indivíduo.

O analista tem o papel de ajudar o sujeito na exploração de seu próprio inconsciente, já que não é possível ter acesso a estes conteúdos em si, devido ao mecanismo de recalque e repressão, em relação ao que foi afastado da consciência.

Contudo, não são só os analistas que são capazes de compreender o inconsciente dos pacientes, a recíproca também é verdadeira. Isto é, os pacientes também são capazes de ler o inconsciente do analista mesmo que de modo inconsciente e não decodificando estes conteúdos para a consciência. Esta constatação tira a imagem do terapeuta como mera tela em branco, em que o paciente irá apenas projetar seus conteúdos neste, pois se trata de um encontro entre duas pessoas, dois inconscientes, formando um terceiro analítico.

O terceiro analítico é um conceito formulado inicialmente por André Green e desenvolvido por Thomas Ogden (1994), diz respeito à experiência emocional vivenciada no encontro analítico.

É no encontro entre paciente analista que será produzido a análise, é neste espaço intersubjetivo, entre dois inconscientes, que algo poderá ser criado e desenvolvido. Isto é, neste espaço em que emergirá a interpretação.

“Existem portanto três subjetividades: a do analista, a do analisado e a do terceiro analítico. O terceiro analítico é uma criação do analista e do analisando, ao mesmo tempo em que ambos (na qualidade de analista e analisando) são criados pelo terceiro analítico (não há

analista, analisando ou análise na ausência do terceiro)”
(JUNIOR, site).

Para uma escuta atenta e compreensão dos conflitos do paciente, o analista procura manter-se na posição do não-saber, num estado onde podemos nos sentir ignorantes, para que enfim os conteúdos possam emergir e estarmos abertos para apreensão destes e de seus significados na vida do sujeito. Isto só é possível se nosso olhar não estiver poluído com a teoria ou a imagem errônea de que sabemos de tudo.

A capacidade de tolerar o não-saber e a disposição de esperar até que algo realmente relevante emergja, evita as interpretações prematuras do analista, que nada vai oferecer ao paciente e só terá a função de diminuir a angústia do terapeuta diante desta esta posição impotente.

A posição do não-saber não nega a importância da teoria no processo analítico, muito pelo contrário. Deve-se estudar profundamente a psicanálise para definir claramente a estrutura do nosso trabalho e também ajudar a moderar a incapacidade do não-saber. Mas estes conteúdos teóricos devem estar em um nível pré-consciente, para que o analista esteja aberto para ser surpreendido. Está, portanto, na posição do desconhecimento, no sítio do estranho.

Fedida (1988, p.80) utiliza o termo sítio do estranho para designar o local neutro caracterizado pela capacidade de recepção da fala humana, isto é, o local onde abrirá espaço para fala do paciente e que esta seja escutada como linguagem. Este lugar é fundante das transferências e por conseguinte da relação paciente-analista.

Em relação ao não-saber, Bion (1975) propõe uma visão binocular, unindo o “saber” e o “não-saber”:

“O analista pode aprender a seguir com um dos olhos aqueles aspectos do paciente que ele sabe não saber, enquanto mantém o outro olho no que acha que sabe”.
(Bion *apud* Casement, 1987, p.21).

Casement (1987, p.22) nos diz sobre a simetria inconsciente que modela toda relação humana. Trata-se de uma lógica básica para o processo primário de pensamento, em que inconscientemente todos os relacionamentos são simétricos. O autor exemplifica: se John está zangado

com Mary, inconscientemente Mary sente que também está zangada com John e estão unidos pela raiva.

Esta simetria será fundamental para entendermos o conceito de transferência. Se a transferência é considerada em termos de conjuntos inconscientes, pode-se identificar o que dispara este processo.

Neste momento recorro a Cintra e Figueiredo (2004) para compreender o conceito de transferência em Melanie Klein.

Klein (1920) demonstrou que as crianças também desenvolvem transferências. Parte da suposição de que tudo que realmente importa no processo analítico está sendo trazido para análise e trabalhado na forma da transferência. Isto é, todas as angústias, medos, brincadeiras, devem ser apreendidos pelo paciente como endereçados ao analista, e este se deixa levar pelo lugar onde é colocado.

Fédida (1988) acrescenta que a contra-transferência também é importante no processo analítico:

“Minha tese é que a resposta emocional do analista frente ao seu paciente, no âmbito da situação analítica, representa uma das mais importantes ferramentas de seu trabalho. A contratransferência do analista é um instrumento de pesquisa sobre o inconsciente do paciente”. (Fédida, 1988, p.72)

O processo transferencial pode ser iniciado tanto pelo paciente quanto pelo terapeuta. Isto significa que o paciente pode atribuir elementos de experiências passadas ao terapeuta ou à situação terapêutica ou pode ser criada involuntariamente pelo terapeuta.

Como não existe tempo no inconsciente, uma experiência anterior e os sentimentos são transferidos do passado e são experimentados como se estivessem no presente. É esta atemporalidade que dá, por conseguinte, a sensação de realidade e imediação transferencial.

Em relação à postura do analista, Casement (1987, p.40) discorre inicialmente sobre as conseqüências de uma escolha ortodoxa de uma linha teórica dentro da psicanálise. Para o autor, os analistas devem ser guiados pelo paciente e menos pela orientação teórica em que estão apoiados, pois alguns pacientes podem precisar de um estilo diferente de análise. Cabe ao

analista ser sensível a esta necessidade e perceber que a relação está fora de sintonia.

Mas ao mesmo tempo é necessário confiar no processo analítico para que o analista possa ser usado pelos seus pacientes de diferentes formas. O analista, em algumas situações, precisa ser capaz de seguir o paciente sem se sentir perdido. A teoria é parte essencial nesse processo de orientação do analista, para que enfim possa ir em direção à compreensão.

O espaço analítico é um mundo do espaço potencial (Winnicott, 1971) em que a presença do terapeuta deve permanecer transicional ou potencial, fornecendo um espaço lúdico onde o paciente possa experienciar de modo mais favorável seus conflitos.

E é neste espaço que o terapeuta terá que se manter íntimo e ao mesmo tempo separado, para que seja de fato um espaço potencialmente criativo.

“A psicoterapia é praticada na superposição das duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. Se o terapeuta não for capaz de brincar, então ele não é adequado ao trabalho. Se o paciente não for capaz de brincar, então alguma coisa precisa ser feita para que o paciente se torne capaz de brincar, depois disso que a psicoterapia pode começar. A razão pela qual brincar é essencial é que é brincando que o paciente se torna criativo”. (Winnicott, 1971, p.54)

Em relação à interpretação, existem diversas possíveis respostas diante do material emergido na sessão terapêutica. Cabe ao terapeuta identificar qual servirá melhor para o processo de seu paciente. Casement (1987, p. 58) conta sobre alguns tipos de interpretações possíveis, tais como: relacionar detalhes para a terapia, interpretação transferencial total, ansiedade mais profunda, encontrando ponte para interpretação e ansiedade mais urgente.

Mas antes de adentrarmos nos tipos de interpretação, temos que ter em mente que o analista precisa de tempo para refletir, mesmo se o paciente trabalha em um ritmo acelerado. Neste caso, cabe ao terapeuta ouvir inicialmente a forma de comunicação (como se é dito) para depois escutar o conteúdo.

Cabe agora explicar resumidamente como se dá cada tipo de interpretação.

O primeiro tipo de interpretação é: relacionando os detalhes para a terapia. Trata-se de um tipo comum de interpretação em que o objetivo seria reproduzir em detalhes a comunicação feita pela paciente, relacionando-a à terapia.

Já a interpretação transferencial total é aquela que une três elementos: a vida presente do paciente, a relação terapêutica e o passado do paciente. Pode-se levar várias sessões para que este tipo de interpretação ocorra, pois envolvem elementos de difícil acesso e maior complexidade.

Outro tipo de interpretação é no foco da ansiedade mais profunda do paciente, e, posteriormente, nas interferências inconscientes do sonho. Mas cabe ao terapeuta o cuidado de não realizar de modo prematuro, pois pode acabar induzindo no paciente uma sensação de que ele deveria sentir algo que de fato não ocorre.

Há momentos em que o terapeuta não terá material suficiente para fazer uma interpretação. Faz-se necessário que o analista encontre um degrau intermediário para que o paciente possa seguir a associação em direção ao que lhe convier no momento e não pela direção orientada pelo terapeuta.

O enfoque na ansiedade mais urgente é outro tipo de interpretação, ligado à sensação de urgência claramente indicada no sonho.

Depois de pensarmos sobre os tipos de interpretações existentes, é extremamente importante que o analista se atente para as comunicações não-verbais do paciente. Os choros, silêncios, gestos, cheiros, etc, fazem parte do processo terapêutico e, portanto, devem ser compreendidos (esta afirmação vai à contra-mão de muitos autores, principalmente da escola lacaniana, eles acreditam na interpretação do que é dito apenas por meio do discurso).

“É extremamente importante, portanto, que sejamos capazes de distinguir a parte das reações do terapeuta que fornece indícios para a comunicação do inconsciente do paciente daquela que pertence unicamente ao terapeuta”. (Casement, 1987, p.90).

Muitas vezes o paciente não consegue/não pode suportar sentir determinadas emoções conscientes dentro de si, e acaba projetando no analista para que ele sinta e suporte o que para ele não é possível naquele determinado momento. Este fenômeno que foi brevemente explicado no capítulo de constituição de sujeito é a identificação projetiva (Klein, 1946). Quando isto ocorre, o analista deve se perguntar se estes sentimentos são seus (contratransferenciais) ou se não pertencem só a ele.

Este cuidado deve ser tomado para que evite falhas, durante o processo analítico várias falhas podem ser observadas, recorro a Winnicott:

“Eu não posso falhar nos aspectos do tratamento ligados ao cuidado com a criança e com o bebê até que chegue a um estágio posterior em que me faça falhar nas formas determinadas pela sua história”. (Winnicott, 1965, p.258)

Isto é, se o analista falhar pode ameaçar toda relação terapêutica, mas existe outro tipo de falha apontada acima por Winnicott, a falha na qual o paciente usa o terapeuta para representar uma falha vivida por ele anteriormente. Esta última faz parte do processo psicoterapêutico, como meio de ressignificar a experiência do sujeito.

“A análise não é apenas um exercício técnico. É algo que nos tornamos capazes de fazer quando alcançamos um estágio na aquisição de uma base técnica. O que nos tornamos capazes de fazer permite-nos cooperar com o paciente no acompanhamento do processo, aquilo que em cada paciente tem seu próprio ritmo e que segue seu próprio curso, todas as características importantes desse processo derivam do paciente e não de nós mesmos como analistas”. (Winnicott, 1958, p.278)

Mais que isto, acredito que é nesta relação paciente-analista em que algo poderá acontecer. Não é um trabalho só do paciente ou só do analista, é um trabalho feito através dessa relação única, deste espaço intersubjetivo – terceiro analítico.

VI – Os contos de Fadas na Clínica

“- Titia, diga-me alguma coisa, estou com medo porque está muito escuro.

- O que isso adiantaria, já que você não pode me ver?

-Não faz mal: quando alguém fala fica claro. `` (Freud, 1905)

*P*rocurarei neste capítulo explicitar a importância dos contos de fadas

na clínica psicanalítica infantil. Para isto vou recorrer de modo principal a tese de doutorado de Oliveira (2009): “Tecendo histórias: Intervenção clínica em uma UTI semi-intensiva pediátrica”.

No momento da realização do projeto de pesquisa, baseei-me nos livros de Bettellheim (2007) e Corso (2006) que dispararam em mim um desejo pela ampliação de conhecimentos sobre o universo dos contos de fadas que foi associado ao desejo já existente de trabalhar na clínica psicanalítica.

Em meu primeiro estágio interventivo, vinculado à graduação em Psicologia pela PUC-SP, fui à Vara da Infância e Juventude – Lapa. Nesta instituição pude perceber a importância dos contos de fadas em um caso específico de atendimento.

Sempre me interessei pela Psicoterapia Infantil. Já havia estudado sobre a importância do campo lúdico como meio de comunicação da criança e pretendia criar um ambiente suficientemente bom, fincado nos preceitos de acolhimento winnicottiano, para que assuntos extremamente delicados pudessem ser ditos ou até, se possível (devido ao curto espaço de tempo), elaborados.

Mas antes da descrição do caso e como ocorreu o atendimento, faz-se necessário uma breve introdução sobre a Vara da Infância e Juventude, bem como os objetivos desta instituição até chegar ao atendimento em si.

A Vara da Infância e Juventude tem por objetivo garantir os direitos da criança e do adolescente, no âmbito do Distrito Federal, por meio da prestação jurisdicional, assegurando-lhes condições para seu pleno desenvolvimento individual e social, possibilitando um futuro mais justo para

nossa cidade e nosso país. O instrumento norteador é o ECA, estatuto da criança e do adolescente.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no qual o trabalho foi pautado, foi aprovado no dia 13 de Julho de 1990 (Lei 8.069/90). Este documento diz respeito aos direitos humanos, altera portanto, a intervenção do Estado para com as crianças e adolescente (antes vista de modo arbitrário).

Dentre as várias competências da VIJ (Vara da Infância e Juventude), consta a promoção a resolução de conflitos (atos infracionais) e a regularização de situações que envolvam os interesses infanto-juvenis, buscando também parcerias com entidades diversas, a fim de possibilitar o atendimento mais completo e humano de sua clientela. Segundo o artigo 98, que em muito instaura esta determinação, as medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

I – Por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;

II – Por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável;

III – Em razão de sua conduta.

Uma vez verificada alguma condição do artigo 98, o artigo 101 esclarece medidas específicas de proteção, quais sejam:

I – encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;

II – orientação, apoio e acompanhamento temporários;

III – matrícula e freqüência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;

IV – inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente;

V – requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;

VI – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;

VII – acolhimento institucional;

VIII – inclusão em programa de acolhimento familiar;

IX - colocação em família substituta.

A designação de comissários voluntários, conhecimento dos pedidos de guarda e tutela, destituição do pátrio poder e questões de adoção, também são incumbências da VIJ (sendo esta a clientela da instituição).

A atuação do psicólogo no âmbito judiciário se dá na equipe técnica vinculada diretamente ao juiz, para ajudá-lo no encaminhamento e decisão do processo. Na promotoria, o caso apresentado ainda não se constituiu como processo, é apenas um expediente, onde cabe ao promotor de justiça dar o veredito sobre o encaminhamento do caso para o setor judiciário (o caso passa a ser um processo em vigência) ou outro encaminhamento possível fora da instituição judiciária.

O promotor de justiça Wilson Tafner, observando a importância da psicologia como meio de obter informações mais detalhadas dos casos que chegam até ele (majoritariamente vindos pelo Conselho Tutelar), ofereceu o este serviço à psicologia, como meio de construir uma equipe técnica para a promotoria.

A fundamental diferença entre estas formas de atuação está no nível de encaminhamento do processo. Enquanto a equipe do juiz trabalha com casos em que há, de fato, um processo em vigência, a da equipe da promotoria contribui com o olhar para as necessidades da criança/adolescente em questão, de modo a ampliar, tendo em vista as evidentes nuances de sofrimento psicossocial e às demandas de encaminhamento para diversas instituições, a visão do promotor com relação ao que fazer para realizar uma defesa que considere todos os pontos de vista envolvidos.

O promotor de justiça recebia os casos em forma de documentos e encaminhava estes papéis para que eu pudesse realizar uma entrevista cujo objetivo é coletar informações necessárias e a realização de encaminhamentos para o caso. Os casos eram dirigidos a esta instituição, na maioria das vezes, por meio do Conselho Tutelar, como dito anteriormente. Os relatos não eram claros, muitas vezes ambíguos, o que fez o promotor necessitar deste trabalho como meio de obtenção de tais informações essenciais para o encaminhamento do expediente

Esta entrevista era essencial para preencher as lacunas do relatório encaminhado ao promotor majoritariamente pelo Conselho Tutelar, e, com isto, o promotor avaliaria as entrevistas e decidiria qual o encaminhamento possível para este, podendo inclusive ser futuramente um processo judiciário.

O promotor de justiça deixou a cargo de nós, estagiários, a escolha das modalidades e instrumentos para realização da entrevista, inclusive quais sujeitos seriam entrevistados. Tínhamos o primeiro contato com o relatório que nos era entregue pelo próprio promotor, uma semana antes da entrevista – o que facilitava nossa preparação para o atendimento.

No dia marcado entramos em contato com o relatório de uma menina de 4 anos cuja acusação era abuso sexual por parte do pai. Fui orientada, na supervisão, a fornecer materiais lúdicos para que ocorresse uma triagem deste caso.

Levei para minha entrevista com a garota: papéis, giz de cera colorido e alguns contos de fadas. A menina se encantou com os giz de cera, mas ao observar os livros de contos, logo mudou de interesse.

Os livros de contos de fadas foram o disparador deste encontro. Minha atitude em relação à criança juntamente com o auxílio dos livros como ferramentas despertaram a emergência dos conteúdos traumáticos vivenciados pela criança. Acredito que foi possível a criação de um ambiente suficientemente bom.

Um ambiente suficientemente bom é aquele que possibilita que a criança se desenvolva psicologicamente. Isto é, que o sujeito possa brincar, criar e recriar seu mundo interno e por conseguinte seu mundo externo.

A criança afirmou que escutara estas histórias na creche onde freqüentava e pegou em suas mãos: “Chapeuzinho Vermelho”. Perguntei se ela gostaria que eu contasse esta história a ela.

Com a resposta afirmativa de A., contei a história. Assim a garota pode falar sobre seu medo do lobo mau. E relatar que seu pai a obrigava assistir filmes de monstros para que ela ficasse assustada e fosse dormir com ele.

Além disto, as mãos grandes do lobo a lembravam do ato masturbatório, no qual foi vítima (a criança encenou os movimentos que o pai realizava nela). O trauma pode ser expresso através do personagem, o que possibilitou, inclusive, trabalhar brevemente com as figuras masculinas do

conto. Isto é, ao entrar em contato com esta vivência, apresentei a figura do caçador, que é uma figura masculina e salva a chapeuzinho do perigoso lobo mau¹⁰. Neste momento, A. afirma que existem anjos e o “papai do céu” (sic) que protege do mal.

Como ela pode me descrever, pode evocar o trauma e me relatar por meio de uma linguagem simbólica esta situação de abuso.

Refletindo depois, pude perceber que esta entrevista acima resumida forneceu a mim uma maior adesão ao desejo da clínica psicanalítica infantil. Mais que isto, aquele determinado conto foi uma ferramenta de extrema importância para aquela criança naquele determinado momento. Isto é, a escolha pela chapeuzinho vermelho certamente não se deu por acaso, mais que isto, serviu de ponte entre o interno e o externo, onde a criança pode falar (inclusive o cantar) sobre o evento traumático que vivenciara.

O caso foi citado de modo resumido, mas acredito que forneceu uma ampliação em minha prática clínica. A intervenção com os contos de fadas desencadeou a minha ação terapêutica, o que facilitou minha relação com a criança e a relação da criança com a situação traumática e o trabalho com esta.

Além disto, realizei um grupo terapêutico junto a um psicólogo em um hospital- dia. Os pacientes desta instituição são dependentes químicos e alcoólicos, existindo alguns dos pacientes ali que estão inclusive internados nesta clínica. Neste grupo foi realizado uma reflexão acerca dos conteúdos subliminares dos contos de fadas com os pacientes relacionando questões como: inveja, ciúmes, luto, entre outros, na vida cotidiana destes, inclusive com a drogadição.

Estas duas experiências realçaram claramente para mim que os contos de fadas eram um instrumento muito importante para a psicologia.

Juntamente com o respaldo teórico de Gilberto Safra, caminharei neste trabalho em busca de uma intervenção clínica infantil usando os contos de fadas como facilitador do encontro analítico.

¹⁰ Como se tratou de uma única entrevista, diante da minha angústia posteriormente analisada, forneci um a possível solução para seu conflito – com o objetivo de dizer que figuras masculinas também podem ser boas. No processo clínico acredito que é necessário deixar a própria criança se apropriar das soluções mágicas fornecidas pelos contos de fadas, introjetá-las e vivenciá-las.

O Brincar, o Narrar e os Contos de Fadas

O Brincar

☉ brincar representa a construção do mundo interno e externo da criança através de uma ação sobre a realidade por meio de seu desejo. De acordo com Safra (2006, p.13) a criança, ao brincar, ressignifica o ambiente no qual está inserida, imprimindo neste uma organização diferente daquela que lhe foi oferecida. Funda, portanto, mundos – possibilidades desta criança estar no mundo e instituir modos de ser.

Além disto, o brincar oferece a oportunidade da criança de projetar um destino e criar sentidos para sua existência.

“O brincar, por suas características, cura a criança e o homem. Independente das intervenções e das interpretações que um analista possa fazer frente ao jogo, ele por si mesmo promove a transformação e a cura. Embora o brincar não produza e seja aparentemente algo só da infância, ele apresenta os elementos ou a matriz do que é fundamental para o ser humano” (Safra, 2006, p.16).

O autor ainda nos diz que o brincar dá um entorno à criança, de modo que ela não caia na solidão absoluta ou na experiência de despedaçamento do corpo. A angústia do corpo despedaçado e a solidão absoluta me remeteu à posição autista-contígua proposta por Thomas Ogden (1996).

A posição autista contígua diz respeito a um dos modos mais primitivos de atribuição de significado as experiências (pensado no modelo de constituição de sujeito kleiniano). Trata-se de uma organização psicológica na qual a experiência do *self* está baseada na ordenação da experiência sensorial, isto é, na superfície da pele.

Esta associação se deu pois o brincar exige, além de estar em relação com um não-eu, a capacidade de simbolização iniciada nas experiências do bebê na posição esquizo-paranóide. Uma criança cuja matriz transferencial está pautada majoritariamente na posição autista-contígua não faz o mesmo uso do brincar descrito por Safra, permanecendo com a angústia do despedaçamento e do medo de escoar no vazio.

A criança usa os objetos ao seu redor com o objetivo de se sustentar, e, na presença de um Outro, que é testemunha do que acontece com ela, o brinquedo passa a ser significado pela qualidade da presença deste Outro.

O modo de se expressar no universo infantil é através da brincadeira. Klein é pioneira em postular o brincar como possibilidade de análise no método psicanalítico, já que o brincar é a linguagem do infantil e partindo do princípio de que o jogo expressa, pela ação, as *phantasias* inconscientes por meio de seu simbolismo. Sendo assim, é de igual importância à associação-livre do paciente adulto e o brincar da criança, no processo analítico.

O Narrar

“Contar é tão importante quanto o conteúdo da narrativa.” (Diatkine, 2007)

A criança está inserida, desde o nascimento, em uma determinada cultura /civilização / família. Em nossa civilização, a criança já entra em contato com a escrita a partir do momento em que olha a sua volta, mesmo sem entender ao certo do que tais símbolos se tratam.

“O narrar refere-se à possibilidade de se contar uma experiência pois no cerne de todo narrar há uma experiência. Ao narrarmos uma situação buscamos compartilhar uma experiência de vida, tornando-a presente” (Safra, 2006, p.24).

Eventualmente as condições de vida/cultura imprimem na subjetividade humana uma impossibilidade de ter uma experiência de narrar, devido à temporalidade cada vez mais acelerada. Safra (2006) aponta para o fenômeno de desenraizamento, deslocamento de uma comunidade, presente nos analisandos da atualidade, pela falta de possibilidade de experimentar e ausência da capacidade de narrar o vivido. Isto se dá pela ausência de um Outro que possibilite a sua constituição, ofertando-lhe um si-mesmo. Um Outro que possa ser a raiz deste sujeito, que seja um meio para que o sujeito possa se encontrar, pertencer, comunicar e conviver.

Mais que isto, é necessário que o sujeito esteja inserido em um espaço e um tempo que tenha alguma relação com a sua corporeidade. Caso não haja esta relação a pessoa se desaloja, se decompõe (novamente relaciono isto à posição autista-contígua de Thomas Ogden) e isto implica na não-experiência e, conseqüentemente, na impossibilidade de narrativa, preso em uma agonia impensável.

A narrativa implica também em uma processualidade, isto é, quando alguém conta uma história sabemos que esta possui um começo, um meio e um fim, envolve um processo.

Safra defende o narrar do analista para o paciente a fim de ofertar uma experiência do viver humano, presentificando sabedoria (vista como verdade ancestral). Para este autor, o narrar oferta à pessoa a possibilidade de se

apropriar das experiências e nos apresenta para além do tempo, para o tempo do eterno, onde o que é significativo é a verdadeira condição humana.

Diatkine (2007), ao falar sobre a atitude dos pais ao contar uma história para a criança, diz que esta história se torna um objeto familiar cuja constância lembra uma das qualidades do objeto transicional.

Neste momento faz-se necessário conceituar objeto transicional explicado por Winnicott. Este conceito representa a primeira posse do sujeito, o primeiro objeto que não é ele. Deve ter como característica: ser do mundo externo, ter vitalidade ou realidade própria, não mudar (a não ser que a criança o modifique), possibilidade de ser amado e odiado. Este objeto será fundamental para o processo de desenvolvimento da criança vinculado às angústias de separação e as defesas contra elas.

A história narrada é imutável, mas em sua forma há espaços para indeterminação, diretamente relacionada à disposição do que é dito e do que não é dito, à disposição do explícito e do implícito (Diatkine, 2007).

Cuopos (1999) mostra a importância das histórias como instrumento do trabalho psicopedagógico. Seu estudo é baseado no contar e observar o que estas histórias evocam no sujeito.

O objetivo do presente trabalho está aquém da psicopedagogia, diante disto, recorro a Hisada (1998) cujo trabalho consiste no uso de histórias (resultante de sua experiência clínica) no processo psicoterapêutico de adultos, cito:

“O uso de histórias com crianças já é bastante utilizado na clínica para diagnóstico e tratamento. É um recurso mais aceito e utilizado com crianças” (Hisada, 1998).

Contudo, em minha revisão bibliográfica, não encontrei material que justificasse ou utilizasse contos de fadas – especificamente – como proposta clínica terapêutica na vertente psicanalítica. É este meu objetivo no presente trabalho.

Os Contos de Fadas

Os contos de fadas são de origem celta e nasceram como poemas, mais tarde integrados no círculo novaleresco arturiano, essencialmente idealista e preocupado com valores eternos do ser humano: os de seu espírito (Curopos, 1999).

Possuem uma estrutura simples com começo, meio e fim, o que facilita seguir o enredo sem perder os personagens de vista.

Bettelheim (2007) nos diz que os contos de fadas possuem um tipo de significado profundo e transmite importantes mensagens ao psiquismo humano. Os contos falam sobre os conflitos interiores vividos pela criança de um modo que ela inconscientemente compreenda, e ainda fornece ferramentas para que ela lide com estas questões tão angustiantes do desenvolvimento psíquico tais como: ansiedades características de ambas as posições perante o objeto (paranóide e depressiva), dilemas edipianos, rivalidades fraternas, lutos, reparações e etc (como observamos no capítulo de desenvolvimento infantil).

O autor afirma ainda que as histórias modernas escritas para crianças não mostram os conflitos existenciais do desenvolvimento humano tal como acontece nos contos de fadas. Além disto, estas histórias não fornecem ferramentas simbólicas para que a criança possa lidar com as questões relativas ao amadurecimento psíquico.

Os mitos também podem expressar um conflito interior de forma simbólica e sugerir como pode ser resolvido. Contudo, os contos de fadas o fazem de modo mais sutil, apresentado de um modo simples e despretensioso, onde a criança não é levada a agir de maneiras específicas mas é capaz de escolher o seu caminho sem se sentir inferior. Mais que isto, os contos de fadas dão esperança em relação ao futuro e oferecem a promessa de um final feliz.

O uso de fábulas também não é justificado pelo caráter moral destas histórias. No final sempre alguém aprenderá algo com o que foi narrado, o que não é o objetivo dos contos de fadas. Nestes não há uma lição a ser aprendida, mas há possibilidade de realizar seus desejos de modo aberto e

sem a culpa presente nas fábulas, caso escolha o caminho diferente do dito como “certo”.

Entrei em contato com a tese de doutorado citada no início deste capítulo – Oliveira (2009). Esta tese foi essencial para justificar e refletir sobre a utilização dos contos de fadas para fins terapêuticos.

A pesquisa é realizada em uma UTI semi-intensiva pediátrica e usa como instrumento os contos de fadas. A autora afirma a importância deste objeto (livros de contos de fadas) no desenvolvimento infantil e os relaciona a possibilidade de transicionalidade.

Transicionalidade é um termo cunhado por Winnicott e acontece como um amadurecimento, uma conquista. Trata-se de um espaço, nem dentro, nem fora; nem interno, nem externo, onde o psiquismo será construído em relação com o outro (inicialmente a figura materna).

Porém, a autora chega à conclusão de que narrar os contos não foi de fato tão importante, cito:

“Eu pensava que o fato de contar histórias produziria efeitos positivos nas crianças. Não quero dizer que contar histórias não seja importante, porém, acredito ter passado a compreender esse fenômeno por outro vértice, ou seja, apenas estar ali em disponibilidade, sendo simplesmente eu mesma, já era algo de valor para os envolvidos na pesquisa” (Oliveira, 2009, p.110).

Concordo que a postura do analista diante do paciente é mais importante que a ferramenta que será utilizada na sessão, mais que isto, é no encontro paciente-analista que as relações mais primitivas podem ser revividas, reinventadas e reelaboradas (explicitado no capítulo II deste trabalho). Contudo, os contos de fadas podem ser facilitadores no processo terapêutico, principalmente em casos traumáticos como pude experienciar no caso da criança que sofreu abuso sexual.

Cabe agora discutir sobre a importância dos contos de fadas na clínica infantil.

Ao citar Radino (2003), Oliveira (2009, p.63) afirma que existe efeito terapêutico nos contos de fadas para as crianças. O desenvolvimento traz novos obstáculos a serem enfrentados, gerando sentimentos ambivalentes no psiquismo do sujeito. Através dos contos de fadas, as crianças podem

experimentar o bom e o mau e entrarem em contato com suas angústias e *phantasias* mais primitivas.

Por exemplo, muitos contos de fadas começam com a morte da mãe ou pai da personagem principal (na qual a criança se identifica), nestes contos a criança pode entrar em contato com o seu desejo de matar as figuras parentais e por conseguinte com a angústia gerada pela morte dos mesmos.

O significado mais profundo dos contos de fadas será diferente para cada pessoa e diferente em cada leitura, dependendo das angústias /interesses /necessidades do momento da criança.

Os contos de fadas oferecem à criança novas dimensões para lidar com suas pulsões, de modo a sustentar o ego em formação. As situações traumática, como um dos primeiros lutos (o desmame), podem ser explicitadas e reelaboradas de um modo fantástico, onde toda história termina com: “e viveram felizes para sempre”.

“As identificações das crianças, com determinados personagens, ajudam a trazer a consciência emoções guardadas ou mesmo nunca experimentadas” (Bettelheim, 2007).

Oliveira (2009) afirma que os contos de fadas podem ser utilizados no *setting* psicanalítico como meio de apoiar a criança em seu desenvolvimento emocional. A criança pode se reconhecer por meio desta história e isto pode ter um efeito terapêutico para ela. Auxilia inclusive no caminho da criança para encontrar representações para o seu sofrimento.

“Por conseguinte, o efeito terapêutico dos contos deve-se ao favorecer a criação de pontos de referências reais para a criança; por possibilitar que os conflitos pudessem ser pensados, por capacitar o ouvinte a lidar com a própria angústia e por ajudar a criança a inventar as suas próprias metáforas. Para o autor (Gutfreind), os contos tradicionais são reservatórios de medos humanos; dentre eles: o abandono, o de estar só, o de morrer, o de matar, o de ser preterido a um irmão. Portanto, ouvir essas histórias pode dar à criança a esperança de que esses medos possam ser combatidos e até mesmo superados. Em suma, o conto acolhe o caos”. (Oliveira, 2009, p. 69)

VII – Projeto de Intervenção Clínica

Diante deste estudo sobre o desenvolvimento infantil, relação paciente-analista e a importância dos contos de fadas no desenvolvimento psíquico da criança, proponho um projeto de intervenção terapêutica.

Este projeto consiste no uso dos contos de fadas como instrumento na psicoterapia psicanalítica infantil.

“Cada tipo de situação demanda um tipo de manejo e de acolhimento do modo de ser da criança. É importante compreendermos esta diversidade para que possamos acolher a singularidade e as necessidades de cada criança em sua relação com os brinquedos”. (Safra, 2006, p.20)

Levando em conta a singularidade do sujeito e o momento da psicoterapia, pode-se oferecer junto a caixa lúdica, os contos de fadas. Caso a criança se identifique com este instrumento, o uso deste fará parte essencial no processo terapêutico.

Assim como no brincar, é papel do analista interpretar a escolha e o uso daquele específico conto de fadas naquele determinado momento.

A escolha é feita pelo próprio paciente, baseado na identificação com o instrumento, mas também poderá ser sugerido pelo analista mediante o ato de refletir sobre o material trazido pelo próprio paciente e também nos sentimentos despertados (relação paciente-analista).

Os contos de fadas podem ser lidos pelo analista ou pelo próprio paciente. Cabe ao analista identificar as *panthasias* latentes na criança e as qualidades das forças que estão agindo sobre ela.

O analista irá interpretar a escolha, os comportamentos verbais e não-verbais do paciente, a relação transferencial e contra-transferencial associados às próprias qualidades dos contos de fadas (figuras boas e más, angústias características, etc).

O analista tem que seguir/acompanhar a criança neste movimento de oscilação, hora se aproximando de seus conflitos, hora se afastando. A criança acabará se deparando com limites de ordem interna, que podem surgir como resistência ou afastamento do processo. Cabe ao analista perceber o momento certo de intervir.

A elaboração se dá através das associações, do significado do conflito. A criança, através deste instrumento, vai voltar para si-mesma e buscar uma auto-organização.

Os contos de fadas poderão ser usados para pacientes de qualquer idade, já que este instrumento representa também um brincar. O processo terapêutico se dará:

“Entre o encanto e o desencanto, ou entre duas vidas ou entre duas mortes, ou entre o amor e a morte, entre o desejo e a ilusão...”. (Corrêa, 1998, p.133)

Referências Bibliográficas

- ABRAM, Jan. A linguagem de Winnicott. Editora Revinter. 2000.
- ASSUNÇÃO, Renata. Os contos de fadas: fantasia e espaço potencial. Trabalho de conclusão de curso. PUC-SP. 2004.
- BARROS, Elias Mallet da Rocha. Melanie Klein – Evoluções. 1989.
- BARROS, Iliane. Era uma vez o desenvolvimento... Trabalho de conclusão de curso. PUC-SP. 2003.
- BETTELHEIM, Bruno. A psicanálise dos contos de fadas. Editora Paz e Terra. 2007.
- CÂNDI, Talya. O duplo limite: o aparelho psíquico de André Green. Editora Escuta. 2010.
- CASEMENT, P. Aprendendo com o paciente. Imago. RJ. 1987.
- CHAUI, M. Repressão Sexual. Ed. Brasiliense, 1984.
- CINTRA, E. M. D. U. e FIGUEIREDO, L.C. "Melanie Klein. Estilo e pensamento". Editora Escuta. (2004).
- CORSO, Diana Lichtenstein e CORSO, Mário. Fadas no divã. Psicanálise nas Histórias Infantis. Editora Artmed. 2006.
- DIATKINE, René. As linguagens da criança e a psicanálise. Sociedade Psicanalítica de Paris. Ide (São Paulo) v.30 n.45 São Paulo dez. 2007.
- FÉDIDA, Pierre. Clínica Psicanalítica. Ed. Escuta. 1988.
- FONOFF, Fernanda Mara Colucci e COLUCCI, Regina Baptista. Os heróis, as princesas e o imaginário infantil. Jornal de Psicanálise, São Paulo, dez. 2008.
- FREUD, Sigmund. "Três ensaios para uma teoria sexual" - Editora Imago. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Volume VII. 1905.
- FREUD, Sigmund. "A dinâmica da Transferência" - Editora Imago. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Volume XII.1912.
- FREUD, Sigmund. "Sobre o Narcisismo: Uma Introdução" - Editora Imago. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Volume XIV. 1914.
- FREUD, Sigmund. "O inconsciente" - Editora Imago. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Volume XIV. 1915.
- FREUD, Sigmund. "A Organização Genital Infantil" - Editora Imago. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Volume XIX. 1923.

- FREUD, Sigmund. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. 1919 (1918). Editora Imago. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Volume XVII.
- FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer. 1920. Editora Imago. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Volume XVIII.
- FREUD, Sigmund. A interpretação dos sonhos. Edição comemorativa 100 anos. Editora Imago. 2001.
- GOBBI, Adriana Silveira. Uso de mecanismos de defesa no período de latência. Mestrado. Porto Alegre. 2009. PucRS.
(http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1980)
- GOLDGRUB, Franklin. "A Metáfora Opaca. Cinema, mito, sonho, interpretação". São Paulo. Casa do Psicólogo (2004).
- GUELLER, Adela S. de. e SOUZA, Audrey S. Psicanálise com crianças: histórias que configuram um campo. In Psicanálise com crianças. Perspectivas Teórico-clínicas. Casa do Psicólogo. 2008. São Paulo.
- HISADA, S. A utilização de histórias no processo psicoterápico uma proposta winnicottiana. RJ, Revinter.
- ISAACS, S. A. Natureza e a função da fantasia. In: Melanie Klein et al. Os progressos da psicanálise. 3. edição Rio de Janeiro: Zahar, 1952. pp.70-135.
- KLEIN, Melanie (1946 – 1963). Inveja e Gratidão e outros trabalhos. Obras Completas, v. III. Editora Imago. 2006.
- KLEIN, Melanie (1981). Psicanálise da criança. São Paulo. Editora Mestre Jou.
- KLEIN, Melanie. Amor, Culpa e Reparação – Obras Completas de Melanie Klein (Vol. 1,pp.301-329). Rio de Janeiro: Imago (Obra original publicada em 1935).
- KLEIN, Melanie (1946 – 1963). "Inveja e Gratidão e outros trabalhos". Obras Completas, v. III.
- KLEIN, Melanie. (1982). Notas sobre alguns Mecanismos Esquizóides. In Klein. M.; Heimann, P.; Isaacs, S., & Riviere, J. Os Progressos da Psicanálise. (pp. 313-343) 3 ed. Rio de Janeiro: LTC (Obra original publicada em 1946).
- KLEIN, Melanie. Contribuições à psicanálise. São Paulo, Editora Mestre Jou, 1970.
- KLEIN, Melanie. Os sentimentos de solidão: nosso mundo adulto e outros ensaios. Tradução de Paulo Dias Corrêa. Rio de Janeiro. Editora Imago, 1975.
- LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J. –B. "Vocabulário da Psicanálise". Livraria Martins Fontes, Editora Ltda, quinta edição. (1970)
- LUDKE,M.& ANDRÉ,M.(1986). Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U.

- MARTIN, André. A metapsicologia dos Descentramentos entre sujeito e objeto na obra de Freud. 2006. Mestrado. USP-SP.
- MENGARELLI, Jandyra Kondera (organizadora). Dos contos, em cantos. Editora Ágalma. 1998.
- MEZAN, Renato. Pesquisa em psicanálise: algumas reflexões. Jornal de Psicanálise. Junho, 2006. São Paulo.
- MIRANDA, Cláudia A. de. Fadas e Bruxas – Mecanismos Esquizoparanóides na literatura infantil. www.joseouteiral.com.br/.../Fadas%20e%20bruxas%20-%20Cláudia%20A%5B1%5D.%20de%20Miranda.doc .
- OCAMPO, M.L.S. e col. O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. São Paulo, Martins Fontes, 1981.
- OGDEN, T. H. “Os sujeitos da Psicanálise”. Casa do Psicólogo. (1996).
- OLIVEIRA, Márcia Campos de. Tecendo Histórias: Intervenção clínica em uma UTI semi-intensiva pediátrica. Doutorado em Psicologia Clínica. PUC-SP. 2009.
- PARREIRAS, Ninfa de Freitas. A psicanálise do Brinquedo na literatura para crianças. São Paulo. 2006. Mestrado. USP-SP.
- SAAD, Mel Pessoa. Os contos de fadas no espaço potencial. Trabalho de conclusão de curso. PUC-SP. 2003.
- SAFRA, Gilberto. Curando com histórias. A inclusão dos pais na consulta terapêutica da criança. Edições Sobornost. 2005.
- SAFRA, Gilberto. Desvelando a memória do humano: o brincar, o narrar, o corpo, o sagrado, o silêncio. Gilberto Safra. Edição Sobornost. 2006.
- SEGAL, Hanna. Introdução à obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro. Editora Imago. 1975.
- SILGAL, Ana Maria. Escritos Metapsicológicos e Clínicos. Casa do Psicólogo. 2009.
- VIDERMAN, Serge. A construção do espaço analítico. Ed. Escuta. 1990.
- WINNICOTT, D. W. Tudo começa em casa. Editora Martins Fontes. São Paulo. 1989.
- WINNICOTT, D. W. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. 1971.
- WINNICOTT, D. W. O brincar e a realidade. Editora Imago.1975.
- WINNICOTT, D. W. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. 1951.