

***Roseana Moraes Garcia: autobiografia winnicottiana***  
IBPW/IWA

Nasci em São Roque, estado de São Paulo, em 7 de abril de 1956, e formei-me psicóloga clínica em 1990, depois de uma formação em ciências exatas. Entrei em contato pela primeira vez com a obra winnicottiana ainda durante minha graduação em Psicologia. A partir de um estágio que fiz em uma ONG, na qual atendi adolescentes em liberdade assistida, interessei-me em estudar e pesquisar a origem do comportamento antissocial na natureza humana. Em minha busca por autores psicanalíticos que tivessem abordado o tema, deparei-me com o texto de Winnicott, “A delinquência como sinal de esperança”. O título me



intrigou profundamente. A ligação que Winnicott identificava entre delinquência e esperança não era nada trivial e percebi que ele tinha desenvolvido toda uma teoria que permitia que tal ligação fosse feita. Foi a partir desse texto que me interessei por sua obra, interesse que se estende até os dias de hoje, na forma de pesquisa, ensino e clínica.

A partir da leitura de Winnicott, e também interessada na psicanálise dos bebês e das crianças pequenas, fiz um curso de especialização, na FCM/Unicamp (1993-1995), em Psiquiatria e Psicologia Clínica da Infância, no qual se ensinava Winnicott – o qual, porém, era entendido, nesse programa, como um autor freudiano-kleiniano. Desde que havia começado a estudar a psicanálise freudiana e kleiniana, no curso de graduação, dois conceitos me causavam certo incômodo: o conceito de pulsão de morte e o conceito de aparelho psíquico. Na leitura da obra winnicottiana, na época, encontrei claramente enunciada a sua refutação da pulsão de morte, mas a questão do aparelho psíquico me pareceu ser aceita pelo autor. Porém, com o avanço de meus estudos com Zeljko Loparic e Elsa Dias, pude entender que os termos ego, id e superego foram utilizados por Winnicott para facilitar a interlocução com seus pares e que, em sua teoria, ele refuta não só a pulsão de morte, mas a própria teoria das pulsões e a ideia de aparelho psíquico.

Em busca de me aprofundar no conhecimento da obra winnicottiana, inscrevi-me, em 1997, como ouvinte, em um curso do professor Loparic, no IFCH/Unicamp, cujo tema era *Winnicott: uma psicanálise não-edipiana*. O tema do curso deixava clara a diferença da leitura que o professor fazia dos textos de Winnicott, e foi isso que me chamou a atenção. Nesse curso, Loparic já trazia esboçada a sua tese de que Winnicott havia desenvolvido uma teoria revolucionária na psicanálise, em termos kuhnianos. Essa tese impactou-me num primeiro momento, mas, à medida que fui assistindo a suas aulas, e em face das dúvidas que eu já tinha em relação à psicanálise tradicional, a teoria começou a me fazer muito sentido. Interessei-me, principalmente, pelo papel desempenhado pelo ambiente na constituição do indivíduo, ou melhor, pelo amadurecimento pessoal como uma tendência humana à integração sustentada por um ambiente suficientemente bom.

Em face disso, candidatei-me, na PUC-SP, em 1999, ao programa de mestrado, com o professor Loparic. Minha dissertação discorria sobre *A tendência antissocial em D. W. Winnicott*, que fora o primeiro tema que me chamara a atenção para a obra do autor e no qual eu queria me aprofundar, tanto do ponto de vista da teoria e da clínica como também da prevenção. Encontrei na obra de Winnicott a tendência antissocial como um distúrbio que tem origem em uma falha ambiental e, por isso, só pode ser compreendida na perspectiva da teoria do amadurecimento. Essa falha é definida pelo autor como uma perda de cuidados, que eram suficientemente bons e repentinamente deixaram de ser, com a situação de perda se estendendo por um período maior do que aquele que a criança pode manter viva a lembrança da experiência. Além disso, a criança já está amadurecida o suficiente para perceber, consciente ou inconscientemente, que essa falha veio do ambiente.

O importante para mim é que, como a tendência antissocial tem origem em uma falha ambiental, ela pode ser prevenida se compreendida e tratada em seu nascedouro. Tal constatação fornece subsídios para a formulação de políticas públicas de saúde para a prevenção desses distúrbios e foi nessa área que desenvolvi e continuo desenvolvendo vários trabalhos.

Paralelamente a meus estudos acadêmicos, em 1999 inscrevi-me num grupo de estudos da obra winnicottiana e também na supervisão individual de casos clínicos com Elsa Oliveira Dias. Nesse grupo, iniciei um estudo sistemático da teoria do amadurecimento, tema sobre o qual Dias publicou seu primeiro livro. O grupo deu origem ao curso de formação em psicanálise winnicottiana, com a criação do Centro Winnicott de São Paulo (CWSP), em 2003, por Loparic e Dias, do qual fiz parte desde o início, como aluna e posteriormente como professora.

Em 2004, dei continuidade à minha formação acadêmica ingressando no programa de doutorado, novamente sob orientação de Loparic, na PUC-SP e defendi a tese cujo título é *A*

*agressividade na psicanálise winnicottiana*. Escolhi o tema da agressividade e das suas origens na natureza humana de acordo com a teoria winnicottiana, primeiro para estudar a agressividade na linha do amadurecimento desde suas raízes até a idade adulta, e, segundo, para enunciar as diferenças com a psicanálise tradicional – Freud e Klein –, focando o conceito de agressividade como um dos pilares da mudança paradigmática operada por Winnicott na psicanálise, como mostrada por Loparic. Nesse estudo, defendi as seguintes teses: a) a agressividade para Winnicott não é constitucional, no sentido de que o indivíduo já nasceria com um *quantum* predeterminado de agressividade, como é para Freud (pulsão de morte), embora seja inata no sentido de que o ser humano está vivo e estar vivo implica destruição. No início, a agressividade é simplesmente parte do apetite, da espontaneidade e da motilidade do bebê; b) a agressividade, como todas as outras dimensões humanas, precisa ser experienciada ao longo do amadurecimento, na presença de um ambiente suficientemente bom, para poder ser integrada ao si-mesmo, caso contrário permanecerá cindida, complicando a vida do indivíduo; c) o modo como o ambiente recebe o estar vivo do bebê praticamente definirá como este irá lidar, ao longo do amadurecimento, com sua destrutividade pessoal; d) em suas raízes, a agressividade não tem nada a ver com amor ou ódio; os afetos ainda não estão implicados nesse momento. Poder amar e odiar requer muito amadurecimento; e) nos estágios iniciais, não existe nenhuma intenção, devido à imaturidade do bebê, de agredir, e se ele machuca ou fere é totalmente por acaso; f) a agressividade tem valor social, pois só o indivíduo que pôde experienciá-la e integrá-la ao longo do amadurecimento poderá ser um membro saudável da sociedade, gerador do que Winnicott chama de fator democrático inato.

A trajetória profissional de Winnicott também me interessou, por extrapolar o consultório particular. Como pediatra e psiquiatra infantil, e tendo por base a teoria que estava construindo – a teoria do amadurecimento –, trabalhou com crianças e suas famílias no serviço público de saúde londrino praticamente durante toda a sua vida profissional.

Trabalhou também na área do serviço social inglês, principalmente na evacuação de crianças pequenas durante a Segunda Guerra, além de manter sua clínica privada. Sua construção teórica e a sua clínica, tanto privada como pública, têm sido meu objeto de estudo e de trabalho.

Nos últimos anos, tenho me dedicado a estudar o papel do pediatra e do psiquiatra infantil, segundo a concepção winnicottiana, como figuras-chave para qualquer política de prevenção em saúde mental, pois são os profissionais, por excelência, que acompanham o bebê e os pais nos primeiros anos de vida. Para Winnicott, os pediatras têm um lugar muito especial na profissão médica, pois são praticamente os únicos médicos que lidam com a totalidade do

paciente – embora, é claro, possam especializar-se. Porém, mesmo quando um pediatra é um especialista, ele tem o indivíduo total sob seus cuidados e, portanto, tem a oportunidade de considerar a criança na família e no ambiente social, e de ser ao mesmo tempo médico do corpo e da psique da criança.

Nessa perspectiva, minhas pesquisas e trabalhos concentram-se nos seguintes temas: etiologia, diagnóstico e prevenção da tendência antissocial; experiência cultural e tendência antissocial; formas de tratamento da tendência antissocial: consultas terapêuticas, pais e família como terapeutas e a instituição terapêutica; a origem e a integração da destrutividade na natureza humana; clínica da agressividade; democracia e maturidade; a importância da pediatria e da psiquiatria infantil de Winnicott na prevenção em saúde mental; a importância do ambiente suficientemente bom no início da vida; e a supervisão winnicottiana (minha principal área de estudo no momento).

### **Artigos publicados:**

Garcia, R. M. (2005). O uso da consulta terapêutica na clínica da tendência antissocial. *Natureza Humana*, 7(1), pp. 209-234.

Garcia, R. M. (2009). O tratamento de crianças afastadas do convívio familiar. *Winnicott e-prints*, 4(1), pp. 1-11.

Garcia, R. M. (2012). Entrevista com Zeljko Loparic. In E. O. Dias (org.), *Relendo a Psicanálise com Loparic* (237-273). São Paulo: DWWeditorial, 2012.

Garcia, R. M. (2013). A ética do cuidado e a sociedade democrática. *Winnicott e-prints*, 6(1), pp. 79-87.

### **Apresentações em colóquios, congressos e jornadas:**

Um caso de transferência delirante (2002); Tendência antissocial e experiência cultural (2006); A tendência antissocial na clínica winnicottiana (2006); O caso Livia: alguns aspectos da clínica winnicottiana da adolescência (2007); Winnicott e Bowlby (2007); A etiologia e a prevenção da tendência antissocial na teoria de Winnicott (2009); Interpretação em Melanie Klein: o caso Dick (2010); Agressividade e constituição do si-mesmo (2010); Democracia e amadurecimento (2010); Os sonhos nas consultas terapêuticas (2011); A destrutividade em Winnicott: um caso clínico (2012); O papel da família na etiologia e na cura da tendência antissocial (2013); Considerações sobre *bullying* nas escolas na perspectiva winnicottiana (2013); Winnicott para educadores: conversando sobre a violência no contexto escolar (2013); Adolescentes abrigados

e socialização: um desafio (2014); A psicanálise winnicottiana como subsidio teórico para a formulação de políticas públicas em saúde mental e serviço social: algumas reflexões (2015); Crianças abrigadas, suas famílias e a instituição (2015); O conceito de transferência delirante (2017); Winnicottian concept of child psychiatry (Paris, 2017); A criança e a família como pacientes (2018); O papel do terapeuta winnicottiano nas instituições (2018); O papel do pediatra na prevenção em saúde mental (2018); Um caso de manejo na clínica com crianças (Lisboa, 2019); Os settings no tratamento da tendência antissocial (2020); Agressividade e tendência antissocial na infância (2020); O bebê, a mãe e o pediatra (2021).