

DM
CAST/1.1

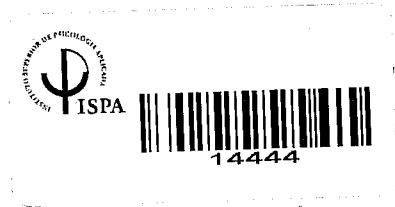
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA CLÍNICA
1998/2000

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Calvin e Hobbes ou o limbo das coisas semi-esquecidas:

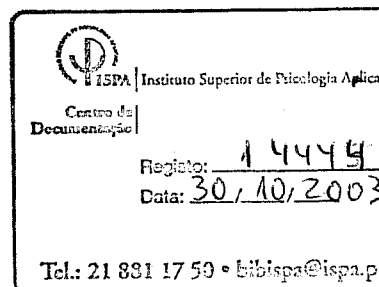
Estudo exploratório da posse dos objectos privilegiados
da primeira infância

Orientador: Professor Doutor Eduardo Sá



Isabel Cristina Machado Bicha Castelo

Lisboa, Junho de 2001



**DISSERTAÇÃO DE Mestrado em
PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA CLÍNICA,
APRESENTADA AO INSTITUTO SUPERIOR
DE PSICOLOGIA APLICADA, SOB
ORIENTAÇÃO DO PROFESSOR DOUTOR
EDUARDO SÁ**

LISBOA 2001

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Eduardo Sá, pela orientação, interesse e disponibilidade evidenciados ao longo de toda a elaboração deste estudo.

À Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Sintra, na pessoa do seu Vice-Provedor, Sr. Humberto Figueiras. Os meus agradecimentos pela pronta aceitação da proposta de concretização deste projecto de estudo junto dos utentes da Instituição. Também pela sua disponibilidade, interesse e compreensão ao longo de todo o desenvolvimento do trabalho.

Às Educadoras responsáveis pelas três Valências de Infância onde se implementou esta investigação, Maria do Rosário Gomes, Isaura Baumberg e Isabel Soares. Por terem colaborado prontamente na organização e facilitação de todo o processo de recolha de dados.

Às Educadoras das salas de Berçário, Parque 1 e 2 e Sala dos 3 anos, dos Infantários da Santa Casa da Misericórdia de Sintra. Por terem um contacto mais próximo com as mães das crianças em estudo, foram, quase sempre, uma presença indispensável.

Às Mães das crianças que participaram no estudo, pela sua colaboração e entusiasmo.

À Mafalda Santos, pela sua preciosa ajuda, pelos conhecimentos estatísticos e pela disponibilidade total.

Ao Miguel e à Sara, pela ajuda na introdução dos dados e tratamento estatístico. Também pela invasão da sua vida pessoal.

Ao Filipe Moura, pela ajuda e interesse na apresentação e impressão do trabalho.

Aos meus amigos, Cristina, Nuno, Celeste, João e Clara, pela sua paciência na revisão atenta do texto. Pela partilha das motivações, compreensão, oportunidade de discussão e interesse permanentes.

Ao João Galhordas e ao César, pelas sugestões e oportunidade de discussão.

À Cláudia, pelas sugestões que me deu em diversas fases deste estudo.

A todos os meus outros amigos, que embora não tenham colaborado directamente na elaboração deste trabalho, partilharam as coisas boas e más e me acompanharam sempre.

À minha família, pelo interesse e motivação, paciência e compreensão que demonstraram até ao fim.

E finalmente ao Paulo. Pela compreensão, paciência e estímulo.

RESUMO

Este trabalho insere-se no âmbito da Teoria das Relações Objectais, abordando directamente o conceito de objecto transicional formulado por Winnicott (1951).

Teve como objectivos a contextualização das condições de surgimento e evolução da ligação a um objecto de transição, bem como dos objectos indutores do sono, aparentemente mais precoces. Procurou-se, ainda, caracterizar as fases do desenvolvimento primitivo de crianças que possuem um apego observável a um objecto transicional e de crianças que necessitam de um objecto de adormecimento, contrastando-as com as vivências de crianças que não evidenciam qualquer apego a um objecto específico.

Finalmente, avaliaram-se diversos índices de psicopatologia materna, nestes três grupos de crianças.

Os sujeitos observados eram alunos de creche e jardim de infância, pertencentes à faixa etária entre os 12 e os 42 meses. Para alcançar os objectivos pretendidos, utilizou-se um questionário de desenvolvimento e três instrumentos de auto-avaliação de sintomas psicopatológicos gerais, depressão e ansiedade.

Os resultados mostraram que os objectos de adormecimento são mais precoces que o objecto transicional, cujo apego só se reflectiu no comportamento infantil, após o primeiro aniversário.

A análise dos dados de desenvolvimento evidenciou uma tendência para que as crianças sem apego observável a um objecto de transição ou de adormecimento se mantenham ainda muito próximas da figura materna, preservando-se as características iniciais da relação precoce mãe-filho, por um período mais prolongado. Por fim, salientou-se uma tendência para que estas mães apresentem índices mais elevados de sintomatologia psicopatológica, comparativamente com as dos restantes grupos.

	Pág.
RESUMO	ii
ÍNDICE	iii
ÍNDICE DE FIGURAS	v
ÍNDICE DE QUADROS	vii
INTRODUÇÃO	1
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
Capítulo 1. DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL PRIMITIVO	8
1.1 A Importância da Função Materna	10
1.2 O Processo de Integração do Ego	18
1.3 O Desenvolvimento das Relações Objectais	24
1.3.1 A Relação Objectal e a Teoria da Ilusão	26
1.3.2 A Capacidade de se Preocupar e o ultrapassar da Posição Depressiva	28
1.3.3 Da Relação ao Uso do Objecto	33
1.3.4 Relações Objectais Posteriores	34
Capítulo 2. O OBJECTO E OS FENÓMENOS TRANSICIONAIS	39
2.1 A Área Intermediária de Experiência	40
2.2 O Conceito de Objecto Transicional	42
2.3 Objectos Transicionais Iniciais e Posteriores	50
2.4 O Objecto Transicional enquanto facilitador do Desenvolvimento Emocional	54
2.4.1. A Transicionalidade do Processo de Ilusão	56
2.4.2. O Objecto Transicional e a passagem da Relação ao Uso do Objecto	58
2.4.3. O Desenvolvimento da Capacidade Simbólica	61
2.4.4 Da Simbiose Primitiva à Separação-Individuação	63
2.5 O Destino dos Fenómenos Transicionais	66
2.5.1. O Brincar	69
2.5.2. A Experiência Cultural	72
2.6. Psicopatologia na área dos Fenómenos Transicionais	74
Capítulo 3. PSICOPATOLOGIA MATERNA	80
3.1 A Depressão	83
3.1.1 Patologia Depressiva Materna	87
3.2 As Perturbações da Ansiedade	92
3.2.1 Ansiedade Materna	95

Capítulo 4. O DESENVOLVIMENTO DOS PROCESSOS TRANSICIONAIS NUM CONTEXTO DE PSICOPATOLOGIA MATERNA	99
4.1 O Objecto Transicional e a sua relação com os Objectos Interno e Externo	100
4.2 A Influência da Depressão e Ansiedade Maternas no Uso do Objecto Transicional	106
PARTE II - CONTRIBUIÇÃO PESSOAL	115
Capítulo 5. OBJECTIVOS E METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	116
5.1. Fundamentação e Objectivos	117
5.2. Variáveis em Estudo	124
5.3. Método	128
5.3.1 Amostra	128
5.3.2 Instrumentos	139
5.3.3. Procedimentos	149
5.3.4. Análise dos Dados	150
Capítulo 6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	152
6.1. Características Gerais da Amostra	154
6.2. Comparação do uso do Objecto Transicional e do Objecto de Adormecimento	164
6.3. Comparação dos três grupos da amostra nas Variáveis de Desenvolvimento	181
6.4. Comparação dos três grupos da amostra nos Índices de Psicopatologia Materna	215
6.5. Análise intra-grupal das Variáveis Ordinais	225
Capítulo 7. DISCUSSÃO	233
7.1. Análise conceptual do Objecto de Adormecimento e seu posicionamento face ao Objecto Transicional	236
7.2. Desenvolvimento Emocional e Relação Mãe-filho nos três grupos de crianças	244
7.3. Análise dos Índices de Psicopatologia Materna nos três grupos	260
7.4. Análise intra-grupal dos três grupos de crianças	268
Capítulo 8. CONCLUSÕES	271
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	275
ANEXOS	292

Índice de Figuras	Pág.
Figura 5.1. Idade média e desvio-padrão dos sujeitos dos três grupos	130
Figura 5.2. Distribuição, em percentagem, dos sujeitos dos três grupos, em função da variável Género	132
Figura 5.3. Idade média do Pai e da Mãe, nos três grupos	132
Figura 5.4. Distribuição, em frequência, dos sujeitos do Grupo 1, em função da variável Estado Civil dos Pais	134
Figura 5.5. Distribuição, em frequência, dos sujeitos do Grupo 2, em função da variável Estado Civil dos Pais	134
Figura 5.6. Distribuição, em frequência, dos sujeitos do Grupo 3, em função da variável Estado Civil dos Pais	134
Figura 5.7. Distribuição, em percentagem, dos sujeitos dos três grupos, em função da variável Nível Profissional do Pai	136
Figura 5.8. Distribuição, em percentagem, dos sujeitos dos três grupos, em função da variável Nível Profissional da Mãe	136
Figura 5.9. Distribuição, em frequência, dos sujeitos dos três grupos, em função da variável Posição na Fratria	137
Figura 5.10. Distribuição, em frequência, dos sujeitos dos três grupos, em função da variável Número de Irmãos	138
Figura 5.11. Distribuição, em frequência, dos sujeitos dos três grupos, em função da variável Tipo de Agregado Familiar	139
Figura 6.12. Número médio de irmãos e desvio-padrão, nos três grupos	162
Figura 6.13. Distribuição, em frequências absolutas, dos sujeitos do Grupo 1, em função da variável Forma do Objecto Transicional	165
Figura 6.14. Distribuição, em frequências absolutas, dos sujeitos do Grupo 2, em função da variável Forma do Objecto de Adormecimento	167
Figura 6.15. Distribuição, em frequências absolutas, dos sujeitos do Grupo 1, por Género e Forma Preferida do Objecto Transicional	168
Figura 6.16. Distribuição, em frequências absolutas, dos sujeitos do Grupo 2, por Género e Forma Preferida do Objecto de Adormecimento	169
Figura 6.17. Média e desvio-padrão da Idade (meses) de Início do Apego ao Objecto, nos Grupos 1 e 2	170
Figura 6.18. Distribuição, em percentagens, dos sujeitos dos Grupos 1 e 2, por Escalões Etários de Início do Apego ao OT e OA	170
Figura 6.19. Distribuição, em frequências absolutas, dos sujeitos dos Grupos 1 e 2, em função da variável Incentivo ao Apego ao Objecto	172
Figura 6.20. Distribuição, em frequências absolutas, dos sujeitos dos Grupos 1 e 2, em função da variável Atitude Materna face ao Apego	173
Figura 6.21. Distribuição, em frequências absolutas, dos sujeitos dos Grupos 1 e 2, em função da variável Reacção à Substituição do OT/OA	174
Figura 6.22. Distribuição, em frequências absolutas, dos sujeitos dos Grupos 1 e 2, em função da variável Reacção à Lavagem do OT/OA	176
Figura 6.23. Média e desvio-padrão, nos três grupos, para o Início da Vigilância Médica da Gravidez	186
Figura 6.24. Média e desvio-padrão da Duração da Gravidez (semanas), nos três grupos	187
Figura 6.25. Média e desvio-padrão do Tempo de Amamentação (semanas), nos três grupos	195

Figura 6.26. Idade média e desvio-padrão do Período de Cólicas, nos três grupos	202
Figura 6.27. Idade média e desvio-padrão do Período de Pesadelos, nos três grupos	206
Figura 6.28. Idade média e desvio-padrão de Mudança para Quarto Próprio, nos três grupos	209
Figura 6.29. Idade média e desvio-padrão de Início da Frequência de Creche, nos três grupos	212

Índice de Quadros

	Pág.
Quadro 5.1. Distribuição, em frequência, dos sujeitos dos três grupos, em função da variável Género	131
Quadro 5.2. Limites etários, em anos, do Pai e da Mãe, nos três grupos	133
Quadro 5.3. Classificação do Tipo de Actividade Profissional, em quatro níveis	135
Quadro 6.4. Prova de Kruskall-Wallis para a variável Idade	154
Quadro 6.5. Prova do Qui-quadrado para a variável Género	155
Quadro 6.6. Prova de Kruskall-Wallis para a variável Idade do Pai	156
Quadro 6.7. Prova de Kruskall-Wallis para a variável Idade da Mãe	156
Quadro 6.8. Prova do Qui-quadrado para a variável Estado Civil do Pai	157
Quadro 6.9. Prova do Qui-quadrado para a variável Estado Civil da Mãe	158
Quadro 6.10. Prova do Qui-quadrado para a variável Nível Profissional do Pai	159
Quadro 6.11. Prova do Qui-quadrado para a variável Nível Profissional da Mãe	160
Quadro 6.12. Prova do Qui-quadrado para a variável Posição na Fratria	161
Quadro 6.13. Prova de Kruskall-Wallis para a variável Número de Irmãos	162
Quadro 6.14. Prova do Qui-quadrado para a variável Agregado Familiar	163
Quadro 6.15. Distribuição, em frequências e percentagem, dos sujeitos do Grupo 1, em função da variável Número de Objectos Transicionais usados	166
Quadro 6.16. Prova de U-Mann-Whitney para a variável Início do Uso do Objecto	171
Quadro 6.17. Prova do Qui-quadrado para a variável Incentivo ao Apego	172
Quadro 6.18. Prova do Qui-quadrado para a variável Atitude Materna face ao Apego	173
Quadro 6.19. Prova do Qui-quadrado para a variável Reacção à Substituição do Objecto	175
Quadro 6.20. Prova do Qui-quadrado para a variável Reacção à Lavagem do Objecto	176
Quadro 6.21. Prova do Qui-quadrado para as variáveis relativas às Situações de Utilização do Objecto; OT/OA	178
Quadro 6.22. Prova do Qui-quadrado para a variável Planeamento da Gravidez	181
Quadro 6.23. Prova do Qui-quadrado para a variável Aceitação da Gravidez	182
Quadro 6.24. Prova do Qui-quadrado para a variável Perturbações Somáticas durante a Gravidez	183
Quadro 6.25. Prova do Qui-quadrado para a variável Perturbações Emocionais durante a Gravidez	183
Quadro 6.26. Prova do Qui-quadrado para a variável Perturbações Sócio-familiares durante a Gravidez	184
Quadro 6.27. Prova do Qui-quadrado para a variável Decurso da Gravidez	185
Quadro 6.28. Prova de Kruskall-Wallis para a variável Início da Vigilância Médica da Gravidez	187
Quadro 6.29. Prova de Kruskall-Wallis para a variável Duração da Gravidez	188
Quadro 6.30. Prova do Qui-quadrado para a variável Existência de Bebé Imaginário	189
Quadro 6.31. Prova do Qui-quadrado para a variável Preferência Materna de Género	189
Quadro 6.32. Prova do Qui-quadrado para a variável Sintonia entre o Género desejado e o real	190

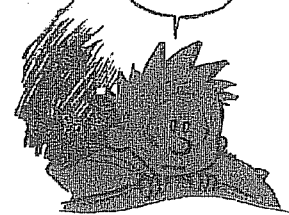
Quadro 6.33. Prova do Qui-quadrado para a variável Tipo de Parto	191
Quadro 6.34. Prova do Qui-quadrado para a variável Indução do Parto	192
Quadro 6.35. Prova do Qui-quadrado para a variável Duração do Parto	192
Quadro 6.36. Prova do Qui-quadrado para a variável Humor Pós-Parto	193
Quadro 6.37. Prova do Qui-quadrado para a variável Amamentação	194
Quadro 6.38. Prova de Kruskall-Wallis para a variável Tempo de Amamentação	195
Quadro 6.39. Prova do Qui-quadrado para a variável Frequência da Amamentação	196
Quadro 6.40. Prova do Qui-quadrado para a variável Reacção do Bebê ao Mamar	198
Quadro 6.41. Prova do Qui-quadrado para a variável Atitude Materna face à Amamentação	199
Quadro 6.42. Prova do Qui-quadrado para a variável Motivo de Interrupção da Amamentação	199
Quadro 6.43. Prova do Qui-quadrado para a variável Adaptação à Alimentação Artificial	200
Quadro 6.44. Prova do Qui-quadrado para a variável Existência de Cólicas	201
Quadro 6.45. Prova de Kruskall-Wallis para a variável Período de Cólicas	202
Quadro 6.46. Prova do Qui-quadrado para a variável Existência de Alergias	203
Quadro 6.47. Prova do Qui-quadrado para a variável Sono Actual	204
Quadro 6.48. Prova do Qui-quadrado para a variável Evolução do Sono	204
Quadro 6.49. Prova de Kruskall-Wallis para a variável Período de Pesadelos	206
Quadro 6.50. Prova do Qui-quadrado para a variável Formas de Adormecimento	207
Quadro 6.51. Prova do Qui-quadrado para a variável Local onde a Criança Dorme	208
Quadro 6.52. Prova de Kruskall-Wallis para a variável Idade de Mudança para Quarto Próprio	210
Quadro 6.53. Prova do Qui-quadrado para a variável Adaptação ao Quarto Próprio	210
Quadro 6.54. Prova do Qui-quadrado para a variável Frequência de Creche	211
Quadro 6.55. Prova de Kruskall-Wallis para a variável Início de Frequência de Creche	212
Quadro 6.56. Prova do Qui-quadrado para a variável Adaptação à Creche	213
Quadro 6.57. Prova do Qui-quadrado para a variável Relacionamentos na Creche	214
Quadro 6.58. Prova do Qui-quadrado para a variável Colocação Anterior ou Actual	214
Quadro 6.59. Médias e desvios-padrão de todas as variáveis de Psicopatologia, nos três grupos	216
Quadro 6.60. Comparação das variáveis Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço, medidas pela STAI-Y, em função dos grupos (Prova de Kruskall-Wallis)	220
Quadro 6.61. Comparação das características de Psicopatologia medidas pelas escalas da SCL-90-R, em função dos grupos (Prova de Kruskall-Wallis)	220
Quadro 6.62. Comparação do Resultado Global e dos Cinco Factores medidos pelo IACLIDE, em função dos grupos (Prova de Kruskall-Wallis)	223
Quadro 6.63. Coeficientes de Correlação de Spearman entre as variáveis não-categoriais de Desenvolvimento e os Índices de Psicopatologia Materna, no Grupo 1	226
Quadro 6.64. Coeficientes de Correlação de Spearman entre as variáveis não-categoriais de Desenvolvimento e os Índices de Psicopatologia Materna, no Grupo 2	229
Quadro 6.65. Coeficientes de Correlação de Spearman entre as variáveis não-categoriais de Desenvolvimento e os Índices de Psicopatologia Materna, no Grupo 3	231
Quadro 7.66. Resultados contrastantes ao nível do uso do Objecto Transicional e do Objecto de Adormecimento	237

Quadro 7.67. Resultados contrastantes ao nível das Variáveis de Desenvolvimento em crianças que possuem Objecto Transicional, crianças que usam Objecto de Adormecimento e crianças que não evidenciam apego a um objecto específico	245
Quadro 7.68. Resultados contrastantes ao nível dos Índices de Psicopatologia Materna em crianças que possuem Objecto Transicional, crianças que usam Objecto de Adormecimento e crianças que não evidenciam apego a um objecto Específico	261

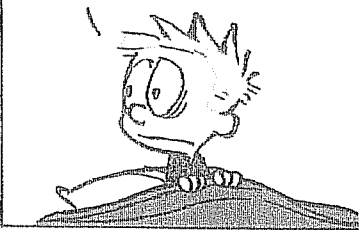
Calvin & Hobbes

WATERSN

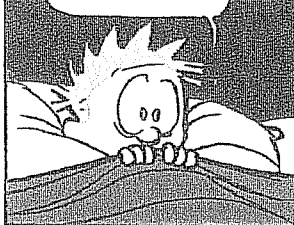
NÃO CONSIGO DORMIR.



ACHO QUE A NOITE É ESCURA PARA NOS PODERMOS CONCENTRAR MELHOR NOS NOSSOS MEDOS.



A NOITE O MUNDO PARECE SEMPRE TÃO GRANDE E ASSUSTADOR, E EU TÃO PEQUENO.



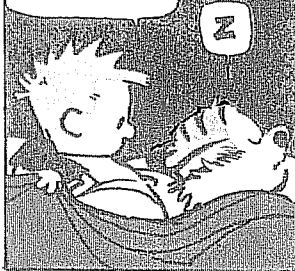
QUEM ME DERA ADORMECER PARA SER LOGO MANHÃ.



SUSPIIRO...



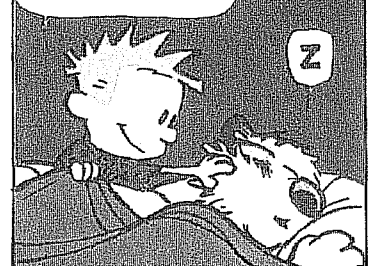
OLHA O HOBBS. ELE DORME.



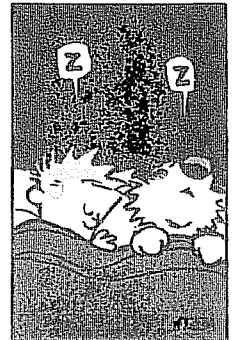
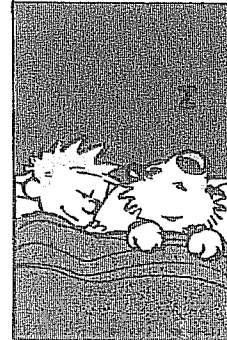
EHE EHE... QUE PATUSCO QUE ELE É A DORMIR! OS TIGRES FECHAM OS OLHOS COM TANTA FORÇA! COM QUE ESTARÁ A SONHAR?



QUERIDO HOBBS! QUE AMIGÃO.



AS COISAS NUNCA SÃO TÃO MEDONHAS QUANDO SE TEM UM AMIGO ASSIM.



INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda um dos mais ricos conceitos formulados por D.W.Winnicott, o de *Objecto Transicional*.

Podemos observar que este conceito tem vindo a chamar a atenção de numerosos autores, não só no âmbito da investigação em Psicologia Clínica, como também de jornalistas, desenhadores e autores de literatura infantil.

A relação que a criança estabelece com este objecto, personificando-o e atribuindo-lhe emoções, é envolvida por uma magia que, despertando a curiosidade de muitos, tem conduzido à notoriedade de personagens de banda desenhada como *Winnie and the Pooh* de A. Milne, *Linus* e o seu cobertor, de Schulz, e *Calvin* e o seu querido e temido amigo *Hobbes*, de Bill Watterson.

Donald Woods Winnicott nasceu em 1896, em Devon, Plymouth, no seio de uma família abastada. Estudou Medicina e especializou-se em Pediatria, tendo trabalhado durante 40 anos no Queens Hospital for Children e no Paddington Green Children's Hospital (Grolnick, 1993; Masud Khan, 1993).

Ao ler um trabalho de Freud interessou-se pela Psicanálise, pelo que se decidiu a fazer uma análise pessoal, primeiro com James Strachey e depois com Joan Rivière (Outeiral & Graña, 1991). Diz Masud Khan (1993), seu discípulo e analisando: "(...) foi uma alma ao mesmo tempo jovial e perturbada; e explorou ao máximo ambos esses aspectos na vida e no trabalho" (p.10).

As décadas de 20 e 30 foram das épocas mais conturbadas para a British Psycho-Analytical Society, marcadas pela existência de duas facções teóricas opostas, representadas por Melanie Klein e Anna Freud. Winnicott viveu no seio da polémica existente entre os grupos seguidores daquelas autoras, tendo ocupado uma posição

própria - fez parte de um grupo independente de analistas, que veio a ficar conhecido como *The Middle Group* (Machado, 1991). No entanto, adoptou uma posição aberta na liderança deste grupo, combatendo sempre a rigidez ideológica; "(...) Winnicott é uma espécie de unanimidade psicanalítica; talvez o único psicanalista pós-freudiano que transita livremente pelas mais diversas escolas psicanalíticas" (Outeiral & Graña, 1991, p. 2).

Um dos pontos fundamentais da cisão ideológica vivida na Sociedade Britânica de Psicanálise, consistia na questão da 'posição do objecto', já que, segundo Klein o objecto era predominantemente interno no início do desenvolvimento, enquanto que para Anna Freud estava localizado externamente (Machado, 1991).

Anna Freud defendia a Psicologia do Ego, desenvolvimento da Psicanálise Tradicional de Sigmund Freud, enquanto que Klein, inserida na Escola das Relações Objectais, defendia uma orientação mais virada para o Id (Grolnick, 1993; Outeiral & Graña, 1991).

Winnicott "(...) foi capaz de extrair o melhor da psicologia psicanalítica do ego, o melhor do ponto de vista das relações objectais da psicanálise kleiniana e o melhor das suas próprias fontes criativas" (Grolnick, 1993, p. 33). As suas ideias formaram uma síntese das posições antagónicas das duas autoras. Ao abordar o estádio pré-objectal e do narcisismo primário, Winnicott apoia Anna Freud, enquanto que, após o estabelecimento das relações objectais defende uma perspectiva mais próxima da abordagem kleiniana, utilizando alguns dos seus conceitos, nomeadamente no que se refere ao trabalho durante a posição depressiva (Machado, 1991).

Winnicott trabalhou na teoria das relações objectais, sendo ainda considerado por certas correntes da psicanálise como um ambientalista, já que estudou essencialmente a influência preponderante do meio ambiente para um desenvolvimento emocional saudável, negligenciando o papel das vivências internas e dos aspectos constitucionais (Mello filho, 1991a).

De facto, o autor interessou-se fundamentalmente pela representação interna do Self e do Outro, considerando, de forma bastante polémica na altura, que um bebé só pode existir se fizer parte de uma relação e referindo-se sempre à relação mãe-filho, e nunca ao bebé como entidade individual. Defendia que o Ser Humano só pode tornar-se uma pessoa e conhecer-se, através do Outro, o que constitui um paradoxo, sempre presente na obra winnicottiana, e formulado pela primeira vez no seu texto *The capacity to be alone* (1958). Neste sentido, justificou que "(...) a verdade entre as criaturas humanas só é verdadeira pela metáfora ou paradoxo" (Masud Khan, 1993, p.15).

Winnicott morreu em 1971, enquanto trabalhava a sua última obra, *O Brincar e a Realidade*; "(...) morreu no ápice da sua criatividade, ao publicar a versão definitiva dos objectos e fenómenos transicionais, a sua visão derradeira da questão da agressividade (o uso de um objecto)..." (Mello Filho, 1991a, p. 16).

O nosso interesse pela construção das relações objectais, nomeadamente a sua edificação a partir da relação precoce mãe-filho conduziu-nos às teorias de Winnicott, designadamente às suas discussões sobre a questão da transicionalidade, ainda actuais.

O presente estudo centra-se nos conceitos winnicottianos de Objecto e Fenómenos Transicionais e é enquadrado pelas formulações teóricas que permitem a compreensão da importância e função destes fenómenos. Considerando-se que a posse de objectos privilegiados na infância é a manifestação observável da existência de uma *área transicional*, aquisição integrante do desenvolvimento psicológico saudável, procurámos, com um objectivo exploratório, caracterizar e contrastar as primeiras etapas do desenvolvimento das crianças que possuem um objecto transicional, com aquelas que nunca evidenciaram apego a um objecto específico. Quisemos ainda, explorar a existência de sintomatologia ou traços de personalidade ansiosa e depressiva nas mães dos vários grupos de crianças. Estes objectivos prendem-se com a

busca de factores familiares, relacionais ou sociais impeditivos ou facilitadores do apego a um objecto de transição.

Um outro objectivo deste trabalho passou pela compreensão e aprofundamento do estudo do uso de outros objectos importantes na primeira infância, aqueles a que chamámos 'objectos de adormecimento', procurando situá-los em termos de desenvolvimento emocional, face à posse dos verdadeiros objectos de transição.

Assim, iniciámos o presente estudo com uma reflexão teórica alicerçada na importância de um saudável decurso do desenvolvimento emocional primitivo, salientando, numa perspectiva winnicottiana, o papel fundamental do ambiente materno enquanto facilitador da construção adequada da personalidade do indivíduo. No **Capítulo 1** do trabalho, colocámos maior ênfase no desenvolvimento das relações objectais.

O **Capítulo 2** debruça-se sobre a definição dos conceitos de área e objecto transicional, sendo feita uma caracterização dos diferentes tipos de objecto. Finalmente são abordadas as questões da evolução e desinvestimento na primeira possessão não-eu, bem como as implicações patológicas da inexistência de objecto ou do seu uso desviante.

Não esquecendo que um dos objectivos deste trabalho é explorar a existência de diferentes níveis de sintomatologia ou traços de personalidade evidenciadores de psicopatologia nas mães das crianças observadas, abordámos, no **Capítulo 3**, algumas características das patologias depressiva e ansiosa, especificamente ao nível da depressão e ansiedade maternas.

No **Capítulo 4** discutimos a forma como estas patologias afectariam directamente a questão da formação das relações objectais e o processo transicional da infância.

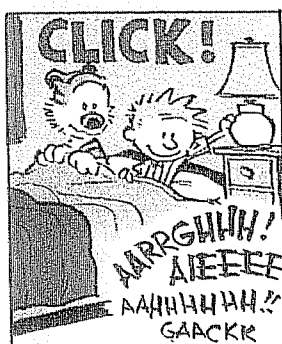
A nossa contribuição pessoal para o tema discutido é apresentada na II Parte do trabalho. No **Capítulo 5** são referidos os vários objectivos do estudo, bem como as variáveis utilizadas e todos os aspectos metodológicos. O **Capítulo 6** descreve os resultados encontrados, que são discutidos no capítulo seguinte. Finalmente apresentamos as conclusões gerais do nosso estudo, incluindo as suas limitações e sugestões para futuras investigações.

PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

calvin & hobbes

WATERS

ZZZZZ



DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL PRIMITIVO



Capítulo 1 . DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL PRIMITIVO

O estudo do desenvolvimento emocional precoce tem sido alvo do interesse dos autores de inspiração analítica, que consideram esta etapa da vida como base da posterior estruturação harmoniosa da personalidade.

As dificuldades inerentes à compreensão destes processos primitivos têm sido ultrapassadas essencialmente através do estudo da regressão no setting analítico (Masud Khan, 1993), bem como por intermédio da técnica de observação directa de bebés (Klein, 1969a; Pérez-Sanchez, 1992; Winnicott, 1957b).

A relação mãe-filho, primeira relação de objecto, constitui-se como pilar do desenvolvimento emocional saudável, tendo sido abordada sob diversas perspectivas, umas mais centradas na dinâmica interna da díade, outras procurando discriminar as atribuições da função materna. No entanto, todas elas acordam que "(...) essencial à saúde mental é que o bebé e a criança pequena tenham a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe (...) na qual ambos encontrem satisfação e prazer" (Bowlby, 1981, p. 13).

Winnicott, insistente defensor da impossibilidade de existência de um bebé separado do seu ambiente prestador de cuidados, abordou a questão da relação precoce enfatizando os processos dinâmicos da relação mãe-filho, fruto do intercâmbio entre os dois indivíduos, inevitavelmente unos. Para ele, as características da função materna não podem ser analisadas, sem que se tenham em conta as aquisições consequentes no desenvolvimento do bebé.

No entanto, por uma questão de maior compreensão da exposição teórica, optámos por desenvolver separadamente as competências maternas e os processos de desenvolvimento egóico do bebé, no sentido de podermos então discutir a questão do surgimento e consolidação das relações objectais.

1. 1. A Importância da Função Materna

Numa reunião científica da Sociedade Britânica de Psicanálise, na década de 40, Winnicott espantou o seu auditório quando afirmou: "um bebé é algo que não existe", completando que "(...) sempre que encontramos um bebé, encontramos a maternagem, e que, sem a maternagem, não existiria bebé algum" (Masud Khan, 1993, p.42).

Com esta afirmação, o autor defendia a existência de um estágio inicial de identificação recíproca entre o bebé e a sua mãe, no qual o bebé ainda não teria competências maturacionais para reconhecer a presença de um mundo externo. Este estágio é anterior ao surgimento das relações objectais, não existindo ainda uma unidade, mas sim uma organização ambiente-indivíduo (Winnicott, 1952a, 1960d).

A individuação do sujeito a partir desta fusão inicial só pode ser alcançada se lhe for facilitado um *cuidado suficientemente bom* (Winnicott, 1951, 1952a, 1956, 1960b, 1960d), que deverá ser prestado pela mãe biológica, já que é a pessoa mais adequada para proteger o bebé desde o nascimento e assegurar-lhe um desenvolvimento saudável. O autor (1956, 1970) formulou o conceito de *preocupação materna primária* para definir um estado psicológico que permite à mulher ser capaz de estar essencialmente orientada para o filho, durante um determinado período de tempo. Este estado específico de sensibilidade desenvolve-se ao longo do processo gravídico e surge com maior intensidade no seu final, mantendo-se por algumas semanas após o parto. De facto, a mulher grávida vai desenvolvendo uma identificação crescente com o filho; a criança é associada pela mãe à ideia de um *objecto interno*, que será mantido intra-psiquicamente, apesar das angústias persecutórias que surgem naturalmente durante a gravidez (Winnicott, 1960b).

Winnicott (1956) descreve a preocupação materna primária como sendo uma retracção ou um estado dissociado que só é adequado por se desenvolver neste

período. O traço predominante desta disposição materna é marcado pela capacidade que a mãe tem, desde o início, de desviar a atenção do seu próprio self, para passar a centrar-se no do bebé (Winnicott, 1960b).

Ao vivenciar um nível máximo de identificação com o lactente, a mãe pode sentir-se como se estivesse no seu lugar, o que lhe permite conseguir responder adequadamente e adaptar-se às suas necessidades, que são, no início, corporais e gradualmente, necessidades egóicas que vão caminhar no sentido da construção do self (Pelento, 1991c; Winnicott, 1956, 1958c, 1960b). Estas qualidades maternas não são passíveis de ser aprendidas, nem dependem do nível intelectual ou cultural da mãe. No entanto, é fundamental que a mulher seja saudável, tanto para atingir este estado, como para se recuperar dele, logo que o crescimento e autonomização da criança o permitam (Winnicott, 1958c). Assim que há uma recuperação a partir deste estado, a sua recordação é reprimida (Winnicott, 1956).

Também Stern (1995 in Houzel, 1997) alicerçou a ideia de que a mãe biológica será a pessoa mais capaz de cuidar do bebé, formulando o conceito de *trilogia da maternidade*. Com esta conceptualização, Stern (1995) referia-se a uma organização psíquica da mulher que se origina durante a maternidade, podendo permanecer por alguns meses ou mesmo alguns anos. Esta condição psicológica inclui um conjunto de sentimentos específicos, que correspondem ao discurso da mãe com a sua própria mãe, com ela própria e, finalmente, com o seu bebé (Houzel, 1997).

Ainda relativamente à importância da maternidade, Sá (1995) afirma que o 'nascimento' do bebé acontece antes da gravidez e do parto, num complexo processo que se inicia na gravidez dos pais. Segundo o autor, "A gravidez representa, para o pai e para a mãe, um estado alucinatório bom, em que um afecto se torna concreto, se destaca e movimenta por si, dentro de quem o sente" (Sá, 1995, p. 23).

Winnicott (1952b, 1956) referiu-se à *mãe devotada comum*, que seria aquela capaz de fornecer ao bebé condições que facilitem o seu desenvolvimento e permitindo-lhe dominar as sensações existentes na fase anterior ao estabelecimento dos padrões pulsionais (Winnicott, 1956). O termo *devoção* foi utilizado para descrever a característica que lhe permite ter uma adaptação activa (física em primeiro lugar, e logo depois, imaginativa) às necessidades iniciais da criança (Winnicott, 1949).

A função da *mãe suficientemente boa* será a de sustentar o processo de ilusão, e depois o de desilusão, fornecendo satisfação, mas também a não satisfação completa (Winnicott, 1960b, 1960d, 1962). No início, deve conseguir satisfazer as necessidades do bebé de tal forma que este é capaz de "(...) ter uma breve experiência de onipotência" (Winnicott, 1962, p.56). Como vimos, isto é possível através de uma adaptação activa às necessidades do bebé, adaptação essa que deve diminuir gradualmente à medida que o bebé adquire uma capacidade crescente para lidar com o fracasso de adaptação e as consequências da frustração (geralmente, após o primeiro ano de vida) (Winnicott, 1951, 1958c, 1975b).

No início, a mãe não introduz invasões que a criança não possa compreender, já que, "(...) quando a mãe fornece uma adaptação suficientemente boa à necessidade, a própria linha de vida do bebé é muito pouco perturbada por reacções à invasão" (Winnicott, 1956, p. 495). No entanto, ao definir a mãe suficientemente boa, Winnicott não considera que esta seja alguém sem falhas (Pelento, 1991b), já que "um bebé não se desenvolve dentro de uma adaptação perfeita à necessidade. Uma mãe que se ajusta demasiado bem aos desejos do filho não é uma mãe boa. A frustração produz raiva e isto ajuda o bebé a obter uma experiência maior" (Winnicott, 1950a, p. 370). Mas, a seguir, no mesmo artigo, em que discute as raízes da agressão, o autor (1950a) salvaguardou que "(...) o bebé realmente precisa de uma adaptação perfeita no início teórico e de um fracasso da adaptação cuidadosamente graduado depois" (p. 370). À

medida que vai existindo uma maturação física e psicológica, a criança adquire maior competência para lidar com o fracasso materno (Winnicott, 1950a, 1951, 1958c), o que resulta num enriquecimento, uma vez que, segundo Anna Freud (1947), citada por Winnicott (1956) "(...) os desapontamentos e as frustrações são uma parte inseparável da relação mãe-criança" (p. 491).

No desenvolvimento saudável, o bebé vai poder beneficiar destas experiências de frustração, já que só uma adaptação incompleta torna reais os objectos, evitando uma relação mágica com o exterior (Winnicott, 1975b). Ainda, a habilidade crescente, que cada bebé tem de tolerar o fracasso relativo através da actividade mental, possibilita-lhe uma capacidade para lidar com as necessidades do ego e com as tensões pulsionais (Winnicott, 1949). Neste sentido, a actividade mental do bebé, torna o relativo fracasso da mãe num sucesso adaptativo (Winnicott, 1949).

A adaptação inicial total e a sua diminuição gradual permitem à criança progredir do Princípio do Prazer para o Princípio da Realidade e relacionar-se adequadamente com a realidade externa (Kahne, 1967; Winnicott, 1951, 1958c, 1975b).

A criança com uma mãe suficientemente boa é capaz de viver, durante algum tempo, num mundo subjectivo, que não é invadido pelo mundo exterior (Winnicott, 1956, 1970). A incapacidade materna de se adaptar na fase inicial do desenvolvimento da criança, produz no bebé, reacções à invasão que interrompem a continuidade de existência, sentidas como ameaça de aniquilação que fragilizam o processo de estabelecimento do ego (Masud Kahn, 1993; Winnicott, 1956). No entanto, a primeira organização egóica origina-se quando a experiência destas ameaças não conduz de facto à aniquilação, pelo que o bebé, ao recuperar-se delas repetidamente, ganha confiança nesse restabelecimento, construindo-se então, uma capacidade para suportar a frustração (Masud Kahn, 1993; Winnicott, 1956).

Este papel vital a ser desempenhado pelo ambiente primário permite a separação gradual entre o Eu e o não-Eu (Winnicott, 1960b, 1960d, 1975h, 1994). A forma como a mãe pega no bebé, actua e percebe as suas necessidades internas, vai constituir uma cultura privada, somente partilhada pelos dois (Winnicott, 1960b). O cuidado suficientemente bom proporciona uma continuidade de ser e neutraliza os sentimentos de desintegração, permitindo a manutenção de uma situação física e emocional suficientemente simples, mas rica, para que o bebé possa entendê-la (Winnicott, 1948d, 1952a, 1960b, 1962). De facto, o apoio egóico da mãe permite ao ego do lactente ser capaz, desde muito cedo, de organizar defesas e desenvolver padrões pessoais, o que é fundamental para a personalização do psiquismo no sentido da construção de um self individual (Winnicott, 1960b).

Para Winnicott (1960b, 1960d, 1975i), a função da mãe suficientemente boa inclui três condições: *holding* (sustento), *handling* (manuseio) e *object presenting* (apresentação de objectos). Só as mães que desenvolveram uma preocupação materna primária são capazes de fornecer um adequado provimento materno nesta fase inicial, uma vez que estas funções implicam a aquisição de uma capacidade de identificação com o filho.

A fase do *holding* corresponde ao estado real do relacionamento materno-infantil inicial, numa época em que o self do lactente ainda não está separado do da mãe, existindo uma dependência absoluta e um estado de não integração egóica (Winnicott, 1960d). Por *holding*, Winnicott (1960b, 1960d) refere-se a uma capacidade materna que protege o bebé das agressões fisiológicas e externas. O *holding* é a contenção física do lactente e a sua implicação emocional: é o colo e a forma como a mãe o envolve e segura, com os braços e o corpo (Machado, 1991).

Através do holding físico do lactente, a mãe vai adequar-se especificamente àquele filho, seguindo as rotinas dos cuidados diários e as mudanças progressivas que fazem parte do crescimento físico e psicológico do bebê (Winnicott, 1960b, 1960d).

É durante esta fase que se desenvolvem as identificações primárias e todas as fases do processo primário, inicia-se o despertar da inteligência e alicerçam-se os processos de integração do ego, que permitem a passagem gradual da dependência absoluta para a independência em relação à mãe. Só depois é possível alcançar o processo secundário e a função simbólica (Winnicott, 1960d).

O *handling* consiste na manipulação da criança durante o vestir, a higiene e outros cuidados diários, e inclui os jogos de comunicação com a mãe, através dos quais o bebê começa a demonstrar prazer (Machado, 1991). Esta condição materna facilita a formação de uma coesão psicossomática e fomenta o desenvolvimento da tonicidade muscular e da coordenação psicomotora, permitindo à criança experienciar o funcionamento corporal e o Ser (Winnicott, 1960b).

A *object presenting* é a tarefa materna de apresentação do holding, do handling e principalmente a forma como a mãe apresenta o seio (na hora da amamentação), o seu rosto e o seu olhar (Machado, 1991). Podemos associar esta tarefa à função de espelho do rosto materno: no início do desenvolvimento, quando o bebê olha para o rosto da mãe, vê-se a si mesmo, experiência fundamental para que, mais tarde, a apercepção dê lugar à percepção (Winnicott, 1975h).

A apresentação de objectos vai permitir tornar real o impulso criativo da criança e dá início à sua capacidade para se relacionar com objectos (Winnicott, 1960b), como teremos oportunidade de discutir mais à frente.

Como vimos, é o ambiente circundante na primeira infância que permite o crescimento saudável, já que só a confiabilidade ambiental transmite à criança um sentimento de segurança que lhe permite desenvolver-se de forma espontânea

(Winnicott, 1948d, 1960c). Winnicott (1969) refere-se à *experiência de mutualidade* entre a mãe e a criança, como uma comunicação silenciosa, cujo sucesso depende da capacidade materna de se adaptar ao bebê.

A importância da relação mãe-filho foi sustentada por outros autores. Bowlby referiu-se à vinculação como um mecanismo que visa manter uma proximidade entre mãe e bebê (Childland, 1999). Também Bollas (1994) considerou que o bebê precisa da mãe para sobreviver, salientando a importância do ambiente facilitador (Winnicott, 1962) e da função de ego suplementar da figura materna (Heimann, 1956, in Bollas, 1994).

A relação precoce mãe-filho "(...) permite ao bebê, na relação com a mãe (...) compreender o seu interior para não ficar só, através da leitura que faz a partir dos olhos da mãe" (Sá, 1995, p. 43). A mãe suficientemente boa é aquela que "(...) conhece o bebê porque o adivinha e intui e, deixando-se adivinhar, conhece como é conhecida" (Sá, 1995, p. 100).

O conceito de *identidade adesiva* de E. Bick (1964, in Siksou, 1992) define uma formação psíquica que traduz, metaforicamente, uma comunhão de pele entre mãe e bebê. A autora considerou que esta função continente da pele materna facilita uma contenção exterior da estrutura interna da criança (Pérez-Sánchez, 1995).

Este conceito aproxima-se do de *capacidade de reverie* de Bion (1962) que ressalva que a mãe se constitui como um recipiente para as experiências difíceis de manejar, nela projectadas pela criança (Badaracco, 1986; Elmhirst, 1980). Segundo o autor, os pensamentos são anteriores à capacidade do bebê para os pensar, funcionando a mãe como aparelho mental que transforma afectos em pensamentos, através da comunicação que estabelece com a criança (Pelento, 1991b; Sá, 1995). Quando o bebê tem experiências emocionais, sobre as quais não é capaz de pensar, vai projectá-las na mãe, cujo psiquismo deve efectuar essa função de pensamento, graças à sua

capacidade de *reverie* que põe em ordem o caos de experiências e sensações (Pérez-Sánchez, 1992). Esta capacidade materna permite dar uma resposta adequada à invasão de elementos beta, num processo que resulta na formação de elementos alfa e um retorno para a criança de experiências toleráveis, sonháveis e armazenáveis (Elmhirst, 1980). A comunicação primitiva entre a mãe e o bebé tem, então, uma função específica, gerada através da identificação projectiva, já que se procede à introjecção do objecto materno. O modelo bioniano (Bion, 1962) de *continente-conteúdo* determina que assim que os fragmentos de conteúdo não encontram um continente para ser elaborados, tendem a ficar como partículas dispersas, que conduzem à psicopatologia (Pérez-Sánchez, 1992).

A posição da mãe na relação precoce foi também alvo de apreciação por parte de Winnicott. Segundo ele (1960c), "O crescimento não é só flores para a criança; para a mãe é muitas vezes um caminho pontilhado de espinhos" (p. 57). Neste sentido, o autor considera que mesmo a mãe suficientemente boa, pode odiar o seu bebé desde o princípio, como consequência de uma série de factores, como sejam: o facto de ele não ser uma concepção mental sua; de constituir um perigo durante a gravidez e o parto; de introduzir uma invasão na sua vida, nomeadamente a preocupação; e ainda de a magoar aquando da amamentação (Winnicott, 1947).

Justificando este sentimento materno, Winnicott (1948d) citou Anna Freud (1947), na sua afirmação de que:

"(...) Este primeiro "Amor" do bebé é egoísta e material (...) A mãe, como um objecto, desempenha um papel nesta vida na medida em que traz satisfação e remove o desconforto. Quando as necessidades do bebé estão satisfeitas, isto é, quando ele se sente aquecido, confortável, com sensações gástricas agradáveis, retira o interesse do mundo dos objectos e dorme (...) Neste período, a necessidade de um objecto encontra-se inseparavelmente ligada às grandes necessidades corporais (...) A partir do quarto ou sexto mês, o bebé passa a prestar atenção à

mãe também nas horas em que não está sob influência de impulsos corporais " (p.291).

Concluindo, gostaríamos de salientar o paradoxo winnicottiano da relação mãe-filho, presente na crença de que só o ambiente torna possível o self em formação da criança (Masud Khan, 1993). Como Winnicott (1960d) referiu: "(...) o paradoxo é que o que é bom ou mau no ambiente do lactente não é de facto uma projecção, mas a despeito disso, é necessário, para o lactente se desenvolver sadiamente, que tudo lhe pareça sê-lo" (p.39). Neste contexto, a função da mãe suficientemente boa sustenta o paradoxo desde o início, já que, durante a gravidez, ela permite-se ser um e dois ao mesmo tempo (Pelento, 1991b).

1.2. O Processo de Integração do Ego

Na fase do narcisismo primário a criança encontra-se submersa na onipotência e num funcionamento regido pelo Princípio do Prazer (Winnicott, 1948d, 1994). Não existe ainda um sujeito e um objecto, mas sim precursores do Eu e um pré-objecto, já que ainda não há uma consciência de si próprio, nem uma separação face ao self materno e ao mundo exterior (Machado, 1991). Este estado corresponde a uma não-integração e ausência de personalização já que a psique está ainda a elaborar-se em volta do funcionamento corporal (Winnicott, 1960b). Em consequência, não existe capacidade de relação com objectos, nem a aquisição da noção de objecto, embora o bebé se preencha através de uma convivência com objectos parciais. Como vimos, só uma mãe altamente identificada com o bebé, torna possível o desenvolvimento destas aquisições (Winnicott, 1960b).

É fundamental, para uma evolução a partir do desenvolvimento primitivo, que o bebê estabeleça, gradualmente, um contacto com a realidade externa e que a sua personalidade seja alvo de uma integração (Winnicott, 1948b, 1990a). Como vimos, na fase do holding, o ego do bebê transforma-se de um estado não integrado numa estrutura integrada que vai permitir a evolução a partir da dependência materna inicial, no sentido da independência (Winnicott, 1960d, 1994).

A criança depende das funções do ambiente suficientemente bom (holding, handling e object presenting) para se organizar, o que acontece através de três linhas de progresso que são concomitantes. São elas a integração, a personalização e a realização (ou a relação com objectos) (Goldstein, 1997; Machado, 1991; Pelento, 1991b; Winnicott, 1948d, 1994).

A *Integração* da personalidade atinge-se através do holding materno e das experiências pulsionais agudas (ou agressividade), que levam a que a criança se reúna e se torne uma só pessoa, zangada ou faminta (Pelento, 1991b; Winnicott, 1945, 1948b, 1990a). No primeiro ano de vida, as experiências instintivas são inicialmente orais, depois anexam-se às funções excretoras, e finalmente surgem as fantasias genitais (entre os dois e os cinco anos de idade). Assim, para o bebê imaturo são as urgências instintivas orais as portadoras da crescente capacidade que a criança tem de se relacionar com os objectos (Winnicott, 1958c).

No início, a criança passa por fases de motilidade e percepção sensoriais e a invasão externa não é sentida como separada do self (Winnicott, 1948b). A integração permite que, a partir deste estágio primitivo não integrado, a criança comece a distinguir o mundo interno do externo e a constituir-se como fronteira, através da passagem da dissociação primária dos estados tranquilos e dos estados excitados a uma união das duas partes do self (Winnicott, 1948b, 1990a).

Os momentos de tranquilidade não trazem dificuldades ao lactente, já que não existe separação entre o dentro e o fora, pelo que não urge uma integração (Winnicott, 1945, 1948b, 1958c). De facto, o repouso constitui sempre um regresso a um estado não-integrado e só se torna fonte de medo para criança se a mãe não lhe transmitir um sentimento de segurança física e emocional (Winnicott, 1945, 1958c).

À medida que a integração se estabelece e a criança está constituída como uma unidade, surge a angústia de integração, cuja intensidade extrema conduz a um estado de desintegração (abandono aos impulsos incontroláveis), situação dolorosa que é oposta à não integração primária. Em termos de desenvolvimento, depois de alcançada a integração, o que pode acontecer é a desintegração e já não a não-integração (Winnicott, 1945, 1958c, 1990a).

No entanto, quando a integração está solidamente assegurada, o indivíduo pode viver a não integração inicial de forma adequada, o que permite o relaxamento e adormecimento (Winnicott, 1948b, 1960d).

A integração tende ao estabelecimento do self unitário já que "(...) uma protecção do ego suficientemente boa pela mãe (em relação a ansiedades inimagináveis) possibilita ao novo ser humano construir uma personalidade no padrão de continuidade existencial" (Winnicott, 1962, p. 59).

Assim, no fim da integração egóica, o indivíduo adquiriu uma coesão psicossomática e constituiu-se como uma unidade, alcançando o estágio 'Eu Sou' (Winnicott, 1958a, 1962). Com um ano de vida, a maioria das crianças já tem uma personalidade integrada, embora isto seja variável e dependa da qualidade do cuidado materno (Winnicott, 1958c).

A *Personalização*, ou coesão psicossomática consiste na integração psique-soma e permite o gradual estabelecimento de uma separação entre o bebé e os outros (Pelento, 1991b; Winnicott, 1958c, 1962, 1994). O êxito deste processo vai depender

do handling materno, já que este impede que o bebé possa vivenciar o seu corpo como um conjunto de partes separadas. As experiências pulsionais associadas ao cuidado corporal, fornecido pela mãe, vão gradualmente originar uma personalização satisfatória (Winnicott, 1945). Em situações adequadas, no fim do primeiro ano de vida a psique e o soma já estão unidos, existindo boas tonicidade corporal e coordenação motora (Winnicott, 1958c).

A *Realização* ou relação com objectos depende da apresentação de objectos feita pela mãe e vai também permitir à criança o desenvolvimento do processo de discriminação das realidades externa e interna (Machado, 1991; Pelento, 1991b; Winnicott 1962, 1994). Esta função materna possibilita a passagem de uma ausência de relação para uma relação de objecto, percurso este que é indispensável ao crescimento e estabelecimento das relações triangulares (Pelento, 1991b). O início das relações objectais não pode ocorrer se o meio não apresentar um objecto, de modo a que o bebé sinta que 'o criou', e conseqüentemente comece a ter confiança na sua capacidade de criar objectos e o mundo real (Winnicott, 1962).

Embora estas 3 fases sejam concomitantes, a realização exige já uma certa integração e personalização, pois só assim pode existir uma relação objectal (Machado, 1991).

Concluindo, para Winnicott (1950b), o desenvolvimento do self origina-se a partir da integração entre os estados excitados e de não-excitação, no sentido da construção de uma unidade de personalidade. Através dos cuidados de sustentação e manuseio na higiene e alimentação, a criança começa a perceber que habita uma estrutura, o corpo. Além disto, surge o desenvolvimento de uma capacidade de se relacionar com a realidade externa, através de uma adaptação activa da mãe ao seu bebé. Se o ambiente não sofre alterações, a criança desenvolve-se conservando um

sentimento de continuidade do ser, que lhe permite alcançar uma estabilidade individual e uma independência relativamente ao objecto primário.

Winnicott (1963a), no seu artigo *Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo*, descreve o crescimento emocional em termos do caminho que é feito pela criança no sentido da independência. Segundo o autor (1963a), esta caracterização do desenvolvimento emocional não é incompatível com as classificações freudianas do desenvolvimento psico-sexual, que caracterizam o desenvolvimento em termos de zonas erógenas, ou com qualquer outra classificação.

Para Winnicott (1960b), o desenvolvimento "(...) é uma função da herança de um processo de maturação e da acumulação de experiências de vida; mas esse desenvolvimento só pode ocorrer num ambiente propiciador. A importância deste ambiente propiciador é absoluta no início, e a seguir, relativa; o processo de desenvolvimento pode ser descrito em termos de dependência absoluta, dependência relativa e um caminhar rumo à independência" (Winnicott, 1960b, p.27).

Assim, Winnicott (1952b, 1960d, 1963a, 1994) caracteriza em três estádios a dependência infantil na fase do holding:

Na fase de *dependência absoluta*, o bebé ainda não separa o Eu do não-Eu e não tem capacidade para conhecer o cuidado materno, pelo que não tem controlo sobre o que é bem ou mal feito (Masud Khan, 1993; Winnicott, 1960d, 1994). Aqui, o lactente é totalmente dependente da provisão de cuidados, embora paradoxalmente independente, já que possui todo o seu potencial herdado, que o ambiente favorável vai concretizar (Winnicott, 1963a). Winnicott (1958c) chamou a este estádio o da dependência absoluta, uma vez que não há consciência dessa dependência.

Durante a *dependência relativa*, o lactente já começa a aperceber-se da necessidade do cuidado materno e consegue, gradualmente, relacioná-lo com o seu impulso pessoal (Masud Khan, 1993; Winnicott, 1960d, 1963a, 1994). Assim, nesta fase, o bebé começa a tomar consciência da dependência materna, surgindo já alguma capacidade para lidar com as falhas graduais da adaptação ambiental. Quando a mãe se ausenta por determinado período de tempo, a criança demonstra ansiedade e já é capaz de lhe mostrar o quanto precisa dos seus cuidados e atenção (Winnicott, 1958c).

Esta fase situa-se entre os seis meses e os dois anos de idade, altura em que a criança começa a adquirir novas conquistas emocionais e cognitivas para lidar com a perda (Winnicott, 1963a).

No seu caminho *rumo à independência*, a criança gradualmente vai desenvolver meios para poder passar sem cuidados reais, através das memórias e de mecanismos projectivos e introjectivos, que permitem a aquisição de uma confiança no meio ambiente (Masud Khan, 1993; Winnicott, 1960d). Essencialmente a partir da idade pré-escolar, ela já consegue enfrentar o mundo externo, tornando-se verdadeiramente independente (Winnicott, 1963a).

Esta progressão é resultado da tendência inata da criança para crescer e se autonomizar, mas só é possível, como vimos, se existir uma mãe sensível, capaz de se adaptar activamente às necessidades da criança e depois, gradualmente, provocar experiências de frustração. Ao longo do crescimento emocional existe um caminho gradual, podendo, no entanto, haver regressões à dependência ou até à dupla dependência (absoluta) (Winnicott, 1958c).

1.3. O Desenvolvimento das Relações Objectais

Em 1915, Freud (in Diatkine, 1978) considerou que um *objecto* é aquilo através do qual as pulsões atingem o seu objectivo, tendo anteriormente salientado de forma pioneira, a importância do objecto no desenvolvimento emocional (Freud, 1895, in Badaracco, 1986). A outra pessoa torna-se um objecto, quando é catexizada (investida libidinalmente), permitindo um novo equilíbrio económico face aos impulsos pulsionais (Klein, in Diatkine, 1978). O objecto bom será aquele que acarreta, pela sua função estruturante, as condições para que uma experiência frustrante seja tolerável, e uma experiência de satisfação possa ter um término. O objecto mau é o que não pode fornecer esses elementos indispensáveis e se comporta como um amplificador de frustrações e ódios primitivos (Freud, 1895, in Badaracco, 1986).

Segundo Sandler e Sandler (1978) uma relação de objecto é definida como a catexia do objecto com energia libidinal ou agressiva. Estas relações começam com uma interacção e experienciação afectiva (gratificante ou desagradável) entre a criança e os seus objectos biológicos, nos primeiros tempos de vida. A relação objectal é uma relação intra-psíquica formada por representações mentais e formando uma parte intrínseca dos desejos e fantasias.

Winnicott (1960d) considera que um sustento e manipulação adequados fomentam o estabelecimento das primeiras relações objectais do lactente, uma vez que coexistem com as suas primeiras experiências de gratificação instintiva e com as frustrações, já que a consequência de "(...) privar o bebé do afecto de desprazer durante o decorrer do primeiro ano de vida é tão prejudicial como privá-lo do afecto do prazer" (Spitz, 1998, p. 147).

Anna Freud (1987) descreve a evolução das relações objectais, através do crescimento do egocentrismo ao companheirismo. No início, existe uma compreensão da realidade externa, narcisicamente orientada. Gradualmente surgem as relações com

objectos inanimados e depois com os pares, como auxiliares para o jogar e o construir ou destruir. Finalmente, chega-se à relação com as outras crianças como parceiras e objectos.

Spitz (1998) dedicou-se também ao estudo das relações objectais, tendo sugerido três estádios na constituição do objecto libidinal.

No estádio pré-objectal e do narcisismo primário não existe objecto nem relação objectal, já que o bebé não distingue o mundo interno do externo. Para que seja possível a evolução para a fase seguinte, o autor (1998) considerou como fundamental a reciprocidade entre mãe e filho, a que ele chamou 'diálogo', isto é, "(...) o ciclo sequencial da acção-reacção-acção no quadro das relações mãe-filho" (Spitz, 1998, p. 43). Este estádio é marcado por uma não-integração e corresponde ao de dependência absoluta de Winnicott (1963a).

O estádio seguinte é aquele a que Spitz chamou de *percursor do objecto*. Por volta do terceiro mês de vida, o bebé começa a reagir ao rosto adulto com um sorriso (primeiro organizador do psiquismo), que corresponde ao primeiro indicador da transição de uma completa passividade para o início do comportamento activo. Vive-se ainda uma problemática pré-objectal, já que a criança sorri a qualquer rosto e não apenas ao materno. Neste estádio, que decorre habitualmente até ao sexto mês, o bebé apenas reconhece atributos secundários externos e só mais tarde, no estádio do verdadeiro objecto, surgirá o reconhecimento de um rosto individual, fruto da crescente capacidade perceptiva. Assim, a criança já não vai sorrir para aqueles que lhe são desconhecidos. A *angústia face ao estranho* é o segundo organizador da vida psíquica e consiste, para Spitz (1998) na primeira manifestação de verdadeira ansiedade. Esta reacção salienta a frustração do desejo de ver o rosto materno, pelo que traduz, não um receio do estranho, mas antes, o medo de ter perdido o objecto libidinal. Nesta fase, a mãe funciona ainda como ego externo da criança.

O estágio do próprio objecto libidinal evidencia-se por volta do 15º mês, com o surgimento do terceiro organizador da vida psíquica, o 'não' intencional, comportamento que manifesta a capacidade infantil de dirigir uma mensagem a outra pessoa (Spitz, 1998).

1.3.1. A Relação Objectal e a Teoria da Ilusão

Como vimos nos sub-capítulos anteriores, a forma como a mãe apresenta os objectos é fundamental para a construção do sentido de realidade interna por oposição ao mundo externo (Winnicott, 1975h).

A importância da ilusão foi abordada por Winnicott (1945, 1948d, 1958c, 1975h, 1990a) em diversos textos, e integra uma poderosa compreensão das várias áreas do desenvolvimento da capacidade de relação com os objectos e a realidade externa.

Como foi referido, na fase de dependência absoluta, anterior ao estabelecimento do contacto com a realidade, o bebé vive num mundo subjectivo, regendo-se por um funcionamento onnipotente (Winnicott, 1970). Se houver um manejo e sustentação satisfatórios, o sentido de onnipotência é conservado, mesmo aquando da apresentação de um objecto. Isto permite à criança tornar-se capaz de usar o objecto e relacionar-se com ele, como objecto subjectivo, isto é, *criado* por ela (Winnicott, 1975h). Assim, nesta fase do desenvolvimento normal, o objecto comporta-se de acordo com leis mágicas, existindo quando é desejado e desaparecendo quando não o é (Winnicott, 1945). Winnicott (1975i) utiliza a expressão *objecto subjectivo*, por oposição ao *objecto objectivamente percebido*, para referir a divergência entre o que está a ser experimentado pelo bebé e aquilo que é observado.

Ao explicitar o processo de ilusão, Winnicott (1948d, 1990a) argumenta que o bebé é levado a sair do estágio de não integração quando surge uma tensão pulsional, por exemplo, da fome, vivendo então uma excitação instintual. Desta forma, desenvolve-se uma prontidão para 'alucinar' um objecto, que providencia a alimentação, o seio materno (Winnicott, 1948d, 1990a). Ao se ajustar ao impulso do filho, oferecendo-lhe o alimento, a mãe vai permitir-lhe a ilusão de que o seio foi criado por ele, a partir dos seus sentimentos e do seu poder de alucinar (Winnicott, 1948c). O que se passa, metaforicamente, é esboçado pela expressão winnicottiana: "A criança procura algo e encontra o seio, e criou-se o seio" (Winnicott, 1958c, p. 16). Como resultado, existe a experiência física de satisfação pulsional, associada a uma união emocional, sendo este estado alucinatório o primeiro passo para o estabelecimento de uma relação com a realidade exterior e de um laço afectivo entre o bebé e o objecto externo (Winnicott, 1948d, 1990a).

Esta abordagem da ilusão determina não só que a criança saudável possa estabelecer uma relação de submissão com a realidade externa, mas também, que possa vivenciar uma experiência imaginária com uma realidade imaginada (Winnicott, 1948c).

O impulso criativo inato (Winnicott, 1958c) só permanece se for correspondido pela realidade externa, sob a forma de adaptação materna às necessidades da criança. Nos momentos de ilusão, o bebé toma a alucinação e a apresentação de objectos como idênticas, o que só é possível se a mãe lhe trazer repetidamente os objectos externos de forma adequada (Winnicott, 1945).

Privado de uma mãe suficientemente boa, o bebé não consegue adquirir a capacidade para viver relações excitadas com objectos ou pessoas, na realidade externa (Winnicott, 1990a). De facto, as falhas maternas neste estágio do desenvolvimento

emocional poderão dar origem a falhas da objectividade, em períodos posteriores do desenvolvimento (Winnicott, 1945).

Ainda, o fracasso em fornecer à criança esta capacidade de ilusão e em lhe permitir evocar aquilo que está disponível irá comprometer a tarefa seguinte da mãe, a desilusão gradual, patente no desmame (Winnicott, 1945, 1948d).

1.3.2. A Capacidade de se Preocupar e o ultrapassar da Posição Depressiva

Os conceitos kleinianos de posição esquizoparanóide e depressiva, correspondem a um conjunto de angústias e tipos de relação objectal, que se mantêm presentes durante toda a vida (Segal, 1975).

A posição depressiva é alcançada quando a criança já se estabeleceu como pessoa total, relacionando-se também com objectos totais. Para que seja possível alcançar as aquisições inerentes a esta etapa do desenvolvimento, é necessário que já exista alguma integração do ego e uma coesão psique-soma, bem como, que todos os estádios anteriores tenham sido alcançados com sucesso (Winnicott, 1954). Assim, esta conquista só é atingida por volta da época do desmame, estabelecendo-se por volta da segunda metade do primeiro ano de vida e antecedendo-se à problemática edipiana (Winnicott, 1954, 1958d).

Também Klein (1936) associou esta 'posição' ao desmame, já que este representa a perda total do primeiro objecto bom (externo) do bebé. De facto, a alimentação é a primeira gratificação que o bebé recebe do exterior, não só por acarretar a satisfação do instinto da fome, mas também por promover o prazer da estimulação oral (Klein, 1936). No início, o seio materno adquire as características de bom e mau, sendo introjectado quando traz gratificação, e recebendo a projecção do ódio, quando a nega.

A introjecção de um objecto total promove a integração do ego e conduz à compreensão por parte do bebé da sua total dependência da mãe, percebida como independente dele (Segal, 1975). O bom objecto introjectado forma então o núcleo do ego e do mundo interno do lactente.

Uma situação de ausência materna, após a fusão dos dois seios, despoleta o medo da perda definitiva da mãe total (interna ou externa) que se mistura com a culpa por a ter devorado e destruído (Klein, 1936). Ao pensar que os seus ataques causaram a destruição do objecto, o bebé acredita que o seu amor pode recuperá-lo, surgindo a reparação. No fim da posição depressiva, a criança começa a compreender a sua realidade psíquica, tomando consciência de si e dos seus objectos e começando a distinguir entre fantasia e realidade externa (Segal, 1975).

Winnicott (1950a, 1954) abordou de forma muito pessoal os processos fundamentais da posição depressiva, reformulando algumas ideias kleinianas e integrando a questão da agressão no desenvolvimento das relações objectais.

No seu texto *O desenvolvimento da capacidade de se preocupar* (1963b) o autor manifestou-se descontente com a denominação desta posição, já que se descreve um processo que ocorre no desenvolvimento normal e não uma manifestação depressiva (Arfouilloux, 1993; Winnicott, 1954, 1963b). No entanto, considerou a sua proposta de alteração para 'estádio da preocupação' claramente insuficiente, pelo que acabou por optar pela expressão original. Apesar disto, considerou que a passagem da crueldade para o remorso é a principal aquisição da posição depressiva, problemática dominante no desenvolvimento emocional da criança entre os cinco e os doze meses de vida (Winnicott, 1950b, 1954). Este processo é complexo e vai depender da presença contínua da mãe suficientemente boa, ou de uma substituta, que deve saber amar e reparar (Winnicott, 1958c).

Na fase inicial de pré-integração, quando a criança está imersa no funcionamento onipotente e no controlo mágico sobre os objectos, existe uma ausência de preocupação (Winnicott, 1945, 1950a). Neste estágio da *pré-preocupação* ou de *crueldade primitiva* o bebé ainda não reconhece que o objecto destruído pela sua ofensiva instintual é o mesmo que está presente durante os momentos tranquilos. Predomina uma relação cruel com a mãe, uma vez que o lactente não se preocupa com os resultados do seu amor pulsional. Não existe uma verdadeira relação com a realidade externa, já que o objecto, bem como a pulsão que o evoca, fazem ainda parte do self (Winnicott, 1945, 1954).

Submerso nesta problemática esquizo-paranóide, o *bebé imaturo* relaciona-se ainda com objectos parciais, vendo a mãe como duas pessoas distintas: a mãe-objecto (que satisfaz as necessidades do bebé), que se torna alvo da tensão excitante; e a mãe-ambiente (a pessoa que sustenta, maneja e impede as invasões ambientais), aquela que recebe o afecto (Winnicott, 1945, 1958c).

Se não for permitido à criança a vivência da agressão, ou amor excitado neste estágio, pode haver um compromisso da sua futura capacidade para se relacionar com os objectos (Winnicott, 1950a).

O estágio intermediário, no qual já existe uma integração, foi designado por Winnicott (1950a) de *estádio da preocupação* e coincide exactamente com a posição depressiva.

O grau de desenvolvimento egóico é agora mais avançado e a criança (que já diferencia a realidade interna da externa) começa a preocupar-se com os resultados das suas experiências de excitação, tanto na mãe, como no próprio self (Winnicott, 1950a, 1954, 1990a). Estas experiências provocam sensações agradáveis, embora também acarretem a vivência de ataques raivosos que fazem com que o bebé se sinta repleto de elementos persecutórios. As coisas más representam uma ameaça vinda de dentro, o

que leva a que a criança comece a ter que gerir o seu mundo interno (Winnicott, 1950a).

A preocupação começa a surgir na mente do bebé, quando há uma fusão da mãe-objecto (que sobreviveu aos ataques instintivos do sadismo oral) e da mãe ambiente (que manteve a função de continuidade e empatia com o bebé e acolheu o seu gesto espontâneo) (Masud Khan, 1993; Winnicott, 1963b). Este processo é muito complicado para a criança, que terá que aceitar que a mãe da relação dependente (anaclítica) tão valorizada, é a mesma que foi violentamente atacada pelo amor pulsional (Winnicott, 1954).

O estágio da preocupação antecede a personalidade total, que vai permitir a vivência de relações interpessoais, as situações triangulares e o acesso ao conflito psíquico (Winnicott, 1950a).

Winnicott (1954) utiliza o exemplo da alimentação para descrever este processo maturacional. O bebé incorpora algo, que é sentido como bom ou mau, consoante a incorporação se deu durante uma experiência gratificante, ou uma situação complicada por uma raiva excessiva, causada pela frustração. Depois da alimentação, a criança sente preocupação com o vazio que deixou na mãe, criando-se um conflito entre os elementos protectores e persecutórios do self, que será resolvido pela retenção ou pela eliminação. Ao eliminar, já que há um envolvimento das funções anais e uretrais, o bebé consegue recuperar algum controlo.

A sobrevivência materna aos ataques pulsionais permite a reparação ou restituição, através da qual o bebé resolve o esvaziamento feito fantasmaticamente no seio da mãe, no momento pulsional original. Esta elaboração interna é consequência da separação dos resultados, bons e maus, da investida pulsional, física e ideacional e conduz à capacidade de dar (Winnicott, 1950a, 1954).

O reforço materno diário deste processo, a que Winnicott (1954, 1958d, 1990a) chamou *círculo benigno*, leva à aquisição por parte do bebé de uma capacidade de aguentar o buraco que resultou do amor pulsional. Assistimos então ao surgimento do sentimento de culpa que tem origem na junção do amor tranquilo e excitado e na fusão das mães ambiente e objecto, com um conseqüente reconhecimento dessa figura total como pessoa importante, que presta cuidados ao self (Winnicott, 1954, 1963b, 1990a).

Para Winnicott (1963b, 1990a) a culpabilidade traduz a ansiedade ligada à ambivalência e representa um avanço no desenvolvimento, já que envolve um grau de integração do ego que permite a retenção da imagem objectal boa, em simultâneo com a ideia da sua destruição. Com a ajuda de uma mãe suficientemente boa, o bebé pode sustentar a culpa e adquirir a sua própria capacidade de reparação (Winnicott, 1950a, 1950b, 1990a).

Quando se firma uma confiança no círculo benigno, o sentimento de culpa transforma-se em preocupação. A origem desta capacidade de se preocupar surge quando o ego do bebé já começa a ser independente do ego auxiliar da mãe. Este, já é um *bebé maduro* (Winnicott, 1950a), que atingiu uma coesão psicossomática, pelo que começa a sentir responsabilidade pelas pulsões e funções corporais. As aquisições da posição depressiva são fundamentais para o desenvolvimento das capacidades construtivas do brincar e do trabalho e tornam-se uma fonte saudável de vivacidade nos relacionamentos e um contributo social e artístico (Winnicott, 1954, 1963b).

Até que a criança tenha recolhido suficientes memórias da mãe, a sua ausência é fortemente prejudicial. De facto, a integração da clivagem entre o ambiente cuidador e o ambiente excitante na mente da criança, só pode ser efectuada através de uma maternagem suficientemente boa e da presença continuada da mãe, fundamental enquanto o sentimento de culpa perdurar (Winnicott, 1950b, 1954). A mãe suficientemente boa "(...) sustenta (holds) uma situação" (Winnicott, 1954, p. 438) no tempo, repetidamente, para que os sentimentos de amor e ódio que co-existem no

bebé, possam ser apartados, inter-relacionados e gradualmente controlados internamente.

Apesar de terem abordado a mesma problemática sob diferentes perspectivas, podemos analisar a confluência das ideias de Klein e Winnicott. Ambos defenderam que o sentimento de culpa por ter destruído onnipotentemente o objecto e o desejo de o restaurar, faz surgir a reparação, que facilita ao ego a manutenção das ligações aos objectos e permite que a perda dê lugar ao símbolo (Segal, 1975).

1.3.3. Da Relação ao Uso do Objecto

Segundo Khan (1993) uma das mais importantes evoluções no pensamento de Winnicott foi a discussão dos mecanismos precoces de passagem da relação objectal para o uso do objecto, apresentada em 1968 no artigo *The use of an object and relating through identifications*.

Winnicott (1968d) considerou que na relação de objecto operam mecanismos de projecção e identificação, que conduzem a que o sujeito se sinta esvaziado e viva certas alterações no seu self, podendo encontrar no objecto, características suas. Após a aquisição da relação objectal, o indivíduo está preparado para evoluir no caminho do uso do objecto (Winnicott, 1958a, 1958d, 1968d).

A capacidade para usar objectos faz parte da mudança do princípio do prazer para o princípio da realidade e é resultado da maturação individual, na presença de um ambiente facilitador. Quando usa o objecto, o sujeito coloca-o fora da área de controlo onnipotente, percepcionando-o com fenómeno pertencente à realidade compartilhada, e já não como algo projectado. Surge então o reconhecimento do seu estatuto de entidade individual (Winnicott, 1968d).

Em termos sequenciais, o que acontece é que após se relacionar com o objecto, o sujeito destrói-o assim que este se torna externo. No entanto, o objecto sobrevive a essa destruição, pelo que o sujeito poderá usá-lo e continuar a destruí-lo na fantasia (Winnicott, 1968d). Embora aceitando esta destruição progressiva na fantasia inconsciente, o indivíduo vai agora poder viver no mundo dos objectos reais e compartilháveis. Este processo permite a passagem da vivência do objecto subjectivo para uma percepção objectiva e compartilhável.

É interessante verificarmos a existência de um outro paradoxo nestas formulações winnicottianas. Como vimos, há uma destruição do objecto pelo facto de estar fora do controlo onipotente do sujeito, mas também é a sua destruição que o coloca fora dessa área (Winnicott, 1968d). A sobrevivência do objecto é essencial para que este processo ocorra e este se torne real; caso contrário, é a destruição que se realiza.

Podemos observar nesta tese uma diferente abordagem da origem da agressividade (Winnicott, 1950a). Na destruição do objecto não há raiva, embora haja alegria pela sua sobrevivência. A partir daqui, o objecto está permanentemente a ser destruído na fantasia, o que fortalece o afecto e contribui para a constância objectal (Winnicott, 1968d). Assim, a destruição inconsciente abre o caminho para o amor a um objecto real sobrevivente, que pode agora ser usado.

1.3.4. Relações Objectais Posteriores

Ao fim do primeiro ano de vida o mundo interno já tem uma organização definida, na qual os objectos têm relacionamentos afectivos vivos entre si (Winnicott, 1958c).

Da introjecção inicial de objectos parciais evolui-se para uma relação com objectos totais e gradualmente a criança vai introjectando o pai e outras pessoas significativas (Klein, 1936; Winnicott, 1958c, 1990a). Como vimos, o desenvolvimento emocional saudável começa no holding e passa para uma relação partilhada pela mãe e o lactente (na qual os cuidados do pai, na sua relação com a mãe, não são conhecidos da criança) (Winnicott, 1957a, 1960d). No entanto, Meltzer (1989, in Schmid-Kitsikis, 1994) sublinha a importância da função protectora do pai, inclusivamente nestas fases muito precoces do desenvolvimento, já que na relação mãe-criança, o pai enquanto objecto interno da mãe, é parte do processo de incorporação primário.

Nas fases seguintes do desenvolvimento emocional alcança-se a vivência de uma relação afectiva a três, partilhada pela criança, o pai e a mãe. Finalmente, a família alargada e os pares vão-se introduzindo no mundo da criança, protegendo-a e facilitando o seu crescimento (Winnicott, 1957a, 1960d, 1990a).

Winnicott (1954) considerou que, em condições ambientais suficientemente boas, o bebé, após ter atingido a posição depressiva, encontra-se em posição de viver a problemática edipiana das relações triangulares. Este processo só acontece por volta do primeiro aniversário, embora atinja o seu auge quando a criança já anda bem e o funcionamento genital adquiriu primazia sobre o oral (Winnicott, 1958c). Neste sentido, também Arfouilloux (1993) considerou que a evolução a partir da posição depressiva só pode ser compreendida através do fantasma da cena primitiva.

Originalmente Freud considerou que o conflito edipiano era um importante organizador do psiquismo, uma vez ser o mecanismo de identificação com as personagens parentais, o principal facilitador do desenvolvimento das instâncias psíquicas (Houzel, 1997).

Mas Klein, ao longo do seu trabalho, considerou que o desenvolvimento psíquico se apoia essencialmente nas relações pulsionais e fantasmáticas com a mãe, sendo que os outros elementos da família, pai e irmãos, surgem como objectos rivais contidos no corpo materno (Houzel, 1997). Neste sentido, ao abordar a problemática da posição depressiva, a autora (1928, 1969b) incluiu uma discussão sobre a contextualização do surgimento das angústias edípicas, discordando de algumas formulações freudianas, uma vez que encontrou evidências de um Complexo de Édipo organizado bastante mais cedo do que Freud sustentava. Através das suas observações do 'brincar' das crianças pequenas, como por exemplo no conhecido caso de Rita¹, ela verificou que aos 2 anos e meio, estas já manifestam fantasias e ansiedades edípicas, conseqüentes das frustrações e da culpa, acarretadas pelo desmame (Klein, 1928, 1969a, 1969b).

Para Klein (1930), o conflito edípico (cujos estádios iniciais são dominados pelo sadismo) introduz-se logo na fase oral, na qual o indivíduo procura apoderar-se do conteúdo do corpo materno, vivendo o sadismo de forma primordial.

Desta forma, o Complexo de Édipo surge durante a posição depressiva, quando a criança se apercebe do vínculo entre a mãe e o pai: "(...) o bebé não tem que lidar apenas com um seio e uma mãe internos destruídos, mas também com um casal de pais internos destruído, na situação edípica primitiva" (Segal, 1975, p. 118). O sentimento de culpa associado à fixação pré-genital é já um efeito do conflito triangular e é resultado da introjecção dos objectos amorosos edípicos, ou seja, é produto da formação super-egóica. Bégoïn (1993) concordou com estas ideias kleinianas, confirmando que, através da análise de crianças pequenas, se pode observar a instalação do conflito edípico durante a segunda metade do primeiro ano de vida, iniciando-se nessa altura a estruturação do super-eu.

¹ Ver sub-capítulo *O Brincar*, pág. 69

O ponto máximo do desenvolvimento emocional infantil é atingido entre os três e os quatro anos. A criança está agora plenamente constituída como uma unidade integrada, podendo adquirir a capacidade de se relacionar com outras duas pessoas em simultâneo. É nesta fase que assistimos à afirmação definitiva do Complexo de Édipo e da formação super-egóica (Klein, 1928; Winnicott, 1990a).

Na fantasia, os desejos de união sexual com a mãe e da morte do pai vão originar a punição, que surge sob a forma de angústia de castração (Winnicott, 1990a). Em termos desenvolvimentistas, esta ansiedade, derivada dos elementos destrutivos da fantasia, vai dar origem à culpa edipiana (Klein, 1930; Winnicott, 1939, 1958d).

Na relação triangular, é o ver os pais juntos e vivos que torna suportável desejar a sua separação ou morte. Nestas condições, a angústia de castração torna a criança capaz de continuar a viver e permitir que o pai viva (Winnicott, 1990a). Finalmente, a reparação da culpa vai permitir a introdução da figura paterna no mundo fantasmático e libidinal da criança (Houzel, 1997).

Na problemática edipiana o conflito entre amor e ódio, experimentado inicialmente em relação à mãe, é agora estendido ao pai e à fratria (Winnicott, 1941). Na rivalidade fraterna, surge um conflito entre o amor e ciúme e os impulsos agressivos dirigidos aos irmãos. Também nesta relação, o sentimento de culpa consequente origina a necessidade de dar, a fim de se alcançar a reparação das pessoas amadas, que tinham sido fantasmaticamente destruídas (Klein, 1937).

Ao longo deste capítulo procurámos apresentar, de forma sintética, as diferentes aquisições do desenvolvimento emocional precoce, salientando a importância do papel da figura materna, como pilar organizador desse processo.

Resumindo, vimos que o bebé nasce num estado indefeso, pelo que tende a simbiotizar-se com a mãe e a utilizar os seus recursos egóicos, para o que precisa que

ela adivinhe e reconheça as suas necessidades, assistindo-lhe assim de forma adequada (Badaracco, 1986). A evolução a partir da simbiose primitiva permite a aquisição de recursos egóicos próprios (Badaracco, 1986; Mahler, 1963). Da dependência caminha-se no sentido de uma crescente individuação e autonomia e a partir da ilusão, passando pela desilusão, chega-se a uma relação objectal realista.

Para o sadio crescimento da criança, nas fases primitivas, analisámos a importância dos conceitos de *ambiente facilitador* de Winnicott e *capacidade de reverie* de Bion. A saudável vivência das fases ulteriores do desenvolvimento emocional é consequente de uma gestão propícia das primeiras relações triangulares e da aquisição do poder obtido através da nova actividade das pulsões genitais.

No entanto, mesmo quando as fases do desenvolvimento precoce foram satisfatórias, continua a ser importante um ambiente firme e estável, durante bastante tempo, já que só o efeito cumulativo das experiências prazerosas e de um ambiente amistoso em redor da criança, permite a instalação do sentimento de confiança no mundo externo (Winnicott, 1941, 1990a).

O OBJECTO E OS FENÓMENOS TRANSICIONAIS



Capítulo 2. O OBJECTO E OS FENÓMENOS TRANSICIONAIS

2.1. A Área Intermediária de Experiência

O texto *Objectos transicionais e fenómenos transicionais* é provavelmente dos trabalhos mais importantes e inovadores de Winnicott. Foi apresentado à British Psychoanalytical Society em 1951 (Masud Kahn, 1993) e publicado no *International Journal of Psycho-analysis*, em 1953. Foi incluído na obra *Da Pediatria à Psicanálise* (1993), bem como em *O Brincar e a Realidade* (1975a), último trabalho de D.W. Winnicott, no qual o autor se dedicou ao desenvolvimento das teorias do objecto transicional, ampliando as suas concepções iniciais (Masud Kahn, 1993).

Neste trabalho, Winnicott (1951, 1975b) formulou um dos seus mais interessantes conceitos, ao referir-se à existência de uma *área intermediária de experiência* entre o mundo interno e o externo, área essa que é adquirida numa determinada fase do desenvolvimento egóico e emocional. De facto, na relação mãe-filho, a passagem do estado fusional inicial para o processo de separação é possível graças a um *espaço potencial* entre o dentro e o fora, que pertence à terceira área de experiência e que tem como função a 'negação' do espaço de separação entre mãe e bebé, através do seu preenchimento (Winnicott, 1975g). Este espaço constitui um 'lugar de repouso' que visa manter as realidades interna e externa separadas, embora relacionadas entre si (Winnicott, 1951, 1975b).

A área intermediária situa-se "(...) entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objecto, entre a actividade criativa primária e a projecção do que já foi introjectado, entre o desconhecimento primário de dívida e o

reconhecimento desta" (Winnicott, 1951, p. 390). É nela que surgem o objecto e os fenómenos transicionais e é ponto de partida para o desenvolvimento da vida simbólica e da criatividade do ser humano (Grolnick, 1993; Pelento, 1991c; Winnicott, 1975g).

De facto, para Winnicott (1951, 1958c), certos movimentos da criança pequena que procura adormecer, como o acariciar do lençol ou da fronha da almofada, enquanto agarra ou suga uma parte do seu corpo, incidem nesta terceira área de experiência, constituindo-se como *fenómenos transicionais*. Estes comportamentos são únicos de cada criança e tornam-se extremamente importantes na hora de dormir ou em momentos de ansiedade ou isolamento.

O dedo ou a fralda não são sugados apenas por prazer, mas também como forma de consolo e defesa contra ansiedades primitivas, já que têm o poder de 'substituir' a mãe. De facto, o acto de sugar o polegar é uma encenação da relação objectal arcaica, na qual o objecto é 'criado' a partir do desejo, não sendo visto como dependendo da realidade externa (Winnicott, 1945).

Quando a criança mais velha entoa uma ladaíinha que lhe permite o adormecimento, ou adopta um objecto que não faz parte do seu corpo (embora não seja reconhecido como oriundo da realidade externa), está também a aninhar-se nesta terceira área de experiência (Winnicott, 1951). O objecto eleito torna-se, então, o seu objecto transicional.

O conceito de área intermediária de experiência constitui um dos paradoxos essenciais de Winnicott, já que não consiste num mundo fantasiado, nem é relação com os objectos, sendo ambos (Winnicott, 1968a). É um espaço pré-simbólico entre o Eu e o não-Eu, que constitui "(...) um mundo com imagens, cheiros e sensações maternos" (Grolnick, 1993, p. 96).

Winnicott (1951, 1958c) atribui enorme importância ao objecto e fenómenos transicionais, uma vez que são a manifestação observável da existência daquela área

intermediária, testemunho de um desenvolvimento emocional sadio. O brincar e a actividade simbólica anexam-se a estas experiências funcionais, alicerçando a vida cultural e religiosa do futuro adulto.

Em 1950, no seu texto *Crescimento e desenvolvimento na fase imatura*, Winnicott refere-se a um bebé, que conheceu:

"Este bebé passou por todas as fases normais: chupou o punho, chupou o dedo, coçou a barriga, manipulou o seu umbigo e o seu pénis, desfiou a borda do cobertor. Tem oito meses de idade e ainda não ingressou na costumeira fase de brincadeiras com ursinhos e bonequinhas. Mas encontrou um objecto macio e o adoptou. Com o tempo, este objecto terá um nome. Permanecerá durante alguns anos como uma coisa muito necessária para a criança, e no final, simplesmente desaparecerá, como o velho soldado. Este objecto é um meio termo entre todas as coisas. Nós sabemos que foi presente de uma tia. Mas, do ponto de vista da criança, ele é o ajuste perfeito. Não faz parte do *self*, nem do mundo. Mas, ainda, assim, é ambos. Foi concebido pela criança; ela não o podia ter produzido, mas ele simplesmente apareceu. O seu aparecimento deu à criança a ideia do que conceber. Trata-se de algo ao mesmo tempo subjectivo e objectivo. Está na fronteira entre o dentro e o fora. É simultaneamente sonho e realidade" (p. 41).

2.2. O Conceito de Objecto Transicional

Ao observarmos as rotinas de crianças pequenas, somos despertados pela presença nas suas vidas de brinquedos de peluche ou pedaços de tecido, já sujos e estragados, que elas carregam sempre debaixo do braço, ou arrastam pelo chão atrás de si, como se de um cãozinho se tratasse.

Na hora de dormir ou quando vão para a creche, as meninas e os meninos não permitem o afastamento destes objectos, embora se despeçam dos pais, aguardando o reencontro. As educadoras informadas sabem que, no início, deverão aceder a que a criança mantenha um contacto físico constante com o objecto, e lentamente conseguirão que este seja colocado numa prateleira, sempre ao alcance de um olhar.

A estas possessões 'mágicas' da infância, Winnicott (1951) chamou *objecto transicional*.

Estes objectos foram alvo de interesse quase simultâneo de Winnicott (1951) e Wulff (1946), embora este último se tenha referido ao apego privilegiado da infância como *objectos fetiche* (Winnicott, 1951). No entanto, os Grolnick (1981) através da análise de uma história infantil, escrita em 1874 por Dinah Craik², sugeriram que já século XIX existiriam objectos de transição na vida das crianças pequenas.

Na discussão do conceito de objecto transicional, Winnicott (1951) chamou-lhe a *primeira possessão não-Eu*, embora anteriormente se lhe tenha referido como 'o primeiro objecto não-Eu' o que gerou alguma controvérsia, já que o primeiro objecto não-Eu é o seio materno (Masud Kahn, 1993). Sugeriu que este conceito seria fundamental para uma compreensão da teoria das relações objectais precoces, uma vez que facilita o início de um tipo afectuoso de relação de objecto (Winnicott, 1974).

Gaddini defendeu que os comportamentos primitivos de sugar no polegar ou no punho, as actividades auto-acariciadoras, bem como a utilização da chupeta seriam percursos do objecto transicional (Winnicott, 1975a). De facto, precocemente Winnicott (1951) relacionou os fenómenos transicionais do lactente com esta 'possessão' de objectos macios, como bonecos de peluche ou pedaços de tecido. Neste sentido, o autor discutiu a relação dos objectos de transição com o erotismo oral, já que, primitivamente, a criança ao sugar o polegar, agarra o cobertor ou a fralda com a outra mão. Embora a excitação e satisfação orais possam ser a base deste apego, outros

² Craik, D.M.M. (1874). *The Little Lame Prince*. NY: Grosset & Dunlop. 1948.

factores importantes lhe estão inerentes, tais como a própria natureza do objecto ou a sua localização entre o mundo interno e o externo (Winnicott, 1951).

Como vimos, a presença de uma mãe suficientemente boa permite ao bebé imaturo a ilusão de que o que ele cria, de facto, existe. O objecto transicional, do ponto de vista da criança, foi criado por ela, embora nós saibamos que é proveniente da realidade externa (Winnicott, 1951, 1990a). Este objecto está relacionado com o seio materno externo e com o objecto interno (seio magicamente introjectado), embora não seja um nem outro (Winnicott, 1951). Gaddini (1980, in Relvas, 1983) argumentou que, para além de representar a mãe, este objecto inclui todas as sensações mais precoces existentes no estado fusional primitivo.

Enquanto parte do processo de ilusão, o objecto de transição encontra-se submerso na área intermediária de experiência, que configura "(...) uma "terra de ninguém" entre aquilo que é subjectivo e aquilo que é objectivamente percebido" (Winnicott, 1990a, p. 141).

Como já foi referido, para Winnicott, não era importante o objecto em si, mas antes a sua representação da transicionalidade. De facto, na sua reflexão sobre o conceito, concluiu que o objecto transicional não tem significado por ser uma coisa: não é importante o objecto usado, mas sim o uso do objecto (Winnicott, 1975b). No entanto, a 'coisificação' deste processo, ajuda a criança na aquisição de uma realidade interna e na sua diferenciação face ao mundo não-Eu (Masud Kahn, 1993).

O objecto transicional pode ser uma fralda, um cobertor, uma peça de roupa da mãe, um boneco de pano ou de peluche ou qualquer outro objecto macio (Winnicott, 1951, 1957b, 1960c). Winnicott (1951) situa, de forma imprecisa, o início do apego a esta primeira possessão, bem como das restantes actividades transicionais, entre os quatro a seis meses, prolongando-se até aos oito ou doze meses. Acrescenta, no entanto, que poderão persistir ainda, numa fase mais avançada da infância.

O objecto transicional poderá ter sido escolhido pela criança, ou fornecido pelos pais (Winnicott, 1974). É procurado sobretudo em momentos de transição, como a hora de dormir e em períodos de solidão ou afastamento dos pais e constitui-se como uma defesa contra a ansiedade, principalmente a de tipo depressivo³ (Winnicott, 1951, 1957b, 1960c). As suas funções saudáveis incluem um papel calmante, pacificador, sedativo, tranquilizante (*soothing*) ou provedor de satisfação. O seu uso como fornecedor de conforto ou defensor, poderá redundar num enviezamento da sua função original, o que pode sugerir uma fragilidade do ambiente facilitador. De facto, é importante que este objecto tranquilize e forneça satisfação e não que seja usado para confortar após o afastamento da mãe, nem como amigo ou protector (Winnicott, 1951).

Como vimos, o objecto transicional faz parte da área intermediária de experiência e é importante como sendo parte da mãe e também parte do bebé (Stevenson, 1974; Winnicott, 1974). Assim, frequentemente se torna mais importante do que a própria mãe, já que a criança, quando está ansiosa ou deprimida, o solicita em detrimento do apoio que possa encontrar num contacto pessoal com ela (Winnicott, 1951). Neste sentido, Stevenson (1974) argumenta que há uma transferência da emoção para o objecto inanimado, que passa a produzir apoio imediato. É essencialmente por este motivo, que a criança se sente fragilizada e ansiosa quando o objecto desaparece ou é substituído, já que não pode usufruir da sua função pacificadora ou calmante (Winnicott, 1951).

³ A ilustrar esta questão, gostaríamos de descrever o caso de uma menina de cerca de dois anos de idade, que conhecemos no contexto da nossa actividade profissional. Esta criança entrou para a creche já depois do início do ano lectivo, tendo tido grandes dificuldades na adaptação a este novo ambiente. Chorava aquando da despedida da mãe e continuava inconsolável durante todo o dia, chorando baixinho e perguntando incessantemente pela mãe. Esta tristeza permanente impedia de forma invasiva as gratificações dos períodos de alimentação e sesta. Depois de uma conversa com a mãe, percebemos que a criança tinha alguns objectos privilegiados (bonecos de borracha e peluche) que insistia em trazer de casa, mas que lhe eram retirados assim que chegava à escola, ficando no carro, à espera do seu regresso. Foi então proposto à mãe que deixasse os bonecos acompanharem a filha no seu dia na escola, facto que veio a facilitar enormemente a sua adaptação. Daí em diante, a tristeza da separação da mãe era facilmente ultrapassada pela presença consoladora dos objectos, que a acompanhavam na hora do almoço e aos quais se abraçava quando ia dormir a sesta. Lentamente, esta menina começou a sentir prazer no brincar com as outras crianças, permitindo o afastamento dos bonecos, que ficavam numa prateleira até à hora de voltar para casa.

Qualquer alteração ao seu aspecto exterior, odor ou textura, que não seja provocada pela criança, é mal recebida, podendo até ser causadora de abandono (Winnicott, 1951). Os pais apercebem-se da importância vital que este objecto tem para o filho, pelo que não se esquecem de o levar quando saem de casa, ou quando a criança se afasta deles (Winnicott, 1951, 1974). Também, não o lavam, nem o devem substituir por outro, permitindo que se suje e vá degradando, pois sabem que "(...)se o lavar introduzirá uma ruptura de continuidade na experiência do bebé, ruptura que pode destruir o significado e o valor do objecto para ele" (Winnicott, 1951, p. 393).

A criança assume direitos sobre o seu objecto de transição. Numa fase ainda regida pela onipotência infantil, ela tanto o ama e abraça, como o odeia e agride, confiando que ele deverá sobreviver às investidas do seu amor pulsional e agressividade. À medida que a criança começa a falar, adopta uma designação para se referir ao ursinho de peluche ou ao pedaço de tecido (Winnicott, 1951).

Winnicott (1951, 1959, 1975b) referiu não existirem diferenças de género quanto ao uso de objectos transicionais, embora acrescenta que as meninas geralmente procuram objectos mais fofos e maleáveis, enquanto que os meninos, numa idade mais avançada, mais facilmente optam por materiais duros.

Busch (1974, 1977) dedicou-se a um aprofundamento do conceito de objecto transicional, tendo alcançado alguns contrastes formais, relativamente às descobertas de Winnicott. Apresentaremos aqui algumas das suas conclusões, embora as examinemos com maior detalhe mais à frente.

Os seus estudos⁴ permitiram-lhe verificar que a ligação ao objecto transicional ocorre, geralmente por volta dos seis meses de vida. No entanto, não parece haver um consenso relativamente a esta questão já que, como vimos, Winnicott (1951, 1957b, 1960c) situa vagamente o aparecimento do apego ao objecto entre os seis e os doze

⁴ Busch, F. & McKnight, J. (1973). Parental attitudes and the development of the primary transitional object. *Child Psychiat. Hum. Devel.*, 4, 12-20.

Busch, F., Nagera, H., McKnight, J. & Pezzarossi, G. (1973). Primary transitional objects. *J. Am. Acad. Child Psychiat.*, 12, 193-214.

meses. Ainda, os estudos de Elmhirst (1980) mostraram que a formação do objecto transicional pode começar logo aos dois meses e meio, embora mais frequentemente o seu uso se inicie após o primeiro aniversário.

Busch (1974, 1977) confirmou que este objecto é geralmente macio e maleável e estava presente no berço desde o nascimento, tendo como principal função acalmar a criança quando está ansiosa ou quando vai adormecer.

O processo de vinculação ao objecto é feito gradualmente, sendo que os pais só se apercebem do apego quando já é bastante intenso (Busch, 1977). Reflectindo sobre o motivo desta vinculação, Busch (1974) argumentou que a experiência ansiogénica do adormecer, a par com o afastamento físico da mãe nesse momento, podem ser dois factores fundamentais para a necessidade de ligação a este primeiro objecto, essencialmente dependentes da sua presença no berço durante os primeiros meses de vida do bebé.

Os estudos de Caudhill (1971) e de Gaddinni e Gaddinni (1970) salientaram que em determinadas culturas em que as mães dormem com os filhos ou se deitam com eles quando vão adormecer, a grande maioria das crianças não desenvolve qualquer apego específico a um objecto (in Busch, 1974). Inversamente, num estudo de Ekecranz e Ruhde (1971, in Grolnick, 1993), a maior parte das crianças que dormiam em camas separadas tinham objecto transicional e um número significativo manifestou a necessidade de recorrer a fenómenos transicionais (uma cantiga ou o balanço do berço) para adormecer.

Os dados de Busch (1974) não indicam casos de objectos transicionais duros em crianças mais novas, pelo que na sua opinião, o principal critério de escolha, além da acessibilidade e familiaridade, será a textura suave e o facto do objecto ser macio e fofo. Esta questão remete-nos para os estudos de Harlow (1970) com jovens macacos (Busch, 1974).

Nas fases precoces de desenvolvimento emocional, nem todas as crianças usam o objecto transicional por via oral. Este pode ser usado para acariciar uma parte do

corpo, arrastado de forma a estar sempre ao alcance, ou mantido próximo embora sem contacto físico permanente. Busch (1974) considerou que a estimulação oral implica uma atitude regressiva, pelo que, quanto menor a ansiedade da criança e quanto mais internalizada estiver a propriedade calmante do objecto, menor será o seu uso regressivo.

O autor (1974, 1977) discordou de Winnicott no que se refere à associação entre os fenómenos transicionais e o objecto transicional. Nos seus estudos verificou que não existem fenómenos tão permanentes como o objecto, já que são frequentemente mais transitórios na sua natureza e têm uma função temporal mais limitada. Ainda, as suas propriedades calmantes são bastante mais ineficazes, à excepção da situação de adormecimento.

Alguns estudos têm salientado diferentes reacções infantis à lavagem ou à substituição do objecto privilegiado. De facto, na maioria dos casos observados por Busch (1974, 1977) o objecto de transição não era recusado após ser lavado, sendo aceite uma alteração de cheiro, embora houvesse rejeição se se verificasse uma mudança na textura.

Stevenson (1974) constatou uma aceitação da substituição do objecto por outro idêntico, atitude que compreendeu como sendo consequente do desenvolvimento do processo de intelectualização, que permite à criança de três ou quatro anos, o reconhecimento do desgaste dos materiais. O autor realizou um estudo em que tentou juntar informações sobre uma variedade de casos e diferentes formas de utilização de objectos transicionais, junto de famílias 'normais', para depois as comparar com um grupo de crianças privadas de meio parental e outro de crianças com perturbações do desenvolvimento. A informação foi recolhida através de relatos maternos que deveriam incidir sobre a descrição do objecto, o momento do apego e a sua duração, o tipo de situações nas quais o objecto era procurado, a posição da criança na fratria e a saúde mental na família. As cerca de 50 mães questionadas mostraram ter sensibilidade para perceber que estavam de alguma forma relacionadas com esses

objectos e algumas delas relacionaram-nos com a ansiedade das crianças. No entanto, o reconhecimento da sua importância era mais facilmente alcançado por mães inteligentes.

Stevenson (1974) não encontrou interferência do género da criança no uso do objecto, nem do seu tipo de personalidade ou posição na fratria, pelo que não deu relevância ao facto da criança ter tido uma atenção exclusiva da mãe. O surgimento do apego ao objecto, na maior parte dos casos, foi observado depois do primeiro ano, embora, em alguns, tenha surgido só depois do segundo aniversário, ou mesmo passado despercebido. O autor defendeu que uma quantidade de possessões fornece segurança e actua como defesa contra a ansiedade, já que verificou que as crianças podiam ter vários objectos de transição em simultâneo, desde que todos tivessem uma característica semelhante. Constatou também que algumas crianças abandonavam um objecto para logo de seguida se apegar a outro.

Os resultados deste estudo mostraram diversos tipos de utilização da primeira possessão da infância. Para ilustrar as suas conclusões, Stevenson (1974) referiu, entre outros, os casos de Ray, um menino de sete anos e Mark, de oito. Ray ligou-se a um pano de pó, ao qual chamou 'say', que ainda usa, segurando-o ou sugando a ponta. Leva-o para todo o lado e já está resignado com o facto de ter que ser lavado, embora, de início, não o tenha aceite com facilidade. Mark sugou o polegar até aos quatro anos e meio, principalmente à noite e em momentos de maior ansiedade. Com 14 meses ligou-se a um cobertor ao qual deu um nome e por volta dos três anos começou a dormir com um esquilo de lã, que colocava na ponta do cobertor e entalava junto a si. Aos quatro anos de idade, achou que já era muito crescido para ter o cobertor, mas manteve o apego ao esquilo.

Na continuidade dos estudos de Stevenson, em Portugal, Relvas (1983) procurou recolher dados de desenvolvimento de crianças que apresentavam um apego a determinados objectos inanimados. O material utilizado consistiu num questionário construído a partir da descrição de objecto transicional, formulada por Winnicott

(1951). Foi aplicado a cem mães de crianças com idades entre os 18 e os 42 meses. Os resultados indicaram que o objecto mais frequentemente escolhido tinha a forma de um boneco de peluche e que o apego pode surgir logo aos três meses de idade e manter-se ainda aos 42 meses. As crianças provenientes de meios socio-económicos altos ou médios e de meio urbano, revelaram maior tendência para possuir objecto transicional. Alguns factores que se mostraram impeditivos do estabelecimento deste apego foram a idade mais avançada dos pais, a vivência problemática da gravidez, a prematuridade e o parto por cesariana, bem como o pouco tempo ou a inexistência de amamentação ao seio. Ao contrário de Stevenson (1974), a autora (1983) verificou que as crianças que ocupavam o terceiro ou quarto lugar na fratria, ou que pertenciam a fratrias numerosas, dificilmente possuíam objecto transicional. Ainda, as crianças que tinham permanecido em casa junto dos pais, não frequentando creche ou ama, não mostravam evidências de apego a um objecto inanimado. Finalmente, um resultado original apontava para que, sempre que um bebé tinha um objecto de transição, a mãe também o tinha tido na infância. Relvas (1983) concluiu, então, que há uma interferência materna na escolha do objecto; aquilo a que chamou "empréstimo fantasmático".

2.3. Objectos Transicionais Iniciais e Posteriores

Stevenson (1954) e Anna Freud (1965) referiram-se à existência de duas épocas temporais nas quais podem existir ligações a objectos privilegiados, épocas estas que são diferenciados ao nível do desenvolvimento egóico, pulsional e do tipo de relações objectais (Busch, 1977). Busch (1974, 1977) considerou que o primeiro destes períodos se situa durante o primeiro ano de vida, existindo a ligação ao que chamou o

primeiro objecto transicional e o segundo ocorre por volta dos dois anos, surgindo então, um *segundo objecto transicional*. O autor entendeu que o processo de vinculação e a função do objecto é semelhante nestes dois períodos, pelo que a criança tenderá a apegar-se apenas a um deles. No entanto, verificou a existência de variações na utilização de cada um destes dois tipos de objecto.

Tanto Winnicott (1975a) como Gaddinni (1978) formularam o conceito de *objectos percursores*, que antecedem a formação do objecto transicional e são, geralmente, partes do corpo do bebé ou da sua mãe, como o polegar, a pele da mãe, ou a roupa de amamentar (Grolnick, 1993). Embora se possam confundir com o primeiro objecto de Busch (1974), estes percursores não correspondem a um verdadeiro objecto transicional, embora possam vir a transformar-se nesse sentido.

Torna-se agora importante discutir as principais características contrastantes entre os dois tipos de objecto de transição.

Busch e colaboradores (1973)⁵ recolheram dados relativos a 40 crianças (que tinham um primeiro objecto transicional) pertencentes a 32 famílias, utilizando entrevistas em profundidade como técnica de recolha de dados (Busch, 1974, 1977).

Verificaram que o primeiro objecto tinha feito parte da vida da criança desde o nascimento, e em nenhum caso, um cobertor ou fralda introduzidos depois dos três meses se veio a tornar num primeiro objecto transicional. Era dotado, portanto, de uma textura familiar para a criança, sendo fofo e maleável e estava muitas vezes associado a experiências confortantes, tais como a alimentação.

Busch (1977) centrou o surgimento da ligação ao objecto inicial por volta dos três meses, já que após essa idade, a par do desenvolvimento motor, evidencia-se um maior interesse e interacção com o ambiente, sendo já possível uma exploração activa dos objectos. Face à ansiedade emergente na experiência de adormecimento, a criança pode agora alcançar um objecto familiar e acessível que a acalme.

⁵ Ver Nota de Rodapé 4

O autor (1977) referiu alguns critérios para que um pedaço de tecido ou um cobertor seja um verdadeiro primeiro objecto transicional. Assim, indica que a ligação ao objecto deve ser duradoura (pelo menos um ano) e deve iniciar-se no primeiro ano de vida, mais frequentemente por volta dos seis meses. Este objecto deve ser contrastado com aqueles que apenas obedecem a uma necessidade libidinal, tais como o seio, o biberon ou a chupeta. Deverá ainda, ser diferente dos objectos meramente tranquilizantes fornecidos à criança pelos pais e também de partes do corpo que trazem conforto (Busch, 1974, 1977).

A utilização do primeiro objecto transicional não é estanque nem invariável (Busch, 1977). De facto, algumas crianças precisam da sua presença contínua, enquanto que outras alternam a necessidade do cobertor com a procura da mãe. Busch et al. (1973) encontraram informações relativas a crianças que apenas necessitavam das propriedades calmantes do objecto na altura de adormecer, enquanto que noutros momentos de ansiedade durante o dia, solicitavam o conforto da mãe (Busch, 1977). É interessante verificar que isto acontecia sobretudo em casos de sentimentos negativos da mãe em relação ao filho, ou em situações de grande disponibilidade materna para ficar com a criança em casa. Busch (1977) adiantou que, neste caso, há uma interposição da mãe entre o bebé e o objecto, facto que, isolado, não será necessariamente patológico.

Algumas crianças utilizam vários objectos, que em conjunto servem a função de um único objecto de transição primário. Busch (1974) exemplifica com o caso de Andrew que parecia estar ligado a quatro cobertores, diferentes em cor e textura. No entanto, todos tinham uma faixa de cetim e este parecia ser o único factor responsável pelo apego (Busch, 1974). Podemos observar a sintonia entre estes resultados e aqueles alcançados por Stevenson (1974) e Relvas (1983).

Busch (1974, 1977) refere-se ao objecto transicional inicial como cobertor e nunca como peluche, boneca de pano ou carrinho de madeira, já que, nos seus estudos,

ele surge incessantemente sob a forma de um pano ou pedaço de tecido, desde sempre presente no berço.

Esta caracterização de primeiro objecto transicional corresponde àquela formulada pioneiramente por Winnicott: o calmante primário procurado em momentos de ansiedade, que tem uma função de facilitação da diferenciação e separação face à figura materna (Busch, 1977; Grolnick, 1993).

Para Busch (1977) existe uma mudança no tipo de utilização do objecto, por volta dos dois anos, o que corresponde ao estágio de *Reaproximação*, de Mahler (1952), no qual a criança já se vê como separada da mãe, exacerbando-se a necessidade da sua presença. Neste período, a intensidade do envolvimento com o objecto pode sofrer alterações ou manter-se igual (Busch, 1974, 1977).

O crescimento egóico e libidinal, bem como o desenvolvimento da linguagem, podem contribuir para o encontrar de novas formas de apaziguamento, o que redundará numa diminuição da procura do objecto transicional. Mas, a intensificação do seu uso nesta idade pode ser explicada como resultado das exigências internas e externas no sentido da individuação, que conduzem a um maior desejo da criança de proximidade relativamente à mãe (Busch, 1977). Ainda, a procura acrescida do objecto poderá ser consequência de uma vicissitude exterior, geradora de ansiedade, como o nascimento do irmão ou uma mudança de casa ou de creche. Stevenson (1974) considera que a escolha de dois tipos de objecto transicional na infância poderá ainda ser justificada pelo alívio da tensão na fase edipiana, acarretada por uma nova ligação a um objecto, que pode ser amado de forma segura.

Como consequência da crescente maturação, os segundos objectos transicionais são mais sofisticados, já que se verifica um desenvolvimento dos interesses e motivações na criança de dois anos, face ao lactente (Busch, 1974, 1977; Grolnick, 1993).

Stevenson (1974) confirmou a distinção entre o objecto de transição inicial, ou primário (o cobertor ou o pedaço de tecido) e o seu desenvolvimento ulterior (o boneco de peluche ou outro brinquedo). O autor constatou que só o objecto secundário é alvo de uma personificação e projecção de emoções humanas. Este facto reforça a existência de uma maior sofisticação destes objectos, que já possuem uma aparência exterior estruturada, gozando geralmente de uma forma animal ou humana.

No entanto, os estudos de Stevenson (1974) apontaram para algumas discrepâncias relativamente aos resultados de Busch (1974), já que encontrou evidências de que, em certos casos, o apego ao objecto inicial pode ocorrer por volta dos dois ou três anos. Argumentou ainda que certas crianças permanecem ligadas ao primeiro objecto, não havendo uma passagem ao objecto posterior, embora, ao contrário do afirmado por Busch, possa haver uma vinculação a ambos os tipos de objecto, em diferentes fases da infância.

2. 4. O Objecto Transicional enquanto Facilitador do Desenvolvimento Emocional

Durante o período transicional ocorre "(...) um misto interactivo de interior e exterior, de self e não-self, de processo primário e secundário e de realidade e fantasia primitiva" (Grolnick, 1993, p. 100). Neste capítulo iremos abordar a importância do objecto transicional enquanto facilitador do crescimento individual e descrever de que forma ajuda na transição de etapas primitivas para o funcionamento inerente ao processo secundário. Desta forma, tal como Tolpin (1971) e Metcalf e Spitz (1978, in Grolnick, 1993) consideramos que este objecto é um importante organizador psíquico, desde que a sua adequada utilização esteja envolvida por um ambiente suficientemente bom e derive de uma relação simbiótica com a mãe experienciada de forma positiva.

O objecto transicional pertence aos primeiros estádios do processo de ilusão e facilita a transição da estimulação inicial do polegar para a manipulação de objectos pertencentes à realidade externa (Grolnick, 1993; Winnicott, 1959). Assim, permite a passagem da dependência materna inicial, fase em que existe uma total onnipotência, para a objectividade e o encontro com o princípio da realidade, constituindo-se como fase intermediária (Winnicott, 1970). Numerosos autores concordaram que a ligação à primeira possessão não-eu tem um papel fundamental na formação interna do símbolo e no desenvolvimento da capacidade simbólica e da criatividade (Cooper & Adler, 1990; Grolnick, 1993; Relvas, 1983).

O estágio winnicottiano *Eu Sou* é equivalente à posição depressiva e é marcado pelo surgimento de uma nova capacidade de relação de objecto, através de intercâmbios entre a realidade interna e a externa (Winnicott, 1975i). É neste período que surge o apego ao objecto transicional, facilitador destes desenvolvimentos, que promove o surgimento do brincar criativo e da capacidade de usar o potencial cultural (Winnicott, 1975i).

Para Cooper e Adler (1990), o objecto transicional é o primeiro passo na constituição de uma verdadeira relação de objecto, ajudando a criança a reconhecê-lo como existente no mundo real, embora seja visto como constantemente disponível. Desta forma, a criança pode evocar a memória da mãe, na sua ausência (Metcalf e Spitz, 1978 in Grolnick, 1993).

Assim, a vivência saudável da área transicional é indispensável na gestão da formação das estruturas egóicas que permitirão a aquisição de relações objectais socialmente apropriadas (Copolillo, 1967). De forma notável, o processo transicional permite uma troca intra-psíquica de conteúdos mentais e afectivos, entre o dentro e o fora, o fantasma e a percepção, o processo primário e o secundário (Grolnick & Grolnick, 1981). Os ursinhos e as fraldas são importantes apenas enquanto externalizações deste processo.

Passaremos, de seguida, a analisar mais detalhadamente estas funções do objecto transicional, que só pode surgir quando a mente infantil já é capaz de uma tarefa perceptiva e emocional, de criar limites e de se estabelecer como uma entidade individual (Grolnick, 1993).

2.4.1. A Transicionalidade do Processo de Ilusão

Como vimos, o espaço transicional encontra-se na interacção entre o mundo estritamente Eu e o mundo dos objectos situados fora do controlo onnipotente, derivando do espaço existente entre o objecto subjectivo e o objecto objectivamente percebido (Masud Kahn, 1993; Milner, 1979; Winnicott, 1975f). De facto, foi a partir das formulações da *Teoria da Ilusão* que Winnicott prosseguiu para a reflexão sobre os conceitos de objecto e fenómenos transicionais (Winnicott, 1945).

Como vimos anteriormente, o autor (1945, 1948b, 1960b) considerou que a adaptação quase perfeita da mãe ao seu bebé, no início da vida, permite que este tenha a ilusão de que o seio materno faz parte de si e está sob o seu controlo mágico. Para que isto aconteça é fundamental que a mãe coloque o seio real exactamente onde o bebé está pronto a criá-lo e no momento certo.

Podemos interligar este processo do desenvolvimento primitivo com o conceito winnicottiano de área intermediária de experiência, uma "(...) área concedida ao bebé, entre a criatividade primária e a percepção objectiva baseada no teste da realidade" (Winnicott, 1951, p. 402). De facto, percebemos que os fenómenos transicionais são os primeiros estádios do uso da ilusão e a sua principal função é iniciar a criança nesta área neutra de experiência, cuja criação é indispensável para o começo de um relacionamento entre o Eu e o mundo exterior (Winnicott, 1951, 1975b).

O papel da mãe é basilar para o estabelecimento da área transicional, já que permite à criança a referida ilusão de que o seio materno faz parte dela (Milner, 1979).

De facto, o objecto transicional simboliza a união da mãe e do bebé, dois seres que, para o bebé imaturo, não são separados (Schlierf, 1983; Winnicott, 1959). Ele não é a mãe, mas ajuda o bebé a ter essa ilusão, possibilitando que ela esteja sempre disponível (Greenacre, 1976; Grolnick, 1993).

Só a presença de uma maternagem suficientemente boa vai permitir que a criança não sinta o objecto transicional apenas como oriundo do exterior, nem vindo de dentro, produto de uma alucinação sua (Winnicott, 1951). Para o bebé, ele é ambos, e neste sentido, Winnicott (1959) afirmou que, se a criança falasse, diria "(...) este objecto é parte da realidade externa e eu criei-o" (p. 54).

Desta forma, a primeira possessão não-eu que está situada na fronteira entre o dentro e o fora, é, para a criança, simultaneamente, uma auto-criação sua e uma coisa real, compartilhada com os outros (Winnicott, 1990a). O objecto transicional vai mediar o processo de passagem do controlo mágico onipotente para a objectividade e o controlo pela manipulação (Schlierf, 1983; Winnicott, 1951, 1959).

A expressão 'transicional' subentende então, este estado passageiro da primeira infância, no qual é permitido à criança um controlo mágico sobre a realidade externa, controlo esse que passa a ser real, através de um manejo ambiental suficientemente bom (Winnicott, 1990a).

Resumindo, o objecto transicional promove o uso da ilusão e permite, aliado à desilusão gradual, a transição para uma aceitação da realidade e a vivência num mundo exterior, compartilhável, no qual os objectos já não podem ser magicamente controlados. Desta forma, o período transicional é o pilar da adequada construção da separação entre o mundo dos objectos externos e o self (Winnicott, 1975g). Depois de ter 'criado' o objecto, o bebé começa a sentir confiança em que o vai encontrar novamente, o que conduz, gradualmente, a uma capacidade para suportar a sua ausência (Winnicott, 1990a).

Nasce, desta forma, a concepção infantil da realidade externa.

2.4.2. O Objecto Transicional e a passagem da Relação ao Uso do Objecto

As primeiras observações de Winnicott sobre a relação do bebé com os objectos, foram descritas no seu trabalho *Observação de bebés numa situação estabelecida* (Masud Kahn, 1993). Nesse texto, o autor (1941) referia-se a uma situação específica que consistia na observação do comportamento de bebés quando encontram um objecto atractivo.

No setting de consulta, Winnicott está sentado à frente da mãe e do bebé e encontra-se uma espátula brilhante em cima da mesa. Face a esta situação, existe uma sequência natural de comportamentos da criança categorizados em estádios, pelos quais passam todos os bebés normais, entre os cinco e os treze meses. Desta forma, os bebés observados já tinham adquirido um mundo interior, que distinguem da realidade externa e já se relacionavam com objectos totais (Winnicott, 1945).

Após esta idade, o desenvolvimento físico, bem como a evidência de um interesse diversificado por vários objectos, não permitem que a criança dê sequência a um 'jogo' com a espátula (Winnicott, 1941, 1945).

O primeiro estágio é marcado pelo chamado *período de hesitação*, uma vez que o bebé mostra interesse evidente pela espátula, mas de imediato se recolhe no colo da mãe. Só depois desta retracção, se consegue virar novamente para o objecto (Winnicott, 1941). No estágio 2, existe já uma exploração activa da espátula (Relvas, 1983). O bebé aceita o seu interesse pelo objecto, leva-o à boca e mastiga-o evidenciando um grande prazer. Aqui, surge a auto-confiança e o bebé sente-se na posse da espátula, brincando com ela, enquanto interage com a mãe e com Winnicott.

No estágio 3 o bebé deixa cair a espátula inadvertidamente e, se esta lhe é restituída, pega-lhe, mas novamente a deixa cair, começando gradualmente a atirá-la com agressividade. Finalmente, vai para o chão brincar com a espátula ou desvia o seu interesse para outros objectos. O bebé parece estar a treinar a perda do objecto, pelo

que este último estágio foi equiparado por Winnicott (1941) ao jogo da bobina, descrito por Freud (1920) em *Para além do Princípio do Prazer*. Tratava-se de uma observação da brincadeira de um menino, que nunca chorava quando a mãe se afastava, com uma bobina: a criança provocava o seu afastamento e reaproximação atirando-a para fora do berço até deixar de a ver, e depois puxava o cordel, mostrando excitação ao rever o objecto. Esta actividade desenrolava-se por diversas vezes (Relvas, 1983). Freud (1920) achou que este jogo mostrava uma tentativa de elaboração da perda ou ausência da mãe (Coimbra de Matos, 1982b; Masud Kahn, 1994; Winnicott, 1941) e que permitia a facilitação da passagem do Princípio do Prazer para o Princípio da Realidade, função análoga à atribuída por Winnicott ao objecto transicional (Relvas, 1983). Relvas (1983) argumentou então que a primeira interpretação do conceito e função de objecto transicional foi feita, não por Winnicott, mas sim por Freud (1920) nesse texto.

Nesta situação estabelecida, Winnicott (1941) salientou que a hesitação após o primeiro gesto impulsivo traduz uma manifestação do super-ego, o que, tal como defendido por Melanie Klein (1928, 1969b), mostra a existência de fantasias já nesta idade precoce. O jogo com a espátula representa o intercâmbio entre a realidade interna e a externa e permite uma compreensão do funcionamento emocional da criança que já consegue relacionar-se com mais do que uma pessoa em simultâneo (Winnicott, 1941). Podemos observar que a faixa etária defendida por Winnicott como adequada à adesão a esta situação, corresponde àquela na qual se operam os mecanismos da posição depressiva. De facto, o autor (1941) relaciona as características do terceiro estágio com os processos inerentes a esta posição. Quando a mãe se afasta, a criança sente que a perdeu, tanto externa como internamente, pelo que o jogo da espátula, tal como o da bobina, lhe permitem controlar a relação com o objecto interno. Quando deita a espátula para o chão, a criança não só se vê livre da mãe (interna e externa) que despoletou a sua agressividade (Relvas, 1983), como

também "(...) externaliza uma mãe interna cuja perda é temida, de forma a demonstrar a si mesmo que esta mãe interna, agora representada pelo brinquedo no chão, não desapareceu do seu mundo interno, não foi destruída pelo acto de incorporação, ainda é benevolente e desejosa que a utilizem para brincar" (Winnicott, 1941, p 161).

O processo transicional reflecte uma problemática semelhante àquela evidenciada no período de hesitação já que este estágio, por ser marcado pelo surgimento do gesto espontâneo criativo, contém latente a noção de objecto transicional (Masud Kahn, 1993; Relvas, 1983).

Diz Winnicott (1941) que, nesta fase em que o bebé se sente na posse da espátula, "(...) deseja que brinquemos de ser alimentados por ela" (p. 142) e que "(...) nunca vi qualquer evidência de um bebé ficar desapontado com o facto de a espátula não ser, na verdade, nem comida, nem algo que contém comida" (p. 142).

Podemos analisar a convergência dos fenómenos, extrapolando a partir da ideia winnicottiana de que a espátula simboliza o seio ou o pénis, bem como as pessoas significativas (Relvas, 1983; Winnicott, 1941). Tal como no processo transicional, o autor (1941) afirmou que, ao longo da situação estabelecida, o bebé aprende algo importante, que vai facilitar o estabelecimento das verdadeiras relações objectais.

Na introdução à sua última obra *O Brincar e a Realidade*, Winnicott (1975a) reenunciou a sua hipótese inicial de compreensão dos objectos e fenómenos transicionais e, na sequência do seu pensamento ulterior, salientou que o importante não é o objecto em si, mas sim o uso do objecto.

Na verdade, o conceito de objecto transicional implica mais um paradoxo, já que "(...) o bebé cria o objecto, mas o objecto estava ali à espera para ser criado e tornar-se um objecto catexizado" (Winnicott, 1968d, p. 221)

Cronologicamente, para que o objecto possa ser encontrado pela criança, deve primeiro ser criado por ela. Já nos referimos anteriormente à função do objecto transicional como catalizador dos processos ancestrais da passagem do objecto

subjectivo para o objecto objectivamente percebido (Masud Kahn, 1993; Pelento, 1991b; Winnicott, 1968a, 1968d). Gostaríamos agora de acrescentar que, aquando do apego à fralda ou ao ursinho, a criança já está a passar da relação para o uso do objecto (Winnicott, 1975b). De facto, objecto transicional encontra-se na área intermediária entre a relação e o uso, intervindo activamente nesta transição (Masud Kahn, 1993; Winnicott, 1968d).

O alcance desta capacidade de usar o objecto como fonte de criatividade e como precursor do brincar e dos fenómenos religiosos e culturais, traduz um ganho evolutivo no desenvolvimento emocional infantil (Mello Filho, 1991a).

2. 4. 3 Desenvolvimento da Capacidade Simbólica

Para Klein (1930) a capacidade simbólica desenvolve-se desde o início da vida, fazendo parte de todo o processo inerente à construção das relações objectais.

Para que a capacidade de fantasiar e a formação de símbolos se afirmem, é necessária alguma quantidade de ansiedade, embora dentro de limites suportáveis pelo ego, que permitam a sua elaboração (Klein, 1930). Como vimos no capítulo anterior, através da reparação durante a posição depressiva, a perda dá lugar ao símbolo, pelo que esta fase se marca como a base do desenvolvimento definitivo da capacidade simbólica. O início do processo transicional, concomitante com esta problemática, promove as condições necessárias para o desenvolvimento saudável da competência para usar símbolos (Schlierf, 1983; Winnicott, 1957b).

Winnicott (1975e) reconheceu a importância da teoria kleiniana sobre o sentimento de culpa e do conceito freudiano de ambivalência na compreensão do tema da criatividade, embora tenha considerado que nem Klein, nem Freud, reconheceram a importância do ambiente materno na formação do processo criativo.

De facto, o impulso criativo inato desaparece, a não ser que seja correspondido pela realidade externa (Winnicott, 1958c). Esta adaptação materna, que apresenta o seio quando o bebé o procura, é o pilar da criação da capacidade de formação simbólica e do desenvolvimento da criatividade. Desta forma, o bebé sente a capacidade mágica de criar a experiência de satisfação e gradualmente consegue criar todo o conjunto da realidade externa (Grolnick, 1993; Winnicott, 1958c).

A utilização de um objecto transicional possui uma função fundamental na origem do simbolismo, numa fase em que o discurso ainda está em formação (Greenacre, 1970). Este objecto faz parte do processo de criação do símbolo e conduz à representação simbólica, já que simboliza o seio materno, favorecendo a transição do subjectivo para a objectividade (Mello Filho, 1991b; Relvas, 1983; Winnicott, 1951). Podemos aplicar aqui o conceito de Segal (1975), que define a simbolização como a relação entre o ego, o objecto (a mãe) e o símbolo (o objecto transicional).

Também Gaddini (1980, in Relvas, 1983) considerou que o objecto transicional, por ser a primeira simbolização, marca a etapa inicial do pensamento secundário. Este recurso ao simbolismo na utilização do objecto de transição significa que a criança já começa a distinguir entre fantasia e realidade, entre objecto interno e objecto externo e entre criatividade primária e percepção (Winnicott, 1951, 1975b).

Neste sentido, Grolnick (1993) reafirmou que o acesso ao pensamento simbólico, à linguagem, à cultura e à criatividade evolui a partir do uso da chupeta. De facto, o estabelecimento do espaço potencial entre a mãe e a criança irá conter a riqueza da vida cultural (Mello Filho, 1991b). Assim, mais uma vez salientamos a importância da vivência de uma área transicional na infância, que se afirma como um contributo importante para um desenvolvimento psicológico enriquecedor.

Segundo Klein (1930), "(...) o simbolismo é o fundamento de toda a sublimação e de todo o talento, pois é através da igualdade simbólica que as coisas, as actividades e os interesses se tornam o conteúdo de fantasias libidinais" (p. 252).

2.4.4. Da Simbiose Primitiva à Separação-Individuação

O estado de preocupação materna primária sobre o qual nos debruçamos no primeiro capítulo deste trabalho, permite que a mãe biológica se consiga adaptar totalmente às necessidades iniciais do filho (Greenacre, 1976). Nas primeiras semanas de vida, o rosto e o corpo materno tornam-se o ambiente envolvente da criança, constituindo-se uma díade una, que para o bebé é indissociável. Este período corresponde à fase da dependência absoluta de Winnicott (1963a) e à problemática inicial do estágio simbiótico, formulado por Mahler (1963).

Para Mahler (1952) a fase simbiótica é marcada por uma indiferenciação entre o Eu e o não-Eu, sobre a qual se alicerça o desenvolvimento individual (Mahler, 1963; Relvas, 1983; Siksou, 1992). Esta fase segue-se ao autismo normal e inicia-se por volta do segundo mês de vida da criança. Existem confluências entre esta problemática e a da fase da ilusão, de Winnicott, já que a mãe se deve adaptar activamente ao bebé e permitir-lhe sentir que o seu seio faz parte dele. Como podemos ver, também Mahler (1952, in Relvas, 1983) considerou que uma função materna adequada é fundamental para a progressão de uma fase para a seguinte, no sentido de um crescimento emocional saudável.

Entre os seis meses e os dois ou três anos da criança, ocorrem os processos inerentes à fase de *Separação-Individuação*, marcados por diversos processos complexos. Durante esta fase, a relação simbiótica vai transformar-se gradualmente na relação de objecto, contribuindo para a constituição adequada do sentido de identidade (Mahler, 1963). A separação-individuação termina com o alcançar da constância objectal, etapa que marca o reconhecimento total da mãe como tendo existência própria (Freud, 1987; Relvas, 1983).

Winnicott (1975b) referiu-se à função do objecto transicional como promotor da transição do estado de fusão inicial, onde predomina a relação de objecto narcísica, para a compreensão da mãe como pessoa separada. O ursinho ou a fralda são assim,

auxiliares poderosos para a passagem da dependência absoluta à dependência relativa, até se alcançar uma independência face à figura materna.

A criança de seis meses já começa a reconhecer a mãe como estando fora do seu controlo, sendo por volta desta idade que, como vimos, surgem as primeiras ligações ao objecto transicional. Este, é criado numa situação regida pela ilusão de que a mãe está sempre disponível, pelo que vai facilitar a passagem da fase simbiótica para a fase de separação-indivuação, e a elaboração desta, através das suas propriedades auto-calmantes, pautadas pela função confortadora da mãe (Greenacre, 1976; Relvas, 1983; Tolpin, 1971).

De facto, numerosos autores (Busch, 1974; Relvas, 1983; Schiffer, 1984; Winnicott, 1975b) consideraram que o fim da fase simbiótica é um factor causal para o desenvolvimento da relação com o objecto privilegiado. Este, é um facilitador do processo de separação-indivuação permitindo a diferenciação entre as realidades interna e externa e ajudando a criança na formação de uma identidade própria, através do reconhecimento do self e da sua diferenciação face ao outro. Winnicott e outros teóricos das relações objectais, consideraram que o objecto de transição contribui para acalmar a criança face à ansiedade de separação e de perda da simbiose inicial, já que ajuda a elaborar a raiva decorrente destas experiências de perda e provê a consolidação da estrutura psíquica, através da internalização do objecto materno (Cooper & Adler, 1990).

De facto, o processo transicional implica que durante o período de separação-indivuação, todas as experiências perceptivas sejam 'transicionalizadas' (Grolnick, 1993, p. 100), isto é, que sejam colocadas fora do fluxo interior-exterior, o que permite um ajustamento da necessidade de conforto e protecção e uma estabilização deste período do desenvolvimento emocional (Grolnick, 1993; Relvas, 1983; Tolpin, 1971). Neste sentido, Brody (1980) considera que a criança vai desinvestir do objecto transicional, assim que a separação-indivuação chegar ao fim e se alcançar a constância objectal (Relvas, 1983).

Contrariamente, para os teóricos da Psicologia do Self, como Tolpin e Kohut, o objecto transicional não tem a ver com a separação, mas sim com uma necessidade na transformação da onipotência infantil em auto-estima e auto-confiança (Cooper & Adler, 1990). Tolpin (1971) sugeriu que a relação com o objecto transicional é uma consequência da frustração sentida na unidade simbiótica mãe-filho, que tem como objectivo a recuperação das qualidades calmantes dessa unidade. A transferência dos cuidados que os pais têm com a criança para o objecto e a sua função auto-calmante não implicam, para a autora (1986), uma regressão (Cooper & Adler, 1990).

No entanto, Horton (1981, in Mello Filho, 1991a) considerou que a expressão *soothing* (calmante, tranquilizante) proposta por Winnicott para denominar a função dos fenómenos e objecto transicionais, possui um cariz regressivo, pelo que propõe em alternativa, o termo *solace* (consolo). Também Busch (1974) defendeu a natureza temporariamente regressiva da utilização destes objectos de apego, já que, por vezes, a criança se relaciona por via oral com o objecto inicial. No entanto, percebeu que esta forma de relacionamento possui uma característica adaptativa, já que é tida com um objecto e não com a própria mãe. Ainda, Brody (1980 in Relvas, 1983) considerou que o objecto transicional é um prolongamento da criança e o desejo da sua criação pode derivar de um desejo de experienciar os limites corporais. Neste sentido a autora afirmou que a ligação ao objecto contribui para a formação do Eu corporal, facto que explicaria a sua primazia relativamente à própria mãe.

Como sabemos, os seis meses de idade são um marco evolutivo no desenvolvimento emocional, marcando o início da posição depressiva, ou o surgimento da capacidade para se preocupar. Como vimos, é nesta fase que surge a ligação ao objecto transicional, mas somente nas condições em que a mãe sobreviveu aos ataques pulsionais e agressivos da criança. Winnicott (1975i) considera que durante o período em que a mãe começa a ser vista como pessoa inteira, o objecto

transicional torna-se uma extensão do objecto parcial, que pode servir de escape quando as relações com a mãe total se tornam conflituosas. Em termos evolutivos, no início deste processo o objecto privilegiado representa o seio parcial e só progressivamente vai passar a representar um bebé, o pai ou a mãe.

São as recordações de boas experiências de sustentação e do 'seio bom' que ajudam a criança a aguentar momentos de fracasso materno. Só a vivência destas experiências gratificantes, resultantes da presença de uma mãe suficientemente boa, fornecem a base para o surgimento do objecto transicional (Winnicott, 1954).

2. 5. O Destino dos Fenómenos Transicionais

À medida que a criança cresce, o apego permanente ao objecto transicional dissipa-se gradualmente. No entanto, a sua importância na hora de deitar continua presente durante mais algum tempo na vida da criança, ajudando ainda ao recolhimento narcísico necessário ao sono (Freud, 1987).

Winnicott (1951, 1959) descreveu várias formas de desinteresse do objecto privilegiado da infância: ele pode ser deixado num canto do quarto ou no fundo de uma gaveta; pode ser superado, mas mantido; gasto; dado (o que não é satisfatório); ou guardado pela mãe (o que evidencia a identificação). No entanto, a criança saudável sabe onde ele está e em situações regressivas, vai buscá-lo novamente⁶ (Winnicott, 1959).

⁶ Pretendemos ilustrar o abandono do objecto transicional com outro caso, o de uma menina que tinha quase três anos quando a mãe engravidou novamente. Esta criança tinha um boneco chorão que levava para todo o lado e com o qual simbolizava a relação mãe-filho, alimentando-o, mudando-lhe a fralda e embalando para adormecer. A mãe, julgando assim prepará-la para o nascimento do irmão, disse-lhe que iria nascer um bebé como aquele chorão, que por enquanto ainda estava na sua barriga. A menina aceitou este facto com compreensão e passou a referir-se ao boneco como 'o mano'. No entanto, assim que o irmão nasceu, ela libertou-se do chorão, abandonando-o com agressividade no caixote do lixo. O parto teve algumas complicações e o bebé ficou internado bastante tempo, o que condicionou um afastamento da mãe relativamente à filha mais velha. Privada da mãe e de um objecto de consolo, esta menina desenvolveu uma enurese secundária e uma série de outros comportamentos regressivos.

Winnicott (1951) considerou que o destino do objecto transicional é ser gradualmente descateixizado, de forma a tornar-se "(...) relegado para o limbo das coisas semi-esquecidas" (Winnicott, 1959, p. 56). Quis com isto dizer que não é esquecido ou internalizado, nem o seu sentimento é reprimido ou sublimado. Neste sentido, também Schlierf (1983) opinou que as crianças saudáveis não internalizam o objecto transicional. No entanto, Tolpin (1971) contradiz esta teoria argumentando que este é de facto gradativamente internalizado, constituindo uma estrutura interna auto-calmante. Para a autora, é por este motivo que o objecto não é esquecido, nem chorado. No entanto, considerou que este trabalho de internalização é análogo ao do luto, à semelhança do que podemos observar no adulto que vive um processo de luto, um afastamento temporário dos interesses culturais (Tolpin, 1971). Neste sentido, Segal (1957 in Elmhirst, 1980) concluiu que a formação de um símbolo abstracto, tal como o processo normal de identificação com um objecto e suas qualidades, envolve perda e um trabalho emocional de reparação.

Winnicott (1951) justifica a ausência de lamentação ou tristeza, com base na ideia de que a primeira possessão perde gradualmente o seu significado porque os fenómenos transicionais se espalharam por todo o território intermediário, especialmente a partir da fase em que mais se desenvolvem os interesses culturais, como na idade de latência. Para a criança de cinco anos outras possessões se tornam importantes, como livros ou outros brinquedos e actividades (Winnicott, 1959, 1960c).

Também Busch (1977) observou que a idade modal do desinvestimento total no objecto transicional era por volta dos cinco ou seis anos. Para o autor, este desinvestimento traduz o abandono da representação das interacções calmantes mãe-bebé, da qual a criança já não precisa. Na sua opinião, os efeitos organizadores da resolução do conflito edipiano são os principais causadores deste processo, já que permitem uma maior independência da criança face aos objectos libidinais primários. Também os processos intelectuais e cognitivos adquirem maior expressão,

condicionando uma superior capacidade de gestão de situações anteriormente sentidas como ansiogénicas (Busch, 1977).

Como vimos, o processo de desinvestimento na primeira possessão da infância é gradual, embora possam surgir regressões, geralmente fruto de pressões externas, como privações ou perdas, ou simplesmente a entrada na escola (Copolillo, 1967; Winnicott, 1959, 1960c). Busch (1977), no entanto, verificou que certas crianças abandonam o ursinho da infância precoce de forma mais ou menos resoluto, o que o fez pensar que este processo não terá que ser obrigatoriamente gradual. Os seus estudos permitiram-lhe, ainda, verificar que certos factores externos, nomeadamente a pressão parental, associados às crescentes capacidades egóicas e maturacionais da criança seriam os promotores do desinteresse pelo objecto.

Na preparação de uma comunicação apresentada à Association for Child Psychology and Psychiatry, em Glasgow, com o título *The fate of the transitional object*, Winnicott (1959)⁷ reformulou o seu ponto de vista relativamente ao destino do objecto transicional, defendendo então que ele seria de facto internalizado. Defende ainda a sua ideia inicial de que os fenómenos transicionais não desaparecem, antes se transformam na terceira área de experiência que constitui a vida cultural adulta. Winnicott (1951) referiu-se a Joan Rivière (1936) na sua ideia de que a aceitação da realidade nunca é totalmente elaborada, já que existe sempre alguma ansiedade quando se tem que relacionar a realidade interna com a externa. O alívio desta ansiedade é proporcionado por uma área intermediária de experiência que não é contestada, tal como as actividades culturais, a arte ou a religião. Para o autor (1951) esta área do adulto vem na continuidade da área do brincar da criança pequena, já que existe uma evolução gradual do fenómenos transicionais para o brincar, do brincar só para o brincar partilhado e deste para as experiências culturais (Grolnick, 1993; Winnicott, 1951, 1959, 1975c).

⁷ Conjunto de notas publicado após a morte de D.W. Winnicott

De facto, podemos equiparar o estado de alheamento da criança pequena quando brinca, ao sonho acordado e, de outra forma, ao estado de concentração do adulto, vividos no seio de um espaço intermediário entre o exterior e o mundo intra-subjectivo (Bollas, 1987; Winnicott, 1975c).

2. 5.1. O Brincar

Como vimos, é no espaço potencial entre a mãe e a criança que se situa o brincar (Winnicott, 1975d, 1968a). A criança traz, para esta área, representações da realidade externa em simultâneo com material onírico, oriundo da realidade intra-psíquica (Winnicott, 1975c, 1975f). De facto, o brincar é uma experiência criativa, que não tem uma localização temporal ou espacial, nem faz parte de dentro ou do exterior (Winnicott, 1975c).

Para Winnicott (1975c) os objectos e os fenómenos transicionais são os percursores dos brinquedos. Logo no início da vida, podemos observar formas primitivas do brincar, com as mãos e outras partes do corpo (Greenacre, 1970). Nesta idade precoce, os bebés manifestam uma capacidade de interacção com a mãe, observável no jogo que com ela estabelecem aquando da amamentação, colocando-lhe os dedos na boca como se também a estivessem a alimentar (Winnicott, 1969). A primeira brincadeira com o seio é de grande valor, por permitir ao bebé descobrir a mãe e comunicar-se com ela, facilitando, assim, o conhecimento entre ambos e o desenvolvimento de uma relação de intimidade (Winnicott, 1948d). De facto, o brincar implica confiança e pertence a este espaço potencial existente entre mãe e filho, num momento em que o bebé, estando num estado de dependência quase absoluta, confia na capacidade de adaptação materna.

No seu notável texto sobre *A capacidade para estar só*, Winnicott (1958a) refere-se a esta característica de confiança na existência materna. A criança mais velha, ao brincar, está só na presença de alguém, sabendo que a mãe está disponível e é confiável. A mãe é, então, percebida como reflectindo o que acontece na cena brincada (Winnicott, 1975c).

O brincar é uma aquisição essencial no desenvolvimento infantil, já que através do jogo, tal como ilustra o uso do objecto transicional, a criança saudável pode afastar-se da dependência materna, sendo-lhe possível 'alucinar' o objecto internalizado (Lebovivi & Diatkine, 1985). Através da actividade lúdica, a criança pode tornar-se criativa e descobrir a sua personalidade total, o que facilita o crescimento e conduz aos relacionamentos grupais (Winnicott, 1975c, 1975d).

Por volta da década de 60, Winnicott⁸ passou a distinguir o uso do brincar (*play*) como forma de análise infantil, do brincar (*playing*) como um acto em si (Masud Kahn, 1993). Considerou que ambos, em conjunto com o objecto e os fenómenos transicionais, constituem a base da experiência cultural do indivíduo (Winnicott, 1968a).

Para o autor (s.d.) o brincar (*playing*) permite uma elaboração criativa das funções corporais, dos afectos e relacionamentos objectais e possui como característica central, o prazer. Quando a criança adquiriu uma capacidade simbólica, a actividade lúdica é posta ao serviço do manejo da agressividade, já que a brincar, é possível ferir, matar, reparar e curar (Lebovivi & Diatkine, 1985; Klein, 1969a).

O brincar (*play*) enquanto mediador do espaço transicional, é um instrumento de excelência em psicoterapia e análise infantis, uma vez que permite o acesso à estrutura intra-psíquica da criança, pondo em evidência a luta instintual e os conflitos internos.

Melanie Klein debruçou-se sobre o estudo da actividade lúdica da criança, centrando-se essencialmente no uso do brincar e nos conteúdos da brincadeira, já que

⁸ In *Notes on Play (s/ data)*: estas notas foram encontradas por Claire Winnicott, após a morte do seu marido. Embora não tenham data, calcula-se que tenham sido escritas por volta da década de 60, época em que o autor começou a distinguir *play* de *playing*.

desta forma se pode estabelecer uma comunicação na análise infantil, sem recurso à linguagem. A autora (1930, 1969a) considerou que se podem dispensar as associações verbais no processo terapêutico da criança pequena, centrando-se essencialmente na interpretação das fantasias, afectos, ansiedades e defesas expressas na linguagem simbólica do brincar.

Entre 1920 e 1923, Klein (1969a, 1969b) analisou através desta técnica, Rita, uma menina de 2 anos e 9 meses, que sofria de uma neurose obsessiva. A criança evidenciava grande rigidez super-egóica e uma inibição ao nível do 'brincar', só conseguindo, no início do processo terapêutico, vestir e despir uma boneca, de forma obsessiva. A aplicação da técnica do brincar à Psicanálise, permitiu à autora o conhecimento das defesas e dos mecanismos inconscientes nos estádios primitivos do desenvolvimento emocional (Klein, 1969a).

Contrariamente a Klein, Winnicott considerou que mais importante do que analisar o conteúdo da brincadeira é compreender 'o brincar' como coisa em si. Para ele (1975a) a psicoterapia "(...) efectua-se na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia lida com duas pessoas que brincam juntas e (...) o trabalho efectuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é" (Winnicott, 1975c, p. 59).

A técnica do *Squiggle*, proposta por Winnicott (1968c) como forma de exploração do material da consulta terapêutica, tem por base o brincar e o desenho, permitindo assim o estabelecimento de contacto com a criança. Esta técnica permite abrir um caminho para que paciente e terapeuta se tornem conscientes do estado emocional da criança (Masud Kahn, 1993).

Embora utilizando paradigmas diferentes, Winnicott (1975c) valorizou o trabalho não-directivo de Axline (1947, 1976) principalmente no que se refere ao seu conceito

de que o momento significativo é aquele em que a criança "(...) se surpreende a si mesma, e não o momento da minha arguta interpretação" (Winnicott, 1975c, p. 75).

2.5.2. A Experiência Cultural

"Fomos a um concerto e eu ouço um dos últimos quartetos de cordas de Beethoven (...) este quarteto não é apenas um facto externo produzido por Beethoven e tocado pelos músicos; e não é um sonho meu, o qual, por sinal, não seria tão bom. A experiência, associada à minha preparação para ela, permite-me criar um facto glorioso. Eu gostei dele porque Eu disse que Eu o criei, eu alucinei-o, e ele é real e estaria lá mesmo que eu tivesse sido ou não, concebido (...) Isto é uma loucura, mas na nossa vida cultural, nós aceitamos a loucura, tal como a aceitamos na criança" (Winnicott, 1959, p. 58).

No fim da sua vida, Winnicott concentrou-se no estudo da função organizadora da capacidade artística e cultural dos indivíduos (Masud Kahn, 1993).

A 'experiência cultural' do adulto é uma ampliação dos fenómenos transicionais e do brincar criativo da criança e deriva da vivência saudável do espaço potencial entre a mãe e o bebé (Winnicott, 1975f). De facto, o autor (1951) concluiu que esta "(...) área intermediária de experiência incontestada quanto a pertencer à realidade interna ou externa (...) constitui a parte maior de experiência do bebé e, através da vida é conservada na experimentação intensa que diz respeito às artes, à religião, ao viver imaginativo e ao trabalho científico criador" (p. 406).

Para Winnicott, a experiência cultural prende-se à possibilidade de criar e recriar, por intermédio da ilusão, um lugar entre a subjectividade do Eu e a do Outro, que permite ao indivíduo separar o dentro do fora e o sonho da realidade, mantendo-os inter-relacionados (Graña, 1991b; Winnicott, 1951).

De facto, a vida cultural, a criatividade, a espontaneidade e a capacidade simbólica do adulto são produto da metamorfose da área transicional infantil e situam-se num espaço potencial entre o indivíduo e o ambiente, que constitui a terceira área de experiência do ser humano (Winnicott, 1960a, 1975f). Face a esta questão, Elmhirst (1980) considera sem sentido a designação de área intermediária do adulto, considerando que esta não é mais do que uma função do ego, uma vez que a própria definição freudiana de ego implica a sua função de separação entre a realidade interna e a externa.

Mas, a função primária da arte é a 'criação' de objectos; a função secundária almeja a restauração dos objectos perdidos (Milner, 1979).

Se observarmos determinadas formações artísticas, podemos encontrar uma analogia entre o conceito de objecto transicional e alguns conteúdos encontrados nas artes plásticas ou literatura (Copolillo, 1967; Winnicott, 1975f). Neste sentido, Masud Kahn (1993) refere-se a certas obras de Picasso e Braque cuja qualidade cubista permite que se assimile o que é observado ao imaginado, criando-se assim, algo novo e enriquecido.

Pensamos poder ilustrar a evolução da área transicional da infância para a vida cultural adulta, através de uma descrição feita por Coppolillo (1967) do caso de um analisando, um jovem adulto de 26 anos. Uma das suas características centrais era o total desconhecimento dos contos de fadas e das personagens tradicionais como Pinóquio, Gulliver ou Tom Sawyer. A sua aridez cultural foi vista pelo analista, não como repressão, mas como consequência do desinvestimento nas expressões culturais, que considerava desinteressantes. Na altura da sua vida em que tinha a capacidade para se interessar e perceber os contos de fadas, a sua mãe intrometeu-se e desviou-lhe a atenção para si própria, colocando-se eternamente na posição de objecto primário contínuo.

2.6. Psicopatologia na Área dos Fenómenos Transicionais

Os objectos transicionais promovem o crescimento, a individuação e a segurança psíquica (Mello Filho, 1991a). A sua função tranquilizante, bem como o contributo para a formação da ilusão, consistem nos seus principais préstimos para o desenvolvimento emocional saudável (Winnicott, 1951). A existência de uma área de ilusão distingue a perturbação psicótica da neurótica, pelo que Geissman, Geissman e Crognier (1978, in Relvas, 1983) concluíram que a existência do apego ao objecto transicional na infância, garante o afastamento de uma organização psicótica do futuro adulto. De facto, no autismo, não existe sequer um esboço de ligação ao objecto transicional (Tustin, 1977, in Relvas, 1983).

Esta inexistência consiste, de um modo geral, num desvio à normalidade, já que pode manifestar excessivas dependência ou independência relativamente à figura materna (Stevenson, 1974). No entanto, por si só este dado não tem valor diagnóstico, uma vez que é possível que, em situações saudáveis, o apego ao objecto se desenvolva de tal forma pouco evidente que os pais mal se apercebam (Stevenson, 1974; Winnicott, 1951). Grolnick (1993) considera que algumas crianças podem crescer sem nunca adoptarem um objecto transicional, mas igualmente 'transicionarão' uma parte do ambiente de forma a usá-la como ponto de equilíbrio do processo de separação. Noutras situações, a criança pode utilizar a mãe ou uma parte do seu corpo como se de um objecto de transição se tratasse (Winnicott, 1959). Para Winnicott (1971, in Schlierf, 1983) esta utilização traduz uma coisificação da figura materna, que é transformada num objecto inanimado sem sentimentos ou necessidades.

Como vimos, a presença de uma mãe suficientemente boa é fundamental para o desenrolar da formação da área transicional. A comprovar esta tese, salientamos o

trabalho de diversos autores (Anna Freud & Dorothy Burlingham, 1943, in Freud, 1987; Provence & Ritvo, 1975), que se dedicaram ao estudo de crianças privadas de ambiente materno, sem beneficiarem de um substituto adequado. A privação das relações objectais conduz a uma suspensão no desenvolvimento emocional e cognitivo, pelo que a criança se torna indiferente, infeliz e desinteressada (Bowlby, 1981; Spitz 1998).

Quando a mãe não está presente, a representação mental que a criança tem dela acaba por desvanecer-se, se o período de afastamento for demasiado longo (Winnicott, 1951, 1975f). A perda da mãe interna reforça a ameaça de perda da mãe real, numa fase em que o objecto interno e o externo estão ainda ligados (Winnicott, 1941). Neste caso, "(...) a única coisa real é a falta ou a lacuna" (Mello Filho, 1991b, p. 48).

À medida que esta imagem mental se extingue, os fenómenos transicionais perdem gradualmente o seu significado e o objecto privilegiado começa a ser descatexizado (Schlierf, 1983; Winnicott, 1975b). Mas, por vezes, aquando da perda, podemos observar um exacerbamento da utilização do objecto transicional, como manifestação da negação da separação da mãe (Mello Filho, 191b; Winnicott, 1975b). Nestes casos, tanto a ausência de objecto transicional como a sua utilização desproporcionada, indiciam um desvio da normalidade (Fintzy, 1971; Provence & Ritvo, 1975).

Provence e Ritvo (1975), ao estudarem crianças institucionalizadas verificaram que bebés que tinham passado por uma privação forte no final do primeiro ano, eram incapazes de investir libidinalmente um brinquedo ou um objecto com intensidade suficiente para o procurar e encontrar (Fintzy, 1971). Estas crianças manifestavam atrasos do desenvolvimento motor e da linguagem, bem como pobreza das respostas afectivas e investimento precário nas outras pessoas, no próprio corpo e nos brinquedos e materiais de jogo. Também a constância objectal surgia mais tarde, o que foi interpretado como um déficite no processo secundário (Provence & Ritvo, 1975). Os mesmos autores observaram ainda que as actividades de auto-estimulação oral surgiam

na altura adequada, mas após alguns meses assistia-se ao desaparecimento da sucção do polegar e da manipulação de partes do próprio corpo, o que era indicador de um desenvolvimento deficitário da integração psique-soma e do ego corporal. Os bebés institucionalizados observados eram submetidos a longos períodos de desconforto, não vivenciando as experiências gratificantes de alimentação e cuidados maternos.

Em simultâneo com estes estudos, Stevenson (1974) procurou investigar a existência de apego a objectos privilegiados em 20 crianças institucionalizadas, entre um e cinco anos de idade. Verificou que nenhuma das crianças observadas conseguia relacionar-se com um objecto por mais de duas horas. Os brinquedos eram geralmente utilizados como forma de agredir os pares e sofriam ataques destrutivos permanentes.

Quando uma criança é afastada da mãe, sem ter um substituto adequado, é privada de provisões libidinais, pelo que fica impossibilitada de dirigir para o exterior a libido, bem como as pulsões agressivas. Spitz (1998) referiu-se às doenças de carência materna, como a depressão anaclítica (carência parcial) e o hospitalismo (privação emocional total). A depressão anaclítica, quadro reversível, inclui as reacções do lactente às carências de investimento afectivo materno, podendo conduzir ao marasmo fisiológico, processo irreversível patente no hospitalismo.

A perda da mãe vai dificultar os diversos processos normogénicos do desenvolvimento emocional infantil e torna-se extremamente prejudicial ao longo das fases fulcrais de organização do psiquismo. De facto, se observarmos a reacção de extrema angústia da criança de oito meses ao confrontar-se com o estranho, podemos avaliar as consequências das situações de luto e separação prolongada, na fase em que a mãe já é reconhecida como objecto total e nas seguintes, promotoras da constância objectal (Arfouilloux, 1993; Bowlby, 1981).

Como vimos, em casos de perda da mãe, o fracasso da fidedignidade da figura materna acarreta a perda da área de brincadeira e da capacidade simbólica. Neste caso,

o espaço potencial está cheio de produtos de pobre imaginação criativa (Milner, 1979). De facto, as crianças privadas não possuem objecto transicional, são inquietas e incapazes de brincar, não conseguindo usar os objectos de forma criativa (Provence & Ritvo, 1975; Winnicott, 1975f, 1959).

Mas, na presença da mãe biológica (não suficientemente boa), a criança pode também desenvolver uma utilização inadequada do ursinho ou da fralda. Nestes casos de patologia da transicionalidade, o uso desviante do objecto pode conter em si um perigo potencial para a estruturação psíquica do indivíduo (Greenacre, 1970). Grotstein (s. d.), citado por Mello Filho (1991a), referiu que "(...) objectos de consolo patológico incluiriam aqueles que parecem ser aditivos, dolorosos, terem sérios parafeitos, serem lesivos ou necessários para que alguém funcione" (p. 27).

O autor (Mello Filho, 1991a) referiu-se a numerosos teóricos que associaram diversos distúrbios do processo transicional a estados border-line (Modell, 1968), perturbações da personalidade (Horton, 1981), esquizofrenia (Provence & Ritvo, 1961), distúrbios narcísicos (Volkan, 1973), perturbações do comportamento alimentar, rituais obsessivos (Solomon, 1962), anti-socialidade e toxicod dependência (Winnicott, 1951) e fetichismo (Sperling, 1959; Wulff, 1946).

Wulff (1946), praticamente em simultâneo com Winnicott, descreveu a ligação que crianças pequenas estabelecem com determinados objectos privilegiados, quando a mãe não está perto (Greenacre, 1970; Grolnick & Grolnick, 1981; Stevenson, 1974; Winnicott, 1951). No entanto, julgou este apego patológico, tendo-os considerado *objectos fetiche*, já que encontrou semelhanças entre a sua função e a dos objectos importantes no fetichismo do adulto.

Apesar de Winnicott (1951) ter visto o uso destes objectos como um organizador e facilitador do desenvolvimento e individuação, ponderou que, em casos patológicos, eles podem vir a transformar-se em objectos fetiche no adulto, e assim persistir, não como um espaço cultural, mas como uma característica da vida sexual.

De facto, nos primeiros anos de vida do fetichista surgiu doença associada a uma relação perturbada com uma mãe não suficientemente boa, ausente ou doente, sem capacidade de adaptação ao bebé (Greenacre, 1976). Nestes casos, os elementos hostis da agressão não são geridos por uma figura contentora, a energia psíquica não é investida no crescimento e podem surgir, como mecanismos compensatórios, diversas actividades auto-eróticas que se intensificam na fase anal-fálica. Nesta situação, se a criança encontrar um objecto inanimado pode adoptá-lo, tornando-o num fetiche infantil (Greenacre, 1970).

Sperling (1963, in Greenacre, 1970) não reconhece qualquer crédito ao conceito winnicottiano de objecto transicional, criticando a sua definição como fenómeno normal que surge da necessidade de apoio durante o período de separação-indivuação da mãe, e defendendo que este objecto é na realidade um fetiche, imposto à criança por uma mãe neurótica. No entanto, como é sabido, os estudos de Winnicott assentaram em recolhas de informação relativas a crianças filhas de mães sem patologia neurótica ou psicótica. Greenacre (1970) salientou ainda que as crianças que possuem um fetiche infantil, geralmente apresentam um atraso ao nível da individuação, o que não se verifica nas crianças com objecto transicional.

Winnicott (1951) observou que a mãe saudável incentiva a relação do seu filho com o objecto de transição. O mesmo se verifica no fetichismo infantil, embora esta mãe inconscientemente resista à separação face à criança e não consiga abdicar das gratificações do contacto corporal com ela (Fintzy, 1971).

Outros autores admitiram uma ligação directa entre os fenómenos transicionais e o fetichismo. De facto, em situações patológicas, os objectos privilegiados da infância, podem tornar-se instrumentos fundamentais para a excitação sexual na relação amorosa entre adultos. Martin James, citado por Stevenson (1974), num artigo não publicado discutiu um caso de fetichismo, afirmando que "(...) ao pensar na etiologia fui muito ajudado pelo conceito de objecto transicional, já que D. se virou do

desapontamento com as pessoas reais para a masturbação e o fetiche, como o bebé se vira para o seu objecto transicional na busca de consolo " (p. 216).

Greenacre (1976) salientou que o objecto fetiche surge nas idades em que geralmente o objecto transicional é desinvestido, facto que sugere uma relação entre os dois fenómenos. Segundo a autora (1970), tanto o objecto transicional como o fetiche são objectos inanimados que ajudam a manter um equilíbrio psicofisiológico sob situações de tensão. Outra semelhança entre os dois tipos de objecto assenta na sua indestrutibilidade. Como vimos, o objecto transicional é macio e fofo e adapta-se aos sentimentos de raiva da criança, já que não se destrói com facilidade, o que igualmente caracteriza a constituição do objecto fetiche. No entanto, o objecto transicional surge numa fase na qual ainda não surgiu uma hostilidade dirigida, podendo sofrer negligência, mas nunca sendo destruído com agressividade. O fetiche, ao contrário, contém raiva, derivada do medo da castração (Greenacre, 1976).

Winnicott (1951) referiu que os meninos podem mais usualmente preferir um objecto duro, facto que, segundo Greenacre (1976), sugere uma relação com sensações fálicas precoces, mais fortes no rapaz, já que podem ser associados a uma erecção visível.

Greenacre (1970, 1976) discutiu ainda alguns contrastes entre os dois fenómenos. Em termos da sua utilização, o objecto transicional pertence à infância, tendo como função a diminuição da ansiedade, enquanto que o objecto fetiche é utilizado como excitante para obter uma performance sexual, no adulto. O primeiro é desinvestido geralmente na fase edipiana ou na latência, enquanto que o objecto fetiche se manifesta depois da idade escolar e principalmente durante a adolescência. O uso do objecto transicional não preconiza qualquer patologia na idade adulta, ao inverso do que acontece com o objecto fetiche na infância.

A primeira possessão não-eu deriva da relação precoce mãe-filho e centra-se no seio e na relação boca-nariz, enquanto que o objecto fetiche é escolhido individualmente e está associado ao funcionamento genital (Greenacre, 1976).



POIS SOU! MAS HÁ CERTAS COISAS QUE UM PUTO BOM PODE FAZER E QUE PODEM PARECER MAS SE NÃO SE CONSIDERAREM TODAS AS ATENUANTES.



DIGA, MISS WORMWOOD?



Capítulo 3. PSICOPATOLOGIA MATERNA

Diversos autores se têm dedicado ao estudo da psicopatologia materna, considerando-a como factor perturbador da relação mãe-filho e desestruturante do processo de crescimento saudável.

Bowlby (1962, in Ajuriaguerra, 1974; Anthony, 1978; Penot, 1974) afirmou que as perturbações na relação precoce mãe-filho vão desviar a normal estruturação psíquica, condicionando o surgimento de uma vulnerabilidade narcísica e de perturbações na capacidade de reparar as relações objectais ulteriores. Poderão ainda ser causadoras de ansiedade de separação (Freud, 1987) e dificuldades na individuação (Mahler, 1963), aspectos geradores do desenvolvimento de um falso self (Winnicott, 1960a), bem como conduzir ao surgimento de diversas doenças psicogénicas na criança (Spitz, 1998).

De facto, para Winnicott (1958a) a incapacidade para estar só e a estruturação de um falso self (Winnicott, 1956, 1960a) são consequências do fracasso adaptativo da mãe suficientemente boa que vai originar invasões perturbadoras da saudável integração do ego (Masud Kahn, 1994). O falso self desenvolve-se a partir de lacunas na fase de não-integração, logo no início do relacionamento mãe-bebé (Winnicott, 1960a). A mãe que não é suficientemente boa não consegue apoiar a onnipotência e a ilusão do lactente, falhando sucessivamente na satisfação do seu gesto espontâneo, fruto do verdadeiro self. Assim, vai substituir este gesto pelo dela, o que é legitimado pela inevitável submissão do bebé. O fracasso ambiental impede o investimento libidinal nos objectos externos e a submissão da criança constitui-se como o estágio inicial da formação do falso self, que tem por objectivo defender e ocultar o self

verdadeiro (Winnicott, 1956, 1960a). Desta forma, a criança sobrevive de forma inautêntica ao insucesso materno.

Neste sentido, Kahn (1994) referiu-se à importância da função materna como *escudo protector* do bebé, conceito que se aproxima do de ambiente suficientemente bom ou holding, de Winnicott. A psicopatologia materna, excessivamente intrusiva, bem como a separação mãe-filho são, segundo o autor, importantes causadores do fracasso do ambiente sustentador. Sucessivas rupturas no papel de escudo protector, nas áreas de experiências em que a criança precisa da mãe como ego auxiliar, dão origem a uma outra forma de colapso da função materna, a que Kahn (1994) chamou *trauma cumulativo*. Quando estes fracassos conduzem a invasões do psique-soma do bebé, nas fases do desenvolvimento em que o processo instintual e a maturação egóica obrigam à continuidade materna, estabelece-se um núcleo de reacção patogénica, conducente a uma patologia na interacção mãe-filho.

Também Badaracco (1986) salientou que os traços psicopatológicos parentais, a falta de empatia com o bebé e a incapacidade de facilitação da expressão da agressividade irão comprometer o ultrapassar da simbiose primitiva. As identificações patogénicas com estas figuras parentais, conduzem a uma indiferenciação entre o ego e os seus objectos, o que bloqueia o processo de crescimento e autonomização egóicos. Estas identificações ameaçadoras organizam-se na mente de forma escondida, mas continuamente presente, constituindo-se como *objectos internos enlouquecedores*, que vão condicionar uma patologia da estruturação e funcionamento mentais, induzindo inconscientemente o sujeito a actuar sadicamente e a sentir culpa. De facto, na simbiose patológica existe uma manutenção da onipotência e um sofrimento psíquico derivado da ruptura do equilíbrio narcísico, do sadismo e da sexualidade primitivos (Badaracco, 1986).

Quando a criança depende de vínculos parentais estruturados perversamente, acaba por se identificar patogenicamente com estes objectos enlouquecedores, caindo numa relação simbiótica patológica. Nesta *folie à deux*, ambos os elementos passam a ser mutuamente imprescindíveis, não podendo nenhum deles alcançar uma verdadeira individuação e autonomia (Badaracco, 1986).

3.1. A Depressão

Para os autores de inspiração analítica, a depressão pode ser considerada como um afecto, um sintoma, uma síndrome ou um tipo de personalidade. Bleichmar (1983) caracteriza-a tanto pelo quadro clínico composto pela presença de vários elementos, como tristeza e inibição psicomotora, como pelo estado afectivo de tristeza.

Winnicott (1952b, 1958b) salienta, no entanto, os seus traços indicativos de crescimento emocional. De facto, na ausência de uma adequada resolução dos conflitos emocionais mais precoces, o indivíduo não é capaz de se deprimir ou, por outras palavras, de se *preocupar* consigo e com as consequências no objecto, do seu ataque amoroso (Winnicott, 1963b). No estado de saúde mental, a depressão está latente e manifesta-se através da capacidade para manter um nível de seriedade adaptado à realidade (Winnicott, 1990a).

Neste sentido, Winnicott (1958b) embora considere a depressão como uma patologia da afectividade, não descarta que "(...) não me refiro apenas a um severo distúrbio psiquiátrico, mas também a um fenómeno quase universal entre indivíduos sadios, e que está ligado de perto à capacidade que estes têm, quando não estão deprimidos, de agir construtivamente" (p. 77). Nesta afirmação, o autor implica o conceito de culpa inconsciente que permite aos indivíduos a aceitação da

responsabilidade pelos seus sentimentos destrutivos. Como vimos no capítulo inicial deste trabalho, o sentimento de culpa derivado dos impulsos destrutivos que acompanham o amor origina um impulso para dar e reparar (Winnicott, 1958b, 1963b). Se não for demasiado intenso, é um contributo fundamental para a criatividade e o trabalho produtivo (Graña, 1991a; Klein, 1937).

No campo da psicopatologia, Winnicott (1954) considera que a depressão é o resultado da perda, em condições de fracasso na elaboração da posição depressiva.

De facto, em termos etiológicos, a depressão resulta da perda afectiva do objecto privilegiado, o único capaz de valorizar o ego da criança, o que conduz a uma auto-desvalorização narcísica e a uma tendência para sobreinvestir o objecto perdido e desinvestir noutros objectos e no Eu (Bleichmar, 1983; Penot, 1974; Pinto, 1992).

Freud e Abraham desenvolveram os trabalhos clássicos na explicitação do mecanismo da melancolia (Penot, 1974). Abraham (1911) descreve pela primeira vez, a depressão como sendo uma reacção à desilusão com uma pessoa significativa. Freud (1917) na obra *Luto e Melancolia* comparou o estado melancólico com o luto, salientando que em ambos está patente uma perda do interesse pelos objectos exteriores e uma incapacidade de investimento num novo objecto de amor. No entanto, considerou que na melancolia existe uma perda inconsciente do objecto e uma diminuição da auto-estima (Penot, 1974). Por outro lado, no estado de luto existe uma reacção à perda consciente da pessoa significativa e não do seu amor, processo que não implica culpabilização nem baixa auto-estima (Arfouilloux, 1993; Coimbra de Matos, 1982c; Penot, 1974).

Coimbra de Matos (1982d) considera que a perda objectal vivenciada na depressão acarreta a fragilidade narcísica e a culpabilidade. A incapacidade ambiental para investir o sujeito condiciona uma enorme carência, pelo que, como reacção à perda afectiva, o indivíduo vai investir inconscientemente e idealizar o objecto

perdido, numa tentativa de o salvar, retirando o investimento do mundo objectal, o que origina um empobrecimento do eu (Coimbra de Matos, 1982d, 1986a). A excessiva idealização do objecto instaura, como características centrais da depressão, a dependência oral-anaclítica, a insuficiência narcísica e a rigidez e severidade do super-eu, que se traduzem na diminuição da auto-estima ou no masoquismo como expiação da culpa (Coimbra de Matos, 1982c, 1982e, 1986a). O melancólico evita contactar com a sua destrutividade pessoal, pelo que a raiva derivada do abandono objectal é fortemente reprimida e a sexualidade infantil recalcada (Coimbra de Matos, 1982d; Winnicott, 1958b, 1958d). Neste contexto, existe uma reparação patológica e, muitas vezes, uma defesa maníaca com o objectivo de camuflar a problemática depressiva (Winnicott, 1935, 1948a). Só a desidealização do mundo objectal, torna possível uma verdadeira reparação narcísica (Coimbra de Matos, 1982a).

Em momentos de perda ulteriores, ao longo da vida do sujeito, há uma restauração dos processos precoces fracassados, o que pode acarretar o surgimento de patologia depressiva grave (Coimbra de Matos, 1986b).

Coimbra de Matos (1982c,1986a) divide a patologia depressiva em três tipos: depressão simples (na qual não surge diminuição da auto-estima, nem culpabilidade); depressão narcísica ou de inferioridade e depressão masoquista ou de culpabilidade.

A depressão narcísica caracteriza-se pela incapacidade de alcançar o ideal da perfeição, tendo como principal sintoma a diminuição da auto-estima. A nostalgia do objecto idealizado perdido e a libido que nele é mantida, impossibilitam o investimento em novos objectos (Coimbra de Matos, 1982e).

Na depressão masoquista impera "(...) o esmagamento pelo introjecto maligno" (Coimbra de Matos, 1982e, p. 937) e o sujeito sente-se mau por ter danificado o objecto idealizado. A idealização excessiva do objecto dificulta a elaboração da agressividade, já que o excesso de culpabilidade provoca sentimentos persecutórios e reacções agressivas intensas, que se destinam à remissão da culpa (Bégoïn, 1993).

O mesmo autor (Coimbra de Matos, 1982a, 1982c, 1982d) distingue depressão de personalidade depressiva ou depressividade. Esta é uma dimensão permanente da personalidade ancorada nas problemáticas da depressão narcísica, pelo que, resultando de um pobre investimento libidinal no Eu, se caracteriza por um déficit narcísico que origina a diminuição da auto-estima. A ambivalência é aqui resultante da introjecção amorosa do objecto idealizado, a par com a sua introjecção agressiva (Coimbra de Matos, 1982c). Esta condição é resultado tanto do fracasso primário, como da decepção edipiana.

A depressividade, "(...) mais do que uma perda, é o reconhecimento da impossibilidade de concretização de um desejo e de uma fantasia" (Coimbra de Matos, 1982d, p. 834), resultante do excessivo investimento e estimulação pelo objecto depressivante - aquele a que o autor chama "narcísica-narcizante" (Coimbra de Matos, 1982d, p. 834).

Na personalidade depressiva, o objecto idealizado está sitiado no passado, enquanto que na depressão, como vimos, está longe da consciência (Coimbra de Matos, 1982a). A esperança na recuperação desta vivência remota, impede a queda para a verdadeira depressão.

A problemática emocional patente na doença depressiva condiciona um conjunto de alterações comportamentais e relacionais, por vezes, fortemente impeditivas de uma vivência familiar e profissional adequada.

Em termos de sintomatologia, a DSM-IV define como critérios para diagnóstico de episódio depressivo major, o humor depressivo (sentimento de tristeza ou vazio e um aspecto choroso perante os outros), a diminuição do interesse ou prazer em quase todas as actividades, perda ou aumento significativo de peso (sem causas endocrinológicas ou comportamentais), alterações do sono, agitação ou inibição

psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva, diminuição da capacidade de pensamento e concentração e pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida ou tentativa de suicídio.

Para o diagnóstico, deverão estar presentes pelo menos cinco destes sintomas, durante um período de pelo menos duas semanas, e o quadro sintomático não deverá ser derivado de qualquer outra perturbação, nem da ingestão de substâncias ou de alterações físicas.

3.1.1. Patologia Depressiva Materna

"(...) se observarmos a depressão por essa óptica, veremos que ela atinge aquelas pessoas que realmente valem alguma coisa, incluindo as mães e os pais de família. Talvez seja de lamentar que elas sofram de depressão; mas pior do que isso seria se fossem incapazes de sentir dúvida ou desalento" (Winnicott, 1958b, p 76)

Como vimos ao longo deste trabalho, a mãe deve ser capaz de se identificar com o bebé para que este se possa desenvolver de forma harmoniosa (Klein, 1937; Winnicott, 1956). No entanto, tem-se vindo a verificar que esta capacidade é afectada pela presença de psicopatologia materna. Ao longo deste sub-capítulo, iremos abordar a problemática da patologia depressiva materna e as suas implicações no desenvolvimento emocional e cognitivo do bebé.

A inibição ou retracção, evidenciadas pelas mães deprimidas na relação com o bebé, vão condicionar a falta de adequados contacto físico e proximidade afectiva, o que resulta numa incapacidade em fornecer satisfação (Coimbra de Matos, 1982d). Desta forma, gera-se uma barreira, que compõe um sistema relacional insatisfatório para ambos.

Certas mães depressivas são incapazes de dar afecto e exploram a relação com o filho para alcançar uma gratificação dos seus próprios desejos, gostando de sentir que têm alguém que depende totalmente si e esperando do bebé, uma valorização e aprovação, mais do que amor (Klein, 1937; Coimbra de Matos, 1982b, 1982d). Estas mães "narcísicas-narcizantes" (Coimbra de Matos, 1982d) investem compensatoriamente o filho através de um desvelo incessante, de um excesso de cuidados materiais e de uma forte idealização, ao mesmo tempo que exigem imperiosamente uma retribuição afectiva, à qual a criança, por imaturação, não pode corresponder. Quando é frustrada, a mãe deprimida reage com agressividade e sadismo, distanciando-se e deixando de investir no filho. Esta característica exacerba-se quando ele cresce e adquire a sua individualidade (Coimbra de Matos, 1982d).

Klein (1937) considera que algumas destas mulheres se sentem culpadas por, na fantasia, terem ocupado o lugar das suas próprias mães. Muitas vezes se verifica que entregam os filhos a uma ama ou à própria mãe, para que cuide deles, devolvendo-lhe desta forma a criança que lhe queriam 'roubar'.

Ao confrontar-se com esta mãe fria e distante, a criança defende-se através de uma sobre-idealização objectal que visa negar as propriedades más do objecto e compensar a falta de afecto na relação primária e a carência de contacto corporal (Coimbra de Matos, 1982d, 1982f).

Spitz (1948) encontrou uma alta prevalência de sintomatologia depressiva, nas mães de crianças coprofágicas (Spitz, 1998). Os seus estudos mostraram que estas mulheres apresentavam mudanças de humor acentuadas, oscilando entre uma hostilidade extrema e uma solicitude exagerada, utilizada como compensação da hostilidade. Em termos de consequências no desenvolvimento emocional infantil desta instabilidade afectiva, podemos perceber que o objecto libidinal primário, que é apresentado à criança e que iria permitir o início das relações objectais, ao tornar-se incoerente vai perder os sinais que o identificavam como objecto bom. Esta perda

afectiva do primeiro objecto de amor impele a criança a estabelecer uma reacção compensatória que dificulta a fusão do objecto bom com o mau, isto é, o alcance da posição depressiva (Spitz, 1998).

Nestas circunstâncias, o humor depressivo da mãe vai condicionar o surgimento de manifestações depressivas na criança, destinada a eternamente procurar o amor e conforto da relação precoce e o contacto pele a pele que nunca teve (Coimbra de Matos, 1982f; Anna Freud, 1960 in Spitz, 1998).

Neste sentido, diversos estudos empíricos têm apontado para uma alta prevalência de perturbações depressivas nos filhos de pais com depressão, considerando esta patologia materna como factor de risco para o desenvolvimento de psicopatologia na criança e alterações nas diversas áreas de funcionamento infantil (Lee & Gotlib, 1989; Cohn et al., 1986; Hammen et al., 1990 in Nolen-Hoeksema et al., 1995; Teti et al., 1995).

Goodman et al. (1993) estudaram a relação entre a depressão unipolar materna e o auto-conceito, o auto-controlo e a relação com os pares, em crianças entre os cinco e os dez anos de idade. Os resultados mostraram que esta patologia materna explicava a variabilidade na competência social e emocional da criança e salientaram uma maior vulnerabilidade nas crianças mais velhas.

Outros estudos com crianças em idade escolar, filhas de mães deprimidas, apontaram para elevados índices de sintomatologia depressiva e não depressiva, quando comparadas com crianças do grupo de controlo (Downey & Coyne, 1990 in Teti et al., 1995; Welner & Rice, 1988).

As alterações cognitivas da doença depressiva conduzem à existência de percepções distorcidas sobre os problemas dos filhos, observadas em mães deprimidas. Richters e Pellegrini (1989) compararam a avaliação dos problemas de comportamento de crianças, feita pelos professores, com o julgamento feito por três grupos de mães:

com humor depressivo, estado clínico de depressão e mães sem história psiquiátrica. Os resultados mostraram que as mães com episódios depressivos tinham tendência para avaliar os filhos como tendo problemas de comportamento mais graves, quando comparados com os julgamentos feitos pelos professores. Também Billings e Moos (1983, in Lee & Gotlib, 1989) descobriram que pais deprimidos caracterizam os seus filhos como tendo uma maior quantidade de perturbações físicas e psicológicas, relativamente aos pais sem patologia psiquiátrica.

A perturbação depressiva materna pode afectar a qualidade de interacção mãe-filho já que as alterações da atenção, afectividade e psicomotricidade são factores impeditivos do fornecimento de adequadas respostas às solicitações da criança (Dumas et al., 1989; Nolen-Hoeksema et al., 1995; Cox et al., 1987, in Pires, 1992). De facto, os sintomas depressivos incluem fadiga, irritabilidade, desinteresse, bem como outras limitações relacionais e cognitivas, o que pode interferir com a capacidade materna para manter uma tonalidade emocional positiva, ao cuidar do bebé. Neste sentido, alguns estudos indicaram que as mães deprimidas são mais intrusivas, irritáveis, hostis, negativas e críticas quando interagem com os filhos (Braznitz et al., 1988; Cohn et al., 1990 in Nolen-Hoeksema et al., 1995). Collete (1983 in Pires, 1992) observou que as mães deprimidas proporcionam à criança um ambiente mais hostil, indiferente e rejeitante e Teti et al. (1995) salientaram a inexistência de padrões de segurança na vinculação em crianças filhas de mães deprimidas.

As crianças com apenas três meses já são capazes de detectar a qualidade afectiva das mães e de lhe responder, modificando os seus próprios comportamentos afectivos (Epperson, 1999). Cohn e Tronick (1988, in Lowenstein & Field, 1992) avaliaram a interacção entre crianças com dois e três meses e as mães, a fim de avaliar o efeito imediato da depressão materna. Desenvolveram a sua investigação na linha

dos estudos *still face*, realizados por Brazelton e colaboradores⁹ (Brazelton & Cramer, 1989). As observações incidiam na interacção face-a-face em dois grupos de díades: as mães do grupo experimental apresentavam patologia depressiva, por oposição às mães do grupo de controlo, sem história psiquiátrica. A indicação da tarefa, definia que todas as mães deveriam aparentar uma 'expressão depressiva' enquanto interagiam com o bebé. Cohn e Tronick (1988, in in Lowenstein & Field, 1992) verificaram que crianças filhas de mães deprimidas não evidenciavam qualquer afecto disruptivo, enquanto que as outras crianças apresentavam agitação e alteração emocional. Concluíram que as mães deprimidas não se mostravam eficazes no ajustamento das vocalizações e comportamentos às reacções dos bebés, acabando por se observar uma adaptação da criança ao comportamento materno.

Estes dados foram corroborados por Bettes (1988) que conduziu um estudo em que procurava examinar os efeitos da depressão materna na *motherese* (comportamento interactivo que engloba as interacções face-a-face, a tonalidade e o tipo de discurso). A sua amostra era composta por mães deprimidas de bebés de três e quatro meses. Os resultados salientaram o fracasso materno na adaptação do seu comportamento às solicitações dos filhos, bem como a fragilidade do seu papel contentor e protector.

Elder et al. (1984, in Pinto, 1992) encontram uma correspondência entre a irritabilidade e baixa resistência à frustração dos pais e o funcionamento emocional deficitário dos filhos.

Neste sentido, Pires (1992) procurou medir a irritabilidade parental e associá-la a diversos factores como depressão, stress profissional, apoio social e sentimentos de eficácia parental. Os resultados mostraram que esta medida de irritabilidade se encontrava associada positivamente à depressão e negativamente à sensação de auto-

⁹ Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S. & Brazelton, T.B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. Journal of Child Psychiatric, 17, 1-13.

eficácia parental, tanto nos pais como nas mães. Salientaram-se ainda evidências de que as mães depressivas tendem a ser mais lentas a responder e menos disponíveis para a criança, adoptando comportamentos mais hostis e punitivos ou demasiado intrusivos.

As implicações dos estados emocionais maternos, como a ansiedade ou a depressão, não só ao nível da interacção mãe-filho como também durante a gravidez e parto, têm sido alvo de diversos estudos (Mcintyre et al., 1997).

Sabe-se que a vivência de estados emocionais alterados, nomeadamente ansiedade e depressão, faz parte do processo saudável de gravidez, embora dentro de níveis aceitáveis (Colman e Colman, 1994, in McIntyre et al., 1997). No entanto, estados depressivos permanentes, durante a gravidez e após o nascimento da criança, constituem uma patologia identificada, que ocorre com maior probabilidade nas mulheres com história prévia de perturbação de humor (Epperson, 1999).

Numa experiência realizada com 100 mulheres no primeiro trimestre de gravidez, Musaddiq (1987, in McIntyre et al., 1997) encontrou uma relação entre a ansiedade e depressão e a existência de sintomas como náuseas, vómitos e ameaça de aborto.

Também a depressão pós-parto tem efeitos duradouros na auto-confiança materna e no desenvolvimento social, cognitivo e emocional da criança (Epperson, 1999).

3. 2. As Perturbações da Ansiedade

Para as correntes psicanalíticas, a angústia, tal como a depressão, é um estado afectivo complexo, no qual se articulam as percepções, as emoções e os sistemas de pensamento (Braconnier, 1993).

Freud (1936, in Braconnier, 1993) compreendeu a ansiedade como sendo a problemática central na neurose, constituindo-se como um estado emocional desagradável que acarreta determinadas implicações fisiológicas e comportamentais. Para o autor (1968) a angústia aparece geralmente como resposta a um sinal de perigo no eu e reenvia a diferentes componentes, isto é, "(...) uma percepção subjectiva e um processo, que é o objecto dessa percepção" (citado por Braconnier, 1993, p. 317).

De facto, a angústia constitui uma disposição psicológica que luta contra tensões internas, como a ausência da mãe ou castração, e perigos exteriores pertencentes à realidade pessoal ou social do indivíduo.

Neste sentido, não podemos esquecer que, no desenvolvimento saudável, a vivência de uma certa dose de angústia no auge da excitação, é importante e bem tolerada pelo ego, uma vez que permite o restabelecimento após a tensão pulsional elevada (Winnicott, 1990a).

Importa aqui distinguir a angústia enquanto variável emocional ou estado de humor desagradável, da Perturbação da Ansiedade, entidade nosológica, da qual o sentimento de ansiedade é sintoma.

Para Ribeiro et al. (1996) a ansiedade pode ter surgido recentemente na vida emocional do indivíduo (ansiedade-traço), ou ser uma característica de personalidade há muito instalada (ansiedade-estado). Segundo os autores, a manifestação de ansiedade envolve variados aspectos, incluindo um humor equivalente "(...) ao medo, sentimentos de insegurança e apreensão antecipatória, conteúdos do pensamento de tipo desastre ou incompetência pessoal, aumento da excitação ou hipervigilância, constrição respiratória conducente a hiperventilação e fenómenos associados, tensão muscular causadora de dor, tremor, dificuldade em relaxar, desconforto somático sediado em reactividade específica do sistema nervoso autónomo (...)" (Ribeiro et al., 1996, p. 400), entre outros.

A DSM-IV classifica diferentes tipos de perturbações de ansiedade. A Perturbação da Ansiedade Generalizada é caracterizada pela existência de sinais e sintomas de ansiedade, sem causa orgânica ou externa, que persistem durante pelo menos seis meses e estão associadas a uma preocupação persistente e excessiva. O sujeito tem dificuldade em controlar estes sentimentos, que surgem aliados a pelo menos três dos seguintes sintomas: agitação, nervosismo ou tensão interior; fadiga fácil; dificuldades de concentração; irritabilidade; tensão muscular e alterações do adormecimento e sono.

O Ataque de Pânico manifesta-se num período discreto de tempo, iniciando-se de modo súbito uma intensa apreensão, medo ou terror, associados a sensações de catástrofe iminente e a sintomas como falta de ar, palpitações, desconforto ou dor no peito, sensações de asfixia e medo de enlouquecer ou perder o controlo. A perturbação de pânico pode surgir ou não, associada a Agorafobia, isto é, ansiedade ou evitamento de lugares ou situações dos quais a fuga pode ser difícil.

A Fobia específica e a Fobia social caracterizam-se por sentimentos muito intensos de ansiedade provocados pela exposição a certas situações ou objectos (na primeira) ou situações sociais ou de desempenho (na segunda) temidos, que frequentemente conduzem à fuga e ao evitamento.

A DSM-IV indica ainda como perturbações da ansiedade, a Perturbação Obsessivo-compulsiva, a Perturbação de Pós-stress Traumático, a Perturbação Aguda de Stress e a Perturbação de Ansiedade provocada por um estado físico geral ou induzida por uma substância. Finalmente, descreve a Perturbação da Ansiedade sem outra especificação, que codifica as perturbações com ansiedade ou evitamento fóbico que não preenchem os critérios de qualquer das perturbações da ansiedade anteriormente referidas. Nesta categoria inclui-se a Perturbação Mista de Ansiedade e Depressão.

3. 2.1. Ansiedade Materna

Winnicott (1952a) considerou que o fracasso da técnica de cuidado materno, a incapacidade no fornecimento de um apoio vivo e contínuo à criança e a fragilidade do holding, são factores que estão na origem das perturbações de ansiedade.

O cuidado suficientemente bom impede o surgimento de certos tipos de ansiedade na infância precoce, nomeadamente a de desintegração. Como vimos, a partir de um estado inicial de não-integração, o ego vai gradualmente tornar-se integrado, podendo, com um apoio ambiental securizante, recolher-se periodicamente num regresso a uma não integração, essencial, por exemplo, ao adormecimento e sono. No entanto, na ausência deste ambiente facilitador o adormecimento é sentido como uma ameaça de desintegração e, por incapacidade, a criança não consegue ultrapassar estas dificuldades através das técnicas transicionais, adquiridas apenas em condições suficientemente boas (Winnicott, 1968b). Desta forma, surgem as perturbações do sono, como o pânico de adormecer e os pesadelos, fruto das ansiedades primitivas, não minimizadas pela figura materna. As sensações físicas aterradoras que acompanham o sono ou a fase crepuscular do adormecimento são resquícios de memórias corporais de experiências ancestrais e de fracassos do holding.

Estas e outras perturbações da infância poderão ser conseqüentes de psicopatologia materna, se esta impossibilitar uma prestação de cuidados suficientemente boa. As manifestações ansiosas da mãe, que surgem frequentemente sob a forma de preocupação excessiva ou ansiedade permanente fixada no filho, traduzem uma super-compensação do sentimento de culpa, derivado de uma hostilidade inconsciente reprimida (Spitz, 1998).

Para Spitz (1998) a ansiedade materna, sob a forma de superpermissividade, é o principal factor gerador da cólica idiopática do primeiro trimestre. A mãe hiper-

preocupada e ansiosa interpreta sistematicamente o choro do lactente como sendo um pedido de alimentação, o que vai provocar as alterações fisiológicas que conduzem à cólica. Aos três meses surge o primeiro precursor do objecto (sorriso), que traduz um desenvolvimento maturacional que permite à criança descarregar as tensões de outra forma, que não unicamente os meios orais - assiste-se então ao desaparecimento da cólica idiopática. O autor observou ainda uma atitude de ansiedade manifesta na maioria das mães de crianças que sofriam de eczema infantil.

Podemos ver que, em numerosos casos, a ansiedade manifesta representa uma problemática intra-psíquica, marcada por hostilidade e não-aceitação da criança, análoga àquela encontrada em quadros depressivos (Braconnier, 1993).

As mães ansiosas dificultam a identificação primária, já que recusam ao bebé a satisfação da necessidade de contacto corporal e de colo (holding) (Spitz, 1998). As experiências tácteis, a motilidade da acção dirigida e posteriormente a locomoção são aquisições indispensáveis para que a criança vivencie a identificação primária que vai promover a integração egóica e, depois, a diferenciação relativamente ao outro. Quando esta é alcançada, a criança pode experienciar as identificações secundárias que abrem o caminho para o processo de separação-individação e a autonomização ulterior (Mahler, 1963). Assim, a limitação à identificação primária, causada pela recusa materna da experiência táctil, impede a formação do ego e a aquisição das identificações secundárias (Spitz, 1998).

As concepções de Spitz têm sido corroboradas por variados estudos empíricos, que salientaram nas mães ansiosas, traços de super-protecção e aumento dos cuidados com as crianças, com consequente limitação da sua liberdade para explorar o ambiente em seu redor (Deater-Deckard et al., 1994; Mcintyre et al., 1997; Winjroks, 1999). Ainda, elevados valores de ansiedade têm sido importantes geradores de complicações

do parto e de um aumento da mortalidade e morbidade do bebé e da mãe (Mcintyre et al., 1997).

Mcintyre et al. (1997) procuraram avaliar os níveis de ansiedade e depressão em cada um dos trimestres da gravidez. A sua amostra consistia em 79 grávidas, com idades compreendidas entre os 20 e os 37 anos. Os resultados não mostraram variações emocionais significativas, embora se evidencie um ligeiro aumento dos valores de ansiedade e depressão no segundo trimestre. Os autores constataram ainda que a ansiedade parece aumentar com a idade, ao contrário do verificado no afecto depressivo. Prosseguindo os estudos relacionados com a idade da mãe, Carvalho (2000) verificou que grávidas adolescentes apresentavam níveis mais elevados de ansiedade-estado e ansiedade-traço e valores inferiores de auto-estima, quando comparadas com mulheres adultas do grupo de controlo.

Winjroks (1999) estudou a relação entre a ansiedade materna e a qualidade da interacção mãe-filho, num grupo heterógeno de crianças com seis meses de idade, nascidas prematuramente. Os resultados mostraram que as mães que se recordavam de ter experienciado altos níveis de ansiedade e preocupação com a saúde do filho durante o período neo-natal, estimulavam o bebé de forma mais activa e intrusiva do que as outras mães. O comportamento interactivo nestas díades era afectado pelos traços ansiosos maternos e as crianças mostravam também comportamentos mais sensitivos e responsivos.

A irritabilidade, bem como uma baixa estimacão da auto-eficácia parental manifestadas por mães com patologia ansiosa ou depressiva, constituem-se também como factores perturbadores da qualidade da interacção mãe-filho (Pires, 1992). A irritabilidade materna foi definida por Pires (1992) como marcada por um conjunto de sentimentos, tais como, sensação de não ter paciência para o filho, ter vontade de lhe bater, encolerizar-se, zangar-se, entre outros.

De acordo com Grieger e Boyd (1984), citados por Gonçalves et al. (1998), "(...) os pais que acreditam que o perigo está omnipresente e que acham que este deve ser evitado a todo o custo, podem contribuir para a ansiedade dos filhos " (p. 329). Em termos etiológicos, Guidano e Liotti (1983, in Gonçalves et al., 1998) consideraram que a hiper-protecção precoce e a ameaça de um mundo ameaçador são aspectos centrais dos modelos de vinculação do futuro ansioso.

De facto, Gonçalves et al (1998) observaram que os pais de crianças ansiosas têm elevados níveis de sofrimento, o que reforça a ansiedade dos filhos. Constataram ainda que os níveis de autonomia são mais restritos nestas crianças, que possuem uma auto-percepção de incapacidade para lidar com situações difíceis.

Como vimos, as crianças ansiosas reagem frequentemente através do evitamento e são incapazes de explorar o ambiente envolvente de forma activa ou de resolver problemas sozinhas. Neste sentido, Siqueland, Kendall e Steinberg (1996 in Gonçalves et al., 1998) propuseram que a restrição da autonomia pode reflectir, não uma protecção, mas uma intrusão na privacidade da criança.

O DESENVOLVIMENTO DOS PROCESSOS TRANSICIONAIS NUM CONTEXTO DE PSICOPATOLOGIA MATERNA



Capítulo 4. O DESENVOLVIMENTO DOS PROCESSOS TRANSICIONAIS NUM CONTEXTO DE PSICOPATOLOGIA MATERNA

Neste capítulo final iremos discutir a forma como a patologia materna, de tipo ansioso e depressivo, afecta a vivência de uma área transicional na criança.

Torna-se fundamental perceber a forma como a mãe real, enquanto objecto externo, se situa no desenvolvimento interno da criança. Assim, iremos de seguida, abordar a questão da posição do objecto transicional, relativamente aos objecto interno e externo, bem como o peso destes últimos enquanto facilitadores do crescimento emocional.

4.1. O Objecto Transicional e a sua Relação com os Objectos Interno e Externo

A teoria do objecto e fenómenos transicionais procurou descrever o modo como uma provisão ambiental suficientemente boa, nos estádios mais primitivos, torna possível enfrentar a perda da onipotência (Winnicott, 1975e). Como vimos anteriormente, Winnicott (1951) não estava interessado concretamente no ursinho de peluche, mas sim, nesse objecto enquanto primeira possessão não-Eu e prova observável da existência de uma área intermediária entre o subjectivo e o objectivamente percebido. Um ambiente suficientemente bom fornece condições para a existência desta área, que vai permitir ao bebé passar de um estado inicialmente indiscriminado para a aquisição de uma realidade interna individual e para o conhecimento da realidade externa, passando a ser capaz de as relacionar (Machado, 1991; Winnicott, 1951, 1968d, 1975e).

A constituição dos três objectos winnicottianos, subjectivo, transicional e objectivamente percebido permite à criança passar de um tipo afectuoso de relação objectal ao uso do objecto, adquirir uma integração egóica e uma coesão psicossomática e experimentar as angústias e conflitos próprios das relações interpessoais (Fintzy, 1971; Pelento, 1991a; Winnicott, 1951, 1968d).

Analisemos então, a relação entre estes objectos. Quando vemos uma criança arrastar um cobertor atrás de si permanentemente, ou abraçar um boneco de peluche sempre que vai adormecer, sabemos que esse objecto é oriundo da realidade externa, compartilhada por todos nós. Mas, do ponto de vista da criança, ele não é exterior a si, mas também não pertence ao seu mundo interno (Winnicott, 1959, 1975b). Na verdade, é ambos, já que é parte tanto da criança como da mãe, representando o vínculo entre elas: está impregnado de odores maternos e odores do bebé e a sua suavidade representa não só o corpo da mãe, como também os materiais que fazem parte do berço, quando a mãe não está presente (Greenacre, 1976; Kahne, 1967; Winnicott, 1960c). O objecto transicional é a primeira possessão não-eu, mas nunca é totalmente não-eu, já que representa tanto o seio externo, como o seio materno internalizado (Fintzy, 1971; Greenacre, 1976).

Winnicott (1959) contrastou o objecto transicional do conceito kleiniano de objecto interno. Este é uma representação mental que pertence à realidade interna, composto por fantasias inconscientes debruçadas sobre o conteúdo intra-psíquico (Segal, 1975). Para Klein (1930 in Pelento, 1991a) a angústia promove o processo simbólico de equiparação do objecto interno e externo, isto é, o movimento centrífugo de identificação projectiva.

Como vimos claramente nos estudos com crianças institucionalizadas (Provence & Ritvo, 1975; Spitz, 1998), o objecto transicional só é usado para substituir a mãe ausente enquanto existir uma mãe internalizada (Winnicott, 1959). De facto, este

objecto é o símbolo do objecto interno e só pode ser usado quando este existe, é real e suficientemente bom, não sendo demasiado persecutório (Schlierf, 1983; Winnicott, 1975b). Mas, as qualidades do objecto interno dependem da existência e do comportamento do objecto externo (seio, mãe, cuidado ambiental) (Winnicott, 1959). O comportamento materno contraditório ou perturbado prejudica a formação de um objecto interno capaz de permanecer igual a si mesmo, no espaço e no tempo (Spitz, 1998). O fracasso numa parte essencial da função materna não permite a neutralização dos perigos externos, pelo que leva indirectamente à atribuição de uma qualidade persecutória, ou mesmo à 'morte' do objecto de transição. Se a inadequação do objecto externo se mantiver, o objecto interno esbate-se e então, inevitavelmente, o objecto transicional perde importância (Schlierf, 1983; Winnicott, 1956, 1959, 1975b).

Assim, percebemos que o objecto de transição pode simbolizar indirectamente o objecto externo, apenas na medida em que este representa um seio interno. É essa representação interna da mãe magicamente introjectada que é materializada no objecto transicional, motivo pelo qual este ajuda a criança a separar-se da mãe real, utilizando-o na sua ausência (Greenacre, 1976).

O objecto transicional é a manifestação saudável do começo da reconciliação entre a realidade e a fantasia. À medida que a criança se vai tornando consciente da realidade externa, o objecto perde gradualmente a sua importância (Winnicott, 1974).

Neste sentido, o conceito de objecto transicional pode ter alguma correspondência com o de *pele psíquica* de Esther Bick (1991), nomeadamente na sua função de facilitador da separação entre o mundo interno e o externo. Como vimos, num estado inicial de não integração, as partes da personalidade são sentidas como não tendo ligação entre si. Bick (1991) considerou que a pele do bebé contém como função primária a contenção e limite destas partes dispersas. Esta função interna de conter as partes do self depende da introjecção de um objecto externo, sentido como confiável e

contentor. Só após esta introjecção das funções continentais do objecto, vai poder surgir a criação mental de espaços internos e externos, conseguindo-se assim evoluir a partir do estado não integrado inicial.

As falhas na adequação da mãe real e os ataques que sofre na fantasia prejudicam a introjecção, o que origina um desenvolvimento deficitário desta função de pele primordial ou pele psíquica. Encontramos em Bick (1991), um conceito próximo da formulação winnicottiana de falso self, quando a autora afirma que as perturbações na função de pele-contidente podem levar ao desenvolvimento da formação de uma 'segunda pele', que substitui a integração da original, e através da qual a dependência do objecto é substituída por uma falsa independência.

A necessidade psicológica de 'ser contido' é uma constante no ser humano (Pérez-Sánchez, 1996). Quando a pele contidente não é ainda suficientemente forte, a criança torna-se dependente de um objecto externo que exerça essas funções contentoras (Pérez-Sánchez, 1995, 1996). Perante um afastamento da mãe, numa fase em que ainda não domina a linguagem, o bebé, face ao sentimento de perda e tristeza, começa a desenvolver actividades como a manipulação de partes do seu corpo ou a sucção do polegar (fenómenos transicionais), que lhe trazem conforto e dão a sensação de que "(...) a minha mãe voltou, ela está comigo (...) que ela me pertence e me dá prazer e conforto" (Pérez-Sánchez, 1996, p. 134).

Nesta discussão sobre a posição do objecto transicional face aos objectos interno e externo, gostaríamos de introduzir alguns conceitos, que se poderão tornar úteis numa compreensão última dos mecanismos transicionais.

Bollas (1994) considerou que o objecto primário seria essencialmente um *objecto transformacional*, na medida em que é identificado pelo bebé com a experiência de alteração do self, isto é, de si mesmo. Nas fases primitivas do desenvolvimento emocional, a mãe, não estando ainda identificada como objecto, é experienciada como

um processo de transformação, já que constantemente altera o ambiente do bebé a fim de atender às suas necessidades. Também as próprias capacidades emergentes do ego transformam o seu mundo, nesta idade em que não há ainda uma diferenciação entre os processos instintuais internos da criança e o ambiente materno que promove o handling, isto é, o seu objecto externo (Bollas, 1994). Tal como a mãe, através do processo de prestação de cuidados físicos e emocionais, funcionou como objecto de transformação, o processo maturacional dita agora que o ego infantil passe a assumir essa capacidade transformacional, bem como a herdar os processos do ego suplementar materno (Bollas, 1987). Desta forma, cada indivíduo vai transferir elementos dos cuidados parentais que teve em criança, para um holding e handling de si próprio como objecto, recriando cognitivamente e emocionalmente elementos da relação precoce com a figura materna. Os adultos autónomos, representacionalmente através da objectificação do self, permitem-se uma auto-gestão de si próprios, como uma mãe faz ao bebé (Bollas, 1987).

Após a criação deste objecto transformacional, a criança vai deslocar o processo do ambiente materno para inúmeros objectos subjectivos, embora pertencentes à realidade externa. O objecto de transição, primeiro acto criativo do bebé, contém então um potencial de transformação do self da criança, permitindo-lhe o acesso às várias aquisições que condicionam o crescimento e a maturação - desta forma, e como afirmou Bollas (1994), a fase transicional é herdeira do processo transformacional.

O crescimento da auto-confiança e o uso do objecto de transição, facilitam a transformação da relação com a mãe: de ser o 'outro que altera o self' torna-se numa pessoa com vida e necessidades próprias. Desta forma, podemos observar que o boneco de peluche, não sendo o objecto transformacional original, tal como não é a mãe, relaciona-se com ele, ajudando na transformação do self infantil para uma fase em que, maturacionalmente, a criança já pode conseguir fazer um holding de si própria (Bollas, 1994).

Abordemos agora o conceito freudiano de *objecto anaclítico* utilizado para descrever, na relação de dependência, a função de apoio do objecto primário, diferente da sua função oral ou de prestação de cuidados (Coimbra de Matos, 1986a; Winnicott, 1954).

Coimbra de Matos (1982c) considera que o objecto anaclítico é "o objecto da fundação do eu" (p. 453), isto é, aquele que exerceu a função materna de forma privilegiada. Ao referir-se à relação anaclítica, Anna Freud (s.d.) citada por Winnicott (1956), afirmou que "(...) a relação com a mãe, apesar de ser a primeira com outro ser humano, não é a primeira relação do bebé com o meio ambiente. Precede-a uma fase anterior, na qual não é o mundo dos objectos que desempenha o papel decisivo, mas sim as necessidades corporais e a sua satisfação" (p. 492).

Freud (1905) utilizou o termo *anaclítico* para definir a função de apoio inicial que medeia a relação entre as pulsões sexuais e as pulsões de auto-conservação. Esta função é fundamental já que permite a independência das pulsões sexuais, só possível após se terem apoiado nas pulsões de auto-conservação baseadas nas funções corporais.

As relações da criança com a pessoa que cuida dela são uma fonte contínua de excitação e de satisfação sexuais, que se constituem como ponto de partida das zonas erógenas (Freud, 1905). Relativamente à actividade oral do lactente, sabemos que a satisfação da pulsão de alimentação obtida através da sucção do seio materno se torna fonte de prazer erótico, embora dissociado do prazer da satisfação da urgência instintiva. A necessidade de repetir a actividade de sucção, apesar da satisfação orgânica ter sido alcançada, permite que o prazer sexual se vá tornando autonomamente pulsional. De facto, gradualmente, a pulsão sexual abandona o objecto exterior e passa progressivamente a funcionar de modo auto-erótico. Este processo repete-se em relação a todas as funções corporais a que correspondem as pulsões de

auto-conservação, constituindo-se, desta forma, as zonas erógenas correspondentes (anal, genital).

Assim, segundo Freud (1905) a escolha objectal por apoio revela-se quando a mãe, que cuida da criança ao nível da alimentação, higiene e protecção, se torna no primeiro objecto sexual exterior ao corpo do bebé. Evolutivamente, a pulsão sexual vai apoiar-se numa função corporal vital e, finalmente, após a aquisição do objecto total, pode tornar-se independente.

Também o objecto transicional pode ajudar neste processo, uma vez que, ao simbolizar as propriedades do corpo da mãe e do bebé, é investido com libido narcísica e objectal (Anna Freud, 1987). Tanto o objecto como os fenómenos transicionais começam como uma actividade que gera prazer erótico, abrangendo a boca e a pele, podendo, tal como o mamilo materno, fornecer à criança um apoio que permita a autonomização das pulsões sexuais (Anna Freud, 1987; Winnicott, 1951, 1959).

4.2. A Influência da Depressão e Ansiedade Maternas no Uso do Objecto Transicional

Coimbra de Matos (1983, in Matos, 1991) salientou essencialmente duas tendências contrastantes do desenvolvimento psicológico e do estabelecimento das relações de objecto. A tendência marcada pela ansiedade define-se pelo surgimento do medo, derivado da colocação no exterior dos aspectos sentidos como malignos. Inversamente, a evolução psicológica orientada pela depressão, caracteriza-se pela introjecção destas 'coisas más', originando-se uma propensão auto-destrutiva e auto-crítica.

Matos (1991) reconheceu a existência de oscilações e eventuais confluências entre estes dois tipos de funcionamento ao longo da vida, embora um deles se afirme sempre de forma mais permanente.

Com base nesta conceptualização, optámos essencialmente por explorar a relação entre sintomatologia materna (pontual ou instalada) orientada por estas duas linhas de desenvolvimento psicológico e a posse de um objecto transicional pela criança.

Para o desenvolvimento da relação com um objecto inanimado são necessários, não só factores constitucionais intrínsecos, como também uma vivência precedente de uma adequada relação objectal com uma figura materna. O estabelecimento do objecto transicional é uma manobra progressiva no desenvolvimento precoce, já que torna a criança apta a passar da vinculação a um objecto materno altamente catexizado para uma relação com o ambiente externo em geral (Fintzy, 1971).

Como sabemos, a mãe devotada comum é aquela que consegue adaptar-se activamente às necessidades do filho, alcançando um estado de preocupação materna primária (Winnicott, 1956). No entanto, em caso de psicopatologia materna, o alcance deste estado pode ser inibido, o que perturba a criação da área de ilusão na criança (Winnicott, 1960b). Como é sabido, existem mecanismos inconscientes que levam à gravidez como uma punição para uma culpa inconsciente ou como objectivo estratégico pouco carregado de afecto (Schmid-Kitsikis, 1994). Certas mulheres com traços depressivos não são capazes de temporariamente abandonar os seus interesses para se preocuparem com o bebé (Winnicott, 1956, 1960b), ou por outro lado, colocam permanentemente o interesse do filho à frente do seu, condicionando o seu prazer, o que origina um sadismo latente (Coimbra de Matos, 1982c). De facto, a culpabilidade presente na perturbação depressiva ou ansiosa, que pode ser compensada através de traços de preocupação patológica com o filho ou um excesso de mimo, leva a que estas mães permaneçam demasiado tempo identificadas com ele ou bruscamente transfiram

a preocupação para outro fim (Braconnier, 1993; Winnicott, 1956, 1960b). Objectivamente, observamos nestes casos, fortes resistências maternas ao desmame, ou então, a passagem a um desmame súbito que não atende à necessidade infantil (Winnicott, 1960b). Quando o bebé não obtém gratificação neste estágio oral da sucção, poderá procurá-la insaciavelmente no estágio oral do morder (Klein, 1969b).

Neste sentido, Stevenson (1974) analisou a ligação entre o objecto transicional e a estimulação oral. Verificou que muitas crianças que não foram amamentadas ao seio, procuravam adormecer agarradas a um biberon, ou a uma garrafa, que eram aceites como substitutos reconfortantes do seio. Nestes casos, a garrafa não simbolizava a união amorosa mãe-filho e constituía-se como diferente do objecto de transição, podendo, de alguma forma, marcar as origens do alcoolismo.

Os fracassos da adaptação da mãe à necessidade do bebé produzem "(...) fases de reacção à invasão e estas reacções interrompem o continuar-a-ser do bebé. O excesso desse reagir provoca, não frustração, mas uma ameaça de aniquilamento" (Masud Kahn, 1993, p. 48). Estas dificuldades de integração egóica e a perturbação da continuidade da existência do bebé podem ocasionar uma necessidade de retorno ao isolamento primário, ou uma fuga encapotada por um falso self, que se constituem como defesas face à invasão ambiental (Winnicott, 1948d, 1952b, 1960b).

Um estudo desenvolvido Belle (1982) mostrou que mães deprimidas ou ansiosas sentiam enormes dificuldades ao cuidar do filho e referiam ser mais exigentes e punitivas e menos carinhosas e tolerantes, o que limitava a sua competência materna (Pires, 1992).

Um holding insuficiente provoca na criança uma extrema angústia, derivada de sensações de despedaçamento, queda, ou sentimento de que a realidade externa não fornece um conforto interno (Winnicott, 1960b). A insegurança do lactente manifesta-se por uma inquietação e choro nervoso. As perturbações do handling dificultam a

coesão psicossomática e o sentimento de Ser da criança e impedem que experiencie prazer no funcionamento corporal. As falhas no object presenting bloqueiam o desenvolvimento da capacidade de relação com o mundo real dos fenómenos e dos objectos (Winnicott, 1975e). Para Winnicott (1952a) estas ansiedades primitivas condicionam o sentimento de desintegração e despersonalização, bem como a transferência da riqueza do mundo interno para o cuidado exterior, impedindo assim a vivência saudável de uma área intermediária de experiência, já que a falta de oportunidade de adquirir uma diferenciação entre o Eu e o não-Eu torna desnecessário o uso do objecto transicional.

A incapacidade de resposta ao gesto espontâneo do filho compromete a futura representação simbólica e a aquisição do brincar criativo e do fantasiar. Observamos que na patologia do falso self existe pouca capacidade para o uso de símbolos e uma pobreza da vida cultural, havendo uma busca incessante de ilusões da realidade externa, altamente insatisfatórias (Winnicott, 1960a).

A mãe deprimida ou ansiosa, ao viver dificuldades de separação do filho, não permite que este se torne um indivíduo independente e autónomo. A fixação numa problemática simbiótica (Mahler, 1968-1975) origina um estado permanente de fusão entre self e objecto (Relvas, 1983). Neste caso, o objecto interno não é visto como um todo, diferente do objecto externo, que perde assim o seu significado. A criança não ultrapassa a posição esquizo-paranóide e a energia psíquica passa a ser usada como forma de defesa contra as ameaças externas. Desta forma, o ego continua a viver sob um regime de onipotência e a criança não atinge a capacidade de ilusão e o simbolismo, comprometendo-se fatalmente a criação da área intermediária onde se constituiria o apego ao objecto transicional. Ao invés de usar a fralda ou o peluche, a criança socorre-se de uma parte do corpo materno, ou mesmo da própria mãe (Winnicott, 1960c).

As defesas parentais contra a separação da criança poderão, no entanto, conduzir a uma introdução prematura do objecto transicional, aliada a um constante desencorajamento ou falta de apreciação do valor do objecto, bem como do interesse evidenciado pela criança (Cooper & Adler, 1990). Estas atitudes rejeitantes inconscientes, camufladas por uma necessidade excessiva de demonstrar amor, são paradigmáticas do comportamento paradoxal, muitas vezes presente nas mães deprimidas (Bowlby, 1981).

Durante a transição de uma orientação subjectiva para o teste da realidade, a criança não deverá ser pressionada a aceitar a origem externa do objecto transicional (Kahne, 1967). No entanto a mãe distante e insensível poderá estar alheia a este facto, dificultando assim a crescente aptidão infantil para a passagem da relação ao uso dos objectos (Winnicott, 1950a).

Ao investir no filho como forma de preencher a sua falha narcísica, a mãe poderá comprometer o seu processo de autonomização, tanto ao nível da separação-individuação, como em fases posteriores de procura de autonomia (Coimbra de Matos, 1982b). No entanto, mesmo nas situações em que as fases precoces do desenvolvimento se desenrolaram sem perturbações e a criança se tornou uma unidade, alcançando o estágio Eu Sou, existe ainda vulnerabilidade, sendo que um fracasso ambiental repentino pode resultar na perda da integração e independência (Winnicott, 1958a, 1975i).

Desta forma, a patologia da mãe pode impedir a adequada prestação de cuidados físicos e afectivos, o que resultará num compromisso do processo transicional, uma vez que "(...) não há possibilidade alguma de um bebé progredir do princípio do prazer para o princípio da realidade (...) a menos que exista uma mãe suficientemente boa" (Winnicott, 1951, p. 401).

A adaptação materna às necessidades do bebé dá-lhe a ilusão de que existe uma realidade externa, que corresponde à sua necessidade de criar (Winnicott, 1951, 1975b). Este processo é fundamental para a formação de uma área transicional e se a sequência ilusão-desilusão não se constitui adequadamente, a criança não consegue gerir saudavelmente o desmame, nem tirar partido da frustração (Winnicott, 1951, 1952b, 1975b). O objecto transicional pode acarretar diversas ilusões securizantes e, desta forma, promover a apreciação perceptiva de novos objectos, animados ou inanimados (Greenacre, 1970). Mas, se o apoio do ego da mãe é fraco, a estimulação do ambiente pode tornar-se uma confrontação ameaçadora. De facto, uma mãe confusa ou narcísica terá tendência a abandonar o bebé num estado no qual predomina inevitavelmente um clima de perseguição e num funcionamento submerso no id primitivo (Goldstein, 1997).

A perda da capacidade para utilizar as técnicas transicionais vai implicar uma incapacidade para lidar com a ansiedade, a perda da afectividade e problemas na aquisição de uma personalidade una, autónoma e independente.

Aos seis meses a criança ainda não distingue uma ausência temporária da mãe de uma perda total. Mesmo que a ausência seja por um curto período de tempo, a ansiedade sentida produz uma "situação traumática" (Pérez-Sánchez, 1996, p. 121), o que nos permite avaliar os efeitos da patologia e incapacidade maternas nesta fase do desenvolvimento. Como já foi discutido, ao longo do processo da posição depressiva, ou fase de preocupação, dá-se a construção de um mundo interno com conteúdos que dependem tanto das experiências pulsionais como das reais, sendo nesta fase que o bebé passa a diferenciar o que ocorre dentro e fora do self (Graña, 1991a). A fusão das duas mães, conduz à noção de objecto total, permitindo um sentido de independência e uma saudável relação objectal (Pelento, 1991a). Como sabemos, o objecto transicional é parte integrante de todo este processo, que se inicia com o desmame.

Quando, por incapacidade materna, o círculo benigno da posição depressiva é quebrado, a criança deixa de integrar os factores agressivos e destrutivos do amor pulsional, não tendo uma figura saudável e consistente que lhe dê oportunidade de fazer a reparação (Winnicott, 1954, 1990a). A experiência pulsional é inibida e reaparece uma dissociação entre os estados excitados e os estados tranquilos que resulta na incapacidade para vivenciar os afectos e num empobrecimento pessoal geral (Winnicott, 1954, 1990a). O círculo benigno transforma-se num círculo maligno, no qual haverá o aniquilamento da capacidade para o sentimento de culpa e sua substituição por um tipo de defesa primitiva (Winnicott, 1958d). De facto, se a criança não conseguir eleger um bom objecto interno durante o estágio da preocupação, poderá surgir uma ansiedade depressiva e fixação nesta fase, instalando-se um ulterior funcionamento depressivo ou paranóide (Pelento, 1991a; Penot, 1974).

Nestas situações patológicas, a capacidade de jogo construtivo é perdida (Winnicott, 1990a). As crianças que têm uma elaboração deficiente da posição depressiva podem apresentar um brinquedo excitado ou desvitalizado, que nunca poderá trazer satisfação, nem evocar a presença materna (Pelento, 1991a; Pinto, 1992). Assim, na presença de uma mãe perturbada, a criança não tem hipóteses de fazer a reparação, de brincar e de usufruir de uma área intermediária de experiência (Winnicott, 1954).

A restrição da autonomia dada ao filho pode ser resultado da intrusão na privacidade da criança (Siqueland, Kendall e Steinberg, 1996, in Gonçalves et al., 1998). A intrusividade parental tem um forte efeito patogénico quando impede a ligação ao objecto transicional. Os pais depressivos e ultra-preocupados, por não suportarem a solidão (Coimbra de Matos, 1982c) nunca deixam o seu filho só, numa área intermediária de experiência, o que impede o desenvolvimento da criatividade e o

interesse pelas actividades culturais, como pudémos observar no paciente descrito por Coppolillo (1967)¹⁰.

Desta forma a criança não vai poder sentir-se só na presença de alguém, nem vivenciar o prazer criativo do brincar. A capacidade de estar só surge se o indivíduo, em criança, tiver passado pela experiência de ficar só, na presença da mãe (Winnicott, 1958a). Esta capacidade depende da confiança na existência de um objecto interno bom que fornece auto-suficiência, permitindo à criança ser temporariamente capaz de descansar, mesmo na ausência de objectos ou estímulos externos.

O objecto e os fenómenos transicionais ajudam o bebé neste processo, já que reproduzem a mãe e facilitam a vivência de uma relação com ela, mesmo na sua ausência (Goldstein, 1997).

A título conclusivo, gostaríamos de salientar a evidência de que a psicopatologia da mãe afecta o desenvolvimento emocional da criança, nomeadamente a forma como ela se relaciona com os objectos. Como vimos, numerosos autores consideraram que a criança acompanha a mãe na depressão (Coimbra de Matos, 1982b; Freud, 1987; Spitz, 1998) e nas manifestações ansiosas (Gonçalves et al., 1998; Winnicott, 1968b). Os filhos destas mães apresentam dificuldades ao nível da capacidade de usar e manipular brinquedos e outros objectos inanimados (Spitz, 1998), dificuldades estas muitas vezes resultantes da relação de extremas dependência ou independência face à figura materna (Stevenson, 1974).

No entanto, pretendemos acrescentar que o simples facto de a criança não desenvolver um manifesto apego a um objecto privilegiado, não permite tirar conclusões relativamente ao seu estado emocional, já que não nos podemos esquecer da hipótese formulada por Winnicott de poder existir "(...) uma sequência oculta" (Stevenson, 1974, p. 209), exteriormente imperceptível.

¹⁰ Ver descrição do caso na página 73

Neste sentido, alguns autores (Flew, 1978, in Emlhirst, 1980 ; Brody, 1980, in Relvas, 1983) criticaram o uso abusivo e as generalizações estanques das formulações winnicottianas. Emlhirst (1980) reconheceu como excessiva a implicação de um aspecto patológico na ausência de apego a um objecto transicional, nomeadamente enquanto factor comprometedor de um saudável desenvolvimento de capacidades artísticas e culturais. Considerou que, mesmo em famílias saudáveis, nem sempre há um reconhecimento da importância deste objecto, pelo que pode ser posto de lado pelos pais, que assim não permitem à criança o desenvolvimento de uma relação privilegiada.

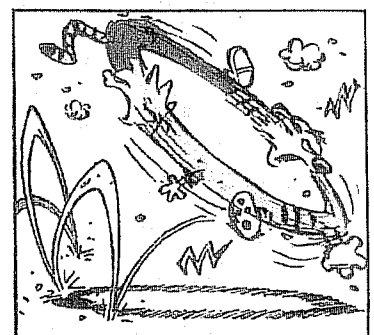
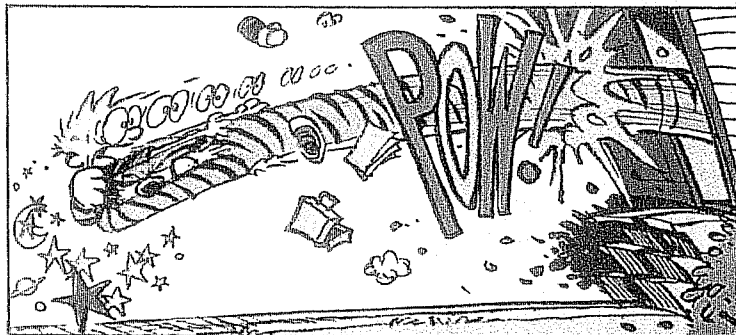
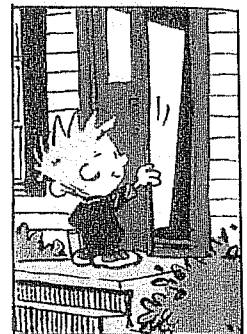
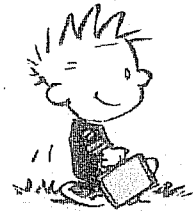
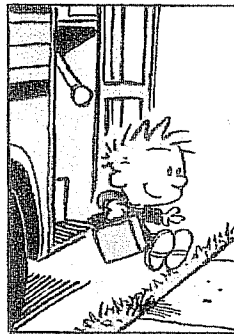
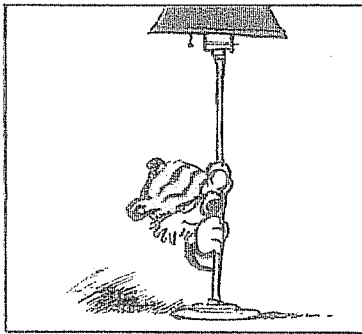
Também Brody (1980) questiona a exigência de uma mãe suficientemente boa, criticando a rigidez ideológica que relaciona a possessão de um objecto de transição com a existência posterior de boas relações de objecto (Relvas, 1983).

Estas autoras propuseram então, que se confinem os conceitos de objecto e fenómenos transicionais às situações em que eles estão presentes, pondo em causa a certeza da sua universalidade.

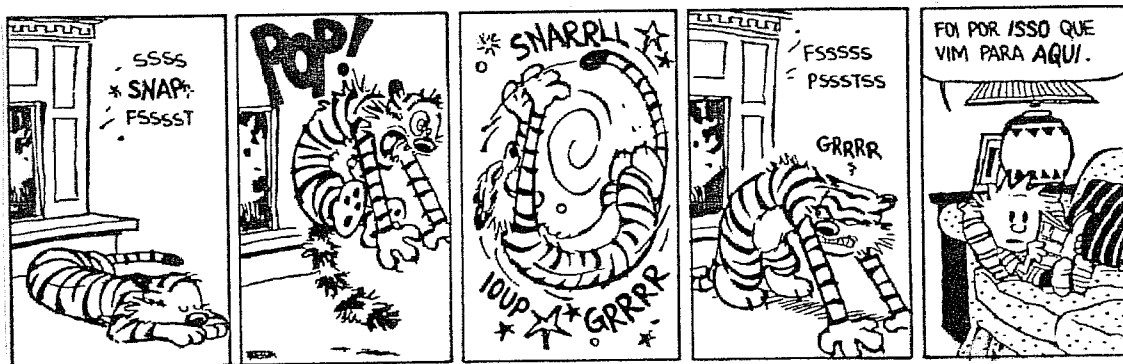
PARTE II - CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

Calvin & Hobbes

WATSON



OBJECTIVOS E METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO



Capítulo 5. OBJECTIVOS E METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

5.1. Fundamentação e Objectivos

Como vimos na revisão teórica que deu origem ao presente trabalho, foram já desenvolvidos diversos estudos, essencialmente exploratórios, que procuraram descrever e caracterizar o uso do objecto transicional da infância (Busch, 1974; Relvas, 1983; Stevenson, 1974). Procurámos continuar estas investigações, introduzindo alguns objectivos inovadores.

No âmbito da nossa actividade profissional, desenvolvida num contexto de creches e jardins de infância, temos vindo a observar que, de forma sistemática, as educadoras fornecem aos bebés (a par com a chupeta) fraldas que os aconchegam, essencialmente com o objectivo de os tranquilizar. Estas fraldas de pano são por elas chamadas de 'ó-ó', denominação que remete directamente para a sua função de 'facilitadoras do adormecimento'. Fomos então constatando a eficácia destes objectos enquanto tranquilizantes e quase hipnóticos, provocando uma fácil indução do sono. No entanto, observámos que a fralda perde qualquer importância assim que a criança acorda, não sendo mais solicitada até à próxima hora de adormecimento. Perante esta dependência de um pano macio, observada nestes bebés, confrontámo-nos com a dúvida de se este objecto poderia corresponder ao que Busch (1974) chamou de 'primeiro objecto transicional', evidenciado pelos seus estudos como um pedaço de tecido e nunca como um objecto estruturado, com forma animal ou humana. Ainda, o próprio Winnicott (1951) na sua definição de objecto transicional, salientou que este é procurado

essencialmente como defesa contra a ansiedade, tornando-se um tranquilizante que permite à criança lidar com experiências ansiogénicas como o adormecimento ou o afastamento da mãe. Neste sentido podemos encontrar nestas fraldas de pano que observámos, uma função análoga à eficácia sedativa dos objectos de transição.

No entanto, é fácil reconhecer que a função simbólica que permite à criança transicionalizar através do objecto materializado todo o processo de separação-individuação, não existe na ligação ao 'ó-ó'. De facto, o verdadeiro objecto de transição é mais do que um mero tranquilizante. A pertença mútua ao Eu e ao mundo externo das primeiras possessões da infância, a par com a sua função facilitadora do crescimento emocional, dota-as de individualidade própria que permite um imediato reconhecimento e um contraste perceptivo face a outros objectos iguais ou semelhantes.

Por oposição a este apego privilegiado, podemos observar que, apesar de provocarem o relaxamento e aquietação, a criança não dota estes 'ó-ós' de uma identidade única, já que qualquer fralda de pano ou pedaço de tecido suave cumpre a função sedativa necessária para lidar com o adormecimento, não sendo eficaz em nenhuma outra situação ansiogénica. Esta parece ser a sua principal distinção face aos objectos transicionais clássicos, não existindo uma projecção de emoções no pedaço de tecido, que não é personificado, nem parceiro de uma relação individualizada. De facto, este objecto surge-nos como menos rico do que o objecto de transição, no que concerne ao seu potencial enquanto promotor da aquisição de um conjunto de conquistas emocionais.

Gaddini e Gaddini (1970, in Relvas, 1983) distinguiram entre os objectos percussores (objectos calmantes que correspondem geralmente a partes do corpo da mãe ou da criança) e o objecto transicional propriamente dito. Neste sentido, também Busch (1974, 1977) considerou que o objecto de transição primário deverá ser

contrastado daqueles que apenas fornecem um conforto libidinal, bem como de objectos meramente tranquilizantes.

Considerámos então que os 'ó-ós' estão mais próximo dos objectos precursores (embora não façam parte do corpo da criança ou da mãe) o que não é impeditivo de que venham, em função do desenvolvimento infantil, a tornar-se uma verdadeira possessão não-Eu.

Reflectindo um pouco mais sobre a sua função, pensámos que estes objectos são mais precoces do que o objecto transicional, sendo usados em fases mais primitivas do desenvolvimento emocional. Poderão eventualmente corresponder a *pré-objectos de transição*, que não possuem ainda uma função simbólica, e que se situam numa *área pré-transicional*. Esta área é mais arcaica do que a área intermediária de experiência, ainda não se situando entre o Eu e o não-Eu, já que maturacionalmente, a criança não está apta a diferenciar-se, vivenciando ainda uma problemática fusional inicial.

Quisemos chamar a estas fraldas indutoras do sono, 'objectos ansiolíticos', mas tendo em conta que também o objecto transicional tem uma ansiolítica/sedativa, optámos por uma denominação que se restringisse à sua utilização - considerámo-los então 'objectos de adormecimento'.

Tanto quanto é do nosso conhecimento, não existem estudos empíricos relevantes que tenham procurado perceber e interpretar a função destes objectos ansiolíticos precoces, por comparação ao objecto transicional claramente definido. Esta é a principal inovação da nossa investigação, que está presente ao longo de todos os seus objectivos e que nos permitirá uma posterior discussão de se estes objectos serão de facto objectos precursores típicos.

A definição da posse de um objecto transicional claramente identificável pode ser alvo de alguns enviesamentos, tendo em conta a toda a riqueza do conceito.

Assim, neste estudo definimos o uso de um objecto de transição, segundo os critérios de Winnicott (1951) e Busch et al. (1973, in Busch, 1974), através da identificação dos comportamentos observáveis da criança, como o facto de haver um apego prolongado, um reconhecimento exclusivo do objecto e uma procura quase permanente ou, pelo menos, em várias situações despoletadoras de ansiedade ou angústias depressivas.

Urge agora referir que o nosso interesse, tal como o de Winnicott, é estudar a existência de um objecto transicional na vida da criança pequena, apenas na medida em que este é a objectificação palpável da aquisição de uma área intermediária de experiência, sendo um dos "(...) raros traços respeitantes aos fenómenos transicionais que podemos encontrar na memória dos pais " (Relvas, 1983). Salvaguardamos, no entanto, a hipótese de que o apego ao objecto tenha passado despercebido, principal limitação deste trabalho.

Quanto à existência de fenómenos transicionais, lembramos Busch (1974, 1977) na sua ideia de que estes não são tão eficazes ou permanentes como o objecto. Embora na nossa recolha de dados abordemos o recurso a estes fenómenos, não os consideramos isoladamente, pelo que poderão eventualmente ser observados em todas as crianças que compõem a nossa amostra.

Passaremos então a apresentar os objectivos centrais deste estudo.

- Objectivo 1

Estudo das condições de surgimento da ligação ao objecto transicional (OT) e da necessidade de um objecto de adormecimento (OA).

A posse de um objecto transicional foi garantida pela definição do conceito e descrição dos aspectos observáveis do comportamento infantil, propostas por Winnicott (1951), assegurando-nos da continuidade da ligação, da necessidade do objecto num conjunto de situações ansiogénicas específicas e do reconhecimento pela criança da individualidade daquele objecto. Incluímos os casos em que havia um apego a vários objectos em simultâneo, bem como aqueles em que tinha havido transferência da ligação a um objecto privilegiado para um outro, sinais igualmente indicativos do estabelecimento de uma área transicional (Busch, 1974; Stevenson, 1974; Relvas, 1983).

Os objectos de adormecimento foram considerados como qualquer objecto, fralda, pedaço de tecido suave ou peça de roupa que acalmem a criança, sobretudo na hora do adormecimento, e que, principalmente, não sejam alvo de um apego exclusivo, nem dotados de individualidade e potencial simbólico.

Procurámos avaliar a existência de diferenças entre ambos os tipos de objecto (OT e OA) no que se refere ao início e duração da evidência da sua utilização, forma escolhida, adopção do objecto feita pela criança ou introduzida por um adulto, reacções a alterações de odor e textura e atitude materna face ao apego evidenciado pela criança. Caracterizámos ainda os diversos tipos de situações que mais condicionam a necessidade de contacto com o objecto.

Este objectivo exploratório poderá eventualmente permitir-nos uma reflexão posterior sobre a função dos 'ó-ós' indutores do sono.

- Objectivo 2

Estudo comparativo de determinados aspectos do desenvolvimento emocional de crianças que nunca mostraram apego a nenhum objecto específico, de crianças que

mantém uma necessidade de objecto de adormecimento e de crianças que possuem uma ligação a um objecto transicional claramente identificável.

Neste sentido, procurámos avaliar a importância relativa de factores como o decurso da gravidez e do parto, a vivência da amamentação e do desmame, os tipos de sono e formas de adormecimento ao longo do crescimento da criança, a frequência e adaptação à creche, entre outros aspectos.

- Objectivo 3

Winnicott e muitos outros autores consideraram que a psicopatologia materna é um factor que pode comprometer o desenvolvimento emocional saudável dos filhos, nomeadamente ao nível do estabelecimento das relações objectais e também do alcance do processo de individuação e construção de uma identidade própria sadia.

As mães que Winnicott estudou eram 'suficientemente boas', pelo que se marcavam por ser saudáveis física e mentalmente, encontrando-se afectivamente disponíveis para a criança. Toda a sua teoria avança que a ausência de uma ligação observável a um objecto transicional será consequência da inexistência desta mãe suficientemente boa, ou então, apenas fruto de um processo camuflado de apego, do qual os pais não se aperceberiam facilmente. Como vimos esta tese foi contestada por alguns autores (Brody, 1980; Elmhirst, 1980), que negligenciaram o efeito das incapacidades maternas na ausência de uso de objecto transicional pelas crianças.

No entanto, a própria definição de objecto transicional defende que, a haver apego ao objecto transicional, este existirá enquanto houver uma mãe suficientemente boa presente na vida da criança, promotora da interiorização de um bom objecto. No caso de essa mãe externa se alterar repentinamente, a criança irá provavelmente desinvestir do objecto interno, pelo que o objecto transicional perderá importância. Por

este motivo pensámos que a existência de um estado actual de perturbação emocional nas mães poderá comprometer o saudável uso do objecto.

Neste sentido, procurámos explorar o peso relativo de alguns traços e sintomas de depressão e ansiedade maternas, na posse dos objectos privilegiados. Despistámos também outros sintomas psicopatológicos, nomeadamente de cariz psicótico.

Este terceiro objectivo prende-se então com uma caracterização comparativa, em termos de sintomas ou traços de psicopatologia, instalada ou reactiva, da personalidade das mães de crianças que possuem actualmente um objecto transicional, com mães de crianças que necessitam de um objecto de adormecimento e finalmente com mães de crianças que não evidenciam apego ou necessidade de qualquer objecto em nenhuma situação da sua vida.

Sabemos que a avaliação de um estado actual e transitório de sintomatologia materna poderá não ter interferido na estruturação antecedente de uma área intermediária de experiência e não inviabiliza que todos os processos precoces de integração do ego e de desenvolvimento da relação objectal tenham sido assegurados de forma adequada. No entanto, uma vez que estamos a avaliar crianças com idade exacta de apego ao objecto transicional, achamos que a psicopatologia actual, embora transitória ou pontual, poderá ter alguma interferência no uso do objecto, limitando a existência da mãe suficientemente boa nesta fase em que a criança ainda não é totalmente independente da figura materna.

Finalmente gostaríamos de acrescentar que não negligenciamos o facto de que as mães que compõem a nossa amostra são oriundas de uma população normal, pelo que não esperámos encontrar níveis de psicopatologia expressa, mas apenas eventuais diferenças entre os grupos.

De forma a alcançar os nossos objectivos, optámos pelo recurso a um estudo de cariz exploratório, através do qual procurámos descrever variáveis de três grupos e

compará-las entre si. Para Vockell (1983) esta é uma investigação que não procura estabelecer relações de causa-efeito ou compreender determinados processos, mas apenas levantar questões, que poderão posteriormente ser alvo de um diferente tipo de análise e teste.

O recurso a um estudo descritivo permite-nos adoptar uma metodologia mais flexível e obter uma recolha abundante de informação, já que, à partida podem não estar fixadas todas as variáveis e respectivos níveis. Esta é uma vantagem deste tipo de estudo, que permite a recolha de informação relativa a conceitos ou fenómenos pouco estudados e conhecidos (Vockell, 1983).

5.2. Variáveis em Estudo

Utilizámos diversas variáveis, adaptadas a cada um dos objectivos a que nos propusemos (Anexo 1). À partida foram definidos diversos valores para cada variável, embora tenham sido posteriormente eliminados os níveis sem frequência na nossa amostra, pelo que procedemos a uma reformulação da codificação das variáveis, em função das respostas dos sujeitos.

As Variáveis sócio-demográficas que utilizámos para a **Caracterização da Amostra** foram o Género e Idade da criança; a Idade, o Estado Civil e o Nível Profissional do pai; a Idade, o Estado Civil e o Nível Profissional da mãe; o Número de irmãos da criança; a sua Posição na fratria e a Composição do Agregado Familiar.

Na investigação do **Objectivo 1** do nosso trabalho, utilizámos como variável independente a existência de apego a um objecto privilegiado. Chamámos-lhe Tipo de Objecto e fixámos dois níveis: OT, OA.

Uma das variáveis em estudo refere-se à *Forma do objecto transicional* adoptado pelas crianças do Grupo 1, que pretende definir quais os objectos preferencialmente escolhidos. Foram categorizados em Fralda Pano, Boneco Macio (peluche ou pano), Boneco Duro (madeira ou plástico), Pedaco de Tecido (sem forma, excluindo-se portanto as peças de roupa e as fraldas), Cobertor, Lençol, Chucha (definindo-se que seria utilizada como OT e não meramente para estimulação oral), Almofada, Outro. Quando existe apego a mais do que um objecto transicional, apenas caracterizámos o principal.

Do mesmo modo, quisemos estudar as *Formas do objecto de adormecimento* mais frequentes. Esta variável foi categorizada em Fralda, Peça de roupa da mãe, Boneco Macio, Boneco Duro, Peça de Tecido, Cobertor, Lençol, Parte do corpo da mãe, Chucha, Almofada e Outro.

O *Número de objectos* é uma variável que foi apenas analisada para o grupo de crianças que possuem objecto transicional, tendo sido considerados os objectos descritos como sendo igualmente importantes para a criança, desde que evidencie um apego simultâneo a todos eles. Os objectos de adormecimento, pela sua própria definição, poderão ser diversos e em grande número.

Procurámos ainda estudar, nos dois grupos de crianças, a idade (meses) de *Início do uso do objecto*.

De forma a proceder a uma descrição do tipo de uso do OT ou do OA, identificámos a variável *Incentivo ao Apego*, que procura definir a interferência materna, ou de outro adulto, no apego ao objecto, isto é, verificar se houve uma iniciativa da própria criança na procura de um ursinho ou pedaco de pano especiais.

As seguintes variáveis referem-se a situações ansiogénicas concretas eventualmente despoletadoras da necessidade de um objecto tranquilizante. São elas: a *Necessidade do objecto na situação de adormecimento*; a *Necessidade do objecto em situações de afastamento dos pais*; a *Necessidade do objecto em situações de ansiedade ou*

irritabilidade ou *aquando da ida para a creche* (o objecto pode ser solicitado nesta situação concreta, embora possa ser esquecido noutros momentos de afastamento dos pais); a *Necessidade do objecto em situações de doença* da criança; a *Necessidade do objecto sem razão específica* ou *quase permanentemente* (estas variáveis pretendem abarcar a possibilidade de certas crianças necessitarem de um contacto quase permanente com o objecto, ou outras situações em que não há um motivo desencadeante identificado pelos pais); ainda, procurámos avaliar o apego incondicional a um objecto único, para o que definimos como variáveis, a *Reacção à Substituição* (aceitação de outro objecto em substituição do objecto privilegiado, mesmo que exactamente igual, ou muito semelhante) e a *Reacção à Lavagem* (aceitação do objecto após ter sido lavado, havendo essencialmente uma mudança no odor); finalmente medimos a *Atitude materna face ao apego ao objecto*.

Para a exploração do **Objectivo 2** do nosso estudo, utilizámos também como variável independente o Tipo de Objecto, com três níveis: OT, OA e ausência de apego a um objecto (AO).

As variáveis dependentes foram retiradas da história de desenvolvimento dos sujeitos e incluíram o *Planeamento e Aceitação da gravidez*; a existência de *Perturbações Somáticas* (enjoo ou indisposições) durante a gravidez; o surgimento de *Perturbações Emocionais* (instabilidade emocional) durante a gravidez; *Perturbações sócio-familiares* (existência de mudanças ou perdas importantes durante o período de gravidez); o *Decurso da gravidez* (definida como a forma como a mãe viveu o processo da gravidez, referindo-se a existência de alterações essencialmente ao nível somático e de decurso da gravidez); *Início da Vigilância médica* (início do acompanhamento médico, medido em semanas); *Duração da gravidez* (medido em semanas); *Bebé imaginário* (que pretende definir a existência de fantasias sobre o bebé, durante a gravidez e antes do parto); a *Preferência de Género* (por parte da mãe);

a *Sintonia entre o género desejado e o real* (que avalia a coincidência entre o género desejado pela mãe e o género da criança); o *Tipo de Parto*, sua *Indução* e *Duração* (em termos da vivência materna); o *Humor pós-parto* (que define a existência de alterações de humor, sentimentos de tristeza ou depressão pós-parto - considerámos que no caso de uma patologia de depressão pós-parto, as mães saberiam indicá-la, já que terão tido acompanhamento médico); a existência ou não de *Amamentação* ao seio materno e o *Tempo de Amamentação* (medido em semanas); a *Frequência das mamadas* (que define o ritmo de amamentação, categorizando um ritmo regular e intervalado, por oposição a uma amamentação em função da solicitação da criança); a *Reacção do bebé à amamentação*; a existência ou não de *Cólicas* e a *idade* (meses) do bebé aquando seu surgimento; a existência ou não de *Alergias*; a *Atitude materna face à amamentação* (sentimento materno aquando do momento da amamentação); o *Motivo da Interrupção da amamentação* e o *Tipo de Adaptação à alimentação artificial* (definido como uma boa adaptação ou a rejeição); o tipo de *Sono actual* da criança; a *Evolução do sono* (que define a existência de alterações de tipo de sono ao longo da vida da criança; a existência e o *Período de pesadelos* (no caso de a mãe referir a existência de fases de pesadelos, define-se a idade aproximada do seu surgimento); o *Local onde a criança dorme* actualmente e a *idade* (meses) de *Mudança para quarto próprio* (só preenchida nos casos em que a criança já não dorme no quarto dos pais, podendo partilhar o quarto com os irmãos); a *Adaptação ao quarto próprio* (que define alguns tipos de reacção à passagem do quarto dos pais para quarto individual ou com irmãos); as *Formas de adormecimento* (isto é, as estratégias de adormecimento adoptadas pela criança); a *Frequência actual de creche* e a *Idade* (meses) de início dessa frequência; a *Colocação anterior à frequência de creche* (que define com quem a criança estava antes de entrar para uma creche e com quem está actualmente, nos casos em que ainda não frequenta); a *Adaptação* e os *Tipos de*

relacionamentos na creche (que mede a existência de uma relação privilegiada com um adulto, na creche).

O **Objectivo 3**, que se prende com a avaliação de sintomas psicopatológicos vividos pelas mães das crianças dos três grupos, comporta dezoito variáveis dependentes, resultantes da avaliação efectuada pelos diversos instrumentos utilizados. Assim, foram medidos o *Estado actual de Ansiedade* materna, os *Traços de Ansiedade* materna, o *Estado actual de Depressão* materna, aliado a cinco vertentes de compromisso da sintomatologia depressiva. Foi ainda avaliado um índice de sintomas, bem como outros sintomas psicopatológicos maternos, tais como a *Somatização*, *Obsessão-Compulsão*, *Sensibilidade Inter-pessoal*, *Depressão* e *Ansiedade*, *Hostilidade*, *Ansiedade Fóbica*, *Ideação Paranóide* e *Psicoticismo*.

5.3. Método

5.3.1. Amostra

A amostra foi constituída maioritariamente por utentes de três Valências de Infância da Santa Casa da Misericórdia de Sintra, Instituição particular de Solidariedade Social, compostas por Berçário, Creche, Jardim de Infância e ATL. As Valências que contactámos foram o Infantário Maria da Luz Sobral, o Infantário D. Maria Eva Nunes Corrêa e o ATL/JI e Creche D. Rodrigo de Castro Pereira.

Os sujeitos eram alunos inscritos nas creches, que frequentavam a tempo inteiro, pelo menos desde o início do ano lectivo, estando já ultrapassadas as dificuldades inerentes à adaptação.

São crianças oriundas em termos de residência, de todas as freguesias do Concelho de Sintra, embora se registre um número minoritário que reside em Concelhos vizinhos, nomeadamente Oeiras e Cascais.

Existiam no ano lectivo 1999/2000 cerca de 105 crianças pertencentes à faixa etária por nós fixada, inscritos nestas Valências.

Um pequeno número de sujeitos da amostra não frequentavam creche e foram obtidos através de contactos estabelecidos junto de mães que se mantinham em casa com os filhos.

Os sujeitos incluídos na amostra tiveram que corresponder a alguns critérios de selecção, como existência de mãe, pertença da mãe no agregado familiar e relação continuada mãe-filho.

A faixa etária por nós escolhida varia entre os 12 e os 42 meses. Alargámos o intervalo adoptado por Relvas (1983), antecipando o seu limite inferior para os 12 meses, já que na literatura é descrito o possível início do apego ao objecto transicional, logo aos 6 meses, podendo surgir uma necessidade de objecto de adormecimento ainda mais precocemente. Aos 42 meses poderá já ter havido um desinvestimento e, provavelmente não surgirão apegos após esta idade, uma vez estar-se numa fase avançada do processo de separação-individação.

De um modo geral, quando definimos esta faixa etária considerámos provável a existência actual do apego a um objecto privilegiado. No entanto, mesmo em casos de desinvestimento da primeira 'possessão não-eu', este deverá ter sido recente, pelo que os pais ainda terão presente na memória as suas características, condições de surgimento e tipo de relação estabelecida.

A amostra global é constituída por 81 sujeitos que foram divididos em três grupos:

Grupo 1 - 27 sujeitos que possuem objecto transicional (OT)

Grupo 2 - 27 sujeitos que possuem objecto de adormecimento (OA)

Grupo 3 - 27 sujeitos que não possuem qualquer objecto (ausência de objecto/ OA)

Passaremos de seguida a apresentar as características sócio-demográficas da amostra global.

Relativamente à **Idade** dos sujeitos, podemos observar na Figura 5.1, a idade média (meses) e respectivo desvio-padrão das 81 crianças que compuseram cada um dos grupos da nossa amostra.

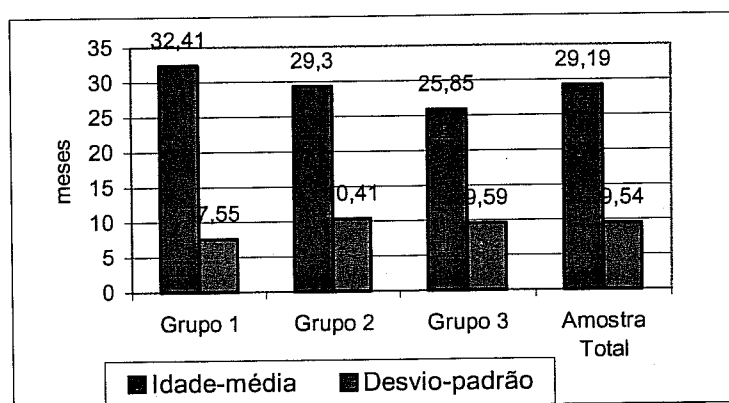


Fig. 5.1. Idade média e desvio-padrão dos sujeitos dos três grupos

Como foi referido, os sujeitos têm idades compreendidas entre os 12 e os 42 meses. A idade média oscila entre 32 e os 25 meses, sendo a média global de cerca de 29 meses de idade.

Podemos verificar da observação da Figura 5.1 que os sujeitos do Grupo 1 têm uma média de idades mais elevada que os restantes grupos, salientando-se ainda que as crianças que não possuem qualquer apego específico a um objecto, são mais novas.

No que se refere à distribuição por **Género**, encontramos no Quadro 5.1 o número de sujeitos do sexo masculino e sexo feminino em cada grupo, bem como na amostra global.

	Sexo Masculino	Sexo Feminino	N
Grupo 1	14	13	27
Grupo 2	9	18	27
Grupo 3	12	15	27
N	35	46	81

Quadro 5.1. Distribuição, em frequência, dos sujeitos dos três grupos, em função da variável Género

Podemos observar que a amostra global é composta por 35 sujeitos do sexo masculino e 46 sujeitos do sexo feminino. O Grupo 2 apresenta uma constituição marcada por uma dominância de meninas ($n=18$) relativamente aos rapazes ($n=9$), enquanto que nos restantes grupos a distribuição é mais equitativa.

Para uma melhor leitura, apresentamos na Figura 5.2, esta distribuição em percentagens.

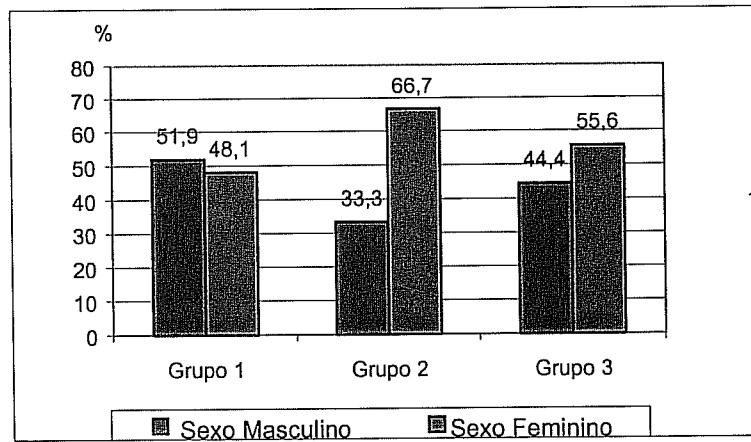


Fig. 5.2 . Distribuição, em percentagem, dos sujeitos dos três grupos, em função da variável Género

Vemos que o Grupo 2 possui o maior peso de sujeitos do sexo feminino (66,7%), valor que no Grupo 1 corresponde a 48,1% e a 55,6% no Grupo 3.

Quanto à caracterização da **Idade dos Pais**, apresentamos na Figura 5.3 os valores médios de idade (anos) do pai e da mãe dos três grupos de sujeitos, bem como os seus limites etários, evidenciados no Quadro 5.2.

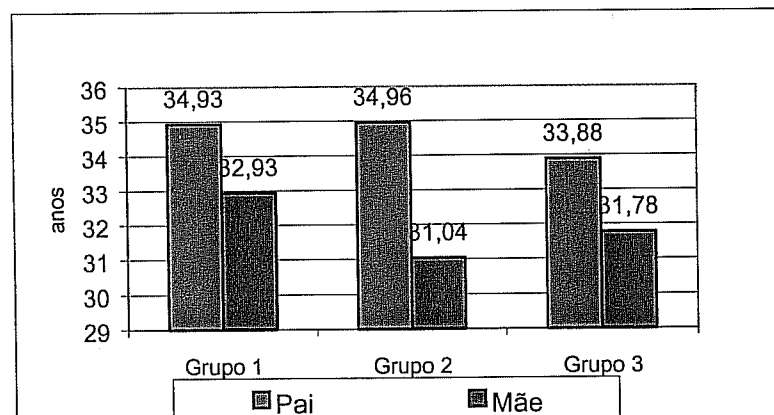


Fig. 5.3. Idade-média do Pai e da Mãe, nos três grupos

	Pai			Mãe		
	Idade Mínima	Idade Máxima	n	Idade Mínima	Idade Máxima	n
Grupo 1	25	45	27	24	39	27
Grupo 2	22	44	27	21	40	27
Grupo 3	21	47	25	18	40	27

Quadro 5.2. Limites etários, em anos, do Pai e Mãe, nos três grupos

Podemos concluir da observação da Figura 5.3 e do Quadro 5.2 que os pais nos três grupos são mais velhos do que as mães. As mães do Grupo 1 apresentam uma idade média ligeiramente superior à dos restantes grupos (aproximadamente 33 anos), enquanto que os pais do Grupo 3 são mais novos que os dos Grupos 1 e 2.

No Grupo 3 existem dois sujeitos cujos pais são falecidos, sendo então a frequência relativa a esta variável de 25, dentro do grupo, e de 79 para a amostra global.

Caracterizámos ainda os progenitores das crianças, no que concerne ao seu **Estado Civil**. Assim, apresentamos na Figura 5.4 as alternativas de estado civil do pai e da mãe observadas no Grupo 1; na Figura 5.5, os mesmos dados relativos ao Grupo 2; e na Figura 5.6 a distribuição dos progenitores do Grupo 3 por estado civil.

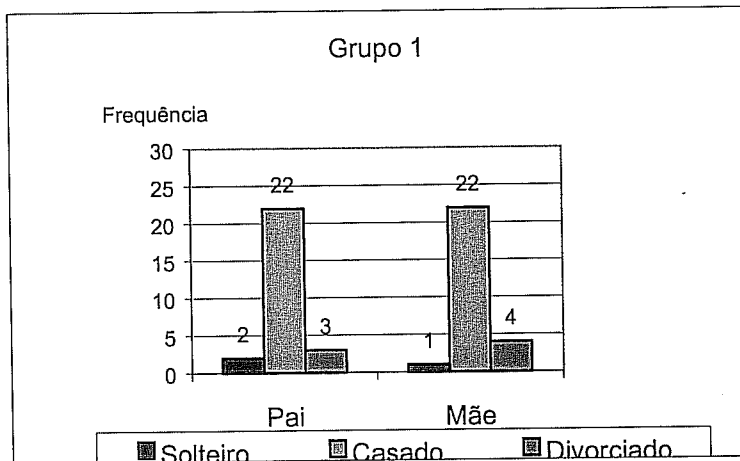


Fig. 5.4. Distribuição, em frequência, dos sujeitos do Grupo 1, em função da variável Estado Civil dos Pais

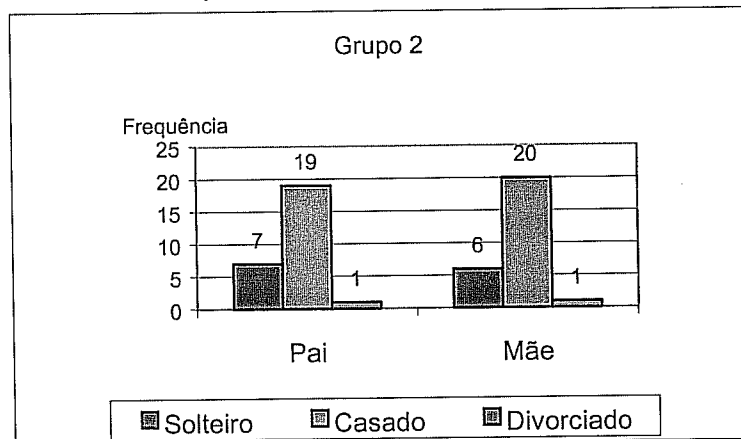


Fig. 5.5. Distribuição, em frequência, dos sujeitos do Grupo 2, em função da variável Estado Civil dos Pais

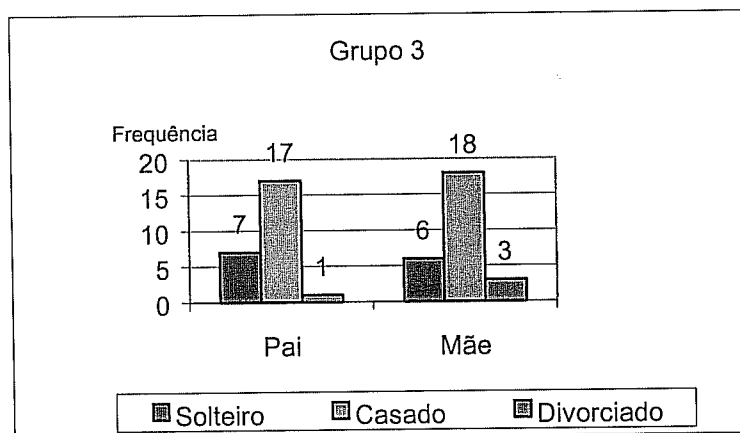


Fig. 5.6. Distribuição, em frequência, dos sujeitos do Grupo 3, em função da variável Estado Civil dos Pais

Da observação das Figuras 5.4, 5.5 e 5.6 podemos constatar que a grande maioria dos progenitores dos três grupos são *casados*. No Grupo 1, a segunda

categoria com maior frequência refere-se ao estado civil *divorciado*, enquanto que nos restantes grupos, se evidencia uma prevalência do estado civil *solteiro* relativamente aos pais divorciados.

Importa referir que, apesar do estado civil, a maioria das crianças vive com ambos os progenitores, embora a alternativa 'união de facto' não tenha sido referida pelas mães das crianças que compunham a amostra.

De forma a podermos caracterizar os sujeitos em termos do **Tipo de Actividade Profissional** desempenhada pelos progenitores, passamos a apresentar uma classificação por nós elaborada, a partir da Classificação Nacional de Profissões (Lima, et al., 1991).

Recorremos à elaboração de uma categorização em apenas quatro hierarquias profissionais (Quadro 5.3), tendo aglomerado um conjunto de grupos, por forma a eliminar categorias com frequência igual a zero.

Nível 1	Directores de empresas e quadros superiores administrativos. Profissões intelectuais e científicas. Licenciados. Profissionais técnicos liberais diferenciados.
Nível 2	Proprietários e gerentes de pequenas empresas (comércio, indústria). Quadros médios da função pública. Profissões técnicas intermédias. Empregados administrativos diferenciados ou médios (bancos, seguros). Agentes de forças policiais diferenciados. Bacharéis.
Nível 3	Quadros não qualificados. Trabalhadores da construção civil. Operários. Operadores, condutores e montadores de máquinas. Vendedores. Motoristas, auxiliares de acção médica ou educativa. Trabalhadores não qualificados da agricultura, pesca, indústria, comércio e serviços.
Nível 4	Sem profissão. Domésticas. Desempregados. Reformados. Estudantes.

Quadro 5.3. Classificação do tipo de actividade profissional em quatro níveis

Nas Figuras 5.7 e 5.8 apresentamos a distribuição, em percentagem, dos progenitores dos três grupos de sujeitos, por Nível Profissional.

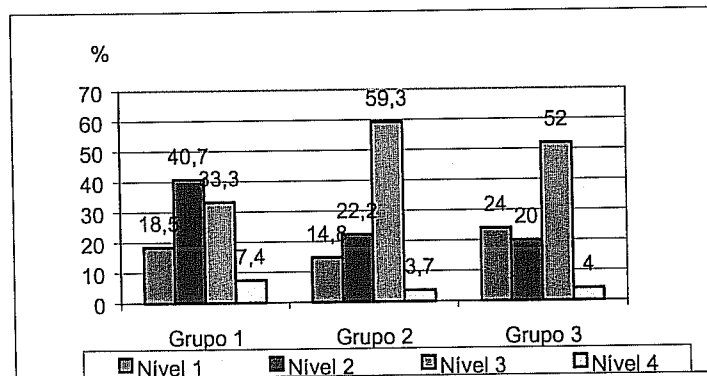


Fig. 5.7. Distribuição, em percentagem, dos sujeitos dos três grupos, em função da variável Nível Profissional do Pai

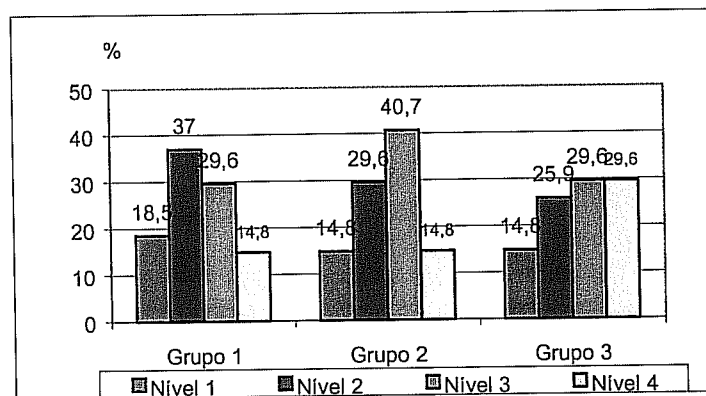


Fig. 5.8. Distribuição, em percentagem, dos sujeitos dos três grupos, em função da variável Nível Profissional da Mãe

Da observação das Figuras podemos verificar que a distribuição de ambos os progenitores por nível profissional é semelhante nos três grupos de sujeitos, o que sugere uma equiparação sócio-económica entre os grupos.

Assim, vemos que no Grupo 1, a maioria tanto dos pais como das mães desempenham actividades profissionais categorizadas no Nível 2, seguidos pelo Nível 3. Ao contrário, no Grupo 2 a maioria dos progenitores têm profissões de Nível 3, enquanto que no grupo de crianças que não têm apego específico a qualquer tipo de

objecto, 52% dos pais têm uma actividade profissional categorizada no Nível 3, distribuindo-se as mães, com igual percentagem (29,6%), pelos Níveis 3 e 4.

De um modo geral, podemos verificar que existe uma percentagem limitada de Nível Profissional 4 nos pais das crianças dos três grupos, pelo que se encontram activos profissionalmente. Relativamente às mães, observamos uma maior percentagem de domésticas ou desempregadas, principalmente no Grupo 3.

Antes de caracterizar o agregado familiar da amostra, optámos por apresentar os dados relativos à **Posição na Fratria** (Fig. 5.9) ocupada pelas várias crianças, bem como o **Número de Irmãos** que possuem (Fig. 5.10).

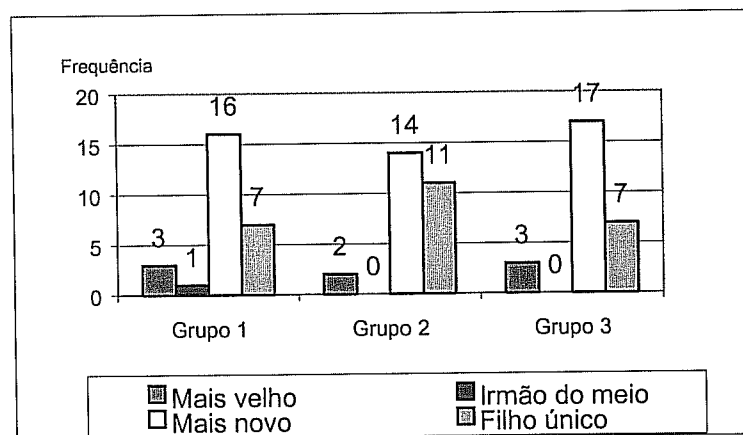


Fig. 5.9. Distribuição, em frequências, dos sujeitos dos três grupos, em função da variável Posição na Fratria

Relativamente à posição ocupada na fratria pelas crianças que compõem a nossa amostra, podemos observar através da leitura da Figura 5.9, que a maioria dos sujeitos dos três grupos são os filhos mais novos, sendo que um número significativo são filhos únicos. De forma a melhor situar os sujeitos na fratria apresentamos, na Figura 5.10, o número de irmãos por grupo.

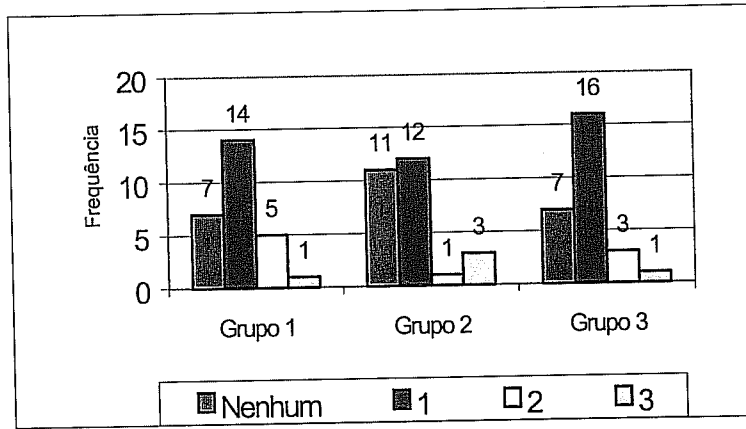


Fig. 5.10. Distribuição, em frequências, dos sujeitos dos três grupos, em função da variável Número de Irmãos

Constatamos que, na amostra global, a maioria das crianças têm um só irmão, existindo um número reduzido de sujeitos com dois ou mais irmãos. Como sabemos, estas fratrias pouco numerosas estão adaptadas aos modelos sócio-familiares observados actualmente nos países ocidentais e industrializados.

Quanto à caracterização do **Agregado Familiar** dos sujeitos que compõem a amostra global, optámos por uma categorização tradicional, embora passemos a apresentar apenas os tipos de agregado que foram assinalados pelas mães (Fig. 5.11). Assim, as hipóteses "Família monoparental masculina", "Família reconstruída paterna" e "Família alargada", que compunham inicialmente o nosso sistema de categorias foram eliminadas, visto terem obtido frequência nula.

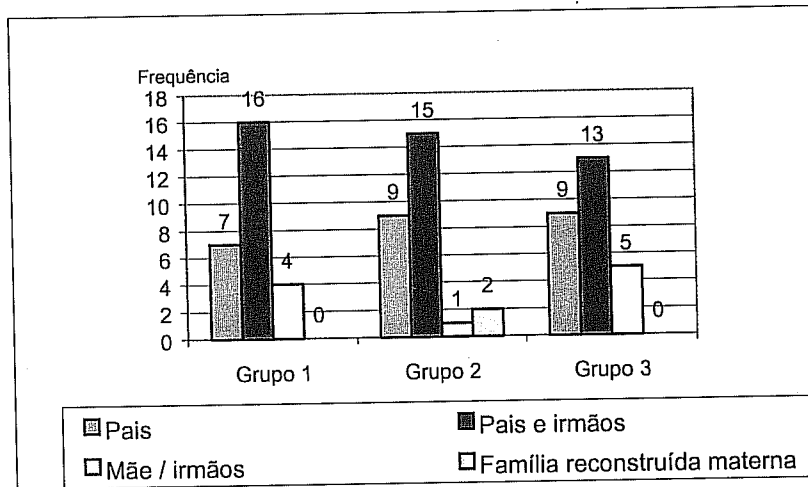


Fig. 5.11. Distribuição, em frequências, dos sujeitos dos três grupos, em função da variável Tipo de Agregado Familiar

Como seria de esperar após a análise dos estado civil dos progenitores, podemos verificar, a partir da observação da Figura 5.11, que a maioria dos sujeitos, nos três grupos, pertencem a uma família tradicional, na qual pais e filhos co-habitam. Apenas um número reduzido de crianças pertence a uma família reconstruída materna ou monoparental feminina.

5.3.2 Instrumentos

Foram utilizados quatro instrumentos de auto-resposta: um Questionário de Desenvolvimento; o Inventário de Ansiedade Estado-Traço - *State-Trait Anxiety Inventory*- STAI-Form Y (Spielberger et al., 1983); o *Symptom Checklist* - SCL-90-R (Derogatis, 1977); e o *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão* - IACLIDE (Vaz Serra, 1994).

As escalas de auto-avaliação têm como principal vantagem o facto de assinalarem a forma real como o indivíduo se sente, evitando-se assim uma hetero-avaliação, eventualmente disintónica com a avaliação feita pelo próprio indivíduo

(Derogatis, 1977; Vaz Serra, 1994). Outro aspecto positivo remete para a maior praticabilidade de preenchimento da escala, já que não é necessária a presença do examinador, podendo ser aplicada a grandes grupos num curto espaço de tempo, ultrapassando-se assim dificuldades de disponibilidade por parte dos sujeitos.

No entanto, estas escalas têm como limitação o facto de poderem ser pouco sensíveis a uma tentativa de enfiamento das respostas, bem como a impossibilidade de aplicação a sujeitos iletrados ou doentes agitados ou lentificados. Exigem ainda um cuidado extremo na construção dos itens para que possam ser interpretados sem ambiguidade por qualquer sujeito letrado.

Apresentaremos de seguida as características de cada um destes instrumentos, salientando o objectivo específico da sua utilização.

Questionário de Desenvolvimento (Anexo 2)

Este questionário foi por nós elaborado com o intuito de recolher informação adequada à caracterização da amostra, bem como à exploração do processo de desenvolvimento da criança, necessária aos objectivos 1 e 2 da nossa investigação. Foi também esta forma de recolha de dados que nos permitiu dividir os sujeitos por cada um dos grupos em estudo.

Assim, fazem parte do questionário de desenvolvimento, questões relativas ao levantamento de dados sócio-demográficos dos sujeitos (idade, estado civil e profissão dos pais, idade da criança, posição na fratria e número de irmãos, agregado familiar), bem como de dados de anamnese e desenvolvimento (tipo de parto e gravidez, evolução da alimentação e sono, entre outros).

A secção relativa ao questionamento sobre a posse e tipo de utilização de certos objectos foi construída a partir da descrição feita por Winnicott (1951) de objecto

transicional e foi inserida no questionário de forma continuada, cronologicamente adaptada às secções relativas ao desenvolvimento precoce da criança.

O questionário é constituído maioritariamente por questões fechadas de resposta múltipla, possuindo um número reduzido de questões de resposta aberta. Contém instruções que permitem identificar a possibilidade do preenchimento simultâneo de diversas alternativas de resposta.

Uma apresentação inicial deste instrumento de recolha de informação foi aplicado presencialmente a um conjunto de dez mães de crianças com idades compreendidas pela faixa etária abarcada pelo estudo, a fim de se aferirem a clareza e compreensibilidade das questões. Em função das sugestões resultantes deste pré-teste incluímos determinadas hipóteses alternativas de resposta e excluímos outras, que se mostraram redundantes.

Inventário de Avaliação Clínica da Depressão - IACLIDE (Vaz Serra, 1994) (Anexo 3)

Utilizámos o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão com o objectivo de avaliar um nível de severidade de sintomatologia depressiva actual nas mães dos sujeitos que compunham a amostra.

Este instrumento foi construído a partir do pressuposto de que a gravidade de uma depressão varia em função do número de sintomas assinalados e da intensidade que atingem (Vaz Serra, 1994). O autor procurou incluir todos os sintomas típicos de um estado depressivo, dividindo cada um deles em cinco questões que traduzem uma gravidade de sintomatologia crescente. À primeira corresponde um valor mínimo de 0, representativo da inexistência de qualquer perturbação e à última um valor de 4, tradutor da gravidade máxima atingida pela queixa. O sujeito deve assinalar apenas

uma das alternativas que descreva mais acuidadamente a forma como se sente. O valor total, indicador do grau de depressão, é obtido pela soma das pontuações de cada item.

A versão original era constituída por 40 questões, tendo sido posteriormente utilizados critérios de exclusão que conduziram à redução do instrumento para apenas 23 itens.

As diversas questões correspondem a quatro tipos diferentes de sintomas: *biológicos*, que definem a relação que o sujeito estabelece com o próprio corpo; *cognitivos*; *inter-pessoais* e alterações ao nível do *desempenho da tarefa*.

A cotação da prova permite a identificação de compromisso ao nível de diversos factores:

- Factor 1 - É o mais importante já que inclui os sintomas que traduzem dificuldades ao nível do desempenho das tarefas, associadas a queixas biológicas e cognitivas. Este factor salienta níveis de compromisso e tipos de sintomatologia correspondentes aos da classicamente descrita depressão endógena. Dos vinte e três itens, oito remetem para este factor.
- Factor 2 - Remete para a existência de uma personalidade obsessiva subjacente, auto-crítica, hesitante e pessimista. Salientam-se, neste factor, sintomas cognitivos que traduzem uma relação perturbada do indivíduo consigo próprio. É também composto por oito itens.
- Factor 3 - Reúne vários elementos que traduzem uma problemática suicida, patentes em quatro itens.
- Factor 4 - Este factor corresponde a diversos sintomas desenvolvidos por uma personalidade apelativa, marcada por uma instabilidade emocional e forte dependência dos outros. É formado por quatro dos vinte e três itens.

- Factor 5 - É constituído por apenas duas questões, que remetem para a evidência de perturbações do sono.

O Iaclide permite discriminar o ponto de corte entre o 'normal' e o estado deprimido 'patológico' (nota global de 20), bem como identificar casos leves, moderados e graves. Vaz Serra (1994) definiu cada um destes graus de depressão, partindo da classificação CID-10 (1992):

- Grau leve (nota global situada entre 20 e 34)

Com este grau de depressão o indivíduo sente-se perturbado pelos sintomas, apresentando dificuldade em continuar com o seu trabalho e actividades sociais, mas não deixando de manter algum nível adaptativo de funcionamento.

- Grau moderado (nota global entre 35 e 52)

O indivíduo sente uma dificuldade considerável em manter um desempenho adequado ao nível das suas actividades sociais, profissionais ou domésticas.

- Grau grave (nota global igual ou superior e 53)

Com sintomatologia grave, o sujeito sente uma quase total incapacidade na manutenção das suas actividades profissionais, sociais ou domésticas.

O preenchimento da escala é muito simples, contendo as instruções para a tarefa que especificam a obrigatoriedade de escolha da única alternativa em cada item que melhor defina a forma como o sujeito se sente actualmente. O resultado global é obtido pela soma das pontuações obtidas em cada item, sendo a nota de cada um dos factores encontrada pelo somatório dos itens que o compõem.

Inventário de Ansiedade Estado-Traço - STAI- Forma Y (Spielberger et al., 1983)
(Anexo 4)

Utilizámos a STAI com o objectivo de medir os níveis de ansiedade-traço e ansiedade-estado evidenciados pelas mães das 81 crianças que compuseram a nossa amostra. Recorremos à adaptação portuguesa da Forma Y, com autoria de Sofia Santos e Danilo Silva (1997).

Este instrumento estandardizado consiste numa escala de auto-avaliação composta por 40 itens, que medem, em termos gerais, sentimentos de apreensão, tensão, nervosismo e preocupação.

Os itens dividem-se por duas sub-escalas de auto-resposta independentes:

- Escala Y1 – É composta por 20 itens que avaliam a Ansiedade-Estado, sendo solicitado ao sujeito que descreva a forma como se sente naquele preciso momento.
- Escala Y2 – Avalia a Ansiedade-Traço, sendo composta por 20 itens relativos à forma como o sujeito se sente habitualmente.

O conceito de ansiedade-estado define uma reacção ou processo concreto que ocorre num determinado momento preciso e com um determinado nível de ansiedade (Spielberger et al., 1983). De acordo com esta definição, a escala Y1 avalia essencialmente a existência actual de sentimentos de apreensão, tensão, nervosismo e preocupação.

A ansiedade-traço diz respeito a traços permanentes de personalidade, relativos a uma predisposição para a ansiedade. Pode reflectir diferenças individuais na frequência e intensidade dos sentimentos, bem como na percepção de situações stressantes como perigosas ou ameaçadoras, com consequente reacção marcada por uma elevação da intensidade da ansiedade-estado (Spielberger et al., 1983).

De facto, os sujeitos com uma ansiedade-traço elevada têm maior probabilidade de responder com maiores aumentos de intensidade de ansiedade-estado em situações que

envolvem relações inter-pessoais e que ameaçam a auto-estima, como sejam circunstâncias novas e desconhecidas ou momentos de avaliação. Os estudos dos autores salientaram a existência de pontuações elevadas nesta escala nos pacientes deprimidos ou psiconeuróticos (Spielberger et al., 1983).

A estandardização nos procedimentos de aplicação da prova definem que, em caso de aplicação simultânea das duas escalas, se apresente em primeiro lugar a escala de ansiedade-estado e só após o seu preenchimento se deverá a responder à escala de ansiedade-traço.

As respostas são dadas numa escala de tipo Lickert, existindo quatro alternativas de resposta. Na sub-escala de Ansiedade-Estado (Y1), os sujeitos assinalam de *nada* a *muito*, conforme a intensidade dos sintomas descritos em cada item. Relativamente à sub-escala de Ansiedade-Traço (Y2), os sujeitos são instruídos para indicar como geralmente se sentem através da classificação da frequência dos seus sentimentos de ansiedade, assinalando para cada item de *quase nunca* a *quase sempre*.

No que respeita à cotação, cada item é avaliado numa escala de quatro pontos, sendo a soma final proporcional ao nível de ansiedade do sujeito, podendo variar de um mínimo de 20 a um valor máximo de 80.

Cada uma das sub-escalas é composta por itens directos, pontuados de 1 a 4 e por itens inversos, pontuados de 4 a 1. Os itens de ausência de ansiedade para os quais os valores de pontuação são inversos são:

Na escala de Ansiedade-Estado: 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20

Na escala de Ansiedade -Traço: 21,23,26,27,30,33,34,36,39

Estes itens, que avaliam características negativas (sentimentos tensos, medos), poderão conduzir o sujeito a uma tentativa de enviesamento das respostas, nas situações em que não aceite esses sentimentos, ou em condições em que deseje manter

uma boa imagem face ao observador. Como forma de contornar esta e outras dificuldades deve assegurar-se a confidencialidade das respostas.

Symptom Checklist - SCL-90-R (Derogatis, 1977) (Anexo 5)

Este inventário foi por nós utilizado com o objectivo de avaliar níveis de sintomatologia psíquica diversa, nas mães das crianças que compõem a amostra, por forma a proceder à comparação entre os três grupos. Pareceu-nos um instrumento adequado uma vez ter sido concebido para avaliar padrões de sintomas psicológicos, tanto em indivíduos normais, como em doentes com perturbações psiquiátricas.

Derogatis (1977) definiu boas características psicométricas para a SCL-90-R, assegurando-lhe elevados níveis de validade e fidelidade enquanto indicador de psicopatologia. No nosso estudo optámos pela versão portuguesa de Vaz Serra e Ramalheira.

A SCL-90-R é uma escala de auto-avaliação que fornece um método quantitativo estandardizado para determinar a extensão e grau dos sintomas do paciente, permitindo uma comparação com a gravidade dos sintomas de outros sujeitos.

É composta por 90 itens relativos a um conjunto de sintomas e sentimentos, nos quais os sujeitos devem assinalar, numa escala de tipo Lickert, em que medida têm sentido cada um dos sintomas, problema ou queixa, no último mês. Existem cinco alternativas de resposta, cotadas de 0 a 4, conforme o grau de sofrimento que varia de *nunca a extremamente*.

A SCL-90-R fornece nove dimensões primárias de sintomatologia e três índices globais de severidade: índice global de sintomas (IGS), índice de perturbação de sintomas positivos e total de sintomas positivos. Segundo Derogatis (1977), o IGS é o melhor indicador do nível actual de perturbação, uma vez que combina a informação

acerca do número de sintomas assinalados com o grau de desconforto percebido para esses mesmos itens.

Além destes índices, a escala permite a cotação independente de nove categorias distintas que remetem para diferentes dimensões de sintomas. Cada uma destas sub-escalas é composta por um número variável de itens que oscila entre 6 e 13.

O preenchimento da escala é muito simples, contendo as instruções para a tarefa que especificam a obrigatoriedade de escolha da única alternativa correcta. O resultado do IGS é obtido pela soma das pontuações obtidas em cada item e posterior divisão por 90 (número total de itens), sendo a nota de cada uma das sub-escalas encontrada pelo somatório e divisão pelo respectivo número de itens.

Passaremos de seguida à apresentação de cada uma destas sub-escalas, definindo o tipo de sintomatologia que avaliam.

- Somatização - Contempla a forma como o sujeito percebe certas disfunções corporais/somáticas. Reflete diversas queixas baseadas em alterações cardiovasculares, gastro-intestinais, respiratórias, bem como cefaleias, dores ou desconforto geral localizados no sistema muscular, e outros sintomas somáticos, equivalentes a estados de ansiedade.
- Obsessão-Compulsão - Esta medida foca pensamentos, impulsos e acções experienciados como irresistíveis e não controláveis, de natureza involuntária. Reflete também comportamentos indicativos de dificuldades cognitivas de natureza mais geral.
- Sensibilidade inter-pessoal - Esta sub-escala aponta sentimentos de inadequação e inferioridade pessoal, quando o sujeito se compara com outros indivíduos. Apela

ainda para uma auto-depreciação, sentimentos de pouco à vontade, desconforto e expectativas negativas relativamente às comunicações inter-pessoais.

- Depressão - Assinalam-se nesta categoria sintomas de humor disfórico e sinais de retirada do interesse nos acontecimentos quotidianos, falta de motivação e esperança e perda de energia vital, bem como outros correlatos cognitivos e somáticos de depressão. Alguns itens referem-se ainda a pensamentos de morte e ideação suicida.
- Ansiedade - Reflecte sintomas de agitação, nervosismo e tensão interior, bem como tremores e outros sinais somáticos correlacionados com estados de ansiedade. Alguns itens remetem directamente para quadros de Ansiedade generalizada e Ataques de Pânico e um item refere-se a sentimentos dissociativos.
- Hostilidade - Esta sub-escala organiza-se em redor de três categorias de comportamento hostil: pensamentos, sentimentos e acções. Os itens variam desde sentimentos de aborrecimento, a necessidade de partir coisas e a explosões de temperamento incontroláveis.
- Ansiedade fóbica - Revela sintomas de natureza fóbica, geralmente associados a afastamento de casa, espaços abertos, multidões e espaços públicos. Foram também incluídos itens relativos a comportamentos sociais de cariz fóbico.
- Ideação paranóide - Reflecte as características primárias do pensamento paranóide, projecção, hostilidade, desconfiança, ilusões, grandiosidade e perda de autonomia.
- Psicoticismo - Esta sub-escala aponta sintomatologia aguda e comportamento desadequado, consequentes de processo psicótico ou indicadores de um tipo de vida esquizóide.

5.3.3. Procedimentos

A amostra foi recolhida no Concelho de Sintra durante os meses de Janeiro a Março de 2000, junto dos alunos de Creche das três Valências de Infância da Santa Casa da Misericórdia de Sintra.

A fim de iniciar os procedimentos metodológicos, contactámos o Vice-Provedor da SCM-Sintra solicitando a autorização da Mesa Administrativa para a realização desta investigação. Após a resposta afirmativa entrámos em contacto com as educadoras de infância responsáveis por cada Valência, apresentando o estudo de forma sucinta e pedindo a sua colaboração na articulação com as educadoras do Berçário e das Salas de 1, 2 e 3 anos.

Através da consulta dos processos individuais de cada aluno, foi feita uma selecção dos sujeitos a participar no estudo, tendo em conta os critérios de idade e excluindo-se os que não co-habitavam com a mãe, bem como aqueles cujos irmãos já tinham sido considerados, uma vez não pretendermos incluir sujeitos oriundos da mesma fratria.

Foi então composto um processo individual para cada sujeito seleccionado. Dentro de um envelope era colocada uma carta de apresentação do estudo, que explicava resumidamente os objectivos gerais, solicitando a colaboração das mães (Anexo 6). Não indicámos directamente os nossos objectivos reais, mas apenas incluimos a informação de que se tratava de um estudo sobre os brinquedos adoptados pelas crianças daquela idade. Na carta eram seguidamente fornecidas por escrito, as instruções para o preenchimento de cada escala, garantindo-se a confidencialidade dos resultados. A ordem de apresentação dos instrumentos foi a mesma em todos os envelopes.

A entrega dos envelopes foi feita pela investigadora, explicando-se o objectivo e as instruções para a tarefa, apelando-se para uma motivação e sinceridade nas

respostas. Era ainda asseguradas possibilidades de contacto, em caso de surgirem dificuldades no preenchimento das escalas. As mães das crianças tinham cerca de uma semana para as preencheram e devolverem no envelope fechado, entregando-o pessoalmente à investigadora ou à educadora do seu filho.

Existiam aproximadamente 105 crianças inscritas nos Infantários, que correspondiam aos critérios de inclusão na amostra. Foram entregues cerca de 100 questionários, assegurando-nos previamente de que as mães não eram iletradas. Do total foram devolvidos cerca de 85, tendo sido eliminados alguns, por motivos de incorrecção no preenchimento das escalas, já que algumas mães não conseguiram resolver a tarefa adequadamente, não respondendo a grande quantidade de itens. Quando estas mães de mostraram indisponíveis para um preenchimento presencial, os sujeitos foram eliminados da amostra.

Cerca de 20 questionários foram entregues a mães de crianças que não frequentam creches, repetindo-se os procedimentos e pedindo-se a devolução por correio. No entanto, apenas foram devolvidos seis.

Os sujeitos foram incluídos nos diversos grupos, de acordo com a caracterização feita pela mãe sobre o tipo de posseção de um determinado objecto.

Depois de recolhidos todos os questionários e tendo verificado que um dos grupos era composto por 29 sujeitos, enquanto que os restantes tinham um número de 27, eliminámos aleatoriamente os sujeitos em excesso, de forma a obtermos grupos com igual frequência.

5.3.4. Análise dos Dados

No tratamento dos dados optámos por uma estatística não-paramétrica, já que é a mais indicada sempre que se verifiquem três condições: um número de sujeitos

inferior a 30 em cada grupo, as variáveis não seguirem uma distribuição normal e serem definidas em escalas nominais ou ordinais (Siegel, 1975).

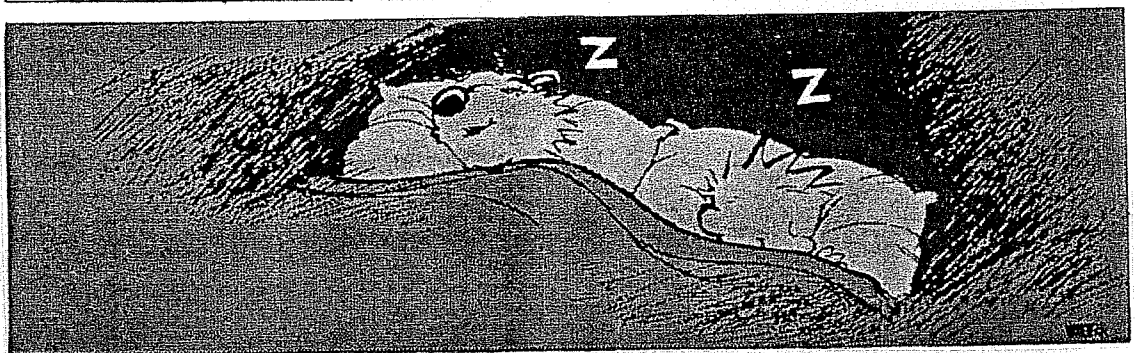
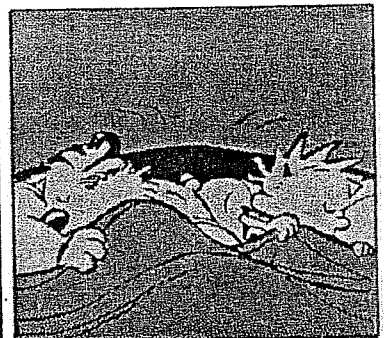
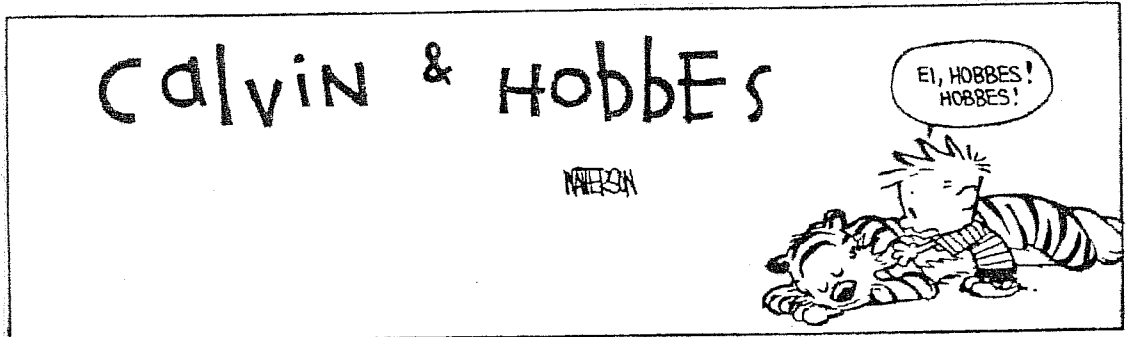
Assim, algumas provas não-paramétricas são adequadas quando nos referimos à ordem ou postos dos dados, enquanto que outras se adequam mesmo em casos em que não é possível uma ordenação, isto é, quando trabalhamos com dados classificados (Siegel, 1975). Através da aplicação destas técnicas, podemos comparar diversos grupos, independentemente da distribuição das populações.

No caso das variáveis contínuas presentes no Questionário de Desenvolvimento, bem como derivadas dos resultados das diversas escalas clínicas, usámos como valores, as médias e os desvios-padrão. Para o tratamento das variáveis categoriais, utilizámos como valores, frequências e percentagens.

Para a comparação dos três grupos, sempre que nos encontrávamos a um nível de medida nominal, construimos tabelas de contingência com dados frequenciais, de forma a realizar a prova *Qui*-quadrado para *k* amostras independentes.

A um nível de medida ordinal, utilizámos a prova de Kruskal-Wallis para *k* amostras independentes e a Prova U de Mann-Whitney para duas amostras independentes. Ainda a este nível de medida, optámos pelo cálculo do Coeficiente de Correlação de Postos de Spearman.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS



Capítulo 6- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo de descrição dos resultados, optámos por uma apresentação das comparações efectuadas entre grupos, seguindo os três objectivos iniciais do nosso trabalho.

As provas estatísticas que utilizámos, permitiram-nos determinar o nível de significância a partir do qual existem diferenças entre as três amostras independentes, no que diz respeito à frequência relativa com que os componentes dos grupos se situam nas diversas categorias (variáveis nominais), bem como à ordenação dos valores (no caso de variáveis ordinais) (Siegel, 1975).

Assim, iremos começar por uma análise das características da nossa amostra global, a fim de procurar variáveis que revelem diferenças estatisticamente significativas e que possam, por isso, interferir na interpretação dos resultados.

De seguida passaremos à apresentação do tratamento estatístico das variáveis incluídas no Objectivo 1, após o que descrevemos os resultados explorados pelo Objectivo 2.

Os resultados nas diversas escalas clínicas, que nos permitirão proceder à comparação dos níveis de psicopatologia materna nos três grupos de crianças, serão apresentados em último lugar.

6.1. Características Gerais da Amostra

Relativamente à variável **Idade**, procurámos proceder a uma comparação da média das ordens, no sentido de averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de sujeitos.

Quadro 6.4. Prova de Kruskal-Wallis para variável Idade

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Média das Ordens	Média das Ordens	Média das Ordens
Idade (meses)	48,85	41,63	32,52
n	27	27	27

$H(81; 2) = 6,557; p = 0.038$

Como podemos constatar da observação do Quadro 6.4, existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, no que se refere à idade das crianças ($H(81; 2) = 6,557; p < .05$). Como vimos no capítulo de caracterização da Amostra, a média de idades para o Grupo 1 é de cerca de 32 meses, sendo de aproximadamente 29 meses no Grupo 2 e de 25 meses no Grupo 3.

Podemos então concluir que as crianças que não evidenciam apego a nenhum tipo de objecto são significativamente mais novas do que as que possuem um objecto transicional, estando as que necessitam de um objecto de adormecimento numa posição intermédia.

Esta diferença entre os grupos pode ser bastante importante, na medida em que poderá ser responsável por eventuais distribuições contrastantes ao nível de outras variáveis.

Quanto à comparação do **Género** das crianças que compõem os três grupos, optámos pela elaboração de uma tabela de frequências, uma vez estarmos na presença de uma variável categorial.

Quadro 6.5. Prova do Qui quadrado para a Variável Género

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Freq	Freq	Freq
Masculino	14	9	12
Feminino	13	18	15
n	27	27	27

$$\chi^2 (2) = 1,912; p = 0.384$$

O Quadro 6.5 demonstra-nos que as diferenças não são significativas no que se refere à variável Género ($\chi^2 (2) = 1,912; p < .05$), embora possamos observar que no grupo de crianças que usam OA (G2), a grande maioria pertence ao sexo feminino, o que não se verifica nos restantes grupos.

Como vimos anteriormente, a amostra global é constituída por 35 sujeitos do sexo masculino e 46 do sexo feminino. A distribuição desta variável não parece então, ter um peso significativo no contraste entre os grupos.

Outras variáveis de caracterização da amostra que testámos, no sentido de controlar eventuais diferenças entre os grupos, referem-se às características dos progenitores. Assim, apresentaremos de seguida, as distribuições das variáveis relativas à **Idade do Pai e Idade da Mãe**.

Quadro 6.6. Prova de Kruskal-Wallis para a Variável Idade do Pai

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Média das Ordens	Média das Ordens	Média das Ordens
Idade do Pai	42,30	41,83	35,54
(anos)			
n	27	27	25

$H(79; 2) = 1,393; p = 0.498$

A distribuição por Idade do Pai é semelhante nos três grupos, embora se verifique que os pais das crianças que não possuem qualquer objecto são ligeiramente mais novos do que os outros pais. A idade média do pai para os Grupos 1 e 2 é de aproximadamente 35 anos, enquanto que no Grupo 3 está mais próxima dos 34 anos. No entanto, como podemos observar no Quadro 6.6, esta diferença não é significativa ($H(79; 2) = 1,393; p < .05$).

Quadro 6.7. Prova de Kruskal-Wallis para a variável Idade da Mãe

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Média das Ordens	Média das Ordens	Média das Ordens
Idade da mãe	45,35	36,80	40,85
(anos)			
n	27	27	27

$H(81; 2) = 1,798; p = 0.407$

O Quadro 6.7 mostra-nos que a distribuição por Idade da Mãe é semelhante nos três grupos, já que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($H(81; 2) = 1,798; p < .05$).

No entanto, gostaríamos de lembrar que a idade média das mães das crianças com OT é de cerca de 33 anos, sendo de aproximadamente 31 para as mães das

crianças com OA e de 32 anos nas mães das crianças que não têm apego a nenhum objecto.

Nos Quadros 6.8 e 6.9, apresentamos a distribuição em frequências absolutas e percentagens, das Variáveis **Estado Civil do Pai** e **Estado Civil da Mãe**, nos três grupos, indicando o respectivo valor do Qui-quadrado, bem como dos níveis de significância encontrados.

Quadro 6.8. Prova do Qui quadrado para a variável Estado Civil do Pai

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=25)	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Solteiro	2	7,4	7	26	7	28
Casado	22	81,5	19	70,3	17	68
Divorciado	3	11,1	1	3,7	1	4
Total	27	100	27	100	25	100

$$\chi^2 (4) = 5,227; p = 0.265$$

Quanto ao Estado Civil do Pai, vemos que a maioria dos pais das crianças que constituem a amostra global, são casados. Verificamos que no grupo de crianças com OA, esta categoria é seguida da que indica um estado civil solteiro (26%), sendo que apenas um sujeito é filho de pai divorciado (3,7%). Os pais dos sujeitos sem objecto privilegiado distribuem-se de forma semelhante pelos diversos estados civis, encontrando-se cerca de 68% casados, 28% solteiros e apenas um pai divorciado. A categoria Casado nos pais do grupo de crianças com OT tem um peso de 81,5%, sendo seguido de cerca de 11% de divorciados e apenas 7,4% de pais solteiros. Estas diferenças na distribuição por grupo não se revelaram estatisticamente significativas ($\chi^2 (4) = 5,227; p < .05$).

Quadro 6.9. Prova do Qui quadrado para a variável Estado Civil da Mãe

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Solteira	1	3,7	6	22,2	6	22,2
Casada	22	81,5	20	74	18	66,7
Divorciada	4	14,8	1	3,8	3	11,1
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2 (4) = 5,996; p = 0.199$$

Também não se encontraram diferenças significativas no que se refere ao estado civil da mãe ($\chi^2 (4) = 5,996; p < .05$), existindo um predomínio de mães casadas, nos três grupos.

Como seria de esperar, esta variável segue uma distribuição semelhante à do estado civil do pai, sendo as ligeiras diferenças observadas consequência de situações de união de facto, em que cada um dos elementos do casal possui um estado civil independente.

Seguidamente, passamos a apresentar a distribuição em frequências absolutas e percentagens, das Variáveis **Nível Profissional do Pai** e **Nível Profissional da Mãe**, nos três grupos, indicando os respectivos valores do Qui-quadrado, bem como os níveis de significância encontrados. Como vimos na Caracterização da Amostra, as várias profissões encontradas foram categorizadas em níveis, a partir da Classificação Nacional de Profissões.

Quadro 6.10. Prova do Qui quadrado para a variável Nível Profissional do Pai

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=25)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Nível 1	5	18,5	4	14,8	6	24
Nível 2	11	40,8	6	22,2	5	20
Nível 3	9	33,3	16	59,3	13	52
Nível 4	2	7,4	1	3,7	1	4
Total	27	100	27	100	25	100

$$\chi^2 (6) = 5,502; p=0.481$$

A partir da análise do Quadro 6.10, podemos verificar que a maioria dos pais de crianças com OT (40,8%) têm actividades profissionais categorizadas no Nível 2 que corresponde, de um modo geral, a profissões com diferenciação média, como sejam os bacharéis ou os funcionários administrativos especializados. Seguem-se, para este grupo, as ocupações profissionais paternas de Nível 3 (33,3%), que equivalem a quadros não qualificados, e as de Nível 1 (18,5 %) que reflectem uma especialização superior.

Nos Grupos 2 e 3, observa-se um predomínio do Nível 3 no que se refere à actividade profissional do pai, seguido do Nível 2, no grupo de crianças com OA (22,2%) e do Nível 1 (24%) para o grupo de crianças sem objecto de apego.

Encontrámos nos três grupos, uma percentagem reduzida de sujeitos sem actividade profissional (Nível 4).

Gostaríamos de salientar que mais de metade dos pais do Grupo 1 (59,3%) têm actividades profissionais diferenciadas, de Nível 1 e 2; este facto não se verifica nos restantes sujeitos, já que no Grupo 2, o somatório de actividades profissionais paternas de Nível 1 e 2 é de cerca de 37 %, valor que no Grupo 3 ascende a 44%. Estes dados manifestam uma tendência para que exista uma maior diferenciação sócio-económica

no grupo de crianças com OT, encontrando-se uma maior percentagem de pais com profissões menos diferenciadas no grupo de crianças com OA, relativamente aos restantes. No entanto, as diferenças na distribuição desta variável por grupo não se mostraram estatisticamente significativas ($\chi^2(6) = 5,502$; $p < .05$).

Quadro 6.11. Prova do Qui quadrado para a variável Nível Profissional da Mãe

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Nível 1	5	18,5	4	14,8	4	14,8
Nível 2	10	37	8	29,7	7	25,8
Nível 3	8	29,7	11	40,7	8	29,7
Nível 4	4	14,8	4	14,8	8	29,7
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2(6) = 3,381; p = 0.760$$

A distribuição desta variável é semelhante à encontrada para o Nível Profissional do Pai, embora a observação do Quadro 6.11 nos permita encontrar um contraste importante ao nível do número de mães inactivas profissionalmente (domésticas ou desempregadas), sobretudo no grupo de crianças que não manifestam apego a qualquer objecto (29,7%). Este resultado é relevante se considerarmos que evidencia uma maior disponibilidade materna para ficar em casa com os filhos neste grupo, relativamente aos restantes.

De um modo geral podemos verificar que as mães das crianças do Grupo 1 têm uma maior diferenciação profissional, encontrando-se cerca de 55,5% distribuídas pelos Níveis 1 e 2, enquanto que menos de metade das mães do grupo de crianças com OA ocupam estes níveis (44,5%). No Grupo 3 este valor desce para 40,6%. Também

relativamente a esta variável não se encontraram diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2 (6) = 3,381$; $p < .05$).

De seguida apresentamos as comparações estatísticas relativas à situação familiar das crianças que compuseram a nossa amostra, referindo-nos às variáveis **Posição na Fratria e Número de Irmãos**, bem como à caracterização das tipologias de **Agregado Familiar** encontradas.

Quadro 6.12. Prova do Qui quadrado para a variável Posição na Fratria

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Mais velho	3	11,1	2	7,4	3	11,1
Filho do meio	1	3,7	0	0	0	0
Mais novo	16	59,3	14	51,9	17	63
Filho único	7	25,9	11	40,7	7	25,9
Total	27	100	27	100	27	100

$\chi^2 (6) = 3,828$; $p = 0.700$

Nos três grupos, a posição na fratria que predomina é a de filho mais novo, logo seguida filho único. Podemos reflectir a partir destes resultados, que se tratam de agregados familiares pouco numerosos, com fratrias reduzidas, em que eventualmente a não criança viverá uma partilha com os irmãos da atenção dos pais. Embora a distribuição não seja significativamente diferentes nos três grupos ($\chi^2 (6) = 3,828$; $p < .05$), procurámos contrastá-los no que se refere ao número de irmãos, dados não explicitados no Quadro 6.12.

Quadro 6.13. Prova de Kruskal-Wallis para a variável Número de Irmãos

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Média das Ordens	Média das Ordens	Média das Ordens
Número de irmãos	43,74	37,41	41,85
n	27	27	27

$H(81; 2) = 1,243; p = 0,537$

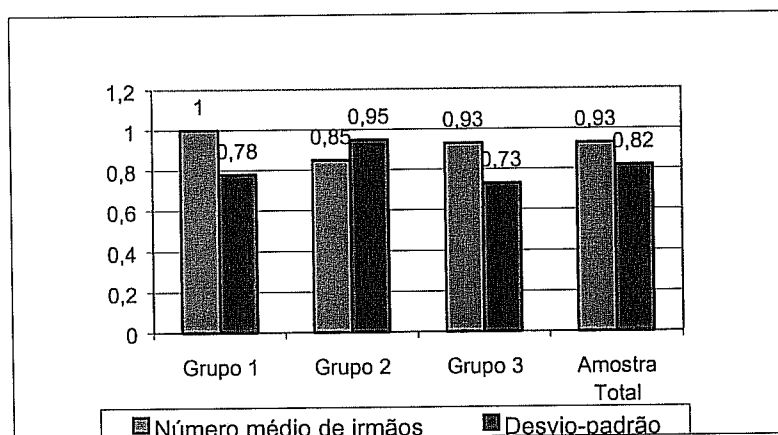


Fig. 6.12. Número médio de irmãos e desvio-padrão nos três grupos

Como podemos constatar a partir da observação do Quadro 6.13 e da Figura 6.12, as crianças do Grupo 2 têm um número médio de irmãos ligeiramente inferior ao dos sujeitos dos restantes grupos, resultado que não se mostrou estatisticamente contrastante ($H(81; 2) = 1,243; p < .05$).

Gostaríamos de salientar que nos grupos de crianças com OA e sem objecto privilegiado, 23 (85%) não têm irmãos ou possuem apenas um; no grupo de crianças com OT, este valor ronda os 78%, existindo seis sujeitos com mais do que um irmão.

Quadro 6.14. Prova do Qui quadrado para a variável Agregado Familiar

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Pais	7	25,9	9	33,3	9	33,3
Pais/Irmãos	16	59,2	15	55,6	13	48,2
Mãe/Irmãos	4	14,9	1	3,7	5	18,5
F. Reconstruída Materna	0	0	2	7,4	0	0
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2 (6) = 7,238; p = 0,299$$

Como podemos constatar através da análise do Quadro 6.14, a distribuição por agregado familiar é semelhante nos três grupos, não se tendo encontrado diferenças significativas ($\chi^2 (6) = 7,238; p < .05$). A maioria das crianças vive com os pais e irmãos, seguindo-se, nos três grupos, os agregados familiares compostos pela criança e os pais, relativos aos casos em que os sujeitos são filhos únicos.

No grupo de crianças com OA existe apenas um sujeito que pertence a uma família monoparental materna, frequência inferior à observada no grupo de crianças com OT (14,9%) e no grupo em que não se evidencia apego a qualquer objecto (18,5%).

Podemos assim constatar que a grande maioria dos sujeitos da amostra global pertence a agregados familiares tradicionais, não sendo referida a co-habitação com outros familiares, como avós ou tios.

6.2. Comparação do Uso do Objecto Transicional e do Objecto de Adormecimento

Como foi referido anteriormente neste trabalho, este objectivo prende-se com uma tentativa de comparação entre os diversos tipos de utilização que as crianças fazem dos seus objectos privilegiados. Assim, procurámos caracterizar e contrastar as situações em que as crianças mais procuram um objecto calmante, já que assim poderemos eventualmente analisar a eficácia dos diferentes tipos de apego perante um conjunto de condições ansiogénicas.

A nossa revisão teórica deixa-nos algumas dúvidas no que concerne a uma série de condições relacionadas com a forma como as crianças utilizam os seus objectos de transição, já que os diferentes estudos não são consonantes no que se refere, nomeadamente, à idade de apego ao objecto transicional, à reacção infantil à sua lavagem e substituição, bem como à forma mais frequentemente adoptada desse objecto. Assim, começámos por caracterizar estes aspectos no nosso Grupo 1, comparando-os em simultâneo com as mesmas características relativas à necessidade de um objecto de adormecimento.

Começaremos por apresentar os resultados relativos à distribuição dos sujeitos do Grupo 1 por **Forma do OT**, bem como uma descrição do **Número de OT** a que as crianças se apegaram. Os sujeitos do grupo 2 serão divididos também por diversas categorias relativas à **Forma do OA**. No que se refere a estas variáveis, optámos por uma descrição dos dados em frequências absolutas, não passando a uma comparação estatística entre os grupos, uma vez terem sido encontradas diferentes categorias.

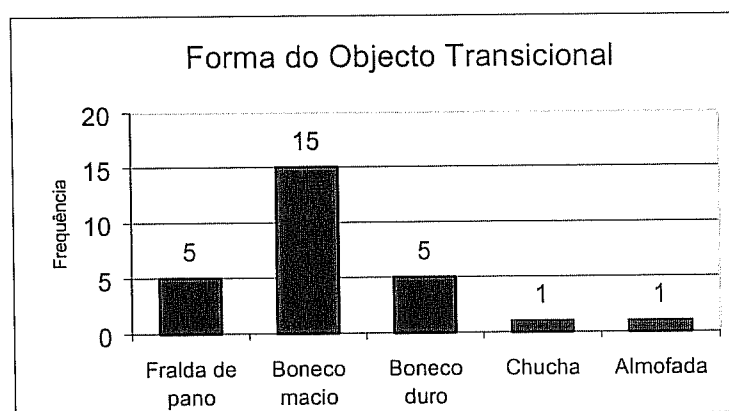


Fig.6.13. Distribuição, em frequências absolutas, dos sujeitos do Grupo1, em função da variável Forma do OT

A Figura 6.13 mostra-nos que 15 crianças adoptaram como OT um boneco macio, o que corresponde a 55,5% dos sujeitos. Da análise das respostas dadas pelas mães pudemos constatar que estes bonecos têm geralmente uma forma animal ou humana e são feitos de pano ou peluche.

A preferência por fraldas de pano ou bonecos duros (formados de madeira ou plástico), é patente em cinco sujeitos cada, o que equivale a cerca de 18,5% das 27 crianças. Apenas um sujeito mostra um apego privilegiado por uma almofada e uma criança utiliza uma chupeta como objecto transicional. Importa referir que controlámos o tipo de uso desta chupeta, já que não era importante para nós o estudo dos objectos precoces de estimulação oral. No entanto, incluímos este sujeito no grupo de crianças com OT uma vez ter sido descrito pela mãe que a criança reconhece este objecto entre outros iguais, dando-lhe um nome ('chia') e levando-a consigo quase permanentemente. A 'chia' não era sugada, existindo uma série de outras chuchas para esse efeito.

Queremos ainda acrescentar que dos 27 sujeitos deste grupo, 9 têm também objectos de adormecimento diversos, que utilizam na hora de adormecer em simultâneo com o OT. As mães referiram que estes objectos eram geralmente fraldas de pano ou partes de um tecido presente na cama, que são acariciados na fase

crepuscular do sono. Interpretámos esta necessidade como mais uma evidência da existência de fenómenos transicionais nestas crianças.

Pareceu-nos importante investigar a existência de um apego único ao objecto transicional ou, contrariamente, a necessidade de vários objectos alvo de uma ligação privilegiada. Esta questão colocou-se-nos já que na literatura é evidenciada a hipótese de um apego simultâneo a vários OTs, ou a passagem de um a outro objecto.

Quadro 6.15. Distribuição, em frequências absolutas e percentagens, dos sujeitos do Grupo 1, em função da variável Número de objectos transicionais usados

	n	%
Um único objecto usado	16	59,3
Dois objectos semelhantes	7	25,9
Três objectos semelhantes	1	3,7
Quatro objectos	1	3,7
Cinco objectos	1	3,7
Doze objectos	1	3,7
Total	27	100

Podemos observar no Quadro 6.15 que existe uma criança que evidencia uma ligação privilegiada a doze objectos em simultâneo. Apesar de podermos confundir este apego com uma necessidade de um determinado objecto calmante, sem reconhecimento da sua individualidade única, concluimos através da análise das respostas da mãe, que se tratam de doze fraldas de pano idênticas, que formam um conjunto, feitas de um tecido suave que as distingue de outras fraldas. Este sujeito possui então uma relação exclusiva com toda a colecção de fraldas, não aceitando qualquer outra em substituição: vemos assim que os doze objectos funcionam como um único.

As crianças que se apegaram a quatro ou cinco objectos, reclamam-nos em diversas situações, dotando cada um deles de características exclusivas e solicitando-os em conjunto ou separadamente. Tratam-se, de um modo geral, de diversos bonecos de peluche.

No entanto, tal como descrito na literatura, cerca de 59% dos sujeitos mantém uma relação com um único OT, sendo que aproximadamente 26% solicita frequentemente dois objectos idênticos.

Quanto à forma dos OAs mais frequentemente observadas, podemos ver na Figura 6.14, que estes surgem como fraldas de pano em 22 dos 27 casos, o que equivale a 81,5% dos objectos. Três sujeitos procuram bonecos macios na hora do adormecimento, embora aceitem qualquer um. Também podemos observar que existe uma criança que adormece com uma peça de roupa da mãe, categoria que não surge no Grupo 1. A descrição do apego feita por esta mãe remetia para uma necessidade evidenciada pela criança de acariciar qualquer pano com odor materno, pelo que ela lhe fornecia uma peça de roupa sua. Queremos salientar ainda que neste grupo não aparece assinalada a necessidade de adormecimento junto a um objecto duro.

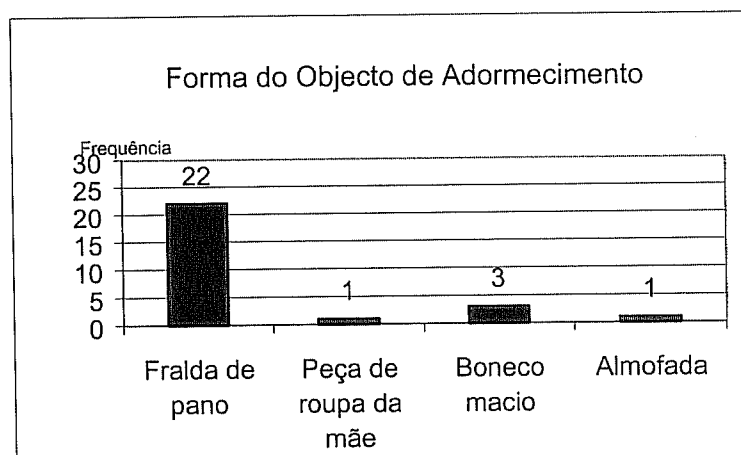


Fig.6.14. Distribuição, em frequências absolutas, dos sujeitos do Grupo 2, em função da variável Forma do OA

Apresentamos de seguida a distribuição dos sujeitos nos dois grupos, por **Preferência de Género** na escolha da forma do OT e do OA.

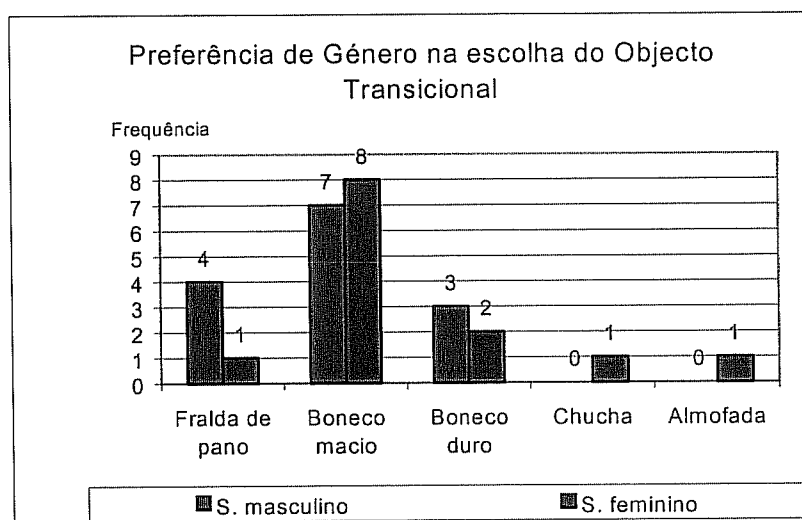


Fig. 6.15. Distribuição, em frequências absolutas, dos sujeitos do Grupo 1, por Género e Forma preferida do OT

Os dados apresentados na Figura 6.15 não evidenciam diferenças na distribuição por género dos sujeitos que possuem OT. Tanto as meninas como os meninos preferem um boneco macio como primeira possessão não-eu, seguindo-se, para os elementos do sexo masculino, as fraldas de pano e só depois os brinquedos de plástico ou madeira. Os quatro elementos do sexo feminino que não usam um boneco suave, distribuem-se pela escolha de objectos macios, e só dois se apegaram a um boneco duro.

Esta distribuição confirma as descrições feitas na literatura, embora não se salientem, na nossa amostra, preferências específicas de género, ao nível da escolha do OT.

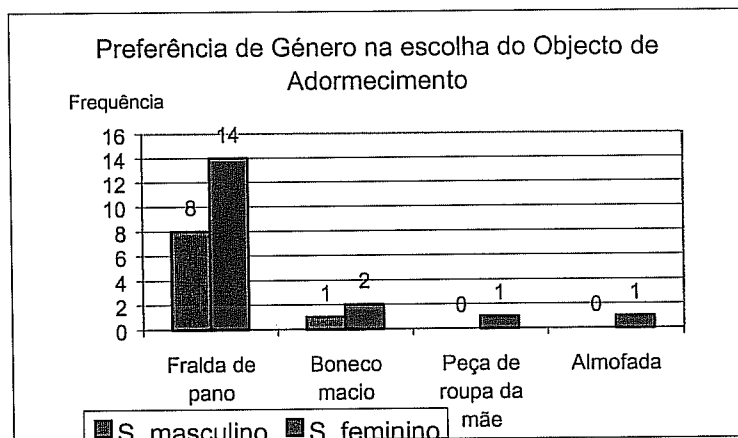


Fig. 6.16. Distribuição, em frequências absolutas, dos sujeitos do Grupo 2, por Género e Forma preferida do OA

Também no Grupo 2 não são salientes contrastes entre os dois sexos no que se refere à forma preferida do OA. Dos nove rapazes que compõem este grupo, oito preferem uma fralda de pano e só um utiliza um boneco para adormecer. A distribuição do género feminino é semelhante, já que também uma grande maioria das meninas prefere a mesma forma de objecto.

Passemos agora à apresentação dos resultados relativos à **Idade** em que a criança se começou a apegar aos dois tipos de objecto. Sabemos que o apego poderá ter sido mais precoce, mas só é possível identificar a idade a partir da qual os pais se começaram a aperceber dessa ligação.

Estes resultados estão apresentados nas figuras seguintes, inicialmente por idade média do apego, em meses, e posteriormente assinalam-se as percentagens dos sujeitos observadas por escalões etários. Procedemos ao cálculo da soma das ordens nos dois grupos, por forma a testar estatisticamente a existência de diferenças significativas entre os dois grupos.

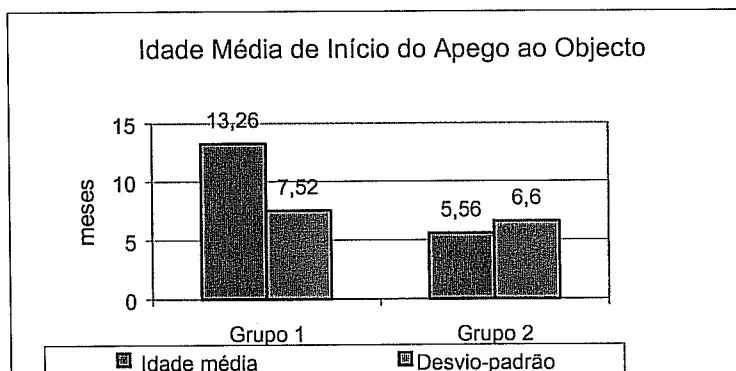


Fig. 6.17. Média e desvio-padrão da Idade (em meses) do Início do Apego ao Objecto, nos Grupos 1 e 2

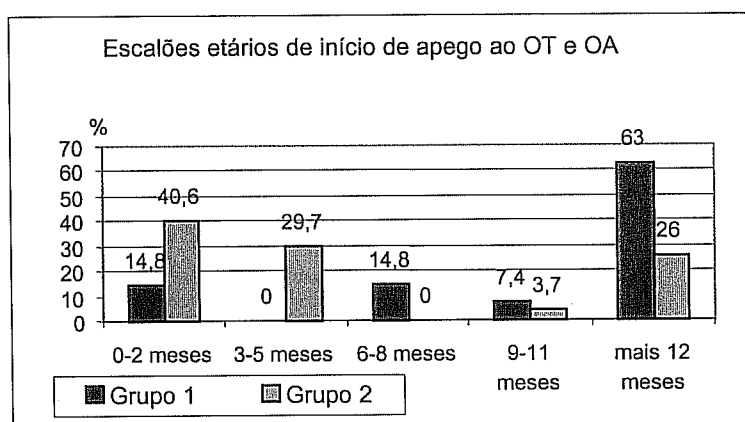


Fig. 6.18. Distribuição, em percentagens, dos sujeitos dos Grupos 1 e 2, por Escalões Etários de Início do Apego ao OT e OA

As Figuras 6.17 e 6.18 referem-se à idade de início do apego aos dois tipos de objecto, salientando os valores médios de idade, bem como a distribuição percentual dos sujeitos por escalaão etário.

Da observação dos resultados, parece-nos relevante a existência de um apego bastante mais precoce ao OA, situando-se por volta dos 5 meses de idade, sendo que o OT só é procurado de forma observável pelas crianças, já depois do primeiro ano de idade.

A maioria dos sujeitos do Grupo 2 necessitavam de um objecto calmante facilitador do adormecimento, logo nos primeiros meses de vida, já que cerca de 70%

das mães destas crianças situam a existência do OA até aos 5 meses, e só 26% referem ter-se apercebido do apego após os 12 meses do filho.

Contrariamente, no Grupo 1, um número significativo de crianças mostraram a ligação privilegiada ao OT depois do primeiro aniversário (63%).

Importa agora testar a existência de uma significância estatística que nos permita importar um peso representativo a estas diferenças encontradas.

Quadro 6.16. Prova de U - Mann-Whitney para a variável Início do Uso do Objecto

	Grupo 1 (n=27)	Grupo 2 (n=27)			
	Soma das ordens	Soma das ordens	U	Z	sig.
Início do uso do objecto	954,50	530,50	152,500	-3,695	0,000

Como seria de esperar as diferenças entre os grupos revelaram-se estatisticamente significativas ($U(54)=152,500$; $p < .001$), o que nos permite concluir que o OA é alvo de um apego bastante mais precoce do que aquele encontrado nas crianças que possuem objecto transicional.

A caracterização das condições de aparecimento e utilização dos dois tipos de objecto que nos propusemos contrastar passará ainda por uma comparação estatística ao nível da existência de um **Incentivo ao Apego**, isto é, a oferta do objecto à criança feita pela mãe ou outro adulto, ou procurada por ela própria; seguidamente apresentaremos o estudo estatístico relativo à **Atitude Materna face ao Apego**, que nos permitirá averiguar a atribuição feita pelas mães da importância da relação com um objecto privilegiado.

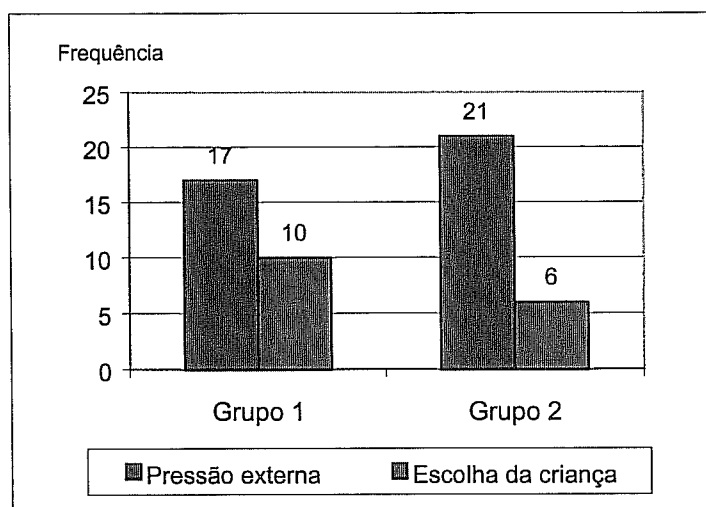


Fig. 6.19. Distribuição, em frequências absolutas, dos sujeitos dos grupos 1 e 2, em função da variável Incentivo ao Apego

Quadro 6.17. Prova do Qui-quadrado para a variável Incentivo ao Apego

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%
Pressão Externa	17	63	21	77,8
Escolha da Criança	10	37	6	22,2
Total	27	100	27	100

$$\chi^2(1) = 1,421; p = 0,233$$

Na maioria dos casos, quer no Grupo 1 (63%), quer no Grupo 2 (77,8%) o apego ao objecto foi facilitado pelo exterior. De um modo geral, a mãe introduziu esta fralda ou boneco na vida da criança, talvez por imitação ou sabedoria, tendo-o mantido provavelmente por constatar a sua eficácia enquanto calmante ou indutor do sono.

No entanto, podemos observar no Quadro 6.17 que as crianças do Grupo 2 revelam menos iniciativa na escolha do objecto, o que é compreensível, uma vez serem mais novas aquando do início do apego.

A distribuição dos grupos, ao nível desta variável, não é diferente estatisticamente ($\chi^2(1) = 1,421; p < .05$).

Face a esta preponderância materna na escolha do objecto, será de esperar que a atitude das mães das crianças que compõem a nossa amostra, seja de aceitação face à posse de um objecto, quer OA, quer OT.

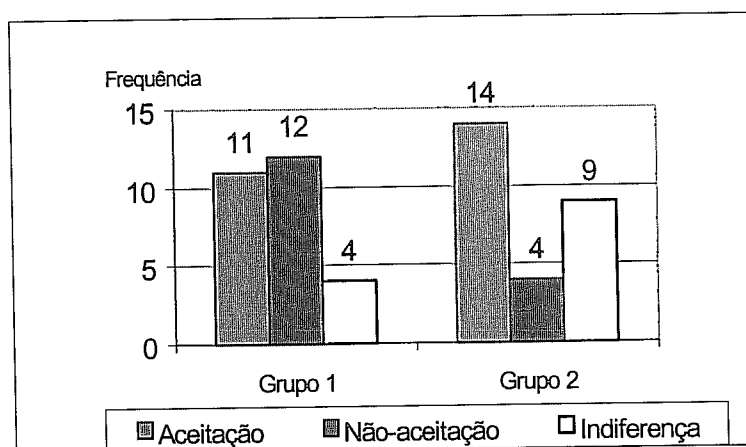


Fig. 6.20. Distribuição, em frequências absolutas, dos sujeitos dos Grupos 1 e 2, em função da variável Atitude Materna face ao Apego

Quadro 6.18. Prova do Qui quadrado para a variável Atitude Materna face ao Apego

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%
Aceitação	11	40,8	14	51,8
Não Aceitação	12	44,4	4	14,8
Indiferença	4	14,8	9	33,4
Total	27	100	27	100

$$\chi^2 (2) = 6,283; p = 0,043$$

A categoria com maior peso no Grupo 1 é a que aponta para uma não-aceitação por parte das mães do uso do OT (44,4%), evidenciada pelas suas afirmações de que gostariam que os filhos deixassem de andar frequentemente 'dependentes da proximidade do objecto'. Seguidamente encontramos cerca de 40,8% de mães que o aceitam, considerando-o como uma mais-valia para o desenvolvimento da criança;

finalmente, 14,8% são indiferentes à posse de um objecto transicional pelos seus filhos.

Esta distribuição é significativamente diferente da encontrada no Grupo 2, para esta variável ($\chi^2(2) = 6,283$; $p < .05$) no qual apenas 14,8% das mães gostariam que os seus filhos não manifestassem uma necessidade do OA.

Os resultados apontam para a existência de uma atitude maioritariamente crítica das mães face à posse do OT, que não é patente nas mães das crianças que apenas procuram um objecto na hora do adormecimento, o que poderá ser explicado pela presença mais continuada e notória na vida da criança dos objectos de transição.

Passaremos de seguida a uma comparação dos dois grupos no que se refere às **Reacção à Substituição** e **Reacção à Lavagem do Objecto**, evidenciadas pelas crianças.

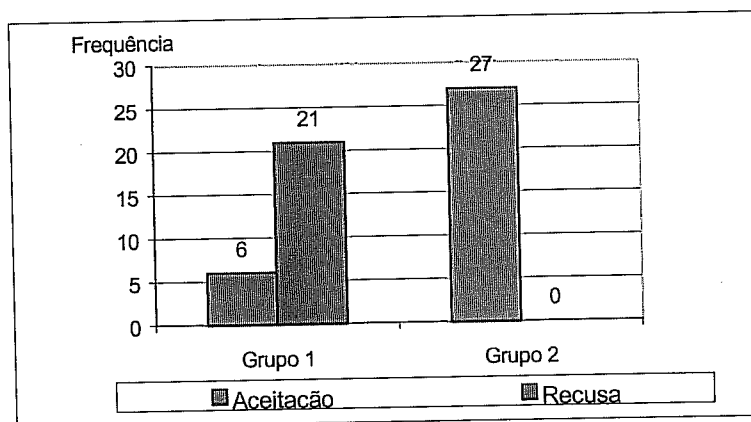


Fig. 6.21. Distribuição, em frequências absolutas, dos sujeitos dos Grupos 1 e 2, em função da variável Reacção à Substituição do OT/OA

Quadro 6.19. Prova do Qui quadrado para a variável Reacção à Substituição do Objecto

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%
Aceitação	6	22,2	27	100
Recusa	21	77,8	0	0
Total	27	100	27	100

$$\chi^2 (1) = 34,364; p = 0.000$$

Estes resultados são esperados, de acordo com as próprias definições teóricas de objecto transicional e objecto de adormecimento.

Observamos no Quadro 6.19 que a distribuição é significativamente diferente nos dois grupos ($\chi^2 (1) = 34,364; p < .001$), já que todas as crianças aceitam o fornecimento de diversos objectos que facilitem o adormecimento, sem que haja um apego exclusivo a uma determinada fralda ou boneco. Como também seria de esperar, só cerca de 22% das crianças que possuem OT aceitam que este seja substituído por outro, correspondendo este valor a alguns dos sujeitos que têm mais do que um objecto de apego privilegiado (cerca de 40% do Grupo 1).

Consideramos que esta variável será a mais importante na discriminação observável dos dois tipos de objecto, portanto a que mais nos permitirá definir teoricamente os dois conceitos.

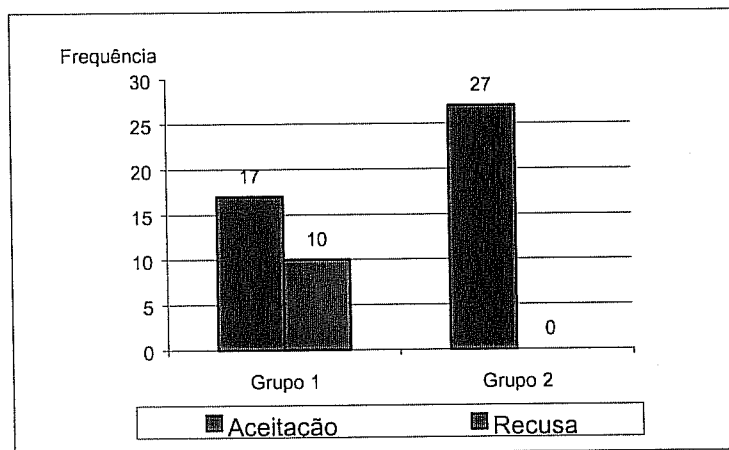


Fig. 6.22. Distribuição, em frequências absolutas, dos sujeitos dos Grupos 1 e 2, em função da variável Reacção à Lavagem do OT/OA

Quadro 6.20. Prova do Qui-quadrado para a variável Reacção à Lavagem do Objecto

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%
Aceitação	17	63	27	100
Recusa	10	37	0	0
Total	27	100	27	100

$$\chi^2 (1) = 12,273; p = 0.000$$

Também esta variável tem uma distribuição diferente pelos dois grupos ($\chi^2 (1) = 12,273; p < .001$), o que revela um predomínio da não-aceitação da lavagem do objecto transicional, face ao objecto de adormecimento. De facto, cerca de 37% dos sujeitos do Grupo 1 recusam o objecto privilegiado após ser lavado, e consequentemente alterado em termos de odor. No entanto, vemos que 63% aceitam essa alteração, valor bastante superior ao encontrado neste grupo na variável Reacção à Substituição. Este aspecto parece salientar uma maior importância para estas crianças, do aspecto visual e da textura do objecto, relativamente ao seu odor, cujas alterações são melhor toleradas.

As diferenças significativas entre os dois grupos contribuem, a par com os resultados encontrados na variável anterior, para uma discriminação entre os dois tipos de objecto.

A nossa comparação final dos dois tipos de objecto, passa por uma descrição das situações referidas pelas mães, nas quais a criança mais procura o seu objecto de conforto. Passaremos então à comparação das **Situações de Utilização dos Objectos**, no que se refere à sua **Procura aquando do Adormecimento**, **Procura em situações de Afastamento dos Pais**, em **Situações de Ansiedade ou Irritação**, em caso de **Doença**, **Procura aquando da ida para a creche** e finalmente a **Necessidade do Objecto sem razão específica** (assinalada sempre que as mães não encontram situações concretas e estanques de busca do objecto), ou **Procura quase Permanente** (quando a criança procura a presença do objecto privilegiado em todas as situações referidas anteriormente e outras).

Quadro 6.21. Prova do Qui quadrado para as variáveis relativas às Situações de Utilização do Objecto; OT/OA

		Grupo 1 n=27		Grupo 2 n=27		χ^2	g.l.	p																																																																																
		Freq.	%	Freq.	%																																																																																			
Procura do objecto aquando do adormecimento	Sim	26	96,3	27	100	1,019	1	0.313																																																																																
	Não	1	3,7	0	0				Procura do objecto face ao afastamento dos pais	Sim	11	40,7	0	0	13,814	1	0.000	Não	16	59,3	27	100	Situações de ansiedade/ irritação	Sim	9	33,3	1	3,7	7,855	1	0.005	Não	18	66,7	26	96,3	Procura do objecto aquando da ida para a creche	Sim	12	44,4	0	0	15,429	1	0.000	Não	15	55,5	27	100	Procura do objecto em situação de doença	Sim	10	37	0	0	12,273	1	0.000	Não	17	63	27	100	Necessidade do objecto sem razão específica	Sim	14	51,8	1	3,7	15,600	1	0.000	Não	13	48,2	26	96,3	Procura quase permanente	Sim	14	51,8	1	3,7	15,600	1	0.000	Não
Procura do objecto face ao afastamento dos pais	Sim	11	40,7	0	0	13,814	1	0.000																																																																																
	Não	16	59,3	27	100				Situações de ansiedade/ irritação	Sim	9	33,3	1	3,7	7,855	1	0.005	Não	18	66,7	26	96,3	Procura do objecto aquando da ida para a creche	Sim	12	44,4	0	0	15,429	1	0.000	Não	15	55,5	27	100	Procura do objecto em situação de doença	Sim	10	37	0	0	12,273	1	0.000	Não	17	63	27	100	Necessidade do objecto sem razão específica	Sim	14	51,8	1	3,7	15,600	1	0.000	Não	13	48,2	26	96,3	Procura quase permanente	Sim	14	51,8	1	3,7	15,600	1	0.000	Não	13	48,2	26	96,3										
Situações de ansiedade/ irritação	Sim	9	33,3	1	3,7	7,855	1	0.005																																																																																
	Não	18	66,7	26	96,3				Procura do objecto aquando da ida para a creche	Sim	12	44,4	0	0	15,429	1	0.000	Não	15	55,5	27	100	Procura do objecto em situação de doença	Sim	10	37	0	0	12,273	1	0.000	Não	17	63	27	100	Necessidade do objecto sem razão específica	Sim	14	51,8	1	3,7	15,600	1	0.000	Não	13	48,2	26	96,3	Procura quase permanente	Sim	14	51,8	1	3,7	15,600	1	0.000	Não	13	48,2	26	96,3																								
Procura do objecto aquando da ida para a creche	Sim	12	44,4	0	0	15,429	1	0.000																																																																																
	Não	15	55,5	27	100				Procura do objecto em situação de doença	Sim	10	37	0	0	12,273	1	0.000	Não	17	63	27	100	Necessidade do objecto sem razão específica	Sim	14	51,8	1	3,7	15,600	1	0.000	Não	13	48,2	26	96,3	Procura quase permanente	Sim	14	51,8	1	3,7	15,600	1	0.000	Não	13	48,2	26	96,3																																						
Procura do objecto em situação de doença	Sim	10	37	0	0	12,273	1	0.000																																																																																
	Não	17	63	27	100				Necessidade do objecto sem razão específica	Sim	14	51,8	1	3,7	15,600	1	0.000	Não	13	48,2	26	96,3	Procura quase permanente	Sim	14	51,8	1	3,7	15,600	1	0.000	Não	13	48,2	26	96,3																																																				
Necessidade do objecto sem razão específica	Sim	14	51,8	1	3,7	15,600	1	0.000																																																																																
	Não	13	48,2	26	96,3				Procura quase permanente	Sim	14	51,8	1	3,7	15,600	1	0.000	Não	13	48,2	26	96,3																																																																		
Procura quase permanente	Sim	14	51,8	1	3,7	15,600	1	0.000																																																																																
	Não	13	48,2	26	96,3																																																																																			

Da análise do Quadro 6.21 podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da maioria das variáveis apresentadas.

Em situações de **adormecimento**, podemos constatar que ambos os grupos procuram o objecto, pelo que tanto o OT como o OA se revelam poderosos calmantes nesta situação específica. Como seria de esperar, tendo em conta a própria definição dos dois conceitos, não se encontram diferenças nesta variável ($\chi^2(1) = 1,019$; $p < .05$), já que todas as crianças do Grupo 2 solicitam o seu objecto de adormecimento e apenas um sujeito no Grupo 1 não considera imprescindível a proximidade do objecto transicional aquando do adormecimento.

Quanto à necessidade do objecto em situações de **afastamento dos pais**, verificamos que para a totalidade dos sujeitos do Grupo 2 o OA não possui um potencial ansiolítico que ajude a enfrentar a separação das figuras parentais. Embora a maioria das crianças do Grupo 1 não solicite o OT nesta condição (59,3%), existe um número significativo (40,7%) que recorre à sua possessão não-eu como forma de lidar com a separação dos pais.

Como podemos observar, existem diferenças significativas entre os grupos no que se refere à distribuição desta variável ($\chi^2(1) = 13,814$; $p < .001$). Estes resultados vêm de encontro ao formulado na literatura, referente aos dados encontrados por outros autores, embora seja importante salientar a ineficácia do objecto nesta situação, em mais de metade dos casos observados.

O OT revelou-se um calmante nas **situações de ansiedade** ou irritabilidade da criança, em cerca de 33,3% dos sujeitos, embora na sua maioria, não se encontre uma necessidade específica do objecto como forma de enfrentar estes afectos, hipotetizando nós que a presença da mãe será procurada em detrimento do objecto. Quanto ao OA, apenas uma criança o utiliza como auxiliar ansiolítico nestas condições. Mais uma vez os grupos diferiram significativamente ($\chi^2(1) = 7,855$; $p = .005$).

Num momento de entrada na creche, existe uma fase inicial de adaptação que é geralmente difícil para a maioria das crianças. Esta condição poderá ser um dos principais condicionantes do apego a um objecto transicional. Assim, procurámos comparar os dois grupos da nossa amostra no que se refere à necessidade de um objecto tranquilizante que acalme nesta situação específica de separação dos pais. Assim, relativamente à **procura do objecto aquando da ida para a creche**, observamos que existem diferenças estatísticas entre os grupos ($\chi^2(1) = 15,429$; $p < .001$), já que cerca de 44,4% das crianças usa o OT de forma a lidar com esta situação, enquanto que em nenhum dos casos se verificou uma necessidade de OA. Face a estes

dados, reflectimos na importância anteriormente observada que o OA possui nas situações de adormecimento, bem como nas nossas observações num contexto de creche, concluindo que as mães não sentem necessidade de levar para a creche uma fralda de adormecimento, uma vez que estes 'ó-ós' estão disponíveis na instituição.

É ainda importante referir que existem duas crianças no Grupo 1 e uma no Grupo 2 que não frequentam jardim de infância. Estes sujeitos foram aqui incluídos na categoria que define a ausência de procura do objecto aquando da ida para a creche.

Quanto à utilização do OT ou OA como objecto tranquilizante em **situações de doença** ou mal-estar físico, há a referir a existência de uma distribuição diferente nos dois grupos ($\chi^2(1) = 12,273$; $p < .001$). Podemos observar que 37% dos sujeitos procura uma proximidade com o OT, enquanto que nenhuma das crianças do Grupo 2 se sente confortado pelo contacto com o OA. No Grupo 1 existem, no entanto, 63% de sujeitos que não sente qualquer necessidade de contacto com o seu 'urso de peluche', numa situação de indisposição física.

Mais uma vez os resultados nos mostram fortes contrastes no uso dos dois tipos de objecto, evidenciando-se o potencial calmante e pacificador do objecto transicional, num conjunto de situações, por oposição ao efeito sedativo do objecto de adormecimento, circunscrito a um reduzido número de fases da vida da criança.

A distribuição das frequências nas categorias **necessidade do objecto sem razão específica e procura permanente** são exactamente iguais, talvez por as duas situações terem sido entendidas como semelhantes pelas mães. Assim, 51,8% das crianças do Grupo 1 procuram o seu OT sem que se tenha encontrado um motivo ambiental para tal, e gostam também de andar 'quase sempre agarradas ao objecto'; 48,2% das mães destes sujeitos, não assinalam estas condições como relevantes no apego. Esta distribuição difere significativamente daquela encontrada para o Grupo 2 ($\chi^2(1) = 15,600$; $p < .001$), já que só uma mãe descreve estas necessidades na ligação

do seu filho à fralda de pano. Neste caso, o de uma menina de 30 meses, parece haver um apego privilegiado ao 'ó-ó', embora tenhamos analisado a descrição materna que afirma que qualquer pedaço de pano, desde que suave, cumpre uma função securizante.

6.3. Comparação dos Três Grupos da Amostra nas Variáveis de Desenvolvimento

Como vimos, este segundo objectivo do nosso trabalho prende-se com uma comparação dos três grupos de sujeitos (OT, OA e AO) ao nível de um conjunto de variáveis de desenvolvimento, no sentido de encontrar diferenças que possamos futuramente associar aos diferentes tipos de posse de um objecto exterior.

Incluímos uma recolha de informação relativa ao desejo materno de engravidar, que considerámos ser relevante para a compreensão de uma real aceitação do filho. Esta consideração foi por nós avaliada tanto em termos da verbalização materna consciente, como de aspectos eventualmente indicativos de ambivalência e rejeição inconsciente da gravidez.

Assim, apresentaremos de seguida, os resultados relativos ao **Planeamento** e tipo de **Aceitação da Gravidez**, bem como à referência a **Perturbações Somáticas** e **Perturbações Emocionais** durante a Gravidez.

Quadro 6.22. Prova do Qui quadrado para a variável Planeamento da Gravidez

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Gravidez planeada	19	70,4	15	55,6	14	51,9
Gravidez não planeada	8	29,6	12	44,4	13	48,1
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2 (2) = 2,148; p = 0,342$$

A análise do Quadro 6.22 mostra-nos a distribuição da variável Planeamento da Gravidez. Embora não se tenham encontrado diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2 (2) = 2,148$; $p < .05$), gostaríamos de analisar a tendência de distanciamento do Grupo 1 face aos restantes. De facto, verifica-se que cerca de 70% das mães de crianças que possuem OT, planearam a gravidez, valor que desce para 55,6% no Grupo 2 e 51,9% no Grupo 3. Embora não possamos retirar conclusões destes resultados, poderemos constatar que existe uma tendência para um mais frequente planeamento da gravidez nas mães dos sujeitos do grupo com OT.

Quadro 6.23. Prova do Qui quadrado para a variável Aceitação da Gravidez

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Aceitação da Gravidez	25	92,6	22	81,5	20	74
Ambivalência	2	7,4	5	18,5	7	26
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2 (2) = 3,281; p = 0.194$$

O Quadro 6.23 mostra-nos a distribuição da variável Aceitação da Gravidez, nos três grupos. No questionário de recolha de dados, surgia a hipótese relativa a uma não aceitação da gravidez, que por nunca ter sido assinalada, não incluímos na apresentação dos resultados. A categoria 'Ambivalência' foi indicada pelas mães que consideraram ter aceite a gravidez, embora não a esperassem por não julgarem o momento adequado.

Os grupos têm uma distribuição semelhante ($\chi^2 (2) = 3,281$; $p < .05$), já que a maioria das mães refere ter aceite a gravidez. Podemos, no entanto, observar que um número superior de mães de crianças com OT (92,6%) manifestou essa aceitação, seguindo-se as mães de crianças com OA (81,5%). Já no Grupo 3, cerca de 26% das

mães consideram não ter sido a melhor altura para engravidar, salientando-se o não planeamento da gravidez e uma aceitação ambivalente.

Quadro 6.24. Prova do Qui quadrado para a variável Perturbações Somáticas durante a Gravidez

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Enjoos ou indisposições	12	44,5	14	51,8	19	70,4
Inexistência de indisposições	15	55,5	13	48,2	8	29,6
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2 (2) = 3,900; p = 0.142$$

De um modo geral vemos que a distribuição da variável Perturbações Somáticas durante a gravidez não revela diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($\chi^2 (2) = 3,900; p < .05$).

Mais mães do Grupo 3 referem ter sentido enjoos ou indisposições somáticas durante a gravidez (70,4%), face às mães de crianças que possuem OT, cuja maioria se sentiu bem ao longo dos nove meses (55,5%). No Grupo 2 as respostas dividem-se quase equitativamente pelas duas categorias.

Quadro 6.25. Prova do Qui quadrado para a variável Perturbações Emocionais durante a Gravidez

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Instabilidade emocional	14	51,8	13	48,2	11	40,7
Estabilidade Emocional	13	48,2	14	51,8	16	59,3
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2 (2) = 0,694; p = 0.707$$

A análise do Quadro 6.25 permite-nos observar que a maioria das mães do Grupo 1 refere ter-se sentido instável emocionalmente durante a gravidez (51,8%), ao contrário dos restantes grupos, nos quais maioritariamente não é assinalada esta categoria. Assim, 51,8% das mães de crianças que usam OA não sentiram uma instabilidade emocional ao longo da gestação, bem como 59,3% das mães dos sujeitos que não possuem qualquer apego específico a um objecto exterior. Os grupos não diferem significativamente entre si ($\chi^2 (2) = 0,694$; $p < .05$).

Diversos estudos têm referido alterações de humor nos processos gestacionais normais, pelo que estes resultados do Grupo 1 nos parecem adequados a uma vivência saudável da gravidez. Uma posterior comparação desta variável com os dados relativos ao Humor pós-parto poderá ser útil na compreensão dos estados afectivos relacionados com a maternidade, nestas mulheres.

Outros aspectos que nos pareceram importantes na compreensão da forma como as mães dos sujeitos vivenciaram o processo gravídico, reportam-se à existência de **Perturbações Sócio-familiares** durante a gravidez e à forma como correu todo o **Decurso da gravidez** em termos de uma avaliação geral efectuada pela mãe.

Quadro 6.26. Prova do Qui quadrado para a variável Perturbações Sócio-familiares durante a Gravidez

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Sem alterações	14	51,8	17	63	16	59,3
Problemas de saúde	5	18,5	5	18,5	2	7,4
Doença ou morte na família	4	14,9	1	3,7	1	3,7
Mudança de casa ou emprego	3	11,1	1	3,7	5	18,5
Conflitos conjugais ou separação	1	3,7	3	11,1	3	11,1
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2 (8) = 8,607; p = 0.376$$

O Quadro 6.26 mostra-nos que não existem diferenças significativas entre os três grupos, no que se refere à existência de perturbações sócio-familiares durante o tempo de gravidez ($\chi^2 (8) = 8,607$; $p < 0,05$). Na maioria dos casos não ocorreram quaisquer alterações deste tipo, verificando-se no entanto ligeiras diferenças na distribuição desta variável, no que se refere à vivência de problemas de saúde, já que 18,5% das mães dos Grupos 1 e 2 o assinalam, por oposição a apenas 7,4% das mães do Grupo 3. As mães das crianças que possuem OT também apontam mais casos de doença ou morte de familiares (14,9%) dos que os encontrados nos restantes grupos (3,7%), bem como um número inferior de conflitos conjugais ou separação (apenas um sujeito), face a 11,1% nos Grupos 2 e 3. Quanto à mudança de casa ou emprego, encontramos uma percentagem superior do Grupo 3 (18,5%) relativamente aos restantes.

Ao analisarmos os resultados em termos globais podemos verificar que existe uma ligeira tendência para que as mães do Grupo 1 vivenciem a gravidez como mais problemática em termos sócio-familiares.

Quadro 6.27. Prova do Qui quadrado para a variável Decurso da Gravidez

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Normal	21	77,8	20	74	23	85,2
Com Problemas	6	22,2	7	25,9	4	14,8
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2 (2) = 1,042; p = 0,594$$

Esta variável pretende avaliar como decorreu a gravidez, em termos de uma apreciação global; julgamos poder dar-nos informação sobre a forma como a mãe vivenciou todo o tempo de gravidez.

Constatámos que a maioria das mães considerou que a sua gravidez decorreu de forma normal, não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($\chi^2 (2) = 1,042; p < .05$).

Tendo em conta que os valores aqui encontrados, denotadores de um processo gravídico decorrido sem alterações importantes, é superior ao evidenciado no Quadro 6.26, podemos hipotetizar que as perturbações sócio-familiares ocorridas não parecem ter tido um peso importante na vivência da gravidez.

De seguida apresentamos os resultados relativos ao **Início da Vigilância Médica**, variável apresentada em valor médio de semanas de gravidez em que se iniciou o apoio médico, bem como à **Duração da Gravidez**, apresentada também em número médio de semanas.

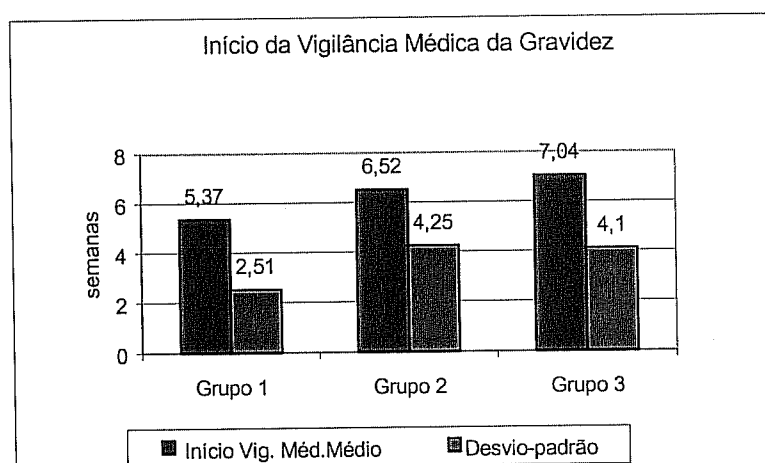


Figura 6.23. Média e desvio-padrão, nos três grupos, para o Início da Vigilância Médica da Gravidez

Quadro 6.28. Prova de Kruskal-Wallis para a variável Início da Vigilância Médica da Gravidez

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Média das Ordens	Média das Ordens	Média das Ordens
Início da Vigilância Médica (semanas)	36,70	41,28	45,02
n	27	27	27

$H(81; 2) = 1,752; p = 0,416$

A Figura 6.23 mostra-nos que, em média, as mães dos sujeitos do Grupo 3 começaram a vigiar medicamente a gravidez mais tarde do que as mães dos restantes grupos, já que só por volta da sétima semana de gravidez procuraram esse apoio. A gravidez dos sujeitos com OT foi vigiada, em média, desde a quinta semana e a das crianças do Grupo 2, desde a sexta semana.

Como podemos observar no Quadro 6.28, os três grupos não se distinguem significativamente no que se refere ao Início da Vigilância Médica durante a gravidez ($H(81; 2) = 1,752; p < .05$).

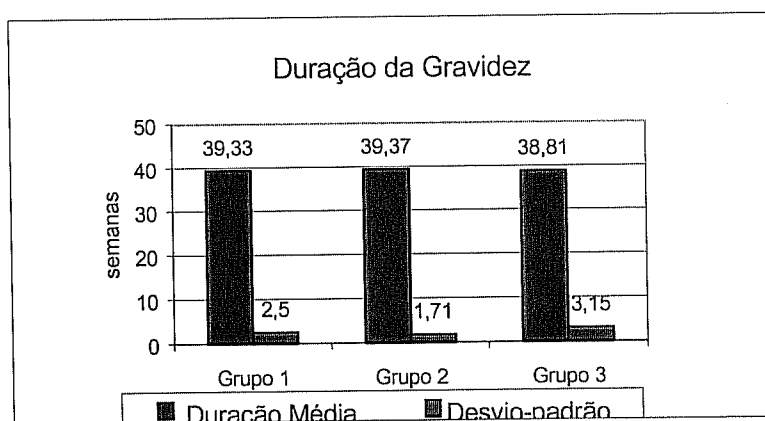


Fig.6.24. Média e desvio-padrão da Duração da Gravidez (semanas), nos três grupos

Quadro 6.29. Prova de Kruskal-Wallis para a Variável Duração da Gravidez

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Média das Ordens	Média das Ordens	Média das Ordens
Duração da Gravidez (semanas)	43,93	40,41	38,67
n	27	27	27

$$H(81; 2) = 0,732; p = 0.693$$

A Figura 6.24 revela-nos que a média para a duração da gravidez é aproximadamente de 39 semanas, para os três grupos, embora se possa verificar um valor ligeiramente inferior no grupo de crianças que não possuem apego a um objecto privilegiado. Estes valores encontram-se dentro do esperado para uma gravidez normal, não existindo indicadores de um número relevante de partos prematuros nos sujeitos que constituem a amostra.

O Quadro 6.29 indica a média das ordens para esta variável, verificando-se que não existem diferenças significativas entre os grupos ($H(81; 2) = 0,732; p < .05$).

De seguida apresentam-se os resultados encontrados em variáveis relacionadas com a existência de fantasias sobre o bebé. Assim, com a variável **Bebé Imaginário**, reportamo-nos à existência de pensamentos sobre o filho antes do seu nascimento, por oposição à incapacidade materna para imaginar a criança. Ainda, apresentamos os resultados relativos à **Preferência de Género** do bebé, evidenciada pelas mães. À posteriori, estes resultados pareceram-nos pouco relevantes uma vez que só seriam interpretáveis se inter-relacionados com o género real da criança. Criámos então uma nova variável que mede a **Sintonia entre o Género real e o desejado**.

Quadro 6.30. Prova do Qui quadrado para a variável Existência de Bebê Imaginário

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Fantasia sobre o bebê	24	88,9	25	92,6	23	85,2%
Não pensava sobre o bebê	3	11,1	2	7,4	4	14,8
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2 (2) = 0,750; p = 0,687$$

Podemos concluir da análise do Quadro 6.30 que a maioria das mães dos três grupos de crianças refere ter pensado e imaginado o bebê, durante a gravidez. No entanto, existem 14,8% no Grupo 3 e 11,1% no Grupo 1 que afirmam não desejar pensar no filho até ao parto. Podemos interpretar este tipo de resposta como uma verbalização de uma crença supersticiosa de tipo "não quero pensar, porque pode acontecer algo de mal", ou como uma incapacidade e falta de vontade para imaginar o bebê; pensamos que em ambos os casos poderá eventualmente estar latente uma rejeição inconsciente da criança.

A distribuição desta variável é semelhante nos três grupos ($\chi^2 (2) = 0,750$; $p < .05$).

Quadro 6.31. Prova do Qui quadrado para a variável Preferência Materna de Género

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Masculino	9	33,3	4	14,8	6	22,3
Feminino	5	18,5	12	44,4	9	33,3
Indiferença	13	48,2	11	40,8	12	44,4
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2 (4) = 5,013; p = 0,286$$

Embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas ($\chi^2(4) = 5,013$; $p < .05$), podemos observar no Quadro 6.31, que a maioria das mães do Grupo 1 refere não ter tido qualquer preferência quanto ao sexo do bebé (48,2%), seguindo-se as que afirmam ter preferido um menino (33,3%). No Grupo 3, esta distribuição altera-se um pouco já que a segunda categoria com maior peso incide na preferência pelo género feminino (33,3%).

No grupo de crianças com OA a maioria das mães diz ter preferido também uma menina (44,4%), seguindo-se então as que referem ter-lhe sido indiferente o género do bebé (40,8%). Não negligenciando o facto de este grupo ser maioritariamente composto por sujeitos do sexo feminino, hipotetizamos que de um modo geral poderá haver uma tendência para que as mães respondam de acordo com o género real da criança. Assim, apresentamos também os resultados relativos à sintonia entre o desejado e o real.

Quadro 6.32. Prova do Qui quadrado para a variável Sintonia entre o Género desejado e o real

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Género desejado sintónico	8	29,6	11	40,7	8	29,6
Género desejado disintónico	6	22,3	5	18,6	7	25,9
Indiferença	13	48,1	11	40,7	12	44,5
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2(4) = 1,167; p = 0,884$$

Tal como seria de esperar, também nesta variável existe uma distribuição semelhante nos três grupos de sujeitos ($\chi^2(4) = 1,167$; $p < .05$).

A análise do Quadro 6.32 mostra-nos que na maioria dos casos, existe uma indiferença relativamente ao género do bebé. No entanto, o Grupo 2 apresenta igual percentagem nesta categoria e na que refere uma sintonia entre o género desejado e o

real (40,7%), o que vai de encontro ao referido anteriormente para a análise do Quadro 6.31. Nos restantes grupos não observamos uma superioridade relevante da categoria Género Desejado Sintónico (29,6%) relativamente à que evidencia uma disintonia entre os géneros. Estes resultados podem evidenciar uma maior satisfação com o sexo da criança nas mães das crianças com OA, ou por outro lado, uma maior necessidade de frisar essa concordância, logo uma negação da preferência por um género diferente.

No que concerne à caracterização das variáveis relacionadas com o nascimento da criança, incluímos no nosso estudo o levantamento dos dados relativos ao **Tipo de Parto, Indução** ou parto natural e tempo de **Duração do Parto**, que passaremos a apresentar.

Quadro 6.33. Prova do Qui quadrado para a variável Tipo de Parto

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Eutócico	15	55,6	16	59,2	16	59,2
Forceps/Ventosa	4	14,8	4	14,8	3	11,2
Cesariana	8	29,6	7	26	8	29,6
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2 (4)=3,11; p= 0.989$$

Nos três grupos, a maioria dos sujeitos nasceu de parto eutócico, seguindo-se o parto por cesariana. Não existem diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2 (4)=3,11; p<.05$), sendo a distribuição da variável muito semelhante entre eles.

Quadro 6.34. Prova do Qui quadrado para a variável Indução do Parto

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Parto Induzido	11	40,7	10	37	10	37
Não Indução	16	59,3	17	63	17	63
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2(2)=0,105; p=0.949$$

Também nesta variável se encontrou uma distribuição semelhante nos três grupos ($\chi^2(2)=0,105; p<.05$). A análise do Quadro 6.34 mostra-nos que a maioria dos sujeitos nasceram de forma espontânea, não tendo existido uma indução do parto. No entanto, existe um número relevante de mães que referem o nascimento dos filhos por parto induzido, nomeadamente 40,7% no Grupo 1 e 37% nos restantes grupos.

Quadro 6.35. Prova do Qui quadrado para a variável Duração do Parto

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Normal	12	44,4	13	48,2	12	44,4
Rápido	9	33,3	10	37	10	37
Demorado	6	22,3	4	14,8	5	18,6
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2(4)=0,523; p=0.971$$

O Quadro 6.35 mostra-nos as várias categorias que definem a forma como as mães sentiram a duração do parto. Não quisemos considerar esta variável em termos quantitativos, já que o que pretendemos é considerar a vivência materna da situação e não uma descrição rigorosa do tempo de duração do parto.

Como podemos observar, a maioria das mães dos três grupos de crianças recordam partos normais ou rápidos. O Grupo 2 difere ligeiramente dos restantes, apresentando uma percentagem inferior no que se refere à existência de partos demorados (14,8%), bem como uma maior alusão a partos com tempo normal de duração (48,2%). No entanto, estas diferenças são muito reduzidas, não contendo significado estatístico ($\chi^2(4)=0,523$; $p<.05$).

Finalizando a apresentação do conjunto de variáveis relativas à vivência materna e características do parto, procurámos comparar os três grupos no que se refere ao **Humor pós-parto** da mãe.

Quadro 6.36. Prova do Qui quadrado para a variável Humor Pós-Parto

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Instabilidade de Humor	9	33,3	7	25,9	7	25,9
Depressão/Tristeza	3	11,2	7	25,9	6	22,3
Bem-estar/ Estabilidade	15	55,5	13	48,2	14	51,8
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2(4)=2,116; p= 0.714$$

Podemos concluir da observação do Quadro 6.36, que a maioria das mães de cada grupo refere ter-se sentido emocionalmente bem, salientando uma estabilidade de humor no período pós-parto. Embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas ($\chi^2(4)=2,116$; $p<.05$) podemos salientar a existência de uma tendência das mães de crianças com OT para referir com menor frequência a existência recorrente de sentimentos de tristeza ou depressão (11,2%), face às mães dos sujeitos com OA (25,9%) e às mães de crianças sem objecto de apego privilegiado (22,3%). Por outro lado, observa-se que estas mães (G1) sentiram, em maior número,

instabilidade emocional no período a seguir ao nascimento do bebé (33,3%), quando comparadas com as mães das crianças dos restantes grupos (25,9%).

Lembramos que 51,8% das mães do Grupo 1 tinham referido a vivência de uma instabilidade emocional durante a gravidez, bem como cerca de 48% das mães das crianças com OA e 40,7% das mães do Grupo 3. Estes valores são bastante superiores aos correspondentes à instabilidade emocional após o nascimento do filho, embora possam aproximar-se se incluirmos a categoria que apela para sentimentos depressivos recorrentes, resultando assim num valor próximo de metade dos casos, para os três grupos.

Apresentamos de seguida, todas as variáveis por nós utilizadas no estudo de diversos aspectos importantes relacionados com a alimentação na primeira infância. Assim, no que concerne à amamentação ao seio materno, factor fulcral na relação precoce saudável, investigámos a existência ou não de **Amamentação**, o **Tempo** durante o qual a criança foi amamentada, a **Frequência das Mamadas**, a **Reacção do bebé** à amamentação, bem como a **Atitude Materna**. Finalmente procurámos comparar os diversos motivos que conduziram à **Interrupção da Amamentação** ao seio materno e a forma como decorreu a **Adaptação à Alimentação Artificial**.

Quadro 6.37. Prova do Qui quadrado para a variável Amamentação

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Amamentação	24	88,9	22	81,5	25	92,6
Alimentação Artificial	3	11,1	5	18,5	2	7,4
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2 (2) = 1,597; p = 0.450$$

O Quadro 6.37 revela-nos que a variável Amamentação não tem um peso significativo na discriminação dos grupos ($\chi^2(2) = 1,597$; $p < .05$) já que a maioria dos sujeitos foi amamentado ao seio materno, embora por diferentes períodos de tempo. Gostaríamos de salientar, no entanto, que 92,6% das crianças que não possuem qualquer apego a um objecto exterior foram amamentadas, valor que desce para 88,9% no grupo com OT e para 81,5% nas crianças com OA.

Parece-nos importante referir que considerámos a existência de amamentação ao seio sempre que as mães o assinalaram no questionário, mesmo em casos de apenas ter ocorrido num período muito limitado de vida da criança.

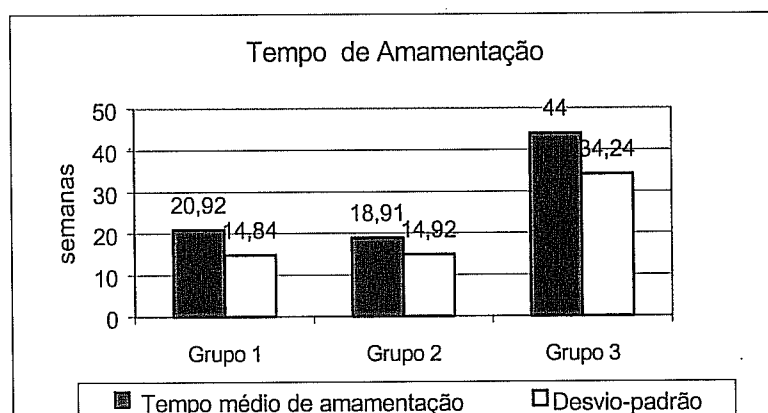


Fig.6.25. Média e desvio-padrão do Tempo de Amamentação, nos três grupos

Quadro 6.38. Prova de Kruskal-Wallis para a variável Tempo de Amamentação

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Média das Ordens	Média das Ordens	Média das Ordens
Tempo de Amamentação (semanas)	31,31	28,16	47,40
n	24	22	25

$H(71; 2) = 12,154$; $p = 0.002$

A Figura 6.25 mostra-nos o tempo médio de amamentação ao seio materno, nos três grupos de sujeitos. Assim podemos verificar que as crianças que não possuem apego específico a um objecto, foram amamentadas ao seio até uma idade mais avançada do que os sujeitos dos restantes grupos. O Quadro 6.38 evidencia a média das ordens para esta variável, que denota a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o Grupo 3 e os restantes ($H(71; 2) = 12,154; p < .005$).

De facto, observamos que as crianças que possuem OT foram amamentadas até por volta das 20 semanas (sensivelmente cinco meses de idade) e as que têm OA mamaram durante cerca de 18 semanas (o que ronda os quatro meses e meio). As crianças do Grupo 3, por outro lado, mamaram ao seio materno até às 44 semanas de vida, o que equivale aproximadamente a dez meses de idade, salientando-se alguns casos de sujeitos que ainda mamavam na altura do preenchimento dos questionários.

Esta variável tem um peso muito significativo na discriminação dos grupos e na compreensão dos vários tipos de ligação a objectos privilegiados, uma vez ser um forte indicador da manutenção de uma proximidade na relação afectuosa mãe-filho.

Quadro 6.39. Prova do Qui quadrado para a variável Frequência da Amamentação

	Grupo 1 (n=24)		Grupo 2 (n=22)		Grupo 3 (n=25)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Com intervalos regulares	16	66,6	12	54,5	10	40
Constantemente	2	8,4	3	13,6	3	12
Variável/sempe que procurava o seio	6	25	7	31,9	12	48
Total	24	100	22	100	25	100

$$\chi^2(4) = 3,882; p = 0.422$$

Podemos observar no Quadro 6.39 que, embora as diferenças não tenham peso estatístico ($\chi^2(4) = 3,882; p < .05$) que permita afirmar uma distribuição contrastante da

variável, se salientam tendências que nos permitem levantar hipóteses compreensivas importantes para os nossos objectivos iniciais.

Assim, constatamos que a maioria das crianças com OT (66,6%) e com OA (54,5%) possuíam, aquando da amamentação ao seio materno, uma rotina de mamada, marcada essencialmente por uma oferta do seio feita pela mãe, segundo um horário rígido, previamente definido. Nestes grupos, é bastante inferior o número de bebés que era amamentando sempre que o solicitava, sem obrigatoriedade de uma hora marcada para mamar. Também em ambos os grupos verificamos que a categoria com menor peso percentual se refere à existência de uma insaciedade conducente a uma necessidade constante de mamar.

Pensamos que o Grupo 3 anuncia uma distribuição ligeiramente diferente dos restantes, uma vez que apresenta uma quase maioria (48%) de crianças que eram amamentadas sempre que o solicitavam, o que revela uma capacidade materna de adaptação às necessidades do bebé. Cerca de 40% dos sujeitos deste grupo eram amamentados com intervalos regulares e só três crianças manifestam uma necessidade permanente de mamar.

Pensamos que estes resultados no grupo de crianças que não possuem qualquer objecto deverão ser interpretados tendo em conta que estes sujeitos foram amamentados até mais tarde dos que os restantes, o que implica um maior desenvolvimento físico e emocional, bem como a introdução da alimentação artificial complementar, aspectos que eventualmente possibilitam à mãe um abandono do esquema rígido de amamentação, aconselhado nos primeiros meses de vida.

Quadro 6.40. Prova do Qui quadrado para a variável Reacção do Bebê ao Mamar

	Grupo 1 (n=24)		Grupo 2 (n=22)		Grupo 3 (n=25)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Insaciedade	4	16,6	4	18,2	7	28
Tranquilidade/ Satisfação	19	79,3	16	72,7	17	68
Recusa/ Rejeição	1	4,1	2	9,1	1	4
Total	24	100	22	100	25	100

$$\chi^2 (4) = 1,762; p = 0.779$$

Quanto à reacção evidenciada pelo bebé à mamada, podemos observar no Quadro 6.40 que a maioria dos lactentes dos três grupos ficava tranquilo ou satisfeito após a mamada, seguindo-se, também para todos os sujeitos, a categoria que revela uma insaciedade e insatisfação face à amamentação. Finalmente só uma criança nos Grupos 1 e 3 e duas do Grupo 2 manifestavam uma rejeição evidente do seio e uma recusa da amamentação.

Embora a distribuição desta variável seja semelhante para os três grupos ($\chi^2 (4) = 1,762; p < .05$), gostaríamos de salientar que existe um número superior (28%) de crianças que não possuem um apego privilegiado, face às restantes, a sentir-se insatisfeito com a amamentação e conseqüentemente um número inferior a evidenciar tranquilidade e satisfação após a mamada (68%).

Podemos comparar estes resultados com os evidenciados pelo Quadro 6.39, que apontam para que apenas três crianças no Grupo 3 evidenciem uma procura constante do seio, comportamento interpretável como fruto de uma insuficiência do leite materno, conducente a uma insatisfação da criança. No entanto, existem sete crianças no mesmo grupo, cujas mães afirmam terem ficado insatisfeitas com a amamentação, o que salienta a existência de comportamentos alternativos à solicitação constante.

Quadro 6.41. Prova do Qui quadrado para a variável Atitude Materna face à Amamentação

	Grupo 1 (n=24)		Grupo 2 (n=22)		Grupo 3 (n=25)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Prazer/Satisfação	17	70,8	9	41	17	68
Frustração/Dor	7	29,1	13	59	8	32
Total	24	100	22	100	25	100

$$\chi^2 (2) = 5,197; p = 0.074$$

No que se refere à atitude materna face à amamentação, podemos constatar, através da análise do Quadro 6.41, que a maioria das mães das crianças com OT (70,8%) referem ter sentido prazer e satisfação enquanto amamentavam os seus filhos, bem como 68% das mães de crianças que não evidenciam ligação a um objecto específico. Ao contrário, grande percentagem das mães de sujeitos com OA (59%) afirmam ter sentido frustração ou dor, sempre que amamentavam o bebé. Podemos constatar que este valor é claramente superior ao número de crianças deste grupo que ficavam insaciadas ou recusavam o peito (seis sujeitos), o que levanta a hipótese de que muitas destas mães não se sentiam gratificadas ao amamentar, mesmo em situações de satisfação do bebé.

As diferenças não são significativas estatisticamente ($\chi^2 (2) = 5,197; p < .05$).

Quadro 6.42. Prova do Qui quadrado para a variável Motivo da Interrupção da Amamentação

	Grupo 1 (n=24)		Grupo 2 (n=21)		Grupo 3 (n=24)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Leite fraco/Insuficiente	14	58,3	10	47,6	8	33,4
Conselho médico/ Problemas de saúde	4	14,7	2	9,5	9	37,5
Iniciativa própria/ Necessidade materna	3	12,5	7	33,4	5	20,8
Rejeição por parte do bebé	3	12,5	2	9,5	2	8,3
Total	24	100	21	100	24	100

$$\chi^2 (6) = 8,562; p = 0.200$$

Relativamente ao motivo indicado pelas mães como causador do término da amamentação, podemos observar que a categoria com maior peso nos Grupos 1 e 2 aponta para o facto de o leite materno ser fraco, tornando-se insuficiente para uma adequada nutrição do bebé. No Grupo 1 as outras categorias apresentam percentagens semelhantes, distribuindo-se as restantes mães de forma equitativa por todas elas.

As mães das crianças com OA apontam em segundo lugar (33,4%) o facto de se ter tratado de vontade própria, assinalada muitas vezes como decorrente da impossibilidade de amamentar imposta pelas suas actividades profissionais.

Quanto ao Grupo 3, podemos constatar que 37,5% das mães diz ter deixado de amamentar o bebé por conselho médico, seguindo-se 33,4% que assinalam terem constatado que o leite era claramente insuficiente. Ainda 20,8% mencionaram que o ter que recomeçar a trabalhar comprometeu a continuação da amamentação dos filhos.

Ao analisar o Quadro 6.42 podemos examinar que o número de sujeitos por grupo é inferior nesta variável, relativamente às anteriormente apresentadas, facto que se explica já que uma criança do Grupo 2 e uma do Grupo 3 estão ainda a ser amamentadas ao seio materno.

A variável apresenta uma distribuição semelhante, em termos estatísticos, para os três grupos ($\chi^2(6) = 8,562$; $p < .05$).

Quadro 6.43. Prova do Qui quadrado para a variável Adaptação à Alimentação Artificial

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Aceitação/ Boa Adaptação	26	96,3	25	92,6	23	85,2
Rejeição/ Dificuldades de Adaptação	1	3,7	2	7,4	4	14,8
Total	27	100	27	100	27	100

$\chi^2(2) = 2,189$; $p = 0.335$

No que se refere ao tipo de adaptação à alimentação artificial, incluímos todos os sujeitos que compõem a amostra, quer ainda mamem no seio materno ou não.

A análise do Quadro 6.43 mostra-nos que a maioria das crianças tiveram uma boa adaptação ao biberon ou à colher, independentemente do tipo de objecto de apego. Esta variável apresenta uma distribuição semelhante nos vários grupos ($\chi^2(2) = 2,189$; $p < .05$), embora se evidencie que um número superior de sujeitos do Grupo 3 manifestou uma rejeição inicial à alimentação artificial (14,8%). Esta reacção poderá ser consequência de uma imaturidade do bebé, logo, da introdução prematura deste tipo de alimentação.

A finalizar a comparação do tipo de alimentação na infância precoce dos sujeitos da nossa amostra, quisemos incluir aspectos relativos à existência de perturbações psicossomáticas nessa fase do desenvolvimento, nomeadamente a possibilidade de padecimento de **Cólicas** idiopáticas do primeiro trimestre e de **Quadros Alérgicos**.

Quadro 6.44. Prova do Qui quadrado para a variável Existência de Cólicas

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Cólicas	20	74	16	59,2	15	55,5
Ausência de Cólicas	7	25,9	11	40,7	12	44,4
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2(2) = 2,926; p = 0.231$$

Da análise do Quadro 6.44, podemos constatar que a maioria das crianças, em todos os grupos passou por um período de cólicas na infância precoce. Assim, não existem diferenças estatisticamente significativas por tipo de apego a um objecto (χ^2

(2)= 2,926; $p < .05$), apesar de encontrarmos um número bastante superior de sujeitos no Grupo 1 a evidenciar este padecimento (74%), relativamente às crianças com OA (59,2%) e às crianças sem ligação privilegiada a um objecto (55,5%).

De seguida, apresentamos a idade aproximada da criança aquando do período de cólicas, no sentido de comparar os sujeitos e caracterizar este sintoma de forma descritiva, que nos permitirá enquadrar este sofrimento psicossomático, em termos de desenvolvimento.

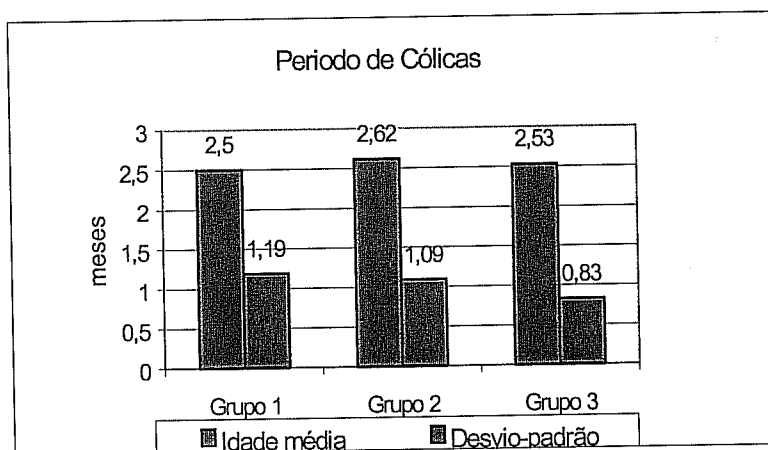


Fig. 6.26. Idade média desvio-padrão do Período de Cólicas, nos três grupos

Quadro 6.45. Prova de Kruskal-Wallis para a Variável Período de Cólicas

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Média das Ordens	Média das Ordens	Média das Ordens
Período de Cólicas (meses)	25,20	27,19	25,80
n	20	16	15

$H(51; 2) = 0,178; p = 0,915$

A Figura 6.26 mostra-nos que a idade média de padecimento das cólicas ronda os dois meses e meio de idade da criança, o que situa esta complicação psicossomática no primeiro trimestre de vida da criança.

Podemos constatar no Quadro 6.45 que este pico do surgimento da cólica idiopática é igual nos três grupos de crianças ($H(51; 2) = 0,178; p < .05$), pelo que corresponderá à patologia conhecida e descrita na literatura. Pensamos ser importante reflectir na frequência com que este distúrbio surgiu na nossa amostra global, hipotetizando a sua forte prevalência na população normal.

Quadro 6.46. Prova do Qui quadrado para a variável Existência de Alergias

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Alergias	1	3,7	3	11,1	3	11,1
Ausência de Alergias	26	96,3	24	88,9	24	88,9
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2(2) = 1,251; p = 0.535$$

No que se refere ao padecimento de patologia alergológica na infância precoce, constatamos a partir da análise do Quadro 6.46, que só um número muito restrito de sujeitos manifestou este tipo de perturbação.

Assim, 96,3% das crianças com OT e 88,9% dos sujeitos dos restantes grupos não apresentaram quaisquer distúrbios do foro alergológico.

Estes resultados apontam a fraca prevalência destes distúrbios na população normal, por oposição à cólica idiopática, muito mais frequente, como foi visto.

Antes de procedermos à comparação dos três grupos nas variáveis relativas à frequência de estabelecimento de infância, iremos passar à caracterização de diversas variáveis que nos permitirão comparar os processos de sono e adormecimentos nestas crianças. Assim, começaremos por apresentar os resultados relativos ao tipo de **Sono Actual** bem como à **Evolução do Sono**, isto é, à mudança de rotinas precoces de

adormecimento e sono para outros comportamentos actuais. A contextualização em termos de faixa etária do surgimento de **Pesadelos** ou outras perturbações do sono e as **Formas de Adormecimento** adoptadas pela criança, terminarão esta apresentação.

Quadro 6.47. Prova do Qui quadrado para a variável Sono Actual

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Agitado	14	51,8	10	37	14	51,8
Calmo	13	48,2	17	63	13	48,2
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2 (2) = 1,586; p = 0.452$$

O Quadro 6.47 mostra-nos as frequências e percentagens de sujeitos nos três grupos que apresentam actualmente um sono calmo ou agitado. Podemos observar que, embora sem peso estatístico ($\chi^2 (2) = 1,586; p < .05$), o Grupo 2 se afasta dos restantes, já que mais de metade dos sujeitos (63%) apresenta um sono calmo, enquanto que 51,8% das crianças com OT e AO têm agitação durante o sono.

Quadro 6.48. Prova do Qui quadrado para a variável Evolução do Sono

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Já foi agitado, mas actualmente calmo	3	11,2	6	22,2	0	0
Sempre foi calmo, mas actualmente agitado	6	22,2	8	29,6	9	33,4
Sempre foi calmo	10	37	12	44,4	12	44,4
Sempre foi agitado	8	29,6	1	3,8	6	22,2
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2 (6) = 12,044; p = 0.061$$

No que concerne à evolução do sono ao longo do crescimento da criança, podemos ver no Quadro 6.48 que a maioria das mães dos três grupos refere que o sono dos filhos sempre foi calmo. Gostaríamos de salientar um valor que nos parece interessante e que revela que 29,6% das crianças com OT tem e sempre teve um sono agitado; ainda, vemos que 22,2% dos sujeitos apresenta também um sono agitado, embora tenha sido calmo em idades mais precoces. Neste sentido, julgamos que, embora o objecto transicional seja um tranquilizante importante na hora do adormecimento, a sua presença não implica uma estabilidade ao longo de todo o sono.

Como vimos, a maioria das crianças do Grupo 3 apresenta um sono agitado actualmente. A análise do Quadro 6.48 permite-nos completar esta informação, acrescentando que 33,4% dos sujeitos apresentam actualmente agitação durante o sono, embora sempre tenham tido um sono calmo nas etapas anteriores do desenvolvimento emocional.

Também no grupo com OA a segunda categoria com maior peso (29,6%) aponta a existência de uma agitação actual, que evolui a partir de um sono sempre calmo; seguem-se 22,2% dos sujeitos que percorreram o sentido inverso.

Apesar de podermos salientar uma distribuição contrastante desta variável entre os três grupos, o cálculo do qui-quadrado revela um valor sem significância estatística ($\chi^2(6) = 12,044$; $p < .05$).

Quando as mães dos sujeitos salientaram a existência de fases de sono agitado, assinalaram também a observação de pesadelos nos seus filhos. Assim, seis mães do Grupo 1 referiram a existência de pesadelos; nove do Grupo 2; e duas do Grupo 3.

De seguida, apresentamos a idade aproximada destas crianças aquando do surgimento dos pesadelos, com o objectivo de procurar eventuais contrastes entre os grupos, no que se refere a esta perturbação do sono.

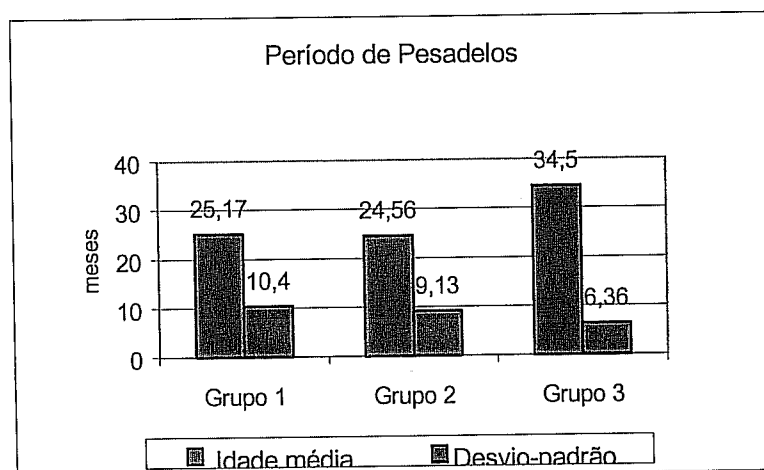


Fig. 6.27. Idade média e desvio-padrão do Período de Pesadelos, nos três grupos

Quadro 6.49. Prova de Kruskal-Wallis para a variável Período de Pesadelos

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Média das Ordens	Média das Ordens	Média das Ordens
Período de Pesadelos (meses)	8,58	8,28	13,50
n	6	9	2

$$H(17; 2) = 1,949; p = 0,377$$

A Figura 6.27 destaca uma tendência do Grupo 3 para apresentar pesadelos mais tarde do que as crianças dos outros grupos. De facto os dois sujeitos sem objecto apresentaram pesadelos, em média, por volta dos 34 meses, enquanto que a idade média das crianças com OT é de 25 meses e daquelas com OA, ronda os 24 meses, isto é, os dois anos de vida.

O Quadro 6.49 revela a média das ordens para esta variável, evidenciando a superioridade de valores do Grupo 3 relativamente aos restantes, embora sem peso estatístico que permita a discriminação dos grupos ($H(17; 2) = 1,949; p < .05$).

No Quadro 6.50 são apresentados os resultados relativos aos vários comportamentos das crianças, aquando do adormecimento.

Quadro 6.50. Prova do Qui quadrado para a variável Formas de Adormecimento

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Companhia da mãe	10	37	13	48,1	17	63
Movimentos corporais/ acaricia um tecido (fenómenos transicionais)	10	37	6	22,3	4	14,7
Adormece sozinho (sem fenómenos transicionais)	7	26	8	29,6	6	22,3
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2(4) = 1,189; p = 0.880$$

A análise destes resultados permite-nos retirar algumas observações importantes, embora aponte a existência de uma distribuição da variável estatisticamente semelhante para os três grupos ($\chi^2(4) = 1,189; p < .05$). Aquando da recolha dos dados do nosso estudo, tínhamos incluído uma categoria relativa à necessidade de um objecto para adormecer, que foi retirada, já que as mães não a assinalavam, apenas dando essa informação (que também constava da recolha ligada às situações em que os vários objectos são usados pela criança) quando lhes era questionado directamente se a criança solicitava o objecto na situação de adormecimento.

No Grupo 1, 37% dos sujeitos precisa da companhia da mãe para adormecer, enquanto que 37% adormece sozinho embora utilize um conjunto de fenómenos transicionais, tranquilizantes, que permitem o lidar com a situação de adormecimento. Neste grupo, 26% dos sujeitos adormece sozinho, embora possa ter o objecto transicional junto de si.

No Grupo 2, a maioria das crianças solicita a presença materna na situação de adormecimento (48,1%), sendo que apenas 22,2% acariciam um tecido ou manifestam

outros fenómenos transicionais. Este aspecto parece indicar-nos que os OA não são apenas parte destes fenómenos, acalmando na maioria dos casos, também pela sua presença.

Finalmente no Grupo 3 salientamos que 63% das crianças não adormece sem a presença da mãe, facto que poderá derivar de se tratar de crianças mais novas do que as restantes.

Apresentaremos de seguida os resultados indicadores do **Local onde a criança dorme**, variável que poderá dar alguma informação adicional para a compreensão dos resultados encontrados nas formas adoptadas para o adormecimento. Nos casos em que as crianças já não dormem no quarto dos pais, apresentaremos também a **Idade média de Mudança de Quarto**, bem como os tipos de **Adaptação ao Quarto Próprio**.

Quadro 6.51. Prova do Qui quadrado para a variável Local onde a Criança Dorme

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Quarto individual	12	44,4	10	37	4	14,8
Quarto com os irmãos	10	37	4	14,8	7	25,9
Quarto dos pais/ em cama própria	5	18,6	11	40,8	10	37
Cama dos pais	0	0	2	7,4	6	22,3
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2 (6) = 15,956; p = 0.014$$

Mais uma vez encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($\chi^2 (6) = 15,956; p < .05$), agora no que se refere à distribuição da variável 'local onde dorme a criança'.

Podemos constatar da análise do Quadro 6.51 que, no Grupo 1, a grande maioria dos sujeitos (81,4%) se distribui pelas categorias que indicam que já dorme em quarto individual (44,4%) ou partilha um quarto próprio com os irmãos (37%), pelo que apenas cinco crianças dormem ainda no quarto dos pais (18,6%).

No Grupo 2, também uma maioria de crianças (51,8%) já não dorme no quarto dos pais, sendo que cerca de 15% partilham o quarto com os irmãos e 37% dormem sozinhas.

No Grupo 3 esta tendência inverte-se, já que 59,3% das crianças ainda não dorme em quarto próprio e 22,3% partilham quotidianamente a cama com os pais. Neste grupo só 14,8% das crianças dormem sozinhas e 25,9% partilham o quarto com os irmãos.

Salientamos o facto de que nenhuma criança que possui objecto transicional partilha a cama com os pais, aspecto que nos parece importante discutir como factor conducente à ligação ao objecto.

Estes resultados indicam-nos que existe uma relação entre a variável que descreve o local onde a criança dorme actualmente e o apego a um OT, OA ou ausência de ligação a um objecto privilegiado. Neste sentido, o facto de as crianças do Grupo 3 serem significativamente mais novas do que as dos restantes grupos, poderá ter um peso relevante na compreensão da distribuição desta variável.

Por forma a analisar de modo mais preciso a relação entre a idade dos sujeitos e o local onde dormem, procurámos comparar a idade de mudança para quarto individual entre os 22 sujeitos do Grupo 1, os 14 do Grupo 2 e os 11 sujeitos do Grupo 3, que já não dormem no quarto dos pais.

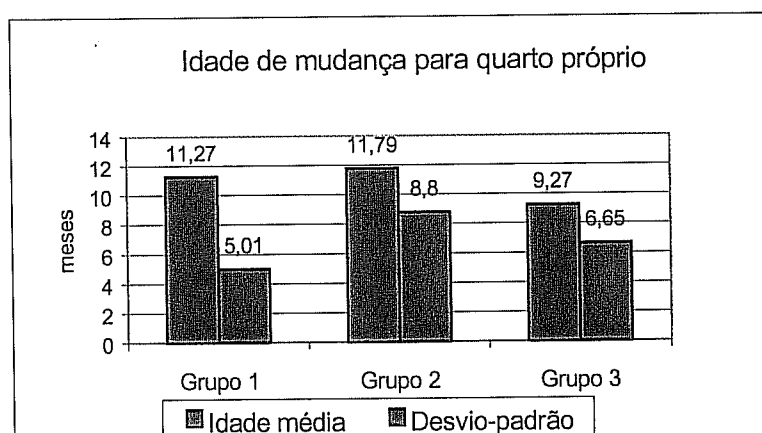


Fig. 6.28. Idade média e desvio-padrão da Mudança para Quarto Próprio, nos três grupos

Quadro 6.52. Prova de Kruskal-Wallis para a variável Idade de Mudança para Quarto Próprio

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Média das Ordens	Média das Ordens	Média das Ordens
Mudança para quarto próprio (meses)	26,27	24,14	19,27
n	22	14	11

$$H(46; 2) = 1,961; p = 0.375$$

Como podemos observar na Figura 6.28, as crianças do Grupo 3 mudaram para quarto próprio mais cedo do que os outros sujeitos, sendo a média de idade para esta variável de aproximadamente nove meses, por oposição aos onze meses, em média, encontrados nos Grupos 1 e 2.

As médias das ordens confirmam-nos esta inferioridade das crianças sem objecto nos valores médios de idade de transição de quarto, não se revelando, no entanto, diferenças estatisticamente significativas ($H(46; 2) = 1,961; p < .05$).

Estes resultados serão posteriormente discutidos, já que nos parece interessante o facto de grande percentagem de crianças no Grupo 3 ainda dormir na cama ou no quarto dos pais, apesar de a idade média de transição ser inferior neste grupo, comparativamente aos restantes.

Quadro 6.53. Prova do Qui quadrado para a variável Adaptação ao Quarto Próprio

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Boa Adaptação/ Aceitação	16	72,7	9	64,3	7	63,6
Recusa/ Rejeição	5	22,7	3	21,4	3	27,3
Alterações do sono ou adormecimento	1	4,6	2	14,3	1	9,1
Total	22	100	14	100	11	100

$$\chi^2(4) = 1,189; p = 0.880$$

O Quadro 6.53 revela-nos a forma como os sujeitos se distribuem pelas várias categorias da variável que indica as diversas formas de adaptação ao quarto individual (ou partilhado com os irmãos). À semelhança de outras variáveis, no início do nosso estudo tínhamos incluído níveis adicionais, que não apresentamos por não terem sido assinalados pelas mães.

Os resultados indicam-nos que a maioria dos sujeitos, nos três grupos, viveram uma boa adaptação à transição do quarto dos pais para passarem a dormir sozinhos ou com os irmãos. Assim, não houve dificuldades de adaptação de relevo, sendo a distribuição da variável semelhante nos vários grupos ($\chi^2(4) = 1,189$; $p < .05$).

O tema final desta comparação do desenvolvimento precoce dos sujeitos que possuem objecto transicional, dos que precisam de um objecto de adormecimento e dos sujeitos sem objecto, refere-se à frequência de um estabelecimento de infância, aspecto que altera a proximidade na relação mãe-filho. Vamos começar por apresentar os resultados relativos à **Frequência de Creche**, bem como à **Idade de Início** dessa frequência; de seguida iremos comparar os grupos no que se refere às formas de **Adaptação à Creche** e aos **Tipos de Relacionamento** que a criança lá estabeleceu. Finalmente analisaremos a **Colocação Anterior à Entrada para a Creche**, isto é, com quem a criança passava mais tempo antes de iniciar a frequência da instituição, ou com quem está actualmente, no caso de não frequentar qualquer estabelecimento de infância.

Quadro 6.54. Prova do Qui quadrado para a variável Frequência de Creche

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Frequenta creche	25	92,6	26	96,3	24	88,9
Não frequenta creche	2	7,4	1	3,7	3	11,1
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2(2) = 1,080; p = 0.583$$

Como seria de esperar, a quase totalidade dos sujeitos frequenta creche, não existindo diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2 (2) = 1,080$; $p < .05$). Este resultado é, a nosso ver, meramente descritivo, uma vez que a recolha da amostra indicada na metodologia, foi essencialmente efectuada em valências de infância, havendo apenas um número restrito de sujeitos contactados pessoalmente, sem intervenção de qualquer instituição.

Optámos por apresentar a comparação estatística ao nível desta variável, não só como forma de confirmação da homogeneidade dos grupos, como também como ponto de partida para um contraste em termos das outras variáveis que se lhe anexam.

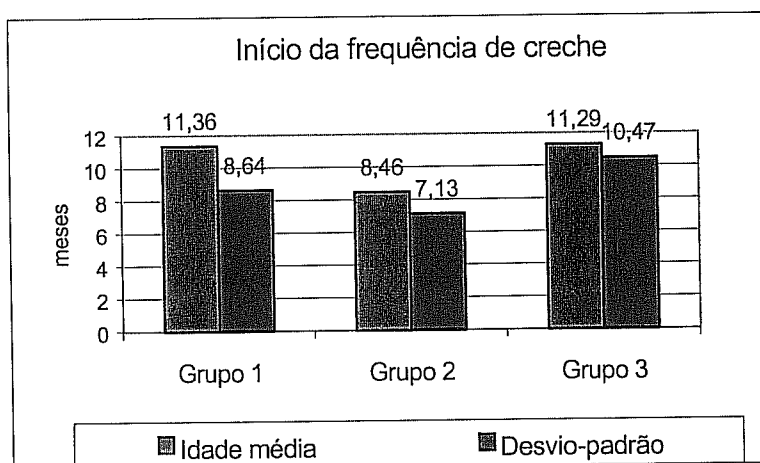


Fig. 6.29. Idade média e desvio-padrão do Início de Frequência de Creche, nos três grupos

Quadro 6.55. Prova de Kruskal-Wallis para a variável Início da Frequência de Creche

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Média das Ordens	Média das Ordens	Média das Ordens
Idade de início de frequência de creche (meses)	40,14	34,69	39,35
n	25	26	24

$H (75; 2) = 0,949$; $p = 0,622$

A análise da Figura 6.29 mostra-nos que os Grupos 1 e 3 se aproximam no que se refere a esta variável, já que a idade média de entrada para a creche ronda os onze meses em ambos os grupos de crianças. Por outro lado, podemos constatar que os sujeitos que necessitam de um OA entraram para uma instituição de infância mais cedo, por volta dos oito meses.

O Quadro 6.55 indica a média das ordens para esta variável, salientando-se a inexistência de significância estatística ao nível das diferenças encontradas ($H(75; 2) = 0,949; p < .05$).

Quadro 6.56. Prova do Qui quadrado para a variável Adaptação à Creche

	Grupo 1 (n=25)		Grupo 2 (n=26)		Grupo 3 (n=24)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Boa Adaptação	7	28	9	34,6	10	41,7
Rejeição	2	8	0	0	1	4,2
Adaptação gradual/ Recusa inicial	16	64	17	65,4	13	54,1
Total	25	100	26	100	24	100

$$\chi^2(4) = 3,001; p = 0.558$$

No que respeita à adaptação à creche, podemos observar no Quadro 6.56, que a maioria dos sujeitos nos três grupos passaram por um processo inicial de rejeição à separação dos pais, acabando gradualmente por se adaptar à instituição e ao grupo de pares. Salientamos que as crianças sem objecto apresentam um valor ligeiramente superior às restantes relativamente à evidência de uma boa adaptação, sem recusa inicial (41,7%). No que concerne à recusa total de frequência de creche, constatamos que apenas um número reduzido de sujeitos preenche esta categoria. Os resultados não evidenciam contrastes significativos entre os grupos no que toca à distribuição desta variável ($\chi^2(4) = 3,001; p < .05$).

Quadro 6.57. Prova do Qui quadrado para a variável Relacionamentos na Creche

	Grupo 1 (n=25)		Grupo 2 (n=26)		Grupo 3 (n=24)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Relação privilegiada com um adulto	4	16	6	23	7	29
Relação com vários adultos	21	84	20	77	17	71
Total	25	100	26	100	24	100

$$\chi^2 (2) = 1,215; p = 0.545$$

A análise do Quadro 6.57 revela-nos que a maioria das crianças estabelecem uma boa relação com vários adultos na creche, resultado que nos parece interessante, já que em idades precoces do desenvolvimento, existe uma tendência para a adopção de um único adulto de referência, com quem se estabelece uma relação privilegiada. Talvez por esta razão, e tendo em conta que as crianças sem objecto são mais novas do que as dos outros grupos, possamos observar que a percentagem de crianças que se apegou preferencialmente a um único adulto (geralmente, a educadora) neste grupo (29%) é ligeiramente superior à encontrada nos Grupos 1 (16%) e 2 (23%).

Não se encontraram diferenças significativas quanto à distribuição dos sujeitos por tipo de Relacionamentos na Creche ($\chi^2 (2) = 1,215; p < .05$).

Quadro 6.58. Prova do Qui quadrado para a variável Colocação Anterior ou Actual

	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Mãe/ Pai	21	77,8	17	63	23	85,2
Avó/ Outro familiar	5	18,5	4	14,8	3	11,1
Ama	1	3,7	6	22,2	1	3,7
Total	27	100	27	100	27	100

$$\chi^2 (4) = 7,668; p = 0.105$$

Podemos observar no Quadro 6.58 que um número significativo de crianças permaneceram em casa com os pais, nos primeiros meses de vida. A distribuição da variável é semelhante nos três grupos ($\chi^2(4) = 7,668$; $p < .05$), embora se evidencie uma maior tendência para que as crianças com OA tenham frequentado ama, antes de entrar para a creche (22,2%). Este aspecto é relevante para a compreensão da relação mãe-filho e poderá eventualmente dar um contributo para o significado da ligação a um objecto necessário ao adormecimento. De facto, parece-nos de salientar que neste grupo, cerca de 37% das crianças não estiveram com a mãe ou o pai no período de vida anterior à entrada para a creche, por oposição a 22,2% do Grupo 1 e a 14,8% do Grupo 3, nas mesmas condições.

Outro aspecto que nos parece suscitar uma posterior discussão é o facto de 85,2% das crianças sem objecto privilegiado terem permanecido em casa com os pais, sem passagem por colocação em ama ou numa pessoa de família.

6.4. Comparação dos Três Grupos da Amostra nos Índices de Psicopatologia Materna

A fim de proceder à apresentação dos resultados encontrados para o terceiro objectivo deste trabalho, procurámos expor em primeiro lugar os valores encontrados nas diversas escalas clínicas utilizadas. De seguida, passaremos à descrição das diversas comparações estatísticas efectuadas entre os três grupos de sujeitos, no que se refere a cada um dos instrumentos utilizados.

O Quadro 6.59 apresenta as médias e os desvios-padrão das variáveis em estudo, para cada um dos grupos que constituem a amostra. Estas variáveis incluem

não só os índices globais de cada inventário, como também os valores em cada uma das sub-escalas que compõem os três instrumentos aplicados.

Quadro 6.59. Médias e desvios-padrão de todas as variáveis de Psicopatologia, nos três grupos

Variável	Grupo 1 (n=27)		Grupo 2 (n=27)		Grupo 3 (n=27)		Total (N=81)	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
<i>STAI-Estado</i>	34,78	7,38	35,37	9,77	36,93	8,86	35,69	8,66
<i>STAI-Traço</i>	36,52	8,85	36,78	9,46	40,67	11,76	37,99	10,15
<i>IGS / SCL-90-R</i>	,74	,44	,61	,38	,79	,40	,71	,41
<i>Somatização</i>	,82	,54	,77	,48	,76	,47	,78	,49
<i>Obsessão-compul.</i>	,98	,53	,82	,50	1,07	,52	,95	,52
<i>Sens. Interpessoal</i>	,76	,53	,61	,54	1,02	,72	,80	,62
<i>Depressão</i>	,80	,54	,67	,50	,96	,48	,81	,51
<i>Ansiedade</i>	,68	,47	,55	,44	,67	,42	,63	,44
<i>Hostilidade</i>	,84	,73	,69	,53	1,00	,67	,85	,65
<i>Ansiedade Fóbica</i>	,34	,36	,37	,44	,42	,41	,38	,40
<i>Ideação Paranóide</i>	1,02	,68	,66	,50	,86	,68	,85	,64
<i>Psicoticismo</i>	,44	,40	,30	,36	,39	,46	,37	,41
<i>Iaclide/ Global</i>	11,74	9,44	8,37	7,69	14,07	11,18	11,40	9,72
Factor 1 (Iaclide)	4,96	4,42	3,81	3,56	6,22	5,34	5,00	4,55
Factor 2 (Iaclide)	3,37	3,05	2,26	2,51	4,41	4,73	3,35	3,62
Factor 3 (Iaclide)	1,89	2,12	1,37	1,76	2,26	2,26	1,84	2,06
Factor 4 (Iaclide)	2,33	2,13	1,63	2,26	2,59	2,91	2,19	2,46
Factor 5 (Iaclide)	,70	1,49	,26	,71	,48	,98	,48	1,11

Como podemos observar, as notas médias encontradas para a sub-escala da STAI que avalia a **Ansiedade-Estado**, rondam os 34.78 nas mães do Grupo 1, os 35.37 pontos no Grupo 2 e 36.93 para as mães do Grupo 3.

Na construção da escala, Spielberger et al. (1983) apresentaram como valores da sua amostra normativa de adultos trabalhadores do sexo feminino, uma média de 35.75, com desvio-padrão de 10.40 para a Ansiedade-Estado e um valor médio de 34.89, com desvio-padrão de 9.19 para a Ansiedade-Traço.

Podemos então analisar que os resultados obtidos para os três grupos, no que concerne à Ansiedade-Estado, vão ao encontro dos do autor, correspondendo a valores encontrados na população normal.

Quanto às pontuações médias ao nível da **Ansiedade-Traço** encontrámos valores aproximados de 36.52 nas mães do Grupo 1 e de 36.78 nas mães do Grupo 2, enquanto que as mães do Grupo 3 apresentam um valor médio de 40.67. Spielberger et al. (1983) no trabalho de validação da escala, com uma amostra de 38 sujeitos com problemas emocionais, indicaram uma pontuação média de Ansiedade-Traço de 44.39, com um desvio-padrão de 10.81 e uma nota média de Ansiedade-Estado de 40.37, com um desvio-padrão de 9.34.

Embora em nenhum dos grupos tenhamos alcançado resultados próximos do revelados por sujeitos com alterações emocionais, podemos verificar que as mães do Grupo 3 apresentam resultados de Ansiedade-Traço superiores aos dos restantes grupos e acima da média encontrada por Spielberger et al. (1983) para sujeitos adultos trabalhadores, sem perturbações emocionais.

No que se refere aos valores observados no **Índice Geral de Sintomas**, medida global de sintomatologia, obtida a partir da SCL-90-R (Derogatis, 1993), foi encontrada uma média de 0.74 para as mães do Grupo 1, de 0.61 para as do Grupo 2 e de 0.79 para as mães do Grupo 3.

O autor aponta como indicadores de psicopatologia, tanto no IGS, como nas várias escalas, os valores acima de 2.00; no entanto, considera-se que pontuações aproximadas de 1.5 podem já indicar a existência de sintomatologia. A análise do Quadro 6.59 mostra-nos que os valores médios obtidos nos três grupos são muito inferiores a estes níveis.

Na sub-escala **Somatização** encontramos pontuações médias de 0.77 no Grupo 2 e 0.76 no Grupo 3, enquanto que as mães do Grupo 1 revelam valores médios superiores, na ordem dos 0.82.

Quanto às notas médias na **Obsessão-Compulsão**, **Sensibilidade Inter-Pessoal** e **Hostilidade**, podemos constatar que no Grupo 3 são superiores a 1.00, distanciando-se assim dos restantes grupos que obtiveram pontuações inferiores.

Na escala que mede a **Depressão** encontrámos pontuações médias de 0.96 no Grupo 3, enquanto que o Grupo 2 se salienta por vivenciar os valores mais baixos dos três grupos ($M=0.67$). Esta tendência afirma-se também na medida de **Ansiedade** ($M(G2)=0.55$), embora os valores médios encontrados, nos três grupos de mães, se situem bastante mais próximos entre si ($M(G1)=0.68$; $M(G3)=0.67$).

Ao nível da **Ansiedade Fóbica** e **Psicoticismo** salientam-se pontuações médias muito baixas nos três grupos, comparativamente às das restantes sub-escalas.

Finalmente, verificamos que as mães dos sujeitos com OT, apresentaram uma nota média de 1.02 na escala que mede a **Ideação Paranóide**, valor superior às pontuações das outras mães ($M(G2)=0.66$; $M(G3)=0.86$).

Em relação aos resultados médios globais no **IACLIDE**, encontramos valores superiores para as mães do Grupo 3 ($M=14.07$), relativamente à mães dos Grupos 1 e 2 ($M(G1)=11.74$; $M(G2)=8.37$). Esta relação de superioridade nas mães do grupo de crianças sem objecto face aos outros e de inferioridade de valores nas mães de crianças com OA, repete-se para todos os **Factores** avaliados pelo IACLIDE, à excepção do Factor 5, no qual a média para o Grupo 1 ($M=0.70$) é superior às dos restantes ($M(G2)=0.26$; $M(G3)=0.48$).

Vaz Serra (1994) apresenta como valores obtidos com uma amostra de sujeitos deprimidos, uma pontuação média de 28.28 ($dp=7.42$) para a Depressão Leve; 45.33,

com $dp=12.93$, para quadros de Depressão Moderada; e 58.82 ($dp= 11.87$) para a Depressão Grave.

Relativamente à pontuação global obtida pelo inventário, como vimos, o autor considera as seguintes categorias de notas como equivalentes aos vários graus de sintomatologia depressiva: notas entre 20-34 correspondem a uma depressão leve; entre 35-52 a uma depressão moderada; e acima de 53 a uma depressão grave. Os resultados encontrados no nosso estudo são bastante inferiores a uma nota global de 20, o que confirma a inexistência de perturbações depressivas nas mães dos sujeitos que compõem a amostra.

De um modo geral, salientamos nesta primeira apreciação dos resultados nos índices de psicopatologia, uma tendência para que as mães do Grupo 2 apresentem pontuações médias mais baixas e as do Grupo 3 mais elevadas, ocupando o grupo das mães de crianças com OT, uma posição intermédia.

No entanto, na amostra global, não encontramos em nenhuma escala clínica, pontuações médias correspondentes a estados psicopatológicos marcados.

Estes resultados não são inesperados, já que os sujeitos são oriundos de uma população normal, não apresentando as mães, distúrbios psiquiátricos graves.

Torna-se agora importante proceder a uma **comparação estatística inter-grupal**, a fim de procurar a existência de diferenças significativas no que se refere aos valores obtidos nas 18 variáveis clínicas.

Quadro 6.60. Comparação das variáveis Ansiedade-Estado e Traço, medidas pela STAI-Y, em função dos grupos (prova de Kruskal-Wallis)

Variáveis	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	H	P
	(n=27)	(n=27)	(n=27)		
	Média das Ordens	Média das Ordens	Média das Ordens		
Ansiedade-Estado	39,67	39,15	44,19	0,751	.687
Ansiedade-Traço	38,96	37,57	46,46	2,235	.327

Como podemos constatar através da análise das médias das ordens, os três grupos não se distinguem significativamente ao nível das variáveis Ansiedade-Estado ($H(81; 2) = 0,751; p < .05$) e Ansiedade-Traço ($H(81; 2) = 2,235; p < .05$).

Evidencia-se no entanto, uma tendência para que as mães do Grupo 3 apresentem valores mais elevados do que as dos outros grupos, no que concerne à sintomatologia e traços de personalidade ansiosos.

Também se salienta a existência de valores inferiores nas mães do Grupo 2, comparativamente às restantes, evidenciando as mães das crianças com OT, resultados intermédios

Quadro 6.61. Comparação das características de Psicopatologia, medidas pelas escalas da SCL-90-R, em função dos grupos (prova de Kruskal-Wallis)

Variáveis	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	H	P
	(n=27)	(n=27)	(n=27)		
	Média das Ordens	Média das Ordens	Média das Ordens		
IGS	42,44	35,07	45,48	2,795	.247
Somatização	42,26	40,78	39,96	0,133	.936
Obsessão-Compulsão	41,91	34,89	46,20	3,197	.202
Sens. Interpessoal.	41,07	33,56	48,37	5,377	.068
Depressão	40,81	34,70	47,48	3,997	.136
Ansiedade	43,35	36,37	43,28	1,580	.454
Hostilidade	39,24	35,96	47,80	3,679	.159
Ansiedade Fóbica	39,31	40,20	43,48	0,485	.785
Ideação Paranóide	47,65	34,63	40,72	4,172	.124
Psicoticismo	45,50	37,26	40,24	1,751	.417

Da análise do Quadro 6.61 podemos observar que as médias das ordens para o Índice Geral de Sintomas (IGS) não são significativamente diferentes entre os três grupos ($H(81; 2) = 2,795; p < .05$). Apesar disto, salienta-se uma superioridade de 10 pontos em termos de média das ordens, do Grupo 3 (45,48) face ao Grupo 2 (35,07), contendo o Grupo 1 um valor intermédio (42,44).

Esta tendência inverte-se na variável Somatização, já que é o Grupo 1 a demonstrar uma pontuação mais elevada (42,26) relativamente aos restantes grupos, tendo as mães de crianças sem objecto evidenciado um valor mais baixo (39,96). No entanto, este distanciamento é reduzido, já que se encontraram resultados muito próximos, sem relevância estatística ($H(81; 2) = 0,133; p < .05$).

As médias das ordens para a variável Obsessão-Compulsão, revelam diferenças que, embora não estatisticamente significativas ($H(81; 2) = 3,197; p < .05$), apontam uma tendência para que as mães dos sujeitos do Grupo 3 mais uma vez tenham pontuações mais elevadas e as do Grupo 2 denotem resultados inferiores aos dos restantes grupos. A diferença na média das ordens entre os Grupos 2 (34,89) e 3 (46,20) é de cerca de 12 pontos, sendo que as mães dos sujeitos com OT (41,91) se distanciam das mães de crianças com OA em cerca de 7 pontos.

Também ao nível da variável Sensibilidade Interpessoal, os grupos se distinguem, embora sem significância estatística ($H(81; 2) = 5,377; p < .05$). Podemos observar que os resultados evidenciam valores mais elevados no Grupo 3, com uma diferença de cerca de 15 pontos relativamente à média das ordens para o Grupo 2, contendo as mães de crianças com OT, pontuações intermediárias.

Como vimos, esta sub-escala foi definida pelo autor (Derogatis, 1993) como avaliadora de sintomatologia que podemos compreender como fazendo parte de um quadro depressivo, como sejam os sentimentos de inferioridade pessoal e inadequação, bem como vivência de desconforto e auto-desvalorização durante as interações interpessoais.

Neste sentido, parece-nos inteligível o facto de encontrarmos uma distinção entre os grupos semelhante para esta variável e a que avalia a Depressão. De facto, mais uma vez se apresentam valores superiores no Grupo 3, logo seguido das mães do Grupo 1, sendo os resultados inferiores denotados pelas mães de crianças com OA. Embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas ($H(81; 2) = 3,997; p < .05$), consideramos que esta tendência recorrente nas diversas variáveis se constitui como um resultado válido na discriminação dos grupos.

Em relação às pontuações obtidas na sub-escala Ansiedade, a diferença também não se revelou significativa ($H(81; 2) = 1,580; p < .05$). Nesta variável, os Grupos 1 (43,35) e 3 (43,28) encontram-se bastante próximos, contendo o Grupo 2 uma média das ordens inferior (36,37).

Relativamente à Hostilidade, mais uma vez encontramos uma superioridade do Grupo 3. As mães das crianças com OA mostram-se menos hostis que as mães dos outros grupos de sujeitos, obtendo as mães do Grupo 1 pontuações intermédias. No entanto, as diferenças não revelaram peso estatístico ($H(81; 2) = 3,679; p < .05$).

Contrariamente, as mães do Grupo 1 apresentam pontuações inferiores às dos restantes grupos no que se refere à variável Ansiedade Fóbica, seguindo-se o Grupo 2 e só depois o 3, com uma média das ordens mais elevada. Esta sub-escala, a par com a que avalia o Psicoticismo, foi a que demonstrou valores mais baixos, na amostra global, de entre o total das escalas que constituem a SCL-90-R. Também ao nível da Ansiedade Fóbica não encontramos um contraste estatístico entre os três grupos de mães ($H(81; 2) = 0,485; p < .05$).

Quanto à Ideação Paranóide, podemos observar que é o Grupo 1 a apresentar uma média das ordens mais elevada (47,65), distanciando-se em 7 pontos do Grupo 3 (40,72) e em 13 pontos do Grupo 2 (34,63). No entanto, apesar de encontrarmos valores contrastantes, esta discriminação não se reverte de peso estatístico ($H(81; 2) = 4,172; p < .05$).

Finalmente, ao nível da sintomatologia avaliada pela sub-escala Psicoticismo, encontramos uma distribuição semelhante nos três grupos ($H(81; 2) = 1,752; p < .05$), embora se saliente uma ligeira superioridade das mães de crianças que possuem OT, e uma posição inferior das mães dos sujeitos com OA. No entanto, como vimos, esta sub-escala é das menos pontuadas pelo total da amostra, obtendo todas as mães, valores médios entre 0,30 e 0,44, o que indica uma ausência de sintomatologia psicótica ou esquizóide nestas mulheres.

Em relação aos resultados que apresentámos, gostaríamos de referir que, apesar de nenhuma comparação se ter revelado estatisticamente significativa, encontramos uma tendência, ao nível de várias sub-escalas, para que as mães de crianças sem objecto privilegiado tenham obtido pontuações superiores às restantes mães, contendo o Grupo 2, quase sem excepção, resultados mais baixos.

No Quadro 6.62 serão apresentadas as médias das ordens e os valores da estatística, com o respectivo nível de significância, para o resultado global do IACLIDE, bem como para os cinco factores avaliados pela prova.

Quadro 6.62. Comparação do Resultado Global e cinco Factores, medidos pelo IACLIDE, em função dos grupos (prova de Kruskal-Wallis)

Variáveis	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	H	P
	(n=27)	(n=27)	(n=27)		
	Média das Ordens	Média das Ordens	Média das Ordens		
Resultado Global/ Iaclide	42,30	34,11	46,59	3,934	.140
F1	41,46	35,26	46,28	3,004	.223
F2	42,76	33,76	46,48	4,278	.118
F3	41,56	35,19	46,26	3,197	.202
F4	45,33	34,06	43,61	3,756	.153
F5	44,59	37,43	40,98	2,278	.320

Da análise do Quadro 6.62, podemos verificar que o Grupo 3 apresenta uma média das ordens superior à dos restantes grupos (46,28) para o valor global de depressão avaliado pelo IACLIDE. As mães do Grupo 1 apresentam, para esta variável, resultados inferiores às do Grupo 3 (41,46). Como podemos observar, estas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas ($H(81; 2) = 3,934; p < .05$).

Salienta-se de forma recorrente, uma inferioridade das médias das ordens em todas as variáveis medidas por este instrumento (resultado global e cinco factores) no grupo de mães de crianças com OA.

No que se refere aos factores F1, F2 e F3, os grupos mantêm o interposicionamento já diversas vezes demonstrado pela apresentação que temos vindo a fazer, dos resultados nas variáveis clínicas em estudo. Assim, de forma sistemática, o Grupo 3 surge como o que contém uma média das ordens mais elevada, seguindo-se o Grupo 1 e só depois o grupo de crianças com OA. Apesar de não se encontrarem diferenças estatísticas em nenhum dos factores ($p < .05$), julgamos tratarem-se de resultados interessantes, que serão alvo de uma posterior discussão.

O Factor 4 revela essencialmente os compromissos inter-pessoais da doença depressiva. A este nível, podemos observar que é o Grupo 1 aquele que tem uma média das ordens mais elevada, invertendo posições com o Grupo 3, que se situa agora numa situação intermédia. Este posicionamento repete-se para o Factor 5, que avalia as diversas perturbações do sono resultantes de um quadro de depressão, no qual o Grupo 1 apresenta uma média das ordens de 44,59, cerca de 4 pontos superior relativamente à do Grupo 3. Também nestes factores não se encontraram diferenças significativas entre os grupos ($p < .05$).

6. 5. Análise Intra-grupal das Variáveis Ordinais

Neste capítulo iremos proceder a uma análise intra-grupal, que julgámos poder complementar o nosso estudo, na medida em que nos permitirá investigar a existência de relações entre diversas variáveis, dentro de cada grupo.

Assim, procedemos ao cálculo do coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis ordinais incluídas na história de desenvolvimento dos sujeitos e as medidas de psicopatologia materna. Este estudo poderá dar um contributo importante na investigação dos três objectivos a que nos propusemos.

De forma exploratória, incluímos neste tratamento estatístico todas as variáveis em estudo, que se situam numa escala de medida ordinal. No entanto, tendo em conta a extensão de informação, optámos por apresentar apenas as que indiciam correlações significativas entre si.

De seguida, nos Quadros 6.63, 6.64 e 6.65, apresentam-se os valores de correlação entre as diversas variáveis, de forma individualizada para cada um dos grupos.

Quadro 6.63. Coeficientes de Correlação de Spearman, entre as variáveis não-categoriais de Desenvolvimento e os Índices de Psicopatologia Materna, no Grupo 1

	IDADE	IDADE N. IRM MÃE	VIG. MÉD.	TEM. GRAV.	TEM. AMA	TEM. QUAR	MUD. OB	I. USO OB	ENT CREC	STAI-T	ISG	SOM	OBC	SI	DEP	HOST	IP	PSICOT	IACLIDE	F5
IDADE	1,000	,081	,166	,180	,157	-,105	-,130	-,237	,336	-,252	-,262	-,326	-,302	-,270	-,179	-,063	-,173	-,149	-,157	-,118
IDADE-MÃE		1,000	,111	-,297	,712**	,537**	-,200	-,044	,338	,181	-,040	-,140	,019	-,156	,241	0,29	-,259	,006	,056	-,033
N. IRMÃOS			1,000	,131	,292	-,324	-,507	-,407*	-,010	-,438*	-,248	-,362	-,034	-,341	-,231	-,240	-,276	-,091	-,146	-,300
VIG.MÉD.				1,000	-,399*	-,092	,131	,272	-,181	-,011	,058	,037	-,018	,041	,140	,161	,052	-,009	,153	-,060
TEM. GRAV.					1,000	,411*	-,187	-,248	,130	,093	-,068	-,149	-,069	-,229	,072	-,169	-,199	,015	-,013	-,080
TEM. AMAM						1,000	-,418	,427*	,237	,104	-,086	-,027	-,146	-,181	,103	-,074	-,318	-,018	-,044	,129
MUD. QUAR							1,000	,287	-,332	,528*	,641**	,563*	,426*	,723**	,523*	,718**	,632**	,445*	,520*	,445*
I. USO OB								1,000	-,067	,317	,329	,254	,156	,364	,341	,399*	,159	,357	,256	,151
ENT CRECH									1,000	-,202	-,269	-	-,239	-,274	-,111	-,094	-,281	,029	-,009	,165

* Correlação significativa para p<.05 ** Correlação significativa para p<.01

Legenda: Idade- idade da criança; N. Irmãos - número de irmãos; Vig.Méd.- início da vigilância médica durante a gravidez; Tem.Grav. - duração da gravidez (semanas); Tem. Amam.- Tempo de amamentação (semanas); Mud.Quar.- idade de mudança de quarto dos pais para quarto próprio; I.UsO Ob.- idade de início do uso do objecto (OT); Ent.Crech.- idade de entrada na creche; STAI-T- medida de Ansiedade-Traço da STAI; ISG- índice geral de sintomas medido pela SCL-90-R; SOM- Somatização medida pela SCL-90-R; OBC- Obsessão-compulsão medida pela SCL-90-R; SI- Sensibilidade Inter-pessoal medida pela SCL-90-R; DEP - Depressão medida pela SCL-90-R; HOST- Hostilidade medida pela SCL-90-R; IP- Ideação Paranóide medida pela SCL-90-R; PSICOT- Psicoticismo medido pela SCL-90-R; IACLIDE - Resultado Global medido pelo IACLIDE; F5- Factor 5 medido pelo IACLIDE

Como podemos observar no Quadro 6.63, existem elevadas correlações positivas entre a variável Idade da Mãe e a Duração da Gravidez ($r_s=.712$; $p<.01$) e o Tempo de Amamentação ($r_s=.537$; $p<.01$). Por outro lado, salientamos uma correlação negativa entre a Duração da Gravidez e o Início da Vigilância Médica ($r_s=-.399$; $p<.05$), o que sugere que um acompanhamento médico precoce conduziu a um período de gestação mais prolongado, no Grupo 1. Ainda em relação às variáveis de desenvolvimento, neste grupo, podemos verificar a existência de uma correlação positiva entre a Duração da Gravidez e o Tempo de Amamentação ($r_s=.411$; $p<.05$), pelo que as mães que tiveram uma gravidez mais prolongada, amamentaram os seus filhos também até mais tarde.

Resultados que nos pareceram importantes para um aprofundamento das formas de uso do OT, indicaram que a Idade de Início do Uso do Objecto está correlacionada positivamente com o Tempo de Amamentação ($r_s=.427$; $p<.05$), e negativamente com o Número de Irmãos ($r_s=-.407$; $p<.05$). Estes valores parecem indicar que as crianças que não têm irmãos, ou têm apenas um, apresentam uma tendência para se ligarem ao objecto privilegiado mais tarde dos que os sujeitos com vários irmãos. Também, quanto mais prolongado o período de amamentação ao seio materno, mais tarde surge este apego.

Encontrámos ainda uma correlação positiva entre esta variável (I. Uso.Ob.) e aquela obtida pela sub-escala de Hostilidade da SCL-90-R ($r_s=.399$; $p<.05$), o que parece apontar para que os filhos de mães mais hostis se liguem mais tardiamente ao OT.

No que concerne às restantes variáveis medidas pelas diversas escalas clínicas, podemos salientar um conjunto de correlações positivas entre a Idade de Mudança para Quarto Próprio e as medidas de Ansiedade-Traço ($r_s=.528$; $p<.05$), Índice Geral de

Sintomas / SCL-90-R ($r_s=.641$; $p< .01$), Somatização/ SCL-90-R ($r_s=.563$; $p< .01$), Obsessão-Compulsão ($r_s=.526$; $p< .05$), Sensibilidade Inter-pessoal ($r_s=.723$; $p< .01$), Depressão / SCL-90-R ($r_s=.523$; $p< .05$), Hostilidade ($r_s=.718$; $p< .01$), Ideação Paranóide ($r_s=.632$; $p< .01$), Psicoticismo / SCL-90-R ($r_s=.445$; $p< .05$), resultado global no IACLIDE ($r_s=.520$; $p< .05$) e F5 / IACLIDE ($r_s=.445$; $p< .05$), o que revela que quanto mais elevadas as pontuações nos índices de psicopatologia, maior dificuldade é sentida pela mãe, na imposição da mudança de quarto, logo na separação mãe-filho.

Finalmente, encontramos neste grupo, uma correlação negativa entre os Traços de Ansiedade materna e o Número de Irmãos, o que salienta que as mães com características mais ansiosas de personalidade, têm tendência a ter menos filhos.

Quadro 6.64. Coeficientes de Correlação de Spearman, entre as Variáveis não-categoriais de Desenvolvimento e os Índices de Psicopatologia Materna, no Grupo 2

	IDADE	IG. MÃE	VIG. MÉD.	TEM. GRAV.	TEM. AMA	I. USO OB	ENT CREC	ISG	SOM	OBC	SI	DEP	ANS	HOSTIL	AFOBI C	PSICOT	IACLIDE	F1	F5
IDADE	1,000	,000	,032	-,137	,244	,369	-,044	-,036	-,100	-,135	-,086	,045	-,126	-,037	-,042	-,091	,089	,095	,093
IDADE-MÃE	1,000	1,000	-,145	,005	-,104	,288	-,210	-,320	-,410*	,014	-,314	-,310	-,237	-,080	-,392	-,274	-,226	-,251	-,099
VIG.MÉD.	1,000	1,000	1,000	-,032	,205	-,307	,309	,426*	,282	,304	,462*	,346	,403*	,203	,372	,545**	,466*	,469*	,558**
TEM. GRAV.	1,000	1,000	1,000	1,000	-,004	,070	,032	-,091	,079	-,173	-,164	-,130	,014	-,136	-,321	-,236	-,190	-,168	,194
TEM. AMAM	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,129	,066	,132	,123	,057	,136	,180	,097	-,116	,124	,134	-,022	,091	,124
I. USO OB	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	-,266	-,416*	-,219	-,477*	-,356	-,287	-,371	,400*	-,410*	-,303	-,291	-,356	,042
ENT CRECH							1,000	,401*	,358	,188	,403*	,439*	,568**	,278	,240	,398*	,371	,369	,403*

* Correlação significativa para $p < .05$ ** Correlação significativa para $p < .01$

Legenda: Idade- idade da criança; Vig.Méd.- início da vigilância médica durante a gravidez; Tem.Grav. - duração da gravidez (semanas); Tem. Amam.- Tempo de amamentação (semanas); I.Uso Ob.- idade de início do uso do objecto (OT); Ent.Crech.- idade de entrada na creche; ISG- índice geral de sintomas medido pela SCL-90-R; SOM- Somatização medida pela SCL-90-R; OBC- Obsessão-compulsão medida pela SCL-90-R; SI- Sensibilidade Inter-pessoal medida pela SCL-90-R; DEP - Depressão medida pela SCL-90-R; HOST- Hostilidade medida pela SCL-90-R; AFOBI- Ansiedade fóbica medida pela SCL-90-R; PSICOT- Psicoticismo medido pela SCL-90-R; IACLIDE - Resultado Global medido pelo IACLIDE; F1- Factor 1 medido pelo IACLIDE; F5- Factor 5 medido pelo IACLIDE

O Quadro 6.64 mostra-nos as correlações que se revelaram significativas entre as diversas variáveis, para o Grupo 2. Podemos observar que o tipo de variáveis correlacionadas neste grupo difere bastante das encontradas para o Grupo 1. Assim, verificámos que o Início da Vigilância Médica da gravidez das crianças com OA se correlaciona positivamente com o ISG obtido pelas mães ($r_s=.426$; $p<.05$), a sua Sensibilidade Inter-pessoal ($r_s=.462$; $p<.05$), o nível de Ansiedade medido pela SCL-90-R ($r_s=.403$; $p<.05$), o Psicoticismo / SCL-90-R ($r_s=.545$; $p<.01$), o resultado global de Depressão/ IACLIDE ($r_s=.466$; $p<.05$) e os Factores 1 ($r_s=.469$; $p<.05$) e 5 ($r_s=.558$; $p<.01$), medidos por este inventário. O Início do Uso do Objecto de Adormecimento varia no mesmo sentido com a Hostilidade/ SCL-90-R materna ($r_s=.400$; $p<.05$), e em sentido contrário do ISG/ SCL-90-R ($r_s= -.416$; $p<.05$), a Obsessão-Compulsão / SC-90-R ($r_s= -.477$; $p<.05$), e a Ansiedade Fóbica / SCL-90-R da mãe ($r_s= -.410$; $p<.05$), o que parece indicar que os filhos de mães que evidenciam valores mais elevados no que concerne a sintomas gerais de psicopatologia, têm tendência a necessitar mais cedo do objecto de adormecimento.

Neste grupo encontrámos bastantes valores correlacionais significativos para a variável Idade de Entrada na Creche, ao contrário do observado no grupo de crianças com OT. De facto, observámos valores mais elevados nas sub-escalas ISG/SCL-90-R ($r_s=.401$; $p<.05$), Sensibilidade Inter-pessoal/SCL-90-R ($r_s=.403$; $p<.05$), Depressão /SCL-90-R ($r_s=.439$; $p<.05$), Ansiedade /SCL-90-R ($r_s=.568$; $p<.01$), Psicoticismo /SCL-90-R($r_s=.398$; $p<.05$) e F5/IACLIDE ($r_s=.403$; $p<.05$), nas mães de crianças que entraram na creche com uma idade mais avançada.

Quadro 6.65. Coeficientes de Correlação de Spearman, entre as Variáveis não-categoriais de Desenvolvimento e os Índices de Psicopatologia Materna, no Grupo 3

	IDADE	IDADE -MÃE	VIG. MÉD.	TEM. GRAV.	TEM. AMA	TEM. MUD. QUAR	ENT CREC	ISG	SI	DEP	ANS	HOSTI L	IP	PSICOT	IACLIDE
IDADE	1,000	,263	-,204	,068	,135	,193	,177	,247	,066	,131	,252	-,035	,273	-,035	-,093
IDADE-MÃE		1,000	-,038	-,147	,041	-,380	-,102	,077	-,019	-,044	,163	-,086	-,058	-,310	-,083
VIG.MÉD.			1,000	-,131	-,238	-,125	,092	,210	,257	,110	,238	,290	,230	,392*	,041
TEM. GRAV.				1,000	,086	-,386	,376	,111	,238	,126	-,109	-,074	-,150	-,060	-,142
TEM. AMAM					1,000	,446	,072	-,035	-,187	-,024	,013	-,129	,001	-,114	-,076
MUD. QUAR						1,000	-,332	-,224	-,039	-,219	-,069	-,037	,076	-,110	-,147
ENT CRECH							1,000	,248	,327	,252	,290	,393	,242	,358	-,022

* Correlação significativa para $p < .05$ ** Correlação significativa para $p < .01$

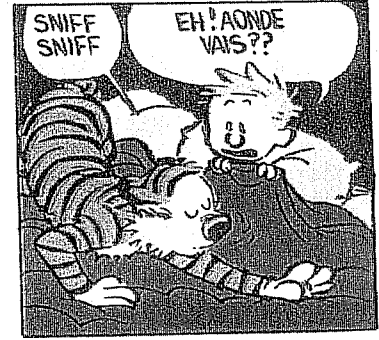
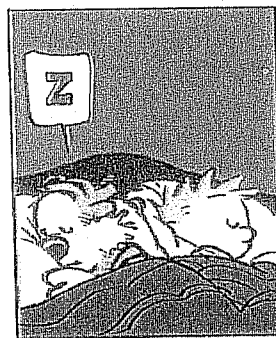
Legenda: Idade- idade da criança; Vig.Méd.- início da vigilância médica durante a gravidez; Tem.Grav. - duração da gravidez (semanas); Tem. Amam.- Tempo de amamentação (semanas); Mud.Quar.- idade de mudança do quarto dos pais para quarto próprio; Ent.Crech.- idade de entrada na creche; ISG- índice geral de sintomas medido pela SCL-90-R; SI- Sensibilidade Inter-pessoal medida pela SCL-90-R; DEP - Depressão medida pela SCL-90-R; ANS- Ansiedade medida pela SCL-90-R; HOST- Hostilidade medida pela SCL-90-R; IP- Ideação Paranóide medida pela SCL-90-R; PSICOT- Psicoticismo medido pela SCL-90-R; IACLIDE - Resultado Global medido pelo IACLIDE

Como podemos constatar através da análise do Quadro 6.65, o Grupo 3 não evidencia correlações significativas entre as variáveis, caracterizando-se de forma muito contrastante relativamente aos restantes grupos.

Apenas encontramos a existência de uma correlação positiva significativa estatisticamente, entre o Início da Vigilância Médica e os sintomas de Psicoticismo, conforme avaliação efectuada pela SCL-90-R ($r_s=.392$; $p<.05$).

Estes resultados parecem evidenciar a ausência de valores correlacionados, em variáveis que apresentam fortes correlações com outras, nos Grupos 1 e 2, como sejam a Idade de Entrada para a Creche, a Duração da Gravidez e o Tempo de Amamentação.

Apresentamos aqui alguns valores encontrados, de forma a salientar a fraca significância estatística das associações entre as variáveis, o que revela uma variação independente de cada uma delas.



Capítulo 7. DISCUSSÃO

Após a apresentação dos resultados, passamos neste Capítulo à discussão de cada um dos objectivos a que nos propusemos. Assim, iremos retomar a formulação de cada uma das questões iniciais, procurando proceder a uma inter-ligação com as problemáticas teóricas subjacentes, no sentido de levantar algumas hipóteses compreensivas.

Antes de passar à discussão dos principais contrastes conceptuais entre o objecto transicional e o objecto de adormecimento, gostaríamos de salientar algumas questões em redor da caracterização da nossa amostra, que poderão ser fundamentais na posterior compreensão dos resultados obtidos.

No que concerne à idade dos sujeitos em estudo, constatámos que as crianças que não evidenciam qualquer apego ou necessidade de um objecto privilegiado tem uma idade média inferior à dos restantes grupos observados. Ainda, verificou-se que os sujeitos que possuem um objecto transicional são mais velhos do que os restantes, tendo uma idade média de cerca de dois anos e oito meses. Este contraste ao nível da faixa etária poderá levantar-nos a hipótese de que existe uma passagem evolutiva gradual de uma inexistência de ligação a um objecto exterior à díade fusional self-individual/self-materno, para uma necessidade de um objecto não-eu, tranquilizante em situações ansiogénicas, até se alcançar finalmente o apego à primeira possessão não-eu, objecto de transição entre o subjectivo e aquele objectivamente percebido.

Analisando mais aprofundadamente esta questão, podemos verificar que em todos os grupos, as crianças tinham em média mais de dois anos de idade, pelo que, segundo os dados de alguns estudos que apresentámos, já deveria ter surgido o apego a um objecto transicional. De facto, diversos autores situaram o fim da fase simbiótica e o início da problemática de separação-individuação, como factor precipitante da

ligação a um objecto de transição, que irá facilitar a separação entre o dentro e o fora e conduzir assim ao estabelecimento de uma individualidade própria (Busch, 1974; Relvas, 1983; Schiffer, 1984; Winnicott, 1975b). As crianças da nossa amostra, já deverão ter ultrapassado todas as problemáticas inerentes à fase simbiótica e posteriormente elaborado a posição depressiva, encontrando-se num estágio avançado de separação-individuação. Por este motivo, consideramos pertinente uma comparação entre os grupos, embora compostos por crianças com idades ligeiramente diferentes.

A articulação entre os resultados encontrados e os pressupostos teóricos que lhes estão subjacentes, indica, na nossa opinião, que as crianças que não adoptaram um objecto transicional claramente identificável, poderão possuí-lo de forma camuflada, transicionalizando igualmente a problemática fusional inicial no sentido de alcançar uma relação objectal com uma mãe finalmente separada do Eu infantil. No entanto, podemos também considerar que a inexistência dessa relação observável poderá indicar um compromisso no processo transicional, embora as crianças que observámos sejam oriundas da população normal, não evidenciando quaisquer perturbações de desenvolvimento.

Ainda no que concerne à caracterização da amostra, julgamos ser importante analisar a posição na fratria, ocupada pelas crianças que fizeram parte do nosso trabalho, já que anteriores estudos mostraram que esta variável poderá influenciar o apego a um objecto privilegiado. De facto, Relvas (1983) afirmou que a posição mais avançada na fratria, ou a existência de fratrias numerosas será um factor comprometedor do apego a um objecto transicional. No nosso estudo, as crianças eram sobretudo filhos mais novos ou únicos; a maioria vivia com os pais, ou com os pais e irmãos, pertencendo claramente às chamadas famílias tradicionais. Esta característica revela que a nossa amostra tem uma especificidade que se traduz por uma relação mais próxima com os pais, a par com uma menor oportunidade de viver a rivalidade fraterna, uma vez que existe menor necessidade de partilha da atenção parental. Assim,

não obtemos resultados que contrariem aqueles alcançados por Relvas (1983), uma vez que as características da nossa amostra não permitem concluir relativamente a crianças com mais do que dois irmãos.

O facto de os sujeitos pertencerem, na sua maioria, a famílias tradicionais, co-habitando com os pais juntos, permite homogeneizar a amostra e garantir a inclusão num agregado familiar dito 'normal', que por isso, pode facilitar o desenvolvimento sadio das etapas e estádios de crescimento emocional.

Ao contrário de Relvas (1983) não encontramos interferência de factores sócio-económicos no apego a um objecto privilegiado.

7.1. Análise conceptual do Objecto de Adormecimento e seu posicionamento face ao Objecto Transicional

O *Objectivo 1* do nosso estudo prendia-se com a descrição dos tipos de utilização e situações nas quais as crianças procuram um objecto transicional ou de adormecimento.

No Quadro 7.66 apresentamos, de forma esquemática, uma síntese dos resultados mais relevantes, de forma a procedermos à discussão deste objectivo.

Quadro 7.66. Resultados contrastantes ao nível do uso do Objecto Transicional e do Objecto de Adormecimento

	Objecto Transicional	Objecto de Adormecimento
Forma mais frequentemente adoptada	<i>Boneco macio, de tecido</i>	<i>Fralda de pano</i>
Idade média de início da ligação ao objecto	<i>13 meses</i>	<i>5 meses</i>
Incentivo ao apego	<i>Incentivo materno na maioria dos casos</i>	<i>Incentivo materno na maioria dos casos</i>
Atitude materna face ao apego	<i>Não-aceitação na maioria dos casos</i>	<i>Aceitação na maioria dos casos</i>
Reacção infantil à lavagem do objecto	<i>Aceitação na maioria dos casos</i>	<i>Aceitação na totalidade dos casos</i>
Reacção infantil à substituição do objecto	<i>Recusa na maioria dos casos</i>	<i>Aceitação na totalidade dos casos</i>
Situações de procura e utilização do objecto	<i>Situação de adormecimento Situação de afastamento dos pais Vivência de ansiedade Ida para a creche Situações de doença Procura sem razão específica, ou quase permanente</i>	<i>Situação de Adormecimento</i>

Os resultados mostraram-nos que o objecto de transição possui mais frequentemente a **forma** de um boneco macio, de peluche ou pano, com forma animal ou humana; seguiram-se bonecos duros ou fraldas de pano, reconhecidas entre outras iguais. Estes dados vão de encontro ao formulado por Winnicott (1951) que essencialmente referiu como aspecto fundamental para a criança, a textura macia e suave do objecto. Como vimos na fundamentação teórica, os estudos de Busch (1974) e Relvas (1983) evidenciaram formas semelhantes às por nós encontradas.

Pudemos ainda constatar, mais uma vez de encontro aos estudos previamente desenvolvidos (Busch, 1974; Stevenson, 1974), que certas crianças possuem vários objectos transicionais em simultâneo, evidenciando uma relação privilegiada com todos eles.

Inversamente ao que se verifica na ligação a um objecto de transição, verificámos que a forma mais escolhida para o objecto de adormecimento é a de uma fralda de pano, factor que nos leva a reflectir sobre a similitude entre estes objectos informes sem potencial simbólico, e os objectos percursos, descritos na literatura.

Tal como Winnicott (1951, 1959, 1975b), não encontramos quaisquer diferenças de **género**, embora o autor tenha salientado que os rapazes mais velhos poderão optar mais facilmente por um brinquedo duro.

Os nossos resultados indicaram que a **idade média de ligação ao objecto transicional** ronda os 13 meses de idade, tendo a grande maioria dos sujeitos evidenciado esse apego já depois do primeiro ano, o que se aproxima do defendido por Elmhirst (1980) e Stevenson (1974). Estes dados apontam para uma vinculação mais tardia, comparativamente aos dados de Winnicott (1951), Busch (1974) e Relvas (1983), que hipotetizaram os seis meses como idade mais frequente de ligação ao objecto transicional. Vimos ainda que o apego se pode prolongar até aos 42 meses, já que todos os sujeitos do nosso Grupo 1 possuem ainda um objecto privilegiado.

O apego ao objecto de adormecimento situa-se numa fase bastante mais precoce, rondando os cinco meses de idade. Os poucos casos observados em que a necessidade destes objectos surge depois do primeiro ano de vida poderão reflectir uma necessidade de consolo como forma de lidar, provavelmente com a entrada da creche, altura em que a oferta de um 'ó-ó' é procedimento ritualizado.

Não podemos deixar de referir que a necessidade destes objectos ansiolíticos poderá relacionar-se com o fim da fase simbiótica, acarretando uma acalmia da ansiedade provocada pelo medo de perda do objecto materno, agora afastado da unidade fusional inicial. Como vimos, esta é a função teoricamente atribuída ao objecto transicional, pelo que podemos hipotetizar que os objectos de adormecimento possuirão uma função importante no crescimento infantil.

Quanto ao **incentivo externo** ao apego, vimos que a maioria dos sujeitos se vincularam a um objecto transicional por incentivo dos pais ou de outros adultos; no entanto, existem alguns casos em que foi a própria criança a procurar o objecto privilegiado, o que confirma o observado por Winnicott (1974). Apesar de terem induzido esta ligação, muitas mães começam a rejeitar a importância gradual que o objecto passa a ter na vida da criança, talvez pelo facto de a necessidade imperiosa que o filho manifesta da presença permanente do seu ursinho ou fralda de pano acabar por comprometer o bem-estar nas situações em que o objecto não está presente. No entanto, Winnicott (1951, 1974) referiu que as mães suficientemente boas que conheceu, reconhecem a importância do objecto transicional na vida da criança e em muitos casos, incentivam essa posse.

De forma contrastante, observámos uma quase total aceitação materna da necessidade infantil de um objecto facilitador do adormecimento, e uma sua interferência na introdução do objecto junto da criança numa idade precoce. Estas mães apreciam a sua eficácia sedativa, que permite ultrapassar as angústias ligadas ao adormecer.

Os grupos discriminam-se também no que concerne à reacção evidenciada pela criança à **lavagem e substituição** do objecto, factor que está implícito nos conceitos teóricos apresentados. De facto, não existe um apego privilegiado ao objecto de

adormecimento, pelo que as crianças não manifestam qualquer atitude de rejeição à mudança de textura ou odor, nem à sua substituição. Estes dados confirmam a inexistência de uma capacidade simbólica projectada no objecto exterior.

Os nossos resultados mostraram ainda que as crianças mais facilmente aceitam a lavagem do seu objecto de transição, do que a sua substituição. Este aspecto parece mostrar que a textura e o aspecto visual são mais importantes do que o odor, o que corrobora as conclusões de Busch et al. (1973, in Busch, 1974, 1977). Verificámos que alguns sujeitos aceitam também a substituição do objecto por outro semelhante, dado que podemos interpretar, à semelhança de Stevenson (1974), como consequência da maturação cognitiva encontrada nas crianças mais velhas.

No que se refere à descrição das **situações** nas quais os dois tipos de objecto são procuradas, verificámos que, como seria de esperar, o apego ao objecto transicional resulta na procura da sua presença imprescindível num conjunto de situações de vida, enquanto que o objecto de adormecimento só é necessário como calmante face à ansiedade inerente ao processo de adormecimento.

Como vimos, para Winnicott (1951, 1957b, 1960c) o objecto transicional é solicitado pela criança em momentos de transição, como a situação de adormecimento, ou noutras ocasiões em que se constitui como defesa contra ansiedades, sobretudo de cariz depressivo. Para o autor, a primeira possessão não-eu permite uma vivência pulsional que ilustra uma forma sadia de luta contra este tipo de angústias, não se recorrendo à inibição da pulsão, atitude defensiva contra a ansiedade depressiva, já que fornece diminuição substancial das sequelas acarretadas pelas experiências pulsionais (Winnicott, 1954).

Mais uma vez os resultados nos mostram fortes contrastes no uso dos dois tipos de objecto, evidenciando-se o potencial calmante e pacificador do objecto transicional num conjunto de situações diferentes, por oposição ao efeito sedativo do objecto de adormecimento, circunscrito a um reduzido número de condições da vida da criança.

Assim, as nossas observações mostraram-nos que as crianças só procuram o seu 'ó-ó' nas situações de adormecimento, sendo irrelevante e ineficaz em qualquer outra situação ansiogénica, como seja, o afastamento dos pais, ou sentimentos de irritabilidade ou fragilidade física. Nestes casos, estas crianças não mostram qualquer necessidade específica de um objecto.

Concluindo, o objecto de adormecimento só é totalmente eficaz na acalmia e indução do sono, aquando do adormecimento, o que vem de encontro à própria formulação do conceito.

Também o objecto transicional é sobretudo procurado na condição de adormecimento. No entanto, para muitas das crianças observadas, a sua função alarga-se a situações de afastamento dos pais, principalmente aquando da ida para a creche. Neste sentido, podemos corroborar o seu potencial defensivo contra as angústias de separação.

Como referiu Winnicott (1951), o 'ursinho de peluche' torna-se por vezes mais importante do que a própria mãe. Neste sentido, constatámos que a maioria dos sujeitos que possui um objecto de transição, adormece sem a presença da mãe, adoptando um conjunto de fenómenos transicionais em conjunto com a sua 'possessão não-eu'. Estes resultados estão de acordo com as formulações de Busch (1974, 1977) quando afirmou que a situação ansiogénica do adormecimento, a par com o afastamento físico da mãe, serão os principais aspectos na origem da ligação ao objecto transicional inicial.

Observámos também que as crianças que possuem objecto de transição, por vezes também solicitam uma fralda para adormecer, embora não prescindindo do 'ursinho' privilegiado. Neste caso, considerámos que certas crianças podem necessitar deste objecto calmante apenas nesta situação específica, embora possuam um objecto transicional que solicitam nessa e noutras situações.

Relativamente à necessidade de contacto com o objecto aquando da ida para a creche, gostaríamos de salientar que o facto de as crianças não levarem o 'ó-ó' nesta situação será explicado facilmente, já que, por não haver um apego específico a um objecto de adormecimento único, não há qualquer necessidade de o transportar consigo. Na creche, a criança precisará de uma outra fralda para adormecer, sem que tenha nada que a assemelhe (textura ou odor) a qualquer outra, nem à mãe ou ambiente materno.

Verificámos que um número relevante de crianças que possuem objecto transicional não o levam para a creche. Tendo em conta que os dados foram recolhidos no mês de Janeiro, consideramos que já teria havido uma adaptação a uma vivência afastada da mãe, durante o dia. O objecto transicional terá sido fundamental neste processo, atendendo à sua função facilitadora da separação mãe-filho. Tendo em conta o alcance natural de uma confiança e vinculação à instituição, educadoras e pares, bem como de uma aquisição de certeza no regresso da mãe ao fim do dia, a criança terá gradualmente deixado de precisar da presença tranquilizante do ursinho.

Na gestão de afectos de ansiedade generalizada e irritabilidade, constatámos que as crianças preferem a presença da mãe, embora o objecto privilegiado seja dotado de alguma eficácia, comparativamente ao objecto de adormecimento. Observa-se então uma reduzida eficácia do objecto transicional no alívio e gestão de situações de ansiedade, raiva ou doença física. Também Busch (1977) referiu que certas crianças só procuravam o objecto para adormecer, preferindo a presença da mãe noutras condições de ansiedade.

Finalmente, observámos que cerca de metade dos sujeitos procuram o objecto de transição sem que haja um motivo aparente, ou utilizam-no quase permanentemente, como objecto securizante. Pensamos, que neste sentido, os nossos

resultados reflectem as formulações dos diversos autores que se têm dedicado ao estudo do objecto transicional.

A título conclusivo, efectuaremos uma reflexão sintética sobre os principais contrastes entre o objecto transicional e o objecto de adormecimento.

Ao analisarmos as variáveis observadas, conclui-se que a presença do objecto transicional na vida da criança é bastante mais evidente e permanente do que a do 'ó-ó', aspecto que poderá despertar a atenção da mãe, levando-a até a interpretar esse apego de forma errada e confundi-lo com um objecto fetiche ou outro desvio da normalidade.

Tendo em conta a idade mais tardia de apego ao objecto de transição, vemos que há uma maior autonomia em termos egóicos, motores e verbais, pelo que a criança já pode mostrar aos pais a sua necessidade desse objecto, bem como procurá-lo com maior independência, tendo tido maior interferência na sua escolha. As crianças com objecto de adormecimento apegaram-se mais precocemente, evidenciando a necessidade de um pedaço de tecido ou de um boneco de pano, colocado próximo de si, pelos pais. Eventualmente estas fraldinhas poderão vir a tornar-se num objecto transicional inicial para estas crianças (Busch, 1974).

Neste sentido, poderemos considerar que os 'ó-ós', pelo seu potencial ansiolítico, a par com a fase precoce em que surgem como importantes para a criança, poderão ter uma função anterior à do objecto transicional, não interferindo com a problemática ulterior de separação-indivuação, mas tornando-se importantes como defesa contra a angústia ligada à perda da simbiose, patente no afastamento da mãe na situação de adormecimento. Neste sentido, constituem-se como objectos percursores, tal como a chupeta, que implicam uma gratificação ligada à relação simbiótica mãe-filho. Segundo Klein (1936) o uso da chupeta permite uma gratificação parcial ligada à sucção, embora seguida de um desapontamento pela inexistência de alimento. A sucção do polegar ou de uma peça de roupa materna implica, a par com o prazer de

estimulação oral, um reviver da proximidade mãe-filho. Consideramos então, que aqui se encaixa o objecto de adormecimento, regido por uma vivência simbiótica.

A dificuldade de aceitação de um objecto semelhante que substitua o objecto transicional, remete-nos para as formulações de Winnicott sobre a importância do uso do objecto, nomeadamente no que se refere ao seu potencial simbólico, que impede a criança de o trocar por outro. Estamos já numa etapa do desenvolvimento emocional em que existe um começo da formação da capacidade simbólica e criatividade, inexistente no uso do objecto de adormecimento.

Não podemos afirmar a existência de uma área intermediária de experiência na maturação afectiva das crianças que usam um objecto de adormecimento, mas consideramos que esse uso é um factor de desenvolvimento importante, podendo posteriormente passar a ser utilizado como possessão não-eu.

7.2. Desenvolvimento Emocional e relação Mãe-filho nos três grupos de Crianças

O *Objectivo 2* do nosso trabalho centrava-se na comparação dos três grupos de crianças no que se refere aos seus dados de desenvolvimento, bem como a determinados aspectos da relação precoce mãe-filho.

No Quadro 7.67 encontram-se esquematizados os resultados mais salientes, que permitiram discutir os principais contrastes entre os grupos.

Quadro 7.67. Resultados contrastantes ao nível das Variáveis de Desenvolvimento em crianças que possuem Objecto Transicional, crianças que usam Objecto de Adormecimento e crianças que não evidenciam apego a um objecto específico

	Grupo 1 Objecto Transicional	Grupo 2 Objecto de Adormecimento	Grupo 3 S/ Objecto Privilegiado
Planeamento e aceitação da gravidez	<i>Planeada e aceite na maioria dos casos</i>	<i>Planeada e aceite na maioria dos casos</i>	<i>Planeada e aceite em cerca de metade dos casos</i>
Perturbações somáticas e perturbações emocionais durante a gravidez	<i>Inexistência de indisposições físicas na maioria dos casos Instabilidade emocional na maioria dos casos</i>	<i>Indisposições físicas e Instabilidade emocional em cerca de metade dos casos</i>	<i>Indisposições físicas na maioria dos casos Estabilidade emocional na maioria dos casos</i>
Decurso da gravidez	<i>Normal</i>	<i>Normal</i>	<i>Normal</i>
Duração da gravidez	<i>39 semanas aproximadamente</i>	<i>39 semanas aproximadamente</i>	<i>39 semanas aproximadamente</i>
Bebé imaginário	<i>Fantasias sobre o bebé</i>	<i>Fantasias sobre o bebé</i>	<i>Fantasias sobre o bebé</i>
Preferência materna de género	<i>Indiferença ou Sintonia com o género real</i>	<i>Indiferença ou Sintonia com o género real</i>	<i>Indiferença ou Sintonia com o género real</i>
Parto	<i>Eutócico na maioria dos casos</i>	<i>Eutócico na maioria dos casos</i>	<i>Eutócico na maioria dos casos</i>
Humor materno pós-parto	<i>Humor estável, seguindo-se Instabilidade de humor Poucos casos de Depressão/ Tristeza</i>	<i>Instabilidade de humor ou Depressão/ Tristeza na maioria dos casos</i>	<i>Humor estável, na maioria dos casos Alguns casos de Depressão/ Tristeza</i>
Amamentação	<i>Amamentação ao seio materno na maioria</i>	<i>Amamentação ao seio materno na maioria</i>	<i>Amamentação ao seio materno na maioria</i>
Tempo médio de amamentação	<i>21 semanas</i>	<i>19 semanas</i>	<i>44 semanas</i>
Frequência de amamentação	<i>Intervalo regular na maioria dos casos</i>	<i>Intervalo regular na maioria dos casos</i>	<i>Mamada em função da necessidade do bebé na maioria dos casos</i>
Reacção do bebé à amamentação	<i>Tranquilidade/ satisfação na maioria dos casos</i>	<i>Tranquilidade/ satisfação na maioria dos casos</i>	<i>Tranquilidade/ satisfação na maioria dos casos</i>
Atitude materna face à amamentação	<i>Prazer/ satisfação na maioria dos casos</i>	<i>Frustração/dor na maioria dos casos</i>	<i>Prazer/ satisfação na maioria dos casos</i>
Motivo do desmame	<i>Leite materno insuficiente</i>	<i>Leite materno insuficiente ou Iniciativa materna</i>	<i>Conselho médico ou leite materno insuficiente</i>
Cólicas idiopáticas do 1º trimestre	<i>2 meses e meio</i>	<i>2 meses e meio</i>	<i>2 meses e meio</i>
Sono actual	<i>Sono agitado maioritariamente</i>	<i>Sono calmo maioritariamente</i>	<i>Sono agitado maioritariamente</i>
Formas de adormecimento	<i>Companhia materna Fenómenos transicionais</i>	<i>Companhia materna ou Adormece sozinho</i>	<i>Companhia materna na maioria dos casos</i>

Quadro 7.67. Continuação

	Grupo 1	Grupo 2 Objecto de Adormecimento	Grupo 3 S/ Objecto Privilegiado
Local onde a criança dorme	Objecto Transicional <i>Quarto individual</i> ou <i>Quarto com irmãos</i>	<i>Quarto dos pais</i> (<i>cama própria ou cama dos pais</i>) em cerca de metade dos casos	<i>Quarto dos pais</i> (<i>cama própria ou cama dos pais</i>) na maioria dos casos
Idade média de mudança para quarto próprio	<i>11 meses</i>	<i>11 meses</i>	<i>9 meses</i>
Adaptação ao quarto próprio	<i>Boa adaptação/Aceitação</i>	<i>Boa adaptação/Aceitação</i>	<i>Boa adaptação/Aceitação</i>
Idade média de frequência de creche	<i>11 meses</i>	<i>8 meses</i>	<i>11 meses</i>
Adaptação à creche	<i>Gradual / Recusa inicial</i>	<i>Gradual / Recusa inicial</i>	<i>Gradual / Recusa inicial</i>
Relacionamentos na creche	<i>Relação com vários adultos</i>	<i>Relação com vários adultos</i>	<i>Relação com vários adultos</i>
Colocação anterior à frequência de creche	<i>Mãe/Pai ou Outro familiar</i>	<i>Mãe/Pai ou Ama</i>	<i>Mãe/Pai</i>

Os resultados não revelaram diferenças significativas entre os grupos, no que concerne à aceitação e planeamento da gravidez. Estas variáveis são por nós consideradas como eventualmente indicadores do desejo consciente de ter um filho, existindo uma preparação para a gestação e nascimento da criança. Salientaram-se ligeiras tendências para que as mães das crianças que posteriormente se apegaram a um objecto transicional, tenham tido maior investimento no planeamento e aceitação da gravidez, por oposição às mães dos sujeitos que não vieram a desenvolver apego específico a nenhum objecto.

Estes dados articulam-se com uma maior vivência de enjoos e indisposições físicas durante a gestação nas mães que menos planearam e mais ambivalência sentiram em relação à aceitação da gravidez. Estes resultados são sobretudo evidenciados pelas mães de crianças sem objecto privilegiado, que poderão mostrar maiores dificuldades de aceitação do filho.

Diversos estudos têm referido a existência de alterações de humor nos processos gestacionais normais. Neste sentido, constatámos que as mães de crianças com objecto transicional referiram, com maior frequência do que as restantes, a vivência de alterações emocionais durante a gestação, o que não nos parece comprometedor de uma vivência saudável do processo gravídico, mas apenas, uma manifestação de operações emocionais inerentes à gravidez. Tendo em conta que estas mulheres evidenciaram, na sua maioria, um bem-estar emocional no pós-parto, podemos considerar que viveram adequados estados afectivos relacionados com a maternidade.

Assim, quanto aos aspectos emocionais, não existem contrastes significativos entre os grupos de mães, já que sensivelmente metade se sentiu emocionalmente estável, tanto durante a gravidez, como após o parto.

Ainda no que se refere à gravidez, encontrámos uma ligeira tendência para que as mães de crianças com objecto transicional tenham tido mais problemas de natureza sócio-familiar, nomeadamente doença ou morte na família ou problemas de saúde, do que as mães dos outros grupos.

No entanto, em termos gerais, as mães de todas as crianças avaliam o decurso da gravidez com normal. Em média, referem ter iniciado o acompanhamento médico entre a quinta e a sétima semana, não se revelando esta variável contrastante entre os grupos. Também o tempo de gravidez é semelhante, rondando as 39 semanas em todos os grupos, não se registando casos de prematuridade.

Assim, podemos concluir que as diversas variáveis relativas à vivência da gravidez não se mostraram relevantes na comparação entre os grupos. Apenas salientamos uma ligeira tendência para que as mães de crianças com objecto transicional evidenciem uma maior aceitação e desejo da gravidez e para que as mães de crianças sem objecto privilegiado refiram maior ambivalência e vivência de enjoos

e indisposições físicas. Os nossos resultados não corroboram directamente aqueles encontrados por Relvas (1983), já que a autora considerou que uma vivência problemática da gravidez e a prematuridade seriam factores impeditivos do futuro apego da criança a um objecto transicional.

Hipotetizámos que o bebé imaginário, isto é, as fantasias que a mãe tem sobre a criança, antes do seu nascimento, seria um indicativo de uma aceitação e desejo da gravidez. Os nossos resultados indicaram que esta variável não tem qualquer peso no contraste entre os grupos, já que a maioria das mães refere ter fantasiado e imaginado o bebé durante a gestação. Observámos também que para a maioria das gestantes seria indiferente o género do bebé, seguindo-se uma preferência que se revelou sintónica com o sexo real da criança. Esta sintonia poderá manifestar uma tendência para responder de acordo com o socialmente correcto, negando a insatisfação sentida com o género real da criança.

Relvas (1983) observou que o parto por cesariana é uma variável comprometedora de uma futura vinculação a um objecto transicional. Mais uma vez os nossos resultados não nos permitem concluir neste sentido, uma vez que não encontrámos diferenças entre os grupos no que se refere ao tipo de parto. A maioria das crianças nasceu de parto eutócico, seguindo-se o parto por cesariana, com semelhante frequência em todos os grupos. Também observámos que a maioria dos nascimentos foram espontâneos, embora um número relevante de mães, em todos os grupos, tenha referido ser necessário induzir o parto. A distribuição desta variável é muito semelhante em todos os sujeitos, pelo que não possui um peso importante na posse de um determinado objecto de apego.

A maioria das parturientes sentiu o nascimento da criança como tendo tido uma duração regular, seguindo-se um número símil nos vários grupos que refere ter tido um parto rápido. A duração do parto é importante para o bem-estar do recém-nascido, já

que um prolongamento do nascimento pode provocar diversos índices de sofrimento fetal, acarretando um aumento da angústia inicial vivida pelos bebés aquando do nascimento, fruto da sensação de sobressalto resultante do contacto com uma realidade não tão acolhedora como o útero materno.

Os resultados indicaram-nos, então, que a vivência subjectiva do parto é de um modo geral positiva, não se mostrando as diversas variáveis como contrastantes entre os grupos.

Já referimos a existência de uma prevalência de estabilidade de humor no pós-parto, referida pelas mães de crianças com objecto transicional. Embora não se tenham encontrado diferenças significativas entre os grupos, pudemos observar que as mães de crianças com objecto de adormecimento e daquelas que não possuem qualquer apego a um objecto específico, referiram com maior incidência a existência de sentimentos depressivos pós-parto.

Quanto à alimentação no primeiro ano de vida, os resultados mostraram que a maioria das crianças nos três grupos foram amamentadas ao seio materno, embora difiram no que se refere ao tempo de amamentação. Assim, as crianças com objecto transicional foram desmamadas em média, por volta dos quatro/cinco meses de vida, as que possuem objecto de adormecimento, por volta dos quatro meses, enquanto que as crianças sem objecto se afastaram significativamente das restantes, já que em média foram amamentadas até por volta dos dez meses. Esta variável mostrou-se significativa no contraste entre o grupo de crianças sem objecto privilegiado e os restantes grupos, pelo que inferimos tratar-se de um factor importante na posse de um objecto de transição e de adormecimento, reflectindo uma vivência mais prolongada da relação precoce mãe-filho.

Mais uma vez observamos resultados opostos aos encontrados por Relvas (1983), que verificou que a inexistência de amamentação, ou uma duração reduzida da

mesma, seriam factores impeditivos da futura ligação ao objecto transicional. Não temos resultados relativos à inexistência de amamentação, mas podemos observar que as crianças que não possuíam objecto privilegiado de apego foram amamentadas ao seio materno até bastante mais tarde do que as restantes.

No que se refere à regularidade na alimentação, os resultados mostraram que a maioria das crianças com um objecto de apego tinham uma regra periódica de mamada, havendo um intervalo regular entre cada momento em que a mãe oferecia o seio. No grupo de crianças sem objecto privilegiado encontrámos um número ligeiramente superior de lactentes que mamavam quando tinham fome, o que reflecte uma sensibilidade materna de adaptação às solicitações do bebé. Estes resultados poderão ser reflexo do crescimento físico e emocional da criança, bem como das maiores competências comunicacionais que permitem uma melhor compreensão dos seus estados de fome e também, dos seus estados afectivos. De facto, tendo em conta que estas crianças foram amamentadas até mais tarde, sabemos que terão tido em simultâneo uma alimentação artificial, cuja introdução é geralmente aconselhada a partir dos quatro meses. Assim, estas mães poderão ter respondido ao questionário, com base nas suas memórias mais recentes, referindo-se então ao esquema de amamentação mais tardio, e não ao utilizado nos tempos iniciais de vida do bebé. Observámos que uma criança sem objecto privilegiado e uma criança com objecto de adormecimento ainda não foram desmamadas.

Procurámos reflectir um pouco sobre a importância da regularidade na amamentação. Segundo Klein (1936), o fornecimento regular de alimento ao lactente possui um aspecto positivo para o seu bem estar físico. No entanto, há bebés que não conseguem suportar grandes intervalos entre as mamadas, pelo que, nesses casos, a mãe deverá ser capaz de se adaptar de forma flexível às solicitações do filho. Spitz (1998), por outro lado, valorizou a alimentação irregular fornecida em função do

desejo do bebé, salvaguardando, no entanto, a importância da saúde mental da mãe na adequada utilização desse esquema alimentar.

Uma outra variável que nos pareceu importante avaliar refere-se à reacção do bebé à mamada. Pudemos observar que a maioria dos sujeitos evidenciava uma tranquilidade e satisfação após a mamada, embora exista uma tendência para que um maior número de crianças sem objecto de apego, ficassem insaciadas, solicitando o seio sofregamente.

A atitude materna face à amamentação revelou uma distribuição contrastante entre os grupos, embora sem relevância estatística. Enquanto que a maioria das mães de crianças com objecto transicional e das crianças sem qualquer objecto, referiram sentir-se satisfeitas e traduziram uma sensação prazerosa na amamentação do filho, as mães de crianças com objecto de adormecimento salientaram sobretudo sentimentos de dor ou frustração aquando da mamada. Este aspecto poderá explicar o facto de estes bebés terem sido desmamados mais cedo, geralmente por iniciativa própria da mãe, fruto da má vivência da amamentação. No entanto, como vimos, estas crianças tinham uma boa aceitação da alimentação ao seio evidenciando, na sua maioria, um bem-estar e tranquilidade.

Anna Freud (1987) considerou que a evolução na alimentação partirá da amamentação ao seio materno ou biberon para o desmame, o que, em casos bem sucedidos, irá permitir uma boa adaptação à alimentação artificial e a posterior transição para que a criança se possa alimentar a si própria e passe a comer sozinha.

Como vimos, diversos autores enquadram a época do desmame com a problemática da posição depressiva. Winnicott (1954) salientou que, embora a altura indicada para o desmame varie de acordo com determinados padrões culturais, deverá

iniciar-se só depois do surgimento dos conhecidos jogos de deixar cair objectos¹¹ que se iniciam só depois dos cinco meses de idade e se prolongam até aos 12 ou 18 meses.

Klein (1936) considerou que o desmame deve ser feito de forma gradual e geralmente deve iniciar-se por volta dos oito ou nove meses. Achou ainda que a mamada pelo biberon só deverá ser introduzida por volta dos cinco ou seis meses da criança, constituindo-se como um substituto para o seio da mãe, pois permite ao bebé ter o prazer de sugar e de estabelecer a relação com a mãe-seio, através dele. A autora considerou que a inexistência de amamentação ao seio materno não é impeditiva de um bom desenvolvimento, embora seja sempre mais vantajosa essa experiência bem sucedida.

Como vimos, para os sujeitos do nosso estudo, o desmame oscilou entre os quatro meses no grupo de crianças com objecto de adormecimento, os cinco meses nas crianças com objecto transicional e os dez meses para as crianças sem objecto privilegiado, o que salienta, neste último grupo, uma maior adequação materna às reais capacidades afectivas da criança.

Quanto aos motivos que conduziram ao desmame, não se encontraram diferenças significativas entre os grupos, existindo sobretudo factores de ordem médica, bem como uma insuficiência do leite materno na satisfação da criança. No entanto, verificou-se que as mães das crianças com objecto de adormecimento tiveram mais frequentemente a iniciativa de desmamar a criança, geralmente por motivos de ordem profissional. De um modo geral, quase todas as crianças dos três grupos se adaptaram bem à alimentação artificial.

Ainda no que concerne à alimentação, Spitz (1998) referiu que as variações no comportamento alimentar infantil, poderão modelar as relações na díade mãe-filho. O

¹¹ Descritos pelo autor em 1941, no seu texto "Observação de bebés numa situação estabelecida",

autor considera que o comportamento materno (ansioso, permissivo, rejeitante ou outro) se reflecte no da criança, o que poderá conduzir a um agravamento de alguns conflitos relacionados com a questão alimentar.

O surgimento de psicopatologia, nomeadamente das cólicas idiopáticas do primeiro trimestre são, segundo Spitz (1998), um indicador da existência de uma alteração na relação mãe-filho. Na sua grande maioria, as crianças da amostra apresentaram esta sintomatologia, embora em maior frequência no grupo de crianças com objecto transicional.

Tendo em conta que recolhemos a nossa amostra em contexto de jardim de infância, o que corresponde a população normal, sem distúrbios evidentes ao nível das mães e dos filhos, podemos inferir que, apesar de indicador de psicopatologia, este distúrbio é bastante mais frequente na infância do que os problemas do foro alergológico, encontrados na nossa amostra com uma prevalência muito reduzida.

A questão do adormecimento será talvez das variáveis mais relevantes deste estudo, dado que salienta a importância dos dois tipos de objecto neste processo. Os nossos resultados mostraram que a maioria das crianças que não possuem objecto de apego privilegiado precisam da companhia da mãe para adormecer, embora se saliente que algumas adormecem sozinhas, sem evidenciar necessidade de actividades auto-acariciadoras, ou fenómenos transicionais. Só um número restrito destas crianças manifesta fenómenos de adormecimento. Estes resultados remetem-nos para a questão da existência de uma proximidade na relação mãe-filho, derivada do facto destas crianças serem mais novas do que as dos restantes grupos, dormindo ainda, na sua maioria, no quarto dos pais. Gostaríamos de salientar a pouca eficácia dos fenómenos transicionais enquanto factor ansiolítico na situação de adormecimento, factor já referido por Busch (1974).

Na variável relativa às formas de adormecimento, constatámos que as mães nunca assinalavam a necessidade de um objecto específico importante nesta situação, mesmo nos grupos de crianças que evidenciam um apego privilegiado a um objecto exterior. Consideramos que, a par com estes objectos, existirão outras formas adoptadas pelos sujeitos na indução do sono. Assim, o grupo de crianças que possui um objecto transicional evidencia um número significativo de casos em que a presença da mãe é necessária ao adormecimento (embora com frequência inferior à dos restantes grupos), revelando igualmente uma necessidade de recurso a determinados fenómenos transicionais. Apenas um número restrito de crianças, neste grupo, adormecem sozinhas, salientando-se uma total eficácia do objecto transicional. A maioria das crianças com objecto de adormecimento precisam também da presença da mãe, seguindo-se algumas que adormecem sozinhas, sem recurso a fenómenos transicionais. Como vimos, todas estas crianças possuem um 'ó-ó' para adormecer, o que nos indica que a presença da mãe será sempre necessária, a par com o objecto. Pensamos ainda que os objectos de adormecimento não são então usados como fenómenos transicionais, acalmando apenas pela sua presença.

Quanto ao uso do objecto transicional, os resultados parecem indicar que, embora importante no adormecimento, não substitui a presença da mãe, que se torna também necessária. O apoio materno securizante facilita uma boa vivência dos processos de adormecimento e sono (Winnicott, 1968b).

Winnicott (1990a) considerou que o repouso implica um relaxamento e uma regressão saudável ao estado de não integração. Na ausência do ambiente facilitador, a criança não consegue utilizar as técnicas transicionais na defesa contra as angústias inerentes ao adormecimento e sono, surgindo as perturbações do sono, medo de adormecer e os pesadelos (Winnicott, 1968b). Neste sentido consideramos que o objecto de adormecimento tem também um papel importante, podendo ser um auxiliar

precioso no ultrapassar deste processo, que, em casos patológicos poderá remeter para uma vivência de angústias de desintegração.

Relativamente ao sono actual, os nossos resultados salientaram a existência de agitação nocturna nos grupos de crianças com objecto transicional e sem objecto, salientando-se uma prevalência de sono calmo nesta fase do desenvolvimento nas crianças com objecto de adormecimento. Em relação à evolução do sono, algumas crianças com objecto transicional evidenciaram um sono calmo em etapas mais precoces do desenvolvimento. Podemos inferir que a presença de um objecto transicional se torna um poderoso tranquilizante durante o adormecimento, mas não interfere no sono propriamente dito. Embora os grupos com objecto de adormecimento e sem objecto tenham uma distribuição semelhante nesta variável, salientou-se uma maior estabilidade do sono nas crianças com objecto de adormecimento, o que parece evidenciar uma tranquilidade ao nível dos processos do sono.

Inversamente, pudemos constatar que as crianças com objecto de adormecimento apresentaram em maior número a existência de pesadelos, por volta dos dois anos de idade, seguindo-se as crianças com objecto transicional, que apresentaram esta perturbação por volta dos 25 meses. Nas crianças sem objecto, só duas tiveram pesadelos, por volta dos 34 meses.

As crianças com objecto de adormecimento apresentam um sono mais calmo do que as que possuem um objecto transicional, facto que pode apontar para uma mais adequada função materna de holding, contributo fundamental para a aquisição de normais processos de relaxamento e saudável vivência dos processos de sono.

A variável relativa ao local onde a criança dorme revelou diferenças significativas entre os grupos. Os resultados apontaram para que a maioria das crianças sem objecto ainda dormem no quarto dos pais, ou até na mesma cama. Nos restantes grupos, as crianças já dormem em quarto próprio ou com os irmãos, sobretudo no

grupo que possui objecto transicional. Esta distribuição deverá estar relacionada com a faixa etária destas crianças, uma vez que as que possuem objecto transicional são mais velhas, motivo pelo qual é mais evidente a separação dos pais e a mudança para quarto próprio. As crianças com objecto de adormecimento dividem-se igualmente por terem quarto individual ou ainda dormirem no quarto dos pais; relembramos que este grupo possui uma idade intermédia relativamente aos restantes.

Ainda no que concerne às crianças com objecto transicional, vimos que nenhuma dorme na cama dos pais, e muito poucas partilham o quarto com eles, factor que poderá ser fundamental no apego a um objecto privilegiado. De facto, Busch (1974, 1977) considerou como principais factores para a ligação ao objecto transicional, a experiência ansiogénica do adormecer, aliada ao afastamento físico da mãe nessa altura. Outros estudos mostraram que crianças que dormem com as mães não desenvolvem apego a qualquer objecto, ao contrário de outras que dormem em camas ou quartos separados dos pais (Caudhill, 1971; Gaddini & Gaddini, 1970, in Busch, 1974; Ekecranz & Ruhde, 1971, in Grolnick, 1993).

O objecto de adormecimento poderá ser então, uma poderosa arma contra esta ansiedade de adormecimento, embora não tenha uma função tão eficaz na substituição da presença materna.

Quanto à distribuição desta variável no grupo sem objecto de apego, consideramos que o facto de estas crianças serem mais novas do que as restantes não justifica totalmente as diferenças encontradas, uma vez que no grupo com objecto transicional a mudança de quarto se deu por volta dos 11 meses de idade, idade inferior à média de idade do Grupo 3, que é actualmente de 25 meses. Podemos inferir que as mães de crianças sem objecto, têm uma maior dificuldade na separação dos filhos, não permitindo, por motivos diversos, a sua mudança de quarto. Por outro lado, algumas destas mães introduzem a separação mais precocemente, uma vez que as

crianças que já mudaram de quarto, o fizeram mais cedo do que as dos restantes grupos.

A maioria das crianças em todos os grupos adaptaram-se bem ao quarto próprio, existindo no entanto cinco sujeitos com objecto transicional que rejeitou essa mudança. É curioso constatar que este valor corresponde exactamente ao número de sujeitos que ainda dorme no quarto dos pais.

Os estudos de Relvas (1983) mostraram que a frequência de creche pode ser um outro factor desencadeante da necessidade de apego a um objecto transicional, já que as crianças que observou que se mantinham em casa com os pais, não mostravam vinculação a qualquer tipo de objecto exterior.

No entanto, consideramos que este aspecto poderá ser importante apenas se acontecer numa fase de desenvolvimento em que a criança não está preparada para a separação. As crianças, desde o nascimento, evidenciam uma tendência inata para o crescimento e independência, mesmo antes de começar a andar e falar. Desde cedo, a mãe sabe que a sua presença é indispensável para a crescimento da criança, que no início depende totalmente de si. No entanto, já antes da entrada para a creche, existem processos que lhe começam a mostrar que já não é tão necessária como nas fases iniciais do desenvolvimento (Furman, 1993). Winnicott (1954, 1957, 1963 in Furman, 1993) referiu que quando a criança começa a perceber que está separada da mãe, debatendo-se com a sua agressividade primitiva contra ela, surgem os primeiros sinais de ansiedade.

Na sua maioria, os nossos sujeitos frequentavam creche, pelo que nunca foi nosso objectivo verificar se esta variável teria um peso relevante nos tipos de apego aos vários objectos. Assim, julgamos ser mais pertinente discutir a idade de entrada

para este estabelecimento, já que esse aspecto indica a fase da vida infantil em que houve a primeira separação face aos pais.

Anna Freud (1987) considerou que, apesar de não ser possível demarcar uma idade certa a partir da qual será mais pacífico para a criança viver a entrada para a creche, só após se atingir a constância do objecto será menos perturbador viver esta separação da mãe, estando então a criança preparada para vivenciar as relações com os pares e conhecer novas situações. Após a constância objectal, a estabilidade do objecto interno permite lidar com o afastamento físico da mãe externa, já que a criança consegue representá-la na sua ausência, sabendo que ela não desapareceu. Como vimos, este processo desenrola-se durante toda a fase de separação-individação, que termina só depois do segundo aniversário da criança (Freud, 1987).

Durante a problemática da posição depressiva, o objecto transicional pode representar ainda o objecto parcial, sempre que surgem dificuldades na relação com a mãe como objecto total (Winnicott, 1975i). Assim, no início desta problemática, o objecto privilegiado representa o seio parcial e só progressivamente vai passar a representar um bebé, o pai ou a mãe.

Todas as crianças que observámos apresentam uma entrada para creche bastante prematura, numa fase ainda regida pela problemática da posição depressiva. Este aspecto será consequente das exigências profissionais sentidas por estas mães.

No entanto, embora os contrastes não sejam significativos entre os grupos, constatámos que as crianças com objecto transicional, bem como as que não evidenciam apego a um objecto específico, entraram para a creche por volta dos onze meses de idade, enquanto que os sujeitos com objecto de adormecimento, o fizeram mais cedo, por volta dos oito meses. Este aspecto poderá estar relacionado com o apego ao objecto, já que é precoce, e poderá, em alguns casos, ter sido introduzido pelas educadoras. Pensamos que a inclusão em creche por volta dos oito meses poderá

dificultar uma saudável vivência da angústia face ao estranho, um dos organizadores psíquicos, uma vez que se torna mais assustador para a criança desta idade sentir-se num ambiente estranho, afastada dos pais (Spitz, 1998).

Os resultados mostraram que a maioria das crianças nos três grupos apresentaram uma adaptação gradual à creche, embora as crianças sem objecto tenham evidenciado uma melhor adaptação que as restantes, não revelando um desconforto inicial face ao ambiente. Este facto poderá reflectir menor dificuldade de separação face às figuras parentais, justificação para a ausência da necessidade de uso de um objecto. Nos três grupos, as crianças criaram ligações a vários adultos, e não só a um adulto privilegiado, eventual substituto materno. Quanto à colocação anterior à entrada para a creche, podemos constatar que um número superior de crianças sem objecto e com objecto transicional permaneceu com os pais ou um familiar, enquanto que no grupo com objecto de adormecimento, a maioria já frequentava a mãe antes de ir para a creche, o que mostra uma separação precoce do ambiente materno. Este aspecto é relevante para a compreensão da relação mãe-filho e poderá eventualmente dar um contributo para o significado da ligação a um objecto necessário ao adormecimento. Pensamos ainda que o facto de as crianças sem objecto terem maior proximidade com a mãe durante um período mais prolongado, poderá ter contribuído para a inexistência de apego observável a um objecto exterior.

7.3. Análise dos Índices de Psicopatologia Materna nos três grupos

Com vimos na fundamentação teórica, são as recordações de uma relação gratificante com um 'seio bom', fornecedor de boas experiências de holding, handling e object presenting, que abrem caminho para o crescimento egóico da criança na sua busca de independência. Winnicott (1954) defendeu a ideia de que a criança só poderá adquirir um espaço transicional, reflectido na ligação observável a um objecto de transição, na presença de uma mãe suficientemente boa. Por este motivo, procurámos avaliar a existência de sintomatologia psicopatológica nas mães das crianças que observámos, procurando encontrar uma relação entre estes sintomas e o tipo de apego a um determinado objecto.

Tendo em conta que a nossa amostra foi recolhida no seio de população normal, dificilmente se encontrariam resultados indicadores de psicopatologia nas diversas escalas clínicas. No entanto, procurámos encontrar pequenas diferenças que pudessem contrastar os grupos, manifestando uma tendência de distanciamento.

O nosso objectivo passou então por uma caracterização de estados e traços de ansiedade, estados depressivos e outros sintomas de psicopatologia. No Quadro 6.68 são apresentados os resultados mais elevados e os valores inferiores, em cada um destes índices psicopatológicos, evidenciados pelas três grupos de mães.

Quadro 7.68. Resultados contrastantes ao nível dos Índices de Psicopatologia Materna em crianças que possuem Objecto Transicional, crianças que usam Objecto de Adormecimento e crianças que não evidenciam apego a um objecto específico

	Valores mais elevados que os dos restantes grupos	Valores mais baixos que os dos restantes grupos
Grupo 1 Objecto Transicional	<i>Somatização (SCL-90-R)</i> <i>Ideação Paranóide (SCL-90-R)</i> <i>Psicoticismo (SCL-90-R)</i> <i>F5 (IACLIDE)</i>	<i>Ansiedade-Estado (STAI-Y)</i> <i>Ansiedade-Traço (STAI-Y)</i> <i>Ansiedade-Fóbica (SCL-90-R)</i>
Grupo 2 Objecto de Adormecimento	—	<i>IGS (SCL-90-R)</i> <i>Obsessão-Compulsão (SCL-90-R)</i> <i>Sensib. Interpessoal (SCL-90-R)</i> <i>Depressão (SCL-90-R)</i> <i>Ansiedade (SCL-90-R)</i> <i>Hostilidade (SCL-90-R)</i> <i>Ideação paranóide (SCL-90-R)</i> <i>Psicoticismo (SCL-90-R)</i> <i>Resultado Global (IACLIDE)</i> <i>F1-F2-F3-F4-F5 (IACLIDE)</i>
Grupo 3 Sem Objecto Privilegiado	<i>Ansiedade-Estado (STAI-Y)</i> <i>Ansiedade-Traço (STAI-Y)</i> <i>IGS (SCL-90-R)</i> <i>Obsessão-Compulsão (SCL-90-R)</i> <i>Sensib. Interpessoal (SCL-90-R)</i> <i>Depressão (SCL-90-R)</i> <i>Ansiedade-Fóbica (SCL-90-R)</i> <i>Hostilidade (SCL-90-R)</i> <i>Resultado Global (IACLIDE)</i> <i>F1-F2-F3-F4 (IACLIDE)</i>	—

Os nossos resultados salientaram que as mães de crianças que não evidenciam um objecto específico de apego apresentam maior número de sintomas na linha de diversas manifestações psicopatológicas, sendo as mães de crianças com objecto de adormecimento as que indiciam níveis inferiores de sintomatologia (IGS).

No que se refere à sintomatologia na linha da **Ansiedade**, constatámos que os valores médios evidenciados pelas mães de crianças sem objecto, no que se refere a traços de personalidade ansiosos, são mais elevados do que os encontrados na amostra normativa de aferição da prova, o que não é patente nos restantes grupos.

Ainda, os resultados mostraram que, embora sem peso estatístico, as mães das crianças sem objecto de apego privilegiado, têm valores de ansiedade-estado mais elevados que as mães dos restantes grupos. Este aspecto vem de encontro ao que esperávamos, já que a ansiedade materna pode contribuir para a delimitação da liberdade infantil na exploração dos materiais e do ambiente em seu redor. O distanciamento destas mães relativamente às restantes é ainda mais acentuado no que se refere à ansiedade-traço, o que salienta a existência de maior intensidade ao nível de traços permanentes de personalidade relativos a uma predisposição para a ansiedade. Estes traços de personalidade podem coexistir em indivíduos com patologia depressiva e podem condicionar o surgimento de sinais de ansiedade, sempre que estas mães se confrontam com situações ansiogénicas, que passarão a ser sentidas como ameaçadoras (Spielberger et al., 1983). Assim, consideramos que estes traços de personalidade poderão condicionar o surgimento de ansiedade face ao crescimento dos filhos, havendo por parte das mães uma dificuldade na gestão interna do processo de separação-individação da criança, equiparado por elas a uma perda do filho. Neste sentido, os nossos resultados mostraram-nos que estas mulheres amamentaram os bebés até mais tarde, incentivando uma estadia também mais prolongada da criança no quarto dos pais.

As mães das crianças que evidenciam um apego a um objecto transicional e das que possuem uma necessidade de objecto de adormecimento, apresentaram índices muito próximos ao nível da ansiedade estado e traço, evidenciando níveis não patológicos de ansiedade. No entanto, os valores são ligeiramente inferiores no grupo de mães de crianças com objecto de transição, nos níveis de ansiedade avaliados pela STAI-Y. Na sub-escala de Ansiedade, obtida pela SCL-90-R, observámos que as mães de crianças sem objecto específico e as de crianças com objecto transicional, apresentam resultados mais próximos entre si, sendo superiores aos das mães de

crianças com objecto de adormecimento. Pensamos compreender este nível inferior de ansiedade no grupo sem objecto por comparação à ansiedade medida pela STAI-Y, uma vez que avalia também sintomas de agitação, tensão interior e diversos sinais somáticos indicadores de estados de ansiedade, bem como aspectos que remetem para perturbações da ansiedade como quadros de ansiedade generalizada e ataques de pânico, que mais dificilmente surgem na população normal.

Winnicott (1990a) referiu inúmeras vezes a importância de uma boa experiência de holding, fundamental para que a criança se abandone, com confiança, a um estado de não integração. O autor alertou para os compromissos no holding derivados da ansiedade materna, manifestada não só por um excesso de atenção ao filho, como pela emotividade ansiosa, tremores, taquicárdia e outras manifestações somáticas.

Um vínculo estruturante e seguro ao objecto é um factor indispensável para que a criança se sinta segura e não desenvolva sintomas de ansiedade. Na angústia (medo sem objecto) existe uma ambivalência que traduz as atitudes das mães ansiosas na forma de cuidar do bebé.

Como é sabido, a ansiedade pode ter diversos destinos que se manifestarão quer pela histeria de conversão, pela perturbação psicossomática, pelas perturbações fóbicas ou ainda pelos quadros obsessivos, psicóticos ou border-line. A SCL-90-R, escala que utilizámos como forma de despiste de diversos sintomas psicopatológicos, permitiu-nos uma caracterização das mães em termos destes vários destinos de canalização da angústia.

A doença psicossomática deriva de uma dificuldade na elaboração mental e simbolização dos conflitos, surgindo uma impossibilidade de solucioná-los e uma viragem da agressividade contra o próprio corpo. Há doença psicossomática quando a

peessoa não consegue elaborar os seus problemas, ficando o sujeito num estado de não solução. Os nossos resultados evidenciam que as mães de crianças com objecto transicional possuem maior tendência para somatizar a ansiedade do que as mães das outras crianças, que evidenciam índices próximos. Estas mães acusam mais alterações cardio-vasculares, gastro-intestinais ou respiratórias, bem como outros sintomas somáticos equivalentes a estados de ansiedade, embora dentro dos parâmetros da normalidade. De qualquer forma, podemos observar que não existe uma manifestação de ansiedade expressa nestas mães.

As manifestações fóbicas surgem quando a vivência da angústia é projectada num determinado objecto, surgindo então a descrição de um medo intenso. As mães de crianças sem objecto privilegiado apontam maior tendência para evidenciar estes sintomas de natureza fóbica, geralmente associados a situações sociais ou a características de agorafobia.

Esta tendência materna poderá interferir na transmissão de uma segurança ao filho nestas situações e eventualmente condicionará maiores dificuldades de separação.

Também são as mães das crianças sem objecto privilegiado as que mais comportamentos e pensamentos obsessivo-compulsivos evidenciam, por oposição às mães de crianças com objecto de adormecimento, que apresentam os valores mais baixos.

Em termos de caracterização sintomatológica na linha da ansiedade, constatámos ainda que são as mães das crianças com objecto transicional as que apresentam maior disposição para vivenciar algumas ideias paranóides, bem como alguns indicadores de um tipo de vida esquizóide. No entanto, não se encontraram níveis patológicos destas características, o que aponta apenas para alguma inibição e limitação da confiança nos outros, adoptando-se um estilo de vida mais individualista. No que se refere à ideação paranóide, observámos valores bastante superiores nas

mães de crianças com objecto transicional, comparativamente às restantes, sendo que as mães de crianças com objecto de adormecimento apresentam índices inferiores. Parece-nos assim que estas mães poderão evidenciar uma tendência para apresentar uma desconfiança do exterior, embora sem relevância significativa e sem interferência nas relações interpessoais e relação mãe-filho.

De forma a analisar a sintomatologia característica de um desenvolvimento intra-psíquico e estabelecimento de relações objectais na linha da **Depressão** (Coimbra de Matos, 1983, in Matos, 1991) incluímos o estudo de um conjunto de sub-escalas da SCL-90-R e do resultado global no IACLIDE, bem como dos diversos factores que avalia.

A estabilidade emocional materna é muito importante para que a criança consiga desenvolver uma capacidade para estar só. Se a mãe deprimida se sentir rejeitada pelo crescimento egóico e físico do filho, reviverá um sentimento de ferida, que não permite a separação e o crescimento da criança, surgindo nesta, uma culpabilidade causada pelo sentimento de ter magoado a mãe (Furman, 1993).

Os nossos resultados mostraram-nos que as mães de crianças sem objecto privilegiado evidenciam um grau mais elevado de sintomatologia depressiva, embora sem alcançar um nível que permitiria o diagnóstico de depressão. Por outro lado, as mães de crianças com objecto de adormecimento apresentam os valores mais baixos comparativamente às restantes, em todos os tipos de avaliação depressiva que efectuámos, situando-se de um modo geral, o grupo de mães de crianças com objecto transicional, com resultados intermédios.

Assim, constatámos que são as mães de crianças sem qualquer objecto de apego as que apresentam maior tendência para um sentimento de eventuais dificuldades no desempenho de tarefas, em conjunto com sintomatologia de ordem biológica e cognitiva; também evidenciam uma maior propensão para sintomatologia de tipo

obsessivo, auto-crítico e pessimista, bem como uma perturbação na relação do indivíduo consigo próprio. Estas mães apresentam ainda, mais disposição para o padecimento de ideação suicida. A mesma tendência foi encontrada na sub-escala Depressão da SCL-90-R, que evidenciou maior propensão das mães de crianças sem objecto para uma sintomatologia de humor disfórico e retirada do interesse e motivação pelos acontecimentos da sua vida, bem como outros sinais cognitivos e somáticos de depressão.

Esta tendência repete-se nas sub-escalas Sensibilidade Interpessoal e Hostilidade, avaliadas pela SCL-90-R, salientando-se novamente uma superioridade das mães de crianças sem objecto e um posicionamento inferior das mães de sujeitos com objecto de adormecimento.

Assim, estas mães apresentam com maior frequência sentimentos de auto-desvalorização e desconforto nas relações interpessoais, bem como mais pensamentos, sentimentos e comportamentos hostis, de irritabilidade ou descontrolo.

Inversamente observámos que são as mães de crianças com objecto transicional as que apresentam maior tendência, relativamente às de crianças sem objecto privilegiado de apego, para a vivência de sentimentos de instabilidade emocional, dependência dos outros e traços de carácter apelativos. Estas mães apresentam também mais perturbações do sono.

A título conclusivo, salienta-se uma tendência para que as mães de crianças sem objecto apresentem mais índices de psicopatologia geral, sobretudo de tipos ansioso e depressivo. Esta sintomatologia pode reflectir a vivência de angústias de separação por estas mães, que serão limitativas do saudável processo de separação-individação da criança e indutoras da manutenção de uma problemática de tipo simbiótico. Ainda, estes traços maternos poderão justificar a resistência ao desmame e à mudança de

quarto que observámos neste grupo de sujeitos. Por outro lado, certas mães com traços depressivos podem ter também uma tendência para introduzir um desmame súbito, ou provocar uma separação mais precoce, sem atender às reais capacidades e solicitações da criança (Winnicott, 1960b). Observámos que nestas crianças, há uma tendência para que não durmam ainda em quarto próprio, mas por outro lado, algumas mães, quando mudaram os filhos de quarto, fizeram-no bastante precocemente.

Sintetizamos a discussão dos resultados encontrados para este grupo de sujeitos, relembando as formulações teóricas que nos permitiram compreender a impossibilidade de dissociação entre o comportamento materno desadequado e a formação de um objecto interno instável e pouco confiável. Deste modo, quanto mais se prolongar a ausência ou inadequação do objecto externo, mais se fragilizará a sua internalização, deixando de ser possível a posse de um objecto transicional (Schlierf, 1983; Spitz, 1998; Winnicott, 1956, 1959, 1975b).

À semelhança do que encontrámos, também Parker (1979, in Relvas, 1983) constatou que crianças sem objecto de transição têm uma assistência materna mais atenta e próxima. Ainda, Gaddini e Gaddini (1970 in Relvas, 1983) verificaram que as crianças que são amamentadas ao seio por um período prolongado, por manterem um maior contacto físico com a mãe, teriam menor necessidade de se apegar a um símbolo materno.

Quanto à utilização de um objecto de adormecimento, constatámos que estes são preferidos por crianças filhas de mães com níveis inferiores de sintomatologia, situando-se as mães de crianças com objecto transicional, de um modo geral, numa posição intermédia.

7.4. Análise Intra-Grupal dos três grupos de Crianças

Nesta fase final das nossas discussões passaremos a uma reflexão intragrupal, já que a análise correlacional que efectuámos nos permitiu encontrar alguns resultados interessantes, nos grupos de crianças com objecto transicional e com objecto de adormecimento.

Constatámos nas mães de crianças com objecto transicional uma relação positiva entre o tempo de gestação e o período de amamentação dos filhos, o que mostra uma sensibilidade crescente para a adaptação à criança, adquirida durante a gravidez. Aqui, podemos incluir o conceito de preocupação materna primária (Winnicott, 1956, 1970), saliente, embora de forma indirecta, nesta predisposição para uma maior dedicação interna à criança. Por outro lado, observámos também neste grupo, que quanto mais precoce a vigilância médica, mais duradoura seria a gravidez, o que evidencia as vantagens de um melhor e mais precoce acompanhamento médico.

Quanto à idade de início do apego ao objecto transicional, encontrámos uma correlação positiva com o tempo de amamentação, o que vem de encontro aos pressupostos teóricos que associam a idade do desmame ao início da problemática da posição depressiva, fase em que se inicia a ligação à primeira possessão não-eu, facilitadora deste processo. No entanto, alguns autores consideraram que o aparecimento do objecto transicional está inversamente relacionado com o tempo de aleitamento ao peito (Hong & Townes, 1976, in Relvas, 1983).

Outros resultados que nos parecem sintónicos com a compreensão teórica que apresentámos, passam pela correlação negativa entre a idade de apego ao objecto e o número de irmãos, já que a necessidade materna de partilha da dedicação por diversos filhos poderá antecipar a necessidade de separação do filho, sem compromisso de uma saudável relação precoce. Apesar deste aspecto, Relvas (1983) observou que crianças oriundas de fratrias numerosas têm menor tendência para vir a possuir um objecto

transicional. A idade de ligação ao objecto de transição está também directamente relacionada com a existência de sintomatologia hostil nestas mães.

De forma a compreender a interferência da sintomatologia materna na relação mãe-filho, neste grupo, observámos que as mães mais ansiosas têm tendência a ter menos filhos, talvez como defesa contra a rejeição inconsciente e a sensação de ameaça vinda do exterior. Por outro lado, a dificuldade de elaboração mental da ansiedade manifesta na tendência para uma somatização parece conduzir a uma tentativa de separação mais precoce dos filhos, nomeadamente patente na inclusão mais precoce em creche.

Finalmente observámos que uma maioria de traços e sintomas psicopatológicos conduzem a um adiamento da mudança da criança de quarto, o que remete para certas características do processo de separação mãe-filho.

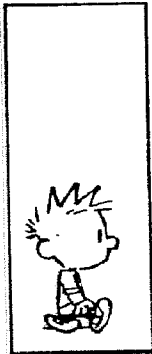
No grupo de crianças com objecto de adormecimento, pudemos observar que não existe relação entre o tempo de amamentação e o tempo de gravidez, ao contrário do sucedido no grupo anterior.

Encontrámos uma interferência de diversos níveis de sintomatologia materna na vigilância médica mais precoce. Também o maior número de sinais de ansiedade e sintomatologia depressiva levou a uma introdução mais tardia em creche, talvez por dificuldades na separação da díade primitiva.

Encontrámos uma relação entre os sintomas gerais maternos, a maior ansiedade fóbica e a maior tendência obsessivo-compulsiva, bem como o comportamento menos hostil e o apego mais precoce do filho ao 'ó-ó'.

No grupo de crianças sem objecto aparente de apego não encontrámos inter-relações significativas entre as variáveis. Gostaríamos apenas de salientar a tendência para que tempos mais prolongados de amamentação condicionem uma mudança mais

tardia do quarto dos pais, facto que pode ser justificado por uma questão de conveniência e facilidade, já que a maior proximidade permite que o bebé seja mais rapidamente alimentado e assistido.



Capítulo 8. CONCLUSÕES

Este trabalho de investigação abordou directamente o conceito winnicottiano de objecto transicional, conceito esse que tem contribuído largamente para a compreensão de diversos processos do desenvolvimento primitivo das relações objectais. Mas, a sua aplicação a outras áreas de estudo reverte-se também da maior pertinência. De facto, pensamos ser interessante considerar as implicações da existência, ou não, de uma área intermediária de experiência, em certos processos adolescentes, bem como no estabelecimento da relação terapêutica.

Não se pretendia testar hipóteses teóricas explicativas do funcionamento emocional patente na inexistência de ligação ao objecto transicional, mas apenas comparar três grupos, procurando isolar variáveis de desenvolvimento e psicopatologia, eventualmente importantes na sua distinção, sem objectivos de generalização.

Os resultados mostraram que as crianças que não possuem qualquer necessidade de apego a um objecto exterior são mais novas do que as restantes, sendo que a maioria ainda dorme no quarto dos pais. Outra variável, que se revelou importante, aponta para o facto de que estas crianças foram amamentadas ao seio materno até bastante mais tarde. Estes aspectos podem salientar, na nossa opinião, algumas angústias de separação maternas, que poderão conduzir a uma mais prolongada manutenção das características da relação primitiva mãe-filho. A imaturidade infantil para a separação face à figura materna torna desnecessário o recurso à posse do objecto transicional, materialização simbólica do objecto interno.

Os sujeitos que utilizam um objecto informe na indução do sono têm uma idade inferior à dos que possuem um objecto de transição, apresentando também uma maior precocidade na ligação ao 'ó-ó'. Estes factores remetem-nos para a hipótese de que se

tratam de pré-objects transicionais, na medida em que possuem um potencial calmante e uma função defensiva contra angústias primitivas, nomeadamente a da perda da simbiose, embora não tenham ainda um motor simbólico imprescindível na facilitação do processo ulterior de separação-individuação, até ao alcance da constância objectal.

Na nossa opinião, estes 'ó-ó's aproximam-se dos objects percursos definidos classicamente por Gaddini (1978) e Winnicott (1975a) como partes do corpo do lactente ou da mãe, ou a roupa de amamentar. Estes objects não são ainda 'externos', possuindo características de odor e textura representativas da relação fusional mãe-bebé. Segundo Gaddini (1980, in Relvas, 1983), tal como as actividades auto-acariciadoras, também o uso das fraldas de pano pode ser um precursor da primeira possessão não-eu.

Consideramos, então, que o 'ó-ó' se aproxima dos processos mais precoces do desenvolvimento emocional, sendo parte de uma fase primária do processo de ilusão que, a ser vivido de forma 'suficientemente boa', abrirá caminho para uma vivência ulterior da ligação ao objecto transicional, veículo para a construção da capacidade simbólica e da criatividade e para a estruturação de uma personalidade independente. Estes objects de adormecimento têm o poder de substituir a mãe, mas não de a simbolizar, recriando o calor e suavidade da relação inicial apenas na situação de indução do sono: poderão, então, fazer parte de uma área mais precoce, 'pré-transicional' e 'pré-simbólica'.

Finalmente, os resultados salientaram valores mais elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva nas mães de crianças sem apego a um objecto exterior, bem como superiores índices de sintomatologia geral. Por outro lado, os resultados mais baixos na maioria das variáveis clínicas avaliadas, foram evidenciados pelas mães das

crianças que necessitam de um objecto de adormecimento, revelando as mães de sujeitos com objecto transicional, valores intermédios.

Gostaríamos de referir, a título conclusivo, algumas limitações deste estudo. Por um lado, a fraca representatividade da nossa amostra, a par com a impossibilidade de aleatorização na selecção dos sujeitos, impõe fortes compromissos de generalização das conclusões. Também o facto de se tratarem de sujeitos oriundos da população normal limitou a compreensão da interferência de sintomatologia materna no contraste entre os três grupos de sujeitos. Finalmente, salientam-se outro tipo de limitações, inerentes à metodologia e instrumentos utilizados.

Pensamos, no entanto, que o nosso estudo permitiu isolar algumas tendências e, assim, gerar algumas ideias inovadoras para futuras investigações na área das relações objectais, nomeadamente no desenvolvimento dos conceitos que aqui abordámos. Julgamos importante contrastar a posse de um objecto transicional ou de adormecimento, com a inexistência de apego a qualquer objecto exterior, em crianças que não frequentem creche, mantendo por isso uma continuidade na proximidade da relação mãe-filho. Também pensamos ser importante analisar de forma mais acuidada a interferência da posição na fratria na posse de um objecto privilegiado, bem como a importância do número de irmãos.

Estudos de follow-up dos sujeitos analisados poderão dar ainda um contributo importante para o conhecimento do desenvolvimento emocional pós-edipiano de crianças que se apegaram, ou não, a um objecto de transição.

Por último, somos de opinião que o estudo do desenvolvimento das relações objectais precoces em filhos de mães com doença depressiva, perturbações da ansiedade ou outras doenças psiquiátricas, poderá contribuir para uma melhor compreensão da relação entre os traços e sintomas psicopatológicos maternos e a posse de um objecto transicional infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ajuriaguerra, J. (1974). Manuel de Psychiatrie de l'Enfant (2^a ed.). Paris: Masson and C.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual for mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.

Anthony, E. J. (1978). Affective disorders in children and adolescents with special emphasis on depression. In J.O. Cole, A. F. Schatzberg & S.H. Frazier (Eds.), Depression: Biology, Psychodynamics and Treatment. NY: Plenum Press.

Arfouilloux, J. (1993). Dépression et dépressivité chez l'enfant. Journal de la Psychanalyse de l'Enfant – Les Dépressions, 13, 242-261.

Axline, V.M. (1976). Play Therapy. NY: Ballantine Books.

Badaracco, J. E. C. (1986). La identificación y sus vicisitudes en la psicosis. La importancia del concepto "Objeto Enloquecedor". In Libro Anual de Psicoanálisis, 218-227.

Bégoïn, J. (1993). Dépression et destructivité dans la vie psychique de l'enfant. Journal de la Psychanalyse de l'Enfant – Les Dépressions, 13, 317-327.

Bettes, B.A. (1988). Maternal depression and motherese: temporal and intonational features. Child Development, 59, 1089-1096.

Bick, E. (1991). A experiência da pele em relações de objecto arcaicas. In E.B. Spillius (Ed.), Melanie Klein Hoje: Desenvolvimentos da Teoria e da Técnica (Vol. 1; pp. 194–198). RJ: Imago.

Bick, E. (1992). Remarques sur l'observation de bébés dans la formation des analystes. Journal de la Psychanalyse de l'Enfant – L'Observation du Bébé, Points de Vue Psychanalytiques, 12, 14-35.

Bleichmar, H. (1983). Depressão – Um Estudo Psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bollas, C. (1987). The Shadow of the Object – Psychoanalysis of the Unthought Known (pp. 41-63). London: Free Association Books.

Bollas, C. (1994). O objecto transformacional. In G. Kohon (Org), A Escola Britânica de Psicanálise: The Middle Group – A Tradição Independente (pp. 63–75). Porto Alegre: Artes Médicas.

Bowlby, J. (1981). Cuidados Maternos e Saúde Mental. S. Paulo: Martins Fontes.

Braconnier, A. (1993). Les transformations de l'angoisse en dépression. Journal de la Psychanalyse de l'Enfant– Les Dépressions, 13, 317-327.

Brazelton, T.B. & Cramer, B.G. (1989). A Relação mais Precoce. Lisboa: Terramar.

Busch, F. (1974). Dimensions of the first transitional object. The Psychoanalytic Study of the Child, 29, 215-229.

Busch, F. (1977). Theme and variation in the development of the first transitional object. The International Journal of Psycho-Analysis, 58 (4), 479-486.

Carvalho, A.C. (2000). Auto-estima e ansiedade em grávidas adolescentes. Estudo comparativo: gravidez na adolescência vs gravidez na idade adulta. In J. L. P. Ribeiro, I. Leal & M.R. Dias (Orgs), 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas (pp. 55 – 66). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Childland, C. (1999). L'attachement: Une discussion. La Psychiatrie de l'Enfant, XLII(2), 375-382.

Coimbra de Matos, A. (1982a). Depressividade, reparação narcísica e neurose. Jornal do Médico, CVIII (1967) (separata), 281-282.

Coimbra de Matos, A. (1982b). A relação depressiva. Jornal do Médico, CVIII (1971) (separata), 559-560.

Coimbra de Matos, A. (1982c). Três notas sobre a depressão. Jornal do Médico, CIX (1983) (separata), 451-455.

Coimbra de Matos, A. (1982d). Personalidade depressiva e depressão. Jornal do Médico, CIX (1989) (separata), 834-845.

Coimbra de Matos, A. (1982e). A depressão, essa incógnita. Jornal do Médico, CIX (1991) (separata), 937-938.

Coimbra de Matos, A. (1982f). O trabalho de elaboração do sofrimento depressivo. Jornal do Médico, CIX (1992) (separata), 972-976.

Coimbra de Matos; A. (1986a). Depressão: estrutura e funcionamento. Revista Portuguesa de Psicanálise, 4, 75-86.

Coimbra de Matos, A. (1986b). Neurose e depressão. Jornal do Médico, CXXI (2188) (separata), 290-292.

Cooper, S.H. & Adler, G. (1990). Toward a clarification of the transitional object and selfobject concepts in the treatment of the borderline patient. The Annual of Psychoanalysis, 18, 133-152.

Coppolillo, H. (1967). Maturational aspects of the transitional phenomenon. The International Journal of Psycho-Analysis, 48, 237-245.

Deater-Deckard, K., Scarr, S., McCartney, K. & Eisenberg, M. (1994). Paternal separation anxiety: Relationships with parenting stress, child-rearing attitudes and maternal anxieties. Psychological Science, 5 (6), 341-346.

Derogatis, L.R. (1977). Symptom Checklist -90-R: Administration, scoring, and procedures Manual - I for the revised version. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit.

Diatkine, R. (1978). The development of object relationships and affects. The International Journal of Psycho-Analysis, 59 (2-3), 277-284.

DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª ed) (1996). Lisboa: Climepsi.

Dumas, J.E., Gibson, J.A. & Albin, J.B. (1989). Behavioral correlates of maternal depressive symptomatology in conduct-disorder children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57(4), 516-521.

Elmhirst, S. I. (1980). Transitional objects in transition. The International Journal of Psycho-Analysis, 61 (3), 367-373.

Epperson, C. N. (1999). Depressão major pós-parto: detecção e tratamento. American Family Physician, 2(11), 22-33.

Fintzy, R. T. (1971). Vicissitudes of the transitional object in a borderline child. The International Journal of Psycho-Analysis, 52, 107- 114.

Freud, A. (1987). Infância Normal e Patológica: Determinantes do Desenvolvimento (4ª ed.). RJ: Guanabara.

Freud, S. (1905). Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. Lisboa: Livros do Brasil.

Furman, E. (1993). Les mères doivent être là pour être quittées. Journal de la Psychanalyse de l'Enfant - Les Depressions, 13, 226-240.

Goldstein, R.Z. (1997). O objecto transicional de Winnicott: uma categoria objectal na teoria e na clínica?. In J. Outeiral & S. Abadi (Coords.), Donald Winnicott na América Latina - Teoria e Clínica Psicanalítica (pp.117-148). RJ: Revinter

Gonçalves, M., Pinto, H. & Araújo, M.S. (1998). Perturbações de ansiedade em crianças: uma experiência com um grupo de pais. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 3, 327-352.

Goodman, S.H., Brogan, D., Lynch, M.E. & Fielding, B. (1993). Social and emotional competence in children of depressed mothers. Child Development, 64 (2), 516-531.

Graña, R. B. (1991a). O conceito de “preocupação” em Winnicott. In J.O. Outeiral & R.B. Graña, Donald W. Winnicott – Estudos (pp. 54-61). Porto Alegre: Artes Médicas.

Graña, R. B. (1991b). Os objectos da cultura. In J.O. Outeiral & R.B. Graña, Donald W. Winnicott – Estudos (pp. 88-93). Porto Alegre: Artes Médicas.

Greenacre, P (1970). The transitional object and the fetish with special reference to the role of illusion. The International Journal of Psycho-Analysis, 51, 447-456.

Greenacre, P. (1976). The Fetish and the Transitional Object. The Psychoanalytic Study of the Child, 24, 144-164.

Grolnick, S. (1993). Winnicott, o Trabalho e o Brinquedo: Uma Leitura Introdutória. Porto Alegre: Artes Médicas.

Grolnick, S. & Grolnick, M. (1981). The little lame prince: transitional phenomena in a nineteenth-century children's story. In W. Muesterberger & L.B. Boyer (Eds), The Psychoanalytic Study of Society (Vol 9; pp.161-179). NY: Psychohistory Press.

Houzel, D. (1997). Les dimensions de la parentalité. Journal de la Psychanalyse de l'Enfant – Les Parents, 21, 164-190.

Kahne, M.J. (1967). On the persistence of transitional phenomena into adult life. The International Journal of Psycho-Analysis, 48, 247 – 258.

Klein, M. (1928). Estágios iniciais do conflito edipiano. In M. Klein (1996), Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos (1921-1945) (pp. 216-227). RJ: Imago.

Klein, M. (1930). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do Ego. In M. Klein (1996), Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos (1921-1945) (pp. 251-264). RJ: Imago.

Klein, M. (1936). O Desmame. In M. Klein (1996), Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos (1921-1945) (pp. 331-345). RJ: Imago.

Klein, M. (1937). Amor, Culpa e Reparação. In M. Klein (1996), Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos (1921-1945) (pp. 348-384). RJ: Imago.

Klein, M. (1969a). A técnica psicanalítica através do brinquedo: Sua história e significado. In M. Klein, P. Heimann & R.E. Money-Kyrle, Novas Tendências na Psicanálise (pp. 25-48). RJ: Zahar

Klein, M. (1969b). Psicanálise da Criança. S. Paulo: Mestre Jou.

Lebovici, S. & Diatkine, R. (1985). Significado e Função do Brinquedo na Criança. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lee, C.M. & Gotlib, I.H. (1989). Clinical status and emotional adjustment of children of depressed mothers. The American Journal of Psychiatry, 146 (4), 478-483.

Lima, P., Dores, A. P. & Costa, A. F. (1991). Classificação de Profissões nos Censos 91. Sociologia - Problemas e Práticas, 10, 43-66. Centro de Investigação e Estudos de Sociologia, ISCTE.

Lowenstein, M. & Field, T. (1992). Maternal depression effects on infants. Análise Psicológica, 1(x), 63-69.

Machado, L. M. (1991). Desenvolvimento emocional primitivo e preocupação materna primária. In J.O. Outeiral & R.B. Graña, Donald W. Winnicott – Estudos (pp. 72-87). Porto Alegre: Artes Médicas.

Mahler, M. (1963). Thoughts about development and individuation. The Psychoanalytic Study of the Child, 17, 307-324.

Masud Khan, M. (1993). Prefácio da Obra. In D.W. Winnicott, Textos Seleccionados – da pediatria à psicanálise (pp. 7-61). RJ: F. Alves.

Masud Khan, M. (1994). O conceito de trauma cumulativo. In G. Kohon (Org), A Escola Britânica de Psicanálise: The Middle Group - A Tradição Independente (pp.88-100). Porto Alegre: Artes Médicas.

Matos, M. P. (1991). Factores de risco psicológico em jovens condutores de motorizada e sua influência relativa na ocorrência de acidentes. (Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica). Lisboa: FPCE

Mcintyre, T., Carvalho, P. & Milhazes, G. (1997). Ansiedade e depressão no processo gravídico: Dados Preliminares. In J. L. P. Ribeiro (Ed.), 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas (pp.231-250). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Mello Filho, J. (1991a). Donald Winnicott, vinte anos depois. In J.O. Outeiral & R.B. Graña, Donald W. Winnicott – Estudos (pp. 16-35). Porto Alegre: Artes Médicas.

Mello Filho, J. (1991b). Winnicott – A psicanálise em transicionalidade. In J.O. Outeiral & R.B. Graña, Donald W. Winnicott – Estudos (pp. 44-53). Porto Alegre: Artes Médicas.

Milner, M. (1979). Expérience Culturelle et Créativité Individuelle. In B. Grunberger & J. Chasseguet-Smirgel (Orgs.), La Sublimation: Les Sentiers de la Création. Paris: Tchou.

Nolen-Hoeksema, S., Wolfson, A., Mumme, D. & Guskin, K. (1995). Helplessness in children of depressed and nondepressed mothers. Developmental Psychology, 31(3), 377-387.

Outeiral, J.O. & Graña, R.B. (1991). Donald W. Winnicott – Estudos. Porto Alegre: Artes Médicas.

Pelento, M. L. (1991a). A contribuição de Winnicott à psicanálise de crianças. In J.O. Outeiral & R.B. Graña, Donald W. Winnicott – Estudos (pp. 36-43). Porto Alegre: Artes Médicas.

Pelento, M. L. (1991b). A função materna na obra de Winnicott. In J.O. Outeiral & R.B. Graña, Donald W. Winnicott – Estudos (pp. 62-71). Porto Alegre: Artes Médicas.

Pelento, M. L. (1991c). A concepção do brinquedo na teoria de Winnicott. In J.O. Outeiral & R.B. Graña, Donald W. Winnicott – Estudos (pp. 102-111). Porto Alegre: Artes Médicas.

Penot, B. (1974). Contribution a L'étude des dépressions infantiles. La Psychiatrie de l'Enfant, XVI (2), 301-380.

Pérez-Sánchez, M (1992). L'observation des bébés – Son importance pour la compréhension du développement de la psychopathologie et pour la prévention. Journal de la Psychanalyse de l'Enfant – L'Observation du Bébé, Points de Vue Psychanalytiques, 12, 112-131.

Pérez-Sánchez, M. (1995). L'Enfant de 1 an à 2 ans: Observation et Compréhension Psychanalytique. Lyon: Césura

Pérez-Sánchez, M. (1996). L'Observation des Bébés: Les relations émotionnelles dans la première année de la vie (2^a ed.). Lyon: Césura

Pinto, T.A.M. (1992). As imagos parentais na latência - um grupo de rapazes e raparigas através do CAT: Autonomia e Depressividade (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Pires, A. (1992). A Irritabilidade nas Relações Parentais. Análise Psicológica, 1 (x), 91-103.

Provence, S. & Ritvo, S. (1975). Effects of deprivation on institutionalized infants: disturbances in development of relationship to inanimate objects. The Psychoanalytic Study of the Child, XVI, 189-205.

Relvas, A. P. (1983). Uma contribuição psicossocial para o estudo do objecto transicional (Trabalho de síntese das provas de aptidão pedagógica e capacidade científica). Coimbra: FPCE.

Richters, J. & Pellegrini, D. (1989). Depressed mothers' judgements about their children: An examination of the depression-distortion hypothesis. Child Development, 60, (5), 1068-1075.

Ribeiro, J., Couto-Soares, M., Lima, P. & Ribeiro, A. (1996). Resultados da aplicação do inventário de ansiedade estado-traço a doentes cardíacos com indicação para cirurgia. In L. Almeida, S. Araújo, M. Gonçalves, C. Machado & M. Simões (orgs), Avaliação Psicológica: Formas e Contextos (Vol. IV; pp. 399-404). Braga: APPORT.

Sá, E. (1995). Psicologia dos Pais e do Brincar (2ª ed.). Lisboa: Fim de Século.

Sandler, J. & Sandler, A.M. (1978). On the Development of Object Relationships and Affects. The International Journal of Psycho-Analysis, 59, 285-296.

Santos, S.C. & Silva, D.R. (1997). Adaptação da State-Trait Anxiety Inventory (STAI)- form Y para a população portuguesa: primeiros dados. Revista Portuguesa de Psicologia, 32.

Schiffer, I. (1984). An acoustic holding environment: From the analysis of a transitional character. The International Journal of Psycho-Analysis, 65(3), 341-351.

Schlierf, C. (1983). Transitional objects and object relationship in a case of anxiety neurosis. The International Review of Psycho-Analysis, 10 (1), 319-332.

Waterson, B. (1997). Calvin & Hobbes - O Ataque dos Demónios da Neve. Lisboa: Gradiva.

Watterson, B. (1992). Calvin & Hobbes - Plácidos Domingos. Lisboa: Gradiva.

Welner, Z. & Rice; J. (1988). School-aged children of depressed parents: a blind and controlled study. Journal of Affective Disorders, 15, 291-302.

Winjroks, L. (1999). Maternal recollected anxiety and mother-infant interaction in preterm infants. Infant Mental Health Journal, 20 (4), 393-409.

Winnicott, C., Shepherd, R. & Davis, M. (1989). D.W. Winnicott: Psycho-analytic Explorations. London: Karnac Books.

Winnicott, D.W. (1935). A defesa maníaca. In D.W. Winnicott (1993), Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise (pp. 247-268). RJ: F. Alves.

Winnicott, D.W. (1939). Early Disillusion. In C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis (Eds)(1989), D.W. Winnicott: Psycho-analytic Explorations (pp. 21-23). London: Karnac Books.

Winnicott, D.W. (1941). A observação de bebés em uma situação estabelecida. In D.W. Winnicott (1993), Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise (pp. 139-164). RJ: F. Alves.

Winnicott, D.W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In D.W. Winnicott (1993), Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise (pp. 269-288). RJ: F. Alves.

Winnicott, D.W. (1947). O ódio na contratransferência. In D.W. Winnicott (1993), Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise (pp. 341-354). RJ: F. Alves.

Winnicott, D.W. (1948a). A reparação em função da defesa materna organizada contra a depressão. In D.W. Winnicott (1993), Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise (pp. 197-204). RJ: F. Alves.

Winnicott, D.W. (1948b). Introdução primária à realidade externa: Os estágios iniciais. In R. Shepherd, J. Johns & H. Robinson (Orgs) (1997), D. W. Winnicott – Pensando sobre Crianças (pp. 45-50). Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D.W. (1948c). Necessidades ambientais; Os estágios iniciais; Dependência total e independência essencial. In R. Shepherd, J. Johns & H. Robinson (Orgs) (1997), D. W. Winnicott – Pensando sobre Crianças (pp. 51-56). Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D.W. (1948d). Pediatria e Psiquiatria. In D.W. Winnicott (1993), Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise (pp. 287-312). RJ: F. Alves.

Winnicott, D.W. (1949). A mente e sua relação com o psique-soma. In D.W. Winnicott (1993), Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise (pp. 409-426). RJ: F. Alves.

Winnicott, D.W. (1950a). Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional. In D.W. Winnicott (1993), Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise (pp. 355-374). RJ: F. Alves.

Winnicott, D.W. (1950b). Crescimento e desenvolvimento na fase imatura. In D.W. Winnicott (1997), A Família e o Desenvolvimento Individual (pp. 29-41). S. Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D.W. (1951). Objectos transicionais e fenómenos transicionais. In D.W. Winnicott (1993), Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise (pp. 389-408). RJ: F. Alves.

Winnicott, D.W. (1952a). Ansiedade associada à insegurança. In D.W. Winnicott (1993), Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise (pp. 205-210). RJ: F. Alves.

Winnicott, D.W. (1952b). Psicose e cuidados maternos. In D.W. Winnicott (1993), Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise (pp. 375-388). RJ: F. Alves.

Winnicott, D.W. (1954). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In D.W. Winnicott (1993), Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise (pp. 437-458). RJ: F. Alves.

Winnicott, D.W. (1956). Preocupação materna primária. In D.W. Winnicott (1993), Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise (pp. 491-498). RJ: F. Alves.

Winnicott, D.W. (1957a). Factores de integração e desintegração na vida familiar. In D.W. Winnicott (1997), A Família e o Desenvolvimento Individual (pp.59-72). S. Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D.W. (1957b). Sobre a contribuição da observação directa da criança para a psicanálise. In D.W. Winnicott (1990), O Ambiente e os Processos de Maturação (pp. 101-105). Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D.W. (1958a). A capacidade para estar só. In D.W. Winnicott (1990), O Ambiente e os Processos de Maturação (pp. 31-37). Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D.W. (1958b). A família afectada pela patologia depressiva de um ou ambos os pais. In D.W. Winnicott (1997), A Família e o Desenvolvimento Individual (pp. 73-88). S. Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D.W. (1958c). O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In D.W. Winnicott (1997), A Família e o Desenvolvimento Individual (pp. 3-20). S. Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D.W. (1958d). Psicanálise do sentimento de culpa. In D.W. Winnicott (1990), O Ambiente e os Processos de Maturação (pp. 19-30). Porto Alegre: Artes Médicas.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - Variáveis em Estudo

ANEXO 2 - Questionário de Desenvolvimento

ANEXO 3 - Inventário de Avaliação Clínica da Depressão

ANEXO 4 - Inventário de Ansiedade Estado-Traço / STAI- Forma Y

ANEXO 5 - Symptom Checklist / SCL-90-R

ANEXO 6 - Carta de Apresentação do Estudo

ANEXO 1

Variáveis em Estudo

V37: Adaptação à alimentação artificial
Aceitação/ Boa adaptação - 1
Rejeição/ dificuldades - 2

V38: Sono actual
Agitado - 1
Calmo - 2

V39: Evolução do sono (recordação materna da existência de fases anteriores da vida do bebé, em que existissem tipos de sono diferentes do actual)
Já foi agitado, mas actualmente é calmo - 1
Sempre foi calmo, mas agora é agitado - 2
Sempre foi calmo - 3
Sempre foi agitado (acordar / choro, durante a noite) - 4

V40: Período de pesadelos (idade/meses)

V41: Local onde a criança dorme
Quarto individual - 1 Quarto dos pais, em cama própria - 3
Quarto com irmãos - 2 Cama dos pais - 4

V42: Mudança para quarto próprio (idade/meses)

V43: Adaptação ao quarto próprio
Boa / aceitação - 1
Recusa / rejeição - 2
Alterações do sono ou adormecimento - 3

V44: Formas de adormecimento (descrição da forma como a criança geralmente adormece)

Companhia da mãe - 1
Movimentos corporais/ acaricia tecido - 2
Adormece sozinho - 3

V45: Forma do objecto transicional (principal)

Fralda - 1 Cobertor - 6
Peça de roupa da mãe - 2 Lençol - 7
Boneco macio - 3 Chucha - 8
Boneco duro - 4 Almofada - 9
Peça de tecido - 5 Outro - 10

V46: Forma de objecto de adormecimento

Fralda - 1 Cobertor - 6
Peça de roupa da mãe - 2 Lençol - 7
Boneco macio - 3 Parte do corpo da mãe - 8
Boneco duro - 4 Chucha - 9
Peça de tecido - 5 Almofada - 10
Outro - 11

V47: Número de objectos transicionais

V48: Início do uso do objecto (idade/meses de início, observável, do uso de OT ou OA)

V49: Incentivo ao apego (variável que mede a interferência materna, ou de outro adulto, na escolha e apego a um OT ou OA)

Pressão externa - 1

Escolha da criança - 2

V50: Necessidade do objecto na situação de adormecimento

Sim - 1

Não - 2

V51: Necessidade do objecto em situações de afastamento dos pais

Sim - 1

Não - 2

V52: Necessidade do objecto em situações de ansiedade ou irritabilidade

Sim - 1

Não - 2

V53: Necessidade do objecto aquando da ida para a creche

Sim - 1

Não - 2

V54: Necessidade do objecto em situações de doença da criança

Sim - 1

Não - 2

V55: Necessidade do objecto sem razão específica

Sim - 1

Não - 2

V56: Necessidade do objecto quase permanentemente

Sim - 1

Não - 2

V57: Reacção à substituição do objecto

Aceitação - 1

Recusa - 2

V58: Reacção à lavagem do objecto

Aceitação - 1

Recusa - 2

V59: Atitude materna face ao apego ao objecto

Aceitação - 1

Não aceitação - 2

Indiferença - 3

V60: Frequência actual de creche

Sim - 1

Não - 2

V61: Início de frequência de creche (meses)

V62: Colocação anterior à entrada para a creche (variável que identifica com quem ficava a criança, antes da frequência de creche)

Mãe / pai - 1

Avó / pessoa da família - 2

Ama - 3

V63: Adaptação à creche

Boa - 1

Recusa / rejeição - 2

Difícil no início, mas gradualmente adaptou-se - 3

V64: Tipo de relacionamentos na creche (variável que mede o tipo de relações privilegiadas, estabelecidas com os adultos da creche)

Relação privilegiada com um adulto - 1

Relação com vários adultos - 2

V65: STAI-Estado

V66: STAI-Traço

V67: SCL-90-R/ISG (resultado global)

V68: SCL-90-R/ Somatização

V69: SCL-90-R/ Obsessão-compulsão

V70: SCL-90-R/ Sensibilidade Interpessoal

V71: SCL-90-R/ Depressão

V72: SCL-90-R/ Ansiedade

V73: SCL-90-R/ Hostilidade

V74: SCL-90-R/ Ansiedade Fóbica

V75: SCL-90-R/ Ideação Paranóide

V76: SCL-90-R/ Psicoticismo

V77: Iaclide/ Resultado global

V78: Iaclide/ F1

V79: Iaclide/ F2

V80. Iaclide/ F3

V81: Iaclide/ F4

V82: Iaclide/ F5

GRAVIDEZ

Planeou ficar grávida do _____ ? Sim Não

Aceitou a gravidez? Sim

Não

Aceitei, mas não foi a melhor altura para engravidar

Teve enjoos ou indisposições durante a gravidez? Sim Não

Sentiu-se instável emocionalmente durante a gravidez? Sim Não

Aconteceu alguma alteração na sua vida durante a gravidez? Sim Não

Se sim, de que tipo?

Problemas de saúde

Doença ou acidente de familiar

Mudança de casa ou emprego

Morte na família

Conflitos conjugais

Divórcio ou separação

Outro tipo de alteração

A gravidez correu bem? Sim Não Mais ou menos

Foi vigiada pelo médico desde as _____ semanas de gravidez

A gravidez teve a duração de _____ semanas

Escolha a alternativa correcta:

Costumava pensar e imaginar o meu bebé quando estava grávida

Não queria pensar nisso até ao parto

Relativamente ao sexo, preferia:

Um menino

uma menina

era indiferente

PARTO

O parto foi (*assinale todas as várias alternativas*):

Normal

Fórceps (a ferros)

Ventosa

Cesariana

Muito demorado

Rápido

Provocado

Após o nascimento do bebé (*escolha as várias alternativas*):

Houve alturas em que se sentiu triste e desmotivada

Teve uma depressão pós-parto

Sentia-se feliz a maior parte do tempo

Sentia-se emocionalmente instável

SONO

O sono do seu filho é (escolha as várias alternativas):

- Agitado
- Tem muitos pesadelos
- Acorda muitas vezes durante a noite, mas volta a adormecer
- Adormece facilmente
- Calmo
- Tem muita dificuldade em adormecer

Agora o sono é calmo, mas já teve pesadelos (por volta dos _____ meses)
O sono sempre foi calmo, mas ultimamente tem acordado a chorar
Tem e sempre teve um sono calmo
Sempre acordou a chorar durante a noite

A criança dorme:

- Em quarto individual
- No quarto com os irmãos
- No quarto dos pais, mas na sua própria cama
- Na cama dos pais

(preencher apenas se a criança já dorme em quarto próprio)

Dormiu no quarto dos pais até aos _____ meses

Quando mudou para o próprio quarto (preencha as várias alternativas):

- Recusava
- Levantava-se a meio da noite para ir para a cama dos pais
- Começou a ter pesadelos
- Começou a ter dificuldade em adormecer
- Começou a precisar de um objecto preferido para adormecer
- Adaptou-se bem

Quando vai adormecer, o seu filho (escolha as várias alternativas):

- Precisa da sua companhia
- Precisa da companhia de outra pessoa quem? _____
- Chucha no dedo
- Acaricia o lençol
- Faz determinados movimentos quais? _____
- Adormece sozinho
- Gosta que lhe conte uma história

Por vezes as crianças afeiçoam-se a um brinquedo ou a um objecto, não se querendo separar dele e levando-o para todo o lado. Reconhecem-no entre outros iguais e não gostam que a mãe o lave ou o altere em nada. Outras vezes, pedem esse objecto na altura em que vão adormecer ou quando se afastam dos pais.

Actualmente o seu filho tem um **objecto preferido** que utiliza para adormecer ou para lhe fazer companhia quando se afasta dos pais? Sim Não

Qual?

Chucha

(sempre a mesma qualquer chucha serve)

Fralda

(sempre a mesma qualquer fralda serve)

Peça de roupa da mãe

(sempre a mesma qualquer roupa serve)

Boneco

(sempre o mesmo qualquer boneco serve)

Peça de tecido

(sempre a mesma qualquer uma serve)

Cobertor

(sempre o mesmo qualquer um serve)

Outro

Descreva este objecto

(Assinale a alternativa correcta)

O seu filho nunca precisou de se ligar a um objecto

Já teve, mas agora já não liga deixou de ligar com _____ meses

Aconteceu alguma coisa na sua vida que tenha coincidido com a altura em que o seu filho deixou de usar este objecto? _____

(preencher somente se a criança tem, ou já teve, um único objecto preferido)

O seu filho começou a precisar da companhia deste objecto com _____ meses

Foi a mãe, a educadora ou outro adulto que facilitou o apego da criança a este objecto? Sim Não

O seu filho procura este objecto em que situações? (assinale todas as alternativas)

Quando vai adormecer

Quando se afasta dos pais

Quando está nervoso ou irritado

Quando vai para a creche

Às vezes, sem qualquer razão específica

Gosta de estar sempre agarrado ao objecto

Gosta de estar quase sempre agarrado ao objecto

Outras situações Quais? _____

O seu filho deixa-a lavar este objecto? Sim Não

Deixa-a substituir este objecto por outro parecido? Sim Não

Gostaria que o seu filho deixasse de andar sempre com este objecto? Sim Não

CRECHE

O seu filho frequenta uma creche? Sim Não

Quanto tempo esteve com o seu filho em casa, antes de o colocar numa ama ou creche? _____

O seu filho entrou para a creche com _____ meses

Antes de entrar para a creche, o seu filho passava os dias com quem?

Mãe Pai Avó Ama Outro quem? _____

A adaptação à creche foi (escolha as várias alternativas):

Boa, nunca chorou

Chorou um pouco de início, mas depois habituou-se bem

Nunca se adaptou, chorava muito

Continua a não querer ir para a creche

Ligou-se muito a uma só pessoa na creche

Ligou-se a várias pessoas na creche

ANEXO 3

Inventário de Avaliação Clínica da Depressão - IACLIDE
Vaz Serra, 1994

IACLIDE

(© Copyright A. Vaz Serra, 1994)

Nome: _____ Data: ___/___/2000

Idade: _____ anos Estado Civil: _____

Telefone: _____

Habilitações: _____ Profissão: _____

Naturalidade: _____ Residência: _____

Total = _____ Biol _____ Cogn _____ IP= _____ DT= _____

F1= _____ F2= _____ F3= _____ F4 = _____ F5= _____

INSTRUÇÕES

Cada um dos sintomas que a seguir é apresentado não se refere à sua maneira de ser habitual mas sim ao estado em que se sente pelo menos desde há duas semanas para cá. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Se lhe parecer que duas respostas diferentes já foram experimentadas por si, assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo aquela que se aproxima mais do seu estado actual.

- Ultimamente ando a sentir um interesse menor pelo meu trabalho
- Presentemente sinto, com bastante frequência, desinteresse pelo que tenho que fazer
- Actualmente ando a sentir, muitíssimas vezes, um grande desinteresse pelo meu trabalho
- Perdi por completo todo o interesse que tinha pelo meu trabalho
- 2. - No meu dia-a-dia não preciso de recorrer à ajuda das outras pessoas mais do que o costume
- Presentemente recorro mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer
- No momento actual recorro bastante mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer
- Agora recorro muitíssimo mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer
- Actualmente sinto-me completamente incapaz de fazer seja o que for sem a ajuda dos outros
- 3. - Ando-me a sentir tão sossegado como de costume
- Ando-me a sentir interiormente mais desassossegado do que o habitual
- Sinto-me interiormente bastante mais desassossegado do que o costume
- Sinto-me interiormente muitíssimo mais desassossegado do que o habitual
- Sinto-me interiormente num estado permanente de agitação

4. - Presentemente no contacto com os outros (familiares, amigos ou conhecidos) sou capaz de falar sobre os temas habituais das conversas comuns
- No momento actual tenho tendência, no contacto com os outros, a falar mais do que o habitual daquilo que sinto ou me preocupa, embora consiga conversar também sobre outros assuntos
- Reconheço que agora passo bastante tempo a falar aos outros daquilo que me anda a preocupar e estou a sentir, embora possa também abordar outros assuntos
- No momento presente, no contacto com os outros, falo muitíssimo mais do que de costume daquilo que me preocupa e ando a sentir, evitando abordar assuntos diferentes
- Actualmente, no contacto com os outros, só sei falar daquilo que me preocupa e ando a sentir, mostrando-me incapaz de conversar de quaisquer outros assuntos
5. - A minha consciência não me acusa de nada em particular que tenha feito
- Ando-me a sentir um fardo para a minha família, amigos e colegas
- Sinto actualmente que há faltas no meu passado que não devia ter cometido
- Penso, muitas vezes que cometi certas faltas graves no meu passado
- Passo o tempo a pensar que o estado em que me sinto é consequência das faltas graves que cometi na minha vida
6. - A minha capacidade de fixação é a mesma que sempre tive
- Às vezes custa-me fixar aquilo que preciso
- Sinto, bastantes vezes, que ando a fixar pior aquilo que preciso
- Sinto, muitíssimas vezes, que me esquecem facilmente as coisas
- Sinto-me incapaz de fixar seja o que for
7. - Não me sinto mais infeliz do que costume
- Tenho períodos em que me sinto mais infeliz do que habitualmente
- Ando-me a sentir bastante mais infeliz do que o costume, embora tenha ocasiões em que me sinto tão feliz como dantes
- Só em raros momentos é que me consigo sentir feliz
- Actualmente não tenho um único momento em que me sinta feliz
8. - No momento presente não tenho qualquer dificuldade em começar a dormir
- Quando me deito passo cerca de meia hora sem conseguir adormecer
- Actualmente quando me deito demoro cerca de 1-2 horas antes de conseguir adormecer
- Quando me deito, nalgumas noites, não consigo dormir nada
- Se não tomar nada para adormecer as minhas noites são de insónia completa

- Se não tiver nada para escrever, escreva aqui.
9. - O valor que dou às coisas que faço e a mim próprio não é maior
- nem menor do que o costume
- Actualmente penso por vezes que, como indivíduo, tenho pouco
- mérito naquilo que faço
- Ultimamente apanho-me a pensar, bastantes vezes, que não
- valho nada
- Penso, com muita frequência, que não tenho qualquer valor
- como pessoa
- No momento actual sinto constantemente que não valho nada,
- como pessoa
10. - A minha confiança em relação ao futuro é a mesma de sempre
- Ao contrário de antigamente sinto-me por vezes inseguro em
- relação ao futuro
- No momento actual sinto, bastantes vezes, falta de confiança no
- futuro
- Sinto agora, muitíssimas vezes, falta de confiança no futuro
- Presentemente perdi por completo a esperança que tinha no
- futuro
11. - Depois de conseguir adormecer não tenho tendência a acordar
- durante a noite
- Actualmente acordo 1 hora antes do habitual e depois não
- consigo voltar a dormir
- Presentemente ando a acordar ao fim de 4-5 horas de sono e
- depois não consigo voltar a dormir
- Após ter adormecido, acorto ao fim de 1 ou 2 horas e não sou
- capaz de voltar a dormir
12. - Considerando a minha vida passada não sinto que tenha sido
- um fracasso
- No momento presente, observando o meu passado, acho que
- tive alguns fracassos
- Penso que no meu passado existiu um número bastante
- grande de fracassos
- Actualmente considero que tive, no meu passado, um número
- muitíssimo grande de fracassos
- Quando observo a minha vida passada considero-a como um
- acumular constante de fracassos
13. - Quando acordo de manhã sinto-me renovado para enfrentar o
- meu dia
- Apesar de ir fazendo o que necessito de fazer, quando
- acordo de manhã tenho a sensação de estar sem energia
- para o que preciso de efectuar
- Logo que acordo de manhã e posteriormente ao longo do dia
- sinto-me bastante fatigado e é com dificuldade que vou
- realizando o que preciso de fazer
- Desde que acordo de manhã e depois durante o dia sinto-me
- tão fatigado que já não consigo fazer tudo o que tenho a fazer
- Quando acordo de manhã o meu cansaço é tão grande que
- me sinto incapaz de fazer seja o que for

14. - O meu convívio com as outras pessoas é o mesmo de sempre
 O meu estado de espírito actual leva-me, por vezes, e mais do que o costume, a evitar conviver com as outras pessoas
 No momento presente fujo bastante do convívio com as outras pessoas
 Devido à maneira como me ando a sentir, raramente me sinto capaz de conviver com as outras pessoas
 Presentemente não me sinto capaz de conviver seja com quem for
 No momento presente não noto quaisquer dificuldades na minha capacidade de concentração
 Sinto por vezes dificuldade em me concentrar no que estou a fazer
 Sinto com frequência dificuldade em me concentrar naquilo que executo
 Sinto muitíssimas vezes dificuldade em me concentrar naquilo que faço
 Sinto-me actualmente incapaz de me concentrar seja no que for
15. - Não penso que os meus problemas sejam mais graves do que o habitual
 Ando com medo de não ser capaz de resolver alguns dos problemas que tenho
 Penso com frequência que não é fácil encontrar solução para alguns dos meus problemas
 Passo o tempo preocupado com os meus problemas pois sinto que são de solução muitíssimo difícil
16. - Quando é necessário sou capaz de tomar decisões tão bem como dantes
 Agora sinto-me mais hesitante do que o costume para tomar qualquer decisão
 No momento actual demoro bastante mais tempo do que dantes para tomar qualquer decisão
 Presentemente custa-me tanto tomar decisões que passo o tempo a adiá-las
 Actualmente sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão sem a ajuda das outras pessoas
17. - A satisfação que sinto com a vida é a mesma de sempre
 Actualmente sinto-me mais aborrecido do que costume com a vida que tenho
 Sinto, com frequência, que a minha vida não me dá o prazer de antigamente
 Sinto, com muitíssima frequência, que a minha vida não me traz qualquer satisfação
 Perdi por completo a alegria de viver
18. - O meu estado de espírito actual leva-me, por vezes, e mais do que o costume, a evitar conviver com as outras pessoas
 No momento presente fujo bastante do convívio com as outras pessoas
 Devido à maneira como me ando a sentir, raramente me sinto capaz de conviver com as outras pessoas
 Presentemente não me sinto capaz de conviver seja com quem for
 No momento presente não noto quaisquer dificuldades na minha capacidade de concentração
 Sinto por vezes dificuldade em me concentrar no que estou a fazer
 Sinto com frequência dificuldade em me concentrar naquilo que executo
 Sinto muitíssimas vezes dificuldade em me concentrar naquilo que faço
 Sinto-me actualmente incapaz de me concentrar seja no que for
19. - Não penso que os meus problemas sejam mais graves do que o habitual
 Ando com medo de não ser capaz de resolver alguns dos problemas que tenho
 Penso com frequência que não é fácil encontrar solução para alguns dos meus problemas
 Passo o tempo preocupado com os meus problemas pois sinto que são de solução muitíssimo difícil

- 19.- No momento presente acno que a vida vale a pena ser vivida
 não sinto qualquer desejo de fazer mal a mim mesmo
 - Actualmente sinto que a vida não vale a pena ser vivida
 - No momento presente não me importaria de morrer
 - Tenho com muita frequência desejos de que a morte venha
 - Ultimamente tenho feito planos para pôr termo à vida
20. - Ao executar as minhas tarefas diárias usuais não sinto maior fadiga do que o costume
 - No cumprimento das minhas tarefas ando a sentir-me mais fatigado do que o habitual sem razão para isso
 - Naquilo que tenho de fazer ao longo do dia, embora sem motivo para isso, sinto-me bastante mais fatigado do que o costume
 - Sinto-me, sem motivo justificativo, muitíssimo fatigado naquilo que tenho de fazer, deixando de executar algumas das tarefas usuais
 - Sinto-me exausto, ao menor esforço, deixando de cumprir a maior parte das tarefas que antigamente fazia
21. - Quando me comparo com os outros sei que sou capaz de me sair tão bem como eles a fazer o que é preciso
 - Actualmente, ao comparar-me com os outros, acho por vezes que não me desempenho tão bem como eles nas tarefas que precisam de ser feitas
 - Presentemente considero que as outras pessoas fazem as coisas bastante melhor do que eu
 - Acho que me saio muitíssimo pior do que os outros a fazer o que é necessário ser feito
- do que eu as coisas que precisam de ser feitas
22. - Quando executo qualquer tarefa faço-a com a rapidez do costume
 - No momento presente sinto-me mais lento a fazer o que tenho para fazer
 - Actualmente demoro bastante mais tempo do que o habitual a fazer o que tenho para fazer
 - Sinto-me muitíssimo mais lento a fazer tudo quanto tenho para fazer
 - Presentemente demoro uma enormidade de tempo a fazer seja o que fôr
23. - A capacidade de me manter activo é a mesma do costume
 - Não me sinto capaz de me manter tão activo como o habitual
 - Actualmente dá-me para passar largos momentos sem fazer absolutamente nada
 - No momento actual raramente faço o que preciso de fazer
 - Só me dá vontade de estar todo o tempo sentado ou deitado na cama, sem fazer nada

ANEXO 4

Inventário de Ansiedade Estado-Traço - STAI - FORMA Y
Spielberger et al, 1983

STAI Forma Y-1

Nome: _____ Data: _____
 Idade: _____ Sexo: M ___ F ___

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (x) o algarismo da direita que melhor indica como se sente neste momento. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível a maneira como se sente agora.

	nada	um pouco	moderadamente	muito
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro.....	1	2	3	4
3. Estou tenso.....	1	2	3	4
4. Sinto-me cansado.....	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade.....	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado.....	1	2	3	4
7. Presentemente, preocupo-me com possíveis desgraças.	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito.....	1	2	3	4
9. Sinto-me amedrontado.....	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável.....	1	2	3	4
11. Sinto-me auto-confiante.....	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso.....	1	2	3	4
13. Sinto-me trémulo.....	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso.....	1	2	3	4
15. Sinto-me descontraído.....	1	2	3	4
16. Sinto-me contente.....	1	2	3	4
17. Estou preocupado.....	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso.....	1	2	3	4
19. Sinto-me firme.....	1	2	3	4
20. Sinto-me bem.....	1	2	3	4

STAI Forma Y -2

Nome: _____

Data: _____

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (x) o algarismo da direita que melhor indica a forma como se sente habitualmente. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível a maneira como se sente habitualmente.

	quase nunca	algumas vezes	frequente mente	quase sempre
21. Sinto-me bem.....	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e agitado.....	1	2	3	4
23. Sinto-me satisfeito comigo mesmo.....	1	2	3	4
24. Gostava de ser tão feliz como os outros parecem ser.....	1	2	3	4
25. Sinto-me falhado.....	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo.....	1	2	3	4
27. Estou "calmo, fresco e concentrado".....	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma que não as consigo ultrapassar.....	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância.....	1	2	3	4
30. Estou feliz.....	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos que me perturbam.....	1	2	3	4
32. Falta-me auto-confiança.....	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro.....	1	2	3	4
34. Tomo decisões facilmente.....	1	2	3	4
35. Sinto-me inadequado.....	1	2	3	4
36. Estou contente.....	1	2	3	4
37. Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam.....	1	2	3	4
38. As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha mente.....	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa firme.....	1	2	3	4
40. Fico tenso e perturbado quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais.....	1	2	3	4

ANEXO 5

Symptom Checklist - SCL- 90 - R
Derogatis, 1977

ANEXO 6

Carta de Apresentação do Estudo

À Mãe do aluno da Valência de Infância
da Santa Casa da Misericórdia de Sintra

Exma Sra:

Sou a Psicóloga das Valências de Infância da Santa Casa da Misericórdia de Sintra, pelo que, provavelmente já teremos estabelecido algum contacto.

Neste momento encontro-me a fazer a minha tese de Mestrado que, como saberá, se trata de uma especialização que se segue à licenciatura. Uma tese de Mestrado é um trabalho de investigação que tem por objectivo fornecer novos dados de conhecimento sobre determinados temas, para que a ciência possa evoluir.

Na Psicologia Clínica, tal como em outras ciências, procura-se perceber melhor certas perturbações do foro psicológico, para que se possam tratar o melhor possível. Numa investigação deste género, temos que comparar os sujeitos que sofrem destas perturbações com os sujeitos que não as têm, portanto, os sujeitos normais. Só assim se poderão encontrar as diferenças significativas entre ambos os grupos.

A minha tese foca os “Brinquedos preferidos na Infância” e a forma como eles são escolhidos diferentemente por crianças com perturbações psicológicas e por crianças normais.

Assim, venho por este meio solicitar a sua disponibilidade para participar neste trabalho, sabendo que as suas informações serão incluídas no grupo das crianças normais.

Junto envio:

Questionário de Desenvolvimento : que deverá ser preenchido por si, sobre o desenvolvimento do seu filho

STAI – Formas Y-1 e Y -2 : Estes questionários deverão ser preenchidos por si, relativamente à forma como se tem sentido, e não estão relacionados com o estado do seu filho

SCL – 90 – R/ Partes 1 e 2: Estes questionários deverão ser preenchidos por si, relativamente à forma como se tem sentido, e não estão relacionados com o estado do seu filho

IACLIDE: Este questionário deverá ser preenchido por si, relativamente à forma como se tem sentido, e não está relacionado com o estado do seu filho. Deve escolher a alternativa que melhor descreve a forma como se tem sentido ultimamente, para cada número.

Peço-lhe que preencha todos os questionários (que são de rápido preenchimento) num momento em que se encontre em sua casa, concentrada, e que dê respostas sinceras. Não deverá pedir ajuda a um familiar, já que estas respostas referem-se apenas à forma como a senhora se sente. Agradeço que entregue os questionários, dentro de um ou dois dias e dentro do envelope fechado à educadora do seu filho.

Estas respostas serão *confidenciais*, pelo que nenhum funcionário do infantário terá acesso aos seus questionários. Destinam-se unicamente a fins científicos.

No caso de ter alguma dúvida, agradeço que informe a educadora ou auxiliar do seu filho, que me transmitirá essa informação, pelo que eu entrarei em contacto consigo o mais depressa possível.

Agradecendo muito a sua importante colaboração,

Atenciosamente,

(Isabel Castelo)

Sintra, de Janeiro de 2000