

A PSICOSSOMÁTICA DA INFÂNCIA

*O corpo é o lugar e o meio pelos quais o bebê,
colhido num conflito, exprime seu mal-estar.*

Léon Kreisler

A psicossomática da infância, como área de estudo, tem recebido maior atenção nas últimas décadas, tanto pela crescente compreensão da natureza psicogênica de inúmeras patologias infantis, como pela conseqüente demanda por um modelo teórico próprio, que possa responder às questões, surgidas na prática, sem ser pela aplicação dos conhecimentos obtidos a partir da criança (re)construída pela experiência da análise. Como observado por Soulé (1996), surge na cena psicanalítica um “bebê *vulgaris*”, com vômitos, gritos, insônia, com cólicas e distúrbios respiratórios, que se opõe ao bebê “bem educado” apresentado pelos psicanalistas de adultos.

A delimitação de seu campo teórico e clínico, no entanto, tem produzido freqüentes questionamentos, já que o entendimento da doença da criança recebe a contribuição de diversas vias de conhecimento da infância, como a pediatria, a psiquiatria, a psicologia, a psicanálise e a própria psicossomática como estudada no adulto. Concordamos com Szewc (1996) em sua afirmativa de que essa riqueza de aportes também se traduz numa fonte de dificuldades, levando os praticantes da psicossomática da infância a se confrontarem com a tarefa de destacar a originalidade e os limites deste campo epistemológico ainda novo.

Para nos situarmos frente à questão, de modo a poder oferecer uma contribuição pessoal, consideramos oportuno fazer um levantamento das principais produções sobre o tema, e conhecer o ponto de vista de seus autores.

2.1. Um estudo precursor: René Spitz e a patologia das relações objetais no 1º ano de vida

Como primeiro psicanalista a se dedicar ao estudo dos distúrbios somáticos do bebê, enfocados a partir das alterações nas relações objetais, o trabalho de Spitz trouxe uma importante contribuição para o estudo da psicossomática da infância. Seu modelo teórico sobre o desenvolvimento afetivo da criança na etapa pré-verbal, e seu estudo sobre o impacto das relações primitivas entre o bebê e as pessoas de seu meio, capaz de provocar alterações físicas e fisiológicas na criança, serviram de referência aos primeiros trabalhos voltados para a compreensão do distúrbio psicossomático em etapas iniciais da vida.

Psiquiatra de origem húngara, René Arpard Spitz nasceu em Viena, em 1887. Por intermédio de Ferenczi foi introduzido na Sociedade Psicanalítica de Viena, tendo praticado psicanálise em Viena e Berlim quando, em decorrência da ascensão do movimento nazista, se exilou em Paris em 1932. Interessado pelo conhecimento das relações iniciais entre a mãe e a criança, campo que considerava ter sido pouco explorado por Freud, deu início à sua investigação do desenvolvimento afetivo da infância, tendo por inspiração os conceitos freudianos como apresentados no texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Freud, 1905).

Em 1938 Spitz foi para Nova York, ingressando no Instituto de Psicanálise onde permaneceu por 17 anos. Trabalhando nos Estados Unidos, em um ambiente predominantemente inclinado para a Psicologia do Ego, Spitz (1958) utilizou seus conhecimentos em psicanálise para elaborar uma teoria própria sobre o desenvolvimento precoce do bebê, descrevendo etapas da gênese da relação objetal e da comunicação humana, onde destacou o início das relações sociais na vida do ser. Ao estabelecer uma ligação entre o funcionamento psíquico e o funcionamento sensorial do recém-nascido, o autor enfatizou que, por meio das relações de objeto, a realidade externa também tem um papel importante na estruturação do sujeito.

Convencido, portanto, da influência preponderante do meio para o crescimento da criança, Spitz se opôs à concepção kleiniana que admitia a existência de uma vida mental complexa logo após o nascimento, com a presença

de fantasias e conflitos entre impulsos opostos, entendendo que, no início da vida do bebê, existe um estágio indiferenciado que sofrerá um lento desdobramento, de onde surgirão os processos psicológicos a partir dos protótipos fisiológicos que lhe servem de apoio⁶¹. De acordo com Spitz:

O recém-nascido vem ao mundo em um estado de indiferenciação, incapaz de alguma ação psíquica, já que no estado fisiológico, no útero, as relações são de um completo parasitismo da criança. No transcurso do primeiro ano passará por uma simbiose com a mãe, para terminar em um estágio onde se desenvolvem relações hierárquicas (...) até o estabelecimento do objeto definitivo da libido (Spitz, 1958, p.12).

Com essa concepção em mente, Spitz se dedicou à tarefa de explicitar os momentos cruciais desse desenvolvimento inicial, que caminha paralelamente ao processo de maturação, e construiu um modelo genético para esclarecer os primórdios da organização psíquica do ser humano, destacando o papel nela desempenhado pelo ambiente. Suas pesquisas, focalizando o nascimento da vida psíquica no primeiro ano do bebê, associaram os conceitos psicanalíticos aos métodos experimentais de investigação psicológica (observação direta, testes de quociente de desenvolvimento e registro fotográfico), o que conferiu o caráter de originalidade a seu trabalho, e provocou a admiração do meio científico americano pelo interesse e método de estudo aplicado a crianças abandonadas.

2.1.1. Os estados de carência e privação afetiva

Para construir sua teoria, Spitz (1958) dirigiu sua pesquisa para crianças internadas com o propósito de investigar os fatores responsáveis, ou desfavoráveis, ligados ao desenvolvimento infantil, escolhendo um orfanato para crianças abandonadas e o berçário de uma prisão de mulheres como campo de observações. No orfanato, organizado e limpo, as crianças se beneficiavam da

⁶¹ Segundo Laplanche & Pontalis, a noção de *apoio* foi apresentada por Freud, em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914), para designar a relação primitiva das pulsões sexuais com as pulsões de auto-conservação: as pulsões sexuais se apóiam nas funções vitais que lhes fornecem uma fonte orgânica, uma direção e um objeto. O termo *apoio*, ou *anáclise*, é utilizado por Freud para se referir à escolha do objeto de amor no início (Laplanche & Pontalis, 1967, p.66).

nutrição e cuidados proporcionados por profissionais, mas mostravam um sensível retardamento em seu desenvolvimento mental, e progressiva debilidade física. Uma epidemia de sarampo matou 23 das 88 crianças com idade inferior a 2 anos e meio e, das sobreviventes, apenas 2 começaram a falar e aprenderam a caminhar no espaço da pesquisa, nenhuma aprendeu a comer sozinha e todas eram incontinentes. Em grande contraste estava o quadro do berçário da prisão de mulheres, onde as crianças, cuidadas pelas próprias mães, revelaram um nível de desenvolvimento saudável, compatível com a idade, sem nenhum óbito. Ainda que tais fatos falem por si mesmo, Spitz procurou descrever os diferentes momentos vividos por essas crianças, propondo conceitos que se tornaram emblemáticos para o entendimento das patologias das relações objetais no primeiro ano de vida.

A pesquisa de Spitz foi realizada com duas amostragens de crianças, nas instituições já descritas acima. No primeiro dos estudos, foram observados 170 bebês por um período de um ano e meio, e, desse total, Spitz acompanhou as mudanças ocorridas em um grupo de 34 bebês que, depois de um período mínimo de 6 meses de boas relações com suas mães, foram privados de sua companhia por um tempo mais ou menos longo, sem uma substituta satisfatória. Todos os bebês passaram a apresentar alterações comportamentais e clínicas, que se intensificavam em função da duração da separação, mas que encontravam uma rápida recuperação quando, após um período crítico de no máximo cinco meses, a mãe reaparecia ou era encontrada uma substituta adequada. Spitz entendeu esse transtorno como decorrente de uma *privação afetiva parcial*, e o nomeou de *depressão anaclítica*⁶² (Spitz, 1958, p.108) em razão da ruptura do vínculo objetal.

O termo *anaclítico* utilizado por Spitz foi inspirado no estudo de Freud (1914) sobre o narcisismo primário. No texto freudiano, esse termo foi empregado para se referir ao tipo e à fonte de escolha objetal feitos pela criança pequena, na qual os objetos sexuais são derivados das experiências de satisfação. De acordo com Freud, de início os instintos sexuais estão ligados à satisfação dos instintos do ego, e “os primeiros objetos sexuais de uma criança são as pessoas que se

⁶² Em seu texto *A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal* (1954), Winnicott fez uma referência à pesquisa de Spitz, onde ressaltou a diferença entre a *depressão anaclítica* e a depressão da terminologia kleiniana. Segundo Winnicott, os bebês descritos por Spitz são despersonalizados, incapazes de qualquer contato externo, e não possuem, portanto, as condições para a conquista da posição depressiva.

preocupam com sua alimentação, cuidados e proteção, isto é, sua mãe ou quem quer que a substitua” (Freud, 1914, p.104).

Ao recorrer ao conceito freudiano, Spitz demonstrou que a ausência da figura materna afetivamente cuidadora produz no bebê uma carência do investimento libidinal, necessário para que sua bagagem congênita, filogeneticamente determinada, possa evoluir. Ao mesmo tempo, Spitz fez uma leitura própria do texto freudiano, e utilizou concepções da sociologia, como o conceito de “díade” proposto pelo sociólogo G.Simmel, para abordar a relação mãe-bebê do início, de modo que o objeto-mãe foi entendido como um objeto libidinal e também social, por fazer parte do meio ambiente. De acordo com Spitz, “o ponto de vista da adaptação exige que a explicação psicanalítica de todo fenômeno psicológico inclua proposições concernentes à sua relação com o meio ambiente” (Spitz, 1958, p. 7).

Por meio de suas observações, Spitz descreveu os distúrbios apresentados pelos bebês que diagnosticou como portadores de *depressão anaclítica*, cujo agravamento variava de acordo com o tempo de afastamento da mãe. Assim, no primeiro mês de separação o bebê se mostrava chorão e exigente, buscando contato com qualquer pessoa que se aproximasse; no segundo mês, o choro se transformava em gemidos, havendo perda de peso e parada no desenvolvimento; no terceiro mês havia a recusa de contato com outra pessoa, permanência da posição de decúbito ventral, continuação da perda de peso, face contraída, generalização do atraso motor, insônia e tendência a contrair enfermidades intercorrentes; depois do terceiro mês, a expressão facial mostrava-se rígida, o choro cessava sendo substituído por raros gemidos e o atraso motor se intensificava até um estado de letargia.

No segundo estudo foram observados, durante dois anos, 91 bebês que tinham sido amamentados por suas mães nos primeiros três meses, e que, durante este período, não apresentaram alterações no comportamento e no desenvolvimento. Após o desmame, estes bebês foram confiados aos cuidados de babás em um orfanato, sendo que cada uma cuidava de grupos de mais de dez crianças, de forma que cada bebê recebia uma parcela muito pequena de provisões afetivas do tipo materno. Assim que separados das mães, os bebês passaram rapidamente pelas fases descritas no quadro da depressão anaclítica, apresentando um acentuado atraso motor logo de início, total passividade e com o rosto vazio

de expressão, chegando a manifestar espasmos de dedos e cabeça semelhantes aos de portadores de danos cerebrais.

A esse quadro, considerado mais grave pela rapidez de sua manifestação, e entendido como decorrente de uma *carência afetiva total*, Spitz nomeou como *síndrome do hospitalismo* (*ibid.*, p.112), embora tenha sido constatado em um orfanato. A pouca resistência às infecções por um lado, e a deterioração progressiva por outro, ocasionaram, entre os bebês desse grupo, uma alta porcentagem de *marasmo*, condição clínica onde há um colapso das funções orgânicas, e, em consequência, a morte.

Em sua análise das manifestações comportamentais e somáticas dos bebês com *síndrome do hospitalismo*, Spitz estabeleceu um paralelo com o papel dos impulsos agressivos na organização libidinal, como estabelecido por Freud (1905), e concluiu que:

(...) quando a ausência de relações objetivas não permite a descarga de impulsos agressivos, o bebê volta a agressão contra si mesmo. Torna-se incapaz de assimilar a comida, cai vítima da insônia e se auto-agride, batendo com a cabeça na grade do berço ou arrancando mechas de cabelo (...) o impulso libidinal se desliga do impulso agressivo e cessam todas as atividades auto-eróticas, inclusive a sucção do polegar (...) o bebê retorna ao narcisismo primário, e não pode sequer usar o próprio corpo como objeto. Tem-se a impressão de que, nos bebês com *marasmo*, o impulso libidinal é empregado com fins de conservação, para manter o mais possível a ação da força vital que vai se debilitando (Spitz, 1958, p.113).

A contribuição de Spitz permitiu a compreensão de que a satisfação exclusiva das necessidades biológicas e dos cuidados materiais não é suficiente para garantir a sobrevivência do bebê, e que a carência ou privação de cuidados afetivos podem produzir graves danos à saúde física e psíquica da criança, ocasionando até a sua morte.

Na nossa experiência, os quadros descritos por Spitz, apesar de sua dramaticidade, são bastante reais, podendo ser observados nas enfermarias pediátricas de hospitais públicos com frequência maior do que o conhecimento atual deveria aceitar. A permissão para que a criança receba algum acompanhamento durante sua internação, que usualmente é concedida, nem sempre consegue ser concretizada, muitas vezes porque a mãe não pode ficar já que trabalha ou tem outros filhos para cuidar, e o pai ou outros parentes não estão

disponíveis. A relação entre a quantidade de pessoal técnico e o número de leitos é desfavorável, e o bebê, em alguns casos internados por problemas clínicos sem maiores gravidades, sofre prejuízos no seu restabelecimento, chegando a ter pioras no distúrbio orgânico, já que fica na dependência de que alguma outra mãe acompanhante possa lhe dedicar alguma atenção. Consideramos, assim, o estudo de Spitz, ainda que possa ser questionado quanto ao viés teórico utilizado, significativo o bastante para merecer uma reflexão por parte dos que se interessam pela psicossomática na infância.

2.1.2 – A gênese das relações objetais

Tomando por base os resultados colhidos em sua pesquisa, Spitz (1958) procurou descrever a gênese das primeiras relações objetais, e considerou que, a princípio, a relação mãe-filho é puramente biológica, vindo a se transformar, gradativamente, na primeira relação social do indivíduo. Para o autor, durante o primeiro ano de vida ocorre uma transição que vai do fisiológico ao psicológico e social, e esta transição ocorre em 3 estágios sucessivos, representando níveis de complexidade crescente, e o começo de cada estágio é sinalizado pela aparição de uma conduta afetiva específica. Inspirado nos estudos da embriologia, Spitz utiliza o conceito de *organizador*⁶³ para descrever os *organizadores do psiquismo* (Spitz, 1958, p.13).

Após o nascimento predomina o *estágio sem objeto* ou *pré-objetal* (*ibid.*). Essa etapa corresponde, aproximadamente, ao estágio do narcisismo primário de Freud (1914), e nela o aparelho perceptivo do recém-nascido está protegido do mundo por uma *barreira de estímulos*⁶⁴ extraordinariamente alta, que só é quebrada quando os estímulos vindos de fora são excessivamente intensos, fazendo a criança reagir com desprazer. Nessa época o recém-nascido ainda não é organizado em áreas como a percepção e a atividade, e o ambiente ainda não existe como entidade exterior.

⁶³ Segundo Spitz, o termo “organizador” faz referência à instância que governa as forças que operam no desenvolvimento embrionário.

⁶⁴ Spitz, R. (1958) *Op. cit.*, p. 14. Spitz aqui se inspira na noção de *escudo protetor* de Freud (1920).

No estágio evolutivo seguinte, estágio do *precursor do objeto* (*ibid.*, p.19), o indicador do estabelecimento do *primeiro organizador do psiquismo* (*ibid.*) é o aparecimento da *reação de sorriso* frente à face humana, que surge no terceiro mês de vida do bebê, e, segundo Spitz, mostra não só que já foram estabelecidos traços de memória, como a ocorrência de uma divisão no aparelho psíquico e o surgimento de um ego rudimentar, que substituirá o primitivo limiar da barreira de estímulo. Assim, de acordo com Spitz:

(...) o sorriso revela que o bebê é capaz de associar as experiências de satisfação a uma imagem-representação, e essas representações, inscritas nos sistemas mnêmicos, servem de apoio para as urgências instintivas e funcionam como pára-excitação (Spitz, 1958, p.20).

Sobre o surgimento do sorriso, como utilizado por Spitz, Ranña (1997) entende que:

(...) o sorriso evidencia um mecanismo de deslocamento, em que uma parte da excitação é investida numa representação que, em vez de circular no terreno somático, passa a circular no terreno psíquico, agora um *campo pulsional*. O bebê pode agora suportar melhor a ausência materna, e esta ausência cria o campo imaginário fundamental para a constituição do psiquismo (Ranña, 1997, p.111).

Para Spitz, nessa etapa do *precursor do objeto*, pelo aparecimento do auto-erotismo, a excitação é investida em uma parte do corpo que, infiltrada pela fantasia, poderá substituir por algum tempo o objeto-mãe. Mas o autor enfatiza que, se o auto-erotismo surge do equilíbrio entre a presença e a ausência de cuidados maternos, a criança só pode compensar de forma auto-erótica a ausência da mãe se tiver obtido satisfações prévias no contato com a mesma. Por outro lado, como os sinais afetivos da mãe são determinados, predominantemente, por sua atitude afetiva inconsciente para com o filho, podem apresentar desvios do esperado como normal.

Entendemos, assim, que Spitz aponta para a possibilidade de uma variação no investimento materno, que pode ir do totalmente presente ao totalmente ausente, passando pelo instável e contraditório, favorecendo ao bebê responder com a formação de relações objetais impróprias ou insuficientes, ou não formar nenhuma relação, circunstância que, em qualquer das hipóteses, será determinante para o seu equilíbrio psicossomático.

Castro (1997), analisando os distúrbios no estabelecimento do auto-erotismo, como apontado por Spitz, afirma que:

(...) tanto o excesso de cuidados maternos, quanto a sua falta, provocam distúrbios na aquisição do auto-erotismo e, assim, quando a mãe é muito presente, este simplesmente não ocorre. Por outro lado, quando a mãe é muito ausente, pode ocorrer o auto-erotismo *exacerbado*, exemplificado através do merecismo, quando o bebê passa longo tempo ruminando parte do que vomitou, ou através da coprofagia, em que o bebê come as próprias fezes. Quando a carência é mais acentuada, não ocorre auto-erotismo mas gestos autodestrutivos, como no caso do hospitalismo em que o bebê bate a cabeça no berço (Castro, 1997, p. 131).

Os distúrbios funcionais são, então, compreendidos como derivados de uma falha da função materna, quando a mãe não exerce adequadamente seu papel de pára-excitação, e o bebê, sem ter ainda uma autonomia psíquica, acaba descarregando no soma os excessos através de distúrbios psicossomáticos. Mas Castro (1997) observa que as patologias precoces devem ser compreendidas a partir tanto da capacidade psíquica materna de se ajustar ao filho, como das capacidades inatas do bebê, que também serão determinantes nas variações de suas respostas.

De acordo com Spitz (1958), uma mudança decisiva no comportamento do bebê, em seu relacionamento com os outros, ocorre entre o sexto e o oitavo mês. Por já ser capaz de distinguir um amigo de um estranho, a criança já não responderá com um sorriso quando uma visita aproximar-se de seu berço. Se um estranho se aproxima, provocará na criança um comportamento de nítida apreensão ou ansiedade, ainda que de intensidade variável, como abaixar os olhos, esconder o rosto, ou chorar e gritar, e estas reações ocorrem porque o bebê reconhece que não se trata de sua mãe, e essa ausência é respondida com desprazer.

A capacidade de deslocamento da catexia em traços de memória, segundo Spitz, reflete o fato de que o bebê estabeleceu uma verdadeira relação objetal, e de que a mãe se tornou seu objeto libidinal, seu objeto de amor, de forma que a *angústia frente ao estranho* (Spitz, 1958, p.46) na idade de oito meses surge, de acordo com seu modelo, como o *segundo ponto organizador do psiquismo* (*ibid.*) que se caracteriza pelo *estabelecimento do objeto libidinal* (*ibid.*).

Em seu estudo sobre a origem e a finalidade da angústia, Freud (1926) fez referência ao trabalho de Otto Rank (1924) sobre o trauma do nascimento, e apontou objeções à explicação deste autor, que estabeleceu uma relação entre as primeiras fobias das crianças e a impressões nelas causadas pelo evento do nascimento. Freud compreende as manifestações de angústia da criança quando é deixada sozinha, ou no escuro, ou quando se encontra com uma pessoa desconhecida no lugar da mãe, como a expressão da falta sentida de alguém que é amado, e de quem se sente saudade, cuja imagem mnêmica foi intensamente catexizada. Assim, a perda do objeto que produz satisfação é vivida como um perigo pela criança, provocando uma perturbação econômica pelo aumento de tensão, e a angústia surge como um produto do *desamparo mental da criança* (Freud, 1926, p.162).

Por outro lado, Spitz chamou a atenção para o fato de que não deve ser negligenciada a variabilidade na ocorrência destes fenômenos, na medida em que surgem como resultado da relação entre os dois indivíduos que compõem a díade e, portanto, dependem tanto da personalidade individual de cada um, como de inúmeras outras condições ambientais e culturais. Em seu texto, Spitz mencionou os estudos antropológicos sobre a relação mãe-filho em outras culturas, e admitiu a necessidade de maiores pesquisas para uma compreensão mais abrangente do tema. Ao mesmo tempo, estudou e relacionou algumas perturbações que podem surgir, em nossa cultura, de alterações nessa relação inicial.

2.1.3 – Os desvios das relações objetais

As conseqüências para o desenvolvimento afetivo da criança de desvios das relações objetais também foi objeto de pesquisa para Spitz (1958). Por considerar que, na relação mãe-filho, a mãe ocupa a parte ativa e dominante, enquanto o bebê, ao menos no início, é um recipiente passivo, o autor entendeu que as perturbações da personalidade materna se refletem em perturbações da criança, e, assim, as influências psicológicas prejudiciais são as decorrentes de relações insatisfatórias entre a mãe e o filho. Essas relações insatisfatórias foram diferenciadas por um fator de natureza qualitativa, originando relações

inadequadas (Spitz, 1958, p.78), ou por um fator de natureza quantitativa, gerando relações *insuficientes* (*ibid.*). Entre essas patologias, pretendemos destacar aquelas que foram objeto de estudo dos psicossomáticos da infância, e que permitem uma articulação com o nosso interesse de trabalho: a *cólica dos três meses* e o *eczema infantil*⁶⁵.

A *cólica dos três meses* se refere a um incômodo manifestado pelo bebê, com início por volta da terceira semana de vida e duração até o fim do 3º mês. O bebê adormece num primeiro momento, para logo depois acordar gritando, podendo permanecer assim durante horas. Spitz associou esse distúrbio com um comportamento materno que nomeou como *superpermissividade ansiosa* (*ibid.*, p.88), onde a solicitude exagerada estaria relacionada com um sentimento de culpa inconsciente. Como resultado, ocorreria um superinvestimento no bebê, através do qual uma mãe extremamente preocupada, com menos capacidade de distinguir se seu filho está realmente com fome, reage ao choro da criança alimentando-a, muitas vezes excessivamente, e o alimento desnecessário acaba irritando o aparelho digestivo, provocando mais choro do bebê e a deflagração de um círculo vicioso.

O distúrbio da *cólica dos três meses* foi explicado, a princípio, pela existência de uma hipertonia de nascença, que ocasionaria um tônus muscular elevado na musculatura abdominal e o peristaltismo aumentado, e também pela incapacidade do bebê para assimilar o leite da mãe. Em relação a essas hipóteses, Spitz constatou que nos bebês criados em instituições e, portanto, privados dos cuidados maternos, a *cólica* era absolutamente inexistente, enquanto nas crianças mantidas em creches, onde as relações mãe-filho eram relativamente melhores, ocorria ocasionalmente, e nas crianças criadas por suas próprias famílias, a *cólica dos três meses* era freqüente, o que invalidaria a explicação exclusivamente orgânica. Também descobriu que o distúrbio melhorava pelo uso da chupeta e pelo embalo do bebê. Estabeleceu, então, que a etiologia da *cólica dos três meses* podia ser encontrada na combinação de dois fatores, ou seja, que certos recém-nascidos com hipertonia congênita são criados por mães que revelam uma solicitude ansiosa excessiva.

⁶⁵ A *cólica dos três meses* e o *eczema infantil* foram alvo de estudo pelos psicossomáticos da infância e constam, entre as patologias pesquisadas por Spitz, no livro *A criança e seu corpo* publicado em 1974.

Sem propor uma compreensão psicodinâmica para o quadro, Spitz focalizou seu interesse em descobrir porque o distúrbio desaparecia aos três meses, e concluiu que a resposta estava relacionada com mudanças na própria maturação do bebê. Assim,

(...) um amplo espectro de atividades afetivas, mentais e físicas passa a existir no decurso do terceiro mês, e elas lhe servem para descarregar tensão. (...) Quando a criança consegue descarregar tensões por meios diversos dos orais, suas exigências feitas à mãe diminuem, e então o círculo vicioso é interrompido (Spitz, 1958, p.93).

Outra patologia estudada por Spitz, o *eczema infantil*, interessa de perto nosso estudo por se tratar de um distúrbio de natureza alérgica, da mesma forma que os distúrbios respiratórios que escolhemos focalizar. Segundo Spitz, as mães dos bebês com eczema apresentaram, em sua pesquisa, intensas manifestações de ansiedade, que o autor atribuiu à presença de uma forte *hostilidade inconsciente reprimida* (Spitz, 1958, p.103), que as levava a não querer tocar em seus filhos.

A maior parte das crianças com eczema estudadas não apresentou *angústia do oitavo mês*⁶⁶, e essa ausência foi entendida como consequência de um atraso no desenvolvimento afetivo. Para Spitz, como os impulsos libidinais e agressivos são, no curso normal do desenvolvimento, descarregados na estrutura da interação física entre mãe e filho, a mãe do bebê com eczema não teria dado oportunidade suficiente para tal descarga, e o processamento do impulso não pôde ficar disponível. Assim, admitindo que evita usar o termo somatização para se referir a esta patologia, porque considera que nem a dinâmica do processo psicológico, nem o modo de transformação em manifestação somática foram suficientemente esclarecidos, Spitz chamou a atenção para o fato do sintoma da doença aparecer no exato lugar em que a estimulação vital foi recusada, ocorrendo uma “retenção de energias pulsionais porque lhes foi negada uma saída” (Spitz, 1958, p.104).

O estudo de Spitz foi analisado por Guedeney & Grasso (2003), que valorizaram o autor pelo fato de ter sido um dos primeiros a demonstrar a ligação

⁶⁶ O conceito de Spitz sobre a *angústia do oitavo mês* vai ser ampliado por Michel Fain (1974), que lhe concede um espaço importante em sua análise dos distúrbios psicossomáticos do bebê. De acordo com Fain: “a angústia em face do estranho responde à edificação de uma fobia primária. Ante uma frustração real, as razões de desacordo com a mãe são projetadas na figura do estranho. Essa operação mental mantém a possibilidade de fusão temporária com a mãe” (Fain, 1974, p.445).

entre o tipo de relação maternal e a patologia funcional do bebê, mas criticaram seu modelo sobre a síndrome do hospitalismo em função da metodologia utilizada para o estudo, que não permite compreender porque um certo número de crianças, entre as pesquisadas, escaparam de desenvolver o mesmo quadro depressivo anaclítico, apesar de se encontrarem nas mesmas circunstâncias. Por outro lado, de acordo com Guedeney & Grasso, a abordagem de Spitz para a cólica dos três meses, considerada como o efeito de uma relação primária excessiva e ansiosa, apesar de “infundada” (Guedeney & Grasso, 2003, p.116), ainda prevalece na França, independentemente dos estudos mais recentes que revelam que a ansiedade materna na cólica é secundária, e que numerosos estados ansiosos maternos não possuem ligação com estas cólicas.

No nosso entendimento, apesar das limitações teóricas possíveis de serem identificadas no modelo elaborado por Spitz, seu trabalho trouxe uma importante contribuição ao estudo da psicossomática da infância. Tendo alcançado uma articulação entre os pontos de vista pediátrico e psicanalítico, a partir da observação sistemática e criteriosa de bebês, sua pesquisa encontrou receptividade entre os psicossomáticos franceses, e suas concepções se tornaram presença constante nos trabalhos desenvolvidos nesse campo. Também consideramos que, ao se inspirar na concepção freudiana do escudo protetor (Freud, 1920) para estabelecer a noção de barreira de estímulos, Spitz (1958) pôde demonstrar, através de exemplos práticos, as conseqüências provenientes da quebra dessa barreira no psiquismo do bebê, ocorrência que, para Freud, permaneceu no campo teórico.

2.2. Contribuições dos estudos sobre as interações precoces

Quando se estuda a interação precoce mãe-bebê, uma questão sempre presente, e muitas vezes de difícil consenso entre os autores, assume o primeiro plano: como distinguir o que é constitutivo do bebê, fazendo parte de sua bagagem inata, do que é característico da mãe, pessoa total com seu estilo próprio e modo de agir, o qual é influenciado por sua dinâmica inconsciente? Desde Spitz (1958), e sua concepção de um bebê que, pelo predomínio do funcionamento fisiológico inicial, se encontra em um estado de passividade e submissão somática à dinâmica materna, até as pesquisas mais recentes sobre as competências inatas do recém-nascido para a interação, muitos trabalhos têm sido produzidos sobre o tema, de forma que a resposta pode variar segundo a perspectiva teórica privilegiada.

Para Lebovici (1995), os distúrbios que surgem nos primeiros meses de vida, como os distúrbios funcionais relativos às funções digestivas, à regulação do sono, ao sistema cutâneo e às regulações respiratórias sofrem a influência tanto dos fatores genéticos como de fatores contingentes e episódicos. Sua aparição e durabilidade, portanto, podem estar vinculadas a perturbações da relação familiar, como nos casos em que predomina uma “desarmonia interativa, decorrente da carência dos cuidados ou de alterações nas ligações” (Lebovici, 1995, p.114).

Em seu estudo sobre as interações precoces, Lebovici (1987) analisou o papel da família, particularmente da mãe, mas também incluiu a ação que o bebê tem sobre a mãe, admitindo que “a vida mental da mãe é igualmente influenciada pelo desenvolvimento de seu bebê” (Lebovici, 1987, p.251). Pesquisando distúrbios manifestados no período inicial da vida, em sua prática como psiquiatra perinatal, o autor levantou a hipótese de um paralelismo entre os fatores biológicos e os aspectos relacionais, e a sustenta tomando como referência a depressão do bebê que o leva a não se interessar pelo seio materno, ocasionando uma depressão materna reacional e a interrupção do aleitamento. A precocidade desses distúrbios levou Lebovici a admitir sua origem em etapas primitivas, localizadas na relação da mãe com o feto, concepção que encontra respaldo teórico no conceito do “mosaico primeiro” de Marty (1976), onde estão inscritas as predisposições psíquicas inatas do indivíduo.

O interesse pelo estudo dos distúrbios de manifestação precoce também é compartilhado por Soulé (1996), que realiza pesquisas em um campo que nomeou como *psiquiatria fetal* (Soulé, 1996, p.48) com o objetivo de conhecer as interações entre o feto e a mãe. Para Soulé, a constatação de distúrbios de natureza psicossomática em recém-nascidos, com mecanismos bastante complexos, permite admitir a existência de um sistema interacional arcaico, funcionando de modo desordenado, onde o parceiro-mãe interage de maneira divergente.

A postulação desse sistema, que Soulé entende como decorrente de uma *interação biológica* (*ibid.*, p.49), o aproxima do trabalho de Marty (1976), que buscava uma base biológica para a sua teoria, e de Kreisler (1991), que deu continuidade às concepções de Marty através de sua prática como psicossomático da infância. Por outro lado, essa proposta de Soulé o contrapõe a Fain (1969), que se recusou a aceitar a possibilidade de trocas de natureza psíquica durante a gravidez, em virtude do isolamento do feto pela barreira placentária.

Tendo fundamentado suas concepções a partir de seu trabalho em um serviço de medicina fetal, onde o intercâmbio com geneticistas e biólogos foi acrescido das pesquisas recentes no campo da genética molecular, que vêm permitindo uma compreensão cada vez mais precisa do funcionamento dos genes, Soulé (1996) pôde afirmar que a barreira placentária evocada por Fain:

(...) não ocupa mais o lugar intangível que lhe foi atribuída, assim como existem outras vias para a interação e outros canais para os sinais (Soulé, 1996, p.50).

A partir dos conhecimentos biológicos sobre a gravidez, e sobre algumas alterações do período gestacional já descritas pela ciência, como a incompatibilidade do Rh, Soulé (1996) procura explicar o fenômeno psicossomático precoce como consequência de uma *interação nefasta* (*ibid.*), utilizando como exemplo o caso em que o feto, por carregar uma característica herdada do pai, seria reconhecido pelo organismo da mãe como “um corpo estranho incompatível” (*ibid.*). Uma situação semelhante ocorreria em certos casos de aborto espontâneo, condição descrita pelos biólogos como decorrente de um ‘não-reconhecimento’ imunológico, e que Soulé entende como a expulsão de um ‘estranho’.

Na verdade, o campo da ciência vem se expandindo, e o desenvolvimento de técnicas cada vez mais apuradas de exame tem possibilitado um verdadeiro progresso dos estudos sobre as competências do feto, de tal forma que a observação da ontogênese das respostas do feto a estimulações externas não permite mais que se ignore os fenômenos de interação muito precoce. Nesse sentido, pode-se dizer que em pouco tempo passou-se de um feto em estado de isolamento sensorial quase total a uma ‘pessoa’ com a qual é tentada uma comunicação, e a tecnologia tem possibilitado conhecer as ações e reações fetais, sinais possíveis de uma percepção pelo feto dos acontecimentos maternos ou externos.

Pesquisas realizadas por Lecanuet, Granier-Deferre e Schall (1991) concluíram que como o líquido amniótico varia de um bebê a outro, e para o mesmo bebê segundo o período da gravidez, o feto tem numerosas ocasiões de contato com as paredes do útero, o que fala a favor das idéias apresentadas por Soulé. Também apontaram para a possibilidade de que a experiência sensorial fetal possa modificar, pela via da aprendizagem, as respostas comportamentais espontâneas pré e pós-natais às estimulações auditivas ou olfativas, às quais o bebê foi exposto no útero, podendo organizar suas preferências e aversões perceptivas e facilitar a aprendizagem de características maternas. Segundo Lebovici (1991), essas pesquisas não só corroboram a idéia de uma continuidade entre a vida intra-uterina e a vida pós-natal, como constituem um instrumento indispensável para todos os que se dedicam ao estudo do nascimento das representações mentais a partir da sensorialidade inicial.

Alessandra Piontelli (1995), médica e psicanalista, desenvolveu um estudo através da técnica de ultra-sonografia buscando conhecer as relações entre a vida pré-natal e o futuro desenvolvimento do indivíduo. A autora entende que a interação entre o inato e o adquirido começa muito mais cedo do que normalmente se admite, e considera que certas experiências pré-natais podem ter um efeito emocional profundo sobre a criança, especialmente se tais acontecimentos forem reforçados pelas experiências pós-natais. Assim, tem como hipótese a ser verificada a possibilidade de que exista uma vida mental antes do nascimento, e portanto alguma forma rudimentar de diferenciação self-outro,

tomando como referência a precocidade com que certos comportamentos do feto, que sugerem uma sensibilidade prazer-desprazer, se evidenciam neste período.

Podemos concluir que, na atualidade, o estudo da interação precoce mãe-bebê se distanciou em muito daquele introduzido por Spitz, e cada vez mais é reconhecida, no bebê, uma participação mais ativa na interação com a mãe. Este processo foi significativamente influenciado pelas pesquisas produzidas por Cramer (1987) e Brazelton (1987) no campo das interações precoces, cujos resultados situam o bebê como distante do lugar de passividade que até então lhe era atribuído, e o revelam como um parceiro capaz de induzir as atitudes do ambiente para com ele.

Cramer (1987), tomando como referência as pesquisas que focalizaram as diferentes modalidades através das quais o bebê, desde muito cedo, conhece, se expressa e troca com o mundo (Wolf, 1966; Stern, 1976), concluiu que o bebê não é apenas um ser de reação, mas também de ação, a partir de uma organização própria que o predispõe à relação e à adaptação, e que a criança é uma *parceira total* (Cramer, 1987, p.38) na interação. Em função das possibilidades que, desde recém-nascido, o bebê já é capaz de realizar, como enviar mensagens à mãe, a imitar e decodificar as mensagens maternas, torna-se viável que também a criança participe da elaboração de um grupo de regras que vão determinar o perfil particular da interação. A tarefa da mãe, se entendida sob este prisma, não é a de criar uma ordem a partir de um caos, mas a de “adaptar seu comportamento a uma organização que já existe” (*ibid.*).

Brazelton (1987), através de uma abordagem experimental de pesquisa em psicologia do desenvolvimento, também valoriza o comportamento neonatal como indutor das respostas ambientais, e entende que as ações e reações do bebê fornecem informações importantes não só para compreendê-lo, como igualmente para compreender as reações do meio, especialmente o materno, para com ele. Assim, desenvolve uma idéia central relativa à competência do bebê, afirmando:

(...) não o vemos mais como uma massa sem formas, prestes a ser modelada pelo meio ambiente, mas como um ser complexo e previsível que interage com os adultos que o cercam (...) não mais podemos considerar o recém-nascido como insensível, caótico ou imprevisível, mas como estando equipado com reações altamente previsíveis a todos os estímulos vindos do exterior, quer estes estímulos sejam positivos (apropriados ao sujeito) ou negativos (impróprios ou excessivos) (Brazelton, 1987, p.13).

A nosso ver, os estudos sobre as interações precoces têm contribuído para uma outra abordagem ao conhecimento dos primórdios da vida, mas ainda encontram resistência no meio psicanalítico por não propiciarem informações do ponto de vista psicodinâmico.

2.3. O estudo da psicossomática psicanalítica do bebê

Paralelamente aos avanços no campo da psicossomática do adulto, o psiquiatra e psicanalista infantil Serge Lebovici se dedicou, na década de 60, à organização e desenvolvimento da psicanálise da criança na França. Identificamos dois acontecimentos como inspiradores dessa iniciativa de Lebovici. Um deles foi a publicação, em 1958, do livro *Da pediatria à psicanálise*, por Winnicott, cujos primeiros textos, escritos ainda enquanto pediatra, apontavam a relação entre o adoecimento físico na infância com fatores de natureza emocional. Outro acontecimento foi a participação de Spitz no 26º Congresso dos Psicanalistas de Língua Romana, realizado em Paris em 1965, quando sua pesquisa sobre as conseqüências, para o bebê, de alterações nas relações maternas primárias, pôde ser melhor conhecida.

Segundo Lebovici (1974), as dificuldades funcionais no primeiro ano de vida deviam receber maior atenção e, assim, visando ampliar esse campo de conhecimento, reuniu os psicanalistas Michel Fain e Michel Soulé, e o pediatra Léon Kreisler, com a proposta de pesquisar os distúrbios somáticos das crianças numa perspectiva da psicossomática psicanalítica.

Os trabalhos então produzidos deram origem a uma série de artigos, publicados na revista *Psychiatrie de l'Enfant*, entre 1966 e 1974, e foram reunidos em um livro, *A criança e seu corpo* (1974), que veio a constituir um marco fundador na história da psicossomática da criança. Para a construção do livro, os autores se reuniram, a partir de 1965 e por alguns anos, e suas discussões teóricas dos casos clínicos extraídos da prática pediátrica de Kreisler, após exclusão daqueles cuja etiologia indicasse uma causa física determinante, foram gravadas e depois transcritas.

A redação do livro sob a forma de discussões foi conservada, segundo Kreisler (1974), para tentar traduzir as coerências e divergências das disciplinas e das pessoas, assim como a evolução no tempo de vários pontos de vista. As patologias estudadas por Spitz (1958), e as conclusões a que chegou em suas pesquisas, serviram de referência para os debates, e essa influência pode ser explicada pela boa receptividade que Fain, Soulé e Kreisler dedicaram à abordagem psicanalítica de observação de bebês, e a confrontação dos pontos de vista pediátrico e psicanalítico alcançada por Spitz.

O estudo sobre a clínica psicossomática do primeiro ano resultou, portanto, de uma colaboração pediátrica e psicanalítica. Os casos selecionados, que abordavam alterações de funções orgânicas fundamentais, como o apetite, a absorção alimentar, a evacuação intestinal e a respiração, levaram Kreisler (1974) a concluir que:

(...) tudo se passa como se o seu exercício não se reduzisse a um funcionamento puramente fisiológico, mas precisassem ser infiltradas pelo investimento afetivo que dá um impulso necessário à realização dessas funções, e cujas falhas estão na origem do disfuncionamento (Kreisler, 1974, p.441).

Ao criticar a extensão abusiva que foi dada ao termo ‘psicossomática’ pelos pediatras, e que ameaçava esvaziar seu sentido, Kreisler (1974) relacionou os distúrbios que devem ser excluídos do campo das doenças psicossomáticas. Fazem parte dessa relação: 1) as conseqüências psíquicas das doenças somáticas, como, por exemplo, as influências que podem atingir a criança em decorrência de uma deformação física; 2) as doenças orgânicas provocadas por uma conduta anormal, como na criança cardiopata que recusa as limitações na atividade física; 3) os efeitos somáticos da conversão histérica, na medida em que a patologia psicossomática inclui desordens autenticamente orgânicas, vazias de significação simbólica; 4) os problemas mentais provocados por uma agressão ao sistema nervoso e, finalmente, 5) os falsos problemas que surgem em crianças com distúrbios insignificantes ou mesmo perfeitamente normais (Kreisler, 1974, p.18).

Pelo seu caráter de pioneirismo, ao abordar os adoecimentos psicossomáticos do bebê e do recém-nascido a partir de uma abordagem psicanalítica, os autores Kreisler, Fain e Soulé contribuíram para que esse estudo pudesse alcançar, como nos dias atuais, o status de uma disciplina. Mas esse momento inaugural também nos revela como as trajetórias, e as experiências anteriores de cada um, vão ser determinantes nas concepções que elegeram como prioritárias em suas reflexões.

A nosso ver, os diferentes posicionamentos teóricos assumidos pelos autores não só vão permear todo o texto do livro, como influenciaram as produções subseqüentes, inclusive de seus seguidores, ocasionando variações no entendimento da etiologia das afecções psicossomáticas do bebê, especialmente quanto ao papel que pode ser atribuído à mãe nessa etiologia, que persistem até os

dias de hoje. Para nos situarmos em relação a esses autores, e entendermos a contribuição de cada um na compreensão do adoecimento psicossomático na infância, consideramos necessário, à guisa de introdução, descrever um breve relato histórico de suas atividades nesse campo.

Léon Kreisler além de pediatra é também psiquiatra de crianças, e seu relacionamento com Serge Lebovici teve início em 1947, quando trabalhou como médico interno no hospital Enfants-Malades, em Paris. Nessa época, Kreisler seguiu o caminho inspirado por Lebovici e Diatkine, considerados os criadores da psiquiatria psicanalítica infantil na França, abordando a pediatria sob a ótica da *psicanálise genética*, ou seja, por meio da aplicação dos conceitos psicanalíticos na pesquisa da gênese da organização psíquica, a partir do estudo e tratamento de bebês e recém-nascidos. Por cerca de 28 anos, Kreisler dirigiu o serviço de psiquiatria da criança e do adolescente no hospital Saint-Vicent-de-Paul, onde conheceu o psicanalista Michel Soulé com quem trabalhou em equipe.

Michel Soulé foi chefe de clínica, nos anos 50, no hospital Saint-Vicente-de-Paul, onde eram abrigadas as crianças abandonadas e, nessa época, fez parte de um grupo orientado por John Bowlby, cujos trabalhos abordavam as carências de cuidados maternos e a noção de apego. Durante vários anos Soulé ocupou o cargo de médico-chefe na direção do Institut de puériculture du XIV^e. arrondissement de Paris, no qual criou uma unidade intensiva especializada nos cuidados do bebê no primeiro ano de vida, e onde organizou jornadas de estudos regulares, cujos trabalhos apresentados foram, mais tarde, reunidos em um livro. Uma dessas jornadas, intitulada *Quoi de neuf bébé ?*, contou com a participação de Brazelton, Cramer e Kreisler, e teve grande repercussão no meio científico francês.

Soulé tornou-se psicanalista membro da Sociedade psicanalítica de Paris, e professor de psiquiatria da infância e da adolescência na Universidade René-Descartes, Paris V. Entre inúmeros trabalhos sobre a prevenção e profilaxia em idades precoces, e sobre psiquiatria e psicanálise da infância, em 1970 escreveu, com Lebovici, *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, e, com Lebovici e Diatkine, *Traité de psychiatrie de l'enfant e de l'adolescent*.

Em sua participação no livro *A criança e seu corpo*, Soulé focalizou a comunicação mãe-bebê, e suas hipóteses de trabalho se apoiaram nos estudos de René Spitz (1965), e na concepção de Lebovici (1987) sobre as relações objetais, entendidas do ponto de vista do bebê. Mas Soulé utilizou também, como modelo

análogo, as teorias da comunicação e a compreensão cibernética, propondo uma explicação de certos distúrbios funcionais do bebê sob um modo transacional. Como nos revela Szwec (1995), as concepções de Soulé sobre o papel do bebê na comunicação, reveladas desde a década de 60, tiveram confirmação, mais tarde, nas pesquisas sobre os modos de comunicação precoce entre a mãe e o bebê, realizadas nos Estados Unidos através do método de gravação em vídeo.

Michel Fain, à época da redação do livro *A criança e seu corpo*, era um psicanalista já bastante envolvido no movimento psicossomático da Escola de Paris, e seu interesse estava voltado para a clínica com adultos, mas, na intenção de conhecer a repercussão das alterações do investimento materno na constituição psíquica durante a infância, trabalhou por algum tempo no Instituto E.-Claparède, onde obteve sua experiência com as patologias infantis. Ao se basear nos conceitos psicanalíticos freudianos, Fain focalizou sua concepção sobre os distúrbios psicossomáticos do bebê na estrutura edipiana da mãe, e nas falhas maternas em relação ao investimento libidinal do filho. Nas palavras de Fain,

(...) a criança muito pequena, que possui apenas um psiquismo embrionário, seria automaticamente uma psicossomática, dada a sua incapacidade evidente para integrar psicologicamente os estados de tensão a que pode ser submetida, mas não o é porque a mãe está presente para evitar os estados de sofrimento da criança, e ajudá-la a organizar sistemas mentais muito precoces. A insuficiência psíquica do bebê é compensada pela intuição da mãe, ativada pelo instinto materno. A unidade psicossomática compreende a mãe, depositária das funções ainda não adquiridas pela criança, quer sejam psicológicas ou somáticas (Fain, 1974, p.33).

Entre as patologias estudadas que constam no livro, encontramos o distúrbio da *cólica dos três meses* descrito por Spitz (1958). Os autores, sem negar a existência de uma disposição congênita determinando uma hipertonia no bebê, focalizaram tanto a qualidade dos sinais emitidos pela mãe, conscientes e inconscientes, e sua interferência na homeostase de seu bebê (Soulé, 1974), quanto as alterações do investimento libidinal materno (Fain, 1974).

De acordo com Fain (1974), o comportamento da mãe hipernutrientes do bebê com cólicas, como relatado por Spitz (1958), acarreta uma sobrecarga alimentar, e deixa por saciar o desejo de sucção. Por outro lado, o uso da chupeta permite uma satisfação auto-erótica, na qual a excitação da mucosa bucal compensa os efeitos prejudiciais da presença materna alterada, enquanto o embalo

proporciona ao bebê a reconstituição de seu universo narcisista primário, que foi prejudicado pela atitude traumática da mãe. Ao criticar o que considera uma tendência exagerada em atribuir à determinada síndrome da criança um tipo específico de personalidade da mãe, como o fez Spitz (1958), o autor admitiu que quando a modulação afetiva da mãe permanece pobre, “ela obriga a criança a realizar descargas somáticas” (Fain, 1974, p.54). Segundo Fain (1974), o investimento libidinal narcisista primário do bebê só se organiza em resposta ao instinto materno, de modo que as alterações do comportamento da mãe podem revelar uma qualidade de investimento excessiva, carente ou contraditória, mas, em qualquer das possibilidades, com efeitos catastróficos para o bebê.

A questão do peso atribuído ao investimento materno no adoecimento da criança, foi tratada de forma diversa por Soulé (1974). Concordando em parte com Fain, Soulé admitiu que desde cedo o bebê está em relação direta com o inconsciente da mãe, sofrendo o risco de se desorganizar pelos eventuais sinais contraditórios que ela lhe enderece, ou seja, os distúrbios psicossomáticos no bebê podem decorrer da inconsistência dos sinais maternos, ou da sua incoerência. A diferença consiste na ênfase dada por Soulé à sua concepção de que as trocas não se fazem no sentido único mãe-filho, e nem segundo um modo linear, existindo um estado de equilíbrio nas relações recíprocas e interatuantes que vêm a se constituir num sistema, ou díade. Desta forma, Soulé entendeu que:

É grande o risco de atribuir culpa à mãe, considerada agora uma indutora de distúrbios e doenças, uma mãe má porque faz seu bebê adoecer. Na verdade, convém absolvê-la em certos casos, sempre que ela se defrontou com mecanismos muito precoces do recém-nascido que, se não são inatos, foram obtidos muito cedo. Raciocinamos sempre, e de um modo exageradamente exclusivo, em termos de falha no investimento, ou de perturbações nos investimentos, sem dar suficiente importância aos ‘defeitos de equipamento’ e aos distúrbios do próprio equipamento (Soulé, 1974, p.418).

A ressalva de Soulé pode ser entendida a partir da sua prática com bebês psicóticos, cujas manifestações precoces se revelam “impressionantes para uma mãe normal, perturbando-a profundamente” (Soulé, 1974, p.418). Por essa razão, Soulé admitiu que os comportamentos estranhos das mães, e determinados distúrbios de relacionamento com os filhos, são considerados de forma exagerada como causas patogênicas da psicose da criança. Em suas palavras:

(...) com muita frequência, isso constitui para a mãe uma forma de ‘tolerar’, com o mínimo de desorganização pessoal, o profundo distúrbio suscitado pela relação psicótica estabelecida muito precocemente pela criança. Também deve ser assim no caso de certos distúrbios funcionais do bebê, em que as ‘faltas’ da mãe constituem apenas uma conseqüência de uma relação criada, e depois organizada patologicamente, pelo recém-nascido (*ibid.*).

Para Soulé (1974), os distúrbios precoces, que ocorrem quando a maior parte dos mecanismos mentais ainda não está constituída, fornecem importantes informações sobre as alterações nas comunicações que se fazem no seio da díade mãe-bebê. Esses distúrbios, segundo o autor, devem ser considerados como *disgenéticos* (Soulé, 1974, p.416), na medida em que perturbam a evolução da estruturação e da economia do bebê.

O bebê com *eczema* pesquisado por Spitz (1958) foi abordado por Fain (1974), utilizando como referência teórica o estudo de Marty (1958) sobre as relações objetais alérgicas, no qual foi assinalado que o mecanismo de defesa utilizado pelo alérgico, frente a ameaça da perda do objeto, é a permanência no estado de fusão com o objeto que proporcionou experiências prazerosas anteriormente. A *ausência de angústia do oitavo mês*, como descrito por Spitz no bebê eczematoso, foi compreendida por Fain (1974) como decorrência desse estado de fusão, ocasionando uma fixação no sistema do *primeiro organizador*, o sorriso frente à face humana mas sem seletividade da pessoa, e que é o indício da realização alucinatória do desejo por condensação da representação visual com as experiências anteriores de satisfação interna corporal. Como a existência de uma relação gratificante anterior com a mãe, registrada nos traços mnêmicos, é condição para que o bebê sinta frustração com sua ausência, Fain entendeu que as falhas no investimento libidinal materno mantêm o bebê no estágio do primeiro organizador, a resposta do sorriso, como defesa frente à frustração já presente.

Ao também abordar o papel da mãe na produção dos transtornos psicossomáticos do bebê, Kreisler (1974) questionou o modelo explicativo dos distúrbios funcionais como apresentado por Spitz (1958), que associou certos adoecimentos da criança a uma característica do comportamento materno, observando que:

(...) há uma certa tendência exagerada para querer atribuir a determinada síndrome da criança um tipo específico de

personalidade de mãe, ou um ‘perfil psicológico da mãe’, como superprotetora, ansiosa, etc. Pelo contrário, por trás de diversas personalidades, é possível ver perfilar-se um tipo de conflito (Kreiser, 1974, p.60).

A nosso ver, mesmo sem alcançar um consenso de idéias, e talvez exatamente por isso, o livro *A criança e seu corpo* deve ser entendido como uma experiência bem sucedida de introduzir o tema da psicossomática da infância no campo de discussões psicanalíticas. De sua publicação, em 1974, até os dias atuais, muitos trabalhos vêm sendo desenvolvidos, e outros autores têm colaborado para que o interesse sobre esse estudo ganhe um espaço cada vez maior.

Dos autores originalmente envolvidos em sua redação, o nome de Kreiser se destaca pela dedicação à pesquisa e pela produção teórica continuada. Em 1978, Marty lhe solicitou a criação de uma unidade de pediatria psicossomática no hospital Poterne-des-Peupliers, que mais tarde se tornou o departamento infantil Léon Kreiser do Instituto de Psicossomática de Paris. Dando prosseguimento aos seus estudos, Kreiser buscou aproximar sua prática pediátrica às hipóteses psicogenéticas, para poder descrever uma clínica psicossomática da infância que fosse acessível ao pediatra e, ao mesmo tempo, reconhecida em sua especificidade pela psiquiatria e pela psicanálise. Por ter sido considerado por Marty (1991) como um tradutor fiel de suas idéias para o terreno da infância, consideramos importante destacar suas contribuições.

Além de inúmeros artigos para revistas especializadas, e da participação com capítulos em livros de pediatria e psiquiatria infantil, Kreiser publicou, em 1981, o livro *L'enfant du désordre psychosomatique*, e em 1992, *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, obras através das quais apresenta um aprofundamento dos conhecimentos mais atuais sobre o tema, vistos não mais pelo olhar de um pediatra apenas, mas de um autêntico psicossomático.

2.3.1. Léon Kreisler e a interação precoce de risco psicossomático

Os diversos funcionamentos com risco psicossomático do bebê, assim como seu ambiente interativo, foram objeto de reflexão por Kreisler. Quando foi publicado o primeiro número da *Revue Française de Psychosomatique*, em 1991, Kreisler participou com um artigo onde abordou as influências interativas primárias sobre as capacidades receptivas e reativas do bebê, e a produção de respostas somáticas, esclarecendo que o conhecimento atual da economia psicossomática da criança provém de duas fontes convergentes:

De uma parte, da patologia psicossomática do adulto, numa perspectiva regressiva; de outra parte, da observação direta do bebê com adoecimento psicossomático, porque é necessário que a reconstituição do passado, proveniente da análise do paciente adulto seja ajustada ao presente do bebê tal como ele se oferece à nossa observação, na sua realidade corporal e mental, apreendida no ponto preciso do estado evolutivo que atravessa, na gênese de sua construção psicossomática. A atenção se concentra sobre a observação detalhada dos distúrbios, nas fases cada vez mais arcaicas do desenvolvimento. Este caminho pode contribuir para o conhecimento, ainda insuficientemente preciso, do desenvolvimento psicossomático, e para uma adaptação da teoria aos dados da observação, por meio de um movimento constante de idas e vindas da prática à teoria (Kreisler, 1991, p.169).

O interesse de Kreisler por esse campo recebeu um reforço importante ainda em 1980, quando da realização do Primeiro Congresso Mundial da Psiquiatria do Lactente⁶⁷, promovido e organizado pelos psiquiatras da infância americanos, e ocorrido em Portugal. Nesse congresso, que foi dedicado à memória de René Spitz, por ter sido o primeiro a introduzir a observação direta dos bebês no campo da psicanálise, Kreisler participou de debates sobre a psicopatologia precoce, do nascimento até o terceiro ano, nos quais os estudos sobre as relações iniciais mãe-bebê ganharam destaque, assim como a metodologia de pesquisa e as bases teóricas utilizadas pelos autores, permitindo a conclusão de que “certas perturbações podem se produzir desde o nascimento, às vezes de um modo tão ameaçador quanto para o adulto” (Kreisler, 1992, p.339).

⁶⁷ *First World Congress on Infant Psychiatry*, Cascais (Portugal), 1980

Ao partir das pesquisas sobre a interação precoce (Brazelton, 1973; Mahler, 1975), portanto, Kreisler (1992) pôde concluir que as potencialidades de que o bebê é dotado, desde o início da vida, para sustentar a relação com a mãe, podem ser consideradas como *pré-formas* (1992, p.340) do investimento afetivo da mãe pelo bebê. A noção de *pré-formas* aqui anunciada por Kreisler, e concebida a partir da observação do bebê em interação com a mãe, vai receber cada vez mais importância em seu trabalho. A possibilidade de identificar características próprias ao bebê, de caráter prévio ao contato com a mãe, ou sejam, inatas, favoreceu o tratamento que Kreisler deu às hipóteses de Marty (1958) a cerca da origem pré-natal da estrutura psíquica do indivíduo alérgico.

De acordo com o enfoque de Kreisler (1991), existem estruturas de personalidade, embora ainda em formação durante a infância, cuja modalidade de funcionamento psíquico frágil predispõe a criança a somatizações, o que o levou a desenvolver a noção de *estruturas vulneráveis a somatização*, ou *estruturas de risco psicossomático* (Kreisler, 1991, p.170) que, na criança asmática, foi nomeada como *pré-formas da estrutura alérgica essencial* (*ibid.*).

Assim, inspirado no conceito martyano sobre as estruturas de risco somático inscritas no *mosaico primeiro*, que vão, na dependência da interação com a mãe, determinar uma modalidade de funcionamento mental operatório no paciente adulto, Kreisler (1991) buscou conhecer as manifestações dessas estruturas em idades precoces. Ao levar em consideração que o bebê está numa fase onde é difícil identificar os funcionamentos mentais patológicos, Kreisler propôs o estudo, por meio da observação direta, dos acontecimentos capazes de abalar a relação mãe-bebê, e que permitisse o reconhecimento das *interações vulneráveis* e das *rupturas interativas patogênicas* (Kreisler, 1991, p.173).

Para resolver a dificuldade decorrente da pura observação do bebê na interação com a mãe, que considerava não informar sobre a relação entre os fenômenos observáveis e os fenômenos psíquicos determinantes dos comportamentos, Kreisler estabeleceu, em estudo conjunto com Cramer (1981), a noção de *interação fantasística* (Kreisler, 1981, p.223) para designar as dimensões inconscientes e pré-conscientes que estão em jogo no momento da observação. Por *interação fantasística* Kreisler e Cramer entenderam as fantasias

que a mãe projeta sobre o corpo do bebê, e a levam a investir libidinalmente esse corpo. São fantasias sobre o bebê na sua presença atual, os projetos que nutre por ele, e que emergem no discurso materno. O fato da criança pequena não se expressar pela linguagem também foi considerado por Kreisler, que entendeu poder compensar essa limitação por meio da observação de seus funcionamentos diversos, como o sono, as vocalizações, a alimentação, etc. Assim, concluiu o autor, o estudo do que acontece entre a mãe e o filho, durante a interação, permite conhecer o ambiente psíquico em que a criança é criada.

As competências do recém-nascido, como descritas por Cramer (1987) e Brazelton (1987), foram focalizadas por Kreisler (1991), que concluiu serem estas capacidades apenas parciais, e contidas dentro de certos limites de acordo com a evolução. Por essa razão, enfatizou a função materna de captar, interpretar e suscitar os comportamentos de competência do bebê, assim como os responder de maneira a assegurar a ligação entre os comportamentos, os afetos e os funcionamentos somáticos. Segundo Kreisler, a função materna de pára-excitação é uma peça fundamental da interação, de modo que:

(...) se as grandes funções orgânicas não são enraizadas no investimento objetal, se não são cercadas por uma gerência materna, mas, ao contrário, são privadas de apoio, elas ficam ameaçadas de cair no circuito repetitivo de alto risco do automatismo (Kreisler, 1991, p.178).

Tomando como eixo a qualidade do investimento materno, Kreisler (1991) considerou possível uma avaliação dos fenômenos patogênicos a partir de uma abordagem quantitativa, e estabeleceu uma separação das influências etiológicas em orientações opostas: de uma parte o excesso de excitação e, de outra parte, sua insuficiência ou carência, sendo ambas as condições prejudiciais na medida em que ameaçam o equilíbrio da interação. Com essa abordagem, Kreisler se mantém coerente com o modelo econômico martyano, e aponta para os distúrbios do papel materno de proteção ao psiquismo do bebê, que ainda não adquiriu um funcionamento protetor autônomo.

De acordo com Kreisler, o excesso de excitação é uma das condições interativas que podem oferecer risco psicossomático para o bebê, e sua ocorrência se dá em função das excitações provenientes da mãe que, pelo seu caráter de excesso, favorecem a descarga imediata no soma. Entre as patologias infantis associadas à sobrecarga de excitação estão a cólica dos três meses, os distúrbios

do sono e o espasmo da glote, que são transtornos de natureza funcional e podem se manifestar já nas primeiras semanas de vida. Quando esse excesso afeta um funcionamento específico, ocorre o que Kreisler conceituou como *distorção* (Kreisler, 1991, p.175) da interação, como a solicitação excessiva da zona oral e certos tipos de anorexia no bebê. No outro extremo, a insuficiência ou carência de investimento podem acarretar transtornos lesionais de variados tipos, ou transtornos funcionais intensos mantidos em círculo repetitivo de alto risco, como a insônia, a anorexia grave, o vômito psicogênico e o merecismo.

A nosso ver, o trabalho de Kreisler trouxe uma inegável contribuição ao campo da psicossomática da infância, principalmente por sua divulgação no meio médico. Por outro lado, no exercício de aplicar o modelo teórico de Marty (1980) à clínica pediátrica, com o objetivo de descrever uma “semiologia psicossomática da criança” (Kreisler, 1992, p.28), estabeleceu conceitos e propôs explicações, ainda que usando a terminologia psicanalítica, compatíveis com uma abordagem da medicina. Nesse sentido, no lugar de uma compreensão psicodinâmica, criou classificações e uma nomenclatura própria, que utilizou para estabelecer relações entre os sintomas manifestados pelo bebê e uma etiologia específica, numa perspectiva nosográfica.

2.3.2. Rosine Debray

Entre os psicanalistas do Instituto de Psicossomática de Paris cujo interesse atual se volta para a psicossomática da infância o nome de Debray deve ser destacado. Os trabalhos de Debray (1983; 1988; 1991) nos revelam uma identificação com a abordagem dos fenômenos psicossomáticos como apresentada por Marty (1980), mas também sua contribuição pessoal elaborada por meio do atendimento de mães e bebês na Unidade de Crianças do Hospital Poterne-des-Peupliers.

A partir de sua prática, Debray propõe uma abordagem mais ampla para o entendimento dos distúrbios psicossomáticos precoces, incluindo em suas reflexões a repercussão do adoecimento do bebê no ambiente familiar, e como as respostas do meio vão interferir na cronificação da patologia. A autora entende que o surgimento de certos sintomas precoces, que parecem influenciar

relativamente pouco o desenvolvimento geral do bebê, podem pesar muito sobre o equilíbrio da família, ocasionando, com frequência, um estado de esgotamento, seguido de irritabilidade e mal-estar, tanto na mãe quanto no pai. Nas palavras de Debray:

O caráter indomável de certos bebês, que parecem por vezes reduzir seu meio à sua mercê, é um aspecto que me impressiona sempre. Penso, claro, que o bebê não deve fazer a lei, mas sou obrigada a reconhecer que, em certos casos, ele não pode de modo algum agir diferente. Face a uma mãe invadida pela ansiedade, sobrecarregada por um estado de real esgotamento físico, o bebê não pode senão intensificar seus protestos, exacerbando, assim, sua sintomatologia psicossomática, o que contribui, circularmente, para aumentar a desorganização materna (Debray, 1987, p.12).

A noção de estrutura constitucional proposta por Marty (1980) é valorizada por Debray (1987), que entende o ‘mosaico primeiro’ do recém-nascido como uma “rocha biológica” (*ibid.*, p.11), já que remete ao aspecto de certa forma irremovível da organização psicossomática de um indivíduo. Mas a autora, a partir de sua prática de terapia conjunta mãe-bebê e pai-mãe-bebê, se afasta do radicalismo de Marty, e reconhece que no jogo entre os dados constitucionais do bebê e as características maternas, e paternas, do momento, algo pode ser “negociável”, e os pais aprendem a tolerar, produzindo um abrandamento na rocha, ou sua integração. Como consequência, afirma que “nenhum destino somático é inelutável” (*ibid.*), já que a sintomatologia somática do bebê, mesmo grave e recorrente pode se revelar lábil, e passível de reversão.

Ao afirmar que não rejeita a noção de terreno alérgico, ou de fixações hereditárias, como estabelecido por Marty (1981), Debray (1987) introduz um diferencial ao modelo martyano ao afirmar que:

É no jogo interdependente entre o que se deve a eventuais fixações hereditárias, e o que se deve aos investimentos inconscientes dos pais quanto aos distúrbios, que se instaurará ou não, de uma maneira transitória ou mais durável, esta ou aquela sintomatologia somática que afetará o bebê (Debray, 1987, p.107).

O desenvolvimento psicossomático do bebê, segundo Debray (1991), se faz, a princípio, apoiado na organização psicossomática da mãe, já que são as

características do pré-consciente materno que realizam a filtragem das excitações, em excesso ou insuficientes, vindas do mundo externo e interno tanto do bebê como da mãe. Assim, as condições da chegada do bebê, o momento ou as circunstâncias do parto, por exemplo, podem reativar uma problemática inconsciente materna, e interferir na disponibilidade para investir afetivamente no seu bebê, e as falhas na pára-excitação do início podem ser suficientes para desencadear a expressão sintomática que, num segundo momento, pode agravar as angústias maternas, induzindo a uma verdadeira *engrenagem destrutiva*⁶⁸ (Debray, 1991, p.45).

Ao entender que não é possível estabelecer uma relação explicativa direta entre o distúrbio materno e a expressão somática da criança, Debray (1991) chama a atenção para a grande variabilidade na capacidade dos bebês se organizarem, ou se desorganizarem, e a extrema complexidade de fatores envolvidos, que incluem a economia psicossomática dos pais, de forma que se torna arriscado procurar distinguir o que é constitutivo do bebê do que se instaura desde a origem, nas inter-relações com a mãe e o pai. Ao mesmo tempo, a autora não nega a interferência nociva de uma mãe ambivalente, e o aspecto imprevisível, muitas vezes caótico, da relação que estabelece com seu bebê. A mãe que alterna tolerância e ternura com comportamentos bruscamente violentos e agressivos, com certeza envia mensagens contraditórias que uma criança pequena não tem capacidade de entender, e a induzem à desorganização e à angústia. Da mesma forma, um casal parental que superinvista seu bebê, o mantém em um nível elevado de excitação desorganizada favorável à expressão somática que, por outro lado, pode estar a serviço de manter em suspenso um estado depressivo dos pais, passível de eclodir se não estivessem tão ocupados com os sintomas da criança. Nesse caso, o distúrbio somático teria por finalidade regular a própria economia psicossomática da mãe e do pai.

⁶⁸ No original: *engrenage destructeur*.

2.4. A psicossomática dos distúrbios alérgicos respiratórios do bebê.

O assunto de que trata nosso estudo faz referência a um transtorno no funcionamento orgânico, o que nos leva à necessidade de situar seu conhecimento atual no âmbito da medicina. Do ponto de vista médico, a alergia é uma alteração da capacidade do organismo reagir a determinadas substâncias, normalmente inofensivas para outras pessoas, e aparece geralmente em crises (Carvalho & Rios, 2001). As substâncias que causam alergia são chamadas de alérgenos ou substâncias alergizantes, e, segundo Fortes (1998), os principais alérgenos ambientais em nosso meio são constituídos dos componentes da poeira domiciliar, onde se incluem os ácaros, restos de insetos (como partículas fecais e saliva de baratas), epitélios e resíduos de animais (especialmente cães e gatos), bolores e mofo, com pouca participação de alérgenos como os polens (importantes em estados do Sul do País). Além dessas substâncias, o frio, o calor, a umidade e as mudanças bruscas de temperatura podem desencadear ou agravar as manifestações alérgicas.

A alergia é transmitida pelos genes, por isso é herdada. Nosso sistema imunológico é responsável pela defesa do organismo, produzindo anticorpos para combater os agentes estranhos e agressores, estes últimos denominados, cientificamente, como antígenos. O encontro do antígeno (alérgeno, substância agressora) com o anticorpo provoca uma reação, considerada normal em qualquer pessoa já que sua finalidade é a defesa. Nas pessoas alérgicas, no entanto, ocorre a produção de uma grande quantidade de anticorpos, e, conseqüentemente, uma reação exagerada (Fortes, 1998).

Segundo Carvalho & Rios (2001), trabalhos estatísticos mundiais demonstram que, quando ambos os pais são alérgicos, cerca de 50% dos filhos sofrem de alergia; quando apenas um é alérgico, a porcentagem cai para aproximadamente 30%; quando nem o pai nem a mãe têm alergia, mas há outros ascendentes na família que são alérgicos, o percentual de probabilidade de algum filho ser alérgico fica entre 10% e 20%. Assim, os filhos de pais alérgicos têm mais probabilidade de serem alérgicos, mas não obrigatoriedade, e também não se herda o tipo de alergia, mas uma tendência a tornar-se alérgico, de forma que a mãe, ou o pai, pode ter asma, e o filho rinite. Na década de 20 foi criado o termo *atopia* para englobar todos os indivíduos com forte carga hereditária de alergia.

As doenças alérgicas comprometem 20% da população no Brasil, atingindo milhões de pessoas, e são classificadas conforme o agente causador ou a via de penetração (Fortes, 1998). Entre as manifestações alérgicas do aparelho respiratório, que constituem, em média, 80% de todas as doenças de natureza alérgica, estão: a asma, a rinite, a sinusite e as tosse alérgicas. A grande maioria de todas as doenças do aparelho respiratório de natureza alérgica são causadas por substâncias inaladas, porém alimentos, medicamentos, infecções e “até fatores emocionais” (Fortes, 1998, p.15) podem desencadear ou agravar as doenças alérgicas do aparelho respiratório.

A asma brônquica, bronquite asmática ou simplesmente asma, é uma forma de doença do aparelho respiratório. De acordo com Emerson & Mello (2001), é a doença crônica, portanto de longa duração, mais comum da infância, aparecendo com frequência antes dos cinco anos de idade. Afeta os brônquios, provocando crises que vão desde uma simples tosse até sintomas graves como falta de ar, chiados no peito, e pode levar a criança ao hospital e até matar. Na asma, o sistema imunológico encontra-se geneticamente alterado, de modo que a alergia é uma das principais causas das crises asmáticas. Como uma doença multifatorial, ou seja, decorrente da participação conjunta de fatores diversos que variam para cada pessoa, e até numa mesma criança em diferentes momentos, a asma é descrita como:

Uma doença crônica das vias respiratórias, que se manifesta por crises de falta de ar, chiado, cansaço e tosse. O aparecimento da doença resulta no somatório entre a herança genética (condição familiar herdada) e a influência do meio externo, ou seja, os pulmões “asmáticos” são sensíveis a fatores que são inalados, como poeira e ácaros, fungos, germes, etc., que agridem a árvore brônquica e provocam sintomas (Emerson & Mello, 2001, p.10).

Entre as possíveis medidas para prevenção da crise asmática no bebê, o leite materno é considerado uma proteção natural, de forma que “mamar é como receber um transplante de anticorpos a cada dia” (Emerson & Mello, 2001, p.50).

Segundo Carvalho & Rios (2001), a rinite alérgica é definida como uma inflamação do revestimento interno do nariz (mucosa nasal) e, tanto quanto a asma, é uma manifestação de alergia respiratória. A rinite compromete as vias aéreas superiores, e a asma as vias inferiores. Entretanto, os alérgenos causadores

das duas manifestações são os mesmos, como também são idênticos os fatores que facilitam ou pioram as crises. Em nosso meio, os inalantes domiciliares são apontados como a causa principal de rinites e, portanto, de asma.

Comumente confundidos com resfriado e gripe, que ocorrem ocasionalmente, os sintomas da rinite alérgica são permanentes, e podem trazer outros transtornos para a criança, como a ‘respiração oral’, ou respiração com a boca aberta, provocando diminuição do apetite, sono agitado, desatenção e dificuldade no aprendizado escolar, podendo provocar alterações dentárias e do tórax. Esses sintomas apresentam uma nítida piora nos meses frios e nas mudanças de tempo, e a sinusite alérgica é uma complicação costumeira da rinite. De acordo com Carvalho & Rios (2001), a rinite alérgica não provoca desconforto apenas pelos sintomas nasais, mas também acarreta um forte impacto sobre a qualidade de vida. Assim,

(...) se a rinite não é uma doença grave, comparada, por exemplo, com a asma, pode tornar-se uma doença muito incômoda, prejudicando a criança nas aulas, no descanso e até no convívio social (Carvalho & Rios, 2001, p.23).

A nosso ver, se do ponto de vista da medicina os distúrbios respiratórios alérgicos já estão bem esclarecidos, o mesmo não se pode dizer das condições psíquicas que participam da produção de suas crises. Para Carvalho & Rios (2001), nos quadros asmáticos, normalmente, os fatores psíquicos só têm influência desencadeante ou agravante, podendo ser considerados como importantes agentes em alguns casos, e com pouca ou nenhuma interferência em outros. Por outro lado, esses autores, enquanto médicos, questionam se o fator emocional sozinho, sem outras alterações orgânicas, pode desencadear a asma, já que, caso tal hipótese fosse considerada, seria possível “falar em asma nervosa, mas a realidade clínica demonstra que isto não é comum” (Carvalho & Rios, 2001, p.49).

Quando levamos esta questão para o campo da psicossomática psicanalítica, encontramos pontos de contato entre os autores, mas também divergências, dependendo do posicionamento teórico privilegiado por cada um. Alguns estudiosos da psicossomática da infância (Kreisler, 1991; Debray, 1988; Szwec, 1993), adotaram, integralmente ou parcialmente, o modelo teórico de

Marty (1980), no qual foi estabelecido que, conjugada a uma tendência geneticamente determinada, existe uma predisposição inata para uma organização psíquica frágil no sujeito alérgico, que o mantém vulnerável à expressão somática.

Para Kreisler (1992), a diversidade de correntes de pensamento que estudam a asma alérgica na infância, entre elas a representada pelos pediatras, pelos alergologistas, pelos psiquiatras e pelos psicanalistas, tem ocasionado diferentes modos de abordar o transtorno. Segundo o autor, entre os pesquisadores da psicossomática psicanalítica o que se focaliza não é a patologia orgânica, mas a participação do psiquismo na eclosão da crise asmática.

Em sua prática hospitalar, Kreisler observou um modo de comportamento característico da criança asmática, inclusive do bebê, que expressa a ausência de angústia no decorrer das crises, contrastando com as reações dos familiares que vivem a crise como uma ameaça de asfixia. Nas palavras do autor:

É fácil constatar a notável conservação do estado geral e do humor do bebê, que mesmo incomodado por uma dispnéia importante, continua ativo, e até brinca sob a tenda de oxigênio. Esse fenômeno é tão flagrante, que tem sido utilizado como pista para o diagnóstico de asma, em oposição às outras afecções dispneizantes agudas dessa idade (Kreisler, 1974, p.284).

Como pediatra e psicossomático, Kreisler teve contato com um número expressivo de crianças e bebês apresentando asma alérgica, e essa experiência o levou a concluir pela “grande diversidade da personalidade da criança asmática” (1992, p. 325), contrariando a descrição de um perfil específico como defendido pelos pesquisadores da Escola de Chicago. Ao enfatizar que a crise respiratória não pode ser submetida a explicações simbólicas, aplicáveis à histeria de conversão de acordo com o modelo da neurose, Kreisler (1992) se mantém em consonância com o modelo proposto por Marty (1980), discordando dos autores (Alexander, 1950; Dunbar, 1952) que a entenderam como o equivalente simbólico de um grito congelado pela mãe e do choro reprimido.

Dando prosseguimento à pesquisa, no campo da infância, da concepção martyana, Kreisler (1992) identifica, entre os fatores que predisõem à organização psicossomática no bebê asmático, um fator orgânico, inscrito nos genes, responsável pela existência de uma *hiper-reatividade brônquica* que, ao se associar com a *hipersensibilidade emocional e afetiva inata* (Kreisler, 1992,

p.325), produzem um quadro clínico onde os dados biológicos e psíquicos se influenciam mutuamente. A coincidência desses fatores, no bebê com asma alérgica, favorece a constituição do que Kreisler nomeou como *núcleo psicossomático primário da doença asmática* (*ibid.*, p.403), à semelhança do conceito de *estrutura alérgica essencial* de Marty (1958), que se expressaria sob a influência de certas circunstâncias relacionais. Assim, no bebê asmático, seria sua fragilidade emocional que não o permitiria utilizar defesas mais apropriadas na presença de algum trauma, propiciando o desencadeamento do sintoma. De acordo com Kreisler:

Sob o termo *núcleo psicossomático originário*, designo as características físico e psicopatológicas inscritas tanto no organismo como no psiquismo sob a influência interativa das primeiras relações, sem omitir as predisposições biológicas e psicológicas próprias à criança (Kreisler, 1992, p.403).

As circunstâncias relacionais comuns aos bebês com asma alérgica são descritas por Kreisler (1992), que as aborda a partir de dois prismas: por parte da mãe, por um lado, e por parte do bebê, por outro. Por parte da mãe, o autor destaca duas condições entre as mais frequentes, sendo a primeira o comportamento materno de superproteção, que favorece a instauração de uma relação simbiótica e bloqueia o impulso da separação-individuação da criança. A asma alérgica, afirma o autor, é “uma doença do crescimento afetivo em que se perpetuam os mecanismos de vínculos arcaicos” (Kreisler, 1992, p.328). A segunda condição diz respeito à introdução prematura, na relação, de um terceiro personagem, representado pela babá da creche, que, ao produzir a “retenção do bebê numa posição prematuramente triangular” (*ibid.*), o impediria de alcançar o segundo ponto organizador, a *angústia frente ao estranho*, como descrito por Spitz (1958).

Por parte do bebê, Kreisler (1992) identifica a necessidade de fusão com o objeto, como descrito por Marty (1958) ao descrever as características da *relação objetal alérgica*, que ao interferir negativamente no processo de separação-individuação funcionaria a favor da manutenção da dependência, ao mesmo tempo em que:

(...) provocando a persistência de um foco psicoafetivo primitivo, cristalizado em um núcleo essencial da personalidade psicológica, paralela à constituição da personalidade imunológica (Kreisler, 1992, p.334).

Consideramos necessário destacar, no estudo de Kreisler, a preocupação de identificar, precocemente, as *estruturas psíquicas de risco somático* como foi proposto por Marty em seus primeiros trabalhos, realizados com pacientes adultos, fornecendo-lhes uma confirmação. Essa noção de estrutura constitucional martyana também é admitida por Debray (1987), que reconhece o peso de eventuais fixações inatas na produção de transtornos alérgicos, mas valoriza, em igual medida, a participação do investimento materno na sua manutenção ou possibilidade de remissão.

Para Debray, todas as afecções somáticas reincidentes no bebê, como a asma e a rinite alérgicas, podem ser compreendidas como estando sob o efeito de um bloqueio, que pode ser resolvido pela psicoterapia conjunta mãe-bebê, e, assim,

(...) modificações espontâneas na economia psicossomática da criança pequena, devidas principalmente à maturação, bem como modificações na economia psicossomática da mãe em função de mudanças em seu modo de vida, por exemplo, ou em função de bruscas tomadas de consciência, podem ser responsáveis por evoluções favoráveis (Debray, 1987, p.119).

Ao analisar os distúrbios alérgicos respiratórios, Debray (1987) admite como comum o fato de bebês, mesmo depois de terem apresentado bronquites asmáticas eventualmente repetidas, nunca apresentarem uma verdadeira crise de asma, o que a leva a reforçar seu ponto de vista no sentido de amenizar a noção martyana de terreno alérgico hereditário, e enfatizar a qualidade da organização psicossomática da mãe na manifestação somática do bebê. Especialmente no início da vida, os estados afetivos maternos vão se constituir no diferencial, a partir do qual pode ocorrer a organização psicossomática da criança, ou, na adversidade, o estabelecimento de um “divórcio somato-psíquico”⁶⁹ (Debray, 1991, p.51) e do adoecimento.

Em perspectiva oposta, a abordagem de Fain (1971) desconsidera a existência de tendências estruturais inatas, e aponta para as falhas da mãe na adequação dos investimentos dirigidos ao bebê, mantendo-o em um nível de tensão elevada cuja descarga é realizada através da crise respiratória. Mesmo não tendo se dedicado à pesquisa da psicossomática na infância, Fain estudou as

⁶⁹ No original: divorce somato-psychique.

relações iniciais mãe-bebê, onde enfatizou o significado do investimento libidinal materno na constituição psíquica da criança, e seu trabalho influenciou a perspectiva adotada por outros autores. A partir de suas reflexões sobre a abordagem de Marty (1958) para as alergias, Fain (1971) entendeu que a mãe do bebê alérgico, pela superproteção, o mantém em um estado de tensão elevada cuja descarga é realizada através da crise respiratória. De acordo com Fain:

(...) essas mães conservam no inconsciente uma tendência a querer reconduzir o bebê ao estado fetal, em seu ventre. (...) fazer regredir a pára-excitação ao nível que existia durante a gravidez⁷⁰ (Fain, 1971, p.324).

Ao tomar como referência o trabalho de Spitz (1958) sobre a ausência da *angústia do oitavo mês* no bebê alérgico, Fain (1974) entendeu que são as falhas maternas no investimento libidinal que bloqueiam a evolução libidinal do bebê, e o mantém no estágio do *primeiro organizador*.

Também psicanalista ligado ao Instituto de Psicossomática de Paris, Szweg se dedica ao atendimento de bebês, desde os 4 meses, e crianças com transtornos psicossomáticos na Unidade de Crianças Léon Kreisler do Hospital Poterne-des-Peupliers, onde os distúrbios alérgicos representam uma parte importante dos motivos de consulta, e é autor do livro *La psychosomatique de l'enfant asthmatique*, 1993. Do ponto de vista teórico, consideramos que sua abordagem se situa próxima a de Kreisler, e conseqüentemente de Marty, a quem dá continuidade no estudo dos movimentos psíquicos regressivos frente a situações traumáticas, mas também faz referência a Fain e seu estudo do papel materno na produção do distúrbio psicossomático da criança.

Em seu estudo sobre a asma na infância, Szweg (1993) leva em consideração os fatores de natureza orgânica, como a obstrução brônquica de surgimento súbito e os fatores alérgenos desencadeantes que caracterizam a patologia, e reconhece que o tratamento médico é indispensável quando o diagnóstico clínico está estabelecido. Ao mesmo tempo, apresenta uma compreensão psicodinâmica para o distúrbio, assinalando que as características psíquicas alérgicas, como descritas por Marty (1958), podem ser encontradas em

⁷⁰ No original: (...) ces mères conservaient dans leur inconscient une tendance à vouloir ramener l'enfant à l'état foetal, dans leur ventre. (...) faire régresser ce pare-excitations au niveau de celui qui existait pendant la grossesse.

pacientes que não apresentam o diagnóstico clínico de asmático, embora, em certos casos, seja possível reconhecer uma potencialidade alérgica sem manifestação clínica.

Seguindo o modelo teórico martyano, Szwec (1993) entende que, como as demais doenças que se manifestam através de crises, a asma na infância constitui uma regressão somática que foi precedida, ou acompanhada, de uma regressão psíquica, e esse movimento aparece em seguida a uma excitação no nível psicoafetivo que teve um papel traumático. De acordo com Szwec, a asma vai constituir, a partir de uma idade variável,

a afecção somática que aparece habitualmente como resposta às situações de excesso de excitação acumuladas, e que não foram descarregadas pela via mental. A hiper-atividade brônquica equivale, assim, a uma 'fixação' no soma, fixação que serve de 'patamar de sustentação' para um movimento regressivo que incluiu um nível somático (Szwec, 1993, p.16.).

A partir de sua prática, Szwec (1993) constata que a personalidade alérgica, descrita por Marty (1958), pode ser encontrada em todas as idades, e às vezes existe continuidade na presença da asma desde a infância até a idade adulta. Por outro lado, certo número de crianças asmáticas não serão, obrigatoriamente, adultos apresentando crises de asma, assim como certos adultos asmáticos não manifestaram o transtorno quando eram crianças. Szwec conclui, então, que os traços da personalidade alérgica estabelecidos por Marty (1958) nem sempre coincidem com a doença somática, podendo surgir em indivíduos indenes no plano somático, como também podem ocupar um lugar não essencial na organização global, ficando mascarados, ou estarem ausentes.

Em relação à asma de surgimento precoce, Szwec (1993) acompanha o pensamento de Fain (1974), e também destaca a *ausência de angústia diante do estranho* como um comportamento comum ao bebê asmático, mas a interpreta de modo diverso. Enquanto Fain assinalava a existência de um desejo materno de fazer o bebê retornar ao útero, Szwec identifica:

(...) o desejo do bebê de retornar ao vivido da díade mãe-bebê, à indistinção dos primeiros tempos, o que corresponde a uma fixação maciça a esse estado pré-objetal (Szwec, 1993, p.25).

Consideramos que Kreisler e Debray, cada um privilegiando o seu ponto de vista, trouxeram contribuições importantes para a compreensão psicodinâmica do bebê portador do distúrbio alérgico respiratório, transtorno que, segundo nossa experiência em instituições de saúde, e de acordo também com as estatísticas divulgadas em publicações científicas, tem se apresentado de forma cada vez mais freqüente e mais precoce, independentemente de diferenças de ordem social ou econômica.

No nosso entendimento, porém, a relação inicial mãe-bebê alérgico, considerada como um ponto crítico a partir do qual vai se dar a organização das tendências hereditárias, segundo a concepção martyana, ou organização estritamente libidinal, como enfatiza Fain, não fica suficientemente esclarecida se não pudermos pensá-la a partir da mediação realizada pela mãe a favor da aquisição da unidade psicossomática pelo bebê.

Essa aquisição, que culmina com o estabelecimento da experiência do eu habitando um corpo, necessita da presença de uma mãe que, antes de cuidar da sexualidade do filho, o proveja com a confiança para o viver. Desta forma, pensamos que o modelo desenvolvido por Winnicott, particularmente a noção de mãe-ambiente por ele elaborada, pode nos dar o instrumental teórico para trabalhar as lacunas, ainda existentes, acerca dessa etapa inicial da vida do bebê alérgico.

2.5. Do pulsional ao relacional: uma mudança possível na abordagem dos distúrbios psicossomáticos na infância

A compreensão dos adoecimentos somáticos em articulação com dificuldades de natureza emocional, tanto no adulto como na criança, vem sendo buscada à luz do conhecimento já estabelecido pela teoria freudiana sobre o funcionamento psicodinâmico do indivíduo. A contribuição dos pesquisadores franceses, como temos abordado até o momento, trouxe um avanço importante acerca do papel desempenhado pelo psiquismo na regulação do equilíbrio psicossomático, e, conseqüentemente, na produção de seus distúrbios. Para tal, estes pesquisadores elegeram, como ferramenta teórica, o modelo econômico da metapsicologia elaborada por Freud, centralizando a atenção na organização pulsional e em suas vicissitudes.

Ao ser levado para o campo da infância, o estudo se concentrou nas relações precoces mãe-bebê, enfatizando a função materna de pára-excitação como condição para a organização psicossomática da criança. Como conseqüência, as falhas maternas nessa função foram apontadas como responsáveis pelas dificuldades e impedimentos na transformação, pelo aparelho psíquico do bebê, das excitações em representações, situando-se na origem dos distúrbios funcionais deste.

Esta concepção está presente na abordagem de Michel Soulé (1974) que, partindo da concepção de Freud (1915 [1905]) sobre as primeiras manifestações pulsionais do bebê apoiadas nas funções vitais, destacou a função primordial do investimento libidinal materno no favorecimento da passagem, na criança, do corpo biológico para o corpo erógeno. De acordo com Soulé:

A mãe deve investir o corpo de seu filho em sua integralidade, quer seja ao nível das zonas erógenas principais ou secundárias, mas também ao nível de seus mecanismos funcionais. Ela deve favorecer os investimentos libidinais da criança nos mecanismos funcionais de sua própria pessoa, induzindo assim o ‘apoio’ descrito por Freud. (...) em virtude da libidinização dos mecanismos funcionais, a mãe deve fazer com que seu bebê ame a vida e opte pela vida (Soulé, 1974, p.420).

Dessa forma, Soulé (1974) chamou a atenção para as relações entre as funções envolvidas na satisfação dos estados de necessidade, como a alimentação, a excreção e a respiração, que envolvem mecanismos fisiológicos, e os prazeres libidinais das zonas erógenas. O autor considerou que as perturbações nos investimentos libidinais maternos podem atingir essas funções, acarretando o surgimento de distúrbios como o merecismo, vômitos, constipação, espasmos do soluço ou asma, entre outros.

A importância do investimento libidinal, pela mãe, também foi apontada por Michel Fain (1974), que identificou nas falhas maternas a razão do surgimento no bebê de uma sobrecarga de excitação de conseqüências traumáticas, que o levaria a derivar para o corpo o excesso de angústia ocasionando o transtorno psicossomático. De acordo com Fain:

A infiltração pulsional da função não é um luxo, mas uma necessidade vital. É preciso dizer ‘vital’ porque, conforme a patologia psicossomática do bebê testemunha, o instinto de morte não é um conceito puro, mas uma realidade tangível (Fain, 1974, p.88).

Portanto, de acordo com a perspectiva adotada pelos psicanalistas Soulé e Fain, o funcionamento psicossomático do bebê depende, desde o início, da capacidade materna em exercer a função de pára-excitação, e, ao mesmo tempo, em favorecer a erotização do corpo da criança através de seus investimentos libidinais. Assim, dessa relação primeira, e das experiências pulsionais que provocam, é que vai se constituir o psiquismo do bebê em sua unidade psicossomática.

O estudo dos distúrbios psicossomáticos na infância, como já apresentado anteriormente, foi apoiado também na contribuição teórica de Pierre Marty (1976) acerca da existência do “mosaico primeiro”, como um conjunto de possibilidades que todo ser humano traz ao nascer, e onde estão inscritas as tendências hereditárias que vão determinar o modo particular de cada bebê utilizar seu potencial instintivo. Os autores interessados pelas patologias infantis puderam articular a teoria pulsional com este conceito martyano, para explicar a extrema precocidade da sintomatologia psicossomática, cujo surgimento pode se dar mesmo em recém-nascidos.

A nosso ver, se o objeto de investigação focalizado se refere às doenças orgânicas em conexão com os processos psíquicos, utilizando como operador teórico a psicanálise, é possível enriquecer sua compreensão com a produção de outros autores que também se interessaram pela estruturação do psiquismo na sua relação com a constituição somática, tendo, inclusive, contribuído para o próprio saber psicanalítico.

Em nosso estudo, encontramos em D. W. Winnicott um autor que, desde seus primeiros textos, escritos a partir de 1930, já assinalava a existência de conflito emocional na produção de distúrbios somáticos, podendo, dessa forma, ser considerado um pioneiro nesse campo. Embora não estivesse prioritariamente envolvido com as patologias psicossomáticas expressas através de adoecimentos físicos, o autor elaborou um modelo teórico sobre os primórdios do desenvolvimento humano que, ao partir dos processos naturais envolvidos na conquista, pelo bebê, da unidade psique-soma, nos possibilita o entendimento de seus desvios.

No modelo teórico winnicottiano, onde foram focalizadas as etapas mais precoces do desenvolvimento humano, encontramos que, diferentemente da teoria psicanalítica tradicional, a ênfase foi dada ao papel da mãe como principalmente voltado para o atendimento das necessidades básicas do bebê, que se referem ao processo inato de integração e à manutenção do sentimento da continuidade da existência. A compreensão de que o estudo dos primórdios da vida é indissociável do estudo do ambiente materno levou, inclusive, Winnicott a afirmar que “um bebê não pode existir sozinho, sendo essencialmente parte de uma relação” (Winnicott, 1964a, p.99).

Ao enfatizar a condição de dependência absoluta do bebê, nos primeiros meses de vida, de que o ambiente atenda às necessidades que decorrem da sua própria imaturidade, Winnicott assinala que o prioritário é a adaptação da mãe às “necessidades que surgem do ser e do processo de maturação” (1979 [1963], p.167), e não a satisfação pulsional. A necessidade de continuar a ser, portanto, é o mais importante para o bebê nessa época, e dela surgem todas as outras necessidades que, ainda assim, prevalecem sobre qualquer princípio do prazer.

É importante observar, no texto winnicottiano, o modo pessoal de utilização de conceitos e termos consagrados na teoria freudiana, tanto em relação

aos diferentes momentos de sua obra, quanto à perspectiva que adota quando os emprega já que, quando se detém no estudo das etapas iniciais do desenvolvimento, período no qual concentrou seu interesse maior, o autor descreve os acontecimentos do ponto de vista do bebê. Para Winnicott (1988 [1954-1970]), nesse início o recém-nascido é impulsionado pela própria experiência de estar vivo e não pela sexualidade, por isso o autor menciona a existência de tensões ou excitações instintuais que demandam por satisfação, e que vão variar conforme o estágio do amadurecimento, mas que não têm o mesmo sentido que lhe é atribuído pela teoria tradicional. Desta forma, encontramos em seu texto que “ao reconstruir o desenvolvimento inicial de um bebê, não há porque fazer referência a pulsões” (Winnicott, 1978 [1956a], p.498).

De acordo com Winnicott, o instinto “é o termo pelo qual se denominam poderosas forças biológicas que vêm e voltam na vida do bebê ou da criança, e que exigem ação” (1988 [1954-1970], p.57), não havendo muita diferença entre os diversos tipos de demanda instintiva nem entre os seres humanos e os animais. Ainda segundo o autor, pela imaturidade do início, o bebê não sabe que tipo de ação é a adequada para alcançar a satisfação, nem conhece *a priori* que existem objetos para este fim. Assim, por entender como da maior importância a diferença que estabeleceu entre o que ocorre no princípio do desenvolvimento e as características das fases seguintes, o autor propôs uma inovação em relação ao pensamento psicanalítico predominante à sua época, enfatizando a distinção entre *necessidade* e *desejo*. Na fase de dependência absoluta dos cuidados ambientais, diz Winnicott, a “palavra desejo está fora de lugar, por pertencer a uma sofisticação que não se pode presumir [nesse] estágio de imaturidade” (1994 [1969], p.199).

Em carta à psicanalista norte-americana Lili E. Peller, de 1966, Winnicott esclareceu que chegou à compreensão dessa distinção, no tocante ao estágio inicial da vida, a partir de seu trabalho como pediatra, e que seu pensamento pôde ser confirmado no tratamento de pacientes fronteirços, o que o levava a lamentar a pouca receptividade de seus colegas psicanalistas da Sociedade. Nas palavras do autor:

(...) Pode parecer estranho que eu faça essa grande distinção entre desejo e necessidade. (...) nos encontros científicos da Sociedade eu ouvia constantemente referências a desejos, e

descobri que isso estava sendo usado como uma defesa que bloqueava o estudo da necessidade. Em várias ocasiões chamei a atenção para o fato de que os oradores estavam se referindo à primeira infância como se o início fosse uma questão de satisfação de pulsão. (...). Em meus textos mais recentes, venho tentando enumerar as angústias de tipo psicótico que agrupo ao redor da palavra necessidade. Elas nada têm a ver com pulsões (Winnicott, 1966 *apud* Rodman, 1987, p.135).

Quanto ao papel da hereditariedade, conforme foi adotada pelos psicossomáticos franceses que se dedicam ao estudo da infância, a partir da concepção do “mosaico primeiro” martyano, encontramos na teoria do desenvolvimento pessoal de Winnicott que a mais importante herança do ser humano se refere à “tendência no sentido do crescimento e do desenvolvimento” (1979 [1960], p.43), que o faz progredir na medida em que haja um ambiente facilitador. A importância desta distinção é fundamental, no nosso entendimento, na medida em que Winnicott (1988 [1954-1970]), por admitir a possibilidade do bebê viver experiências desde o início, discorda dos pesquisadores que, em relação aos bebês que apresentam dificuldades logo após o nascimento, procuram uma explicação em um fator hereditário ou constitucional, e não valorizam as experiências precoces.

Segundo Winnicott, esses pesquisadores, mesmo tendo encontrado evidências de memórias corporais pertencentes ao processo de nascimento, ainda assim “não acreditam que, no momento do nascimento, esteja presente um indivíduo capaz de ter experiências” (1988 [1954-1970], p.170), e, desta forma, ao buscar uma explicação em tendências hereditárias, não estão levando em consideração a pré-história do bebê e a adaptação materna. O autor assinalou que os textos psicanalíticos, baseados no estudo da neurose em adultos, dão a impressão que “a vida do bebê começa com a primeira mamada” (*ibid.*, p.172), de modo que, para poder conhecer as etapas iniciais, utilizou a observação direta de bebês e de pacientes regredidos no transcorrer do tratamento analítico, de onde obteve as informações que mais contribuíram para a elaboração de suas idéias.

Entendemos que, em seu texto, Winnicott não estava se referindo aos pesquisadores do campo psicossomático, mas, sem dúvida, a Melanie Klein e seus seguidores, que não admitiam a possibilidade do bebê viver experiências já no início, experiências estas cuja qualidade está diretamente ligada à existência de

um ambiente facilitador. Consideramos, no entanto, que sua observação, ao revelar um posicionamento teórico original, pode ser utilizada em relação a todos os pesquisadores que focalizam os primórdios da vida, como é o caso dos psicossomaticistas a que nos referimos antes.

Sem negar que possam existir alguns fatores hereditários nas primeiras reações do bebê, como uma maior sensibilidade a mudanças térmicas, e mesmo uma variação quanto à “capacidade de iniciar uma vida instintiva em termos de alimentação no seio” (*ibid.*, p.171), podendo um ser mais lento que o outro já que os bebês não são iguais, Winnicott enfatizou que o desenvolvimento não pode ser atribuído primordialmente à ação de tendências herdadas, seja no sentido da integração ou da busca objetal. Segundo o autor, este desenvolvimento, que pode inclusive nunca acontecer “apesar das tendências herdadas perfeitamente boas” (Winnicott, 1989 [1969], p.197), se dá *por causa das experiências que o bebê tem do comportamento adaptativo da mãe*⁷¹ (*ibid.*).

A convicção de Winnicott a respeito da vital importância que têm as provisões ambientais, para que o bebê possa se constituir em uma pessoa, o levou a escrever ao antropólogo J. D. Collison, o qual apontara uma ligação entre a antropologia social e o estudo da dependência na primeira infância, afirmando que:

(...) o senhor pode perceber (...) que acho que a tendência herdada não pode operar sozinha, e que, no bebê e na criança em desenvolvimento, é o ambiente que facilita o crescimento individual. O extremo, oposto seria dizer que ensinamos tudo aos nossos filhos, o que, claro, é evidentemente absurdo. Não podemos nem mesmo ensiná-los a andar, mas sua tendência inata para andar em uma certa idade precisa de nós como figuras de apoio (Winnicott, 1969 *apud* Rodman, 1987, p.162).

Essa mesma convicção o fez expressar uma crítica a Melanie Klein, por considerar que “ela fracassou em certos aspectos importantes quando se precipitou, e passou por cima das realidades da dependência em favor da hereditariedade” (Winnicott, 1965, *apud* Rodman, 1987, p.130). Essa crítica também se estendeu à concepção kleiniana que, ao enfatizar os fatores constitucionais na determinação das intensidades pulsionais, focalizava os

⁷¹ Em itálico, no original.

mecanismos mentais primitivos, e os primeiros conflitos psíquicos do bebê, sem considerar a interferência do fator ambiental. Sobre a questão, o autor afirmou:

A psicanálise iria aprender que muita coisa acontece nos bebês que se acha associada com a necessidade, e separada do desejo e dos representantes (pré-genitais) do id a clamarem por satisfação (Winnicott, 1989 [1969], p.188).

No desenvolvimento humano, afirmou Winnicott (1979 [1962]), existe a tendência inata à integração, mas a unidade psicossomática do indivíduo é uma conquista, que tem como ponto de partida o estado de dependência do bebê da provisão do ambiente materno, evoluindo até o alcance de um relacionamento íntimo entre a psique e o corpo, ou seja, até que a criança possa “habitar o corpo” (Winnicott, 1979 [1962], p.66). Mesmo considerando que o desenvolvimento emocional sadio fornece à criança um sentido para a saúde física, assim como a saúde física lhe provê “um reassseguramento que é de grande valia para o desenvolvimento emocional” (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.43), o autor admitiu que as tensões próprias ao crescimento, assim como as falhas ambientais até um certo grau, podem ser assimiladas pela criança sem maiores danos. Quando, no entanto, estas falhas ocorrem em intensidade e frequência maiores do que o bebê, principalmente nos primeiros meses de vida, pode suportar, o desenvolvimento psicossomático é perturbado, e “qualquer salto ou falha no processo é uma distorção, e um pulo aqui ou um atraso ali deixam uma cicatriz” (*ibid.*, p.47).

Consideramos, assim, que o modelo pulsional, como utilizado pelos psicossomaticistas da infância, não é suficiente porque atrelado à psicanálise clássica, e que o modelo teórico elaborado por Winnicott, ao oferecer uma concepção original para os primórdios da vida, época em que tem início a organização do psique-soma, pode nos ser útil para uma nova maneira de abordar os distúrbios psicossomáticos da infância.