

## D. W. WINNICOTT E A CONQUISTA DA UNIDADE PSICOSSOMÁTICA

### 3.1. Introdução

*O bebê é algo que não existe.*<sup>72</sup> Iniciamos com esta frase, emblemática da obra de Winnicott, com o objetivo de sublinhar que, até mesmo por um modo inusitado de expressão, o autor sempre procurou enfatizar a importância do ambiente materno para a constituição do ser. Assim, ao justificar este comentário com a afirmativa de que “sempre que se encontra um bebê se encontra o cuidado materno, e sem cuidado materno não pode haver um bebê” (1979 [1960], p.40), Winnicott nos revelou uma síntese de sua extensa e original contribuição ao estudo dos primórdios da vida humana.

A menção à linguagem utilizada por Winnicott nos parece importante, de imediato, na medida em que sua capacidade de se comunicar de forma simples, para que fosse entendido também pela variada platéia que dele muito pôde aprender, levou o autor a criar termos e expressões despidos de uma aparência de cientificidade, como “preocupação materna primária”, “mãe suficientemente boa”, “holding”, que se tornaram legendas para traduzir as etapas e experiências cruciais do início da vida, introduzindo conceitos inovadores em relação à teoria psicanalítica tradicional. No seu conjunto, esses conceitos vão constituir uma teoria pessoal para descrever a formação da personalidade do indivíduo, desde os estágios mais precoces, onde a o papel da provisão materna ganha relevo.

Ao mesmo tempo, a simplicidade da linguagem é apenas aparente. Atrás de cada termo, ou expressão, Winnicott apresentou idéias complexas, fruto de sua prática clínica como pediatra e como psicanalista de pacientes adultos psicóticos,

---

<sup>72</sup> No original: “there is no such thing as a baby”. Essa frase foi pronunciada por Winnicott, em uma reunião científica da Sociedade Psicanalítica Britânica, por volta de 1940 (Winnicott, 1979 [1960], p.40).

cuja apreensão demanda o conhecimento do panorama psicanalítico de sua época, e uma leitura atenta já que, entre outras, uma característica marcante na obra do autor é a quase ausência de preocupação na sistematização das idéias.

Essa característica foi sinalizada por Khan, no prefácio à obra de Winnicott *Da pediatria à psicanálise* (1978), quando descreveu o estilo espontâneo de ser do autor, cuja presença física conseguia aliar descontração e interesse na medida em que “ouvia com o corpo todo” (Khan, 1978, p.7), e cuja autenticidade só o fazia recuar “ante seus erros e não ante a censura dos outros” (*ibid.*). Tendo entendido que os textos winnicottianos são um reflexo desse modo pessoal de lidar com o meio, Khan concluiu que:

(...) ele escreveu como falava: com simplicidade e com objetivo de relatar. Não de convencer ou doutrinar. Fez do seu modo de expressar-se uma linguagem tão própria do uso comum e da cultura mediana que todos se iludiam acreditando sempre haver entendido o que ele dizia (*ibid.*, p.8)

Este traço do texto winnicottiano foi focalizado por Ogden (2002), que identifica na escrita de Winnicott uma personalidade aliada a “uma certa reserva britânica” (Ogden, 2002, p.739), de modo que o estilo do autor, sem se afastar do respeito merecido pelo tema, assume um tom de casualidade. De acordo com Ogden:

Na maioria das vezes, Winnicott não usa a linguagem para chegar a conclusões. Ao contrário, usa a linguagem para criar experiências de leitura inseparáveis das idéias que apresenta ou, mais acuradamente, as idéias com as quais brinca (Ogden, 2002, p.737).

Para compreendermos a necessidade, de Winnicott, de criar uma linguagem própria, devemos levar em consideração, entre outros motivos, que ele mesmo considerava a linguagem habitualmente usada, no meio psicanalítico, como inadequada para “abordar, sem distorcer, a natureza específica dos fenômenos que pretendia descrever” (Dias, 2003, p.43). A clareza dessa conclusão fica explícita nas palavras do autor, quando afirmou que:

(...) um escritor da natureza humana precisa ser constantemente levado na direção da linguagem simples, longe do jargão do psicólogo, mesmo que tal jargão possa ser valioso em

contribuições para revistas científicas (Winnicott, 1986 [1957b], p.100).

Devemos considerar, também, que ao focalizar seu objeto de estudo na relação mãe-bebê, pessoas vivas e vibráteis, e não em instâncias pertencentes a um aparelho psíquico, Winnicott foi levado a propor conceitos novos, mesmo sem expressar uma clara definição ou fundamentação. Como consequência, é possível reconhecer no autor as “virtudes psicanalíticas de seus vícios científicos”<sup>73</sup> (Phillips, 1988, p.99), na medida em que sua inventividade prevaleceu sobre a obrigação de ser coerente. “Sou um produto da escola freudiana”, diz o autor, mas isso “não significa que eu aceite tudo o que Freud disse ou escreveu” (Winnicott, 1957b, p.33). A partir dessa opção teórica, o autor utilizou sua própria experiência clínica, sem precisar recorrer aos modelos da ciência de sua época.

A resistência de Winnicott em usar termos da metapsicologia, e sua sinceridade em admiti-la, o levou a declarar, em carta, a Anna Freud:

(...) tenho um modo irritante de dizer as coisas em minha própria linguagem, em vez de aprender a usar os termos da metapsicologia psicanalítica. Estou tentando descobrir por que é que eu tenho uma suspeita tão profunda para com esses termos. Será que é porque eles podem fornecer uma aparência de compreensão onde tal compreensão não existe? Ou será que é por causa de algo dentro de mim? Pode ser, é claro, que sejam as duas coisas (Winnicott, 1954, *apud* Rodmann, 1987, p.51).

Essa “linguagem própria” winnicottiana também revelou um modo próprio de entender, e descrever, o que o autor considerava fundamental na constituição do indivíduo, e o fazer de tal forma que “raramente tentava traduzir suas idéias para a teoria psicanalítica comum” (Rodmann, 1987, p.XXVI). Tal constatação nos obriga a levar em conta que, da mesma forma que seu pensamento evoluiu no tempo, certos termos ganharam significados distintos entre um momento e outro de sua obra. É assim com o termo *self*, cujas implicações teóricas assumem um valor particular em seu texto, mas em relação ao qual Winnicott admitiu, pouco tempo antes de morrer, ainda ter dificuldade para traduzir, em palavras, a amplitude e a importância de seu significado em relação à vida do ser humano. Algumas décadas antes, em carta-resposta ao analista junguiano M. Fordham, que

<sup>73</sup> No original: “psychoanalytic virtues of his scientific vices”

o recriminara pelo fato de estar usando as palavras *self* e *ego* como se fossem sinônimos, Winnicott declarou que:

(...) quando usamos a palavra *self*, uma palavra inglesa perfeitamente satisfatória, estamos de acordo quanto ao termo, embora possamos divergir quanto à finalidade com que podemos empregá-la (...) e, por contraste, quando usamos o termo *ego* estamos introduzindo um termo para nosso próprio benefício e temos de defini-lo (...) Acho que Freud deu início a essa idéia de usar o termo *ego*, e nós, portanto, somos obrigados a seguir seus desdobramentos (...) e a justificar nossas variações ao usá-lo (Winnicott, 1955, *apud* Rodmann, 1987, p.77).

Se nas entrelinhas desta carta encontramos uma crítica de Winnicott ao comentário de Fordham, no artigo *Resenha de Memories, Dreams, Reflections* (Winnicott, 1994 [1964c], p.365) tal crítica se mostra mas evidente, por meio da observação “mais difícil para mim é o uso que Jung faz da palavra *self*” (*ibid.*, p.370). No mesmo texto, Winnicott concluiu que:

(...) *Self* não é um termo psicológico, mas uma palavra que todos nós usamos (...) O fato é que a expressão “ego” é utilizada de modo diferente, ao se usar o jargão freudiano ou o junguiano. Freud certamente usou o termo de diferentes maneiras, de acordo com a época em que estava escrevendo. (...) o próprio Jung passou a vida procurando o seu próprio *self*, o qual nunca realmente encontrou (*ibid.*, p.371).

A intenção de Winnicott de manter certa independência em relação a qualquer modelo teórico fica evidente. Por esse motivo, consideramos que a leitura de suas cartas reunidas no livro *The spontaneous gesture* (O gesto espontâneo), de 1987, pelo psicanalista americano Robert Rodmann, assim como dos textos elaborados para serem apresentados a uma platéia de não-psicanalistas, constituem um importante material de consulta, já que nos permite conhecer suas mais autênticas convicções sobre a psicanálise. Nas cartas, inclusive, o autor muitas vezes revela o caminho traçado pelo seu pensamento para chegar às conclusões que, nas reuniões da Sociedade, apresentava em sua forma final (até àquele momento, bem entendido).

Entendemos, ainda, que a “insistência de Winnicott de ser ele mesmo” (Rodmann, 1987, p.XVIII), teve um papel fundamental para que pudesse construir sua obra, apesar do fato de suas idéias nem sempre serem bem recebidas pelo

meio psicanalítico da época, como também porque se revelou mais interessado em progredir no conhecimento que buscava do que em se explicar. Portanto, frente à possível objeção de falta de originalidade de Winnicott em relação ao quadro teórico da psicanálise tradicional, o próprio autor se encarregou de esclarecer sua metodologia de trabalho ao afirmar:

Deve-se notar que estou agora deixando de lado o trabalho de outros autores, e tentando expor minha própria posição com minhas próprias palavras. Ficarei muito contente se, depois de ter feito minha própria exposição, descobrir que aquilo que disse já foi dito antes por outros. Geralmente, os outros já disseram de maneira melhor, mas não melhor para mim (Winnicott, 1978 [1949a], p.339).

O método utilizado por Winnicott, a partir de suas observações e *insights*, o levou produzir um modelo teórico sobre o desenvolvimento humano que o permitiu utilizar, da teoria freudiana, os conceitos descritivos sobre as etapas evolutivas (fase oral, anal, etc.), mas a partir de sua visão pessoal. Ao deslocar seu foco de interesse da sexualidade do bebê para seu estado de dependência, Winnicott introduziu inovações teóricas e técnicas na psicanálise, e produziu “rupturas radicais”<sup>74</sup> (Phillips, 1988, p.5) em relação a Freud e à sua teoria do desenvolvimento das funções sexuais. Para Winnicott (1979 [1962]), não fazia sentido falar de experiências instintivas no início da vida, na medida em que o recém-nascido, por não possuir ainda um ego capaz de vivenciar e representar os acontecimentos, não é capaz de perceber os instintos como fazendo parte dele.

Winnicott também se distanciou das idéias de Melanie Klein, por discordar da perspectiva exclusivamente intrapsíquica com que a autora abordava o desenvolvimento inicial, e, conseqüentemente, da sua objeção em incluir o ambiente materno no papel de provedor das necessidades primárias do bebê. Winnicott aceitou a noção kleiniana relativa à “posição depressiva”, mas também deu sua interpretação própria para o sentimento, vivido pelo bebê, quando percebe a mãe como objeto externo, através do conceito de “preocupação” (*concern*) (Winnicott, 1978 [1954]). O autor divergiu, ainda, da ênfase dada por Klein aos fatores constitucionais e suas implicações, principalmente quanto à natureza da

---

<sup>74</sup> No original “radical departures”.

agressividade, e considerou que o vocabulário da autora tinha “patologizado o desenvolvimento normal”<sup>75</sup> (Phillips, 1988, p.105).

À época de Winnicott, outros autores também se interessaram pela relação mãe-bebê, dando destaque aos cuidados maternos do início. Anna Freud, que em 1936 publicou *O ego e os mecanismos de defesa*, já enfatizava o papel do comportamento materno no desenvolvimento precoce do lactente, ainda que, por seguir os pressupostos da teoria freudiana, admitisse que o bebê é capaz de estabelecer contato com o mundo externo desde o início, mundo este no qual a mãe tem a função do objeto que produz satisfação, o que provocou a discordância de Winnicott. Também Bowlby (1940) e Spitz (1946) assinalaram o papel materno em seus estudos, com ênfase nas consequências, para o bebê, da privação da convivência com a mãe nos estágios iniciais da infância. Porém, tanto Bowlby quanto Spitz, que basearam seus trabalhos na observação direta de bebês, entenderam que os cuidados propiciados pela mãe só passam a ser significativos para o bebê por volta dos 5 a 6 meses, quando são capazes de reagir à sua ausência. Winnicott, que além de observar bebês e suas mães, também tratou de pacientes adultos profundamente regredidos, pôde entender as necessidades do bebê e a importância dos cuidados maternos desde o início da vida.

O pensamento de Winnicott, que foi descrito por Green (1990 *apud* Outeiral, 1991) como uma rede, um tecido de fios entrecruzados, produziu uma teoria do desenvolvimento pessoal, e trouxe uma importante compreensão sobre o significado da infância na vida total dos seres humanos. Para destacarmos sua contribuição ao nosso estudo, que focaliza a psicossomática na primeira infância, vamos nos deter em alguns desses fios, enfatizando a relação mãe-bebê desde o início, ainda na gestação enquanto primeiro *ambiente*, e acompanhar o percurso vivido pelo bebê do nascimento até a integração de sua unidade psicossomática. Deixando-nos guiar por esses mesmos fios, propomos, então, uma abordagem para os transtornos psicossomáticos expressos por meio do adoecimento no soma.

---

<sup>75</sup> No original “pathologized ordinary development”.

### 3.2. A relação mãe-bebê anterior ao complexo de Édipo: uma mudança de paradigma

A importância atribuída por Freud ao conflito edípico, como complexo nuclear do transtorno neurótico, ainda hoje é mantida entre os psicanalistas que utilizam, como referência para o trabalho clínico, a metapsicologia freudiana. A descoberta do complexo de Édipo, que Freud (1897) alcançou a partir de sua auto-análise, o levou a situá-lo como o ponto evolutivo máximo da sexualidade infantil, e o eixo em torno do qual desenvolveu sua teoria. Tendo considerado o conflito edípico uma das “pedras angulares da teoria psicanalítica” (Freud, 1923 [1922], p.300), Freud o abordou como uma questão central, vivida ainda na infância, de cuja resolução depende a satisfatória evolução da sexualidade até a vida adulta.

Em seu trabalho de 1905, *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud acrescentou, em nota de rodapé, no ano de 1920, a expressão de sua convicção ao afirmar:

Todos os que nascem neste planeta vêm-se ante a tarefa de dominar o complexo de Édipo; quem quer que deixe de fazê-lo é vítima da neurose. Com o progresso dos estudos psicanalíticos, a importância do complexo de Édipo tornou-se cada vez mais claramente evidente; seu reconhecimento tornou-se a senha que distingue os adeptos da psicanálise de seus oponentes (Freud, 1920 [1905], p.233).

Ao acompanharmos o texto freudiano, desde as primeiras publicações, encontramos a trajetória extremamente produtiva de idéias, muitas delas reformuladas, mas o lugar concedido ao conflito edípico e, conseqüentemente aos primórdios da experiência sexual na vida humana, permaneceram intocáveis, como sustentáculos da clínica psicanalítica. Tendo compreendido, a partir de sua clínica, que as pulsões sexuais atuam em crianças de tenra idade, Freud afirmou que “os germes dos impulsos sexuais já estão presentes no recém-nascido” (1905, p.181), e concebeu toda a sua teoria da função sexual como preparação ou como decorrência da situação edípica.

Em sua análise do texto freudiano, Loparic (1997) utiliza o conceito de *paradigma* de Thomas Khun (1970) para identificar, na teoria da situação edípica, o *problema central* da teoria psicanalítica tradicional, e a *solução exemplar* desse problema. De acordo com Khun (1970), os princípios em que se baseia cada teoria

devem preencher alguns critérios, para garantir a adesão dos estudiosos. Nesse sentido, os *paradigmas* são definidos como:

(...) as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência (Kuhn, 2000 [1970], p.13).

Segundo Loparic (1997), o complexo de Édipo, na teoria freudiana, não só é o fenômeno principal da vida sexual, como a estrutura do sujeito é concebida a partir dos antecedentes ou derivações do complexo. Além de ser o complexo nuclear das neuroses, e das doenças psíquicas de um modo geral, também está na origem da ordem cultural, ocupando, assim, a centralidade da teoria psicanalítica tradicional.

Na perspectiva kuhniana, ao se estabelecer como uma “matriz disciplinar” (*ibid*, p.226), que envolve um compromisso comum do grupo de pesquisadores, um paradigma permite que os problemas surgidos na prática científica possam ser formulados, favorecendo sua pesquisa e busca de soluções. Quando, no entanto, as soluções não atendem mais às questões formuladas, estabelece-se uma crise que demanda o estabelecimento de um novo paradigma, e, desta forma, “as crises são uma pré-condição necessária para a emergência de novas teorias” (*ibid.*, p.107).

Sabemos que crises sempre ocorreram no interior do movimento psicanalítico, e inclusive Freud enfrentou várias discordâncias vindas do próprio grupo de estudiosos que liderava. Essas crises foram contornadas por Freud, que considerava fundamental manter a psicanálise dentro de certas linhas teóricas e técnicas, por ele estabelecidas, com o propósito de vê-la reconhecida como uma ciência independente da medicina, como uma “ciência da mente inconsciente” (Freud, 1923, p.305).

Ainda segundo Khun (1970), a “pesquisa científica normal está dirigida para a articulação daqueles fenômenos e teorias já fornecidos pelos paradigmas” (Khun, 1970, p.45). Assim, quando os problemas surgidos na prática escapam à resolução de acordo com o paradigma vigente, surge a demanda por um novo paradigma, que seja capaz de resolver tanto os antigos problemas quanto os mais recentes. A transição para um novo paradigma, então, se configura como uma “revolução científica” (*ibid.*, p.122).

A convicção de Freud não impediu que surgissem problemas que o modelo edípico não foi suficiente para resolver, e que, como consequência, se mostraram não-solúveis, ou *anômalos* (Loparic, 1997). Entre esses problemas, o próprio Freud compreendeu a dificuldade de demonstrar o caráter empírico da cena primitiva (1914), e de dar uma explicação ao problema da relação originária exclusiva da menina com a mãe (1925). Em relação ao conflito edípico na menina, Freud (1925), ao reconhecer que a mãe é o primeiro objeto de amor nas crianças de ambos os sexos, constatou um problema na medida em que as meninas teriam que trocar de zona erógena, e também teriam que trocar de objeto da pulsão sexual, da mãe para o pai.

A solução encontrada por Freud (1931), para articular essas “novas descobertas” (Freud, 1931, p.260) com o *paradigma* edipiano, foi admitir que “a mulher só atinge a normal situação edipiana positiva, depois de ter superado um período anterior que é governado pelo complexo negativo” (*ibid.*, *ibid.*). Essas mudanças são reveladoras, segundo Loparic (1997), do quanto Freud precisou rearticular, reformular e estender os conceitos da psicanálise edipiana para evitar sua rejeição.

Entre os seguidores de Freud que buscaram uma rearticulação de seus conceitos, destacamos o nome de Melanie Klein. Sua entrada no cenário psicanalítico se deveu ao fato de que, enquanto Freud, através de seu estudo de neuróticos adultos, foi se aproximando de etapas precoces do desenvolvimento para descrever o funcionamento do psiquismo infantil, Klein, desde a década de 1920 utilizando a técnica do brincar no trabalho com crianças, descobriu assim uma forma de acesso ao inconsciente. Seguindo a transferência e as ansiedades como na análise de adultos, Klein (1932) pôde não só comprovar a existência de um mundo de fantasias inconscientes e de relações de objeto em idades precoces, como confirmar a postulação da existência da sexualidade infantil.

Como consequência natural de seu trabalho, o complexo edípico, cujo aparecimento fora localizado por Freud como coroando a evolução da sexualidade no chamado período fálico, entre os 3 a 5 anos, se revelou a Klein em idades anteriores, expresso através de fantasias e ansiedades edipianas precoces. Se, para Freud, os sentimentos de culpa, de perseguição e de angústia são derivados do complexo de Édipo, para Klein esses sentimentos surgem nas fases pré-edípicas, o

que implicaria na existência de uma situação edipiana precoce. Como desdobramento dessas descobertas, Klein (1932) pôde valorizar a influência dos impulsos pré-genitais e identificar a existência de uma pré-história no mundo da criança, construída a partir das experiências mais primitivas. Desta forma, propôs a antecipação do surgimento do superego, em ambos os sexos, para a fase oral, apresentando uma versão própria para o complexo de Édipo. Nas palavras de Klein:

Tal como vejo, o desenvolvimento sexual e emocional do menino e da menina incluem, desde a primeira infância e daí para diante, sensações e tendências genitais que constituem os primeiros estágios do complexo de Édipo; são experimentados sob a primazia da libido oral e se misturam com desejos e fantasias uretrais e anais. Os estágios libidinosos existem simultaneamente, sobrepondo-se uns aos outros, desde os primeiros meses de vida (Klein, 1945, p.485)

A contribuição de Klein à teoria psicanalítica não se esgota nessas concepções, sendo necessário admitir que suas inovações conceituais, e técnicas, propuseram uma compreensão detalhada dos primórdios da vida psíquica. Porém, por mais inovadoras que tenham sido suas idéias, e as estratégias teóricas que utilizou para defendê-las, as modificações que introduziu “não chegaram a ser revolucionárias, no sentido de Khun, por não alterarem o paradigma edípico da teoria tradicional” (Dias, 2002, p.134).

Por esta razão, incluímos em nosso estudo a proposta de Winnicott em sua concepção sobre os problemas mais precoces do ser humano, os quais podem ser identificados, como o fez no tratamento de pacientes fronteiriços, mas que não são passíveis de abordagem por meio dos conceitos oriundos da teoria edípica. Segundo o autor, “uma certa proporção de pessoas no mundo não chegam ao complexo edipiano” (Winnicott, 1989 [1969a], p.187), na medida em que seu desenvolvimento emocional sequer alcançou esta etapa evolutiva, por ter sido desviado num período muito primitivo. Esta constatação levou Winnicott a afirmar que:

Foi o trabalho com pacientes fronteiriços que me levou (quer eu quisesse ou não) à condição humana mais precoce, isto é, à vida inicial do indivíduo, ao invés de mecanismos mentais da mais tenra infância (Winnicott, 1979 [1963], p.212).

A constatação de que o *paradigma* edípico não respondia às questões com que se defrontava em sua prática, na qual encontrava dificuldades emocionais em bebês, levou Winnicott a descentrar o foco do conflito entre a experiência pulsional e o desejo incestuoso, e dar início à “pesquisa revolucionária que acabou por substituir o paradigma edípico de Freud, de ‘três corpos’, pelo paradigma winnicottiano da relação mãe-bebê, de ‘dois corpos’” (Loparic, 2001, p.34). A pesquisa desenvolvida por Winnicott, portanto, resultou na introdução de um novo *paradigma* para a psicanálise, com a formulação de novos problemas e de um novo arcabouço conceitual, possibilitando a abertura de perspectivas mais amplas para a pesquisa psicanalítica como um todo (Loparic, 2001).

Na análise de Phillips (1988), Winnicott obteve tudo que constituiu sua obra, e que o levou, inclusive, a uma revisão da psicanálise, do seu “paradigma da relação mãe-bebê em desenvolvimento”<sup>76</sup> (Phillips, 1988, p.5). Como consequência, a relação mãe-bebê tornou-se o modelo primário da situação psicanalítica, e a principal fonte de analogias para o trabalho de Winnicott, de tal forma que suas novas idéias sobre os primórdios do desenvolvimento, e sobre as psicoses como doenças decorrentes da privação ambiental, necessariamente envolveram modificações na técnica psicanalítica clássica.

A crença de Winnicott sobre o papel fundamental desempenhado pela mãe, no desenvolvimento da criança, ocasionava novas demandas ao analista quando essas relações iniciais eram recriadas no *setting* analítico. Assim, o tratamento psicanalítico não devia ser exclusivamente interpretativo, mas, e principalmente, visar a provisão de um “meio ambiente acolhedor”<sup>77</sup>, análogo ao cuidado materno, de forma que o paciente pudesse confiar, para então o tratamento poder acontecer. Principalmente, o interesse de Winnicott em conhecer as características da dependência inicial do bebê, o levou a formular questões para as quais não encontrava respostas na teoria psicanalítica. Por essa razão, utilizou a observação de mães e crianças da qual obteve *insights* que, por sua vez, se mostraram como “parte de sua incompatibilidade com Freud”<sup>78</sup> (*ibid.*, p.6), já que considerava a vulnerabilidade inicial do bebê em relação à figura materna como o

---

<sup>76</sup> No original “paradigm of the developing mother-infant relationship”

<sup>77</sup> No original “holding environment”.

<sup>78</sup> No original “part of his incompatibility with Freud”

ponto crucial do desenvolvimento, e não o complexo de Édipo onde existe uma relação de três pessoas.

O conhecimento de fatos sobre as etapas iniciais da vida de Freud o levou a identificar as razões de seu menor interesse pelas fases pré-genitais do desenvolvimento. Segundo Winnicott (1954-5),

(...) a própria história pessoal de Freud no seu início teve uma configuração tal, que lhe permitiu chegar ao período edipiano ou de pré-latência como um ser humano total, pronto para enfrentar seres humanos inteiros, e pronto para lidar com relações interpessoais. As experiências de sua mais tenra infância haviam sido suficientemente boas, de forma que, em sua auto-análise, ele pôde deixar de se preocupar com a maternagem do bebê (Winnicott, 1978 [1954-5], p.467).

Sob esta perspectiva, Winnicott considerou que, para Freud, a maternagem inicial era tida como natural, o que se expressou na criação do seu *setting* de trabalho. Para chegar a essa conclusão, Winnicott menciona as características do *setting* de Freud, fazendo um paralelo com o ambiente materno. Assim,

(...) diariamente (...) Freud se punha a serviço do paciente (...) estaria lá, na hora, vivo e respirando (...) se manteria acordado e se preocuparia com o paciente (...) expressava seu amor através de interesse positivo, e seu ódio através da forma rigorosa com que a sessão deveria começar e acabar. Amor e ódio eram expressos honestamente (...) o analista sobrevive (*ibid*, p.468).

Por outro lado, enquanto para Freud a psicanálise era, essencialmente, uma ‘cura pela palavra’, Winnicott buscou inspiração no relacionamento mãe-bebê, no qual a comunicação é, de início, pré-linguística, e o bebê tem diferentes formas de se comunicar, para definir o *setting* analítico. Como desdobramento, a relação mãe-bebê “se tornou o paradigma do processo analítico, e isto mudou a função da interpretação no tratamento psicanalítico”<sup>79</sup> (Phillips, 1988, p.138).

Para alcançar uma mudança paradigmática, com conseqüentes mudanças na prática clínica, Winnicott precisou apresentar, também, novos conceitos em relação à teoria freudiana.

<sup>79</sup> No original: “had become the paradigm for the analytic process, and this changed the role of interpretation in psychoanalytic treatment”

### 3.3. Através da pediatria à psicanálise: um caminho de mão-dupla entre a prática e a teoria

A aproximação de Winnicott com a psicanálise se deu em decorrência de uma trajetória ‘suficientemente’ valorizada. Assim, o reconhecimento, por parte do autor, de que a maior parte de suas descobertas se originaram enquanto médico de crianças, fica explícito no livro *Textos Seleccionados* no qual reuniu artigos, na sua maioria apresentados aos colegas psicanalistas. No original, o livro recebeu o subtítulo *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, revelando que a pediatria não foi apenas um ponto de partida substituído pela psicanálise, como pode ser subentendido na tradução em português *Da Pediatria à Psicanálise* (1978), mas um caminho *através* do qual seu percurso se enriqueceu com uma abordagem psicanalítica, em um movimento de idas e voltas da prática à teoria, ou, como dito pelo próprio Winnicott: “passei minha vida profissional com um pé na pediatria e outro na psicanálise” (1978 [1956c], p.519).

A pediatria por ele exercida, no entanto, não se resumia à prática clínica de acordo com o modelo médico tradicional, já que, a partir de determinada época, em suas consultas, no hospital, atuava como psiquiatra infantil, voltando sua atenção para o aspecto psicológico das crianças, e tendo aí uma fonte de informações que foram enriquecendo seu pensamento. Nas palavras do autor:

Nunca abandonei a pediatria geral, pois para mim parece que a psiquiatria infantil, essencialmente, faz parte da pediatria (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.21).

#### 3.3.1. O início da trajetória

Vários autores já escreveram sobre a vida pessoal e profissional de Winnicott (Khan, 1978; Davis & Wallbridge, 1982; Rodman, 1988; Mello Filho, 1989; Hughes, 1989; Kahr, 1996; Dias, 2003), articulando acontecimentos de sua infância com suas escolhas e características adultas, e conseqüente repercussão em sua obra. Consideramos proveitoso mencionar algumas dessas informações, não com objetivo de estabelecer uma relação de causalidade entre biografia e teoria, mas na tentativa de identificar pontos de contato entre dados biográficos e desenvolvimentos teóricos.

O foco de atenção de Winnicott se distanciou da psicanálise tradicional, centrada sobre os conflitos de ordem pulsional, direcionando-se para os efeitos do ambiente materno no início da vida, e suas conseqüências para a organização psíquica da criança. Portanto, o conhecimento do ambiente em que o autor nasceu e se desenvolveu, ao nos fornecer dados de sua história pessoal, pode nos guiar no entendimento de suas opções teóricas e nos favorecer uma visão mais abrangente de seu trabalho. Assim, como enfatizado por Clare Winnicott, sua segunda esposa, na presença de dúvidas sobre o pensamento do autor,

(...) as respostas devem ser buscadas não simplesmente num estudo das idéias de D.W.W., à medida que ele avançava, mas essencialmente no tipo de personalidade que funcionava por detrás dele. (Clare Winnicott, 1989, p.1).

A infância de Winnicott foi vivida em um lar estável, onde a condição de ser o único menino, após duas irmãs, o levou a escrever em suas notas autobiográficas, não publicadas, que se sentia “um filho único com múltiplas mães, e com um pai extremamente preocupado com assuntos da cidade e de negócios” (*ibid.*, p.6). Em outra anotação, na qual relembra uma repreensão sofrida por parte do pai que culminou com sua saída de casa, para o internato em Cambridge, o autor afirma “é provavelmente verdade que, nos primeiros anos, ele [o pai] me tenha deixado entregue demais às minhas mães” (*ibid.*), entre as quais se inclui sua babá Allie, a quem era muito apegado, além de uma cozinheira e várias copeiras. Estes aspectos da vida de Winnicott são analisados por Kahr (1996), para quem:

(...) a preponderância das mulheres na infância de Winnicott estimulou nele um grande fascínio pelo mundo interno feminino – interesse que acabou se tornando o trabalho ao qual dedicaria sua vida; como profissional passou mais de quarenta anos explorando e pesquisando a essência da maternidade e a relação entre a criança e a mãe. (...) Winnicott escreveu muito pouco sobre a figura paterna; a maior parte de seu trabalho é centrada apenas na mãe e no bebê. Conhecendo suas experiências infantis, essa relativa omissão da figura do pai não nos deveria surpreender. Sem dúvida, a ênfase que ele dedicou à figura materna – sua contribuição vital para a pesquisa psicanalítica – também derivou dos fortes laços entre Winnicott e as mulheres que o cuidavam (Kahr, 1996, p.8).

Ainda segundo Kahr (1996), a experiência de ter que abandonar o lar aos 13 anos, como forma de punição, foi vivida por Winnicott como um trauma (*ibid*, p.15), e serviu de modelo para seu posterior interesse profissional em rupturas e choques capazes de interromper a continuidade dos vínculos de uma criança. Por outro lado, o fato não impediu que o autor fosse descrito como um homem “profundamente feliz, cuja capacidade de sentir prazer nunca deixou de triunfar sobre os reveses e desapontamentos que lhe surgiam no caminho” (Clare Winnicott, 1989, p.7), descrição cuja veracidade pensamos poder ser atestada quando conhecemos as dificuldades que Winnicott experimentou, na convivência com seus colegas da Sociedade Britânica de Psicanálise.

De sua temporada no colégio interno existem diversos registros, como as cartas que escrevia à mãe, seu interesse pela leitura, além da decisão de se tornar um médico, após ter quebrado a clavícula jogando futebol aos 16 anos, e assim evitar depender de médicos quando ficasse doente ou se machucasse, mesmo sabendo que iria se opor à preferência do pai que dele esperava a continuidade no ramo de comércio (Clare Winnicott, 1989). Também foi no colégio que Winnicott começou a se interessar pelas ciências naturais, tendo lido todos os livros de Darwin e ficado de tal forma empolgado que chegou a afirmar: “subitamente percebi que Darwin era minha xícara de chá” (Winnicott, 1967, *apud* Kahr, 1996, p.28).

Nessa época, ainda estudante, Winnicott não teve uma total clareza a respeito de seu interesse pelas idéias de Darwin. (Winnicott, 1989 [1967]). Na idade adulta, no entanto, a compreensão do método de estudo utilizado pelo cientista, que permitiu a ordenação dos fenômenos estudados, ao mesmo tempo em que deixou aberto um caminho para novas descobertas, pôde ser valorizado. Winnicott, assim, encontrou um estímulo para a sua necessidade de lidar com o conhecimento científico com independência. Em uma conferência para alunos adolescentes, em 1945, Winnicott rememorou o sentimento vivido quando estudante, assinalando que:

O principal é que ele me mostrou que os seres vivos podiam ser examinados cientificamente, com o corolário de que as lacunas no conhecimento e na compreensão não precisariam me assustar. Para mim, esta idéia nova significou um grande alívio de tensão, e conseqüentemente uma energia maior para trabalhar e brincar (Winnicott, 1945, *apud* Kahr, 1996, p.28).

Assim, dando continuidade aos conhecimentos que adquirira através do texto darwiniano, Winnicott escolheu estudar biologia para depois vir a ingressar no curso de medicina, o que ocorreu quando a 1ª Guerra Mundial já estava em curso e lhe permitiu ser dispensado do alistamento. O fim da guerra possibilitou a Winnicott concluir sua formação médica na Faculdade de Medicina do Hospital St. Bartholomew, da Universidade de Londres, um dos hospitais mais antigos e respeitados da Inglaterra. Neste hospital Winnicott teve como professor um médico que lhe causou profunda influência, Dr. Thomas Horder, pelo valor que atribuía ao relacionamento entre o médico e seu paciente, e “lhe ensinara a importância de anotar cuidadosamente a anamnese e escutar o que o paciente lhe dizia, em vez de simplesmente formular perguntas” (Clare Winnicott, 1989, p.9). Concluimos que a partir dessa experiência Winnicott pôde aliar sua capacidade de empatia com o próximo, qualidade que consideramos como uma marca definitiva em todas os campos em que exerceu sua prática clínica, com o atendimento do paciente enquanto pessoa, focalizando não só a doença mas as necessidades psicológicas daquele que adoecia.

Ainda durante sua formação, Winnicott precisou ficar internado no hospital St. Bartholomew em consequência de um abscesso pulmonar. A necessidade de permanecer em uma enfermaria “velha e gigantesca, com um teto alto que fazia as camas enfileiradas e os pacientes parecerem minúsculos (...) onde era negligenciado pelos médicos e enfermeiras em meio à multidão de pacientes” (Clare Winnicott, 1978, *apud* Kahr, 1996, p.41), possivelmente o fez reviver o sentimento de impotência de quando, ainda adolescente, quebrou a clavícula. Nesse ambiente emocionalmente hostil, a sensação de abandono não só o fez pensar que “que todos os médicos deveriam passar pela experiência de tornarem-se pacientes necessitados e dependentes, para conhecer melhor os temores do doente” (*ibid.*), como o permitiu valorizar a importância do cuidado ambiental na transmissão de confiança, questão que se tornou central em sua obra ao abordar os cuidados dispensados ao bebê no estado de dependência.

Por essa época, já tendo terminado a guerra, deu-se o primeiro contato de Winnicott com o texto freudiano quando “descobriu que era incapaz de se recordar de seus sonhos” (Rodman, 1987, p.XIII). Preocupado, procurou, em uma biblioteca especializada em obras médicas, uma publicação que tratasse do

assunto e o pudesse orientar. Tendo solicitado “um livro sobre sonhos” (Kahr, 1996, p.41), o bibliotecário lhe recomendou uma obra do filósofo Henri Bergson, que não atendeu o objetivo. Quando foi devolvê-lo, porém, Winnicott recebeu de um dos donos da loja a sugestão do livro do pastor suíço Oskar Pfister sobre a psicanálise. Somente algum tempo depois, em 1919, Winnicott viria a ler a tradução inglesa de *Die Traumdeutung* (A interpretação dos sonhos, Freud, 1900), e então descobriu que “a psicanálise seria, de alguma forma, parte de sua vida” (*ibid.*, p.42).

A impressão que esta leitura lhe causou ficou registrada na carta que escreveu à irmã Violet, no mesmo ano, na qual procurou lhe explicar o significado da psicanálise enquanto método de pesquisa e tratamento. Procurando uma forma didática, e ao mesmo tempo sintética, para apresentar as concepções freudianas, de onde destacou o papel das pulsões enquanto “uma força vital que deve se exteriorizar” (Winnicott, 1919 *apud* Rodman, 1987, p.1), Winnicott pediu à irmã que o ajudasse, sinalizando caso suas explicações não estivessem suficientemente simples para serem compreendidas quando quisesse apresentá-las a uma “platéia de ingleses” (*ibid.*).

Se a preocupação com os próprios sonhos, e a ausência de lembrança deles, foi o principal veículo de aproximação do autor com a obra de Freud, o tema do sonhar possibilitou que Winnicott desenvolvesse, posteriormente, conceitos importantes em sua obra. Em um trabalho escrito no ano de 1948, *Pediatria e psiquiatria*, Winnicott iniciou a exposição de suas idéias a partir do lugar do bebê, enfatizando como a “provisão de um ambiente estável porém pessoal, de proteção contra o inesperado e o imprevisível” (Winnicott, 1978 [1948], p.307) é condição para que o bebê possa lidar com a realidade, passando da relação com o objeto subjetivo para o que é objetivamente percebido através do uso da capacidade de *ilusão*. Em outras palavras, Winnicott procurou transmitir a idéia de que, principalmente, a capacidade que cada um tem de lidar com a realidade depende da maneira como ela é introduzida pelo ambiente. O autor prosseguiu, e assinalou que na maioria dos adultos o uso da capacidade de ilusão tende a se perder porque a objetivação do mundo se torna corriqueira, e outras formas de enriquecimento pessoal podem ser utilizadas, mas existem aqueles adultos cuja tendência a dar mais significado ao mundo subjetivo prevalece,

produzindo um desinteresse pelas outras pessoas e pela rotina da vida, condição que pode ser encontrada nos indivíduos psicóticos. Uma das maneiras de escapar dessa condição patológica, de acordo com Winnicott, “é sonhar e lembrar dos sonhos” (*ibid.*, p.308), já que o sonho, assim como a atividade artística, mantêm as pontes entre o subjetivo e a vida real partilhada.

No ano de 1923, quando Winnicott tinha 28 anos, três acontecimentos importantes ocorreram em sua vida: o início de sua atividade profissional como médico, seu primeiro casamento e o início de sua análise pessoal. Sem pretender estabelecer uma hierarquia entre esses fatos, os relatamos partindo da premissa de que cada um deles exerceu, de modo particular, influência em seu trabalho.

Foi em 1923 que, após seu exame de filiação à Sociedade Médica, Winnicott aproveitou o interesse pelo trabalho com crianças, despertado durante sua formação médica, estabelecendo-se como consultor em medicina infantil, função equivalente a de pediatra que à época ainda não existia como especialização. Obteve, então, a nomeação para o *Queen's Hospital for Children* e para o *Paddington Green Children's Hospital*, e também adquiriu, com ajuda financeira do pai, uma sala na área da *Harley Street*, onde manteve uma clínica particular (Clare Winnicott, 1989).

Definindo-se como “um pediatra que se volta para a psiquiatria, e um psiquiatra que se apega à pediatria” (1978 [1948], p.287), Winnicott se tornou um expectador privilegiado do desenvolvimento emocional infantil. Em seu contato diário com crianças e bebês, levados à consulta médica por apresentarem distúrbios orgânicos, o autor pôde captar que os sintomas físicos serviam ao propósito de descarregar uma ansiedade que não encontrava outra via de expressão.

Nessa época, predominava entre os profissionais da medicina o interesse exclusivo pelo aspecto físico das doenças, mas Winnicott, confiando em sua habilidade como médico que não o deixava subestimar os sintomas clínicos, passou a dar atenção também ao aspecto psicológico de seus pacientes. Por essa iniciativa, chegou à conclusão de que em apenas menos da metade dos casos atendidos, no ambulatório do hospital, existia alguma doença física, e, em contrapartida, a maior parte dos problemas que levavam as mães e suas crianças à

consulta eram devidos à “perturbações emocionais e anomalias no desenvolvimento da personalidade da criança” (*ibid.*).

“A ansiedade é normal na infância”, expressou Winnicott (1978 [1931], p.73), e toda a criança experimenta situações emocionais internas e externas similares, causadoras de conflitos e adoecimentos físicos como, por exemplo, a perda do apetite na ocasião da chegada de um novo bebê, situações em relação às quais ela “deve sobreviver, descobrindo meios de encará-las e alterá-las, ou tolerá-las” (*ibid.*, p.71). Ao mesmo tempo, o autor esclareceu que quando o conflito assume proporções maiores do que é possível à criança resolver internamente, os distúrbios somáticos podem se expressar de forma mais intensa, e, conseqüentemente, a saúde física pode ficar perturbada a ponto de ameaçar a própria vida.

Percebemos em Winnicott uma verdadeira necessidade de ser ouvido pela classe médica, em especial por aqueles que lidavam com crianças. Por entender que a ansiedade, decorrente dos conflitos entre as fantasias inconscientes e realidade interna pessoal da criança, estava na raiz do distúrbio neurótico, ele considerava que a observação atenta do pediatra podia detectar uma neurose infantil já instalada, ou mesmo uma tendência latente com possibilidade de se manifestar na vida adulta, o que o levou a admitir:

A prevenção da doença que leva ao hospital psiquiátrico está nas mãos do pediatra, apesar deste não sabê-lo. Afirmar que o pediatra desconhece isto lhe assegura uma vida mais agradável (Winnicott, 1978 [1956c], p.514).

Mas o empenho de Winnicott na tentativa de convencer os colegas a incluir os fatores psicológicos em seus diagnósticos, fazendo-os compreender que “a saúde não é uma ausência de sintomatologia” (*ibid.*, p.515) mas antes se deve à maturidade do indivíduo como pessoa, não obteve boa acolhida. No sentido oposto, o sintoma era percebido, no meio pediátrico, como um desafio para o arsenal terapêutico, dando origem a um “ímpeto curativo” (1978 [1953], p.213) na tentativa de lidar com os distúrbios psíquicos que se manifestavam, na criança, expressos através de comportamentos fóbicos ou de uma simples agitação.

Felizmente para seus jovens pacientes, Winnicott não esmoreceu, dedicando-se cada vez mais ao estudo do funcionamento mental, e sua clínica pediátrica foi evoluindo para a psiquiatria infantil de orientação analítica. Tendo compreendido que a saúde psíquica se estabelece nos primórdios da infância e, mais especificamente, que o desenvolvimento emocional do primeiro ano de vida determina a base da saúde mental do indivíduo, o autor estabeleceu como sua tarefa o “estudo da natureza humana” (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.21). Desta forma, se dedicou a auxiliar o trabalho daqueles que lidam diretamente com recém-nascidos e bebês muito novos, e suas mães, como enfermeiras e assistentes sociais, tanto através dos artigos que escrevia como das inúmeras palestras que realizou, e do programa radiofônico na BBC londrina sobre desenvolvimento infantil.

Outro acontecimento importante em sua trajetória pessoal, ocorrido em 1923, foi que nesse ano o autor se casou pela primeira vez, e sua esposa, Alice, quatro anos mais velha, sofria de graves problemas psiquiátricos, incluindo alucinações e delírios (cf. Kahr, 1996). Esse casamento se estendeu por 25 anos, de modo que, para Winnicott, “tomar conta dela custou toda sua juventude” (Khan, 1987 *apud* Kahr, 1996), e só terminou quando o autor pediu o divórcio, em 1948, ano seguinte à morte do seu pai.

Ainda em 1923, Winnicott procurou Ernest Jones, personagem reconhecido pela divulgação da teoria freudiana na Inglaterra, que o encaminhou a James Strachey para tratamento analítico. Embora não tenhamos encontrado nenhuma menção ao fato em seus textos, no artigo de 1962, *Enfoque pessoal da contribuição kleiniana*, onde discorreu sobre suas primeiras experiências no campo da psicanálise, Winnicott acrescentou um comentário onde expressou sua gratidão a Ernest Jones, a quem recorrera “quando precisava de ajuda em 1923” (Winnicott, 1979 [1962], p.157).

As consequências de todos esses acontecimentos, na forma como foram descritos, tiveram um papel importante para que Winnicott pudesse, gradativamente, conquistar um espaço no campo psicanalítico, como abordaremos a seguir.

### 3.3.2. O percurso no campo da psicanálise

Alguns anos após o início da análise com Strachey, em 1927, Winnicott candidatou-se para a formação na Sociedade Britânica de Psicanálise. Até então, admitiu, somente tinha lido “um ou dois livros sobre a psicanálise” (Winnicott, 1978 [1949a], p.319). Por essa época, muitos dos textos de Freud ainda não tinham sido traduzidos para o inglês, e o fraco conhecimento de Winnicott da língua alemã não favorecia a leitura no original, mas, estimulado por seu analista, empreendeu novas tentativas.

As principais fontes de referência de Winnicott em seu trabalho, no hospital, eram a sua observação atenta das crianças e bebês, e dos pais, seus próprios *insights*, além de, e principalmente, da aprendizagem decorrente da própria experiência analítica, através da qual foi se transformando, cada vez mais, em um pediatra orientado para as questões psicodinâmicas envolvidas no adoecer. Esses primeiros passos no terreno da psicanálise foram vividos de forma intensa, como relembra, tempos depois:

(...) era excitante obter inúmeras histórias clínicas, e conseguir de pais sem instrução a confirmação para as teorias psicanalíticas, que começavam a fazer sentido para mim através de minha própria análise. Naquele tempo nenhum outro analista era pediatra ao mesmo tempo, e assim, por duas ou três décadas, fui um fenômeno isolado (Winnicott, 1979 [1962b], p.157).

Ao mesmo tempo, enquanto exercitava sua habilidade em conseguir que as mães lhe contassem a história precoce dos distúrbios de suas crianças, foi se dando conta que as explicações que alcançava, a partir da teoria psicanalítica, lhe eram insuficientes. Essa constatação pôde, mais tarde, ser sintetizada na declaração onde afirmou:

Nos anos 20 tudo tinha o complexo de Édipo em seu âmago. A análise das neuroses conduzia o analista repetitivamente às ansiedades pertencentes à vida instintiva do período dos 4 a 5 anos do relacionamento da criança com seus pais. Dificuldades anteriores que vinham à tona eram tratadas em análise como regressão a pontos de fixação pré-genitais, mas a dinâmica vinha do complexo de Édipo, marcadamente genital da meninice. (...) Inúmeras histórias clínicas me mostravam que crianças que se tornaram doentes, sejam neuróticos, psicóticos, psicossomáticos ou anti-sociais, revelavam dificuldades no seu

desenvolvimento emocional na infância, mesmo como bebês.  
 (...) Algo estava errado em algum lugar (Winnicott, 1979  
 [1962b], p.157).

Apesar de Melanie Klein ter emigrado para a Inglaterra em 1926, convidada por Ernest Jones para que ela analisasse seus filhos, e tivesse se tornado membro da Sociedade Britânica de Psicanálise em 1927, Winnicott, que não participava ativamente das reuniões clínicas, só veio conhecer a autora através da leitura de *The Psycho-analysis of Children*, de 1932. Por recomendação de Strachey, já que estava utilizando a teoria psicanalítica com crianças, Winnicott passou a receber supervisão de Klein entre os anos de 1935 e 1940, e se interessou pelo seu trabalho sobre as angústias precoces e por suas teorias sobre as fases mais primitivas da infância.

Do trabalho de Klein chamou a atenção de Winnicott, que até então utilizava desenhos ou a comunicação oral como recursos para o tratamento de crianças, a riqueza de material analítico fornecido pelo uso de brinquedos, assim como o entendimento de que a análise da criança podia ser realizada nos mesmos moldes da análise do adulto, pela interpretação da transferência (Winnicott, 1979 [1962]). A revisão das teorias freudianas sobre as experiências precoces do bebê, e a antecipação do complexo de Édipo para o primeiro ano de vida, levaram Winnicott a acreditar que tinha encontrado a referência teórica que precisava para dar prosseguimento ao seu estudo.

Não muito tempo depois, porém, Winnicott foi percebendo que existiam diferenças profundas, entre ele e Klein, no modo de abordar os mesmos fenômenos, como o postulado kleiniano sobre a existência precoce de um ego capaz de formar relações de objeto primitivas na fantasia e na realidade, em relação ao ele qual se opunha terminantemente, como pode ser encontrado no comentário “acho que meus pontos de vista começaram a se diferenciar dos seus” (*ibid.*, p.161). Da mesma forma, por discordar do postulado de Freud (1920) sobre a *pulsão de morte*, não compartilhava da ênfase que lhe era dada nas concepções kleinianas sobre o caráter inato da agressividade e da inveja.

O cerne da questão, como ficou explícito nos textos winnicottianos, era o valor atribuído pelo autor ao ambiente materno como condição para o início da

vida psíquica, a partir do qual construiu toda sua elaboração teórica, e que Klein rejeitava de forma irredutível. Sobre essa polêmica, Winnicott comentou que:

(...) [Klein] examinou a influência do ambiente apenas superficialmente, nunca reconhecendo realmente que juntamente com a dependência da fase precoce da lactação há, na verdade, um período em que não é possível descrever um lactente sem descrever a mãe de quem o lactente ainda não se tornou capaz de se separar para se tornar um *self*. Klein afirmava ter dado toda a atenção ao fator ambiental, mas na minha opinião ela era incapaz disso, por temperamento (Winnicott, 1979 [1962], p.161).

A compreensão de Winnicott de que os impedimentos às suas idéias não eram de natureza teórica, mas motivados por questões de ‘temperamento’, pôde ser atestada na prática. Avesso a qualquer forma de partidarismo, o autor se viu numa situação delicada durante a crise, aparentemente ideológica mas fundamentada em uma disputa, entre Melanie Klein e Anna Freud, pela liderança da Sociedade Britânica de Psicanálise, após a morte de Freud em 1939. Segundo Hughes (1989), o combate aberto que originou o episódio conhecido como *Discussões controversas*, no início da década de 1940, culminou com a decisão de Ernest Jones de criar dois programas de treinamento, cada um deles capitaneado por uma das psicanalistas e aglutinando seus seguidores. Entre os que não quiseram se filiar a nenhum dos dois grupos estava Winnicott que, na companhia, entre outros, de Balint e Fairbairn, instituíram o *Middle Group* para garantir certa neutralidade.

Tendo sido impedido de dar aulas ou supervisionar alunos (Kahr, 1996), Winnicott escreveu uma carta a Melanie Klein, em 1952, transmitindo o mal-estar que experimentava pela pouca receptividade às suas idéias, e até certo cerceamento à sua criatividade a partir do momento em que se afastava da terminologia kleiniana. Nessa carta, Winnicott mencionou seu trabalho *Ansiedade associada à insegurança* (1978 [1952]), onde apresentou sua concepção de que a relação mãe-bebê do início não deriva da experiência pulsional, nem da relação objetual, e que foi lido para a Sociedade, deixando claro que apesar da falta de incentivo por parte dos colegas psicanalistas, pretendia assumir o risco de poder ter suas próprias idéias.

### 3.4. O cuidado ambiental suficientemente bom

Na obra de Winnicott, o cuidado que a mãe dedica ao seu bebê tornou-se a chave para a compreensão dos processos fundamentais à expressão, e realização, da tendência inata ao desenvolvimento pela criança. A saúde mental do ser humano, diz o autor, é construída na mais tenra infância pela mãe “que fornece um ambiente no qual processos complexos mas essenciais do *self* podem chegar a seu termo” (Winnicott, 1978 [1948], p.291). É necessário assinalar, de saída, que a função ambiental materna, para o autor, não precisa ser exercida apenas pela mãe biológica, mas, mesmo considerando que algumas ações podem ser desempenhadas por qualquer pessoa, muitas coisas só podem ser feitas por alguém que “tenha um interesse de mãe” (*ibid.*, p.293).

Segundo Winnicott, “os lactentes humanos não podem começar a ser exceto sob certas condições (...) desde que seja aceito que o potencial herdado de um lactente não pode se tornar um lactente a menos que ligado ao cuidado materno” (Winnicott, 1979 [1960], p.43). O autor, então, nos aponta que a mãe, em sua experiência viva com seu filho, é a melhor pessoa para oferecer um ambiente facilitador, indispensável a que o processo de desenvolvimento possa ocorrer de forma saudável, porque é a pessoa que mais conhece quais as necessidades primárias que precisam ser atendidas, quando e como, a fim de que o ser que gerou se torne um bebê.

Para chegar a essa afirmativa, Winnicott tomou como referência sua experiência com observação de bebês e suas mães, e de tratamento de pacientes psicóticos adultos, que resultaram na postulação de uma fase inicial no desenvolvimento emocional onde predomina um estado de *não-integração* (Winnicott, 1978 [1945], p.275) da personalidade. Ainda que exista uma tendência à integração que é inata, e que começa a atuar logo nos primeiros momentos após o nascimento, o autor adverte que não se pode entender a integração como algo natural, que ocorra de modo automático pela simples passagem do tempo, e sim como uma conquista sujeita a flutuações, na dependência de como a experiência dos impulsos instintivos herdados seja facilitada pelos cuidados do ambiente.

Ao enfatizar o papel materno para o sucesso dessa conquista, o autor destacou as características necessárias para que a mãe possa desempenhar a tarefa de promover o desenvolvimento do filho, oferecendo um ambiente estável expresso tanto pela alimentação em horas adequadas como pela maneira como ela oferece o seio, de forma a permitir, ao bebê, a transição entre o “estado calmo e o excitado sem chegar repentinamente com uma alimentação, exigindo resposta” (*ibid.*, p.292). Seu amor é transmitido de uma maneira física pelo contato; pela temperatura de seu corpo; pelos movimentos e pela quietude que variam de acordo com a necessidade do bebê, e pela proteção que proporciona ao manter a situação ao mesmo tempo simples, para não provocar confusões, e rica na medida da possibilidade crescente do bebê para aproveitá-la. Principalmente, ao oferecer uma continuidade do ambiente, a mãe favorece a experiência de confiança que vai permitir com que o bebê possa viver sua própria continuidade de existência. Nas palavras do autor:

Por acreditar no bebê como um ser humano por si próprio, ela não apressa seu desenvolvimento, capacitando-o, desta forma, a apoderar-se do tempo, e a ter a sensação de uma continuidade pessoal e interna. Para a mãe, a criança é um ser humano inteiro desde o início, e isto a torna capaz de tolerar sua falta de integração (Winnicott, 1978 [1948], p.293).

A adaptação às necessidades do bebê, que não se resumem à alimentação e cuidados higiênicos, foi sinalizada por Winnicott, que nela percebeu um acontecimento indispensável para que o bebê possa prosseguir, com um mínimo de percalços, na direção de sua integração pessoal. O autor, ao considerar a parceria mãe-bebê do início como uma continuação da provisão fisiológica do estado pré-natal, chama a atenção para a possibilidade de ruptura nos processos naturais e delicados que ocorrem no interior desta parceria, e que deve ser prevenida por representar um grande perigo para a saúde mental do indivíduo. De acordo com Winnicott, “a esquizofrenia é uma espécie de doença de deficiência ambiental” (*ibid.*, p.294).

Portanto, pelo valor atribuído à adaptação materna, o autor procurou explicitar os mecanismos por meio dos quais a mulher, mesmo sem nenhuma instrução, e de preferência sem receber qualquer orientação de enfermeiras, parentes ou qualquer pessoa próxima, consegue se comportar como uma *mãe*

*suficientemente boa* (Winnicott, 1978 [1949b], p.412), acreditando no seu bebê e tendo paciência para esperar que ele vá se revelando no dia-a-dia, sem interromper sua continuidade de ser. Esta capacidade materna de viver no tempo do bebê e não no seu, ocorre de forma natural na mulher que, além de ter brincado de boneca na infância, e talvez até cuidado de irmãos menores, principalmente já foi bebê um dia e também recebeu cuidados, guardando memórias corporais dessa época que, segundo o autor, a levam a se identificar com o seu bebê.

Através da *identificação* (Winnicott, 1979 [1960], p.52), que envolve uma regressão parcial, a mãe retorna para sentimentos de sua própria infância que foram despertados pelo filho, podendo se colocar no lugar do bebê, saber quais as suas necessidades, que inicialmente são corporais, como satisfazê-las, e, principalmente, gostar de fazê-lo. Isso é a essência do cuidado materno, diz Winnicott (1960). A *adaptação ativa* (*ibid.*) da mãe, que é absoluta no início, não é mais que uma decorrência do estado psicológico especial, vivido durante a gravidez, a que Winnicott nomeou de *preocupação materna primária* (Winnicott, 1978 [1956a], p. 493), para designar:

Esta condição que gradualmente se desenvolve, e se torna um estado de sensibilidade aumentada durante, e especialmente, no final da gravidez, e continua por algumas semanas depois do nascimento da criança. (...) Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe, na fase mais inicial da vida do bebê, sem entender que ela deve ser capaz de atingir este estado de sensibilidade aumentada, quase uma doença, e recuperar-se dele (Winnicott, 1978 [1956a], p.493-4).

Por ser um período em que a mulher vive transformações tanto em seu corpo quanto em seus sentimentos, é possível que, pelo estado de vulnerabilidade, ela sinta emoções contraditórias, reviva medos infantis até então recalcados, tenha dúvidas e fantasias inquietadoras, e até se sinta tão desamparada em relação ao desamparo do bebê quanto ele mesmo, mas se puder contar com o apoio do seu próprio ambiente, na figura do pai do bebê em gestação ou outras pessoas afetivamente importantes, e, principalmente, se puder experimentar confiança em si mesma, terá como encontrar recursos pessoais para suplantar essas interferências, sentindo-se, então, disponível para investir no seu bebê. Por outro lado, as mudanças que ocorrem na mulher, que em parte são baseadas na

fisiologia, podem sofrer distorções por falta de saúde mental na mulher, como o comprova a psicose puerperal.

Podemos extrair duas consequências teóricas da interpretação dada por Winnicott para o começo da vida. Por um lado, ao se deter na análise dos sentimentos maternos envolvidos na tarefa de cuidar do bebê, Winnicott discordou dos autores que, ao focalizarem a relação primitiva mãe-bebê, o fazem a partir da perspectiva biológica, como o que acontece com a noção de *simbiose* utilizada por Margareth Mahler desde seus primeiros estudos, em 1949. A esse respeito, o autor enfatizou que o termo simbiose não faz mais que “comparar a relação entre a mãe e o bebê a outros exemplos na vida animal e vegetal, no que se refere à interdependência física” (Winnicott, 1978 [1956a], p.492), não sendo suficiente para descrever um fenômeno que tem vida própria, já que varia com diferentes crianças em função das experiências da mãe e da maneira que ela se encontra na ocasião.

Assim, enquanto o bebê está numa condição de *dependência absoluta* (Winnicott, 1978 [1948], p.295) do que o ambiente possa lhe oferecer, a mãe traduz sua preocupação adaptando-se ativamente para suprir as necessidades do filho até que, no decorrer do desenvolvimento, este possa gradativamente alcançar autonomia, ou seja, ela apenas facilita um processo que é inato ao bebê. A capacidade materna de proporcionar um ambiente ‘quase perfeito’, já que sujeito a eventuais falhas, e que é alcançada por meio de “sua devoção, tornada possível por seu narcisismo, sua imaginação e suas recordações, que lhe permitem saber, através da identificação, quais são as necessidades do seu bebê” (Winnicott, 1978 [1949b], p.412), ocupa um lugar central no pensamento winnicottiano, e nos permite entender o funcionamento da unidade bebê-mãe do início. Ao se colocar no lugar do bebê, a mãe se torna capaz de lhe fornecer amor e cuidado psicológico por meio do manejo (*handling*) com que atende suas necessidades físicas, oferecendo um *holding* (Winnicott, 1979 [1960], p.48) na medida em que segura o bebê em seus braços tanto quanto em sua mente, enquanto funciona como ego auxiliar (Winnicott, 1979 [1962], p.56).

Ao mesmo tempo, a revivescência materna dos cuidados recebidos na própria infância, e gravados em sua memória corporal, vai estar presente na maneira como ela interpreta e responde aos sinais que capta, vindos tanto do bebê

como de seu mundo interno. O bebê, que está sendo bebê pela primeira vez, e tem seu funcionamento em grande parte determinado pelas atitudes adotadas pela mãe, terá favorecidas ou dificultadas as chances de alcançar sua identidade como um *eu* separado do outro, e do mundo, na mesma medida em que puder sentir confiança no outro e no mundo.

A outra contribuição teórica de Winnicott ao estudo dos primórdios da vida humana, e que realça sua originalidade em relação aos conceitos tidos como tácitos pelos autores identificados com a psicanálise tradicional, refere-se a sua divergência quanto à existência de um *eu* primitivo capaz de contato com a realidade, de onde recebe satisfação para seus ímpetos pulsionais. A importância da mãe para o bebê, de acordo com o autor, não se refere apenas à sua capacidade de saciação da necessidade fisiológica da fome, nem à produção de satisfação pulsional, já que esse período é anterior ao estabelecimento de “padrões instintuais” (Winnicott, 1978 [1956a], p.495). Assim, não são os seios maternos fornecedores de alimento-prazer de que o bebê necessita, mas da mãe como um todo, e da maneira como esse seio é apresentado, mesmo que, no início, ele desconheça sua existência.

Seguindo o pensamento do autor, compreendemos que, além do leite, a mãe tem atributos, como o calor de seu corpo e de seu hálito, o ritmo de sua respiração e dos batimentos cardíacos, a textura de sua pele e cabelos, e técnicas de cuidado que “só gradualmente são reunidos em um ser total chamado mãe” (Winnicott, 1978 [1945], p.276), mas que, estando presentes desde o início, vão participar na descoberta do mundo que o estado de integração do bebê possibilita. Diferindo da concepção kleiniana, o seio da mãe do qual depende o bebê winnicottiano, não é um objeto interno ou externo, mas resulta de uma maternagem suficientemente boa. Na carta que escreveu a Joan Rivière, em 1956, Winnicott afirmou:

O ‘seio bom’ não é uma coisa, é o nome dado a uma técnica. É o nome dado à apresentação do seio (ou da mamadeira) para o bebê, um caso por demais delicado e que só pode ser satisfatório, no início, se a mãe se encontrar no especial estado de sensibilidade que chamo de preocupação materna primária. A menos que no início possa se identificar muito intimamente com seu bebê, ela não ‘terá um seio bom’, porque apenas possuir a coisa não quer dizer absolutamente nada para o bebê. (Winnicott, 1987b, p.84).

Quando Winnicott utilizou a expressão “suficientemente boa” para se referir à mãe devotada do início, fica pressuposto que essa mãe não precisa ser perfeita, já que os desencontros mãe/bebê são inevitáveis. No entanto, quando este desencontro se estende, ou é de uma intensidade que o bebê não pode ainda suportar, entramos no campo das falhas e distorções ambientais, que podem acarretar, na mesma medida, perturbações no sentimento de continuidade de existência do bebê.

A mãe que não consegue se identificar, e se colocar no lugar do bebê, tem mais dificuldade em interpretar as necessidades dele, e pode, por exemplo, oferecer, ou até impor, o seio, cada vez que o bebê chora, como também querer amamentar no momento em que o bebê prefere estar em repouso. Esta atitude é reveladora da tendência de certas mães para interferir no vir-a-ser de seus bebês, através de intrusões desnecessárias que atrapalham o desenvolvimento natural deles. Nesse sentido, podemos compreender que “se a mãe apresenta o mundo de uma forma caótica, o bebê cria um mundo caótico” (Winnicott, 1955 *apud* Rodmann, 1987, p.76). Como consequência, as falhas maternas passam a ocupar um lugar destacado na compreensão dos distúrbios no desenvolvimento do bebê.

### **3.5. O corpo nos primórdios do funcionamento psíquico**

Para pensarmos como se dá a integração do psíquico com o somático, escolhemos a afirmativa de Winnicott de que “o bebê existe somente por causa do cuidado materno, com o qual forma uma unidade” (Winnicott, 1979 [1960], p.42), a partir da qual entendemos que, no início, o corpo do bebê não lhe pertence enquanto não for vivido, isto é, enquanto não existir uma pessoa para dar sentido às experiências que esse corpo provoca e demanda. Mas há vida nesse corpo, existem células que crescem, e tudo o que a herança humana transmite. Além disso, esse corpo guarda algo que o impulsiona, e que não está localizado em nenhum lugar em particular, algo que podemos chamar de energia, vitalidade, instinto ou pulsão, e que também vai se manifestar.

A palavra imaturidade pode ser adequada para descrever uma época inicial, tomando como referência a evolução, e nesse início o bebê não pode controlar o que o corpo (biológico) faz. Mas, principalmente, nesse início o corpo do bebê não está sozinho, porque a mãe está presente para fornecer o que ele necessita, e o faz porque sabe que o seu bebê não é só um corpo. Através desse raciocínio, acreditamos poder compreender o sentido e a importância, atribuídos pelo autor, ao ambiente materno do início, e, conseqüentemente, o papel que este ambiente desempenha na integração do psique-soma da criança.

Como médico pediatra, Winnicott iniciou sua atividade profissional estudando o corpo, sua estrutura e fisiologia, as doenças que interferem no seu bom funcionamento, e sabia que a saúde do corpo depende da hereditariedade (*nature*), enquanto tendência ao desenvolvimento, e da criação (*nurture*) no que se refere à alimentação, cuidados higiênicos e proteção contra acidentes. Assim, na saúde “o corpo funciona de acordo com a faixa etária adequada” (Winnicott, 1988, p.29), e o amadurecimento prossegue, trazendo as mudanças necessárias até a velhice e a morte. Mas cedo o autor pôde perceber, e registrar em seus primeiros textos, que o estado emocional da criança também interfere no funcionamento do corpo, seja atrasando o nascimento dos dentes, alterando o metabolismo, ou quando “machucados não saram simplesmente devido a uma falta de interesse, por parte da criança, em viver” (Winnicott, 1978 [1931], p.88).

A partir de então, Winnicott repertoriou uma série de doenças infantis que podiam ser explicadas por um aumento no nível de ansiedade, vivido em um momento particular, e chegou a considerar que, em certas circunstâncias, uma enfermidade pode ser considerada “normal” (*ibid.*, p.71), quando seu surgimento, ou manutenção, expressa uma tentativa da criança para lidar com a existência de um conflito emocional de pouca intensidade. Tendo essa realidade cotidianamente à sua frente, o autor se propôs conhecer como se articula o funcionamento do psiquismo com o corpo físico, ou soma, começando pelo estudo da criança, mas admitiu ter encontrado limitações na psicologia acadêmica de sua época, que tendia a responsabilizar tudo o que ocorria na infância como decorrência de “fatores externos ou da hereditariedade” (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.27). Concluiu, então, não ser necessário adotar “um método único e exclusivo” (*ibid.*, p.25) para abordar o desenvolvimento do ser humano, e, sem abrir mão de seus

conhecimentos como médico, e do diálogo com outras disciplinas que se interessam pelo mesmo tema, como a filosofia, fez a opção pela psicanálise como procedimento de observação e teorização.

A *pessoa total*, disse Winnicott, é composta de *soma* e *psique* (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.29) que se inter-relacionam em complexidade crescente. Existe também a *mente* que organiza este relacionamento, mas que não existe como uma entidade, podendo ser estudada “à medida que ela se especializa a partir da parte psíquica do psique-soma” (Winnicott, 1978 [1949b], p.410). No início, portanto, a *psique* tem a função de *elaboração de partes, sentimentos e funções somáticas*, isto é, da vivência física (*ibid.*, p.411), estando intimamente interligada ao *soma*.

A *elaboração* a que se refere Winnicott diz respeito ao funcionamento do corpo, que inclui as sensações provocadas pela respiração, temperatura, movimento, e também as funções fisiológicas da ingestão, digestão, excreção, mas que são primeiramente *vividas*, antes de poderem ser representadas e simbolizadas, estas funções da *mente* para as quais o bebê ainda é imaturo. As sensações físicas, então, vão se tornar experiências na medida em que a elaboração imaginativa lhes fornece um sentido.

O papel da mãe, identificada com seu bebê, e, portanto, sendo capaz de saber o que ele está sentindo, é fundamental nesse período em que a *psique* e o *soma* ainda não se soldaram em uma unidade. Quando a mãe fornece uma sustentação natural,

(...) o bebê não tem de saber que é constituído de uma coleção de partes separadas. O bebê é uma barriga unida a um dorso, tem membros soltos e, particularmente, uma cabeça solta: todas estas partes são reunidas pela mãe que segura a criança e, em suas mãos, elas se tornam uma só (Winnicott, 1989 [1969], p.432).

Na análise de Loparic (2000), ao não tratar mente e corpo como entidades separadas, evitando a diferença de substância introduzida por Descartes, Winnicott sinalizou para uma diferença operacional entre funções corpóreas e funções psíquicas, e, assim, substitui a questão da união entre a mente e o corpo pelo “problema da integração das funções corpóreas pelas funções psíquicas, sendo cada um desses dois grupos de funções tratado como irredutível ao outro” (Loparic, 2000, p.360). Assim, enquanto a psicanálise tradicional trabalha

exclusivamente com o lado mental, no sentido representacional, da existência humana, a psicanálise winnicottiana coloca essa existência diante da tarefa primordial de elaborar o corpo, não no sentido de simbolizar, mas de “fazer do corpo a primeira morada” (*ibid.*).

Ao estabelecer que “a base da psique é o soma, e, em termos de evolução, o soma foi o primeiro a chegar” (1988 [1954-1970], p.37), Winnicott entendeu como a tarefa mais importante da psique a *temporalização*, ou seja, a “interligação das experiências passadas com as potencialidades, a consciência do momento presente e as expectativas do futuro” (*ibid.*). Ao mesmo tempo, o autor esclareceu que a localização da psique no corpo é algo a ser alcançado, e é uma aquisição que “de modo algum se encontra ao alcance de todos” (*ibid.*, p.143), como pode ser percebido no paciente psicótico, onde a vinculação entre a psique e o soma pode se perder, ou nunca ter sido encontrada.

Por enfatizar a importância da pele no processo de localização da psique *no e dentro* do corpo, o autor chamou a atenção para o manuseio da pele como algo importante, enquanto um estímulo para uma vida saudável dentro do corpo, da mesma forma em que os modos de segurar a criança auxiliam o processo de integração. Com uma função ambiental de segurança, o bebê pode conquistar o “eu” separado do “todo o resto é não-eu”, com a pele funcionando como limite, e, assim, a “psique começa a viver no soma e uma vida psicossomática se inicia” (Winnicott, 1979 [1960], p.60). Por outro lado, quando uma “frustração instintiva provoca um sentimento de desesperança, a fixação da psique no corpo pode ficar enfraquecida” (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.144), ocorrendo períodos de não relação entre a psique e o soma. Por ter entendido o quanto o corpo é essencial para a psique, o autor assinalou as consequências dessa interrupção na comunicação psique-soma tanto nas perturbações na constituição do eu como nas doenças de pele, que podemos observar com frequência nos indivíduos alérgicos, manifestadas pelos eczemas e dermatites atópicas.

Uma outra contribuição importante de Winnicott ao estudo do papel do corpo no funcionamento psíquico, pode ser encontrada no seu texto *Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional*, escrito em 1950 e ampliado até 1955. O autor inicia o artigo, que foi lido em 1950 para a *Royal Society of Medicine*, afirmando: “A principal idéia que este estudo da agressão veicula é que,

se a sociedade está em perigo, a razão disso não se encontra na agressividade do homem, mas na repressão da agressividade pessoal nos indivíduos” (Winnicott, 1978 [1950-5], p.355). Tendo presenciado duas guerras mundiais, o autor teve oportunidade de formar idéias pessoais sobre o tema, mas foi principalmente durante a 2ª Grande Guerra, quando trabalhou, já como psicanalista, em um abrigo para crianças consideradas desajustadas, que Winnicott pôde vivenciar uma realidade que influenciou seu pensamento. Entendemos o sentido da frase mencionada acima a partir do significado que Winnicott atribuiu à agressividade no desenvolvimento, que o levou a concluir pela distorção no uso da agressividade como decorrente de falhas ambientais.

Em uma palestra para uma sociedade de analistas britânicos, em 1967, Winnicott rememorou as dificuldades experimentadas quando expôs sua opinião sobre as raízes da agressividade, que iam de encontro às predominantes no meio psicanalítico, na medida em que “os psicanalistas foram as únicas pessoas (...) que sabiam que existe algo que não era meio ambiente. (...) a coisa era como retornar ao meio ambiente sem perder tudo o que fora ganho pelo estudo dos fatores internos” (Winnicott, 1989 [1967], p.439). É sobre essa questão que trata o artigo de 1950-5, onde fica evidente a divergência entre as concepções de Winnicott e as de Freud e Melanie Klein. Na teoria freudiana, a agressividade é concebida como reação às frustrações no contato com o princípio de realidade, idéia não acompanhada por Winnicott que negava a possibilidade do bebê, no início, manter contato com a realidade em função da própria imaturidade. Em relação à teoria kleiniana, a divergência se acirra pelo fato da autora considerar a agressividade, desde os estágios primitivos, como decorrência de fatores constitucionais, concepção que o autor considerava inadequada. Sobre o trabalho de Klein, em texto posterior Winnicott reafirma sua discordância, enfatizando que:

(...) a tentativa de Melanie Klein de enunciar a história inicial da agressão estava condenada ao fracasso, desde que ela tentou enunciar-la separadamente da questão do comportamento do meio ambiente (Winnicott, 1989 [1962], p.345).

No texto de 1950-5 sobre a agressão, Winnicott estabeleceu uma articulação entre a herança biológica do ser humano e os primórdios de seu funcionamento psíquico, salientando o papel desempenhado pelo corpo da

criança, desde as primeiras experiências vividas com a colaboração do ambiente materno, na inauguração de sua atividade mental. Ao conceber a agressividade, em sua origem, como sinônimo de atividade, o autor fez referência à motilidade primitiva, que não deve ser classificada como elemento do ego nem do id, mas como a consequência de uma “força vital” (1978 [1950-5], p.371), responsável pelos impulsos, e que torna possível o movimento e o erotismo muscular. Assim, para o autor cada bebê tem um potencial erótico biológico e um componente agressivo, sendo que este é extremamente variável porque depende da quantidade de *oposição ambiental* encontrada, ou seja, “a oposição afeta a conversão da *força vital* em potencial de agressão” (*ibid.*), ao mesmo tempo em que cria o mundo externo. Nas palavras de Winnicott:

Quando há saúde, os impulsos do feto provocam a descoberta do meio ambiente, este último sendo a oposição que o movimento encontra, e que é sentida durante o movimento. O resultado, neste caso, é um reconhecimento inicial de um mundo *não-eu* e um estabelecimento inicial do *eu* (Winnicott, 1978 [1950-5], p.371).

Com uma maternagem suficientemente boa no início, quando o amor é expresso em termos físicos tanto no útero quanto nos braços, o bebê “pode começar a existir e, ao fazê-lo, ter experiências do id. É estabelecido um estágio no qual há um máximo de infusão de motilidade nas experiências do id” (1978 [1950-5], p.366). Desta forma, tanto o feto que dá ‘pontapés’ no útero, quanto o bebê muito novo que morde o mamilo com as gengivas, estão expressando uma impulsividade anterior à destrutividade primária, portanto sem conotação agressiva intencional. Assim, a agressão pode ser entendida como fazendo parte de uma expressão primitiva de amor, ou seja, o impulso amoroso primitivo só é agressivo por acaso.

O termo “força vital” surge pela primeira vez, no texto winnicottiano, na carta que escreveu à sua irmã Violet, em 1919, após a leitura de *A interpretação dos sonhos*, de Freud (1900), para explicar o conceito freudiano de pulsão como “uma força vital que deve se exteriorizar” (Winnicott, 1919 *apud* Rodman, 1987, p.1). Quando se referiu a essa força no início da vida, Winnicott fez referência a tensões ou excitações instintuais que, em associação com a motilidade crescente, vão se expressar por meio da impulsividade. Para estágios posteriores, quando já

há uma integração pessoal em um ego, o autor utilizou o termo *instinto* ou *vida instintual*, por considerar que “não faz sentido usar a palavra ‘id’ para fenômenos que não são registrados, catalogados, vivenciados e eventualmente interpretados, pelo funcionamento do ego” (Winnicott, 1979 [1962], p.55).

Concluimos que, ao considerar a experiência da agressividade como elemento positivo e fomentador do desenvolvimento, como “evidência de vida” (Winnicott, 1979 [1959-1964], p.117), o autor reafirma sua convicção em relação à necessidade de que o bebê, ainda recém-nascido, possa utilizar seu gesto impulsivo, expresso pelo corpo, de forma espontânea para ir de encontro à oposição do meio, de tal forma que essa experiência seja vivida, concomitantemente, em seu aspecto erótico. Assim, é esta impulsividade, e a agressão que se desenvolve a partir dela, “que faz com que o bebê necessite de um objeto externo” (*ibid.*, p.373), e, gradativamente, inicie uma relação com esse objeto.

É importante registrar que no início do texto sobre a agressividade, portanto escrito em 1950, Winnicott expressou sua conclusão de que “antes da integração da personalidade há agressão” (1950-5, p.356), mas, por ter feito revisões no artigo, na medida da evolução de suas idéias, acrescentou uma nota onde admitiu “eu agora ligaria esta idéia à de motilidade” (*ibid.*, p.373), fazendo referência ao trabalho de Marty e Fain, de 1955. No referido trabalho, Marty e Fain, psicanalistas precursores da pesquisa sobre transtornos psicossomáticos, enfatizaram a importância das satisfações sensório-motoras primitivas no estabelecimento de futuros padrões evolutivos, e expressaram o interesse no aprofundamento do estudo sobre a função da realização alucinatória do desejo na capacidade, do bebê, para suportar certo grau de tensão interior.

O resultado desse estudo, que recebeu o título *Importance de la motricité dans la relation d’objet*, foi apresentado no Congresso de Psicanalistas de Língua Romana, realizado em Paris em 1953, e publicado na *Revue Française de Psychanalyse*, em 1955. Nele, os autores assinalaram como a motricidade e a sensorialidade, que regulam a relação primitiva mãe-bebê desde a vida intra-uterina, vão preceder, e ser condição para, o surgimento do pensamento, estando no núcleo da organização psíquica do indivíduo. Nas palavras de Marty e Fain:

Cremos que a evolução da motricidade de um indivíduo pode ser considerada como um núcleo essencial da formação de sua personalidade, de tal forma que as expressões motoras que são reencontradas na relação de objeto do adulto não constituem mais que uma pequena parte do quanto a motricidade está implicada nesta relação (Marty & Fain, 1955, p.209).<sup>80</sup>

A proximidade de Winnicott com as idéias de Pierre Marty também pode ser encontrada na abordagem evolucionista, que ambos autores adotaram embora cada um à sua maneira. Marty (1976), como apresentado no capítulo I, teve como inspiração a corrente vitalista de pensamento, da qual utilizou o conceito de *força vital*, de origem biológica, que seria responsável pelas sensações e pela motilidade presentes na vida do ser humano, assim como pela dinamização da vida psíquica, para elaborar sua doutrina evolucionista da economia psicossomática. Winnicott, influenciado por Darwin e Freud, fez uma adequação da noção de provisão biológica enquanto fonte de energia e vitalidade, e do papel da sexualidade, para enfatizar a condição de dependência do ser humano, no início, da provisão fornecida pelo ambiente materno. Na metodologia de trabalho dos autores, no entanto, encontramos diferenças. Marty (1976) considerava que a compreensão da evolução afetiva e mental da criança só pode se realizar por meio do conhecimento da vida afetiva e mental do adulto, enquanto Winnicott estudou diretamente os bebês, e pacientes psicóticos em estado de profunda regressão.

Sendo de nosso interesse conhecer as primeiras formas de articulação da psique com o corpo, para podermos identificar os momentos em que o surgimento de falhas levam ao transtorno psicossomático precoce, abordaremos a contribuição de Winnicott focalizando desde as primeiras experiências, nascimento e amamentação, para alcançarmos as etapas em que o bebê se constitui como uma unidade psicossomática.

---

<sup>80</sup> No original: “Nous croyons que l’évolution de la motricité d’un individu peut être considérée comme un noyau essentiel de la formation de sa personnalité, au point que les expressions motrices que l’on retrouve dans la relation d’objet de l’adulte ne constituent qu’une faible partie de ce en quoi la motricité est impliquée dans cette relation”.

### 3.5.1. A experiência do nascimento

Ao pretendermos examinar as condições necessárias para que ocorra o “assentamento da psique no corpo” (1988 [1954-1970], p.177), e a gradual aquisição da unidade psicossomática que constitui o ser humano saudável, iniciamos a trajetória a partir de uma época remota, ainda no útero, que Winnicott nomeia como “estágio pré-primitivo” (*ibid.*, p.153). Nessa época, a unidade é o conjunto ambiente-indivíduo e, conseqüentemente, não se pode pensar em um indivíduo, ainda que a semente de todo o desenvolvimento futuro já esteja presente. Para focalizar o que pode ser entendido como o nascimento psicológico do ser, Winnicott considerou que “no princípio há uma solidão essencial” (*ibid.*), e dela emerge o indivíduo, mas na condição de uma dependência máxima da qual não tem a menor consciência. Anterior à experiência do “primeiro despertar” (*ibid.*, p.154) o que existe é um estado de “não-estar-vivo cheio de paz” (*ibid.*), que o autor comparou à morte, concluindo que “a vida de uma pessoa consiste num intervalo entre dois estados de não-estar-vivo” (*idem.*).

De acordo com Winnicott, é possível supor que “a partir da concepção, o corpo e a psique se desenvolvem juntos, inicialmente fundidos e gradualmente tornando-se diferenciados” (Winnicott, 1978 [1949a], p.336). Nessa época predomina uma continuidade de experiência que o autor identificou como “os primórdios do *self*” (*ibid.*), e que só é modificada quando o bebê tem que reagir a alguma perturbação ambiental, decorrente de alguma modificação no estado físico ou emocional da mãe. Em certa medida a perturbação ambiental, que é vivida pelo bebê como uma *invasão* (*ibid.*), pode ser considerada como um proveitoso estímulo, mas quando muito intensa, ou freqüente, é prejudicial porque produz uma *reação* (*ibid.*) que interrompe a continuidade do ser, e “enquanto está reagindo o bebê não está existindo” (*ibid.*, p.328).

Durante a gestação, em decorrência do amadurecimento, os bebês começam a se movimentar no útero. Winnicott (1988 [1954-1970]) presumiu, a partir de evidências clínicas provenientes de seus pacientes psicóticos, que os movimentos executados pelo bebê, nessa etapa, são significativos, assim como o é a quietude, de modo que as memórias corporais, que são pessoais, ficam estocadas

no cérebro, e começam “a juntar-se para formar um novo ser humano” (1988 [1954-1970]) p.39). Estas memórias vão ser úteis no momento do nascimento, ocasião em que o bebê apenas reage enquanto o ambiente predomina, para logo depois voltar ao estado de quietude. Já estando preparado, desde o período intra-uterino, para algum tipo de invasão ambiental, o bebê já passou, também, pela experiência de retorno do estado de reação para o de não ter mais que reagir, única condição, enfatizou o autor, em que o *self* pode existir. Assim, “a experiência do nascimento é uma amostra exagerada de algo que o bebê já conhece” (Winnicott, 1978 [1949a], p.325), embora possa produzir mudanças se o parto for demorado.

Tendo já acontecido, em algum momento da vida intra-uterina, um “primeiro despertar”, quando se aproxima o momento do nascimento ocorre um “grande despertar” (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.39), como se o bebê estivesse se aprontando para participar desse importante evento. A efetividade de sua ocorrência, no nascimento a termo, é perceptível pela diferença existente tanto em um bebê que nasce prematuramente quanto outro que nasce pós-maduro, na medida em que o “o primeiro ainda não está pronto para a vida, e o segundo está sujeito a nascer num estado de frustração<sup>81</sup>, por ter sido mantido à espera depois de estar pronto” (*ibid.*). Assim, os fetos, que completam o período de gravidez, chegam ao momento do parto cada um com sua capacidade individual, ou sua incapacidade, de lidar com as grandes mudanças que ocorrem nesse momento, e, em todos os casos, assim que se dá o nascimento, o “efeito da psicologia da criança se torna perceptível em sua saúde física” (*ibid.*).

Em condições adequadas de nascimento, Winnicott (1988 [1954-1970]) propôs que, do ponto de vista do bebê, a mudança do estado intra-uterino para o estado de recém-nascido é provocado pelo próprio bebê, que já está biologicamente pronto para as mudanças. Assim, o bebê tem uma série de impulsos, e a “progressão em direção ao nascer surge no interior da capacidade do bebê de se sentir responsável” (*ibid.*, p.166), ou seja, para o bebê foi seu próprio “estar vivo” que produziu as mudanças, e esta experiência adquire um importante significado.

---

<sup>81</sup> A palavra “frustração” aqui está sendo empregada no sentido popular, e não técnico, já que, para Winnicott, a frustração só ocorre quando o bebê é capaz de ter expectativas em sua mente, o que depende do amadurecimento.

Por outro lado, é possível compreender que o bebê que nasce de cesariana perde alguma coisa, por ter sido privado da experiência de sua própria participação no nascimento, e também em relação ao fator tempo, quando a opção pelo parto cirúrgico decorre do surgimento de algum imprevisto. Se a mudança de procedimento trazer alguma demora, o bebê não tem como saber, por exemplo, o quanto é meia hora para resolver o problema, e esse tempo pode ser vivido como uma espera “infinita”. Sobre esta questão, Winnicott assinalou que o comportamento do ambiente materno vai ser determinante para amenizar as consequências deste fato, mas admitiu que a dificuldade de lidar com o tempo que surge mais tarde na criança, como também quando aparece no adulto, pode estar relacionada com a ansiedade decorrente de “adiamentos impossíveis de compreender” (1988 [1954-1970]), p.167) nos primórdios, quando os mecanismos mentais que permitem a previsão ainda não se estabeleceram.

Quando surgem outras condições adversas inesperadas, como a existência de “circular de cordão”<sup>82</sup> que faz o parto ser atrasado, ou quando, por algum problema na saúde da mãe, ele é antecipado, o parto se torna traumático, originando uma *invasão* de intensidade ou duração perturbadoras. Mas, como apresentamos acima, no nascimento não-traumático, que não é precipitado nem excessivamente prolongado, a reação à invasão que o nascimento acarreta não excede aquilo para o qual o feto estava preparado, na medida em que já alcançou, em grau suficiente, a capacidade de “construir pontes sobre os abismos da continuidade do ser que as reações à invasão representam” (*ibid.*, p.165). Em síntese, para Winnicott, assim como para Freud (1926), o processo de nascimento em si não é traumático.

No texto *Inibições, sintomas e angústia*, de 1926, Freud desenvolveu sua concepção sobre a origem e a finalidade da angústia e, ao abordar o momento no nascimento, afirmou que:

A primeira experiência de angústia pela qual passa um indivíduo é o nascimento, e, objetivamente falando, o nascimento é a separação da mãe. (...) Mas infelizmente estamos impedidos de fazer uso dessa correlação, pelo fato de que o nascimento não é experimentado subjetivamente como uma separação da mãe, visto que o feto, sendo uma criatura

<sup>82</sup> Este termo designa uma condição anômala, quando o cordão umbilical está enrolado no pescoço do feto, podendo asfixiá-lo no momento do parto.

completamente narcísica, está totalmente alheio à sua existência como objeto. (Freud, 1926, p.154)

Tanto Freud quanto Winnicott discordaram do trabalho de Otto Rank (1924), sobre o trauma do nascimento. Freud (1926) considerou sem fundamento a concepção de Rank (1924), segundo a qual a renovação de certas impressões sensoriais, recebidas na ocasião do nascimento, pode evocar na criança uma reação de angústia e ocasionar as primeiras fobias, por entender que “não é crível que uma criança retenha coisas além de sensações tácteis e gerais, relacionadas com o processo de nascimento” (Freud, 1926, p.154). Winnicott (1978 [1949a]) compreendeu que, no nascimento normal, como o bebê já está preparado, a experiência é suportável, e não deixa maiores danos nem sensação de desamparo.

Entre outras experiências com que o recém-nascido vai ser confrontado, logo no início, uma se refere à entrada em cena da ação da gravidade, que Winnicott (1988 [1954-1970]) considerou relevante não só em relação aos cuidados de bebês muito novos, como também no trabalho com pacientes psicóticos em estado de regressão profunda. Ao deixar o ambiente intra-uterino, onde era contido e amado por todos os lados, o bebê passa para a condição de ser amado “de baixo para cima” (*ibid.*, p.151), e o cuidado materno no modo de segurar o bebê, envolvendo-o por inteiro, pode ajudá-lo a se acostumar à nova condição. A importância da atenção dada pela mãe ao corpo todo do bebê não só é uma forma de demonstrar seu amor, como também de evitar que surja, no bebê, o sentimento de “cair para sempre” (Winnicott, 1979 [1962], p.57), que pode ser provocado pelo modo de segurar inseguro. O autor assinalou que as falhas nessa experiência podem provocar as “angústias impensáveis” (*ibid.*) características das angústias psicóticas.

No processo do nascimento ocorre uma grande mudança, disse Winnicott (1988 [1954-1970]), devida ao início do ato de respirar. Desde antes de nascer, o bebê pode se tornar consciente da respiração da mãe, no sentido de perceber os movimentos abdominais ou as mudanças rítmicas de pressão e ruído, de modo que se beneficia do contato com a pele da mãe, e com a sensação de ser movimentado pelo sobe e desce de sua barriga. Segundo o autor,

(...) é possível que, para o bebê recém-nascido a respiração significativa é a da mãe, enquanto a sua própria respiração acelerada não tem sentido algum, até que esta comece a se aproximar da frequência do ritmo respiratório da mãe (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.168).

Por outro lado, ainda que o início da respiração não tenha maiores repercussões, Winnicott admitiu que na criança asmática, ou seja, que já tem uma propensão física para a asma, ou mesmo para outros distúrbios respiratórios como a bronquite e a rinite, o vaivém da respiração pode ser vivido com ansiedade pela “falta de controle sobre o que se move para dentro e para fora” (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.183). A partir de sua clínica Winnicott (1978 [1949a]) concluiu também que, entre as experiências vividas numa condição de parto demorado, o traço mnésico da restrição do peito pode ser muito forte, o que o levou a relacionar este acontecimento com o surgimento futuro de desordens psicossomáticas, especialmente perturbações da respiração de vários tipos.

### **3.5.2. A amamentação**

Depois do nascimento, a amamentação é outra experiência que, pela riqueza de oportunidades proporcionadas ao bebê, no sentido de seu desenvolvimento pessoal, merece destaque em nosso estudo. Como assinalado por Winnicott (1988 [1954-1970]), logo após o nascimento o recém-nascido se encontra em um estado de elevada sensibilidade às mudanças de textura e temperatura, e muitas vezes também em termos psicológicos, necessitando, por isso, de um período de tempo no qual possa se recuperar da quebra na continuidade de ser até recomendar a ter impulsos, inclusive para buscar alimentação. Nestas condições, o ideal seria, principalmente se o parto foi de alguma forma complicado, que ele pudesse ficar, por alguns minutos, em contato com o calor da pele materna, no silêncio, o que recriaria um ambiente próximo daquele que vivenciou no útero. Admitimos a situação como ideal porque, na maior parte dos nascimentos em maternidades, a prevalência dos cuidados técnicos, ainda que eficientes, não levam em conta essa necessidade, que é tanto do recém-nascido como da mãe.

Ao considerar a mãe como a pessoa mais indicada para julgar a técnica alimentar que seu bebê necessita, Winnicott criticou a realidade das maternidades onde o bebê permanece em ambiente separado, e não no mesmo quarto que a mãe, e também onde muitas vezes, na hora da amamentação, uma enfermeira, com cuidados técnicos mas sem devoção pessoal, “empurra a boca do bebê, que chora, de encontro ao seio da mãe aturdida, frustrada e, freqüentemente assustada” (Winnicott, 1978 [1948], p.297), interferindo na possibilidade de que tanto a mãe quanto o bebê descubram, juntos, qual o ritmo alimentar adequado para ambos. O autor assinalou que, por melhores que sejam as intenções dos profissionais, não se deve “tentar ensinar às mães como fazer algo que, na verdade, não pode ser ensinado” (*ibid.*, p.293), sendo mais proveitoso dar à mãe a oportunidade de descobrir, por si mesma, como desempenhar sua tarefa, e, ainda que ocorram erros, esses podem se constituir em uma forma proveitosa de aprendizagem se ocorrerem novas tentativas.

Em relação ao início da alimentação, Winnicott (1988 [1954-1970]) percebeu que existem variações, entre os bebês, quanto à manifestação instintiva que permite a amamentação, de modo que alguns bebês podem ser considerados ‘difíceis’ desde o começo. Da mesma forma, pode haver variação na capacidade materna de oferecer o seio, em função de dificuldades psicológicas pessoais ou do estado físico do mamilo. Em consequência, por não existir um padrão, a amamentação vai começar quando bebê e mãe estiverem prontos um para o outro.

Principalmente, a importância da amamentação nos primeiros tempos se relaciona não só ao fato de que, a partir dela, várias funções orgânicas, como a digestão e a excreção, têm seu início, como pelas experiências corporais daí decorrentes. Winnicott utilizou o momento da amamentação para desenvolver seus conceitos a respeito dos primeiros contatos do bebê com o mundo, e com a realidade compartilhada, partindo do princípio que no estágio inicial, de dependência absoluta, o bebê ainda não separou um não-eu do que é eu e, conseqüentemente, a maneira pela qual a mãe se comporta faz realmente parte do bebê.

Este momento é nomeado por Winnicott como a “primeira mamada teórica” (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.120), embora o autor chame a atenção para o fato de que é constituída pela soma das experiências iniciais de muitas

mamadas. É importante ressaltar que, para o autor, a importância desse momento ultrapassa a da mera saciação da fome, mas também não se refere à satisfação da oralidade, já que a extrema imaturidade do recém-nascido não permite significar a experiência. Ao focalizar principalmente o processo de desenvolvimento pessoal, no lugar do desenvolvimento das funções sexuais, Winnicott entendeu que essa primeira experiência, se positiva, ou seja, ocorrendo por meio do apoio materno seguro, favorece ao bebê utilizar os detalhes de sensação e de cheiro no estabelecimento de um padrão para as próximas mamadas, e a relação com a realidade externa começa a se estabelecer. Para enfatizar a diferença no seu modo de pensar em relação à psicanálise tradicional, que se preocupa mais com as satisfações pulsionais, Winnicott afirmou:

Estamos mais interessados na provisão ambiental que torna todo o resto possível: isto é, estamos mais preocupados, aqui e agora, com a mãe segurando o bebê nos braços do que com a mãe alimentando o bebê (Winnicott, 1980 [1965], p.175).

Ao afirmar que “um seio bom não é bom para o lactente, a menos que seja criado por este” (Winnicott, 1979 [1963], p.165), o autor se distanciou do conceito de *objeto interno* kleiniano, fruto do mecanismo de introjeção de uma realidade já percebida, e propôs a concepção de um *objeto subjetivo* (*ibid.*, p.164), fruto da capacidade do bebê, movido pelo impulso originado na necessidade, de *criar*. Assim o bebê, que está em repouso, é levado a sair deste estado pelo crescimento da tensão instintiva da fome. A mãe coloca o seio de forma a ser encontrado pelo bebê, permitindo que ele tenha a *ilusão* (Winnicott, 1978 [1948], p.296) de que o criou, ou seja, se a mãe responde de forma adaptada ao “gesto espontâneo” do bebê em reação à sensação desconfortável, movimentando a mão ou a boca, o bebê faz a experiência de que criou aquilo que encontrou. Então, “o lactente *cria e recria o objeto*, e o processo gradativamente se forma dentro dele e adquire apoio na memória” (Winnicott, 1979 [1963], p.164).

A ênfase que o autor atribuiu à capacidade criativa onipotente do bebê nos permite ressaltar que, em toda a sua obra, Winnicott manteve claro, ao descrever os fenômenos que encontrava, que o fazia a partir do ponto de vista do bebê, e não do observador. Em decorrência, localizamos outra contribuição de Winnicott (1988 [1954-1970]) à teoria psicanalítica, por meio de sua concepção da

existência de uma *criatividade primária* que permite entender um papel mais ativo para o bebê, desde o início, já que o coloca em posição de ter uma “contribuição pessoal a fazer” (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.130), na dependência de como a mãe adaptada assim o favoreça, e não apenas limitado a *introjetar* o mundo, para depois o *projetar*.

Para abordar o mecanismo envolvido no movimento criativo, Winnicott utilizou o termo *alucinação*, mas a partir de sua concepção pessoal. Em relação às experiências precoces do bebê, o termo *alucinação* surge primeiro no texto freudiano através da explicação de que, quando frente a uma situação de desprazer, “o bebê provavelmente alucina a satisfação de suas necessidades internas” (Freud, 1911, p.279). No artigo *Desenvolvimento emocional primitivo*, de 1945, trabalho que Winnicott considerou sua contribuição inicial às teorias predominantes na época, e que pode ser considerado como o “divisor de águas no seu trabalho” (Phillips, 1988, p.76), o momento de *ilusão* é abordado como consequência de uma experiência na qual o bebê, excitado, está “pronto para *alucinar* algo para ser atacado” (Winnicott, 1978 [1945], p.279). A utilização do termo “alucinação” também está presente no artigo *Pediatria e psiquiatria*, de 1948, quando é mencionada a “prontidão para *alucinar* um objeto e (...) gradualmente criação do objeto esperado” (p.296), e no texto *Psicose e cuidados maternos*, de 1952, onde aparece a referência à “primeira alimentação teórica” (p.381), e ao “potencial criativo do indivíduo que se origina da necessidade e produz prontidão para uma *alucinação*” (*ibid.*).

Acompanhado a evolução de seu pensamento percebemos que, cada vez mais, a capacidade de criação ganha espaço em detrimento do mecanismo alucinatorio, como meio de contato com o objeto, ainda subjetivo. Enquanto no texto de 1945 a criatividade não é mencionada, em 1948 alucinação e criação surgem simultaneamente, já que a maneira como são apresentadas não permite uma localização temporal clara, e, no artigo de 1952, a capacidade criativa é condição para a alucinação. Finalmente, no livro *Natureza Humana*, escrito em 1954, mas que até 1970, um ano antes de sua morte, Winnicott não cessou de rever e revisar (Clare Winnicott, 1988), quando se refere à “primeira mamada teórica”, ou, seja, à sequência das experiências de amamentação dos primeiros meses, afirmando:

Creio que não seria inadequado dizer que o bebê está pronto para ser criativo. *Haveria a alucinação de um objeto*<sup>83</sup>, se houvesse material mnemônico para ser usado nesse processo de criação, mas isso não pode ser postulado considerando-se que é uma primeira mamada teórica (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.122).

Lembramos que, por volta de 1955, Winnicott entrou em contato com o trabalho dos psicanalistas Marty e Fain (1955), no qual a motricidade e a sensorialidade são admitidas como anteriores ao mecanismo alucinatório, e condição para o surgimento dos processos psíquicos. Possivelmente inspirado nesse trabalho, na medida em que veio de encontro à sua própria elaboração, Winnicott esclareceu o sentido que atribuiu ao termo em artigo de 1960, onde fez referência a uma experiência de natureza primeiramente sensorial, vivida pelo corpo mas sem percepção e, portanto, sem representação. Nesse artigo, o autor assinalou que a mãe suficientemente boa permite a experiência de criatividade do bebê, que é, ao mesmo tempo, uma experiência de onipotência, acolhendo os impulsos eróticos e a motilidade do filho, expressos no seu gesto espontâneo, e um verdadeiro *self* começa a ganhar vida por poder acreditar na realidade externa. Aqui, a ênfase é focalizada no gesto espontâneo, puramente motor, e na “alucinação sensorial” (Winnicott 1979 [1960], p.133), como condição para o bebê vir a usar símbolos, e, conseqüentemente, se relacionar com o objeto externo.

Consideramos necessário registrar que, como salientado pelo autor, as irregularidades ocorridas no momento da amamentação, por um manejo inadequado do bebê pela mãe, podem produzir um padrão de insegurança no relacionamento futuro, o que se reveste de importância para o nosso trabalho. Conforme mencionamos anteriormente, cada bebê tem um tempo próprio para se recuperar da invasão no sentimento de continuidade provocado pelo nascimento, e, da mesma forma, tem um modo pessoal de experimentar os impulsos instintivos na busca pelo seio, não sendo de todo incomum que, mesmo mães saudáveis, vivam certo nível de ansiedade nesse momento. Quando o bebê descobre o mamilo, o que muitas vezes demanda uma certa espera, pode precisar explorar o

---

<sup>83</sup> Grifo nosso

seio antes de começar a mamar, e essa ‘técnica’ é necessária porque o bebê está, fundamentalmente, envolvido na tarefa de *criar* o seio que já o espera.

Se a ansiedade materna é maior do que sua capacidade de se identificar com o seu bebê, não a permitindo se colocar no lugar dele e ter paciência, ao invés do bebê encontrar o que criou pode ocorrer um desencontro, vivido por ele como uma nova invasão, e, segundo Winnicott, as falhas nesse princípio podem causar sofrimento, para ambos, que podem durar anos e até para sempre.

### 3.5.3. Integração e personalização: as tarefas do bebê

Como já apresentamos, ao conceituar o estado inicial do ser, Winnicott propôs um estado de não-integração primária, no útero, quando o feto ainda não pode ser considerado como uma unidade. Os impulsos instintivos e a motilidade crescente, assim como os estados de quietude, permitem as primeiras experiências, que são registradas e estocadas como experiências sensoriais, constituindo os primórdios da vida psíquica. Logo ao nascer, pela ação da tendência inata ao desenvolvimento e do cuidado ambiental, além do funcionamento de um cérebro intacto, tem início o processo de *integração* (Winnicott, 1978 [1945], p.274) da personalidade, ainda que, de tempos em tempos, possa haver um retorno à não-integração para descanso. Por ser um processo, e não uma aquisição previamente dada, o recém-nascido vai precisar ‘dar conta’ de diferentes tarefas para conquistar o *status* de pessoa, com um ego em funcionamento.

No começo da vida do bebê winnicottiano ocorrem longos períodos durante os quais ele não é mais que um agrupamento de impressões, e sentimentos desconstruídos, entremeados por momentos quando se sente coeso. O cuidado materno, que mantém sua temperatura adequada, o maneja, embala e nomeia, em conjunto com as experiências instintivas, possibilitam que a personalidade do bebê se torne “una a partir do interior” (1978 [1945], p.275), e, pela repetição, que ocasionalmente ele possa se tornar uma pessoa total. Entre as tarefas básicas com que o bebê se envolve, nesse início, as primeiras se referem à sua integração no tempo e no espaço (Winnicott, 1979 [1962]).

Por ainda não ter noção de mundo externo, o recém-nascido vive uma continuação da existência já conhecida desde o período intra-uterino, quando alguns acontecimentos temporais, como a alternância entre os estados de quietude e movimento, e a respiração da mãe, já foram experimentados. Após o nascimento, a repetição dos momentos de amamentação, de cuidados higiênicos, assim como os deslocamentos do berço para o colo materno, vão sendo memorizados e permitindo o estabelecimento de um padrão, que mais tarde favorecerá a possibilidade do bebê prever os acontecimentos. Mas nesse início o tempo faz parte do mundo subjetivo do bebê, e a mãe ‘suficientemente boa’, através de seu *holding*, respeita esse tempo ao invés de impor a realidade externa, de forma que a alimentação é oferecida “exatamente quando o bebê a quer, e cessa quando o bebê cessa de a querer” (Winnicott, 1964, p.34).

Da mesma forma, quando vai pegar o bebê no colo, a mãe sabe que ele precisa receber um aviso de que alguma mudança vai ocorrer, o levanta segurando todas as partes do corpo em conjunto, e, principalmente, o gesto da mãe “começa, continua e termina” (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.137), fornecendo uma experiência total de confiança, que permite, ao bebê, não se integrar enquanto está sendo seguro, já que “o bebê se desmancha em pedaços a não ser que alguém o mantenha inteiro” (*ibid.*). Nesse momento, advertiu o autor, a falha ambiental se refere à “falha em carregar o bebê com segurança, para além do limite de tolerância do bebê naquele momento” (*ibid.*), já que o obriga a ter uma consciência prematura. Quando o ato materno de segurar é irregular, como, por exemplo, pela ansiedade decorrente do medo de deixar o bebê cair, ou por uma mãe angustiada cujas mãos tremem e o coração bate acelerado, o bebê “não pode dar-se ao luxo de relaxar” (*ibid.*), e o processo de integração é ameaçado a ponto de poder ocasionar um sentimento de desintegração, como Winnicott atestou na clínica.

Em boas condições de saúde e ambientais, portanto, a integração das potencialidades do bebê, por permitir o contato da psique com as experiências de sensação e motilidade, originadas no soma, vai favorecer o processo que Winnicott nomeou como *personalização* (Winnicott, 1978 [1945], p.274). Este processo, que designa o início da aliança psicossomática quando a psique passa a se alojar (*dwelling*) no corpo, recebe uma importância maior em nosso trabalho,

por nos possibilitar o entendimento dos caminhos pelos quais os entraves na organização psíquica, desde o seu início, podem resultar em distúrbios somáticos.

O autor esclareceu que optou em adotar a expressão *personalização* para sublinhar o aspecto positivo do seu oposto, a *despersonalização*, termo já usado tanto na psiquiatria como na psicanálise, e que, embora possa apontar para vários significados, de modo geral se relaciona com a perda do contato do paciente, criança ou adulto, com o corpo e o funcionamento corporal. A *personalização* envolve o sentido de que, para a pessoa total, o estabelecimento da morada no corpo é uma conquista da saúde, que permite não só a apreciação do tempo e do espaço, como de outras propriedades da realidade, resumidas sob o termo *realização* (*ibid.*), inclusive as relações objetais.

No processo de inserção da psique no soma, que vai dar origem à personalidade da “existência psicossomática” (Winnicott, 1979 [1960], p.45), o autor chama atenção para a sensibilidade da pele do bebê, que deve receber o mesmo grau de cuidados quando ele é manuseado, no estado de nudez do banho ou quando é vestido, daquele que recebe ao ser seguro no colo. Assim, as experiências de funções e sensações da pele, em seu papel de “membrana limitante” (*ibid.*), associadas ao erotismo muscular, vão fortalecer a coexistência saudável entre a psique e o soma.

O papel materno de adaptação ativa, fornecendo um ambiente de previsível confiança como expressão de seu amor, é fundamental, assim, desde os primeiros dias de vida. Ao enfatizar que ser amado é ser aceito incondicionalmente, Winnicott assinalou como essa necessidade também se revela na criança que nasce portando alguma deficiência física. A criança não sabe de sua condição ‘diferente’ já que, no começo, “tem um diagrama de normalidade que é, em grande parte, questão da forma e do funcionamento de seu próprio corpo” (Winnicott, 1994 [1970], p.205), e de como é recebida pelo ambiente. Para a criança, a normalidade deve ser a sua própria forma e função somática, de modo que tal como começa, assim quer ser aceita e amada, um amor sem sanções ou condições, o que nos permite estender a explicação dada por Winnicott àquelas crianças que apresentam, desde o nascimento, distúrbios orgânicos funcionais.

A relação entre a psique e as experiências corporais foi primeiramente apontada por Freud (1923), na sua construção teórica sobre a gênese do ego. Para Freud, “o ego é antes de tudo um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (1923, p.40), conceito que ampliou em 1927, acrescentando em nota de rodapé do mesmo texto: “Isto é, o ego em última análise deriva das sensações corporais, principalmente daquelas que se originam da superfície do corpo” (*ibid.*). Para Winnicott, as sensações provenientes do manejo materno estão na base dos processos constitutivos do ego, relativos à integração e personalização, portanto o uso que o autor faz do termo “ego”, não é o mesmo da psicanálise tradicional.

Ao afirmar “pode-se usar a palavra ego para descrever a parte da personalidade que tende, sob condições favoráveis, a se integrar numa unidade” (Winnicott, 1979 [1962], p.55), o ego a que o autor se refere não designa uma instância do aparelho psíquico, até porque Winnicott sempre relutou em trabalhar com conceitos da teoria estrutural freudiana, mas o aspecto da personalidade que tende à integração. Enquanto, para Freud (1923), “o ego é, na realidade, a parte organizada do id” (Freud, 1925, p.119), Winnicott afirmou “não há id antes do ego” (1979 [1962], p.55), enfatizando seu ponto de vista de que a mãe responde às necessidades do bebê, que são inicialmente corporais (cuidado, manejo) e posteriormente do ego. Assim, frente à hipótese da existência de um ego desde o início, o autor afirmou que “o início está no momento em que o ego inicia” (*ibid.*, p.56), acrescentando, em nota de rodapé, que “é bom lembrar que o começo é uma soma de começos” (*ibid.*).

Por admitir que a mãe, ao assumir a função de ego auxiliar do bebê através de seus cuidados, permite ao bebê se relacionar com objetos subjetivos e, eventualmente, ter contato com a realidade, Winnicott afirmou que:

(...) de começo o ego do bebê é, ao mesmo tempo, débil e poderoso. É débil ao extremo se não existe um meio ambiente facilitador satisfatório. Mas se a mãe fornece apoio ao ego, e, se ela faz isso de modo suficientemente bom, o ego do bebê é muito forte, e passa a possuir sua própria organização (Winnicott, 1994 [1964], p.81).

### 3.6. O transtorno psicossomático

A íntima relação entre o psíquico e o somático foi percebida, por Winnicott, desde os primeiros momentos de sua prática clínica, quando pôde detectar dificuldades de natureza emocional na origem de alguns distúrbios orgânicos que examinava. Em seu primeiro livro, *Clinical notes on disorders of childhood*, de 1931, escreveu sobre as crises de artrite de sua pequena paciente *Eleanor*, e identificou a existência de distúrbios emocionais na etiologia do transtorno, “assumindo uma atitude muito impopular e revolucionária em relação ao meio pediátrico de sua época” (Khan, 1978, p.10).

Em um dos seus primeiros artigos, *Notas sobre a normalidade e ansiedade* (1978 [1931]), Winnicott abordou algumas patologias, propondo seu entendimento a partir da identificação de estados ansiosos subjacentes, e considerou que entre os sintomas causados pela ansiedade estão aqueles que se expressam através de crises, cuja ocorrência é repetida a espaços de tempo mais ou menos regulares, e onde se inclui o distúrbio respiratório da asma. O autor endossou o conhecimento médico de que a asma alérgica é um distúrbio do funcionamento corporal, que pode ser provocado pela sensibilidade física do músculo brônquico a alguma substância inalada, mas acrescentou seu entendimento de que o mecanismo deflagrador do sintoma pode também estar relacionado a um “excesso de excitação que fica acima da capacidade de descarga” (Winnicott, 1978 [1931], p.87), conclusão que veio a ser enfatizada, posteriormente, pela afirmação de que “uma crise de asma pode ser puramente psicológica” (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.42).

Conhecedor da preocupação, entre os colegas médicos, em querer tratar e curar todo sintoma, Winnicott procurou alertá-los para as questões psicológicas dos pacientes infantis, enfatizando que cada sintoma tem seu significado, de forma que “não é lógico atacar o sintoma antes de reconhecer e lidar com o conflito mental subjacente” (Winnicott, 1978 [1944], p.189). A partir de sua convicção de que existe, em cada bebê, uma tendência natural em direção à saúde, tanto no sentido físico quanto psíquico, o autor considerou que uma grande parte das doenças físicas, na primeira infância, se deve a “uma invasão do meio

ambiente ou a uma deficiência ambiental” (Winnicott, 1978 [1953], p.212), não se tratando, portanto, de distúrbios do desenvolvimento. Assim, quando há apenas um distúrbio da fisiologia, ou seja, um distúrbio funcional, a doença é, na maioria das vezes, psicogênica.

Em 1941, Winnicott escreveu *A observação de bebês em uma situação estabelecida*, onde descreveu uma técnica de observação do comportamento de bebês, entre cinco e treze meses, que ficou conhecido como o “jogo da espátula”, e apresentou suas primeiras elaborações do que, mais tarde, viria a conceituar sobre o brincar, a criatividade, os fenômenos transicionais e o uso do objeto. Nesse texto, analisando o caso de *Margaret*, um bebê de sete meses de idade que sofria de asma, o autor estabeleceu a relação entre o desencadeamento do sintoma respiratório e um aumento no nível de ansiedade frente a uma situação de conflito.

Nas duas consultas em que atendeu a menina, e utilizou a técnica, Winnicott observou o comportamento de “hesitação” (1941, p.141), como era esperado, mas também percebeu, concomitantemente, a manifestação de espasmos brônquicos. Para o autor, a associação entre espasmo brônquico e ansiedade ficou clara, já que “a asma ocorreu, em ambas as ocasiões, durante o período em que a criança hesitou em pegar a espátula” (*ibid.* p.148).

As relações entre o funcionamento psíquico e o funcionamento somático foram ficando cada vez mais evidentes em sua prática, e ocupando mais espaço em suas preocupações teóricas. Por outro lado, o interesse de Winnicott pelo campo psicossomático não se direcionou para o estudo dos transtornos causadores de adoecimentos somáticos. Na década de 1940, o autor já tinha concluído sua formação como psicanalista, na Sociedade Britânica de Psicanálise, e, além do trabalho no hospital, atendia no consultório particular, sendo sua clientela basicamente formada por pacientes psicóticos bastante regredidos. Assim, ao concentrar sua atenção no processo de integração do psique-soma, Winnicott se dedicou a pesquisar os percalços desse processo em sua relação com as falhas do ambiente materno, originando patologias mentais.

Quando elaborou sua *Teoria da mente* (Winnicott, 1978 [1949b], p.411), Winnicott estabeleceu que só existe significado no uso da palavra *mente* quando em referência a uma forma de especialização da parte psíquica do psique-soma.

No período de dependência absoluta, se a mãe realiza uma adaptação ativa, a mente do bebê ainda não precisa entrar em funcionamento, só o fazendo no período de dependência relativa subsequente, quando a mãe pode falhar gradativamente na adaptação e a atividade mental do bebê transforma o relativo fracasso adaptativo em um sucesso adaptativo, de forma que “o que livra a mãe da necessidade de ser quase perfeita é a compreensão do bebê” (*ibid.*, p.413).

Por outro lado, se o ambiente materno não consegue uma adaptação *suficientemente boa* no início, as falhas ocorridas antes que o bebê esteja amadurecido para suportá-las são vividas como uma *invasão*, provocando no bebê a necessidade de reagir, e o funcionamento mental passa a funcionar autonomamente na tentativa de substituir a mãe boa, perturbando a continuidade do ser e debilitando a associação da psique com o soma.

Como nos revelam Davis & Wallbridge:

A maioria das pessoas aceita a trama psicossomática sem discussão, mas Winnicott percebeu-a como uma realização. Representa um desenvolvimento a partir das etapas iniciais nas quais a psique imatura (embora fundamentada no funcionamento somático) ainda não está vinculada ao corpo e à vida do corpo (Davis & Wallbridge, 1981, p.55).

Tendo estabelecido que a unidade psicossomática é resultado de uma conquista, quando a integração das potencialidades do bebê permite o contato da psique com as experiências originadas no soma, Winnicott (1987 [1949b]) considerou o funcionamento mental antes do tempo como um obstáculo para a continuidade do ser, de forma que, frente a invasões excessivas, provenientes de uma maternagem alterada, o bebê passa a memorizar, ou *catalogar* (*ibid.*, p.415), as reações ao invés de viver as experiências. Vemos, assim, que do ponto de vista do desenvolvimento, tal distorção é extremamente prejudicial porque a mente passa a ocupar uma função inapropriada, atraindo a psique, cuja atribuição no início é de realizar a elaboração imaginativa da experiência somática, e a afastando do relacionamento íntimo que originalmente mantinha com o soma.

Em palestra proferida perante uma platéia de médicos, na Sociedade de Pesquisa Psicossomática, em 1964, Winnicott apresentou sua concepção sobre os transtornos psicossomáticos, e afirmou:

A enfermidade no transtorno psicossomático não é o estado clínico expresso em termos de patologia somática ou funcionamento patológico (colite, asma, eczema crônico), mas sim a persistência de uma cisão na organização do ego do paciente, ou de dissociações múltiplas, que constituem a verdadeira enfermidade. (Winnicott, 1989 [1964], p.82).

Para Winnicott (1989 [1964]), a cisão patológica feita pelo paciente, da provisão ambiental, acarreta a separação do cuidado da psique do cuidado do soma. Por meio de sua teoria do desenvolvimento, o autor conceituou a enfermidade psicossomática como “o negativo de um positivo” (*ibid.*, p.88), onde o positivo é a tendência herdada para o alcance de uma unidade da psique e o soma, ou seja, de uma identidade baseada na experiência da psique e da totalidade do funcionamento físico. Essa tendência conduz o bebê no sentido de um corpo que funciona, e de uma personalidade com defesas contra a ansiedade. Por outro lado, o aspecto negativo aponta para a cisão entre a psique e o soma como um fenômeno regressivo, que emprega “resíduos arcaicos no estabelecimento de uma organização de defesa” (*ibid.*). O transtorno psicossomático, portanto, resultaria de uma debilidade no estabelecimento da morada da psique no soma, decorrente de uma maternagem não ‘suficientemente boa’.

Ao mesmo tempo, Winnicott assinalou a existência de um “valor positivo” (1987 [1949b], p.424) da perturbação psicossomática, na medida em que possa representar, para o indivíduo, a possibilidade de vir a alcançar a unidade do ser, mantendo a vinculação entre a psique e o soma mesmo que às custas do adoecimento físico. Compreendemos, assim, que, frente à ameaça de aniquilamento provocada pela ansiedade, o bebê pode reagir se encapsulando, e prolongando a cisão inicial indefinidamente, ou adoecendo no corpo com a esperança de conseguir viver um estado de dependência para atingir a unidade psicossomática, mas, em ambas possibilidades, com consequências danosas ao ser.

Ainda que Winnicott não tenha uma numerosa produção escrita sobre a relação entre os distúrbios da esfera emocional e o adoecimento somático, e mesmo seus trabalhos apontando esta relação, inclusive o que faz referência à asma, são do início de sua atuação como psicanalista, consideramos que o modelo

que criou, para descrever o processo de integração mente-corpo, se tornou um instrumento indispensável para a compreensão das afecções psicossomáticas, especialmente quando estas ocorrem na primeira infância.

As inovações apresentadas por Winnicott, a partir de sua teoria do amadurecimento, produziram não só um deslocamento em relação à ênfase no complexo de Édipo, como era tradicionalmente atribuída, na origem dos conflitos psíquicos, assim como redimensionaram o papel da sexualidade e da agressão nas relações precoces entre o bebê e a mãe. Entendemos que o autor, por enfatizar o estado de dependência inicial do recém-nascido, focaliza a autoconservação não como imperativo biológico, mas como uma demanda indissociável da continuidade do ser, sublinhando que as necessidades de que se trata, nesta etapa, não são apenas físicas mas também psicológicas, e a presença da mãe, através de sua adaptação ativa, é fundamental na provisão da confiança para o existir.

As interrupções no vir-a-ser da criança, ocasionadas por períodos em que a psique e o soma se desviam, enquanto unidade, do caminho do amadurecimento, serão analisadas através do material colhido na pesquisa de campo, onde será dada especial atenção à capacidade materna de se identificar com seu filho, proporcionando uma *adaptação ativa*.