

A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica

Elsa Oliveira Dias

Diretora de ensino e formação do Centro Winnicott de São Paulo

E-mail: elsadias@uol.com.br

Resumo: Partindo da concepção winnicottiana de que a natureza do distúrbio psíquico está relacionada com o ponto de origem do mesmo, na linha do amadurecimento, este estudo visa mostrar que a teoria do amadurecimento pessoal serve de horizonte teórico para o diagnóstico clínico e orienta a tarefa clínica. Inicialmente, são apresentados os pressupostos básicos que norteiam a teoria e suas características centrais. Em seguida, apresenta-se, sucintamente, a classificação mais simples e mais usualmente formulada por Winnicott: a que inclui as psicoses, as depressões e as neuroses. Por último, à guisa de ilustração, mostra-se que um mesmo distúrbio do ponto de vista da sintomatologia, no caso, a paranóia, pode ter diferentes naturezas, segundo o momento do amadurecimento em que a falha ambiental fez surgir a dificuldade na vida do indivíduo.

Palavras-chave: Winnicott, amadurecimento, diagnóstico, classificação, paranóia.

Abstract: Based on Winnicott's conception according to which the nature of the psychic disorder is connected with its origin – within the maturation process – this study aims to show that the theory of the personal maturation can be used as a theoretical horizon for clinical diagnosis purposes and as a guide for clinical work. At first, fundamental presuppositions upon which the theory is based as well as its main characteristics are provided here. Secondly, we present briefly the simplest classification normally used by Winnicott which includes psychoses, depressions and neuroses. At last, by way of

example, we show that one same disorder in terms of symptoms, in this case paranoia, can have different natures, according to the moment of the maturation process when the environmental failure made the difficulty emerge in the individual's life.

Key words: Winnicott, maturation, diagnosis, classification, paranoia.

Introdução

Há várias maneiras de enunciar a novidade da psicanálise de D. W. Winnicott e uma delas refere-se à prática clínica que decorre da sua nova perspectiva teórica. Enquanto na psicanálise tradicional existe um método que caracteriza, por excelência, a própria tarefa analítica – a interpretação dos conflitos inconscientes relativos a elementos reprimidos – não se pode dizer o mesmo da clínica winnicottiana.¹ Embora seja perfeitamente possível explicitar as implicações clínicas de sua teoria, não se pode formular, num enunciado geral, um método ou uma técnica que definiriam o modo como se trabalha, psicanaliticamente, na perspectiva winnicottiana. A razão é simples: o que determina o trabalho a ser feito – e a maneira como deve ser conduzido um determinado tratamento – é a necessidade do paciente, e esta varia enormemente conforme a natureza do distúrbio que este apresenta. Sabemos dos textos winnicottianos já clássicos que o que serve, por exemplo, para um paciente neurótico ou mesmo depressivo não serve, de modo algum, para pacientes cuja problemática central é psicótica, ou mesmo para os anti-sociais. Os distúrbios psíquicos podem ter naturezas radicalmente diferentes, como ocorre com os dois pares de distúrbios mencionados: enquanto as neuroses e as depressões denotam conflito inconsciente, relativo a material reprimido, e ocorrem em indivíduos cujas personalidades foram bem fundadas, no

¹ A existência de um método psicanalítico único é possível na psicanálise tradicional devido ao fato de que os distúrbios psíquicos em geral levam, em última análise, a um conflito pulsional de caráter edípico ou pré-edípico.

início da vida, e que, num certo momento, adoeceram ao ter que lidar com a ansiedade resultante das urgências instintuais, as psicoses, assim como a tendência anti-social, são resultados do fracasso ambiental na sua tarefa de favorecer a continuidade dos processos de amadurecimento nas etapas mais primitivas em que impera a dependência. Esses distúrbios apontam para falhas na estruturação da personalidade ou do caráter.

Pelo fato de haver uma diferença crucial de natureza entre os distúrbios e, portanto, entre o que se requer no tratamento de um ou de outro tipo de distúrbio, Winnicott enfatiza a importância essencial do diagnóstico como guia da ação terapêutica.²

O fato essencial é que baseio meu trabalho no diagnóstico. Continuo a elaborar um diagnóstico na continuidade do tratamento, um diagnóstico individual e outro social, e trabalho de acordo com o mesmo diagnóstico. Nesse sentido, faço psicanálise quando o diagnóstico é de que este indivíduo, em seu ambiente, quer psicanálise [tradicional]. Posso até tentar estabelecer uma cooperação inconsciente, ainda quando o desejo consciente pela psicanálise está ausente. Mas, em geral, a psicanálise [cujo método por excelência é a interpretação do conflito reprimido inconsciente] é para aqueles que a querem, necessitam e podem tolerá-la. (1983b/1965d, p. 154)

Num outro artigo, de 1968, diz ele que “se nossos diagnósticos fossem melhores, nós nos pouparíamos e pouparíamos aos nossos pacientes, muito tempo e desespero” (1994b/1989xb, p. 182).

Existem, ainda, complicações adicionais para a clínica que é regida pela teoria do amadurecimento, pois as necessidades de um determinado paciente podem variar numa mesma sessão, na medida em que este, a despeito de padecer de um aspecto doente da personalidade, tem

² Embora a questão do diagnóstico tenha sido essencial na psicanálise dos anos 30 e 40, a razão era inteiramente diferente: tratava-se, naquele momento, de distinguir os chamados casos bem escolhidos, tendo em vista que Freud e Anna Freud entendiam que a psicanálise servia apenas para o tratamento da neurose, e não para o da psicose. Winnicott dará razão a ambos, tendo em vista tratar-se da psicanálise tal como estes a formularam e a entendiam.

também aspectos sadios. O analista terá que lidar com ambos, simultaneamente, atento ao fato de que *se há um aspecto doente, este é tão doente quanto possível* e não se pode afrouxar o cuidado, pensando contar com a parte desenvolvida da personalidade. Além disso, se a análise transcorre bem e o paciente amadurece, as necessidades variarão ao longo do tratamento e o analista necessita estar preparado para reconhecer e lidar com todos os aspectos e fases do amadurecimento, desde os mais sofisticados aos mais primitivos.

Além de não se poder falar de uma única técnica em Winnicott, tampouco se pode entender o trabalho analítico, tal como Winnicott o concebe, como uma técnica. Ao formular sua concepção sobre a tarefa terapêutica, na introdução ao seu livro *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (Winnicott, 1984a/1971b), Winnicott afirma que o trabalho terapêutico ali descrito dificilmente pode ser entendido como uma técnica, já que não existem dois casos iguais; o trabalho não pode sequer ser copiado porque, afirma, “o terapeuta deverá estar envolvido em cada caso como pessoa, razão pela qual não há sequer duas entrevistas que sejam semelhantes quando realizadas por dois psiquiatras” (1984b/1971vc, p. 17).

A teoria do amadurecimento como guia da ação terapêutica

A clínica winnicottiana está baseada numa teoria dos distúrbios psíquicos que tem como fundamento a teoria do processo de amadurecimento pessoal do indivíduo. Essa teoria, segundo o próprio autor, é a “espinha dorsal” (*backbone*) do seu trabalho teórico e clínico.³ Winnicott é explícito ao traçar a íntima conexão existente entre a teoria dos distúrbios psíquicos e a teoria do amadurecimento. Ele diz: “Precisamos chegar a uma teoria do amadurecimento normal para podermos ser capazes

³ Além de Winnicott afirmar inúmeras vezes, ao longo da sua obra, que a teoria do amadurecimento é central no seu pensamento, ele usa a expressão decisiva “espinha dorsal” (*backbone*) em 1989c/1984e, p. 184.

de compreender as doenças e as várias imaturidades, uma vez que não nos damos por satisfeitos a menos que possamos preveni-las e curá-las” (Winnicott 1983c/1965vc, p.65).

A teoria está baseada em algumas concepções que podem ser resumidamente apresentadas:

- a) na idéia de que todo indivíduo humano é dotado de uma tendência inata ao amadurecimento, o que significa, à integração numa unidade. Apesar de inata, contudo, a tendência não vai de si, como se bastasse a mera passagem do tempo. Trata-se de uma tendência e não de uma determinação. Para que a tendência venha a realizar-se, o bebê depende fundamentalmente da presença de um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons. Isso é tanto mais verdadeiro quanto mais primitivo o estágio que consideramos.
- b) O amadurecimento começa em algum momento após a concepção e, quando há saúde, não cessa até a morte.
- c) Contrariamente à concepção da psiquiatria, e da própria psicanálise, que concebem a saúde como ausência de doença – o que parece altamente insuficiente a Winnicott – este defende a idéia de que a saúde é um estado complexo, que tem suas próprias exigências e deve ser pensado em si mesmo. Por essa razão ele assinala, em sua teoria, a existência de dificuldades que pertencem ao próprio fato de estar vivo e de amadurecer. Essa concepção de saúde atravessa todo o pensamento winnicottiano e tem implicações maiores do que pode parecer à primeira vista, a saber, que, desde o início, *a vida é difícil em si mesma* e a tarefa de viver, de continuar vivo e amadurecer é uma batalha que sempre permanece.
- d) Não há nenhum aspecto, saudável ou doente, da existência humana, cujo sentido seja independente do momento do processo ao qual pertence ou no qual teve origem. Ou seja, não se pode responder à pergunta sobre o que significa, por exemplo, a agressividade em Winnicott sem estabelecer a etapa do amadurecimento a que estamos nos referindo.

A teoria do amadurecimento

Em que consiste a teoria do amadurecimento? Na descrição e conceituação das diferentes tarefas, conquistas e dificuldades que são inerentes ao crescimento em cada um dos estágios da vida, desde o momento em que um estado de ser tem início, ainda na vida intra-uterina, estendendo-se pela infância, adolescência, juventude, idade adulta e velhice até a morte. A ênfase da teoria recai sobre os estágios iniciais, pois é nesse período que estão sendo constituídos os alicerces da personalidade e da saúde psíquica. As tarefas que caracterizam os estágios iniciais – a integração no tempo e no espaço, a habitação da psique no corpo, o início das relações objetais e a quarta tarefa, constituição do si-mesmo –, jamais se completam e continuam a ser as tarefas fundamentais de toda a vida. Elas não são de natureza instintual – como serão algumas delas, um pouco mais tarde –, mas pertencem à linha identitária do amadurecimento; referem-se à necessidade de existir, de sentir-se real e de chegar a estabelecer-se como uma identidade unitária.

Apesar de o processo de amadurecimento não ser linear, algumas conquistas têm pré-requisitos e só podem ser alcançadas depois de outras, que são a sua condição de possibilidade. Ou seja, a resolução satisfatória das tarefas de cada estágio depende de ter havido sucesso na resolução das tarefas dos estágios anteriores. Se ocorre fracasso na resolução da tarefa de uma certa etapa, novas tarefas vão surgindo, mas o indivíduo, não tendo feito a aquisição anterior, carece da maturidade necessária para fazer-lhes frente; ele pode até resolvê-las, mobilizando a mente e/ou uma integração defensiva do tipo falso si-mesmo, mas, apoiadas em bases falsas elas não farão parte intrínseca do seu si-mesmo como aquisições pessoais. Nesse caso, o processo de amadurecimento pessoal é paralisado e um distúrbio emocional se estabelece.

Critérios para uma classificação dos distúrbios psíquicos

Segundo a teoria winnicottiana dos distúrbios psíquicos, a natureza do distúrbio está relacionada com a etapa, na linha do amadurecimento, em que a dificuldade surgiu, ou seja, com o estado de imaturidade ou maturidade relativa em que o indivíduo se encontrava e com a natureza da tarefa com a qual o bebê, ou a criança, estava envolvido por ocasião do fracasso ambiental. Mais precisamente, está relacionada ao ponto, no amadurecimento, em que o bebê perdeu a esperança de comunicar ao ambiente que algo anda muito mal, que algo de essencial lhe falta e que ninguém percebe. A natureza do distúrbio tem também a ver com o tipo de patologia materna (ou paterna) que é responsável pelo padrão ambiental traumatizante. Isso nos leva à seguinte exigência com relação ao diagnóstico: qualquer que seja o fenômeno que queiramos considerar, na doença ou na saúde, ele só poderá ser devidamente apreciado se levarmos em conta todo o processo de amadurecimento do indivíduo, desde os estágios mais primitivos, e se pudermos localizar o estágio em que o fenômeno teve origem. “Um dos problemas mais difíceis de nossa técnica psicanalítica”, diz Winnicott, “consiste em saber qual a idade emocional do paciente num dado momento da relação transferencial” (1958f, p. 263). Só assim poderemos compreender a natureza do problema com o qual o indivíduo está envolvido, proceder a uma classificação do distúrbio e fornecer cuidados específicos segundo a sua necessidade. É preciso “pensar sempre em termos do *indivíduo que se desenvolve* e isto significa retornar a épocas muito remotas e tentar determinar o ponto de origem” (1989b/1984c, p. 64).

Em largos traços, pode-se dizer que, segundo Winnicott, as *psicoses* são distúrbios relacionados ao fracasso ambiental na sua missão de facilitar as conquistas dos estágios iniciais – que começam em algum momento da vida intra-uterina e vão até o estágio do EU SOU que ocorre, em geral, por volta de um ano ou um ano e meio. Se o ambiente falha repetidas vezes – ao modo de um padrão estabelecido – em se adaptar às

necessidades do bebê durante a etapa de dependência absoluta, e mesmo relativa, ocorrem traumas e o processo de amadurecimento pessoal é interrompido, nesse momento primitivo em que estão sendo constituídos os alicerces da personalidade. Isso dá origem a um distúrbio psicótico. Naturalmente, haverá diferentes tipos de distúrbio psicótico segundo a etapa, dentro dos estágios iniciais, em que o bebê for traumatizado pelas falhas ambientais.

Após a conquista da identidade unitária (nesse marco do amadurecimento que é o estágio do EU SOU), a criança, que tem agora entre um e dois anos, terá que defrontar-se, no estágio do concernimento, com a tarefa de integrar a sua impulsividade instintual. Ela deixa de ser incompadecida (*ruthlessness*) para tornar-se compadecida (*concern*) o que significa que ela adquire a capacidade de sentir culpa e de responsabilizar-se pelos resultados da instintualidade tornada pessoal. Quando o ambiente favorece a conquista, o indivíduo se apropria, sem muito susto, da destrutividade que pertence à sua própria natureza e, com isso, conquista a capacidade, natural e saudável, de deprimir a cada vez que a destrutividade se manifestar. Se a mãe falha na sua tarefa, específica para este momento, de sobreviver aos ataques impulsivos da criança, haverá risco de *depressão patológica*, pois a criança não sabe o que fazer com a culpa relativa ao fato de que ela se vê destruindo exatamente aquilo de que mais precisa e a quem ama.

Nos casos favoráveis, em que também essa conquista da capacidade para o concernimento é alcançada, a criança, que já pôde sedimentar as bases de sua personalidade, passará a lidar com as ansiedades que resultam das relações com outras pessoas, percebidas como externas e cuja existência não depende dela. Em especial, ela terá que enfrentar a situação triangular em que o complexo edípico pode ser efetivamente experimentado com pessoas internas (*whole persons*)⁴. As ansiedades aqui

⁴ Para Winnicott, o indivíduo só se torna uma pessoa inteira, uma *whole person*, quando, após integrar-se numa identidade unitária, num eu, integra também a instintualidade. Ou seja, a integração no eu ainda não basta; é preciso que ele saiba das consequências do fato de estar vivo e ter apetites e tenha a capacidade de levar em conta o

mobilizadas são relativas aos instintos, aos afetos e à fantasia que têm lugar na realidade psíquica pessoal e desenvolvem ali toda uma novela interior. Nesta etapa, o ambiente já não tem a mesma importância que tinha nas etapas anteriores, mas é vital que se mantenha estável de maneira a propiciar boas condições para que a criança, despreocupada com a segurança do lar, que se mantém por si mesmo, possa defrontar-se e elaborar sua problemática pessoal interna e não sucumbir em uma neurose.

Uma das questões de maior relevância para a clínica winnicottiana consiste em que, na análise de qualquer tipo de paciente, à medida que o trabalho prossegue e a confiabilidade se estabelece, a possibilidade de uma psicose aparecer, ou de elementos psicóticos emergirem, nunca pode ser excluída, em princípio, pois “pode-se sempre descobrir que há uma psicose por baixo de todas as outras coisas” (1990/1988, p. 185). A psicose subjacente pode surgir justamente, na situação analítica, em virtude da confiabilidade ambiental. Para aqueles analistas que dizem não ter nenhum interesse em casos de psicose, Winnicott oferece a sua experiência como resposta: “A minha experiência clínica com casos de adultos deve ser presumida como sendo a de um psicanalista que, quer lhe agrade ou não, vê-se envolvido no tratamento de pacientes fronteiros e daqueles que, talvez imprevisivelmente se tornam esquizóides durante o tratamento” (1989a/1968c, p.151).

Segundo Winnicott, a teoria concebida originalmente para a compreensão das neuroses é insuficiente para dar conta da compreensão e do tratamento das patologias psicóticas ou dos episódios de natureza psicótica que surgem no tratamento analítico. Não só ele mesmo, mas alguns outros psicanalistas, diz Winnicott, vêm chamando a atenção

outro como pessoa. Com respeito ao Édipo, Winnicott disse: “Não posso ver nenhum valor na utilização do termo ‘Complexo de Édipo’ quando um ou mais de um dos três que formam o triângulo é um objeto parcial. No Complexo de Édipo, ao menos do meu ponto de vista, cada um dos componentes do triângulo é uma pessoa total, não apenas para o observador, mas especialmente para a própria criança” (1988, p. 67).

“para a inaplicabilidade da assim chamada técnica psicanalítica clássica no tratamento da esquizofrenia” (Winnicott 1994c/1964h, p.372). Esta afirmação está referida ao fato de que a teoria tradicional – tanto a freudiana como a kleiniana – usou, para o estudo e a pesquisa sobre as psicoses, os mesmos elementos conceituais que haviam sido usados para as neuroses, desconhecendo a natureza essencialmente distinta dos dois tipos de distúrbio psíquico. Numa neurose pura, se é que tal formação pode ainda ser suposta, a estrutura da personalidade está intacta e o indivíduo adoece ao lidar com as dificuldades inerentes à instintualidade no quadro das relações interpessoais. Nas psicoses, o amadurecimento foi paralisado num certo momento dos estágios iniciais, em função de um padrão ambiental traumático. O bebê, por precisar sistematicamente reagir ao trauma, perde a espontaneidade, a capacidade de descansar e a esperança. Uma cisão defensiva se opera nele. O verdadeiro si-mesmo, espontâneo e criativo, fica recuado e protegido da ameaça de aniquilamento, enquanto um falso si-mesmo se edifica; é este que leva a cabo a tarefa de integrar-se numa unidade e relacionar-se com a realidade externa; é ele que se apresenta ao mundo no lugar do eu, sendo, contudo, uma prótese. São esses os casos de indivíduos que, podendo ser altamente competentes em suas áreas de atuação e tendo inclusive alcançado sucesso, queixam-se do sentimento de inutilidade, de uma permanente falta de sentido, e de sentirem, no fundo de si mesmos, que a vida não vale a pena. Eles se sentem um embuste. O fato é que, a despeito de sua capacidade de lidar com as exigências da realidade compartilhada, suas experiências iniciais foram tão deficientes ou distorcidas que o analista terá que ser a primeira pessoa na vida do paciente a fornecer certas coisas que são simples e essenciais, e que só podem ser oferecidas pelo que se chama ambiente suficientemente bom. Essas pessoas precisam que lhes seja fornecida a oportunidade de viverem experiências primitivas, com o ambiente desta vez atendendo, com sucesso ao invés de fracasso, às necessidades específicas do momento. No caso das patologias psicóticas, se se quer chegar ao problema efetivo do paciente,

a regressão à dependência é necessária. Essa afirmação está baseada numa necessidade do paciente e *não* da teoria, ou do que seria uma “técnica” winnicottiana.

As diferentes naturezas de um mesmo distúrbio segundo a teoria do amadurecimento

A classificação winnicottiana dos distúrbios psíquicos segue um critério maturacional, e não sintomatológico. Isto nos leva ao seguinte: distúrbios com sintomatologias muito semelhantes podem ser de diferentes naturezas, conforme o ponto de origem do distúrbio. Este item será usado para exemplificar este aspecto. Um bom exemplo pode ser dado pelos diferentes fenômenos clínicos de ansiedade persecutória ou de susceptibilidade à perseguição. Segundo Winnicott, os distúrbios paranóicos não configuram uma categoria nosológica em si mesmos, mas são sempre uma complicação – que, em geral torna mais negativo o prognóstico – ou da esquizofrenia, ou da tendência anti-social, ou da depressão. Sendo de diferentes naturezas, estas perturbações exigem diferentes abordagens terapêuticas. As diferenças se põem de manifesto quando se procede ao exame do ponto de origem do distúrbio e do tipo de deficiência ambiental que o indivíduo padeceu.

Quando é um aspecto da esquizofrenia, pode-se supor que a susceptibilidade à perseguição foi instalada muito cedo. É possível encontrar uma disposição paranóide em bebês muito pequenos. A primitividade do fenômeno fez com que alguns investigadores, em especial os de orientação kleiniana, atribuíssem o distúrbio ao fator constitucional. Segundo Winnicott, contudo, não precisamos da hipótese constitucional se, ao nos depararmos com fenômenos precoces de ansiedade persecutória, levarmos em conta 1) a pré-história do bebê – a vida intra-uterina, o nascimento e o período imediatamente subsequente ao nascimento e 2) *o que é extremamente importante e não pode deixar de ser levado em conta na apreciação dos*

distúrbios persecutórios primitivos: o fato de a dependência do bebê ser máxima e significativa tão logo se inicia um estado de ser, e ao longo dos primeiros meses de vida. Quando se fala em cuidados suficientemente bons está-se falando da confiabilidade ambiental e isto significa em primeiro lugar ser capaz de proteger o bebê de acontecimentos imprevisíveis para ele, ou seja, das discontinuidades que traumatizam.

Uma disposição paranóide primitiva pode já derivar de uma experiência traumática de nascimento, devido à demora ou antecipação do parto, tendo o bebê sido exposto a uma discontinuidade mais prolongada do que a que podia tolerar (cf. 1958f, p. 273). Mas, em geral, a disposição paranóide precoce deriva das invasões ambientais que ocorrem após o nascimento, devido ao fato de o ambiente não ser capaz, o suficiente, de proteger o bebê do imprevisível. Essas invasões geram reações imediatas, que são traumáticas, pois interrompem a continuidade de ser, numa etapa muito inicial da vida. Se for esse o padrão ambiental, o bebê, ao invés de simplesmente ser, despreocupado com o que ocorre no ambiente, é tomado por um estado de alerta que o impede de descansar. O que ocorre, então, é uma cisão, como parte central de um sistema defensivo primitivo, que visa prevenir a invasão tornada potencial. É nisso que consiste, propriamente, na teoria winnicotiana, as patologias esquizofrênicas. Winnicott diz que “a palavra doença torna-se apropriada quando *o sentido de segurança não chegou à vida da criança a tempo de ser incorporado às suas crenças*” (1995/1946b, p. 122; grifo meu).

Deve-se lembrar que, para que ocorram invasões, o ambiente não precisa ser ativamente invasivo: já será invasivo por não ser facilitador. Explicando melhor: antes de a psique alojar-se no corpo, as tensões instintuais são tão intrusivas quanto qualquer coisa intrusiva que venha do ambiente, e para que essas tensões não interrompam a continuidade de ser, o bebê precisa da facilitação ativa por parte da mãe na boa resolução da excitação surgida. Se a mãe, ao atender à urgência instintual, fornecer apoio de ego e propiciar experiências globais, que incluem mutualidade e comunicação, todo o percurso deslanchado pela tensão instintual torna-se

uma experiência que fortalece o ego e favorece a coesão psicossomática da criança. Sem esse apoio, as tensões instintuais, em vez de serem gradualmente integradas e pessoalizadas, permanecem externas e, com o tempo, tornam-se perseguidoras, chegando a estabelecer uma disposição paranóide, que pode tomar a forma de hipocondria, devido à permanente ameaça de despersonalização.

Outro aspecto relativo à origem muito primitiva da paranóia ocorre quando o impulso criativo do bebê é inibido, juntamente com a motilidade que o acompanha e o movimento passa a acontecer apenas como reação à invasão. Aqui se pode estabelecer, no indivíduo, um padrão de reatividade em que toda a espontaneidade fica soterrada; não há mais impulsividade pessoal. O bebê vive, dirá Winnicott, “porque foi atraído pela experiência erótica, mas, além da vida erótica, que nunca é sentida como real há uma vida puramente reativa e agressiva, dependente da experiência de oposição” (1978/1958b, p. 303). Essa situação desfavorável está na origem de uma das formas de disposição paranóide: o indivíduo está sempre procurando a perseguição que deflagrará o movimento, pois só faz alguma experiência ao reagir a ela. Para sentir-se vivo ele passa a necessitar de uma perseguição contínua.

Uma origem um pouco mais tardia da ansiedade paranóica, mas ainda dentro dos estágios iniciais, localiza-se no momento em que, a partir da adaptação absoluta, começa a ocorrer a desadaptação da mãe. Existem casos em que a confiabilidade ambiental, que havia se estabelecido no período de dependência absoluta, falha exatamente no momento em que se inicia a separação da unidade fusional mãe-bebê, e começa a se abrir o primeiro espaço entre a mãe e o bebê, o espaço potencial, a ser preenchido pelos objetos transicionais. É nesse ponto, dirá Winnicott, que ocorre “um perigo alternativo, o de que esse espaço potencial possa ser preenchido com o que nele é injetado a partir de outrem que não o bebê. Parece que tudo o que provenha de outrem, nesse espaço, constitui material persecutório, sem que o bebê disponha de meios para rejeitá-lo” (1975a/1967b, p. 141).

É provável que seja esse mesmo tipo de falha ambiental, aliado a uma exploração precoce das funções mentais, o que está na origem de uma categoria extremamente incômoda de paranóia, na qual podem estar incluídas pessoas que ocupam posições de autoridade ou responsabilidade. Trata-se de indivíduos cujo impulso criativo foi inibido, pois é evidente sua falta de contato com a experiência sempre mutável da vida, quando ela é viva. Essas pessoas vivem *dominadas por um sistema de pensamento* e suas vidas são rigidamente estruturadas em torno desse sistema; elas mantêm uma convicção absoluta, que não pode jamais ser posta em dúvida, de que só é possível viver dentro de um sistema em que estão separando, rigidamente, o bem do mal. Dúvidas, de maneira geral, estão excluídas do sistema, pois elas geram inquietação e movimento, o que aproxima o indivíduo, perigosamente, da vida, diferente dos princípios que, ao contrário, como diz Winnicott, são coisas mortas. Além disso, esse tipo de indivíduo, juntamente com os que o cercam, são os únicos eleitos para estar sempre do lado da verdade: “O sistema deve ser constantemente posto em prática para explicar algum fato, sendo a alternativa (para o indivíduo que tem essa enfermidade) uma grave confusão de idéias, uma sensação de caos e de perda de qualquer previsibilidade” (1975b/1969c, p. 189).

Outro tipo de disposição paranóide, inteiramente distinta das anteriores, é a que provém do temporário sentimento de perseguição, que pertence ao amadurecimento normal, relativo à aquisição do estatuto da identidade unitária. A aquisição do estatuto do EU SOU é sentida, pela criança, como uma ousadia, pois a separação do eu como identidade unitária implica o repúdio de tudo o que é não-eu e o indivíduo recém-integrado passa a aguardar a perseguição retaliadora da realidade externa repudiada. Trata-se, assinala Winnicott, de uma passagem difícil, na qual a criança se sente “infinitamente vulnerável”; se ela não for devidamente protegida pelo ambiente, nesse momento, a suscetibilidade à perseguição, que em princípio é passageira, pode se instalar como uma característica paranóide da personalidade.

Outra forma de paranóia é a que está associada à ansiedade pelo aspecto destrutivo inerente à impulsividade instintual. Nesse caso, é necessário considerar várias hipóteses. Uma delas consiste em que toda a linha da agressividade, desde as raízes, foi prejudicada, pois pode ocorrer de a mãe não ter tolerado os estados excitados do bebê e de este ter tido os seus impulsos inibidos. Não podendo exercer a impulsividade primitiva voraz, de maneira incompadecida, ele não tem como integrar, amadurecendo, a destrutividade que é inerente à instintualidade primitiva. Os impulsos acabam por se tornar invasivos ou persecutórios, acarretando, talvez, um estado de hipocondria, que é a forma da paranóia quando a perseguição vem de dentro. Esse tipo de paranóia manifesta-se pelo temor constante de que alguma fagulha da agressividade possa escapar ao controle e ganhar terreno. Mas pode também ocorrer, quando existem perseguidores internos –, os chamados objetos maus, isto é, que foram incorporados durante experiências insatisfatórias ou persecutórias – de o indivíduo provocar o mundo externo para que o persiga, de modo a obter alívio da perseguição interna, sem expor-se muito à loucura do delírio. Talvez a mais comum das maneiras pelas quais a paranóia foi compreendida, no pensamento psicanalítico tradicional, e que também foi considerada por Winnicott com relação à conquista da capacidade para o concernimento, é aquela em que o indivíduo é incapaz de chegar a um acordo com a destrutividade pessoal, talvez por não ter tido o tipo de mãe que favorece a entrada no círculo benigno. Nesses casos, o indivíduo, maciça e sistematicamente, projeta para fora, no mundo e nos outros, os impulsos destrutivos que, naturalmente, acabam por retornar sob a forma de perseguidores.

O que expus foi uma tentativa de apresentar uma amostra da riqueza diagnóstica contida na teoria do amadurecimento pessoal, quando usada como guia para o entendimento dos fenômenos da saúde e também dos distúrbios psíquicos. À luz da teoria do amadurecimento, cada distúrbio poderá ser visto sob esse largo espectro, o que exige, por parte do analista, um exame atento do amadurecimento de um dado paciente, desde as fases mais primitivas. Sem isso, diz o autor, ficaremos empacados

em nosso trabalho. É também esse o sentido da sua afirmação: “A única companhia que tenho, ao explorar o território desconhecido de um novo caso, é a teoria que levo comigo e que se tem tornado parte de mim, e em relação à qual não tenho sequer que pensar de maneira deliberada” (1984b/1971vc, p. 14).

Referências

- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Winnicott, D. W. (1969c). (1975b). Conceitos contemporâneos de desenvolvimento adolescente e suas implicações para a educação superior. In *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Bibliografia Hjulmand: 1969c).
- (1975a). A localização da experiência cultural. In *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Bibliografia Hjulmand: 1967b).
- (1975c). *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Bibliografia Hjulmand: 1971a).
- (1978). A agressividade e sua relação com o desenvolvimento emocional. In *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Bibliografia Hjulmand: 1958b [1950]).
- (1983a). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Bibliografia Hjulmand: 1965b).
- (1983b). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Bibliografia Hjulmand: 1965d [1962]).
- (1983c). Provisão para a criança na saúde e na crise. In *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Bibliografia Hjulmand: 1965vc [1962]).

- Winnicott, D. W. (1989a). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Bibliografia Hjulmand: 1968c [1967]).
- _____. (1984a). *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Bibliografia Hjulmand: 1971b).
- _____. (1984b). Introdução. In *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Bibliografia Hjulmand: 1971vc).
- _____. (1987). *Privação e Delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes. (Bibliografia Hjulmand: 1984a).
- _____. (1989b). Agressão, culpa e reparação. In *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Bibliografia Hjulmand: 1984c [1960]).
- _____. (1989c). A liberdade. In *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Bibliografia Hjulmand: 1984e [1969]).
- _____. (1989d). *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989, (W14). (Bibliografia Hjulmand: 1986b).
- _____. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Bibliografia Hjulmand: 1988).
- _____. (1994a). *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Bibliografia Hjulmand: 1989a).
- _____. (1994b). O uso da palavra uso. In *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Bibliografia Hjulmand: 1989xb).
- _____. (1994c). Resenha de Memories, *Dreams, Reflections*, de C.J. Jung. In *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Bibliografia Hjulmand: 1964h).
- _____. (1995). Alguns aspectos psicológicos da delinqüência juvenil. In *Privação e Delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes. (Bibliografia Hjulmand: 1946b).
- _____. (2000). *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Bibliografia Hjulmand: 1958a).

Enviado em 16/1/2008
Aprovado em 25/5/2008