

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Vera Regina Ferraz de Laurentiis

Aspectos somáticos da conquista do eu em D. W. Winnicott

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

São Paulo

2008

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Vera Regina Ferraz de Laurentiis

Aspectos somáticos da conquista do eu em D. W. Winnicott

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora
como exigência parcial para a obtenção do título de
Mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação do
Prof. Dr. Zeljko Loparic.

São Paulo

2008

Banca Examinadora

Ao João Victor

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Zeljko Loparic, pelo exemplo de relação apaixonada com o conhecimento e pelo incentivo.

À Prof^ª Dr^ª Elsa Dias de Oliveira, por ter despertado meu interesse por Winnicot, pelo carinho e pelo incentivo.

Aos meus colegas da PUC, em especial Ariadne Alvarenda de Rezende Engelberg de Moraes, Claudia Dias Fulgêncio, Cristiano Cemin, Fabiano Matos Siphai, João Paulo Barreta, Leopoldo Fulgêncio e Roseana Garcia, pelas trocas, pela amizade e pelos preciosos momentos de proximidade.

À Helena Meidani, que me ajudou muito na finalização do texto.

A Richard Michael Knight (Mike), pelo Abstract.

Aos meus irmãos Francisco (Fito), Carlos (Dado) e Antônio (Dido). e ao Luiz (Tio Lu), que também é irmão, e aos meus amigos queridos.

Aos meus pais, Francisco e Dalila, que me deram a vida e tantas outras coisas.

Ao meu companheiro Celso, pela força e por estar junto.

RESUMO

autora: Vera Regina Ferraz de Laurentiis

título: Aspectos somáticos da conquista do eu em D. W. Winnicott

Este trabalho teve por objetivo explicitar os aspectos somáticos inerentes à teoria winnicottiana do amadurecimento, dos momentos iniciais até a etapa denominada “eu sou”, para instrumentalizar o psicanalista para a compreensão de fenômenos clínicos que têm incidência no soma e não são verbalizáveis. Para tanto, explicitou-se brevemente a mudança teórica operada por Winnicott e a substituição da tradicional teoria-guia psicanalítica da sexualidade pela teoria do amadurecimento e do exemplar edípico para o do bebê no colo da mãe, o afastamento da metapsicologia e a consolidação de uma linguagem descritiva que busca a reaproximação dos fenômenos clínicos. Com o foco nas interações entre o assim chamado corpo vivo e o ambiente humano, destacando-se o teor gestual das primeiras elaborações, elucidou-se o caráter primariamente psicossomático da teoria winnicottiana e explicitaram-se os fundamentos daquilo que o autor denominou “alojamento da psique no soma” e da integração da instintualidade ao si-mesmo, que estão na base das futuras relações instintuais duais e triádicas. Com essas proposições, pôde-se compreender o sentido do estágio do “eu sou” para o autor, como um momento em que, com a constituição de um esquema corporal, o bebê conquista um lugar para ser e ter experiências no mundo.

Palavras-chave: psicanálise winnicottiana, psique-soma, integração, “eu sou”

ABSTRACT

author: Vera Regina Ferraz de Laurentiis

title: Aspectos somáticos da conquista do eu em D. W. Winnicott

The objective of this paper is to explain the somatic aspects inherent to the Winnicottian maturational theory from the initial moment to the so-called “I am” phase, to assist the psychoanalyst with the comprehension of the clinical phenomena that occur in the soma but are not able to be verbalised. To this end, I have briefly expounded on the theoretical change made by Winnicott and the substitution of the traditional psychoanalytical guide-theory of sexuality by the maturational theory and the Oedipal example for that of the baby on its mother’s lap. The distancing from metapsychology and the consolidation of a descriptive language aims to draw closer to the clinical phenomena. Focusing on the interaction between the so-called living body and the human environment, highlighting the imaginative elaboration of the soma and the primary psychosomatic character of Winnicottian theory. Expounding on that which the author denominates as “inhabiting the psyche in the soma” and the integration of instinct with the self, which is at the foundation of future instinctive dualistic and/or pluralistic relations. Through these propositions, one can understand the author’s sense of the “I am” phase, as that of a moment in which, with the constitution of a body scheme, the baby acquires a place to exist and experience the world.

Key-words: Winnicottian psychoanalysis; psyche-soma; integration, “I am”

SUMÁRIO

Introdução	10
Capítulo 1	
A mudança de linguagem em D. W. Winnicott: a possibilidade de uma psicanálise encarnada	26
1.1 Winnicott: a busca de uma linguagem viva	26
1.2 Da teoria da sexualidade à teoria do amadurecimento: a mudança de paradigma	33
1.3 O abandono de alguns termos metapsicológicos: aspectos do desenvolvimento de uma linguagem própria	38
Capítulo 2	
A visão psicossomática winnicottiana	50
2.1 A visão psicossomática de D. W. Winnicott: considerações gerais ...	50
2.1.1 Os potenciais herdados e os congênitos	52
2.2 A natureza humana	54
2.3 O soma	57
2.3.1 As excitações	60
2.4 A tendência à integração	64
2.5 A criatividade primária	68
2.6 Os fundamentos da psique	72
2.7 A personalização	75
2.8 A mente	79
2.9 Algumas considerações sobre o uso do termo “fantasia” em Winnicott	83
2.9.1 Fantasia e as tensões instintuais	88
2.9.2 Fantasia e localização	92
2.9.3 Fantasia e estruturação da personalidade	98

Capítulo 3

A elaboração imaginativa: criando sentidos e potências	104
3.1 Considerações gerais	104
3.2 O ponto de vista da mãe e o ambiente intra-uterino	108
3.3 O ponto de vista do bebê	116
3.3.1 Historiando o soma	116
3.3.2 O nascimento	123
3.4 Os estágios iniciais: a dupla mãe bebê	131
3.5 Da amamentação ao desmame	144
3.5.1 As camadas do amor	144
3.5.2 O bebê faz gestos	148
3.5.3 O impulso amoroso primitivo	152
3.5.4 O encontro torna o gesto real	159
3.5.5 Montando o cenário, ajustando ritmos	162
3.5.6 Encontros e desencontros	167
3.5.6.1 A comunicação torna boa uma experiência	169
3.5.7 O uso do polegar e a localização da experiência	175
3.5.8 O pós-climax, a digestão e a elaboração do interior do soma	179
3.5.9 A integração da agressividade e o desenvolvimento do mundo interno	184
3.5.10 O desmame	192
3.6 Soma e psique: a identidade unitária na posição “eu sou”	196
3.7 Um distúrbio em diferentes camadas de elaboração	208
Considerações finais	211
Referências bibliográficas	217

INTRODUÇÃO

Vivemos num mundo historicamente marcado pela divisão cartesiana corpo/mente e sofremos os efeitos, negativos e positivos, dessa realidade. No campo da saúde, por exemplo, o progresso da medicina fundamentada nessa divisão é evidente mas, a despeito de todo o avanço tecnológico, ainda se trata o corpo como um objeto, sendo o aspecto subjetivo do indivíduo considerado freqüentemente como um elemento perturbador das relações médico/paciente.

Muitas têm sido as críticas a esse modo de pensar e, paralelamente, consideráveis as mudanças nas relações do homem com o corpo, sobretudo desde o início do século XX. Um bom exemplo é o desenvolvimento da Psicanálise, disciplina privilegiada para o tratamento teórico e prático do tema, em especial no que tange à sexualidade. Quando de seu surgimento, um de seus principais desafios foi desvendar os enigmas dos corpos das históricas, que clamavam por compreensão. Como resultado, desenvolveram-se inovadoras concepções a respeito das relações entre soma e psique, de inestimável valor para o campo da saúde, na época.

Desde então, tem havido uma crescente proliferação de discursos sobre o tema, seja no âmbito da pesquisa científica, seja na mídia. Ainda assim, longe de ter sido desvendado, o corpo volta curiosamente a se tornar enigma, como o demonstra a significativa incidência de sintomas sobre ele¹ que se verifica nos consultórios dos profissionais da área da saúde. Ou seja,

¹ É sabido que muitos dos sintomas típicos do mundo contemporâneo são difusos e relacionados a mal-estares inomináveis, situados em grande parte na fronteira entre o somático e o psíquico.

a dissociação característica de nossa cultura entre o corpo e a mente – ou entre soma e psique – continua, em grande medida, operante².

Exemplos disso são a atual preponderância de uma psiquiatria de abordagem organicista e a constatação de que grande parte das correntes psicanalíticas analisa o *sujeito* como se fosse uma ordem à parte, despregada da materialidade da condição humana. Nesse sentido, a Psicanálise tem sido criticada por ter se desviado de sua vocação inicial, de se constituir como uma disciplina de fronteira, primariamente preocupada com as relações entre soma e psique. Entre os caminhos para a compreensão desse afastamento, podemos citar 1) a proliferação de escolas com desenvolvimento e focos distintos como, por exemplo, o da linguagem, 2) a própria evolução da metapsicologia³ e de conceitos de caráter especulativo (Fulgêncio 2001) que afastaram a teoria dos fatos clínicos e 3) por fim, as dificuldades dos profissionais de saúde de sustentarem uma postura clínica integrada.

A obra do psicanalista, pesquisador e clínico inglês Donald Woods Winnicott tem sido apontada como uma exceção nesse cenário. Além de ser reconhecida como uma referência importante para o entendimento de várias questões da clínica contemporânea (os distúrbios psicóticos, por exemplo), contribuiu com uma concepção da natureza humana e também com uma abordagem clínica inteiramente psicossomáticas.

² Pode-se conjecturar que a repressão sexual característica das relações familiares e sociais quando do surgimento da Psicanálise tenha dado lugar à desestruturação familiar e social e ao empobrecimento das relações, o que favorece a emergência de mecanismos de defesa mais primitivos como o da dissociação.

³ Cito, como referência a essa questão, que não será desenvolvida em minha pesquisa, artigos de Loparic, como “Winnicott e o pensamento pós-metafísico” (1995), “Winnicott e uma psicanálise não-edipiana” (1996/02) “O conceito de *trieb* na psicanálise e na filosofia” (1999), “Heidegger and Winnicott” (1999), “O animal humano (2000b), “Além do inconsciente: sobre a desconstrução heideggeriana da psicanálise” (2001) e “Esboço do paradigma winnicottiano” (2001b).

Ao longo de 40 anos de prática e pesquisa, Winnicott deparou com problemas clínicos que não se podiam equacionar no interior do quadro teórico da Psicanálise da época e, a fim de abarcar os novos achados clínicos e na busca de uma linguagem viva, manteve-se fiel ao saber empírico psicanalítico, procurando se despojar dos conceitos metapsicológicos⁴ da Psicanálise tradicional⁵ e dos jargões teóricos então em vigor. Apropriou-se de conceitos à sua maneira e desenvolveu novos, procedendo a toda uma inovação teórica, pela consolidação de uma linguagem própria, descritiva e não especulativa. A partir do novo quadro, a questão da sexualidade deixou de ser o cerne da teoria, dando lugar ao percurso do amadurecimento e aos processos de integração e de constituição de um si-mesmo unitário, regidos pela tendência biológica à integração mas cuja realização depende de um ambiente facilitador. Por amadurecimento, entenda-se o percurso desde os primórdios, quando a dependência do bebê em relação ao ambiente é absoluta, até o momento em que ele se torna uma pessoa independente, podendo colaborar com o ambiente e até mesmo modificá-lo. Assim, para Winnicott, a questão triangular das relações edípicas perdeu sua condição de fator estruturante da constituição psíquica em favor da relação mais primitiva, ainda nem dual, mãe-bebê. Esquemáticamente, pode-se dizer que a generalização-guia ou a teoria-guia não é mais a da sexualidade, mas a do amadurecimento. A situação edípica deixou de ser exemplar, o meio pelo qual se resolvem os problemas, sendo substituída por aquela do bebê no colo da mãe (Loparic 2005).

⁴ Foi crítico do modo de teorizar baseado em termos metapsicológicos, por considerá-lo um refúgio para a não compreensão dos fatos, como se constata em sua carta de 18 de março de 1954 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 analítica. Estou tentando descobrir por que é que tenho uma suspeita tão profunda para com esses termos. Será porque eles podem fornecer uma aparência de compreensão quando tal compreensão não existe?” (Winnicott 1987b, p. 51).

⁵ Entenda-se por tradicional a Psicanálise freudiana e kleiniana praticada na época.

Essas mudanças têm sido interpretadas por Loparic (2001b) como uma mudança do paradigma da Psicanálise. O modelo teórico winnicottiano incluiu a idéia de uma Psicanálise psicossomática, e seu modo de teorizar e de relatar casos clínicos, mais descritivo, permitiu ao estudioso e ao psicanalista a aproximação dos fatos clínicos e da experiência do paciente. O novo enquadre ensejou, portanto, a idéia e a prática de uma psicanálise encarnada.

Winnicott nunca se afastou de sua condição de médico, e é notável, em seu exercício da Pediatria, seu esforço para iluminar a importância dos fatores emocionais ligados aos sintomas físicos dos pacientes. Por outro lado, como psicanalista, sempre buscou uma abordagem que levasse em conta a pessoa inteira: sua presença corpórea, sua gestualidade e os aspectos somáticos de seu comportamento e de sua patologia. Em seus relatos de casos, freqüentemente relevou dizeres não verbais não somente como detalhes ilustrativos que confirmam a fala, mas muitas vezes como elementos constitutivos da própria capacidade do paciente de vir a falar a partir de si próprio.

Em alguns de seus textos, Winnicott abordou as significativas dificuldades enfrentadas por um médico, uma equipe de profissionais ou um psicanalista para manter um atendimento clínico integrado, que considere os aspectos psíquico e somático da pessoa. Por outro lado, advertiu que as limitações da abordagem clínica meramente intelectual – abandono da psique-soma e conluio intelectual (Winnicott 1966d) –, particularmente em casos de distúrbios psicossomáticos, tendem a reiterar dissociações já existentes no paciente.

Em Winnicott, o *setting* supõe uma interação viva entre psicanalista e paciente. Segundo Masud Khan⁶, isso era evidente na própria postura clínica do autor, cuja presença como pessoa e analista era marcante: ele escutava o paciente com o corpo inteiro. Independentemente disso, a clínica winnicottiana não é meramente verbal. Seu modelo de *setting* e de transferência baseia-se na relação primária mãe-filho durante o percurso do amadurecimento do bebê. Nesse sentido, inclui inúmeros elementos e nuances dessa relação, desde o momento em que as necessidades do bebê são muito primitivas até quando já se pode falar de uma relação interpessoal constituída.

Assim, o analista winnicottiano acolhe não só a fala, mas também outras demandas do paciente como, por exemplo, a necessidade de contato, de ser *tocado*⁷ e sustentado pelo contato. Para tanto, coloca-se em cena, na clínica, de corpo presente. Em Winnicott, a escuta foi tratada como uma das formas sofisticadas de elaboração imaginativa do soma. Encarnado, o analista necessariamente atenta e se relaciona com elementos não verbais na clínica. Implícita na relação empática entre paciente e analista, a comunicação não verbal também foi discutida pelo autor em descrições e comentários diversos sobre pacientes: a maneira como falam ou comem, seu comportamento, seu gesto ao pegar uma espátula, sua vivacidade, sua tensão física, seu cansaço, seu ritmo, sua necessidade de silêncio, seu brincar, seu retraimento, seus estados de excitação, sua regressão etc.

⁶ Podem-se encontrar comentários de Masud Khan a respeito da postura clínica de Winnicott na Introdução dos livros *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* e *Holding e interpretação* (Khan 1978).

⁷ Segundo Masud Khan, no atendimento do paciente B, Winnicott rabiscava para se manter vivo, ou para manter a atenção somática. Nesse caso, o toque não é concreto, mas o analista sustenta o paciente com sua presença.

A técnica analítica winnicottiana inclui a sustentação⁸ de toda a situação analítica no tempo e o manejo⁹ dos momentos regredidos¹⁰ do paciente ou de suas atuações, em caso da assim denominada pelo autor tendência anti-social¹¹. O contato físico pode e deve ter lugar em ocasiões especiais como regressões a estados muito primitivos. De modo geral, pode-se dizer que um psicanalista winnicottiano deve ir ao encontro do gesto do paciente¹², permitindo que ele crie o analista que precisa “ao qual o analista real tem que se ajustar” (Winnicott 1948, p. 6).

Por exemplo, pode ser que, em determinado momento da análise, o mais importante seja a integração que o paciente faz, na relação com o analista, de suas partes dissociadas; em outro, a sobrevivência do analista aos ataques do paciente e a não retaliação, para que ele possa viver sua destrutividade e separar fantasia e realidade; em outro ainda, que o analista esteja presente como uma figura paterna, de modo que o paciente possa rivalizar e experimentar os conflitos próprios das relações triangulares, e assim por diante, de acordo com as necessidades do paciente para seu amadurecimento. Independentemente da conquista em questão, cabe ao analista permitir que o gesto iniciado pelo paciente venha a ter sentido e

⁸ Sustentação – ou *holding* – é tudo aquilo que a mãe faz e que dá confiança ao bebê e garante a continuidade de sua existência no início, e usa-se também para descrever um aspecto da atitude do analista winnicottiano. Neste trabalho, ambas as palavras são tomadas como equivalentes.

⁹ A palavra manejo – ou *handling* – também é emprestada dos cuidados iniciais, quando a mãe suficientemente boa manipula o bebê como uma pessoa inteira, e não apenas como um corpo. Refere-se ainda ao conjunto de atitudes do analista frente ao paciente e às situações clínicas.

¹⁰ Aqui, a palavra “regressão” é usada em sua acepção mais comum nos textos winnicottianos – refere-se à regressão à dependência, que só é possível quando o ambiente é confiável, e não à regressão aos estágios libidinais precoces.

¹¹ Winnicott denominou tendência anti-social o quadro clínico em que o indivíduo testa permanentemente o ambiente, em busca do objeto que um dia teve mas que foi perdido. Os atos anti-sociais representam a esperança que a pessoa tem de recuperar aquilo que sente que lhe é de direito. A tendência não está atrelada a uma etapa do amadurecimento propriamente, podendo apresentar-se mesclada a um quadro neurótico, depressivo ou de tonalidade psicótica.

¹² Essa expressão deve ser entendida de um modo amplo, significando desde reconhecer o momento do amadurecimento em que se situa um problema até a neutralidade do analista que espera aquilo que vem e o acolhe de modo que o gesto se torne significativo.

inaugure experiências que, vividas de maneira saudável talvez pela primeira vez, possam ser integradas.

Assim, todo processo terapêutico é pautado também em experiências, e não na mera compreensão intelectual de conflitos intrapsíquicos ou relacionais. Se tudo correr bem, deve desenrijecer defesas e, com isso, favorecer a retomada de potenciais que estancaram e a reunião de partes que estavam dissociadas. O bom andamento de uma análise winnicottiana implica transformações na qualidade da experiência de si na relação com o ambiente e, em certos casos, o próprio processo terapêutico está pautado na estruturação de um si-mesmo unitário, que inclui, entre outras coisas, as necessidades relativas à personalização ou o acordo entre psique e soma.

As mudanças na abordagem clínica do autor e as novas demandas que recaem sobre o analista winnicottiano podem ser mais bem compreendidas quando se observam 1) os aspectos fundamentais da visão psicossomática da psicanálise winnicottiana, 2) a teoria do amadurecimento, que permite compreender os processos de estruturação de um si-mesmo unitário enraizado no soma, e 3) a nova visão da psicopatologia, particularmente dos quadros clínicos relacionados às falhas na aquisição de uma boa constituição da parceria psique-soma¹³.

A idéia de uma psicanálise psicossomática pode ser encontrada, por exemplo, no livro *Natureza humana*, onde, além da já citada separação mente/corpo em nossa cultura, Winnicott problematiza o caráter fragmentário do conhecimento, chamando atenção para as dificuldades ocasionadas quando aspectos da criança passaram a pertencer isoladamente a diferentes disciplinas ou especialidades. Se essa fragmentação já era um

¹³ A psicopatologia winnicottiana é bastante abrangente, e não cabe nas dimensões dessa dissertação. Ao longo do trabalho, usarei algumas vinhetas clínicas do autor para facilitar a compreensão de determinados conceitos.

tema relevante então, permanece como marca de nossos tempos. Daí a atualidade de sua pergunta “onde encontrar essa criança?” (Winnicott 1988, p. 25), para a qual adota a postura inequívoca: conferir ao *animal humano* um lugar unificador da pesquisa a respeito do homem. Com esse conceito, abrange aspectos somáticos e psíquicos da pessoa em sua relação com o ambiente. Winnicott considerou que, concebida de modo psicossomático e em constante diálogo com outras disciplinas, a Psicanálise poderia concentrar o saber a respeito do amadurecimento humano e seus percalços, ou “juntar numa única exposição complexa os comentários produzidos a partir de cada um desses postos de observação” (Winnicott 1988, p. 25).

Nas palavras de Loparic (2000b, p. 2), Winnicott colocou “o animal humano no centro de sua psicanálise”, desenvolvendo uma concepção do amadurecimento humano eminentemente psicossomática. O modo como o autor transformou a linguagem psicanalítica evitando utilizar conceitos de caráter especulativo está exemplificado pela substituição do conceito de pulsão – que aloca os impulsos no âmbito do psíquico –, pelo termo “instinto”¹⁴. Com isso, Winnicott retomou o corpo como tal: não o corpo anatômico da Medicina, nem o ego corporal freudiano, mas o corpo vivo. Esse termo diz respeito a um corpo animado, que respira, tem necessidades, se expressa e é portador de uma qualidade criativa no encontro com as coisas¹⁵.

Winnicott não faz muita diferença entre as diversas demandas instintuais, que são tratadas como fatos empíricos. O pequeno *animal*

¹⁴ Loparic (1999a) demonstra os fundamentos filosóficos em que Freud se baseou para a criação do conceito de pulsão, situando os motivos da escolha de Winnicott pelo termo “instinto”. Observe-se que, segundo essa interpretação, o uso do termo se refere a uma decisão teórica, e não apenas a uma questão de tradução.

¹⁵ Note-se que não se trata de um corpo que apenas reage a estímulos, mas que permite, por meio de suas manifestações excitadas, que o bebê, no encontro com o objeto subjetivo, crie a si mesmo e ao mundo.

*humano*¹⁶ é acometido igualmente por diferentes ordens de excitações – precisa comer, mover-se, manifestar-se agressivamente etc. –, que podem ser tanto localizadas quanto gerais e têm um movimento próprio que tende ao clímax. É a partir do fogo das excitações e dos ritmos de seu corpo que o bebê pode dar início aos relacionamentos, consigo mesmo e com o mundo.

Além do conceito metapsicológico de pulsão, Winnicott descarta também a concepção freudiana de dualismo pulsional. Para ele, o impulso amoroso primitivo acomoda elementos destrutivos, que são próprios dos estágios iniciais – as manifestações somáticas iniciais do bebê são como o fogo¹⁷: pura vivacidade sem concernimento. Com isso, ele se aproxima da idéia de um monismo instintual primitivo, já anteriormente defendida por C. G. Jung (Loparic 2005).

As ondas de excitação propiciam a manifestação do potencial criativo primário do bebê: a busca não intencional de algo, que, ao ser encontrado, dará lugar à ilusão de contato¹⁸, ao sentimento de onipotência e, ao longo do tempo, ao relacionamento criativo com as coisas e com o mundo. Outro aspecto do potencial criativo primário do bebê se manifesta em sua capacidade de elaborar imaginativamente as sensações, funções e sentimentos, conferindo-lhes sentido. De modo primitivo, anterior aos processos de representação ou simbolização, o infante vai tornando próprias suas manifestações corporais, atribuindo-lhes determinado tom ou

¹⁶ A própria escolha da expressão “animal humano” é testemunha da dignidade que Winnicott confere aos aspectos somáticos da natureza humana. O animal de que se trata é aquele que respira e é portador da âni­ma.

¹⁷ O autor também dialoga aí com Abraham, que postulou a existência de um estágio oral sádico da libido. Para Winnicott, todos os conceitos que implicam relações objetais precoces e, portanto, pressupõem a existência do outro para o bebê no início da vida, são uma falsificação da realidade. De início, toda destrutividade é incompadecida (*ruthless*) e sem concernimento e não pode ser classificada como ambivalente.

¹⁸ Note-se que a questão do contato é colocada na chave do estabelecimento de uma área de ilusão.

qualidade, o que, com o tempo, configura uma organização psicossomática ou um modo de se alojar no corpo.

A idéia de criatividade primária é um importante diferencial da teoria winnicottiana e, com ela, o autor devolve ao gesto o estatuto de fundador da psique. Por meio do gesto espontâneo, o bebê explora, descobre, dá sentido a si mesmo e ao outro. Os alicerces do si-mesmo verdadeiro estão, assim, bem próximos à dança e a devires criativos, e não a processos de simbolização ou representação. É por meio do gesto espontâneo, quando atendido, que o bebê vive a realidade do impulso e os primeiros *flashes* de si mesmo. A somatória dessas experiências permite a constituição não só de um si-mesmo unitário, mas também do sentimento de realidade de si mesmo – ou um *sentir-se real*.

Além de urgências instintuais e do potencial criativo primário, faz parte do potencial herdado do bebê a tendência à integração. Como já ressaltado, Winnicott não entende o ser humano como primariamente movido por forças em conflito, mas concebe-lhe a existência como um acontecer no tempo durante o qual sua natureza se manifesta. A tendência à integração permite que os acontecimentos da vida do recém-nascido, inicialmente permeada por períodos de não-integração, paulatinamente ganhem um contorno relativamente estável. Para tanto, é preciso que o ambiente vá ao encontro do bebê e acolha seus gestos, propiciando um enquadre humano para suas manifestações.

Desde a situação uterina, a mãe precisa sustentar seu bebê, “[amá-lo] por todos os lados” (Winnicott 1988, p. 151), facilitando que os movimentos do feto, inclusive o ato de nascer, se tornem significativos. Com o nascimento, o colo continua a ser, em grande medida, físico e depende largamente da integração psicossomática da mãe, de sua capacidade de

segurar e manipular o bebê satisfatoriamente, levando em conta que está cuidando não só de um corpo, mas de uma pessoa. Do ponto de vista do bebê, se ele é reunido pelos braços da mãe e tratado como uma pessoa inteira – e não como um ajuntamento de membros –, ele se sente amado, e essas experiências fornecem a base para um bom desenvolvimento da parceria psique-soma

Há que se ressaltar a diferença, em Winnicott, entre os conceitos de psique e de mente. A psique depende de um tecido cerebral saudável e é o que torna possível que se dê sentido aos acontecimentos somáticos – na relação com o ambiente –, estando presente desde que o bebê começa a existir; em alguns textos, entretanto, o autor descreve-a como o *resultado* organizado dessas elaborações. A mente é definida como um ornamento da parceria psique-soma (Winnicott 1988), ou seja, se tudo correr bem, é uma aquisição mais tardia no amadurecimento, e não uma entidade originária que se relaciona com o corpo. Tem início quando a mãe não se adapta mais tão perfeitamente às necessidades da criança e esta, a fim de manter a onipotência, começa a compreender as ausências e as falhas, a relacionar certos fatos e a fazer previsões. Se isso for estimulado por um ambiente não suficientemente bom desde muito cedo, podem sobrevir um estado de alerta precoce e o desenvolvimento de uma mente controladora que tomará para si funções do ambiente. Nesse caso, a hipertrofia da mente ocorre em detrimento de um desenvolvimento saudável da parceria psicossomática.

Lembremo-nos de que, para o autor, no início, tudo o que é sentido no soma é também psíquico e ser amado é ser tocado de maneira satisfatória. Com o tempo, a psique vai se diferenciando a partir do soma. Com a elaboração imaginativa das funções, sensações, sentimentos e também das partes do corpo, vai se constituindo um esquema corporal, e as relações

entre soma e psique se complexificam. O soma vai se tornando pessoal, guardando as características de uma história que é única, e vai se constituindo o mundo interno pessoal, um mundo de fantasias que são sentidas como localizadas dentro do corpo. O esquema corporal comporta uma membrana, um dentro e um fora. A ingestão e a excreção passam a fornecer o esquema por meio do qual se realizam as trocas entre mundo interno e externo. Quando esse esquema se tiver constituído, as relações instintuais passam a enriquecer o mundo interno e a fortalecer a coesão psicossomática.

Segundo essa concepção, as urgências instintuais ou as excitações primitivas são inicialmente tão externas à pessoa do bebê quanto um trovão (Winnicott 1965m). Conforme são elaboradas imaginativamente, passam a se constituir como instintos propriamente, sendo unificadas, organizadas e podendo ser controladas e integradas a um esquema corporal e a um si-mesmo que vai se construindo.

Os diferentes momentos de predominância instintual são organizados de acordo com a função que adquire relevância para o bebê a cada etapa. Se um determinado tipo de excitação não tem sentido relacional para o bebê em dada época, não sendo pessoalizada, deixa de ter importância. Uma vez constituídos, os instintos se tornam significativos para o si-mesmo¹⁹ no

¹⁹ Nesse sentido, compreende-se a afirmação de Winnicott de que não há id sem ego, ou seja, de que só há experiência instintiva à medida que o ego do bebê seja suficientemente forte para experimentar e se fortalecer com a relação instintual, ao invés de ser assolado por ela. Como esclarece Loparic, é possível que se diferencie o modo como Winnicott usa os termos ego e si-mesmo: “Quando eu falo de mim mesmo ou afirmo ‘eu sou’, eu não falo [...] do meu ego. Falo de mim mesmo, isto é, de um determinado tipo de identidade ou mesmidade concreta, fatural, caracterizada por Winnicott como continuidade de ser, baseada no crescimento do psique-soma e que, com o tempo, assume (verdadeiro si-mesmo) ou deixa de assumir (falso si-mesmo) as funções mais avançadas da elaboração imaginativa [...] enquanto o ‘si-mesmo’ é um termo descritivo [...] o ‘ego’ é um termo técnico e teórico. Winnicott acrescenta que não conviria traduzir

interior das relações duais e triangulares e adquirem colorações de ordem sexual. Ou seja, em Winnicott, a instintualidade é pensada em relação direta com o desenvolvimento do eu e da capacidade que o ser humano conquista de se relacionar, e nunca em termos de uma progressão instintual pura e simples.

Se tudo correr bem, após experimentar um período de ilusão de onipotência, o bebê estará capacitado para as primeiras experiências de frustração no desmame.

O que o bebê deixa para trás ao amadurecer não é a ilusão, que permanece, mas a ilusão de onipotência. Com o tempo, surge uma compreensão de que a existência do mundo é anterior à do indivíduo [...] Contudo, o sentimento de que o mundo foi criado pessoalmente e pode continuar a ser criado não desaparece (Dias 2003, p. 85).

A passagem para o mundo objetivo é intermediada pela área de transicionalidade. Ao brincar, o bebê cria um espaço potencial entre ele e a mãe, possibilitando que se inicie o longo caminho da separação do eu e do não-eu. Essa separação só pode ocorrer na medida em que o bebê já tenha conquistado confiança na constância da presença da mãe. O lactente transita por um espaço/tempo que não é totalmente subjetivo nem objetivo, mas que é uma terceira via de acesso à realidade. Ao eleger um primeiro objeto de posse, o bebê celebra a presença da mãe, ou seja, presentifica a mãe nos limites de sua área de onipotência e da externalidade do objeto, que não se deixa controlar completamente. Segundo Dias, o contato com a realidade

self por *le moi corporel*, pois ‘há boas razões para que o termo *self* não seja sempre usado a fim de enfatizar o corpo, excluindo um *self* mais abstrato que, entretanto, certamente está incluído no conceito de um cérebro que funciona de maneira sadia’. Em outras palavras, o si-mesmo não é o ‘ego corpóreo’, pois ele designa tanto o esquema corpóreo, no sentido de Scott, como a pessoa concreta que se constitui e, desta feita, se vale desse esquema (Loparic 2000b, p. 27-28).

depende da criatividade e, sem ela, nenhuma realidade pode ter significado (Dias 2003), e é o objeto transicional que torna possível esse contato. O autor esclarece que a realidade a que se refere não é a do princípio da realidade, mas o sentimento de real que se funda na ilusão.

Winnicott enfatiza que transicional não é o objeto em si, mas o uso que o bebê faz dele. De modo geral, o percurso do subjetivo ao objetivamente percebido inicia-se com o uso excitado do polegar ou dos punhos. Esse comportamento não diz respeito apenas à satisfação oral ou ao relacionamento baseado no funcionamento corporal – embora esses fatores estejam evidentemente presentes –, mas está em jogo aí a relação com o objeto baseada em *experiências corporais*, ou seja, o relacionamento egóico entre a mãe e o bebê. A ponta do cobertor ou o ursinho fazem as vezes da mãe – o que importa é a presença, o contato, o cheiro e a impressão de vivacidade. Por outro lado, Winnicott compara essa relação com a do leão com seu osso, tamanha a intensidade dos sentimentos e a agudez dos sentidos envolvidos.

A conquista da capacidade de percepção objetiva da realidade depende da possibilidade de o bebê experimentar sua destrutividade em plena potência e, para tanto, é preciso que ele primeiro se relacione com o objeto subjetivo, depois que o destrua e, por fim, que o objeto sobreviva. Só assim ele pode colocá-lo para fora de sua área de controle onipotente e usá-lo como objeto externo. Se não houver retaliação nessa etapa, o indivíduo passa a poder integrar as idéias destrutivas que acompanham seus impulsos excitados e, por meio da fantasia inconsciente, destruir o objeto por toda a vida. Note-se que se trata de uma destrutividade sem raiva, veiculada pelo impulso primitivo mas não instintual. O bebê precisa destruir o objeto

subjetivo para descobrir um mundo que se mantém e tem valor por si mesmo, e não porque é protegido de seus impulsos.

A diferenciação entre o eu e não-eu deve começar nesse momento. A criança torna-se capaz de ter a fantasia de que, como um castelo, seu corpo pode ser atacado por quem está fora – o castelo é o próprio corpo, interpretado imaginativamente. Como diz Loparic, esse é um exemplo de “casos de dação de sentido interpessoal às funções corpóreas menos primitivas” (Loparic 2000b, p. 29). Isso acontece quando se alcança gradualmente um estado de coisas no qual “as fronteiras do corpo são também as fronteiras da psique. [...] juntamente com a capacidade de usar o pronome da primeira pessoa do singular” (Winnicott 1988, p. 144).

Winnicott descreve também o momento em que se inicia o concernimento no bebê. Até então incompadecido, sem consciência de sua agressividade, o bebê começa a se dar conta de que a mãe dos estados tranquilos, aquela que lhe proporciona o *holding* e o aconchego (mãe-ambiente) é a mesma mãe que satisfaz seus instintos (mãe-objeto). Concomitantemente, começa a perceber que ele também é o mesmo bebê, nos dois estados. Esse é um momento importante da integração, em que, simultaneamente ao desenvolvimento da percepção de si mesmo e do outro, inicia-se no ser humano a possibilidade de sentir culpa e de se responsabilizar pelos próprios atos. A partir desse momento, pode-se falar em um dentro e um fora constituídos, na possibilidade de se relacionar com o objeto total e numa integração de passado, presente e futuro.

Ao lado, portanto, de outras importantes tarefas iniciais como a da integração e a do estabelecimento da relação criativa com as coisas e com o mundo, Winnicott constatou que o estabelecimento de uma parceria psique-

soma é uma conquista. Relações consistentes entre soma e psique – ou entre a pessoa e seu corpo – nunca são garantidas.

Do mesmo modo, que não há, em Winnicott, uma realidade psíquica pré-constituída, ou seja, o corpo biológico não garante o funcionamento humano. Nesse sentido, o conceito de personalização distingue sua obra das correntes psicanalíticas que *consideram óbvia a localização da psique no corpo*. O amadurecimento e a constituição de um si-mesmo são descritos pelo autor com base na saúde, têm um valor positivo e incluem o estabelecimento de um dentro, um fora e um sentido de si ligado ao corpo, ou seja, a constituição de um esquema corporal, de um lado, e, de outro, de um mundo interno:

Esse estatuto unitário não se parece em nada com a coesão sem fissuras [...] Ao contrário, é exatamente por integrar-se numa unidade e passar a ter uma realidade psíquica interna que o indivíduo poderá, então, padecer de conflitos inconscientes (Dias 2003, p. 146).

As patologias cuja etiologia está relacionada às falhas ambientais foram largamente exploradas por Winnicott, e muitos são os quadros clínicos ligados ao não cumprimento das tarefas iniciais. Loparic ressalta que o distúrbio no amadurecimento é necessariamente um distúrbio na continuidade do ser, que é psicossomática. Nesse sentido, o campo de estudo que se abre é vasto. Ao eleger algumas vinhetas clínicas da obra de Winnicott, pretendo apenas ilustrar alguns dos conceitos discutidos ao longo da dissertação com base no contexto explicitado aqui.

CAPÍTULO 1

A mudança de linguagem

O objetivo desse capítulo é o de evidenciar alguns aspectos da mudança da linguagem psicanalítica operada por Winnicott, que, ao reaproximar o psicanalista dos fatos clínicos, facilitou uma prática psicanalítica encarnada. Será brevemente retomada a interpretação, proposta por Loparic, de que o autor realizou uma mudança de paradigma no interior da Psicanálise.

Ressaltarei o fato de que, a fim de abarcar novos achados clínicos, Winnicott ampliou o campo psicanalítico e, para tanto: 1) preservou os fatos empíricos que fundamentaram o conhecimento psicanalítico, 2) descartou conceitos especulativos e buscou uma linguagem viva, reaproximando o estudioso e o psicanalista da experiência da pessoa, 3) redescreveu a teoria psicanalítica a seu modo, mudando seu eixo, da sexualidade para o amadurecimento, e 4) construiu uma teoria psicossomática que possibilita uma abordagem clínica encarnada.

1.1 Winnicott: a busca de uma linguagem viva

É sabido que, quando de seu surgimento, a Psicanálise dedicou-se a desvendar o enigma das conversões e paralisias histéricas, tendo sido esse o maior estímulo para o desenvolvimento inicial de suas pesquisas. Uma das grandes contribuições da nascente disciplina ao campo da saúde na época foi a concepção de novas relações entre corpo e psique.

De acordo com estudiosos do tema, a metapsicologia freudiana se insere na tradição da metafísica que fundamentou o modelo cartesiano de subjetividade²⁰. Nesse enquadre, que, segundo essa interpretação, estruturou o pensamento das escolas psicanalíticas tradicionais, o sujeito é pensado como um sujeito representante, constituído e impulsionado por pulsões em direção ao objeto; o único acesso ao objeto, interno ou externo, se dá via representação²¹ (Loparic 1999a). É possível pensar que esse modo de teorizar tenha propiciado o afastamento do psicanalista, tanto na pesquisa quanto na clínica, dos aspectos somáticos da existência²².

A concepção da realidade psíquica – à maneira de uma entidade especulativa – como causadora do sofrimento humano facilitou o distanciamento, por parte do pesquisador e do clínico, do indivíduo concreto. Reduzido ao lugar de desvendamento de lacunas da fala, o *setting* terapêutico esvaziou da cena clínica a importância da presença psicossomática do paciente (e do próprio terapeuta), de suas ações (que passaram a ser sinônimos de atuações resultados de incapacidade de simbolização), de seus gestos e dizeres não verbais. A dimensão corpórea do indivíduo foi novamente relegada ao campo da Medicina e da Psiquiatria: de um lado, o corpo/organismo, de outro, um aparelho psíquico concebido no vácuo, *desencarnado*.

²⁰ Como referência a essa questão, que não se desenvolverá aqui, cito os seguintes artigos de Loparic: “Winnicott e o pensamento pós-metafísico” (1996), “O conceito de *Trieb* na Psicanálise e na Filosofia” (1999a), “É dizível o inconsciente?” (1999c), “Is the Enlightenment an Outdated Program?” (2000c), “O animal humano” (2000b) e “Além do inconsciente: sobre a desconstrução heideggeriana da Psicanálise” (2001a).

²¹ Evidentemente, as interpretações a esse respeito não são unívocas. Por exemplo, Joel Birman afirma que a Psicanálise freudiana, especialmente a da segunda tópica, assegurou um estatuto positivo ao corpo e que foi o discurso pós-freudiano que não designou um lugar para o corpo. Tendo sido definido nesse discurso em oposição ao psiquismo, reduzido ao registro somático, anatômico e biológico, que se inscrevem no mundo da natureza, o corpo não encontrou lugar na prática psicanalítica, que se limita ao deciframento de significantes e representações (Birman 1999, p. 54).

²² O corpo entrava, no máximo, como fonte física das pulsões, que eram vistas como seus representantes psíquicos (Loparic 2000b, p. 34).

Ao longo de seus 40 anos de prática pediátrica e psicanalítica, do início dos anos 1930 até a década de 1970, Winnicott atendeu a cerca de 60 mil casos clínicos²³ e construiu uma perspectiva teórica e clínica própria, que se desenvolveu em direção oposta a essa tendência²⁴.

No cenário das divergências entre as principais escolas britânicas da época – os freudianos, representados pela escola de Anna Freud, de um lado, e os seguidores de Melanie Klein, de outro –, Winnicott situou-se num terceiro grupo, denominado Middle Group, ou Grupo do Meio. Apesar de nunca negar sua filiação, principalmente de Freud e Melanie Klein, e de reconhecer seu trabalho inclusive como uma continuidade das idéias desses dois autores, o autor sempre se manteve numa posição de independência com relação às tendências dominantes.

Teve como ponto de partida a pediatria, o que lhe permitiu a observação de milhares de mães junto com seus bebês, em consultas. Já no interior dessa prática, Winnicott, ao contrário de seus colegas, evidenciou sua vocação por uma visão integrada do ser humano. Especializou-se pela vertente psicológica da pediatria²⁵, interessando-se pelos aspectos emocionais dos distúrbios. Verificou que menos da metade de casos no ambulatório incluíam doença física. Já em 1936, estava atento a problemas como os de distúrbio de alimentação, por exemplo, como evidencia a observação a seguir:

²³ Nesse número estão incluídos os casos pediátricos e os atendimentos em modalidades como a da terapia breve, consultas terapêuticas, orientações a pais à respeito de manejo com os filhos etc.

²⁴ Segundo Loparic, Winnicott se inscreve numa “corrente em forte ascensão, hoje, que tenta ultrapassar o dualismo cartesiano, reavaliando o sentido da encarnação do ser humano” (Loparic, 2000, p. 2).

²⁵ Winnicott sonhava com o momento em que as doenças físicas já tivessem sido devidamente pesquisadas, para que os pediatras pudessem finalmente se debruçar sobre os aspectos emocionais dos distúrbios pediátricos.

Obviamente, em qualquer serviço médico ambulatorial há uma altíssima percentagem de casos em que a criança é trazida exatamente em razão de uma sub ou superalimentação, ou de uma ampla gama de outros tipos de extravagância do apetite. Estamos nos dando conta cada vez mais de que muitas dessas crianças estão fisicamente muito bem e que, ainda assim, devem estar doentes em seus sentimentos (Winnicott 1936, p. 96-97).

Winnicott logo se qualificou como psicanalista²⁶ de adultos e também de crianças. Precisou lidar com o que veio a denominar tendência anti-social quando atuou como consultor no programa de evacuação de crianças, durante a Guerra. Mas foi a partir do atendimento psicanalítico de pacientes *borderline* e psicóticos, em profunda regressão, que ele se deparou com fatos clínicos inéditos, aos quais não tinha acesso mediante a análise de adultos nem de crianças de dois anos e meio. Esses fatos não puderam ser entendidos nos termos da linguagem psicanalítica estabelecida.

O autor encontrou grande resistência às suas idéias em meio à Sociedade Britânica. Ainda assim, ao longo dos anos, consolidou uma mudança teórica significativa e uma abordagem própria, podendo descrever suas descobertas à sua maneira.

Irrequieto e não conformista, Winnicott travou uma verdadeira batalha contra um determinado modo de teorizar que, a seu ver, fazia uso de jargões com finalidade em grande medida meramente propagandística. A metapsicologia freudiana também foi alvo de seus ataques por, segundo ele, ter “uma aparência de compreensão onde tal compreensão não existe” (Winnicott 1987b, p. 51). Evidenciou seu repúdio contra o dogmatismo das escolas que, acreditava, emperrava o avanço do conhecimento.

²⁶ Essa qualificação incluiu dois longos períodos de análise, primeiro, com o freudiano James Strachey e, a seguir, com a kleiniana Joan Rivière, além da supervisão com Melanie Klein.

Se você estipular que no futuro apenas a sua linguagem será usada para expressar as descobertas de outra pessoa, então a linguagem se torna uma linguagem morta, como já se tornou na Sociedade (Winnicott 1987b, p. 30-31).

Assim, avesso ao dogmatismo e ao partidarismo dentro das escolas, Winnicott lutou pela possibilidade de comunicar suas descobertas em linguagem própria, livre dos jargões kleinianos²⁷ da época e da forma de teorizar que priorizava a discussão metapsicológica, obscurecendo, a seu ver, os fatos clínicos e constringendo o avanço do pensamento²⁸. Prezou a criatividade do pesquisador, no sentido winnicottiano²⁹ desse termo. Dizia sentir-se compelido a trabalhar à sua própria maneira e a se expressar, primeiro, em sua própria linguagem, mesmo que em seguida descobrisse que as idéias não fossem tão originais quanto imaginava (Winnicott 1987b, p. 47). Entendia que a comunicação de um novo achado tinha o valor de um gesto, com algo de pessoal, que merecia ser acolhido.

Possivelmente afinado com os movimentos da vanguarda artística do início de seu século³⁰ e com o movimento de contracultura do qual foi contemporâneo, Winnicott adotou uma postura crítica à crença, intrínseca ao projeto moderno, de que tudo o que existe pode ser formulado ou objetivado

²⁷ Winnicott entendeu que o uso indiscriminado de jargões estava presente principalmente na escola kleiniana da época: “[...] sinto que a Sociedade fica terrivelmente entediada com a insistente propaganda de termos. Nos últimos meses, as palavras ‘identificação projetiva’ foram usadas várias centenas de vezes. Naturalmente, estamos sob a ameaça de, por alguns meses, a palavra ‘inveja’ ser introduzida em toda parte. Como você sabe, as palavras ‘objetos internos’ surgiram em todos os ensaios, até a época em que a identificação projetiva tomou seu lugar” (Winnicott 1987b, p. 81).

²⁸ Em carta a Michael Balint, de 1960, Winnicott declarou que sempre será de opinião que é “relativamente desimportante o modo como Freud contestava a si próprio e gradualmente estimulava o pensamento, fazendo novas sugestões [teóricas]” (Winnicott 1987b, p. 111).

²⁹ O sentido da criatividade em Winnicott será discutido ao longo deste trabalho. Aqui, importa saber que a criatividade está sendo entendida no sentido da personalidade que pode estar presente numa comunicação quando se utiliza uma linguagem que não esteja morta ou aprisionada por jargões.

³⁰ É sabido que a história da arte moderna e contemporânea é recheada de movimentos artísticos e de artistas individuais que tentaram superar o conceito de arte como mera representação e buscaram acesso a um inconsciente mais primitivo, trazendo à cena o corpo e o gesto. Seria arriscado enumerar exemplos, sugerindo falsamente que essa tendência tenha sido restrita a um pequeno grupo. Cito aqui apenas o artista plástico irlandês Francis Bacon, pelo fato de seu trabalho ter sido comentado por Winnicott (1971a). Como referência ao tema, cito ainda “Francis Bacon, the logic of sensation”, de Gilles Deleuze (2003), e “Ser imagem para outro (Winnicott/Bacon)”, de Rogério Luz (1998).

por palavras³¹. Por exemplo, reservou, em sua clínica, um lugar fundamental ao silêncio, que tinha um valor positivo, não sendo entendido apenas como resistência.

Nunca escondeu sua aversão pelo uso indiscriminado de termos técnicos para o entendimento de determinados aspectos da pessoa³². Por relevar a preservação do sentido da experiência do bebê nas primeiras etapas da vida, deparou-se com a difícil tarefa de descrever fatos que desafiavam a lógica e as palavras. Prioritariamente descritivo³³, seu modo de teorizar permitiu a distinção daquilo que denominou “o ponto de vista do bebê” do “ponto de vista do observador”. Face à especificidade dos fenômenos das etapas iniciais da vida, buscou um tipo particular de linguagem, ou seja, reconheceu que a linguagem objetificante, útil para referência aos conflitos pertinentes às etapas avançadas do amadurecimento, não era adequada para descrever fenômenos primitivos sem que houvesse uma distorção irreparável e uma perda de compreensão. Winnicott reconheceu inclusive que muito do que constatou a respeito das primeiras etapas da vida foi

³¹ Em seu “É dizível o inconsciente?”, Loparic demonstrou que a mesma modernidade que promoveu o culto ao racionalismo como uma nova religião produziu muitos críticos desse modo de pensar. Não só filósofos, mas numerosos artistas e poetas apontaram os terríveis efeitos da regulamentação do bem dizer, não apenas no âmbito filosófico-científico, mas também no das relações sociais. A obrigatoriedade do dizer correto, técnico, tornou-se uma barreira invisível e, por isso mesmo, uma perigosa violência ao acesso ao ser humano como tal. Sobre o tema, que não será desenvolvido nesse trabalho, consulte-se Loparic (1999c).

³² Do mesmo modo, era radicalmente contrário à objetificação do conhecimento, de maneira geral, a respeito do ser humano, que facilmente levaria à homogeneização de comportamentos em nome da saúde. Em seu “A criança e seu mundo”, transcrição de palestras proferidas a pais, esclarece insistentemente que o que dizia não deveria ser tomado como modelo de comportamento e que as pessoas mais bem indicadas para saber de que forma cuidar de seus filhos são os pais. Era igualmente avesso à aplicação de técnicas de cuidado em nome da saúde. Por exemplo, mesmo considerando o fato de que o bebê criado com mamadeiras poderia estar de certo modo protegido de sintomas, por não ter uma relação tão estreita com a mãe, que podia estar doente, era contra o uso indiscriminado de mamadeiras para esse ou qualquer outro fim de saúde. O autor sempre deixou bem claro que não priorizava a saúde pensada isoladamente; mas, sim, principalmente, a personalidade no trato e a riqueza da personalidade do indivíduo (Winnicott 1964a).

³³ Em alguns de seus textos, mesmo os mais recentes, quando já tinha consolidado uma linguagem própria, Winnicott usa termos não tão descritivos, retomando alguns conceitos da metapsicologia freudiana. Compreendo que ele tenha procedido dessa maneira para fins de comunicação, buscando construir pontes com a Psicanálise tradicional.

antecipado por poetas e filósofos, tendo considerado a linguagem poética a que mais nos aproxima dos acontecimentos primitivos³⁴.

Assim, o abandono de determinados conceitos metapsicológicos e a busca por palavras adequadas do inglês corrente parece ter se devido menos a uma suposta dificuldade pessoal com relação ao texto freudiano do que com sua preocupação em preservar – da forma sensível que lhe permitiu formular, por exemplo, o conceito de solidão essencial – o que entendia ser o sentido da experiência do bebê (ou do paciente) sem forjar, de maneira intrusiva, conceitos que não diziam respeito a essa experiência, mas sim a uma construção teórica preestabelecida.

Winnicott redescreveu alguns dos conceitos já consolidados pela Psicanálise tradicional, inventou novos e buscou construir pontes entre as teorias. Segundo Robert Rodman, o autor possivelmente se interessava menos pelo Freud “construtor de sistemas” e mais pelo “criador do método de sondar almas” (Winnicott 1987b, p. XXV) e acrescentou que ele não precisava de um “consolo metafísico”³⁵, ou seja, construir um sistema fechado com aparência de verdade com V maiúsculo³⁶, “do tipo que se poderia obter, por exemplo, num sistema filosófico convincente” (Winnicott 1987b, p. XXV). Essa interpretação corrobora a declaração do próprio autor na introdução de seu livro *Natureza humana*, em que ele faz talvez o

³⁴ Loparic afirma que “Winnicott concede, num texto significativo de 1945, que se possa supor que um poeta como Shakespeare já compreendeu tudo o que possa ser descoberto pela psicanálise”, complementando que a psicanálise tem vantagens sobre a “compreensão intuitiva” do artista: por ser produzida metodicamente e baseada em teorias testadas, a compreensão psicanalítica pode “falar de maneira menos insensata da natureza humana”. E complementa: “entre os poetas preferidos de Winnicott, estão, além de Shakespeare, John Donne e T.S. Eliot” (Loparic 1999c, p. 379-380).

³⁵ Não pretendo aqui afirmar que Freud, por meio da sistematização metapsicológica, de fato pretendeu construir um arcabouço teórico com pretensão ao *status* de verdade. Apenas emprestei as palavras de Rodman para tornar mais clara a postura winnicottiana com relação à dimensão de sua contribuição, explicitada em seguida.

³⁶ Sua aversão a sistemas fechados pode ser ilustrada também com a declaração que fez a Joan Rivière de que estava chocado com sua afirmação de que “o sistema de pensamento kleiniano havia abrangido tudo e que não havia mais nada a ser feito além de ampliar a aplicação das teorias” (Winnicott 1987b, p. 85).

apanhado mais sistemático e completo de suas idéias: “Desta maneira, eu talvez consiga uma descrição pessoal [a respeito da natureza humana] – e, portanto, compreensivelmente limitada – de um tema que em si mesmo não conhece limites” (Winnicott 1988, p. 21). Assim, ainda que evidentemente não tenha pretendido dar a versão definitiva do que seria a natureza humana, é consenso entre os estudiosos da Psicanálise que ele deu uma sólida contribuição à ciência psicanalítica.

Embora o abandono da metapsicologia possa às vezes dar a impressão de incoerência no uso dos termos e a escolha de palavras simples possa induzir à ilusão de que sua leitura é fácil, o texto winnicottiano prima pela profundidade e o conjunto da obra demonstra que o autor organizou os resultados de sua longa e consistente pesquisa de forma pessoal, coerente e inteligível³⁷.

1.2 Da teoria da sexualidade à teoria do amadurecimento: a mudança de paradigma

Dentre os principais pontos de divergência com relação à Psicanálise tradicional, está o tema da importância dos fatores ambientais concretos para o desenvolvimento do indivíduo, no início da vida. Sem descaracterizar ou sacrificar as descobertas psicanalíticas a respeito dos fatores internos, Winnicott restituiu ao campo de investigação e da prática psicanalítica a importância do ambiente. Em suas palavras:

³⁷ O fato de Winnicott se opor a sistemas rígidos não significa que não sistematizasse suas idéias, as quais adquiriram contornos nítidos ao longo da evolução de sua pesquisa. No trabalho de Dias (2003) *A teoria do amadurecimento em D. W. Winnicott*, grande parte das idéias winnicottianas está bem explicitada e de forma coerente.

Estremeço ante o perigo de que meu trabalho seja tomado como uma tentativa de fazer a balança da argumentação pender para o lado ambiental, embora eu realmente seja da opinião de que a psicanálise tem agora condições de dar importância plena aos fatores externos, tanto bons quanto maus, e especialmente à parte desempenhada pela mãe no estágio bem inicial, quando o bebê ainda não separou o “eu” do “não-eu” (Winnicott 1987b, p. 122).

Em seu “Teoria do relacionamento paterno-infantil”, de 1960, Winnicott tece comentários a respeito dessa questão. Cita uma nota de rodapé em que Freud reconhece que a ficção criada por ele, de uma organização escrava do princípio do prazer que negligencia por completo a realidade externa não poderia manter-se viva, a não ser que se considerasse o cuidado que o bebê recebe da mãe (Freud 1911, p. 20). Segundo Winnicott, Freud deixou de lado esse assunto porque não estava preparado para discutir suas implicações (Winnicott 1960c, p. 40). Nesse mesmo texto, ele afirma que, do mesmo modo que Freud, também Melanie Klein reconheceu a importância do ambiente nos estágios iniciais, sem, entretanto, desenvolver o tema da dependência e das conseqüências dessa realidade no trabalho com a transferência (Winnicott 1960c, p. 40).

Ao contrário da perspectiva desses dois autores, Winnicott viu nesse tema a chave para a compreensão, por um lado, daquilo que acontece com a criança antes que ela alcance o *status* de unidade e, por outro, dos distúrbios não-neuróticos – as psicoses, as depressões, os distúrbios psicossomáticos e a tendência anti-social. Assim, explorou ao máximo as conseqüências teóricas e clínicas do achado. Nesse contexto, pode-se compreender sua contundente afirmação, em discussão em uma reunião científica da Sociedade Psicanalítica Britânica mais ou menos de 1940, de que “não há

tal coisa como um lactente” [*There is no such thing as na infant*]³⁸ (Winnicott 1960c, p. 40). Com ela, o autor quis iluminar o fato de que o vir a ser do bebê depende de um bom ambiente ou, dizendo de outro modo, de que, sem um ambiente suficientemente bom, o bebê pode nem chegar a ser. Em seu entendimento, os distúrbios acima citados são em grande medida o negativo do processo – positivo – das conquistas necessárias para a constituição de um si-mesmo.

Observe-se que é intrínseco à teoria winnicottiana o fato de que a existência se dá sob o pano de fundo da não existência [*only out of non-existence can existence start*] (Winnicott 1963, p. 95), ou seja, da possibilidade de não se chegar a conquistar a posição de ser si-mesmo, inserido do tempo/espaço, alojado no corpo e capaz de se relacionar e ter conflitos nas relações. Portanto, onde quer que se encontre um bebê, não se pode deixar de considerar alguém ao seu lado, atendendo às suas necessidades de forma satisfatória ou não, propiciando-lhe ou não tais conquistas. O indivíduo advém de bons cuidados e de bons encontros, e a unidade primordial é constituída, inicialmente, por, na expressão do autor “dois em um”: a mãe, ou sua substituta, e o bebê.

A interpretação de Loparic de que o conjunto das transformações teóricas e de linguagem operadas por Winnicott constitui uma mudança de paradigma teve como instrumento a visão khuniana de evolução da ciência (Khun 1998). Segundo essa visão, a ciência cresce por saltos, e não em progressão contínua. Em qualquer área de pesquisa científica, são desenvolvidos conceitos e toda uma linguagem que é comum aos

³⁸ Em 1959 – além de em outros textos –, Winnicott reitera: “Estamos nos referindo ao fato de não existir uma coisa chamada bebê, porque, quando vemos um bebê nesse estágio inicial, sabemos que com ele encontraremos o cuidado infantil com o bebê, como parte desta função” (Winnicott 1989i, p. 45).

pesquisadores durante um período determinado, para fins de comunicação e continuidade das pesquisas. A própria evolução das pesquisas, entretanto, enseja o surgimento de descobertas que são revolucionárias. Quando isso acontece, a disciplina alcança um novo patamar ou um assim chamado novo paradigma. Este não se reduz à ampliação da antiga perspectiva ou ao acréscimo de uma nova – um novo paradigma é uma mudança de *gestalt* ou do modo de se verem as coisas. Como vimos, a fim de abranger fenômenos que diziam respeito às conquistas mal alcançadas com relação à integração no tempo e no espaço, à integração da instintualidade, ao estabelecimento de uma relação satisfatória da psique com o corpo e, finalmente, ao estabelecimento do contato com o outro e com a realidade por meio da ilusão, Winnicott precisou substituir a teoria da sexualidade desenvolvida por Freud pela teoria do amadurecimento³⁹, e a situação edípica pela do bebê no colo da mãe, estabelecendo uma nova teoria-guia e um novo exemplar. Esse é um exemplo de mudança de *gestalt*, ressaltando-se o fato de que o objetivo de mudanças desse tipo não é o de se atingir “algo como a verdade última, mas a eficiência temporariamente maior do conhecimento científico na resolução de problemas” (Loparic 2001b, p. 3). Essas descobertas inéditas, por seu turno, trouxeram à psicanálise instrumentos para a compreensão de uma série de distúrbios precoces – para citar apenas um, a paranóia congênita⁴⁰.

³⁹ Isso aconteceu porque no atendimento – principalmente de pacientes *borderline* – encontrou fenômenos que não puderam ser explicados por meio da chave edípica. Ressalte-se que Winnicott atendeu com grande dedicação alguns casos de pacientes *borderline* e psicóticos. Na Introdução de *Natureza humana*, conta que, num desses casos – que, inclusive, segundo o autor, terminou tragicamente –, despendeu, sem expectativa de remuneração, 2.500 horas de trabalho. (Winnicott 1988)

⁴⁰ Em texto de 1954, Winnicott relata seis episódios transcorridos no decorrer da análise de um paciente esquizóide-depressivo, demonstrando o modo como lidou com os novos achados, que incluíram fenômenos como o do retraimento e o da regressão, na transferência (Winnicott 1954, p. 347). A descrição completa desse caso, denominado por ele “caso B”, está em seu *Holding e interpretação* (2001).

Em sua teoria do amadurecimento, Winnicott descreveu pormenorizadamente as tarefas que são impostas ao bebê humano desde seu nascimento. Isso se tornou possível quando ele pôde deixar de pagar tributo aos termos metapsicológicos que eram tradicionalmente utilizados para referência às etapas iniciais da vida – narcisismo primário, pulsão de vida e de morte, aparelho psíquico⁴¹ – e pôde enxergar a precariedade de um ser humano ao nascer, seus estados não integrados e sua condição de absoluta dependência. Desprovido de recursos egóicos e de mecanismos mentais sofisticados, o bebê winnicottiano, se não assistido por um ambiente satisfatório, está à mercê das intrusões e das assim chamadas *agonias impensáveis*. Quando há intrusão, ele precisa reagir, e isso constitui um trauma porque rompe a única identidade que o bebê pode ter nessa etapa: a continuidade de seu existir.

Uma característica central de toda essa mudança – teórica, não apenas de linguagem, mas, como entende Loparic, de paradigma –, é a de que a teoria winnicottiana é fundamentalmente psicossomática, como pode ser constatado em sua descrição da identidade inicial como continuidade de um existir psicossomático. Em Winnicott, os primeiros sentidos de si – se há *holding*, no útero, inicialmente, e depois, no colo da mãe –, são as próprias manifestações somáticas e sua elaboração. De acordo com as idéias, poder-se-ia afirmar que, no início, não há representações nem totais, nem parciais de si ou do outro. No início, há acenos, gestos e encontros.

⁴¹ Em sua tese de doutorado, *O método especulativo em Freud*, Fulgêncio (2001) demonstrou que é possível circunscrever epistemologicamente a Psicanálise no interior da tradição do programa kantiano de pesquisa para as ciências naturais. Essa metodologia inclui necessariamente uma parte da teoria que é empírica, baseada na observação, e outra que é especulativa, baseada na invenção de ficções que não têm uma contraparte no mundo sensível e que visam a preencher as lacunas do conhecimento empírico e servir de motor ao desenvolvimento do arcabouço teórico. Segundo declarações do próprio Freud, a segunda parte, especulativa, seria não só passível de revisão constante, como esse procedimento foi utilizado por ele durante todo o processo de evolução de suas idéias. Esclareço que este tema não será discutido aqui.

1.3 O abandono de alguns termos metapsicológicos: aspectos do desenvolvimento de uma linguagem própria

A fim de explicitar aquilo que Winnicott descreveu como o ponto de vista do bebê no início da existência, é preciso ter em mente que o autor descartou os conceitos de pulsão de vida e de morte, evitou as expressões “narcisismo primário” e “narcisismo secundário” – embora os tenha usado num sentido diferente daqueles encontrados em Freud –, e abandonou a idéia de um aparelho psíquico⁴². Com isso, abriu mão do modelo metapsicológico da Psicanálise tradicional, valorizando, em seu lugar, os aspectos experienciais nas primeiras etapas da vida. Desse modo, lançou mão de conceitos descritivos tais como estado de não-estar-vivo, motilidade, oposição, interrupção na continuidade da existência, reatividade (e não pulsão de morte), solidão, anatomia viva, vitalidade, tensão instintual, criatividade, ilusão de contato (e não pulsão de vida, narcisismo primário ou secundário) e elaboração imaginativa do soma (e não aparelho psíquico). O conjunto desses temas será explorado ao longo da dissertação. Aqui, descrevo brevemente o modo como o tema da morte/vida aparece em Winnicott e, como um desdobramento do assunto, o modo como ele trata o tema da agressividade, discrimino as idéias de verdadeiro e falso si-mesmo e ressalto o fato de que todos esses conceitos são essencialmente descritivos.

O tema da vida e da morte foi abordado por Winnicott em termos da condição do existir humano; portanto, fora do enquadre do dualismo pulsional da metapsicologia freudiana. Em vários de seus textos, Winnicott criticou a idéia de uma pulsão de morte. Por exemplo: “devo dizer que nunca fui apaixonado pelo instinto de morte e ficaria feliz em poder aliviar

⁴² Discutirei alguns aspectos do modo de ser do bebê nos estágios mais primitivos, só para ressaltar as diferenças importantes de linguagem e de ponto de partida do pensamento winnicottiano, e não discutirei o sentido nem as implicações do uso dos conceitos citados pela Psicanálise tradicional.

Freud do ônus de carregá-lo para sempre em suas costas de Atlas”, e complementa dizendo que, apesar de saber “tudo a respeito da psicologia humana remontando à repressão do id em relação a objetos psicoenergizados” (Winnicott 1989xa, p. 187), Freud teria muito a aprender com os casos fronteiros e esquizofrênicos como, por exemplo, as coisas que acontecem com os bebês a partir da necessidade, e não do desejo.

Winnicott relevou o sentido experiencial das duas palavras: inerente à própria condição da vida é o fato de ela ocorrer entre duas assim chamadas mortes.

Do ponto de vista do bebê, na passagem da não-vida à vida, destacou a possibilidade de haver um resquício do estado de quietude pré-despertar. Essa espécie de resquício permitiria a cada ser humano a elaboração primitiva do estado de não-vida e, futuramente, de sua condição de finitude:

A vida de uma pessoa consiste num intervalo entre dois estados de não-estar-vivo. O primeiro dos dois, a partir do qual emerge o estar-vivo, dá colorido às idéias que as pessoas costumam ter sobre a segunda morte [*the second death*] (Winnicott 1988, p. 154).

Note-se que a idéia de um estado de não-estar-vivo só pode ter lugar a partir do despertar:

O estado anterior ao da solidão é um estado de não-estar-vivo, sendo que o desejo de estar morto é em geral um disfarce para o desejo de ainda-não-estar-vivo. A experiência do primeiro despertar dá ao indivíduo a idéia de que existe um estado de não-estar-vivo cheio de paz, que poderia ser facilmente alcançado através de uma regressão muito extrema (Winnicott 1988, p. 155).

O autor parte da idéia de solidão pré-dependência para pensar “a dimensão da qual surge a vida ou (o existir humano como tal)” (Loparic

1999c, p. 376). Do ponto de vista do bebê, o indivíduo não emerge do inorgânico, mas da solidão (Winnicott 1988, p. 155). É a partir da condição primordial de solidão que se pode pensar na irrupção de algo como a criatividade primária, a criatividade inerente aos estados excitados por meio da qual a ilusão de contato pode ter lugar. Segundo Winnicott, a capacidade de comunicação não é dada, mas sim construída, conquistada a partir do contato entre mãe e bebê. Assim, significada apenas retroativamente à ilusão de contato, a solidão antecede a busca de contato.

Analogamente, do ponto de vista físico, quando ensaia os primeiros contatos, dentro do útero, o feto mantém um nível de isolamento dado pela placenta (Winnicott 1988, p. 178); do ponto de vista do indivíduo, deve-se manter sempre um grau de isolamento, fenômeno que o autor chama de *solidão essencial*. Ou seja, mesmo quando se considera uma conquista saudável da capacidade de comunicação e contato, permanece durante toda a vida uma *cisão essencial*, uma porção incomunicável da experiência do estar vivo que precisa continuar sendo preservada. Nas palavras do autor: “no centro de cada pessoa, há um elemento não-comunicável, e isto é sagrado e merece muito ser preservado” (Winnicott 1965j, p. 170). Segundo Dias, é a própria raiz do si-mesmo verdadeiro, ou o núcleo do si-mesmo incipiente (Dias 2003). E Winnicott acrescenta: “Estupro, ser devorado por canibais, isso são bagatelas comparados à violação do núcleo do si-mesmo” (Winnicott 1965j, p. 170)⁴³. Note-se que o núcleo do si-mesmo verdadeiro não deve ser entendido como uma coisa, mas como um devir de onde brotam os gestos espontâneos.

⁴³ A esse respeito, remetendo-se aos textos do autor, Loparic assinala que “a forma básica de violentar o núcleo primário do si-mesmo é justamente a verbalização” (Winnicott 1965a, p. 189). E complementa: “Ele [Winnicott] diz que a comunicação com o verdadeiro si-mesmo de cada um de nós deve seguir a maneira como as mães tratam seus bebês: elas só se comunicam na condição de objetos subjetivos (p. 188)” (Loparic 1999c, p. 374).

A partir da existência de uma anatomia viva e de um estado desperto, inaugura-se o caminho da incomunicabilidade ao contato. Para existir, estabelecer contato com as coisas, instalar-se em seu corpo e no mundo, o bebê depende de uma mãe – ou substituta – suficientemente boa. Se, hipoteticamente, fosse deixado à mercê de seus próprios recursos, viveria às bordas do não ser:

A morte, para um bebê nos estágios iniciais, significa algo bem definido, ou seja, a perda do ser em razão de uma reação prolongada contra a intrusão ambiental (o fracasso total da adaptação suficientemente boa) (Winnicott 1988, p. 156).

Nesse sentido, a compulsão a procurar a morte, num paciente, “é a morte que aconteceu, mas que não foi experienciada, que é buscada” (Winnicott 1974, p. 74), ou seja, é resultante de uma história, e não decorrência de um conceito.

Nesse estágio também está em questão a possibilidade de elaboração ou não de si mesmo e do ambiente. Segundo Winnicott, a apreensão criativa da própria vitalidade, da própria anatomia, das partes, funções e sensações de si mesmo – e o estabelecimento de uma relação criativa com o ambiente possibilita ao indivíduo a própria existência de si mesmo e das coisas, já que aquilo que não é constituído criativamente permanece inacessível, não tem sentido, não existe, não ganha vida.

Na condição inicial, a continuidade do existir do bebê é permanentemente ameaçada por reações que o autor denominou agonias impensáveis⁴⁴. Note-se que, quando está reagindo, o bebê não *está sendo*. O

⁴⁴ Essas dificuldades iniciais não devem ser associadas ao conceito psicanalítico de desamparo, em que o sujeito pode ser inundado pelos efeitos mortíferos de Tântos. Ao abandonar a metapsicologia, abrindo mão do modelo dual sobre o qual ela se fundamenta, Winnicott não reconhece a ameaça que pesa sobre o bebê como instintual ou como um fenômeno quantitativo. Ela se deve à condição de precariedade e

trauma diz respeito às reações muito prolongadas ou às interrupções no continuar a ser. A esse respeito, o autor complementa:

[...] [nesse momento] o ego não pode se organizar contra o fracasso ambiental [...] [só podendo] organizar defesas contra o colapso da organização do ego [...] [sendo a palavra “colapso” usada para descrever] o impensável estado de coisas subjacente à organização defensiva⁴⁵ (Winnicott 1974, p. 71).

Nesse sentido, a condição de dependência é central no pensamento winnicottiano: o ser humano necessita do outro para ser, e não apenas para satisfazer seus impulsos. Nas palavras de Masud Khan:

[...] [Winnicott] divisou precisamente na vulnerabilidade do homem seu verdadeiro potencial de relacionar-se com o outro a partir da necessidade, e não do desejo, não meramente visando a gratificação autônoma de impulsos compulsórios do id (Khan, 1978, p. 46).

Esse fato não significa de modo algum que a psicanálise winnicottiana tenha se afastado do corpo. É preciso ter em mente que o *lugar para ser* de que fala o autor é um lugar conquistado numa etapa avançada do amadurecimento, onde as fronteiras do soma coincidem com as da psique. A constituição desse lugar, possibilitada por meio dos contatos corporais tranquilos e excitados do bebê com a mãe permite ao bebê,

dependência absoluta, em que o bebê ou bem “é” a mãe, ou “não é” nada, ou seja, não tendo referências, contorno, mundo interno ou externo, mecanismos mentais ou ego com defesas estruturadas, fica à mercê de um sofrimento sem bordas, que não pode ser elaborado ou “pensado”. O autor enumera as agonias impensáveis e suas respectivas defesas: “a) retorno a um estado não-integrado, b) cair para sempre, c) perda do conluio psicossomático, d) perda do senso do real, e e) perda da capacidade de relacionar-se com objetos. As defesas são: a) desintegração, b) *self-holding*; c) despersonalização, d) exploração do narcisismo primário etc., e e) estados autistas e relacionamento apenas a fenômenos do *self*” (Winnicott 1974, p. 72).

⁴⁵ Nesses casos, a única possibilidade de tratamento se dá quando o paciente tem a oportunidade de experienciar, em *setting* confiável, em pequenas doses, aquilo que ainda não foi experienciado.

inclusive, a identificação com aquilo que não é si mesmo. Sobre o si-mesmo, diz o autor:

[...] a partir de uma interação primária do indivíduo com o ambiente, surge um emergente, o indivíduo que procura fazer valer os seus direitos, tornando-se capaz de existir num mundo não desejado; ocorre então o fortalecimento do si-mesmo como uma entidade, uma continuidade do ser onde, e de onde, o si-mesmo pode [emergir] como uma unidade, algo ligado ao corpo e dependente de cuidados físicos (Winnicott 1988, p. 25-26).

Entretanto, para explicar os estágios primitivos, ainda não há como supor o existente como um indivíduo, com uma membrana limitadora entre um interior e um exterior, mas o autor já considera uma organização primitiva do viver sensório-motor. Nesse sentido, formulou a idéia de um si-mesmo verdadeiro, em contraposição à de um falso si-mesmo, para falar de um lugar ou posição a partir da qual as experiências são sentidas como reais, e define:

[...] o si-mesmo verdadeiro é a posição teórica de onde vêm o gesto espontâneo e a idéia pessoal. Só o si-mesmo verdadeiro pode ser criativo e se sentir real. Enquanto o si-mesmo verdadeiro é sentido como real, a existência do falso si-mesmo resulta numa sensação de irrealidade e num sentimento de futilidade (Winnicott 1965m, p. 134).

Com as expressões verdadeiro e falso si-mesmo, o autor fez uma importante discriminação relativa ao sentido da experiência quando ligada ao soma e quando não. É importante enfatizar que a cisão inerente a todo ser humano não se torna significativa “se a camada protetora da ilusão se tornou possível por meio do cuidado materno” (Winnicott 1988, p. 158). Inversamente:

[...] [a] raiz do verdadeiro si-mesmo dotado de espontaneidade permanece relacionada onipotentemente ao mundo subjetivo, incomunicável, e [...] o falso si-mesmo baseado na submissão (destituído de espontaneidade) relaciona-se com o que poderíamos chamar de realidade externa (Winnicott 1988, p. 158).

Winnicott assinalou que a definição de si-mesmo verdadeiro só foi necessária em vista da constatação de casos de falso si-mesmo, em que impera um sentido de irrealidade e futilidade da existência. Acrescentou ainda que “o si-mesmo verdadeiro provém da vitalidade dos tecidos corporais e da atuação das funções do corpo, incluindo o coração e a respiração” (Winnicott 1965m, p. 136).

Para compreender a diferença entre os conceitos de verdadeiro e falso si-mesmo, é preciso também considerar as idéias do autor relativas à destrutividade, pertinentes aos estágios iniciais. A destrutividade inicial do bebê provém do estado de estar-vivo. Já no feto há força vital; no bebê, há vitalidade, referente à respiração. Sobre os momentos logo após o nascimento – antes, portanto, da fusão dos aspectos eróticos e agressivos –, assinala:

[...] o que existe na atividade que caracteriza a qualidade de estar vivo do bebê começa como uma unidade. Para chegar rapidamente à idéia que tenho em mente, poder-se ia usar com proveito a idéia do fogo que sai da boca do dragão. Cito Plínio, que (prestando tributo ao fogo) indaga: “Quem pode dizer se, em essência, o fogo é construtivo ou destrutivo?” Em verdade, a base fisiológica para o que estou me referindo é o primeiro hálito e os hálitos subseqüentes, a exalação (Winnicott 1969i, p. 185).

No mesmo texto, para reforçar a idéia de um primeiro impulso que inclui aspectos destrutivos, acrescentam-se à respiração, ou hálito, elementos como:

[...] a avidez [*eagerness*] e preciso incluir coisas como a expiração, a salivação, a queimadura e certas experiências sensoriais tais como a extrema sensibilidade sensorial que pertencem aos minutos que se seguem imediatamente ao nascimento, bem como características especiais de cheiros, fenômenos que são intoleravelmente ou quase intoleravelmente reais para os bebês, mesmo em condições suficientemente boas de sustentação e manejo (Winnicott 1969i, p. 186).

É preciso assinalar que a qualidade destrutiva, característica do estar vivo, nada tem a ver com a raiva ou a frustração decorrente do princípio de realidade. Para Winnicott, deve-se dar lugar à idéia de destrutividade sem ódio, a qual, em momento determinado do amadurecimento, cria a externalidade, ou *o princípio de realidade* – ao invés do oposto –, propiciando que o bebê separe fato e fantasia⁴⁶. A palavra “destruição” só é usada devido ao risco de que o objeto não sobreviva. De outro modo, se a mãe não fracassa em sobreviver, a destruição permanece potencial.

No início, o bebê não é suficientemente amadurecido para odiar. Ao invés de odiar as falhas do ambiente, ele se desorganiza ou não se organiza. Assim, a idéia de morte, em termos de agressividade, só terá sentido em etapas avançadas do amadurecimento: 1) se as etapas iniciais do amadurecimento tiverem sido bem sucedidas e 2) quando a capacidade de se

⁴⁶ O bebê, que no início mama em si mesmo, ou seja, no objeto que é subjetivo, sua própria criação, através da premência destrutiva, objetiviza o objeto. Para que tal etapa seja conquistada, é preciso que o objeto sobreviva fisicamente e não retalie. A saúde do indivíduo e a potência, em termos de agressividade (que inclui a não inibição dos instintos e a não repressão das idéias agressivas, a capacidade de amar sob o pano de fundo das fantasias inconscientes destrutivas, a capacidade de sentir e reparar a culpa criativamente e de incluir elementos agressivos na vida e na sexualidade), depende da continuidade da presença do objeto somada à manutenção na qualidade de relacionamento (não retaliação).

relacionar com três pessoas, na situação edípica, tiver sido alcançada. Nesse momento, o bebê já sendo capaz de estabelecer uma relação triádica, ao elaborar e integrar seus instintos, deverá poder imaginar a morte do rival com relação à pessoa amada.

Assim, agressividade não é pensada pelo autor em termos de pulsão de morte e nem no sentido de reação à frustração de satisfações instintivas. Voltemos ao início, onde o autor identifica duas raízes distintas para a agressividade: a primeira é a própria vitalidade, em suas vertentes sensória e relacionada à motilidade. Winnicott considera que, para a agressividade, o fator genético é tão variável quanto para qualquer outro traço inato, e portanto, não se deve dar-lhe tanta importância. Entretanto, a qualidade dos cuidados que cada bebê recebe é tão variável, que deve ser possível atribuírem-se diferenças a esse respeito para cada indivíduo. O autor classifica esquematicamente três padrões:

- 1) [quando] o ambiente é constantemente descoberto e redescoberto a partir da motilidade [...] e o indivíduo está se desenvolvendo no centro, e o contato com o ambiente é *uma experiência do indivíduo*; 2) [quando] o ambiente se impõe ao feto (ou bebê) e, em vez de uma série de experiências individuais, temos uma série de *reações à intrusão*; 3) [quando, num padrão extremo], o indivíduo se desenvolve [...] mais como uma extensão da casca do que como uma extensão do núcleo, ou seja, como uma extensão do ambiente invasor (Winnicott 1958b, p. 297).

A segunda raiz da agressividade são as reações do bebê às intrusões. É preciso lembrar que, nas etapas primitivas, qualquer evento do ambiente que por algum motivo não esteja sintonizado com as *necessidades* do bebê pode ser sentido como uma intrusão, a qual ele não tem condições de

suportar⁴⁷. No primeiro padrão, estão asseguradas as condições para uma vida no corpo, ou para o amadurecimento montado sobre as bases de um si-mesmo verdadeiro. Aí, a mãe se adapta às necessidades do bebê, e ele pode passar a poder ter experiências instintuais. Gradualmente, ocorre a fusão do potencial de motilidade e do potencial erótico, ou seja, o bebê vai podendo injetar motilidade na experiência erótica. Ao encontrar elementos concretos no ambiente em relação aos quais o bebê consegue se opor, por meio da musculatura e do erotismo muscular, o montante de motilidade que não participa da experiência instintual se transforma em expressão agressiva. Essa duas vertentes – a experiência erótica fundida com os elementos motores ou agressivos e a oposição concreta encontrada pelo bebê dos elementos motores não fundidos – trazem realidade à experiência do bebê, como diz o autor:

A sensação de realidade advém principalmente da raiz motora (e sensorial que lhe corresponde), e as experiências eróticas com uma fraca participação do elemento de motilidade não fortalecem a sensação de realidade ou de existir. De fato, tais experiências eróticas talvez sejam evitadas justamente por produzir no sujeito uma sensação de não existir (Winnicott 1958b, p. 299).

Quando fala em sensação de não existir, o autor já se refere ao segundo e ao terceiro padrões. Nesses casos, o bebê só conhece sua reação ao ambiente, e não seu próprio impulso, sendo furtado da experiência “de ser movido por essa raiz pessoal para a agressão e a fantasia destrutiva” (Winnicott 1969i, p. 190). Diferentes graus de falso si-mesmo podem se

⁴⁷ Aí não se trata de necessidades apenas instintuais, pois: 1) o bebê ainda não é capaz de incorporar as satisfações e nem de suportar as frustrações; 2) os instintos não são sentidos como internos e podem ser traumáticos se a mãe não atentar também para as necessidades globais do bebê tais como a de não ter a linha de sua existência interrompida, a de construir a ilusão do contato, a de elaborar o soma etc. Entretanto, assinala-se que as necessidades egóicas nesse estágio estão também muito estreitamente relacionadas ao soma: o bebê precisa se sentir confortável, fisicamente seguro, ter seus ciclos respeitados e atendidos, ter alguém que venha ao encontro de seu gesto excitado etc.

instalar; nos casos mais severos, para reencontrar a raiz motora de seu impulso agressivo, o indivíduo passa a precisar das intrusões, contra as quais deve reagir para se sentir vivo e existir⁴⁸.

Segundo Winnicott, é preciso, então, que haja uma boa sustentação, por parte da mãe, dos estados excitados do bebê, de modo que seus impulsos e gestos excitados encontrem oposição, e a experiência e o objeto externo ganhem realidade:

[...] o gesto impulsivo dirige-se para o exterior e torna-se agressivo ao alcançar a oposição. Existe realidade nessa experiência, que facilmente se funde às experiências eróticas do recém-nascido. Sugiro o seguinte: *é essa impulsividade, bem como a agressão que se desenvolve a partir dela, é que faz com que o bebê necessite de um objeto externo* e não simplesmente de um objeto de satisfação (Winnicott 1958b, p. 304 – grifos do original).

O sentimento de realidade de que se fala aí é 1) a realidade da corporeidade que vai sendo elaborada, ganhando presença e contornos, e 2) a materialidade da experiência, que, para o autor, não é apenas um fato psíquico. Elaboradas imaginativamente, a motilidade, somada à estimulação do tônus muscular dada pela oposição que o bebê encontra, seja no corpo da mãe ou em objetos em torno dele, e a agressão que parte dessa oposição, fundida ao erotismo das experiências instintuais são elementos constitutivos da personalização, da presença das partes de si mesmo e da realidade do contato dessas partes com as coisas do mundo.

Quando um bebê está mamando, inicialmente, do ponto de vista do observador, pode até parecer agressivo. Entretanto, os gestos vigorosos e os

⁴⁸ Assinale-se que na idéia de si-mesmo verdadeiro está implícito um grau saudável de falso si-mesmo, que se traduz na polidez no trato social, em lugar do relacionamento visceral, ou “com o coração na mão”.

possíveis chutes, mordidas etc. são “agressivos” por serem espontâneos, mas são totalmente desprovidos de intencionalidade⁴⁹.

Os gestos espontâneos experienciados como próprios passam gradualmente a reforçar o sentimento de coesão psicossomática. Na saúde, haverá sempre um núcleo – denominado “núcleo do si-mesmo verdadeiro” por Winnicott – que permanece intacto. Ligado ao corpo, é pura diferença de si: fonte, espontaneidade, incontrolado, aquilo que irrompe⁵⁰. Esse núcleo permite que se mantenha ao longo da vida o sentido de realidade da experiência.

⁴⁹ Nesse sentido, Winnicott diverge de Melanie Klein, não admitindo a idéia de uma agressividade constitucional e muito menos da inveja (que é uma aquisição sofisticada, que pressupõe, por exemplo, a existência de um outro a quem invejar) no início da existência.

⁵⁰ Curiosamente, o núcleo do si-mesmo verdadeiro é aquilo de menos pessoal em si mesmo. No início, quando ainda não há um si-mesmo constituído, essa diferença de si é quase tudo.

CAPÍTULO 2

A visão psicossomática winnicottiana

2.1 A visão psicossomática de D. W. Winnicott: considerações gerais

Winnicott nunca abandonou sua primeira profissão, a de pediatra. Desde cedo, desenvolveu uma abordagem psicossomática dentro dessa área, que, para ele, não deveria estar separada da psiquiatria infantil e era também o lugar privilegiado para o estudo da psicossomática, já que o sentido das alterações dos tecidos e dos funcionamentos corporais relacionados a fenômenos psicológicos podia ser mais facilmente encontrado em crianças. Além disso, as características centrais de um indivíduo já devem ser encontradas na infância, “assim como o rosto de uma pessoa permanece reconhecível ao longo de sua vida” (Winnicott 1988, p. 25).

Preocupou-se com a predominância da vertente meramente somática da pediatria de sua época e sonhava com o momento em que as doenças físicas já tivessem sido devidamente pesquisadas, para que os pediatras pudessem finalmente se debruçar sobre os aspectos emocionais dos distúrbios pediátricos. A seu ver, só devido a uma dissociação na cultura pediatria e psicanálise⁵¹ estavam separadas.

Reconheceu o perigo do conhecimento superficial da psicologia, que facilmente levava a diagnósticos apressados, colocando os distúrbios na conta de “hereditariedade, constituição, desequilíbrio hormonal ou ambientes brutais e inadequados” (Winnicott 1988, p. 28) ou confiando

⁵¹ É claro que Winnicott também considerou a dificuldade do aprofundamento, em termos de formação, em mais de um campo do conhecimento, num mundo de especializações.

cegamente em testes de personalidade, na nosologia psiquiátrica, ou mesmo na aparência feliz de uma criança. Aliada à sua sólida formação e prática como psicanalista, sua condição de médico intensamente atuante lhe possibilitou a elaboração de um trabalho diferenciado em pediatria⁵², de um lado, e, de outro, de uma abordagem psicossomática da psicanálise.

Possivelmente devido a sua tradição médica, foi sempre um psicanalista preocupado com a saúde. Não que tenha se furtado a refletir sobre a loucura ou a tratá-la. Ao contrário, dentre os grandes nomes da psicanálise, destaca-se o de Winnicott, certamente pelo fato de ele ter abordado de perto, teórica e clinicamente, a psicose⁵³. No entanto, optou por construir uma teoria do amadurecimento com base na saúde, vista de um modo positivo, como uma conquista, e não apenas – segundo a conceitualização tradicional ainda hoje utilizada nos meios médicos⁵⁴ –, como ausência de doenças. Afirmo que:

A saúde aqui inclui a idéia de uma vida excitante e da magia da intimidade. Todas essas coisas andam juntas e combinam-se na sensação do se sentir real, de ser e haver experiências realimentando a realidade psíquica interna, enriquecendo-a, dando-lhe direção (Winnicott 1986b, p. 14).

Winnicott partiu do campo da psicossomática para construir sua teoria do amadurecimento saudável. Isso significa que não conseguia pensar numa

⁵² Devido a seu interesse pela psicologia, foi indicado para trabalhar no Paddington Green Children's Hospital em 1923, onde atendeu milhares de crianças e desenvolveu uma abordagem diferenciada em pediatria (Winnicott 1988, p. 28). É notável o fato de que hoje, mais de meio século depois, o conhecimento desenvolvido por ele nessa área ainda não tenha sido assimilado.

⁵³ Curiosamente, Roudinesco afirmou que a trajetória de Winnicott não se caracterizava pelo fascínio pela loucura (Dicionário da Psicanálise 1998, p. 784).

⁵⁴ A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera saúde como bem-estar físico, psíquico, social e espiritual do ser humano, “mas outras definições já foram sugeridas e uma das mais difundidas considera saúde como contrário de doença” (Bettarello 2006, p. 7). De qualquer modo, vale assinalar que é difícil aceitar mesmo a definição proposta pela OMS: “definir saúde em função de um estado subjetivo como bem-estar acarreta inúmeros problemas, particularmente quando se considera que frente aos acontecimentos do mundo contemporâneo a única reação saudável possível é a de profundo mal-estar em todos os âmbitos da existência humana: biológico, psicológico e social” (Bettarello 2006, p. 7).

condição de ser, mesmo nos momentos mais primitivos, que não levasse em conta a pessoa total⁵⁵, como mostra a seguinte afirmação:

[...] nada há a ganhar discutindo a data em que começa a pediatria psicossomática, ou a própria natureza humana. [...] A data do nascimento é obviamente notável, mas até ali muita coisa já aconteceu (Winnicott 1988, p. 47).

Winnicott identificou duas correntes de pesquisa dentro do campo da psicossomática: aquela que estuda os efeitos da saúde e da doença físicas sobre a psique e outra que estuda os efeitos da saúde e da doença psíquicas sobre o corpo⁵⁶. Embora significativas, suas contribuições para essas duas correntes não serão abordadas neste estudo, em que se focalizam apenas alguns conceitos que servem como base para o entendimento “da interação primária do indivíduo com o ambiente” (Winnicott 1988, p. 26), de onde eventualmente surge um emergente – o si-mesmo – alojado no soma.

2.1.1 Os potenciais herdados e os congênitos

Para identificar os elementos constituintes de um processo de amadurecimento saudável, o autor partiu de um corpo livre de doenças, descartando a variável complicadora dos problemas gerados por um corpo já doente. Nesse sentido, identificou e discriminou os fatores hereditários dos congênitos, o que o ajudou a destacar aquilo que já pertence à experiência do bebê.

⁵⁵ Winnicott usa a expressão “pessoa total” em oposição à idéia de objeto parcial, mas também no sentido de englobar os aspectos psíquico e somático de uma pessoa.

⁵⁶ É importante assinalar que atualmente existem correntes dentro do campo da psicossomática que procuram construir uma abordagem integrada do ser humano, não se restringindo à pesquisa dos efeitos da doença do corpo sobre a psique e vice-versa.

Segundo Winnicott, não há dúvida quanto à hereditariedade: aquilo que vem dos genes é do corpo, ainda que sejam características psicológicas. Só é possível correlacionar a etiologia de determinado sintoma físico às tensões emocionais sofridas pelo indivíduo ou aos problemas no amadurecimento, quando se consideram, primeiro, os fatores da hereditariedade, dos problemas congênitos ou do acaso.

Por exemplo, quando o infante tem esôfago curto, desenvolve uma tendência a vomitar. Evidentemente, esse vômito não pode ser interpretado como um problema de relacionamento entre o bebê e a mãe. Ou, em caso de alergia ou asma, sintomas que facilmente levam às hipóteses de etiologia psicológica, devem ser devidamente reconhecidos os componentes hereditários.

No sentido psicológico, os traços de hereditariedade são mais relevantes em pessoas saudáveis, já que elas estão mais próximas do potencial trazido em seu corpo; quanto à psicose, a predisposição genética pode influir na instalação do quadro⁵⁷; nos neuróticos, a influência genética não é relevante (Winnicott 1988).

Os fatores congênitos são aqueles identificados durante a gestação ou no nascimento, resultados de algum fator adverso significativo como, por exemplo, a rubéola na mãe. Problemas mecânicos no parto também podem gerar seqüelas; para citar um, a pelve estreita da mãe pode levar a um parto demorado e a conseqüentes problemas por asfíxia.

Quando analisa acidentes, o autor procede do mesmo modo, distinguindo o simples acaso da tendência, característica dos depressivos, de

⁵⁷ Sabe-se que o autor, de acordo com tendências dissidentes da época – por exemplo, a de Robert Laing –, defendeu e desenvolveu todo um trabalho de identificação da etiologia ambiental das psicoses. Entretanto, não descartou a possibilidade de haver algum componente de predisposição genética, embora não considerasse ser esse o fator determinante.

se acidentarem. Em casos de doenças infecciosas, também fruto do acaso, observou que a boa recuperação, principalmente na pneumonia, estava, antes do surgimento de medicações muito eficazes, relacionada à vontade de viver do paciente.

Winnicott distinguiu também os problemas de nutrição pura e simples dos distúrbios de alimentação e reconheceu um campo de doenças ainda não compreendidas como as neoplasias, o reumatismo agudo, a coréia etc. Assim, quanto às doenças com possível etiologia somática, completa o quadro⁵⁸.

A discriminação dos elementos do acaso, dos fatores hereditários e dos congênitos e de doenças de etiologia não identificada facilita a iluminação dos aspectos psicológicos, ou seja, daqueles que já dizem respeito à experiência do bebê e das relações entre soma e psique nesse percurso. É aí que o autor situa o estudo da natureza humana propriamente – no lugar do corpo relacional, passível de significação. Nesse sentido, a título de ilustração, um parto demorado pode ser traumático, sendo experimentado por um bebê pronto para nascer como uma espera incompreensivelmente infinita, sem anúncio de término. Esse modo de ver é muito diferente da mera consideração das seqüelas físicas por asfixia.

2.2 A natureza humana

Winnicot descreveu a natureza humana como uma estrutura fixa do “amadurecimento emocional ou pessoal, governada pela tendência inata à integração” (Loparic 2000b, p. 4). Embora não se trate de uma essência imutável, observou que, ao longo da aventura do homem na Terra, algumas

⁵⁸ Esse estudo sobre a etiologia das doenças está em seu *Natureza humana* (1988).

tendências permaneceram. Considerou que dentro de um período evolutivamente significativo mudanças poderiam ocorrer.

Abandonou a diferenciação substancial cartesiana⁵⁹ mente-corpo. Para o autor, a mente é um evento secundário, um ornamento que brota da parceria psique-soma. A tradicional oposição corpo-mente deu lugar a uma outra oposição, entre soma e psique. Em suas palavras, “a natureza humana não é uma questão de corpo e mente – e sim uma questão de psique e soma relacionados, que em seu ponto culminante apresentam um ornamento” (Winnicott 1988, p. 44).

Em seu “O ‘animal humano’”, Loparic assinalou que a forma winnicottiana de teorizar é isenta de reduções, sejam materialistas ou espiritualistas, e acrescentou que a tradicional questão da união mente-corpo deu lugar ao problema da integração (Loparic 2000b). Psique e soma são dois modos distintos de funcionamento intrinsecamente relacionados, em dependência mútua. A nova oposição não significa uma reedição da divisão em outros termos. Além do caráter dual, o hífen da versão original do conceito [*psyche-soma*] indica um traço de relação, e não de separação. Quando há separação, significa que algum tipo de patologia já está presente.

Note-se que não há substancialidade na concepção winnicottiana do existir humano. A máquina biológica não garante esse existir. Desde cedo, o bebê precisa encontrar elementos no ambiente que não se limitam à mera provisão fisiológica ou instintual. Não há tampouco nada que se assemelhe a

⁵⁹ Essa oposição, consolidada, na filosofia por moderna por Descartes, é bem conhecida. A esse respeito, Santi, afirma que não faltam aqueles tomam esse filósofo “como um criador de um racionalismo exagerado, distante da experiência. Ele seria o maior representante, juntamente com Platão, da filosofia da representação, que exclui o corpo e seus impulsos, pretendendo que o mundo seja totalmente racionalizável, submetido a séries de causa e efeito” (Santi 1998, p. 49). Esse tema não será desenvolvido aqui e só foi trazido para contextualizar o diferencial da abordagem winnicottiana.

uma máquina psicológica⁶⁰ inicial, pronta a executar operações. Há, sim, uma natureza, em forma potencial, que, por ser relativamente fixa, pode ser descrita. Do encontro dessa natureza, elaborada imaginativamente, com um ambiente especificamente humano é que a existência individual passa a ter lugar no espaço/tempo. Daí sua afirmação de que o homem é uma amostra temporal da natureza humana.

Nesse contexto, retomemos as palavras do autor: “no início, não há tal coisa como um lactente” (Winnicott 1960c, p. 40). Mesmo se o funcionamento do corpo/ máquina for garantido, ele se tornará não funcional, se não se sedimentar uma identidade psique/soma. A psique, por seu lado, também não sustenta o existir inicial, não sendo concebida como um aparelho previamente instalado que a qualquer momento pode entrar em relação com as coisas. O suporte de um ambiente suficientemente bom é a condição para a conquista de uma organização psicossomática saudável, ou seja, de um lugar onde o indivíduo possa viver.

Assim, a natureza humana “não é uma forma atemporal”, mas um “poder ser”, onde o ser humano, além de crescer, “vai resolvendo sucessivamente as mais diversas tarefas de integração” (Loparic 2000b, p. 6), de forma eminentemente pessoal. Dentro desse enquadre, a elaboração imaginativa é entendida como o ato criativo que alinhava o acontecer no tempo desde o nascimento até a morte.

Assim, o conceito de *elaboração imaginativa* distingue em grande medida a obra do autor das outras correntes psicanalíticas que consideram

⁶⁰ Em seu “A máquina no homem”, Loparic circunscreve e analisa a mecanização da imagem do homem e do mundo na história do pensamento, afirmando que a idéia de aparelho psíquico em Freud é uma herança desse modo de pensar, característico da modernidade. Essa idéia permite pensar que Winnicott, à medida que se afastou de conceitos da metapsicologia, buscou também um outro modelo para pensar o homem. (Loparic 1997c).

“óbvia a localização da psique no corpo, esquecendo [...] que se trata de algo a ser alcançado” (Winnicott 1988, p. 143).

2.3 O soma

Winnicott foi um pesquisador consciente dos problemas decorrentes da fragmentação do conhecimento em disciplinas isoladas. Nesse sentido, conferiu ao animal humano um papel aglutinador, pois ele tem uma unidade e um tema central, e é necessário que possamos “juntar numa única exposição complexa os comentários a partir de cada um desses postos de observação” (Winnicott 1988, p. 25).

Ao recorrer ao termo “animal” no humano, Winnicott passa ao largo de conotações potencialmente pejorativas de nossa tradição religiosa e filosófica⁶¹. Sua concepção vem da etimologia latina e significa “o que respira” (Loparic 2000b, p. 2). Winnicott refere-se, portanto, ao animal que respira e que é animado por esse fato.

O estatuto que dá ao termo também não coincide com a descrição mecanicista de corpo segundo o modelo da ciência de base cartesiana. Apesar de sua admiração por Darwin⁶², Winnicott não entendia o embate

⁶¹ Tomo a liberdade de afirmar, sem o compromisso de justificar ou a intenção de desenvolver, o que já se tornou senso comum: o fato de nossa cultura estar fundamentada sobre uma tradição religiosa e filosófica que ora demoniza, ora simplesmente despreza o corpo. A esse respeito, consultem-se os textos de Loparic “É dizível o inconsciente?” (1999c) e “O animal humano” (2000b). Vale assinalar que, embora o contemporâneo culto ao corpo talvez sugira que problemas dessa ordem tenham sido superados, pode-se considerar um aspecto da necessidade de modelar o corpo de acordo com imagens externas como parte da tendência cada vez mais generalizada no mundo ocidental de se cultivar um individualismo fundado na exterioridade, que se impõe como “garantia imaginária de pertinência a um mundo onde não pertencer pode ser vivido como aterrorizante”. Nessa perspectiva, o culto ao corpo só mascara as recorrentes dificuldades, próprias da cultura, e se contrapõe inclusive “ao desenvolvimento das potencialidades das pessoas, inibindo processos de amadurecimento e diferenciação” (Laurentiis 2006, p 139).

⁶² Segundo Roudinesco, Winnicott, quando jovem, interno na Leys School, em Cambridge, já tinha um grande interesse por Darwin (Dicionário de Psicanálise 1998, p. 782).

soma-ambiente no sentido de um organismo biológico dentro de um ambiente também biológico. Sobre esse tema, Loparic comenta:

[...] não se deve atribuir a Winnicott um retorno a um naturalismo, nem para esquecer as questões sobre a ontogênese dos seres humanos que ele deixa em aberto ou para as quais sugere respostas claramente não naturalistas (Loparic 2000b, p. 4).

Tendo despedido o ser humano das vestimentas especulativas a respeito de conflito de forças ou de pulsões primitivas, o autor retratou o que acontece com o bebê em seu encontro com o ambiente e as experiências que compõem seu vir a ser no tempo. Para tanto, partiu do corpo experiencial: a anatomia viva.

O corpo vivo, ou soma, é potencialmente relacional: “os tecidos estão vivos, eles são parte do animal inteiro e são afetados pela variação dos estados da psique desse animal” (Winnicott 1988, p. 26). A esse respeito, Loparic acrescenta: “a animalidade desse animal não vem de seu lado físico, mas de seu elemento somático, da ‘anatomia viva’” (Loparic 2000b, p. 8). Por estar vivo, o corpo – ou, mais especificamente, o soma – respira e cresce, é excitável, suas excitações tendem ao clímax e ao relaxamento, tem ritmos próprios, tem motilidade, é sensível ao frio, ao calor, ao conforto e ao desconforto, fica tenso e relaxa, tem fome, mama, digere e evacua, enfim, tem necessidades próprias, se expressa e estabelece, a partir de sua vivacidade, contato criativo com o ambiente desde muito cedo.

Assim, a própria vitalidade é a primeira característica do soma a ser destacada. Winnicott considera que muitas mães, principalmente as mães deprimidas, não se acham aptas para acreditar na parcela inata do bebê, em sua capacidade de se manter vivo e crescer, como se fosse também sua responsabilidade mantê-lo vivo. Em palestra, a pais esclarece que o bulbo

precisa de cuidados para se transformar num narciso, cuidados que evidentemente são muito mais complexos quando se trata de uma criança. Mas enfatiza que a tendência para a vida e para o desenvolvimento é inata no bebê:

[...] a vida depende muito menos da vontade de viver do que do fato de respirar [...] Em cada bebê há uma centelha vital, e seu ímpeto para a vida, para o crescimento e o desenvolvimento é uma parcela do próprio bebê, algo que é inato da criança e que é compelido para a frente de um modo que não temos que compreender (Winnicott 1949b, p. 30/29).

E acrescenta que medicina moderna tende a enfraquecer o poder regenerador da criança, devido à ênfase exagerada no uso de medicações⁶³.

A tendência para o crescimento não deve ser confundida com a tendência à integração. A tarefa de integrar acontecimentos e potencialidades depende muito do encontro com o ambiente. O crescimento corpóreo se dá em alguma medida independentemente desse encontro⁶⁴. Por outro lado, é preciso observar que mesmo o bom desenvolvimento das funções corporais e das aquisições do bebê no nível somático – a coordenação motora, por exemplo – pode ser afetado devido a dificuldades no desenvolvimento emocional.

⁶³ O autor adota essa mesma postura com relação aos recursos psíquicos da criança. É comum, diz Winnicott, que um bebê de dois a cinco anos apresente os mais variados tipos de sintomas, e também que a adolescência seja um período transtornado por conflitos; com o decorrer do amadurecimento, se o ambiente for saudável, essa mesma pessoa deve poder, em geral, encontrar no curso de seu caminho maneiras próprias, criativas de se estabelecer como pessoa no mundo, sem a necessidade de ajuda médica.

⁶⁴ A esse respeito, é importante enfatizar que na perspectiva do autor soma e psique são dois modos distintos de operar, mas tão intimamente relacionados que se torna difícil considerar isoladamente o funcionamento de um deles, embora seja sempre importante e necessário preservar um lugar para o hífen [*psyche-soma*] Seria interessante saber mais sobre a incidência ou não de distúrbios somáticos em psicóticos, nos quais, estando as funções dissociadas da pessoa, se poderia conjecturar se o corpo não seria o lugar em que se alocam os conflitos. Além disso, é notável o fato de que mesmo o crescimento corpóreo pode ser afetado por estados da psique (Loparic 2000b).

A vitalidade, desde o útero, se traduz em motilidade. O bebê chuta, esperneia, se movimenta de várias maneiras: tudo isso é a expressão do fato de ele estar vivo. A expressão agressiva tem aí uma de suas raízes. Já se disse antes que, dependendo do grau de oposição encontrado no ambiente, a motilidade, juntamente com o elemento de erotismo muscular, se transformará em expressão agressiva. Para o autor, o bebê precisa do objeto externo não só para satisfazer seus instintos, mas para que a experiência adquira um sentido de realidade, relacionada em grande medida à oposição que encontra a seus gestos. Por outro lado, é um insulto à pessoa do bebê retirar-lhe os movimentos: todo recurso expressivo do bebê, inicialmente, está nos gestos, que precisam estar livres.

Quando nasce, o bebê não conhece e não sabe o que fazer com as tensões instintuais, que começam a ter lugar em sua vida. Uma de suas grandes tarefas nesse momento é a de integrá-las, portanto. Do mesmo modo, durante toda a existência, os tecidos crescem e se vão modificando – novas integrações precisam ser feitas. Assim, ainda que um bom assentamento no corpo seja alcançado nas etapas iniciais, haverá durante a vida a permanente necessidade de elaboração do soma, seja no sentido da integração de novos níveis de existência e relacionamento, seja no da degeneração dos tecidos, no envelhecimento.

2.3.1 As excitações

Os ritmos corporais, ou a alternância entre os estados de excitação e os estados tranquilos, caracterizam o corpo vivo: o bebê inspira e expira, fica acordado por um período e depois dorme, sente fome e, quando saciado, tranquiliza-se por um tempo etc.

Desde cedo o bebê é acometido por toda sorte de excitações, parciais ou totais. A excitação tem um percurso próprio – à fase preparatória, se seguem a urgência de clímax e o relaxamento:

Não importa a natureza do instinto; uma vez que os instintos tenham emergido, seja do ritmo que vem de dentro ou em reação ao estímulo que vem de fora (seja real ou imaginado), então o corpo iniciou o caminho que em termos de pura fisiologia deve levar ao clímax: fome levando a uma refeição, determinado tipo de sensação que leva naturalmente à atividade excretória (Winnicott 1969g, p. 427).

A arte de viver está ligada ao estabelecimento de uma boa relação com os próprios instintos, seja no sentido de postergá-los ou de arranjar meios para buscar sua satisfação. Nas fases iniciais, entretanto, esse controle, consciente ou inconsciente, está fora de questão, já que as tensões instintuais, não personalizadas, ainda nem são sentidas como próprias: no início, a fome é tão externa quanto um trovão (Winnicott 1965m). Observe-se que a metáfora do trovão não se refere aí a uma questão econômica, mas à idéia de externalidade propriamente. As excitações primitivas são como qualquer outro evento do ambiente, não tendo, a princípio, qualquer sentido pessoal ou relacional. Ainda não há um si-mesmo constituído, seja para dar um enquadre às excitações ou para se relacionar por meio delas. Se o ambiente for suficientemente bom, a apropriação das excitações vai sendo construída durante o percurso do amadurecimento. Assim, como qualquer outra tensão instintual, a fome é externa ao bebê. Em termos gramaticais, se o bebê pudesse falar, ele não diria “estou com fome”, mas “há fome”, sujeito inexistente, do mesmo modo que se diz “chove”. Por outro lado, não existe sensação, por mais primitiva que seja, que já não seja elaborada pelo bebê. A elaboração das funções é o próprio material da psique emergente.

Além disso, é prioritariamente na esteira da tensão instintual que se inicia o contato humano.

Em Winnicott, o estudo das excitações pode ser separado em dois grupos: primeiro, o papel, para o soma e para a psique, das excitações ou tensões instintuais ainda não integradas à pessoa, nos períodos iniciais da existência, e segundo, a análise das conseqüências físicas e psíquicas dos conflitos instintuais de uma pessoa integrada⁶⁵.

Em texto de 1957, Winnicott aborda o tema da excitação em termos de fisiologia e relacionamento⁶⁶. As excitações têm um curso próprio, que vai da preparação ao clímax, seguido do relaxamento. Obviamente, na fase preparatória o envolvimento do soma é menor, sendo a excitação mais facilmente dissipada, se necessário. Quando, após o crescendo, o montante de excitação for maior, torna-se mais difícil a administração de um clímax fracassado.

Se a satisfação é alcançada, o caminho até o clímax seguido de relaxamento é percorrido sem transtornos. Se ela não é alcançada, pode haver um relaxamento adiado, após um período de sono, sonho ou qualquer outro acontecimento que envolva excitação e descarga. Se, com o adiamento, o relaxamento não é alcançado de nenhuma maneira substitutiva saudável, pode ocorrer “um estado de coisas altamente complexo, primeiro, com congestões alternativas e excitações deslocadas, e, depois, com qualquer dos estados mentais que chamamos de anormais, de acordo com a constituição do indivíduo” (Winnicott 1989h, p. 30).

⁶⁵ O foco privilegiado de pesquisa do autor foi o primeiro grupo, tendo tido importantes desdobramentos ao longo de sua obra, abordados no Capítulo 3. Com relação ao segundo, apesar de ter sido discutido por Winnicott de maneira própria, ele freqüentemente o considerou já suficientemente explorado por psicanalistas, sobretudo Freud.

⁶⁶ Esse é um exemplo genérico, em que ainda não está em foco o tema da integração ou não das excitações.

O autor ressalta o fato de que a fisiologia que normalmente se estuda é neutra, fria; a situação é ideal, não há interferência de emoções. Entretanto, quando se estuda a anatomia viva, levando-se em conta a pessoa, além da fisiologia da excitação, deve-se considerar: 1) se a excitação é parcial ou total, 2) sendo parcial, se ela faz parte da construção de um estado geral de excitação, 3) se faz parte de um relacionamento, 4) se nesse relacionamento há comunicação, 5) se o outro objeto é uma coisa ou outra pessoa total, com afetos incluídos, 6) se a relação que o bebê estabelece com o objeto é subjetiva, transicional, ou se o objeto já lhe é externo, e 7) se a satisfação é local ou da pessoa total, com base na experiência do passado⁶⁷. Essas variáveis trazem diferentes graus e qualidades de satisfação e frustração. Por exemplo, para aqueles que vinculam experiência instintual e enriquecimento do relacionamento, a excitação muitas vezes não é correspondida; por outro lado, a satisfação meramente local pode ser frustrante para a pessoa total, e assim por diante.

Os tecidos de uma criança podem suportar grandes montantes de tensão emocional, mas, se a tensão permanecer pela vida afora, podem se instalar quadros de doenças não reversíveis pela psicoterapia. Para Winnicott, é difícil viver a vida. Com a integração dos instintos e a socialização, a criança necessariamente se depara com ampla gama de conflitos, conscientes e inconscientes, que têm efeitos tanto no corpo ou quanto na psique. Mas isso não caracteriza a concepção do autor de distúrbio psicossomático, do qual ele tem um entendimento específico, nem mesmo o:

[...] estado clínico expresso em termos de patologia somática ou funcionamento patológico (colite, asma, eczema crônico), mas sim

⁶⁷ Essa esquematização não pretende de modo algum esgotar o assunto. Apenas elegi algumas variáveis de modo a sistematizar o tema e com a intenção de esclarecê-lo.

a persistência de uma cisão na organização do ego do paciente ou de dissociações múltiplas, que constituem a verdadeira enfermidade (Winnicott 1966d, p. 82).

Os estados de alteração de tecidos resultantes das tensões geradas por conflitos emocionais apenas retratam a vida como ela é, com seu lado somático e psíquico.

Assim, em Winnicott, é preciso distinguir o efeito dos instintos e seus conflitos, quando estes já têm uma história, ou seja, quando passado e presente, assim como a expectativa do futuro, já estão enredados nos tecidos da pessoa total, integrados em sua fisiologia. Ainda assim, resta explorar as idéias do autor a respeito dos primórdios, da pré-história e do início da história da constituição da parceria psique-soma, suas batalhas, fracassos e conquistas.

2.4 A tendência à integração

Uma das principais características inatas é a tendência à integração, que governa o amadurecimento e que não se confunde com a tendência ao crescimento corpóreo. A *tendência* à integração diz respeito à potencialidade do ser humano para integrar-se no tempo e no espaço, integrar seus instintos, aglutinar suas experiências num si-mesmo psicossomático unitário e amadurecer. Embora herdada, necessita de um ambiente facilitador não meramente biológico, mas também especificamente humano⁶⁸ (Loparic 2000b).

⁶⁸ Nesse sentido, usa-se no português “amadurecimento”, e não “maturação”, termo mais fortemente carregado de conotações biológicas (Loparic, 2000b).

Winnicott parte da idéia de um estado inicial não integrado, no bebê. A integração, que deve ter lugar com o decorrer do amadurecimento, depende, de um lado, da própria tendência à integração e, de outro, do ambiente. O colo da mãe, ou o conjunto de modos de ser da mãe, de seus cuidados, reúne o bebê:

[...] fatores internos podem contribuir para promover a integração; como exemplo disso, temos a exigência instintiva ou a expressão agressiva, cada uma delas sendo precedida por uma convergência aglutinadora do *self* como um todo. [...] é preciso dizer que o bebê se desmancha em pedaços, a não ser que alguém o mantenha inteiro (Winnicott 1988, p. 137).

Inicialmente, quando predomina a alternância entre os estados integrados e não integrados, denomina-se tendência à integração a própria função egóica incipiente de centralizar as experiências e organizá-la num todo coeso: “pode-se usar a palavra ‘ego’ para descrever a parte da personalidade que tende, sob condições favoráveis, a se integrar em uma unidade” (Winnicott 1965n, p. 55). Segundo Dias, Winnicott não usa o termo ‘ego’ no sentido metapsicológico, mas descritivo, e é nesse sentido que ele deve ser entendido aqui, para nomear uma tendência do bebê a integrar suas experiências (Dias 2003, p. 83).

Da situação de não integração, emergem os estados de excitação parcial, que podem brotar de qualquer área do corpo, e os estados de excitação total, como o choro, por exemplo, nos quais todo o corpo do bebê está envolvido. O “centro de gravidade (por assim dizer) do *si mesmo* migra de um impulso ou sensação para outro” (Dias 2003, p. 136), produzindo breves momentos de integração.

Nas etapas iniciais, pode-se falar não de um, mas de vários centros. Os impulsos brotam das diferentes zonas corporais, que ainda não fazem parte de um todo coeso, mas que, quando temporariamente excitadas, reúnem o bebê. Ele faz um gesto e em seguida se desmancha novamente para o estado não integrado. Nesse estágio, pode-se pensar em fortes núcleos de ego e uma membrana frágil de um si-mesmo ou de um ego central.

Aí, a idéia de um si-mesmo só pode ter lugar em termos de pequenos *flashes*, ou breves momentos de integração, que surgem na esteira dos impulsos. Note-se que a somatória desses momentos – quando surgem os primeiros sentidos de si, de caráter psicossomático – fundamentará o sentido de corporeidade do bebê e a constituição, mais tarde, no amadurecimento, do sentimento e da fantasia de ser si-mesmo, de ser um e de estar alojado no soma.

Lembre-se que, nesse momento, as necessidades e tensões instintuais ainda não pertencem ao bebê. Só com a repetição das experiências satisfatórias⁶⁹ o lactente constituirá aos poucos uma assim chamada área de onipotência. Winnicott afirma que nesse estágio

[...] é necessário não pensar o bebê como uma pessoa que sente fome, e cujos impulsos instintivos podem ser satisfeitos ou frustrados, e sim como um ser imaturo que está continuamente a pique de sofrer uma ansiedade inimaginável. Esta ansiedade inimaginável é evitada por esta função vitalmente importante da mãe neste estágio, sua capacidade de se por no lugar do bebê e saber o que ele necessita no cuidado geral de seu corpo e, por conseqüência de sua pessoa (Winnicott 1965n, p. 56).

⁶⁹ A satisfação a que Winnicott se refere não é apenas a satisfação de instintos, mas aquela relativa à experiência global de amamentação e do contato com a mãe.

Embora, por um lado, o ego incipiente do bebê se confunda com a própria tendência à integração, por outro, está diretamente relacionado ao ambiente e, sendo apenas potencial, torna-se forte ou fraco dependendo da capacidade ou não da mãe de lhe dar suporte: “o apoio do ego da mãe torna forte o ego do bebê e favorece experiências integrativas de modo que conduz a criança mais facilmente a tornar-se ela mesma” (Dias 2003, p. 85). Em outras palavras, a mãe precisa ser suficientemente boa, oferecer um contorno às experiências iniciais, tranquilas e excitadas, sedimentando, assim, a construção gradual do ego do bebê.

Assim, concomitante aos aspectos da integração no tempo e no espaço, que têm seus elementos somáticos envolvidos, um importante elemento da integração é o que o autor chama de personalização: “a tendência herdada que cada indivíduo tem de chegar a uma unidade da psique e do soma, uma identidade experiencial do espírito, ou psique, e da totalidade do funcionamento físico” (Winnicott 1966d, p. 88).

Em Winnicott, a idéia de um si-mesmo psicossomático e unitário não se confunde com qualquer modelo de saúde em termos de uma unidade fechada. Ao contrário, o autor considera que muito daquilo que é comumente entendido como sanidade é um sintoma, que traz em si o medo da loucura ou dos estados não integrados – perda de contato com o corpo, da ligação com a realidade e da integração espaço-temporal.

Desse modo, o contato adulto com modalidades de estados não integrados é fundamental. Esses estados, também encontrados durante o repouso, no sono e nos estados psicossomáticos de relaxamento, permitem a emergência do impulso criativo e são pré-condição para uma vida saudável. O contato com a arte permite que um indivíduo seja idealmente capaz de experimentar estados de não integração:

Há pessoas que pensam que muito do prazer na experiência da arte, sob qualquer de suas formas, advém da proximidade da não integração, para a qual a criação do artista seguramente pode conduzir o público. Portanto, onde a realização do artista é potencialmente grande, o fracasso intimamente ligado a esse aspecto da realização pode causar grande dor ao público, por trazê-lo para perto da desintegração ou da memória da desintegração e abandoná-lo aí. Assim, a apreciação da arte mantém as pessoas no fio da navalha, pois a realização está intimamente ligada ao fracasso doloroso. Essa experiência precisa ser computada como parte da saúde (Winnicott 1971f, p. 12).

As conquistas de integração são as próprias aquisições necessárias para o amadurecimento. No entanto, a integração é potencial e variável e depende das condições de existência do indivíduo. O próprio autor considera artificial sua descrição das tarefas do amadurecimento, por etapas (Winnicott 1988), pois os estágios não seguem exatamente uma ordem cronológica, mas se sobrepõem uns aos outros, e as tarefas nunca se completam.

2.5 A criatividade primária

A criatividade primária é um aspecto do potencial herdado de um bebê, ou da natureza humana. Nas palavras de Winnicott, a “natureza humana é quase tudo que temos” (Winnicott 1988, p. 21): ela se manifesta, no início, na tendência de elaborar, à maneira humana, ou seja, criativamente, os eventos que nos atravessam. Isso significa, para o bebê, de um lado, descobrir-se a si mesmo conferindo sentido imaginativamente a tudo o que diz respeito ao soma e, de outro lado, fazer gestos espontâneos,

tocar, criar o mundo, relacionando-se ilusoriamente com ele, conferindo sentido também ao ambiente.

Por meio do gesto excitado, cria-se a expectativa de encontrar algo em algum lugar. O bebê não sabe o que esperar e não tem repertório para alucinar. Se alguma coisa vem ao seu encontro, no momento do topo da excitação, então isso terá sido *criado* por ele. Para Winnicott, um dos fundamentos da psique repousa nesse paradoxo. Todo contato com as coisas e com o mundo se fundamenta na ilusão do bebê de tê-los criado. O autor afirma que, a cada nascimento, o mundo é criado novamente.

É importante assinalar que, nos momentos iniciais da existência, o bebê não tem a capacidade de se relacionar com a realidade externa, com objetos objetivamente percebidos: “o bebê não tem nem o sentido da externalidade, nem qualquer outro sentido de realidade” (Dias 2003, p. 213). Nesse ponto do amadurecimento, o único sentido de realidade que lhe é possível é a realidade do mundo subjetivo (Dias 2003). Então, o bebê deve poder viver num mundo de objetos subjetivos criados por ele. Ao fazer um movimento, ele toca o ambiente, descobre-o, cria-o. Se a mãe permitir e acolher o gesto espontâneo, então o impulso, a espontaneidade e a ilusão de onipotência necessária nessa etapa devem ser conquistados: “a mãe deve evitar que o bebê seja surpreendido por um sentido de realidade para o qual não esteja preparado” (Dias 2003, p. 214).

Do ponto de vista do observador, as manifestações primitivas do bebê poderiam ser consideradas meramente físicas, mas, quando a excitação cresce:

[...] a vitalidade do bebê, que se expressa pela motilidade, faz brotar a necessidade de ele se mexer e/ou agarrar algo. Há também a necessidade que surge da crescente tensão instintual da fome.

Num e noutro caso, desenvolve-se uma expectativa indeterminada (Dias 2003, p. 175).

De acordo com o postulado winnicottiano, desde o início a criatividade primária está presente nos gestos espontâneos. O bebê *surfa* nas ondas instintuais, é impulsionado pela motilidade, mas seus gestos não se resumem a instinto e motilidade. “Aqui está um bebê com uma crescente tensão instintiva. Desenvolve-se uma expectativa, um estado de coisas no qual o bebê está preparado para encontrar algo em algum lugar, mas sem saber o quê” (Winnicott 1988, p. 120). E só ao encontrar o objeto buscado o bebê pode viver a onipotência, a ilusão de tê-lo criado; então, o objeto se torna objeto subjetivo, e o gesto, psicossomático, pleno de sentido. Assim, a criatividade primária, no sentido winnicotiano, está diretamente relacionada ao corpo:

[...] a criatividade pertence ao estar vivo – a menos que esteja descansando, a pessoa está, de alguma maneira, procurando alcançar algo, de modo que, se houver um objeto no caminho, pode ocorrer uma relação (Winnicott 1986h, p. 41 – tradução minha).

Entretanto, como o corpo ainda não foi inteiramente personalizado, não há *a priori* personalidade nos movimentos e nos gestos. Assim como todas as manifestações espontâneas presentes no início, a criatividade pertence a um âmbito pré-pessoal: “A criatividade de que falo aqui é um universal. Pertence ao estar vivo” (Winnicott 1971g, p. 67 tradução minha) Há criatividade nos gestos que buscam alcançar, mas isso é uma característica da vitalidade do corpo, e não há ali alguém integrado que busca e encontra. O corpo ainda não personalizado é externo ao bebê; suas manifestações contêm, em estado potencial, a própria psique, incipiente.

A apresentação do objeto feita pela mãe de maneira sensível favorece o fenômeno chamado pelo autor de realização: por meio do encontro mágico, paradoxal, em que, ao conceber o objeto, ele já está lá para ser concebido, o bebê o encontra de fato, materialmente, e não só em sua imaginação. Esse fato é um dos componentes do sentido que o autor descreve como *sentir-se real*.

Quando a mãe possibilita esse modo criativo de encontro, o indivíduo, ao encontrar objetos durante a vida, torna-se capaz de preservar sempre uma porção subjetiva que confere um colorido pessoal à realidade. Essa é a base para a manutenção da capacidade de criar. Para Winnicott, qualquer definição de criatividade a que chegemos deve incluir a idéia de a vida valer ou não a pena, de acordo com o fato de a criatividade ser ou não parte da experiência de estar vivo da pessoa⁷⁰ (Winnicott 1971g).

Com essa experiência, constituem-se também uma ilusão de contato e uma confiança de que no mundo existem as coisas que se buscam. Quando o encontro é experimentado repetidas vezes, sedimenta-se a ilusão de onipotência, o sentimento necessário de que o mundo foi criado pelo bebê. Por outro lado, a mãe que não leva em conta os impulsos do bebê atrapalha ou impossibilita suas possibilidades de contato, impede a construção de uma relação criativa com o mundo.

Se a continuidade de ser é preservada, brotarão os gestos espontâneos, excitados, que nascem da vivacidade do bebê: das necessidades somáticas, da motilidade e da fome. Ao lado dos elementos somáticos, há expectativas indeterminadas, um potencial para a criação de uma área de ilusão e também para a elaboração da experiência. Tudo isso está contido no conceito

⁷⁰ Winnicott acrescenta que a tentativa de relacionar a obra de grandes artistas a aspectos de sua infância tende a “irritar os artistas e as pessoas criativas [...] [pois mesmo] parecendo estar chegando a algo [...] o tema principal, o do próprio impulso criativo, continua sendo contornado” (Winnicott 1971a, p. 100).

winnicottiano de criatividade primária, a porção potencialmente psíquica da experiência do bebê.

Pode-se dizer que um grande diferencial do modelo winnicottiano é seu conceito de criatividade: a criatividade que brota de um corpo vivo, relacional, pré-condição e recurso privilegiado para a constituição de si mesmo e do mundo.

2.6 Os fundamentos da psique

Na visão do autor, não há possibilidade de haver psique fora do funcionamento cerebral, e tampouco se pode pensá-la em termos de um aparelho pré-constituído. Ao contrário, pode-se concebê-la como um trabalho constante, próprio do humano, de elaborar o corpo vivo, seus instintos e suas experiências. Quando trata dos primórdios da psique, o autor explicita: “a palavra psique, aqui, significa *elaboração imaginária* (imaginativa) *dos elementos, sentimentos e funções somáticas*, ou seja, da vitalidade física” (Winnicott 1954a, p. 333 – grifos do original). Esse é um dos sentidos que ele dá à palavra, como a própria elaboração imaginativa. Em outras descrições, a psique é o resultado da elaboração imaginativa: “o corpo é essencial para a psique, que depende do funcionamento cerebral e que surge como uma organização da elaboração imaginativa do funcionamento corporal” (Winnicott 1988, p. 144). E Loparic acrescenta: “Ela [a psique] não é uma substância ou instância, e sim um *modo de operar* da natureza humana” (Loparic 2000b, p. 9).

A elaboração psíquica começa desde o útero, prossegue na existência do infante, da criança, do adolescente e do adulto, adquirindo formas

sofisticadas ao longo da vida. Nessa perspectiva, o último selo da existência seria o de conferir sentido ao ato de morrer⁷¹. Nas palavras de Loparic:

[...] o que faz a diferença entre o animal humano e o resto dos animais não é a instintualidade, mas a necessidade de operar a *elaboração imaginativa de todas as funções corpóreas*. [...] o homem não é movido – empurrado a tergo – por forças, ele acontece porque *tem-que-acontecer*, porque, por essência, é acontecencial, sendo que essa acontecência é estruturada, na origem, por um trabalho da psique sobre o corpo (Loparic 2000b, p. 7 – grifos do original).

O bebê elabora a vida, a vitalidade física, os modos de estar vivo: as funções, as excitações, os ciclos corporais, as sensações, os sentimentos etc. Com essas elaborações, “gradualmente a psique chega a um acordo com o corpo, de modo que na saúde existe eventualmente um estado no qual as fronteiras do corpo são também as fronteiras da psique” (Winnicott 1988, p. 144). Com o decorrer do amadurecimento, constitui-se aquilo que o autor denominou *histologia da psique*: as fantasias conscientes e inconscientes decorrentes da “elaboração imaginativa de todos os funcionamentos somáticos que são específicos do indivíduo” (Winnicott 1988, p. 45).

Além das funções somáticas, também são elaboradas as experiências de contato corporal com a mãe e com o ambiente nos momentos tranquilos. Lembre-se que, inicialmente, toda e qualquer vivência psíquica tem lugar diretamente por meio do soma. Soma e psique estão bem próximos: “Eis aqui um corpo, sendo que a psique e o soma não se distinguem um do outro, exceto quanto à direção que estivermos olhando” (Winnicott 1954a, p. 333).

⁷¹ Citando Clare Winnicott, diz Loparic que, no fim da vida, Winnicott “escreveu a seguinte prece: ‘Meu Deus, faça com que eu esteja vivo na hora de morrer’ (1989a, p. 4)” (Loparic 1999c, p. 369, N.R.). Pode-se conjecturar que Winnicott vislumbrava aí a possibilidade de, estando vivo, elaborar imaginativamente o não elaborável próprio ato de morrer.

Assim, o bebê sente-se amado ou não de acordo com o modo como é cuidado. Se mãe o segura como uma pessoa inteira, ele não precisa saber que ainda não tem um esquema corporal constituído ou que é apenas um amontoado de membros. Ela o protege da experiência de despedaçamento, reunindo seu corpo de forma sensível, ou de dissociação, juntando corpo e cabeça como uma continuidade. Há uma elaboração psíquica dessas experiências que se expressam em termos do sentimento de continuidade, estabilidade e confiança. Em termos somáticos, ela se traduz numa possibilidade, que é preservada, de um retorno saudável à não integração, depois da integração, ou seja, à manutenção do trânsito entre os dois estados. Esse seria o equivalente do estado adulto de relaxamento. Corrobora essa afirmação o fato de que uma das defesas primitivas, ativada quando o bebê não se sente seguro, é descrita pelo autor como *self-holding*, ou seja, um segurar-se a si próprio, que nada mais é que uma tensão muito primitiva e generalizada. Esse tipo de tensão impede a elaboração psíquica do soma.

Winnicott aborda a origem da psique também em termos do contato criativo. Já vimos que o bebê winnicottiano não é pensado como um existente que já pode de saída estabelecer contato com as coisas ou fazer trocas. Antes de mais nada, ele precisa criar o mundo, ou seja, estabelecer o contato, o que só pode acontecer com base na ilusão. Por meio do gesto excitado, o bebê cria. Primeiro, se a mãe vem ao encontro de seu gesto, ele cria o seio, o objeto subjetivo; depois, estendendo a área de ilusão cria o objeto transicional; em seguida, se a mãe sobrevive ao seu amor excitado e agressivo e não retalia, ele a destrói, criando o sentido de externalidade; se ela se mantém viva e aceita seus presentes, ele cria um sentido de valor pessoal. Com seus instintos integrados, ele passa a poder fazer trocas interpessoais. Nesse momento, se tudo correu bem, o bebê já adquiriu a

capacidade de objetividade, mas uma porção subjetiva sempre permanece, ou seja, um indivíduo saudável mantém sempre uma relação de contato criativo – e não de mera submissão – com o mundo.

Para o autor, uma organização psíquica ocorre concomitantemente à conquista de um si-mesmo unitário. Entretanto, essa organização tem uma estabilidade relativa. O mundo interno pessoal, por exemplo, sempre pode ser modificado a partir de experiências instintuais satisfatórias ou insatisfatórias ou por meio de relacionamentos. A elaboração imaginativa das experiências é parte do estar vivo.

2.7 A personalização

Possibilitado pela elaboração imaginativa, o processo de alojamento em si-mesmo não é um esquema mental, um mero diagrama unidimensional de si, mas a organização de um modo de ser psicossomático.

Esse modo de ser psicossomático é também um lugar para ser: inclui um esquema corporal, com seus aspectos temporais e espaciais, que se pode considerar o início de uma psicologia individual. Não há psicologia individual, a não ser que se tenha constituído um si-mesmo, inserido nas dimensões do tempo/espço e alojado de algum modo no próprio corpo, onde se pode dar início a relacionamentos objetivos e se passar a ter experiências no mundo.

Sobre habitar o corpo, Winnicott dá o seguinte exemplo: quando chamamos alguém – “Susan, venha cá” –, esperamos que essa pessoa olhe para nós, ande em nossa direção, sem precisar tomar decisões a respeito de dever ou não mover a cabeça, virar o corpo, usar a perna direita ou a

esquerda para iniciar o deslocamento e carregar seu corpo até o objetivo. A não ser que estivesse muito doente⁷², ninguém teria esse tipo de preocupação. Significa que o sentimento de Susan – que é a pessoa e seu corpo – e seu corpo são relativamente coincidentes.

Outro exemplo que ilustra esse fenômeno são os dedos de um virtuose que deslizam sobre as teclas do piano. Evidentemente, o comando do aparelho motor não passa pela representação de cada dedo, a cada momento, em cada tecla. Essa operação impediria qualquer artista de tocar ou interpretar – o artista toca porque, ao menos naquele momento, habita o próprio corpo⁷³.

As expressões “habitar o corpo” ou “instalação da psique no corpo” podem sugerir algo que vem de fora (a psique) e se instala no corpo ou que habita um corpo pensado como meramente biológico. Absolutamente, não é essa a idéia que o autor quer veicular. Loparic esclarece:

[...] o uso winnicottiano da palavra “psique” não sugere nada ‘que possa ser conectado com o espírito [*spirit*]’ (1989, p. 565), entidade que, de acordo com a interpretação tradicional, tem a propriedade de poder existir independentemente do corpo. Pela mesma razão, Winnicott exclui de seu vocabulário a palavra “alma” [*soul*], a não ser para designar uma propriedade da psique (Loparic 2000b, p. 10).

Em seu “Psycho-Somatic Disorder”, 1964, define personalização como uma parte da tendência à integração, que se refere à “tendência a atingir uma unidade psique-soma, uma identidade experiencial da psique e a totalidade do funcionamento físico” (Winnicott 1966d, p. 112 – tradução

⁷² É preciso assinalar que uma característica do distúrbio psicótico é o fato de não sentir o corpo e suas funções como próprias (Winnicott 1958j).

⁷³ Não são raros, entretanto, os casos de artistas que, com problemas sérios de personalização, resgatam o contato com o soma justamente no ato de execução da obra.

minha). Por meio dessa tendência, do corpo funcional da criança se desenvolverá uma personalidade funcional, “com defesas contra ansiedade de vários graus e tipos” (Winnicott 1966d, p. 112 – tradução minha). O distúrbio psicossomático seria o exemplo do negativo dessa tendência, considerada positiva.

Winnicott elucida o tema remetendo-nos ao fenômeno oposto, definido na psiquiatria como *despersonalização*, ou perda da vinculação entre soma e psique. Diz o autor que esse termo pode ser usado para descrever um estado clínico comum de crianças normais, um estado que é geralmente chamado de ataque de biliar, ainda que nem sempre ocorra o vômito: “a criança fica por algum tempo flácida, pálida como a morte e inacessível a qualquer contato – mas em pouco tempo ela retorna e se mostra perfeitamente normal, e a pele, na temperatura adequada” (Winnicott 1988, p. 145).

O exemplo de despersonalização é ilustrativo por situar-se no extremo oposto de um estado ideal de uma suposta identidade perfeita entre soma e psique, mas devemos compreender que a conquista dessa identidade nunca é completa ou definitiva e nunca termina, sendo sempre, ao contrário, um tanto precária. Winnicott considera que a popular idéia de um fantasma, um espírito desencarnado, tem sentido por remeter à precariedade da relação psique-soma.

Durante toda a vida de um indivíduo, o corpo apresenta gradações de opacidade ou de externalidade à sua experiência. Em muitas ocasiões, esse fato é evidente: por exemplo, em reações autonômicas a situações de estresse, em doenças físicas e/ou psicossomáticas, em mudanças no corpo ocorridas durante a gravidez, no envelhecimento etc.

A conexão entre psique e soma se afrouxa em várias situações cotidianas: no cansaço e em momentos de frustração instintiva, por exemplo. Também alguns fenômenos corriqueiros da clínica podem ilustrar o enfraquecimento ou a debilidade dessa conexão, em graus mais ou menos patológicos: “a exploração das sensações da pele, a dramatização do cuidado físico e a ênfase excessiva na capacidade de cuidar de si próprio”⁷⁴ (Winnicott 1988, p. 138).

Winnicott empresta o conceito freudiano de ego corporal – a idéia de que o ego é antes de tudo um ego corporal –, com a ressalva de que só na saúde existe uma identidade entre o si mesmo, pessoal, e o corpo e seu funcionamento. A esse respeito, é preciso acrescentar que a concepção freudiana de ego corporal baseia-se na imagem que a criança faz do próprio corpo a partir da estimulação da sensação de pele (Dias 2003, p. 111). Essa idéia se diferencia da winnicottiana, segundo a qual a experiência de si mesmo é dada pelas múltiplas sensações vividas e elaboradas pelo bebê a partir de seu contato com seu corpo e com o ambiente: “A porção psíquica da pessoa tem a ver com relacionamentos, relações dentro, relações com o corpo, com o mundo externo” (Winnicott 1988, p. 28).

Presumida na noção de ego corporal, a identidade corpo e psique seria o resultado da reunião e da organização significativa que o bebê se torna capaz de fazer de suas funções e partes – só quando o ambiente é bom – e de tudo o que acontece com seu corpo, conferindo-lhe um sentido pessoal. Quando atingido, esse sentido de unidade é vivido com alegria: experiências corpóreas passam a reforçar o desenvolvimento do ego e vice-versa, o desenvolvimento egóico passa a ensejar melhora na coordenação motora, no

⁷⁴ Poder-se-iam acrescentar outros tantos, comuns na clínica contemporânea: compulsão ao exercício físico, à preocupação com a aparência, distúrbios na imagem corporal, algumas modalidades de transtornos de alimentação etc. A mesma cultura que tradicionalmente desprezou o corpo hoje o cultua de forma objetificada, desprovendo-o de suas características potencialmente regeneradoras. Nesse sentido, é possível afirmar que grande parte das pessoas tem algum tipo de dificuldade com relação ao próprio corpo.

tônus muscular, na adaptação à variação de temperatura etc. A posição “eu sou” promove também o sentimento de rivalidade, que a criança pode ou não estar apta a suportar. Se está apta, a rivalidade se torna um estímulo importante para o amadurecimento. Entretanto, quando há falha no processo de desenvolvimento da identidade entre psique e soma, essa relação se torna incerta, podendo a qualquer momento ser ameaçada, por exemplo, quando sentimentos muito intensos entram em jogo.

2.8 A mente

Segundo Winnicott, a oposição ordinariamente atribuída à mente e ao corpo não deve ter lugar numa discussão científica: “Se usarmos esses dois termos em oposição para descrever alguma doença, por exemplo, nos veremos imediatamente em apuros” (Winnicott 1954a, p. 333).

Para o autor, a mente, em situação normal, tem sua origem num momento específico no percurso do amadurecimento, surgindo como florescimento ou especialização no topo da parceria psique-soma e tendo como finalidade a manutenção da onipotência do bebê. Se tudo corre bem, em momento apropriado, a mãe deixa de se adaptar tão perfeitamente às necessidades do bebê. Ele passa a ter que fazer predições, transformando essa adaptação, já não tão perfeita, à sua necessidade de adaptação perfeita:

A função de comparação desenvolve vida própria e permite que se façam predições, o que se coloca a serviço da necessidade de preservar a onipotência. Paralelamente a isso, a elaboração da função, enriquecida por lembranças, se transforma em imaginação criativa, sonho e brinquedo (também a serviço da onipotência) (Winnicott 1989s, p. 121).

Com seus recursos imaginativos e intelectuais, o bebê libera a mãe de uma adaptação perfeita e, assim como todos os outros fatos do amadurecimento, esse será colorido pelo encontro da mãe com seu bebê, com as características de cada um e seus potenciais herdados:

[...] facilmente uma mãe sagaz entra em descompasso com algum de seus filhos dotado de capacidade intelectual relativamente limitada; do mesmo modo, a criança esperta está sujeita a perder contato com uma mãe lenta (Winnicott 1958j, p. 10).

Ou seja, alguns bebês já capazes de compreender as ausências da mãe têm essa capacidade retardada pela lentidão da própria mãe. Analogamente, algumas mães muito rápidas, incapazes de acompanhar as necessidades do filho nessa etapa, podem lhe exigir um esforço mental exagerado, ocasionando um hiperflorescimento precoce dessa atividade.

Desde cedo, entretanto, o ser humano já é capacitado para operar as funções primitivas de catalogar, categorizar e comparar. Supondo-se a existência de um tecido saudável do aparelho eletrônico que capacita o homem a pensar – o cérebro ou, mais especificamente, a porção mais recente, em termos evolutivos, do cérebro, o córtex –, na saúde: “tudo o que é registrado é catalogado, categorizado e comparado [...] coisas, acontecimentos ou sensações só podem ser registradas tal como foram experienciadas”⁷⁵ (Winnicott 1989s, p. 120). Mas essas funções ainda não constituem tudo o que se circunscreve na palavra “pensar”.

⁷⁵ Em Winnicott, o sentido de experiência não é unívoco. Quando existe um ego estruturado, a idéia de experiência é colocada em termos do que pode ser experienciado dentro daquilo que o autor denominou área de onipotência do ego. Enquanto não existe uma estrutura egóica minimamente organizada, a memória tende a ocorrer num nível mais próximo do corpo, ou seja, em forma de organização ou desorganização psicossomática e, conforme o ego vai se fortalecendo, às memórias corporais são adicionadas outras formas de registro, por exemplo, aquelas de ordem mental. E há os casos patológicos nos quais a função de catalogação é muito intensamente ativada, para fins de manutenção da onipotência, antes que o bebê seja capaz de experienciar o evento.

O autor discrimina muitas formas de pensamento, bem descritas, no original em inglês, por meio do recurso linguístico dos *phrasal verbs*, assunto explorado em palestra em 1965. Winnicott identificou várias expressões que significam *pensar* na língua inglesa⁷⁶, mostrando que cada um dela se refere a um modo distinto de pensamento, o qual depende das capacidades alcançadas com o desenvolvimento do bebê.

Assim, entre o *catalogar* primitivo e o *ter uma visão abrangente sobre um assunto*, existem gradações do pensar, que dependem do amadurecimento do ser humano. Lembremos aqui que, para o autor, a mente é uma especialização da parte psíquica, ou um ornamento da parceria psique-soma. Para dar um exemplo, para que o bebê possa lembrar, rememorar – *think of* –, é preciso que já se tenha instalado um sentido de temporalidade, e o mesmo ocorre com o antever – *think forward*.

Nessa mesma palestra, o autor explicitou a idéia de um pensamento incipiente relacionado às “posturas íntimas e movimentos expressivos do corpo” (Winnicott 1989s, p. 121). Embora estivesse desenvolvendo o tema do pensar, vê-se que se referia à elaboração imaginativa, relacionando esse modo de elaboração do soma à matriz das palavras e imagens e ao simbolismo apresentacional⁷⁷.

Outra questão colocada pelo autor nesse estudo são as diferentes formas de pensar ocasionadas por diferentes tendências inatas:

⁷⁶ São elas: *think round*, circundar; *think around*, examinar com carinho; *think up*, inventar; *unthinkable*, impensável; *think out*, dissecação mental deliberada; *think through*, refletir completamente; *think of*, veredicto após consideração devida, lembrar, rememorar; *think forward*, antever; além dos diferentes sentidos da palavra *think*: identificar, pensar e não falar, ter uma visão abrangente (Winnicott 1965, p. 120).

⁷⁷ Esse assunto não foi desenvolvido, apenas citado por Winnicott, que deu a seguinte referência, em nota de rodapé: D.W. Harding, *The Hinterland of Thought*, em *Experience into Words; Essays on Poetry* (London, Chatto and Windus, 1963).

Alguns bebês especializam-se no pensar e buscam palavras; outros especializam-se em experiências auditivas, visuais ou outras experiências sensoriais e em lembranças e imaginação criativa do tipo alucinatório; estes últimos podem não buscar palavras (Winnicott 1989s, p. 121).

Segundo Winnicott, não há aí idéia de normalidade, mas apenas formas distintas de pensamento. No entanto, não é de estranhar que uma cultura fascinada pelo verbo como é a nossa eleja as pessoas com boa capacidade de verbalização como exemplos de normalidade.

O autor assinala que não existe nada que se assemelhe a uma patologia do intelecto. A mente não adoece. Ela pode, sim, ser explorada em função do adoecimento na constituição psicossomática. A criança nasce com uma determinada qualidade de tecido cerebral que se traduz num potencial intelectual. Se ocorrerem muitas falhas na adaptação inicial às necessidades do infante, sua mente será ativada indevida e excessivamente. O bebê terá que se adaptar à mãe (ao invés do contrário) estudando-a, compreendendo-a, fazendo predições, controlando o ambiente ao máximo, para manter a onipotência. Isso pode resultar num QI muito elevado, o que pode ser útil de algum modo, mas é desastroso em termos de alojamento no soma e, portanto, de um amadurecimento emocional satisfatório. O autor sustenta que uma pessoa com um QI mediano pode levar uma vida satisfatória, ter bons relacionamentos, ser útil socialmente, enfim, ser uma pessoa de valor; enquanto muitas vezes um indivíduo brilhante pode terminar por não dar cabo das possibilidades anunciadas, por imaturidade.

Além disso, Winnicott assinala que muitos dos casos comumente denominados “retardo mental” nada têm a ver com o tecido cerebral ou o potencial intelectual. Assim como a mente pode ser explorada, há, nesses

casos, também um colapso na capacidade de compreensão por parte do bebê. Isso ocorre quando a exigência sobre sua mente ultrapassa muito aquilo que ele poderia suportar. Em geral, mães caóticas não sabem introduzir o mundo em pequenas doses e de maneira estável e, com isso, dificultam ou impedem o desenvolvimento do bebê de fazer previsões e de conquistar um sentimento de confiabilidade e estabilidade, dando margem à instauração de quadros de confusão ou retardo.

Para o autor, a mente não existe como uma entidade, e sua localização na cabeça, onde freqüentemente se a supõe, é uma falsa localização para uma falsa entidade: “O esquema corporal com seus aspectos temporal e espacial fornece uma descrição valiosa do diagrama que o indivíduo tem de si próprio, e tenho a impressão de que em seu interior não há um lugar óbvio para a mente” (Winnicott 1954a, p. 332). Acrescenta que essas falsas entidade e localização poderiam ser atribuídas à excessiva estimulação da região da cabeça durante o nascimento.

Ainda sobre o tema da mente, é importante assinalar um fato indubitável, em Winnicott: o ser humano já é um existente muito antes que se possa configurar um eu pensante.

2.9 Algumas considerações sobre o uso do termo “fantasia” em Winnicott

Vimos que, até Winnicott, o fenômeno da personalização, ou da chegada de um acordo entre soma e psique não tinha sido tratado em Psicanálise, e que a atividade de elaborar imaginativamente funções, sensações e sentimentos é a pré-condição para a personalização.

Segundo Loparic, o conceito de fantasia tem sido tradicionalmente usado em Psicanálise no sentido de uma “operação *mental* que se desdobra, desde o início, em introjeção e projeção” (Loparic 2000b, p. 13). Nesse sentido e de acordo com o pensamento winnicottiano, não é um termo adequado para designar fenômenos precoces como a atribuição de sentido às excitações muito primitivas, mas apenas para referência às etapas avançadas do amadurecimento do bebê.

Entretanto, Winnicott tomou como ponto de partida o conceito psicanalítico de fantasia para formular sua idéia de elaboração imaginativa. Em carta a Smirnoff, esclarece:

Na teoria psicanalítica, geralmente se assume que o ego é um ego corporal, isto é, que a estrutura total da personalidade é construída sobre o funcionamento do corpo e sobre a fantasia que acompanha o funcionamento do corpo (Winnicott 1987b, p. 106).

O autor aproveitou essa idéia da fantasia que acompanha as funções corporais à sua maneira: “Usei a expressão *imaginative elaboration of function* para descrever essa teoria da fantasia e da realidade psíquica como sendo, em sua origem, uma elaboração da função” (Winnicott 1987b, p. 106).

Já em 1939, num escrito intitulado “Desilusão precoce”, em *Explorações Psicanalíticas*, se constata a idéia de um pensamento primitivo que acompanha as funções corporais: “em duas palavras, o bebê está lá, deitado, sugando o polegar e pensando, e alguém chega e tira-lhe o polegar da boca. Ele tem que aprender a prosseguir com seus pensamentos *sem* a parte óbvia do acompanhamento orgástico”⁷⁸ (Winnicott 1989g, p. 17). No mesmo livro, num artigo denominado “Um ponto de técnica”, questiona:

⁷⁸ Winnicott exemplifica a situação com o caso de uma paciente com dificuldade para usar as mãos tanto para tarefas cotidianas quanto para a masturbação. O autor destaca fenômenos precoces como integração ou dissociação entre corpo e fantasia e relaciona essa dificuldade ao impedimento, pelos pais, da atividade da paciente de chupar o dedo quando bebê. Explica que a influência ambiental é tanto mais eficaz quanto maior a culpa do bebê a respeito dos elementos destrutivos do material de sua fantasia. Quando a culpa é máxima, o resultado é o divórcio entre o material da fantasia e a vida instintiva do corpo.

[...] quando a fantasia que está representada no material transferencial é revelada, pergunto-me: qual é o funcionamento corporal orgástico acompanhante e onde ele se acha? E, *per contra*, quando na situação analítica existe funcionamento corporal orgástico, pergunto-me: de que material de fantasia o paciente está me falando através desse funcionamento?⁷⁹ (Winnicott 1989vf, p. 22).

O modo como o autor utiliza o termo fantasia nessas duas passagens parece adiantar alguns aspectos do conceito de elaboração imaginativa, que formularia posteriormente.

No artigo “Fragmentos referentes a variedades de confusão clínica”, o autor utiliza a expressão “memória corporal”⁸⁰. Em vinheta clínica, refere-se a uma paciente que se sente abandonada por ele (nesse exemplo, é preciso ter em mente a expressão em inglês *let down*), o que a remete a um sentimento de insegurança associado à memória de ter sido um dia, literal e repentinamente, colocada pra baixo [*a body memory of suddenly being put down*] (Winnicott 1989j, p. 33).

⁷⁹ Em breve descrição de um caso clínico, Winnicott atenta para o modo como uma paciente usa seu aparato vocal na sessão e do lugar que esse fato ocupa na relação com o analista. Segundo sua interpretação, havia determinado funcionamento orgástico da paciente que permanecia oculto na análise, a não ser por sua maneira de falar: “quando trabalha duro, na análise [...] efetua uma quantidade tremenda de trabalho com a boca e com todo seu aparelho vocal [...] Com a voz, a paciente tentava ser honesta a despeito de sua determinação geral de manter separados [em seu relacionamento com Winnicott] a fantasia e o acompanhamento corporal” (Winnicott 1989vf, p. 22-23). O autor assinala ainda que, enquanto o funcionamento corporal permanecesse oculto, “o material da fantasia, ainda que intensamente sentido, nunca poderia tornar-se inteiramente real ou pessoal” (Winnicott 1989vf, p. 23) Mais uma vez, o autor explora relações entre integração da fantasia e função e apropriação do corpo na relação com o objeto. Nessa época, ele ainda não problematizava as questões de que, nos primórdios, o bebê ainda “não está lá para se relacionar, exceto de maneira não-integrada” (Winnicott 1987b, p. 112), e de que o objeto com o qual se relaciona ainda é subjetivo, ou seja, parte dele próprio.

⁸⁰ A memória corporal é um fato vivo no universo da dança. A esse respeito, reproduzo aqui algumas palavras do dançarino japonês de butô Kazuo Ohno, que fez suas primeiras apresentações no Brasil já com 83 anos, conquistando público, crítica e artistas da dança e do teatro como Maura Baiocchi, José Celso Martinez Correa e Antunes Filho: “procuro seguir à risca as minhas lembranças [...] até o seio da mãe [...] É assim que procuro receber todo o peso e as contradições da minha vida, com todo o corpo. Essa atitude deu origem à minha dança” (Bogéa 2002, p. 28-29). Para Kazuo Ohno, o lugar do butô “é na barriga da mãe. No útero do universo. O lugar da minha dança é dentro da barriga. A vida e a morte são inseparáveis” (Bogéa 2002, p. 35). “Eu não organizo movimentos, minha arte é improvisada, e isso é perigoso. [...] Tento carregar em meu corpo o peso e o mistério da vida. Sigo minhas memórias até chegar ao ventre materno” (Bogéa 2002, p. 38).

Nessa passagem, está implícita a idéia de uma elaboração da própria organização somática, que de algum modo veicula sentimentos ou idéias associados aos cuidados ambientais e também à falha ambiental – que, em determinada época da vida, consiste, por exemplo, no fracasso da mãe em segurar o bebê com segurança, para além de sua tolerância. Não se aplicaria aqui a idéia de fantasia, a não ser que esse termo se referisse à própria elaboração de modos de presença no corpo, ou de esquematização do corpo. O modo como o autor utilizou, no texto citado, a expressão “memória corporal” se mantém em variados outros escritos seus.

Em textos posteriores, Winnicott esclarece que tudo o que acontece na relação do bebê com o ambiente é elaborado imaginativamente de modo que o soma, personalizado, passa a guardar de alguma forma o sentido das experiências vividas. Por exemplo, se o cuidado foi bom, o bebê constrói um sentido de unidade e integração das partes. Se não foi bom, permanece ao longo da vida com um sentimento de insegurança, por exemplo, como se estivesse prestes a um despedaçamento (cair em pedaços), a um despencar (cair para sempre) ou o bebê pode permanecer dissociado de funções ou pedaços de seu corpo, os quais não puderam ser integrados. Esses são exemplos de modos como experiências podem ficar retidas na própria organização somática. No caso de uma relação bem estabelecida de confiança com o analista, o autor considera possível a retomada de processos estancados de integração a partir de experiências de regressão e que os sentimentos pertinentes à situação original sejam experienciados pela primeira vez dentro de um *setting* especializado.

O tema das fantasias muito próximas ao soma também foi tratado pelo autor na chave da ansiedade hipocondríaca: “a saúde do corpo, na medida em que ela é percebida ou notada, é traduzida em termos de fantasia

e, ao mesmo tempo, os fenômenos da fantasia são sentidos em termos corporais” (Winnicott 1988, p. 115). Note-se que, para Winnicott, os sentimentos hipocondríacos estão situados num momento em que o bebê já adquiriu um mundo interno e o localizou dentro do corpo, quando as ansiedades, relacionadas ao impulso e às idéias agressivas – principalmente de natureza oral –, levariam ao aumento do poder dos objetos internos e de sua qualidade persecutória.

A esse respeito, vale acrescentar o comentário do autor de que o estudo sobre a histeria de conversão teria muito a ganhar com o “exame da mistura original que o bebê faz entre o corpo propriamente dito e os sentimentos e idéias a respeito do corpo” (Winnicott 1988, p. 115-116).

Assim, no início da vida do bebê e também em algumas situações de cunho patológico, as manifestações somáticas e as psíquicas estão muito intimamente entrelaçadas. Entretanto, é possível depreender dos textos winnicottianos que fenômenos do tipo citado acima ainda têm lugar durante a vida de um indivíduo, e não só no sentido patológico. Segundo essa interpretação, haveria uma gradação nas relações estabelecidas entre soma e fantasia: desde a relação mais primitiva, em que soma e psique são quase idênticos, até as idéias mais conscientes que o indivíduo desenvolve sobre si mesmo. Winnicott comentou essas relações nos seguintes termos:

[...] a fantasia mais próxima do funcionamento corporal depende da função daquela parte do corpo que, em termos evolutivos, é a menos moderna, enquanto a consciência de si depende do funcionamento daquilo que é mais moderno na evolução do animal humano (Winnicott 1988, p. 70).

Nesse comentário, o autor concebe a mente como: 1) dependente da parte mais evoluída do cérebro, 2) uma sofisticação no topo da parceria

psique-soma, 3) produtora de fantasias mais conscientes sobre si e 4) situada do lado oposto de uma escala, onde a produção de fantasias, dependente das partes menos evoluídas do cérebro, é constituinte de um inconsciente profundo, muito estreitamente ligado ao soma.

Um dos sentidos que o autor dá ao termo “inconsciente” refere-se, então, “à fantasia quase física, aquela que está menos ao alcance da consciência”⁸¹ (Winnicott 1988, p. 69).

2.9.1 Fantasia e as tensões instintuais

Na parte II de *Natureza humana*, Winnicott desenvolve o tema da fantasia, abordando especificamente a questão das excitações instintuais, sintetizando suas idéias a respeito do modo como elas colorem as excitações. Recorde-se que o autor não pensa a integração dos instintos em termos de progressão de libido, mas esclarece que existe a predominância de uma função a cada etapa do amadurecimento. Nesse sentido, “a elaboração imaginativa da função tende a ocorrer nos termos do instinto dominante; portanto, é característica da primeira fase do desenvolvimento o erotismo oral colorido por idéias de natureza oral” (Winnicott 1988, p. 58). Mesmo que ocorram excitações de toda ordem – de natureza genital, por exemplo –, não existem ainda, no início, fantasias de natureza genital (Winnicott 1988).

Nesse trabalho, o autor explicita sua insatisfação com relação à compreensão dos instintos pré-genitais só em termos de progressão instintual. Entende que, quando as idéias são colocadas dessa maneira, são transportados para realidade do bebê achados a respeito de crianças que já sabem andar. Para Winnicott, se uma fantasia acompanha um instinto, seja

⁸¹ Para esse uso da palavra “inconsciente”, Winnicott cita Anna Freud (1936).

ele de natureza oral, anal, uretral, fállica ou genital, e colore uma relação, deve-se presumir que o bebê já é capaz de se relacionar com objetos externos ou internos. Entretanto, quando se trata das fantasias pré-genitais, nas etapas primitivas, o bebê só é capaz de se relacionar com objetos subjetivos. Esse fato exige que se pense sobre os primórdios da integração instintual no contexto da constituição do ego no bebê.

Nesse sentido, o autor retoma a classificação das etapas pré-genitais feita por Abraham⁸², para realizar as seguintes objeções:

As fantasias orais não devem ser descritas como pré-ambivalentes e depois ambivalentes, no sentido da progressão dos instintos, mas, sim, em termos das mudanças no ego do bebê: o bebê, de incompetente (por imaturidade, pois não reconhece o objeto fora dele), torna-se preocupado (quando já amadureceu a ponto de poder reconhecer e se preocupar com os possíveis estragos no corpo da mãe). Ou seja, desde o início, o amor primitivo já comporta elementos agressivos – que lhe são inerentes – e fantasias que os acompanham. Mas, inicialmente, o bebê não pode ter uma experiência sádica, o que implicaria encontrar um objeto – fora dele – de satisfação no topo da excitação, o que ainda não é possível nessa etapa.

No estudo do tema da fantasia como elaboração da função, em Winnicott, é preciso enfatizar que:

- 1) a origem da fantasia está na elaboração das excitações primitivas, 2) as fantasias são qualitativamente determinadas pela localização, no corpo, do instinto dominante, 3) o conteúdo da fantasia é alterado conforme o bebê se transforma, em termos de

⁸² Abraham divide a fase pré-genital em oral, anal e uretral. A fase oral é subdividida em erótica (sugar) e sádica (morder). A fase anal, em erótica (defecar) e sádica (controlar); a fase anal se dá junto com a uretral erótica e sádica como alternativa variável (Winnicott 1988, p. 59).

crescimento físico e de amadurecimento pessoal⁸³, e 4) finalmente, as fantasias são pessoais, no sentido não só da hereditariedade, mas também da experiência (Winnicott 1988).

As colocações do autor a respeito das fantasias anais ilustram parcialmente essas afirmações. Winnicott não discrimina uma *etapa* anal propriamente, em termos de predominância instintiva. Um bebê pode, conforme sua história, 1) associar defecação e excitação e vivenciar a experiência anal como erótica, 2) colorir a experiência anal com erotismo oral, receptivo ou 3) ter no controle o elemento central da experiência.

Além disso, quando se trata da experiência uretral ou anal, o bebê em algum momento se torna capaz de associar a saída dos alimentos a algo que foi ingerido e já esteve dentro e, portanto, já tem uma história. Quando isso acontece, pode-se dizer que as fantasias já podem ocorrer em termos da incorporação e excreção.

A elaboração das experiências excitadas é o forte elemento de constituição do ego corporal do bebê, ou da parceria psique-soma. Quando o ego ainda não tem bordas consistentes, o bebê não é capaz de incorporá-las a não ser em termos de elaboração imaginativa; conforme decorre o desenvolvimento, vai se delineando um esquema corporal e se compondo um mundo interno. O bebê começa, então, a poder “sustentar os riscos envolvidos e as frustrações experimentadas até o ponto em que a satisfação do id se torne um fato” (Winnicott 1965m, p. 129).

Em seu “Pediatria e psiquiatria”, de 1948, o autor assinalou que, mesmo com o amadurecimento e o desenvolvimento do bebê, quando passa a ter lugar a incorporação do objeto como um fenômeno tanto físico quanto

⁸³ Por exemplo, considere-se a diferença entre as fantasias muito próximas ao corpo, ou aquelas relacionadas ao amor primitivo imcompadecido, ou ainda relacionadas à elaboração dos estragos no corpo do outro, no concernimento, ou às fantasias edípicas etc.

psíquico, a questão do estabelecimento do contato inicial com a realidade continua sendo vital (Winnicott 1948b). E, em outro texto:

É interessante examinar a relação do indivíduo com os objetos no mundo de fantasia por ele criado. De fato, há toda uma gama de desenvolvimento e sofisticação nesse mundo assim criado, de acordo com a quantidade de ilusão experimentada [...] a fantasia é mais primária que a realidade, e o enriquecimento da fantasia com as riquezas do mundo depende da experiência da ilusão (Winnicott 1945d, p. 228).

Em escritos tardios, Winnicott situa a origem da fantasia inconsciente propriamente dita num momento específico do amadurecimento, quando da mudança do relacionamento para o uso do objeto. Para que essa etapa seja alcançada, o bebê precisa ser capaz de utilizar ao máximo seu potencial destrutivo, tanto em termos de função quanto de idéias. Quando isso acontece e a mãe sobrevive, descreveriam bem a situação as seguintes frases:

Alô, objeto! Destruí você. Amo você. Você tem valor para mim, por sobreviver à minha destruição de você. Enquanto estou amando você, estou o tempo todo destruindo você na fantasia (inconsciente) [...] aqui começa a fantasia para o indivíduo (Winnicott 1989i, p. 174).

Essa idéia se torna clara quando lembramos que esse é um primeiro momento em que se poderia supor um esquema corporal separado do ambiente.

Para Winnicott, um bom indicador da saúde de uma criança é sua capacidade de separar fantasia e realidade. Nos estágios primitivos, ou em situação de doença, “o objeto se comporta de acordo com leis mágicas, ou seja, existe quando desejado, aproxima-se quando nos aproximamos e fere

quando ferimos. Por fim, desaparece quando não mais o desejamos” (Winnicott 1945d, p. 228). Nesse sentido, acrescenta que, se o manejo não é bom durante a amamentação, a satisfação pode ser vivida como aterrorizante, pois não desejar pode significar aniquilar o objeto.

Assinala ainda que alguns pais – por imaturidade ou por não conseguirem tolerar certas idéias na educação dos filhos – se confundem no que tange à distinção entre fantasia e realidade, podendo “apresentar uma idéia como se fosse um fato ou reagir a uma idéia como se fosse um ato” (Winnicott 1988, p. 78).

Para o autor, a fantasia tem uma função liberadora. Sem ela, estaríamos todos escravizados às expressões de apetite, sexualidade e ódio em sua forma mais crua. Além disso, qualquer conceito de sistema social maduro exige a inclusão da tolerância às idéias. A liberdade de pensar, seja à maneira conceitual ou de qualquer outro modo – imaginar e navegar pelos matizes da fantasia – é um ingrediente de um funcionamento saudável, num indivíduo e num agrupamento social.

2.9.2 Fantasia e localização

A teorização winnicotianna sobre a localização da psique no soma não deve ser confundida com qualquer idéia de uma interioridade fechada. Ao contrário, com o tempo, o autor desenvolve a idéia de que o lugar mais fértil e criativo da experiência de um indivíduo não é o mundo interno nem o externo, assim como, partindo-se de outro modo de categorização, tampouco é o mundo subjetivo ou o objetivo, mas sim o espaço entre eles. A despeito disso, nos moldes em que foi conceituado em artigos recentes, o

termo “personalização” envolve, ao longo do amadurecimento, a possibilidade da constituição de um interior, um exterior e uma membrana. A esse respeito, Loparic esclarece, citando o autor: “O indivíduo não sente a psique como localizada no cérebro, ou em qualquer outro lugar” (1958, p. 244; tr. p. 411). Podem, entretanto, “existir localizações bastante lógicas, no sentido de estarem relacionadas ao modo pelo qual o corpo funciona”. Por exemplo, o corpo incorpora e expele substâncias; em virtude disso, “um mundo interno de experiência imaginativa pessoal entra [...] no esquema das coisas, e a realidade compartilhada é em geral considerada como externa à personalidade (p. 252; tr. p. 422)” (Loparic 2000b, p. 10).

Entretanto, nem sempre esteve presente nos escritos de Winnicott a noção de que esses fenômenos são conquistas ou aquisições. Em textos mais antigos, já encontramos a idéia de uma realidade interna, mas sem uma preocupação quanto à sua constituição. Em 1935, em seu “A defesa maníaca”, Winnicott assinala, em nota de rodapé:

O termo ‘realidade psíquica’ não envolve qualquer localização da fantasia. O termo ‘realidade interna’ pressupõe a existência de um interior, um exterior e, portanto, uma membrana limitadora pertencente ao que atualmente dou o nome de “psique-soma” (Winnicott 1958k, p. 199).

O autor prossegue, exemplificando: na defesa maníaca, pode-se verificar a impossibilidade de se dar significado completo à realidade interna. E, sobre um aspecto da defesa maníaca, o fenômeno da fuga para a realidade, acrescenta que não se trata de uma fuga da fantasia, mas de uma fuga da realidade interna:

[...] a realidade interna deve ser ela própria descrita em termos de fantasia. Não é, porém, sinônimo de fantasia, visto que esse

termo é usado para indicar a fantasia que é pessoal e organizada, relacionada historicamente às experiências físicas, excitação, prazeres e dores da infância. A fantasia é uma parte do esforço do indivíduo para lidar com a realidade interna (Winnicott 1958k, p. 200).

Nesse texto, Winnicott insiste no assunto da localização, mas ainda não problematiza em nenhum momento a questão da aquisição da noção de dentro ou fora. Pode-se também observar que o autor está às voltas com os temas da personalização e da elaboração imaginativa. Por exemplo, quando, no mesmo texto, estabelece a diferenciação entre formas de fantasiar: há a fantasia cuja função é o controle onipotente da realidade externa, para a qual usa as expressões *fantasying* e *day dreaming*, e aquela fantasia que é inerente à constituição de um mundo interno, citada anteriormente. Segundo essa diferenciação, de um lado, a fantasia (*fantasying*) serve para escapar da realidade interna/externa e, de outro, faz parte da realidade interna pessoal, organizada, baseada em experiências somáticas vividas. Nesse sentido, a fantasia seria um elo importante entre soma e psique, material da personalização, ainda que as questões aqui não estejam colocadas nesses termos. Em seu artigo de 1971, “Sonhar, fantasiar e viver: uma história clínica que descreve uma dissociação primária”, desenvolve extensamente esse tema a partir de um relato clínico, em que se pode acompanhar o processo de uma paciente de apreensão da diferença da atividade de fantasiar inócua, dissociada e desencarnada – “um beco sem saída” – e o material do sonho, que era o mesmo de que era feita a vida.

Ainda no artigo de 1935, “A defesa maníaca”, Winnicott prossegue atentando para a diferenciação interno/externo. Quando o indivíduo faz uso da realidade externa, preenchendo sua vida de maneira superficial com incidentes e aventuras, pode estar, do mesmo modo que em seus sonhos

diurnos infantis repletos de eventos, fugindo da realidade interna por meio de um controle onipotente. Ou seja, o relacionamento com o objeto externo é usado na tentativa de diminuir a tensão na realidade interna. Quando ele considera esse fenômeno e também o dos ataques que a criança faz aos objetos maus incorporados, por exemplo, levanta novamente a questão do “reconhecimento da relação com objetos sentidos como se estivessem dentro” (Winnicott 1958k, p. 200).

Nessa época, embora ainda sob influência do modo de teorizar kleiniano, Winnicott já busca seu próprio caminho, conforme declara em nota de rodapé em texto de 1936: “Ainda que eu tenha sido sempre influenciado por Melanie Klein, nesse ponto específico eu simplesmente segui o caminho que me foi sendo aberto pela cuidadosa anotação de históricos clínicos de um grande número de casos” (Winnicott 1958e, p. 92). Entretanto, nesse texto ele ainda usa a expressão “estrutura mental complexa” quando se refere ao bebê recém-nascido. Ao tematizar “O apetite e as desordens emocionais”, traz, primeiro, a idéia do reconhecimento do instinto oral, depois, a da fantasia que o acompanha e, em seguida, a da ligação entre fantasia oral e mundo interno, ou seja, com o que acontece dentro do próprio corpo e do corpo da mãe:

[...] É essa elaboração sem fim que constitui o “mundo interno”. O termo “interno” dessa expressão diz respeito primariamente à barriga e secundariamente à cabeça e aos membros e a qualquer parte do corpo. O indivíduo tende a colocar os acontecimentos da fantasia dentro de si e a identificá-los com o que acontece dentro do corpo (Winnicott 1958e, p. 93).

Explicita, em seguida, a idéia de mundo interno, afirmando ser este um mundo vivo de movimentos e sentimentos sobre o qual, na doença, pode-se exercer controle intenso.

Em 1958, Winnicott atribui a Melanie Klein o enriquecimento de:

[...] nossa compreensão da relação complexa entre fantasia e o conceito de Freud de realidade interna, um conceito que era claramente derivado da Filosofia, tendo estudado a inter-relação do que é sentido pelo lactente como sendo benigno ou malévolo em termos de forças ou objetos dentro de si próprio (Winnicott 1958o, p. 27).

Para o autor, entretanto, quando a realidade psíquica de uma criança pode ser caracterizada como interna, significa que já foi constituído um si-mesmo e a criança tem um conceito de si como tendo um interior e um exterior, o não-eu repudiado. Nesse estágio, podem ser feitas conexões íntimas entre os “mecanismos mentais de introjeção e a função de comer”. Também a projeção pode ser relacionada com “as funções corporais [...] excretoras – saliva, suor, fezes, urina, gritar, dar pontapés etc.” (Winnicott 1965va, p. 159).

Em texto de 1962, o autor reconhece influências e diferenças de seu trabalho com relação ao de Klein. Com respeito à questão da fantasia, considera ter aproveitado da psicanalista:

1) o reconhecimento da fantasia como localizada pela criança (ou adulto) tanto dentro como fora do *self*, 2) a compreensão das forças, ou ‘objetos’ internos, benignas e persecutórias e sua origem em experiências instintivas satisfatórias ou insatisfatórias (originalmente orais e sádico-orais), e 3) a importância da projeção e introjeção como mecanismos mentais desenvolvidos em relação com a experiência da criança das funções corporais de incorporação e excreção (Winnicott 1965va, p. 162)

Entretanto, Winnicott considera que o fato de Klein não ter dado pleno reconhecimento à influência do fator ambiental no momento em que

mãe e bebê não podem ser pensados separadamente a levou a incidir nos seguintes equívocos: pressupor a atuação de mecanismos mentais em etapas primitivas, manter a teoria do instinto de vida e de morte e “tentar considerar a destrutividade do lactente em termos de hereditariedade e inveja” (Winnicott 1965va, p. 162).

Se não há maternagem suficientemente boa, mais importante do que os mecanismos de defesa citados pela autora (a saber, de *splitting* do objeto bom e mau e medo de retaliação), o que se instala é o caos. Mas o caos winnicottiano não é meramente mental; significa, entre outras coisas, a própria impossibilidade de constituição de um estado de coisas em que se possa pressupor um mundo interno e externo, com as fantasias organizadas dentro e fora do soma, “e uma organização de ego que torne o bebê capaz de usar mecanismos de projeção e introjeção para obter controle sobre os objetos” (Winnicott 1965va, p. 161).

Em 1951, Winnicott contribuiu a esse respeito com seu artigo “Objetos transicionais e fenômenos transicionais”, retomando o mesmo tema em seu *O brincar e a realidade*, de 1971. Com esses textos, chamou a atenção dos psicanalistas para o fato de que, embora se tenha dado muita ênfase à “realidade psíquica, pessoal, e interna e sua relação com a realidade externa ou compartilhada” (Winnicott 1971a, p. 9), haveria uma outra área de experiência, de localização nem interna nem externa mas no espaço potencial entre a mãe e o bebê, que é nada menos que o lugar onde vivemos e também o lugar da experiência cultural.

Entretanto, esses achados não invalidaram os aspectos de suas considerações a respeito da realidade interna e das fantasias relacionadas ao soma, que, especialmente em *Natureza humana*, foram redescritos em termos de elaboração imaginativa.

2.9.3 Fantasia e estruturação da personalidade

Em artigo “Psiconeuroses oculares da infância”, de 1944, Winnicott desenvolve o tema das relações entre fantasia, funcionamento corporal e uso do corpo, ressaltando, a respeito da visão, “a imensidade de esperanças e medos que esse sentido envolve” (Winnicott 1944a, p. 148) e chamando atenção para a necessidade de o oftalmologista compreender os sentimentos da criança, numa consulta. Divide os problemas oculares, primeiro, entre aqueles ocorridos numa criança cuja estruturação da personalidade é satisfatória, segundo, quando houve desvio na estruturação da personalidade e ainda, entre os dois extremos, quando há depressão. Nessa distinção, podemos reconhecer a preocupação do autor que, a partir de um determinado momento, torna-se um dos fios condutores de seus textos – localizar as patologias no contexto do percurso do amadurecimento ou da estruturação da personalidade da criança. Nesse sentido, diferencia alguns sintomas relacionados à visão. Por exemplo, quando:

[...] receios que pertencem a outras partes do corpo podem passar a ser dramatizados em torno do olho, e os óculos poderiam estar sendo usados pela criança como um meio de esconder os olhos que se tornaram excitados, sentidos como se chamassem muita atenção (Winnicott 1944a, p.150).

Nesse e em outros exemplos, Winnicott trabalha com conceitos comumente utilizados na descrição de fenômenos histéricos como culpa inconsciente, deslocamento, repressão e sintomas histéricos. Em seguida, para falar sobre olhos e depressão, explica que, às vezes, o estrabismo pode ser um elemento de uma fuga da depressão:

[...] a criança fica reassegurada ao retomar a mesma posição dos olhos que lhe permitia, na primeira infância, ver em detalhe o seio e o rosto da mãe bem ali, a poucos centímetros de sua boca, sem que fossem engolidos e sem se afastar de vez (Winnicott 1944a, p. 152).

Aí o autor não se refere a um fenômeno neurótico de uma idéia inconsciente modificando o funcionamento de um órgão. Nesse caso, o próprio gesto carrega um sentido, no instante mesmo em que é feito. Ao manter a posição dos olhos, a criança estaria exercendo uma forma de controle sobre a presença da mãe, criando um campo nem interno nem externo: “a criança fica reassegurada ao retomar a mesma posição dos olhos”⁸⁴ (Winnicott 1944a, p.152). Note-se que não há fantasia propriamente nem qualquer representação associada ao gesto. Existe, sim, a presentificação da mãe, que a própria configuração gestual veicula. Não se pode falar de um fenômeno neurótico, com mecanismos neuróticos envolvidos. O que está em jogo é o modo de configuração do si-mesmo no soma. Ao elaborar imaginativamente ou integrar o olhar em seu esquema corporal, o bebê retém também a relação com seio ou com o olhar da mãe, mantendo-a próxima, fazendo uso de uma parte do corpo, à maneira de um fenômeno transicional, ou objeto fetiche⁸⁵.

Ainda nesse texto, o autor relaciona psicose e distúrbios oculares, afirmando que o indivíduo dramatiza a “divisão do ego em termos de uma ausência de uma coordenação entre os seus olhos” (Winnicott 1944a, p. 153). Observa-se aí uma relação ainda mais primitiva entre soma e psique e, de novo, uma impossibilidade de se pensar no elo entre eles na forma de representação ou imagem. Ilustra o que pode acontecer quando há

⁸⁴ Aí, a questão ainda não está colocada em termos do uso do próprio corpo como um fenômeno transicional.

⁸⁵ Não tenho a intenção aqui de analisar a vinheta clínica, mas apenas de ilustrar os diferentes modos como, em Winnicott, se pode compreender o tema da fantasia, ou, mais especificamente, da elaboração imaginativa, segundo os diferentes momentos do amadurecimento.

uma nítida divisão na personalidade, descrevendo uma paciente cujo corpo estava, de um lado, *identificado* com o pai e, de outro, com a mãe. Winnicott usa o termo “identificação” como uma operação direta, não mediatizada, no soma, que se traduz num uso do corpo, ou num modo de habitá-lo:

[...] ela era canhota e se interessava muito pelas crianças canhotas de sua escola. Sua mão esquerda representava seu lado de empresária e sua identificação com o pai. Seus sentimentos religiosos estavam associados inteiramente com a mãe e, ao assinar ou escrever qualquer coisa ligada a assuntos religiosos, ela usava exclusivamente a mão direita (Winnicott 1944a, p.154).

E acrescenta um outro exemplo de dissociação que incide no somático: “quando um olho fica identificado com a parte mais forte da personalidade, enquanto o outro, aquele que vagueia, perdido, representa a outra parte”⁸⁶.

Passagens como essas parecem corroborar a idéia de Loparic de redescrição do autor do termo “fantasia”, usado tradicionalmente como uma operação mental: “em Winnicott, o mesmo termo recebe um outro

⁸⁶ Esses fenômenos trazem um conhecimento intuitivo que podemos acessar facilmente por observação, já tendo sido descritos inclusive na música popular, especificamente em “Tanto amar”, de Chico Buarque de Holanda:

“Amo tanto e de tanto amar	Se seus olhos eu for cantar	Amo tanto e de tanto amar
Acho que ela é bonita	Um seu olho me atura	Acho que ela acredita
Tem um olho sempre a boiar	E outro olho vai desmanchar	Tem um olho a pestanejar
E outro que agita	Toda a pintura	E outro me fita
Tem um olho que não está	Ela pode rodopiar	Suas pernas vão me enroscar
Meus olhares evita	E mudar de figura	Num balé esquisito
E outro olho a me arregalar	A paloma do seu mirar	Seus dois olhos vão se encontrar
Sua pepita	Virar miúra	No infinito
A metade do seu olhar	É na soma do seu olhar	Amo tanto e de tanto amar
Está chamando pra luta, aflita	Que eu vou me conhecer inteiro	Em Manágua temos um chico
E metade quer madrugar	Se nasci pra enfrentar o mar	Já pensamos em nos casar
Na bodeguita	Ou faroleiro	Em Porto Rico”

significado, o de esquematização do que o corpo faz ou deixa de fazer” (Loparic 2000, p. 13).

Em texto de 1945, quando já tinha desenvolvido uma linguagem mais própria, identifica-se em Winnicott o uso do termo “fantasia” ligado ao tema do mundo interno. Nesse texto, ao abordar questões sobre o tratamento psicanalítico, ele reitera a importância das fantasias e “do modo como as fantasias do paciente sobre sua organização interna e a origem desta nas experiências instintivas são importantes em si mesmas” (Winnicott 1945d, p. 219). Acrescenta que todo um novo campo foi inaugurado no método psicanalítico com a nova ênfase a respeito das fantasias sobre si mesmo: “o da análise da hipocondria, no qual a fantasia sobre seu mundo interno inclui a fantasia de que este está localizado dentro de seu próprio corpo” (Winnicott 1945d, p. 219). E complementa afirmando ser possível, num paciente em análise, relacionar as mudanças qualitativas no mundo interno e a experiência instintiva.

Uma das questões inéditas desse texto é a referência a um evento observado freqüentemente entre os cinco e seis meses – e a atribuição de sua aquisição parte ao desenvolvimento físico do bebê e parte a seu desenvolvimento emocional: a capacidade de agarrar um objeto e levá-lo à boca. Segundo Winnicott, “nesse estágio, o bebê já é capaz de mostrar, através de seu brincar, que ele compreende que tem um interior e que as coisas vêm do exterior” (Winnicott 1945a, p. 221). Por meio dessa afirmação simples, o autor diferencia esse escrito dos anteriores. Fala de um bebê que adquiriu a capacidade de compreender algumas coisas e situa o acontecimento num determinado momento de seu desenvolvimento físico e de seu amadurecimento emocional. Fica claro que não se trata de uma compreensão mental ou intelectual. Mediante seu gesto, o bebê demonstra

que já elaborou imaginativamente – termo que ainda não é utilizado aí – a existência de um fora e um dentro, tendo incorporado essas realidades em seu esquema corporal e no modo como se relaciona pessoalmente com as coisas. Com essa conquista psicossomática, “mostra que sabe que está enriquecendo com as coisas por ele incorporadas” (Winnicott 1945d, p. 221). Mais ainda, num estágio imediatamente posterior, quando se torna capaz de atirar o objeto para longe, “mostra que sabe que é possível livrar-se das coisas, uma vez obtido delas o que queria” (Winnicott 1945d, p. 221).

Embora não tenham sido colocados nesses termos pelo autor, já é possível entrever nesse texto os temas da personalização e da elaboração imaginativa relacionados à 1) aquisição de um esquema corporal em que o bebê passa gradativamente a fazer uso de modo pessoal de funções e partes de seu corpo, 2) constituição do mundo interno e 3) aquisição da noção de dentro/fora, eu/outro e a possibilidade de fazer uso do outro de forma excitada, enriquecendo-se internamente.

Com esse artigo, Winnicott amplia sua reflexão com base nos achados a respeito de fases mais primitivas, o que nos auxilia no aprofundamento dos pontos em questão e na compreensão da evolução de seu pensamento. Com base no tratamento de pacientes psicóticos, o autor problematiza o que ocorre antes que tenham sido alcançadas as aquisições mencionadas e a diferenciação eu/não-eu e dentro/fora. Cita justamente casos de pacientes cujos relatos demonstravam que a localização do eu no próprio corpo era bastante precária: a paciente que, na infância, via a si mesma quando olhava para a irmã, no carrinho ao lado; a que “enxergava através dos olhos como se fossem janelas” (Winnicott 1945a, p. 223), andava tropeçando por não saber o que faziam seus pés e, por não sentir sua personalidade conectada ao corpo, lidava com ele como se fosse uma máquina que precisava operar

conscientemente; e, ainda, aquela que se sentia conectada ao corpo apenas por um frágil fio, habitando uma caixa a uns dez metros acima dele.

Nesse momento, Winnicott já trabalha com o conceito de um estado de não integração no bebê, o qual não é vivido como aterrorizante:

[...] na vida normal do bebê, ocorrem longos períodos de tempo nos quais ele não se importa em ser uma porção de pedacinhos ou um único ser, nem se vive no rosto da mãe ou em seu próprio corpo, desde que de tempos em tempos ele se torne uno e sinta alguma coisa (Winnicott 1945a, p. 224).

O autor destaca também a experiência artística como uma possibilidade adulta e necessária de se experimentarem momentos de não integração⁸⁷, e ainda, enriquecendo o tema, considera a saúde um sintoma que traz dentro de si o medo ou a negação da loucura e a “capacidade inata de todo indivíduo de estar não integrado, despersonalizado, e sentindo que o mundo não é real” (Winnicott 1945a, p. 225). Apesar desse fato, no caso de pacientes psicóticos como os relatados acima, pode-se depreender o teor dos problemas gerados por uma personalização mal alcançada ou, dito de outro modo, a precariedade do existir de alguém que tenha estabelecido relações consistentes entre soma e psique.

Nesse breve histórico, destacaram-se alguns dos diferentes usos do termo “fantasia” e se ilustrou a evolução de alguns aspectos de conceitos em Winnicott. Além de algumas mudanças teóricas significativas ao longo de seus textos, ressaltaram-se afirmações e descrições em escritos antigos que já apontavam para direções que o autor desenvolveu mais tarde.

⁸⁷ O assunto levantado, tão vasto quanto fascinante, sobre arte, psicose, não integração e personalização, sem dúvida mereceria um trabalho à parte. Aqui pretendo apenas discriminar alguns estados não integrados, lembrando que, em Winnicott, a questão da personalização é um aspecto do tema mais amplo da integração.

CAPÍTULO 3

A elaboração imaginativa: criando sentidos e potências

O objetivo deste capítulo é o de discutir sucintamente a integração dos elementos somáticos e da instintualidade sob o pano de fundo da teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott, das situações iniciais, quando o corpo começa a se tornar significativo, até o estágio em que o bebê poderia dizer “eu sou” – se então soubesse falar –, momento em que já se pode considerar a existência de um si-mesmo unitário alojado no soma.

Descrevo esse caminho de conquistas desde o ponto de vista da elaboração imaginativa que o bebê faz dos acontecimentos, incluindo vinhetas clínicas ilustrativas e, a título de introdução, comentários a respeito da mulher gestante e o modo como experimenta suas transformações somáticas.

3.1 Considerações gerais

A teoria do amadurecimento humano descreve o percurso do bebê humano da absoluta dependência à independência; será focalizada aqui apenas a conquista de um si-mesmo unitário e de uma existência psicossomática.

No início da vida, a participação dos elementos somáticos é muito significativa, compondo praticamente a totalidade dos fenômenos. A elaboração imaginativa, realizada com base no funcionamento corpóreo, permite que da identidade funcional – soma/psique – primitiva se constitua

aos poucos uma personalidade funcional com dois tipos de funcionamento distintos mas intrinsecamente articulados: o somático e o psíquico. Gradualmente, a existência vai sendo hifenizada, e é na articulação entre soma e psique que ela ocorre.

Em decorrência do crescimento do corpo, o bebê gradativamente torna-se apto a fazer integrações, alcançando novos patamares de existência. Para Winnicott, é importante observar, quer se trate de um estado circunstancial – como o cansaço, por exemplo – ou de mudanças somáticas decorrentes do crescimento do envelhecimento ou de qualquer outro funcionamento corpóreo, eles precisam ser elaborados. Nesse contexto está situada também sua abordagem a respeito da integração da instintualidade. Recorde-se que o autor não concebe os instintos como entidades especulativas, mas como modos de expressão do corpo vivo, independentemente de seu número ou natureza (Winnicott 1988, p. 57). Desse modo, à medida que aparecem, precisam ser elaborados e integrados à pessoa, assim como qualquer outro evento somático. A esse respeito, Loparic assinala que, com o crescimento:

[...] surgem novas maneiras de funcionamento e novos tipos de organização de tecidos, dos órgãos e do cérebro que possibilitam novos modos de vida, por exemplo, aquelas que permitem o surgimento da agressividade enquanto tal, das paixões, da fala, e da consciência (Loparic 2000, p. 11)

Em Winnicott, nesse sentido, podem-se usar termos como impulsos ou *drives* – sejam eles relacionados à fome, agressivos ou eróticos –, sem que essas palavras estejam atreladas às conotações metapsicológicas da Psicanálise tradicional. Esse é outro exemplo de mudança da linguagem da psicanálise winnicottiana com relação à tradicional.

Para o autor, lembro aqui que um primeiro sentimento de identidade relaciona-se à continuidade do existir: “antes que cada indivíduo crie o mundo novamente, existe um simples estado de ser, e uma consciência (*awareness*) incipiente da continuidade do ser e da continuidade do existir no tempo” (Winnicott 1988, p. 157). Como esclarece Loparic, tal continuidade significa “a continuidade do existir psicossomático” (Loparic 2000b, p. 12).

De acordo com essas proposições, pode-se identificar na obra do autor uma teoria da continuidade, baseada na tendência ao crescimento e à evolução pessoal, e que considera a doença mental como uma quebra [*hold up*] no desenvolvimento (Loparic 2000b).

A tal respeito, Loparic acrescenta ainda que “a interrupção precoce dessa continuidade resulta sempre numa doença grave não apenas psíquica, mas ao mesmo tempo psicossomática” (Loparic 2000b, p. 12).

Essa afirmação está ilustrada, por exemplo, em seu breve relato sobre uma paciente que lhe exigia que ele não se relacionasse:

[...] de modo algum com seu corpo, nem mesmo na imaginação. Ela não tinha um corpo reconhecido como seu, e se de algum modo ela existia, era-lhe possível sentir a si mesma apenas como uma mente (Winnicott 1949f, p. 281).

Em vista de comprometimentos dessa natureza, alertou que:

[...] o analista deve, na verdade, esperar por materiais referentes a todos os tipos de fatores ambientais. Por exemplo, é necessário reconhecer e avaliar o tipo de ambiente que pertence às experiências intra-uterinas, e também aquele que pertence à experiência do nascimento (Winnicott 1958f, p. 257).

Nesse sentido, é implícita à abordagem winnicottiana a construção de um *setting* confiável que permita, quando necessário, que o paciente regrida, retomando elaborações muito primitivas. Como vimos, o termo “regressão” refere-se aqui à regressão à situação de dependência:

[...] representa a esperança do indivíduo psicótico de que certos aspectos do ambiente que falharam originalmente possam ser revividos, com o ambiente dessa vez tendo êxito ao invés de falhar na sua função de favorecer a tendência herdada do indivíduo de se desenvolver e amadurecer (Winnicott 1965h, p. 117).

Nessas situações, elementos do *setting* funcionam como um colo de fato – e não simbólico –, e “importa mais como o analista se comporta do que como ele deve interpretar” (Winnicott 1965h, p. 117). Há um exemplo disso em “A mente e sua relação com o psique-soma”, no relato do caso de uma paciente de 47 anos que precisou retomar, significativamente, um simples estado de ser, as sensações anatomofisiológicas primordiais, o corpo vivo, para começar a construir:

[...] pela primeira vez, a possibilidade de ter uma psique, entidade toda sua, um corpo que respirava e ao qual vinha a acrescentar-se um início de fantasia, relacionada com a respiração e com outras funções fisiológicas (Winnicott 1954a, p. 343).

O ambiente confiável, adaptativo, no decorrer da análise propiciou que essa paciente abandonasse o controle mental que tinha sobre as coisas, podendo “perder a cabeça”, e, pela primeira vez, conferir sentido à sua vitalidade.

Loparic elucidou que “os *comportamentos* regredidos em que são revividas, na clínica, as acontecências relacionadas às desordens psicossomáticas devem ser distinguidos das *fantasias* regressivas” (Loparic

2000b, p. 22 – grifos do original). Na regressão, o paciente não fantasia, mas se torna um bebê, revivendo, de alguma maneira, o caos psicossomático que se instaurou e se interpôs à elaboração saudável do soma.

Em Winnicott, a vida sentida como verdadeira relaciona-se em grande medida com a história do soma e suas elaborações. Em palestra a mães, o autor aconselha, nesse sentido, que elas não esperem o filósofo ou psicólogo decidirem quando se inicia a experiência do bebê.

Desse modo, o ventre da mãe pode ser considerado o primeiro fator ambiental significativo para qualquer ser humano. Em vista disso, é importante tecer algumas considerações a respeito da experiência da gestante.

3.2 O ponto de vista da mãe e o ambiente intra-uterino

A mulher gestante é provedora do primeiro ambiente humano:

[...] a mãe foi responsável pelo ambiente, no sentido físico do termo, antes do nascimento, e, após o nascimento, a mãe continua a prover o cuidado físico, o único tipo de expressão de amor que o bebê pode reconhecer no princípio (Winnicott 1988, p. 122).

A mãe segura o bebê (no útero, nos braços) e através do amor (identificação) sabe de que maneira adaptar-se às necessidades de seu ego (Winnicott 1958b, p. 298).

Está claro que o autor não se refere a um ambiente físico no sentido mecânico, mas sim a um ambiente psicossomático, que, do ponto de vista do feto, não é externo. Do mesmo modo que no período pós-natal, da

dependência absoluta, aí o bebê se experiencia a partir do corpo da mãe, ou seja, de seu ponto de vista, ele é a mãe.

A gestante deve se adaptar, fisicamente, às necessidades do feto similarmente à – assim denominada em etapa subsequente – *mãe ambiente*. Como reiterado na passagem acima, aqui, a única linguagem possível é a linguagem física. Nesse sentido, Winnicott observou que, em situações de parto prolongado, “muitos bebês poderiam ser ajudados caso conseguíssemos informar-lhes [...] que o processo durará apenas um período de tempo limitado” (Winnicott 1958f, p. 266). Do mesmo modo, se a gestação for suficientemente saudável, o bebê sente-se *amado por todos os lados*. Por outro lado, se a mãe estiver tensa ou deprimida, isso também se traduzirá em termos de qualidade de experiência para o feto, já que, para o autor, os tecidos vivos de um ser humano são alterados segundo seus estados emocionais.

Tome-se a situação de uma mulher que descobriu que se tornou “anfitriã de um novo ser humano” (Winnicott 1987a, p. 3). Ela enfrentará aquilo que o autor considerou “um período muito útil de nove meses, ao longo do qual há tempo suficiente para que ocorra uma transformação importante [...] [podendo] então passar de um tipo de egoísmo para outro” (Winnicott 1987a, p. 3). A gravidez pode ter sido desejada ou não. A mulher pode ou não estar em boa situação para enfrentar sua nova condição, família estruturada, condições emocionais, materiais etc. Tudo isso contribuirá para a experiência que terá nos meses que se seguem, para a experiência do parto e para o enfrentamento dos dias, semanas e meses subsequentes ao nascimento. Estar grávida – e, depois, ser mãe – não é, evidentemente, uma experiência psicológica, mas uma experiência efetiva, concreta. Está em

jogo aí a pessoa total – seus ambientes, seus relacionamentos, seus aspectos emocionais e seu esquema corporal.

Já se disse que o modo como cada um experiencia seu esquema corporal é mutante, inteiramente particular, e depende em grande medida das experiências corporais e instintuais primitivas, da decorrente qualidade de personalização e padrão de relacionamento instintual. Depende também das experiências instintuais atuais e da permanente administração do mundo interno, da fantasia total e das idéias que a pessoa tem sobre si mesma e sobre o próprio corpo e, finalmente, da elaboração imaginativa de suas transformações somáticas ao longo da vida.

Antes da gestação, a mulher que engravidou tinha uma experiência de si, uma vida instintual, fantasias sobre seu interior e idéias sobre si mesma. O corpo que lhe era íntimo ou distante, amigo ou inimigo, começa, agora, a se modificar e ganhar algo como uma vida só dele, a despeito de seu controle ou querer. As fronteiras do corpo se alteram significativamente, e as fantasias que faz de seu interior estão atuantes.

Também já se disse que, segundo Winnicott, as fronteiras do corpo nunca se tornam completamente iguais ao si-mesmo, ou seja, há um elemento de opacidade que é inerente à vida no corpo, havendo sempre, mesmo na saúde, um grau de externalidade que permanece. A coesão psicossomática perde a força em momentos de cansaço, doença ou frustração instintiva, por exemplo. No caso da mulher que engravidou, a vivência de alteração das fronteiras, da imagem e do esquema corporal exigem elaboração e podem ser vividas de forma mais ou menos saudável.

A passagem pelo ventre da mãe, a experiência do nascimento, a coletânea de experiências satisfatórias ou insatisfatórias no início da vida

configuram um saber pré-verbal que se torna acessível nesse momento. Se a gestante conquistou um forte sentido de alojamento em seu corpo, um sentimento de um meio interno consistente e estável, um mundo interno onde objetos bons e maus, com as respectivas defesas, estão em razoável equilíbrio, enfim, se integrou satisfatoriamente sua instintualidade, estará então, em princípio, bem capacitada para enfrentar a gestação com alegria e a fortalecer-se com ela. Entretanto, se alguma dessas passagens foi mal sucedida, poderá haver comprometimento na gestação ou até mesmo na concepção. Um exemplo parcial dessas afirmações pode ser encontrado no estudo do autor sobre instintos, em seu *Natureza humana*. Contrariamente às idéias freudianas, Winnicott sustenta que a sexualidade feminina não se apóia prioritariamente na inveja do pênis, mas na própria elaboração do próprio corpo feminino.

Essa elaboração inclui elementos pré-genitais, sendo normalmente:

[...] a fantasia, da ordem do recolher, do guardar segredo, do esconder [...] Em termos anais, há uma dificuldade de separar-se das fezes, e em termos urinários existe a tendência à retenção, mas no que diz respeito à genitalidade, as idéias alcançam sua expressão máxima através da identificação com a mãe e com as meninas mais velhas, que seriam capazes de ter experiências e de conceber (Winnicott 1988, p. 64).

O autor acrescenta que, se a menina não for capaz de brincar de guardar um segredo, poderá ter problemas para engravidar – o *guardar segredo* seria o equivalente feminino da brincadeira masculina de lutar ou enfiar coisas em buracos.

Durante a gravidez, com o passar dos meses, desenvolve-se a disposição muito especial chamada pelo autor “preocupação materna

primária”. Quando bem amparada, a mãe será a pessoa mais indicada para cuidar de seu filho e devotar-se a ele, acessando naturalmente um saber que está nela, que nada tem de intelectual. Nas palavras do autor: “Se uma criança pode brincar com uma boneca, você pode ser uma dedicada mãe como qualquer outra” (Winnicott 1957n , p. 17).

Sobre essa disposição, presente em toda mãe relativamente saudável, Winnicott esclarece que uma mulher pode ter sido, anteriormente à sua gravidez, avessa à idéia de ter um filho, ou, num primeiro momento, ter se ressentido por ter que mudar o curso de sua vida, mas, a partir das transformações próprias da gestação, gradualmente “a direção de seu interesse se transfere do exterior para o interior. Lenta mas seguramente, acaba por acreditar que o centro do mundo está situado em seu próprio corpo” (Winnicott 1945b, p. 20). Assim, a mudança de eixo não ocorre apenas no nível físico: concomitantemente às inúmeras transformações somáticas, que precisam ser elaboradas, inaugura-se um novo foco de preocupações e interesse. Esse fato normal “tem implicações tanto hipocondríacas como narcisistas secundárias”. Se a mulher está bem apoiada, ela pode “se tornar temporariamente introvertida e egocêntrica” (Winnicott 1965m, p. 135). Comparativamente:

[...] o analista que está satisfazendo as necessidades de um paciente que está revivendo esses estágios precoces na transferência sofre mudanças similares de orientação; e o analista, diferentemente da mãe, precisa estar atento à sensibilidade que se desenvolve nele ou nela como resposta à imaturidade e dependência do paciente (Winnicott 1960c, p. 52).

Em seu artigo “Nota sobre o relacionamento mãe-feto”, de meados da década de 1960, o autor discrimina variados ângulos da situação da gestação. Primeiro, considera o aspecto biológico propriamente, ou seja, a

capacidade da mãe de produzir um bebê biologicamente saudável ou não. Segundo, de acordo com a tradição psicanalítica, considera as fantasias conscientes e inconscientes que a mãe pode ter a respeito do filho (o filho, em sua fantasia, pode equivaler-se a algum elemento do corpo – pênis, fezes etc. – ou a alguma coisa – almofada etc.). Em terceiro lugar, segundo essa mesma tradição, ressalta que a mãe pode identificar o bebê consigo própria ou com algum parente e os sentimentos decorrentes desse fato. Finalmente, acrescenta comentários a respeito da capacidade, sempre relativa, que a mãe tem de produzir, no sentido psicológico, uma criança viva e total.

Segundo Winnicott, quando uma pessoa atinge uma boa integração psique-soma, em seu esquema corporal deve estar incluída a fantasia total de seus relacionamentos internos e externos (Winnicott 1962c, p. 60). Se, ao contrário, em decorrência do sadismo oral, incidirem as fantasias persecutórias a respeito de objetos fisicamente ingeridos ou psicologicamente incorporados, esse fato poderá ocasionar inclusive uma interrupção da gravidez. Lembro aqui a estreita vinculação que Winnicott estabelece entre fantasia oral e mundo interno, assim exemplificada:

Quando estou com muita fome, penso em roubar e até destruir a fonte de alimentos, e então me sinto mal a respeito do que tenho dentro de mim e penso em maneiras de me livrar disso tão rápida e completamente quanto possível (Winnicott 1958e, p. 93).

Outra situação relacionada ao problema de integração psique-soma foi tematizada com o exemplo da mãe que não consegue conceber psiquicamente um filho vivo e total, ou seja, quando é capaz de conceber fisicamente mas não psiquicamente. Winnicott convida o leitor a imaginar a confusão quando mães com problemas dessa ordem “se descobrem frente a

frente com um bebê que dizem haver trazido ao mundo e no qual, contudo, não acreditam inteiramente” (Winnicott 1989va, p. 127).

Ainda sobre esse assunto, assinala que mesmo na saúde grande parte das mães não se considera apta a produzir um bebê saudável. Aí estaria a origem da ânsia de conhecê-lo logo após o nascimento; “É como se os seres humanos achassem muito difícil acreditar serem bastante bons para criar dentro deles alguma coisa boa e perfeita (Winnicott 1945b, p. 25). Em “Perversões e fantasia pré-genital”, de 1963, acrescenta que, quando predominam ansiedades hipocondríacas, espera-se que o bebê se desenvolva no interior do corpo, e não do útero:

O bebê uterino é um milagre e tranquiliza os pais que esperam um produto do mundo interno de objetos e forças em contenda, ou um bebê anal que tem que ser limpo e ser ensinado a ser humano e a comportar-se, ou um pedaço de barro inerte que tem que ser modelado com a língua, trazido à vida e mantido vivo (Winnicott 1989vd, p. 65).

Nesse excerto, o autor exemplifica a gradação da fantasia, de pais saudáveis – bebê uterino – aos pais deprimidos – barro inerte.

Ainda sobre a distinção entre o útero e o interior, o autor explicita que, em crianças, inversamente,

[...] as fantasias sobre a gravidez encobrem fantasias mais primitivas sobre o verdadeiro interior e proporcionam alívio para o medo dos elementos destrutivos, a ponto de por vezes ser difícil para uma criança abrir mão delas. [...] de fato, o útero não é o “interior”. A mãe fica grávida e a inchação vai lá para baixo e veja só que gracinha de ser humano apareceu dali (Winnicott 1958e, p. 94).

Segundo Winnicott, quanto mais atuantes forem as fantasias persecutórias sobre o interior do corpo, mais desastroso pode ser o fato de o bebê nascer de fato com alguma deformidade física⁸⁸. Explicita que, se a mãe estiver em análise, existe esperança de a situação ser transformada:

[...] se o analista puder trazer as fantasias sobre o interior do corpo para a análise e, dessa maneira, enfrentar o interior biológico afastando sua função secundária de depositário de fantasias conscientemente repudiadas (Winnicott 1989va, p. 128).

Se, ao contrário, a mãe é capaz de conceber psiquicamente um bebê perfeito, estará capacitada para lidar com a deformidade física, caso ela exista.

Winnicott reconhece a importância dos avanços das pesquisas de vertente física com relação ao processo de gestação e ao nascimento e, por outro lado, ressalta a necessidade de se procurar vencer o medo da mãe para o enfrentamento dessas experiências, especificamente a do parto, em que é desejável que ela esteja relaxada (Winnicott 1958f). Insiste em que não se pode ensinar intelectualmente como uma mãe deve se comportar durante a gravidez, durante o parto ou logo após o nascimento. A situação ideal seria a de uma mãe amparada pela família, pelo marido, vivendo experiências sexuais satisfatórias, confiante numa equipe médica a qual já conheça previamente e passando por experiências integradoras do corpo, na forma de exercícios especializados, massagens etc.⁸⁹

Note-se, então, que a idéia de *holding* já ganha importância, em Winnicott, desde a gestação, e que a capacidade que uma mãe tem ou não de

⁸⁸ Em “Sobre as bases para o si-mesmo no corpo”, o autor relata o caso de um menino que nasce com uma deformidade física e a relação de sua mãe com ele, o que elucida e complementa as questões levantadas (Winnicott 1971d).

⁸⁹ Seria redundante ressaltar que a maioria das mães não se encontra nessa situação; o autor abriu aí um importante campo de atuação para o psicanalista e outros profissionais no sentido da psicoprofilaxia.

oferecer um bom início ao seu filho está atravessada pela relação que ela tem com o próprio corpo, no sentido de alojamento da psique no soma propriamente. De acordo com o autor, está claro, por exemplo, que a mãe que está fortemente alojada no corpo e “de bem com ele” muito provavelmente facilitará um bom início para seu futuro bebê e que uma mãe que nem elaborou “um dentro” ou “interior do corpo” e o habita como se estivesse “presa a ele por um fio”, ou aquela que tem sua morada “atrás dos olhos”⁹⁰ possivelmente proporcionará um primeiro ambiente inóspito. Como visto, a boa sustentação do feto está relacionada também à integração da instintualidade da mãe e às fantasias que a gestante tem de seu interior. Assim, além do tratamento analítico, quando necessário, qualquer experiência que fortaleça a coesão psicossomática da mulher que está gestando é bem vinda, e, naturalmente, o apoio emocional e prático por parte das pessoas próximas.

3.3 O ponto de vista do bebê

3.3.1 Historiando o soma

No encontro corpo vivo/ambiente, o soma vai sendo gradativamente esquematizado, historiado e tornado pessoal em todos os seus detalhes, e vai sendo tecida a *histologia da psique*, que depende da “elaboração imaginativa de todos os funcionamentos somáticos que são específicos do indivíduo” (Winnicott 1988, p. 45). Diz o autor:

⁹⁰ Infundáveis seriam os exemplos de descrições de personalização precária, que são facilmente diagnosticadas, na clínica, por meio da observação ou de atividades expressivas como, por exemplo, o desenho do próprio corpo. Elegi as descrições citadas por terem sido trazidas pelo autor como exemplos de personalização mal alcançada (Winnicott 1945d).

Se duas pessoas balançam um dedo, o anatomista e o fisiologista verão semelhança essencial nos dois eventos. Para o estudioso do psique-soma, no entanto, à anatomia e à fisiologia deve ser acrescentado o significado da ação para o indivíduo e, por isso, balançar o dedo é algo específico, em cada caso, ao indivíduo que o fez (Winnicott 1988, p. 45).

Para o estudo do trajeto da apropriação do soma, ou personalização, é preciso ter em mente que qualquer experiência somática, desde muito cedo, pode ser egossintônica ou egodistônica:

[...] a base para o que chamo de personalização, ou a ausência de uma tendência especial à despersonalização, começa antes mesmo do nascimento da criança, e é certamente muitíssimo significante que a criança tem que ser sustentada por pessoas cujo envolvimento emocional precisa ser levado em conta, assim como suas reações fisiológicas (Winnicott 1971d, p. 205).

Já foi evidenciado que o feto precisa de um ambiente psicossomaticamente amoroso e protetor. A pergunta crucial que se impõe nesse momento é: de que forma será feito o contato? “Como parte do processo vital do indivíduo, ou como consequência da intranquilidade do ambiente” (Winnicott 1988, p. 148).

O autor explicita o teor do contato a que se refere. Os impulsos do feto têm uma circularidade: por exemplo, ele faz um movimento com a perna, descobre o ambiente e volta para o isolamento (Winnicott 1988, p. 149). Ou então produz um movimento ondulatório, provocando uma sensação qualquer de coluna, em seguida voltando para a quietude. Formas e ritmos: são essas as primeiras elaborações, de ordem musical, dançarina, que trazem *flashes* de sentidos de si, provindos dos movimentos dos

processos vitais do bebê em contato com a mãe. Sobre esse tema, Loparic reitera o que já se disse aqui:

[...] ao insistir sobre o caráter quase fisiológico da elaboração imaginativa, Winnicott atribui um sentido decididamente gestual ou comportamental ao modo originário de operar da psique humana, indo de encontro à tradição arraigada de fazer coincidir os inícios da existência humana com as operações de representação, de verbalização e de simbolização em geral (Loparic 2000b, p. 15).

A dança do feto ou do bebê recém-nascido é, ela própria, descoberta e elaboração de si: movimentos, sensações, cinestesia⁹¹. Uma conversa gestual, “quase fisiológica” – que tem como elementos as pulsações propriamente, os ritmos, a vitalidade dos tecidos, o tônus etc. –, vai compondo as primeiras integrações, os primeiros acordes da história encarnada de si mesmo, que podem ser, desde já, consonantes ou dissonantes. Exemplos de momentos dessa dança são os já citados movimentos natatórios da coluna vertebral, em que o feto explora movimentações a partir da própria estrutura do esqueleto, ou, nas palavras do autor, “os impulsos agressivos ou força vital do feto encontram oposição sem que esta seja externa” (Winnicott 1958b, p. 301). Quando a gestação transcorre bem, movimentos dessa natureza proporcionam os primeiros sentidos de si – ainda que fragmentários –, sendo “de um modo ou de outro [...] possível – e até provável – a existência aí de uma organização central que seja normalmente capaz de perceber essas experiências” (Winnicott 1988, p. 148).

⁹¹ Cinestesia: sentido pelo qual se percebem os movimentos musculares, o peso e a posição dos membros (Dicionário Aurélio 1986, p. 407).

Em breve comentário a respeito dos sentimentos primitivos, em seu “Sobre as bases para o si-mesmo no corpo”, Winnicott traz o exemplo de um menino que desenhou, em sessão, “uma enguia como simbólica de seu estado inicial, isto é, antes que a questão de braços e pernas [...] se tornasse importante” (Winnicott 1971d, p. 205). Nesse exemplo, o autor ressaltou o fato de que o que o bebê conhece e sente como normal, no início, são suas formas e funções, que devem ser aceitas e amadas sem sanções, sendo essa a única maneira “de juntar seu envolvimento emocional, que originalmente é físico e fisiológico” (Winnicott 1971d, p. 205).

As características físicas do ambiente intra-uterino são de ordem tátil e auditiva. Por todos os lados, o bebê é envolto pelos tecidos do corpo da mãe: um ambiente sensorial e sonoro intenso – polirrítmico –, repleto de qualidades dadas pela circulação sanguínea, pelos batimentos cardíacos dele próprio e da mãe, pela voz e por outros sons vindos de dentro e de fora do corpo materno, pelas movimentações, diferenças de temperatura, de pressão, de tónus e de ritmos. O feto, seus tecidos vivos e os tecidos vivos em torno dele (que são, reitero, de seu ponto de vista, sua extensão nesse momento) vão e vêm com a respiração da mãe, são estimulados pela aceleração metabólica proveniente de suas atividades quando acordada e convidados a se aquietar quando ela dorme. Em situação normal, as manifestações somáticas e emocionais da mãe expõem o bebê a padrões cíclicos mais ou menos constantes. Nesse caso, seja durante a gestação ou no processo do nascimento, há uma adaptação ótima do corpo da mãe às necessidades do feto, não ocorrendo intrusões significativas. Entretanto, pode haver variações no padrão, de acordo com mudanças de estados emocionais da mãe, de modo que “a rigidez ou inadaptabilidade da mãe (devidas à ansiedade ou a um estado depressivo) podem [...] tornar-se evidentes para o bebê antes mesmo que este tenha nascido” (Winnicott

1988, p. 149). A relação entre tónus e depressão foi assinalada pelo autor em seu “Sobre outras formas de tratamento – Fisioterapia e as relações humanas”: “É de se notar que uma condição deprimida tende a ter associada a si um tónus muscular débil, ou, então, tensão e rigidez compensadoras”⁹² (Winnicott 1969g, p. 428).

Sabemos que após o nascimento, quando o ambiente é suficientemente bom, as experiências satisfatórias ou a somatória dos cuidados gerais, resultam no fortalecimento das relações psique-soma. O bebê elabora imaginativamente as experiências tranqüilas e as excitadas:

[...] a experiência pessoal de impulsos e sensações de pele, de erotismo muscular, instintos envolvendo excitação da pessoa total, e também tudo aquilo que se refere aos cuidados do corpo, à satisfação de experiências instintivas que possibilita a gratificação (Winnicott 1988, p. 144).

Do mesmo modo, esse fortalecimento ocorrerá ou não já desde o útero: em condição normal, há a continuidade do existir, e os acontecimentos que interferem nessa continuidade ajudam a preparar o feto para um *quantum* de tolerância, por tempo limitado, à intrusão. Isso significa que o bebê já está preparado para um montante de intrusão na ocasião do nascimento. Se as intrusões ocorrerem por um tempo maior do que o que o feto for capaz de suportar, ele será, então, forçado a reagir. Nas palavras do autor: “o continuar a ser pessoal do indivíduo é interrompido por reações a intrusões prolongadas [...] sendo que o bebê é capaz de

⁹² O tónus muscular débil, associado à depressão, relaciona-se possivelmente à desesperança e ao colapso vital inerente à desesperança de integrar os impulsos agressivos em função de uma mãe que não sobrevive aos ataques excitados do bebê. Winnicott refere-se a esse quadro como um distúrbio de humor, destacando características como o amortecimento dos tecidos e a névoa (*mist*) que se instalam em decorrência do controle total sobre o mundo interno. Na depressão, não somente as idéias são inibidas, mas a totalidade dos impulsos, em seu lado funcional e ideativo. Desse modo, componentes somáticos são inerentes à condição, que não se restringe a um estado psíquico: os tecidos ora colapsam, ora se enrijecem compensatoriamente, a vitalidade é rebaixada, podendo ocorrer também alterações na postura.

suportar a reação por um período limitado de tempo apenas”⁹³ (Winnicott 1958f, p. 265/266). As intrusões ocorrem quando a dança é truncada, ou seja, quando o ambiente e os ritmos externos predominam demasiadamente, não se adaptando aos ritmos do bebê.

Com destaque – na dança dos corpos – para o elemento da pressão, o autor ilustrou esse ponto relatando a imagem trazida, em sessão, por uma paciente cuja mãe era rígida e a segurava com uma pressão exagerada, com medo de deixá-la cair:

No início, o indivíduo é como uma bolha. Se a pressão externa adapta-se ativamente à pressão interna, o elemento central será a bolha, ou seja, o eu do bebê. Mas, se a pressão do ambiente for maior ou menor que a do interior da bolha, então a bolha não será o elemento principal, e sim o ambiente. A bolha adapta-se à pressão externa (Winnicott 1958f, p. 264).

Em seu “A agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional”, Winnicott discutiu as raízes primitivas da agressividade, iluminando outros aspectos que pormenorizam a discussão. Como já se disse, o autor identificou primeiro a motilidade, que provém da vitalidade dos tecidos, e também a vertente sensória, que inclui os primeiros indícios de erotismo muscular, como sendo os dois elementos produtores da atividade fetal.

Do ponto de vista do feto, na saúde, já ocorrem “um reconhecimento precoce de um mundo não-eu e uma instauração precoce do eu” (Winnicott 1958b, p. 303), quando o feto descobre o ambiente por meio de seus impulsos. O ambiente é a “oposição encontrada pelo movimento e sentida

⁹³ Winnicott situa aí problemas como “um sentimento extremo de insegurança”, paranóia congênita, e “desesperança congênita (mas não herdada) quanto à possibilidade de alcançar uma vida pessoal” (Winnicott 1958f, p. 265).

durante o movimento” (Winnicott 1958b, p. 303). Se, ao invés desse tipo de experiência, o bebê for insistentemente convocado a reagir, o eu não se estabelece, “sendo a força vital consumida em reações à intrusão” (Winnicott 1958b, p. 303). Nesse caso, em lugar do eu gradativamente constituído por meio da impulsividade pessoal, instauram-se muito precocemente as bases para o desenvolvimento de um falso eu⁹⁴, assim chamado por estar prioritariamente fundamentado em experiências de reação. Note-se que as bases somáticas de um falso eu estão relacionadas à subtração dos elementos que compõem a impulsividade em favor da reação. Do ponto de vista psíquico, o que se perde, nas bases, é a possibilidade de elaboração pessoal da linha da existência.

É claro que o reconhecimento precoce do mundo e a instauração precoce do eu são incipientes, sendo reiteradamente alcançados e perdidos. O autor ampliou esse o tema em seu relato de caso em “A mente e sua relação com o psique-soma”, de 1949, em que a paciente reviveu o próprio nascimento. Winnicott enumerou algumas passagens revividas em sessão, sendo relatada, em um dos itens, a atuação da paciente do ato de chupar o dedo dentro e fora do útero, em que precisava manter o punho próximo ao seio ou à mamadeira, de forma a manter uma continuidade entre as “relações de objeto” dentro e fora do útero. Esse é outro exemplo das relações objetais intra-uterinas, incipientes e primitivas. Obviamente, o autor usa a expressão “relação de objeto” num sentido muito específico, descrevendo encontros físicos, ora com o próprio polegar, ora com as paredes do útero. Em Winnicott, é possível supor, entretanto, que já exista um ingrediente da criatividade primária nesse encontro, que nos permite

⁹⁴ Retomo esse tema, já desenvolvido no capítulo 1, com a finalidade de diferenciar a oposição saudável, que confere realidade à experiência, da predominância precoce do ambiente sobre o feto ou bebê.

pensá-lo em termos de objeto subjetivo e de elaboração imaginativa. (Winnicott 1954a, p. 340).

Assim, o saber primitivo do feto é quase totalmente físico, e ele conhece e se dá a conhecer na relação com tudo aquilo que vivencia, iniciando-se aí também um relacionamento: a mãe já tem notícias de seu bebê, por meio dos pontapés, e vice-versa. Se ele chuta e se manifesta pouco, a mãe espera um bebê “bonzinho” ou, ao contrário, se ele é ativo e se mexe constantemente, espera um bebê vivaz; igualmente, o bebê já “sabe” da agitação da mãe desde o útero e “espera aventuras”, ou, inversamente, já conhece sua calma e espera tranqüilidade (Winnicott 1945b, p. 21). Nesse contexto, compreende-se a afirmação:

[...] a influência ambiental pode iniciar-se numa etapa muitíssimo precoce, determinando se a pessoa, ao buscar a confirmação de que, se a vida vale a pena, partirá em busca de experiências, ou se retrainará, fugindo do mundo (Winnicott 1988, p.149).

Winnicott acrescenta que a recuperação da sensação, subtraída, de um viver verdadeiro, só poderá ocorrer se houver um retorno ao isolamento, à quietude, num ambiente propício.

3.3.2 O nascimento

Do mesmo modo que, posteriormente, na primeira mamada teórica, haverá um momento de prontidão psicossomática por parte do bebê para criar o seio, que deve ser identificado pela mãe, é considerado pelo autor um parto normal aquele em que o corpo da mãe, “ao entregar-se ao processo” (Winnicott 1958f, p. 266), facilita que o bebê, estando pronto, participe psico-somaticamente do evento, de modo que a experiência seja integradora.

Em situação normal, portanto, o nascimento não é traumático, e pode promover “o fortalecimento do ego e a estabilidade” (Winnicott 1958f, p. 262), isto é, quando ele é feito a termo, segundo o curso dos ritmos sincrônicos da mãe e do bebê.

Em “Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade”, Winnicott remete o leitor às considerações freudianas a respeito do tema, entendendo que “para Freud, na história de cada indivíduo, havia traços mnemônicos da experiência do nascimento, que determinavam os padrões de ansiedade pela vida afora⁹⁵ (Winnicott 1958f, p. 255).

Nesse texto, de acordo com sua freqüente preocupação em situar os fatos psíquicos dentro do enquadre do desenvolvimento do ego, o autor constatou a inadequação do uso da palavra “ansiedade” nessa etapa devido à imaturidade egóica do feto ou do bebê. Winnicott entendeu que esse uso seria pertinente se a palavra fosse tomada em sua acepção comum, de medo, e não no sentido psicanalítico: “o indivíduo deve ter alcançado um certo grau de maturidade e a capacidade de repressão antes que o termo ‘ansiedade’ possa ser adequadamente empregado” (Winnicott 1958f, p. 262).

Assim como Freud, Winnicott também descartou a possibilidade de a experiência do nascimento ser descrita em termos especificamente da ansiedade de separação, já que nesse momento não existe ainda consciência de um objeto⁹⁶. Além disso, tendo em vista a universalidade do fenômeno da

⁹⁵ Winnicott afirmou que existem divergências entre autores quanto à versão final de Freud a respeito do tema do trauma de nascimento, citando, por exemplo, diferenças entre a sua interpretação e a da Dra. Greenace. O autor reconheceu que seriam necessários estudos históricos aprofundados sobre as idéias freudianas, complementares ao da Dra. Greenace, mas que, de acordo com sua própria leitura, Freud considerava a influência do nascimento em padrões de ansiedade. Como explicitado no corpo do texto, Winnicott discordou dessa colocação, acrescentando que Freud provavelmente teria modificado suas concepções se tivesse tido a oportunidade de conhecer o desenvolvimento das teorias psicanalíticas a respeito da primeira infância.

⁹⁶ A não ser a consciência incipiente, quase física, proporcionada pelos movimentos fetais.

ansiedade, o autor considerou impossível correlacioná-lo a um tipo específico de nascimento.

Entretanto, para se referir à situação em que de fato houve algum tipo de trauma, o autor usou o termo “agonia”, que diz respeito ao estado de coisas que poderia ser descrito em termos de aniquilamento ou perda de identidade. A interrupção da continuidade do existir é traumática quando ela “é tão prolongada a ponto de cortar o fio do [...] processo pessoal e contínuo” (Winnicott 1958f, p. 265).

Sabemos que, para descrever a experiência do nascimento e o conjunto das experiências sensoriais do feto e do bebê recém-nascido, o autor não privilegiou a quantidade de estimulação envolvida, embora esse fator não tenha sido descartado. Reitero que, para Winnicott, a questão central referente às etapas iniciais foi a da distinção entre as relações estabelecidas como resultado do impulso do bebê e as reações às intrusões e os detalhes e variações dos padrões formados.

No nascimento normal⁹⁷, ao encontrar oposição à cabeça, o bebê projeta-a para frente⁹⁸. Esses movimentos, somados aos movimentos natatórios, produzem deslocamento para a frente. Quando o *timing* é razoavelmente sincrônico, o sentimento é o de que o nascimento foi provocado pelo esforço do bebê. O padrão de projetar a cabeça para a frente, segundo o autor, pode ser observado também quando o bebê está tentando mamar. Esse fato foi entendido como evidência da necessidade que o bebê tem do objeto externo concreto, para se opor a ele. Note-se que, nesse

⁹⁷ O autor ressaltou que, embora mereça atenção e seja significativa a incidência de cesarianas e de partos considerados não normais, ele se ateu ao nascimento normal e à sua variação, o parto demorado.

⁹⁸ O autor citou o livro *My caves*, de Casteret, de onde extraiu o termo *reptation*, para descrever a técnica de avançar que se caracteriza pela não utilização de braços e pernas. Essa forma de movimentação, própria do nascimento normal, segundo Winnicott, pode ser rememorada de várias maneiras, tendo sido uma delas descrita no livro citado: a exploração de cavernas profundas por meio da movimentação do tronco, sem o uso dos membros.

momento, o feto ou o bebê recém-nascido não têm maturidade ou organização egóica para sentimentos como a raiva. Winnicott explicitou que, quando um elemento para oposição é encontrado, como na ocasião do nascimento normal, “a oposição afeta a conversão da força vital em potencial de agressividade” (Winnicott 1958b, p. 303). A oposição na medida certa também ajuda a compor o sentimento de que o parto foi ocasionado pelo próprio impulso.

O autor ressaltou que “o excesso de oposição provoca complicações que tornam impossível ao indivíduo, dotado de um potencial de agressividade, realizar sua fusão com o potencial erótico” (Winnicott 1958b, p. 303). É claro que, quando fala em “fusão”, aí, refere-se a um momento em que já estão ocorrendo as primeiras experiências instintivas.

Considerações como essas elucidam a concepção do autor de que a experiência do nascimento pode levar a um fortalecimento do sentimento de continuidade e estabilidade, não sendo necessariamente traumática. É claro que inúmeros aspectos da passagem de um ambiente a outro devem ser elaborados. O bebê vai precisar se acostumar não só com a luz e o barulho⁹⁹, mas também com a gravidade, ou seja, com o fato de “ser amado”, ou ser seguro, agora, apenas na posição vertical, e não mais “por todos os lados”, como ocorrera dentro do útero. Existe a adaptação do início da respiração, também não necessariamente traumática, já que o bebê em geral deve estar pronto para o exercício da função. Se a gestação foi saudável, vimos que ele experimentou acontecimentos cíclicos, com breves interrupções apenas. Acostumado com o vai-e-vem dos acontecimentos, esperaria que, após a compressão – equivalente ao movimento de expiração – da passagem do

⁹⁹ O trabalho amplamente divulgado de Leboyer, de humanização do parto, objetiva justamente amenizar o impacto dessa transição, relevando a necessidade de ambientes tranquilos, aconchegantes e aquecidos, com pouca luz, durante o parto e nos dias subseqüentes a ele.

nascimento, viesse a descompressão. Quando isso acontece, a inspiração e o movimento de descompressão do tórax se tornam egossintônicos, parte de uma experiência. Entretanto, se há descompasso nessa dança, quando o nascimento é muito demorado, por exemplo, o ciclo é interrompido: provoca ruptura na continuidade do ser, ou trauma.

O teor do sofrimento do bebê foi explicitado pelo autor em termos da idéia de uma música sem forma, ou seja, sem uma estrutura intrínseca que possa sugerir um início, um desenvolvimento e um fim. O bebê, não temporalizado, não está preparado para uma experiência que não anuncia seu término¹⁰⁰. Ela é vivida como interminável: força o bebê a reagir, e ele deixa de participar psicossomaticamente do acontecimento.

Quando as experiências do nascimento forem de fato traumáticas, elas podem ser rememoradas em estados psicóticos, “passando ao largo de fantasias que se expressam por símbolos” (Winnicott 1958f, p. 272). Winnicott assinalou que, em jogos infantis, esse tipo de material também pode aparecer: evidentemente, sua relevância depende de cada caso, sendo o parâmetro principal o fato de o nascimento ter sido traumático ou não e, portanto, significativo.

A evidência do trauma não é dada tanto pelo conteúdo veiculado pelos jogos, mas antes pelo fato de que “o corpo da criança sabe o que significa nascer” (Winnicott 1958f, p. 261). Essa afirmação foi bem ilustrada em vinheta clínica do autor em que um paciente, menino, de 5 anos, assim que pôde confiar que o analista era capaz de se adaptar

¹⁰⁰ Para Winnicott, o fenômeno da temporalização é uma das tarefas da primeira mamada teórica, ocorrendo em estágio posterior, portanto. Apesar disso, o autor revelou repetidas vezes o problema da sensibilidade do feto ao adiantamento ou à postergação do parto, o que nos permite supor a incidência de um sentido de temporalidade nessa etapa, possivelmente decorrente da elaboração da gestualidade, dos impulsos primitivos e de todos os eventos rítmicos intra-uterinos experimentados em estado fusional com o ambiente/mãe.

ativamente às suas necessidades, reexperienciou o próprio nascimento, subindo e descendo, de ponta-cabeça, por dentro de seu casaco, repetindo a encenação inúmeras vezes. Observe-se que experiências desse tipo, próprias da clínica winnicottiana, não poderiam ser comparadas a dramatizações ou a qualquer forma de aplicação de técnicas corporais, por exemplo. Em Winnicott, o *setting* proporciona confiança, o que facilita a regressão. Nesse caso, só de dentro da condição de bebê e, portanto, por meio do soma, o menino pôde reviver o próprio nascimento e retomar a linha do amadurecimento estancada, para, em seguida, por meio da fome, entrar em contato com o mundo.

Esclarecendo aspectos do material clínico ainda relacionado ao nascimento, Winnicott acrescenta que:

[...] uma criança pode brincar de um modo que contém simbolismos ligados ao nascimento, assim como um adulto relata freqüentemente fantasias que conscientemente ou não se relacionam com o nascimento. Mas isso não é a mesma coisa que a atuação de traços mnemônicos derivados da experiência do nascimento [como a descrita acima] (Winnicott 1958f, p. 272).

Para a apreciação de material desse teor, é preciso ainda que se distinga o relato propriamente – que pode estar contaminado por histórias ouvidas ou outros fatores – dos afetos verdadeiros. Muitas vezes, em atuações históricas em que há trauma de nascimento envolvido, essa diferenciação pode ser útil. Outra distinção importante que o autor faz relaciona-se às fantasias, mais avançadas, de entrada e saída no corpo/mundo interno, da mãe ou do próprio paciente.

Winnicott ressalta que a interpretação de material relativo ao nascimento não provoca mudanças no paciente, já que, não tendo sido

experienciada, a situação não faz parte de sua área de onipotência. Devido à extrema imaturidade egóica, o bebê não consegue conceber intrusões como projeções de seus impulsos agressivos nessa fase. A revivescência da situação em momentos regredidos pode ser transformadora justamente para que possa ser integrada e, portanto, colocada dentro da área de controle onipotente, podendo – só então – até mesmo ser interpretada.

Assim, o que está em jogo aí não são lembranças que podem ser relatadas, embora o autor assinale o fato de que muitas vezes as passagens sejam trazidas com clareza e em ordem determinada. Cabe aqui a questão a respeito dos elementos que poderiam estar envolvidos nesse tipo de memória. Primeiro, é preciso considerar a organização psicossomática propriamente e os sentimentos associados a ela, que, como vimos, veiculam um saber que o corpo tem de sua história. Ao lado dessa forma particular de memória, Winnicott identifica também a operação da catalogação, que consiste na ativação muitíssimo precoce e intensa da capacidade de registrar eventos em seqüência determinada, para fins de manutenção da onipotência. Mecanismos dessa ordem – estritamente mental – são descritos pelo autor como esforços do ego, ou tentativas de “manter as intrusões à distância por meio da atividade mental, permitindo que as reações a elas se dêem uma de cada vez, sem ocorrer a desorganização da psique” (Winnicott 1958f, p. 276), não devendo, portanto, ser confundidos com a memória corporal.

É como se o intelecto colecionasse as intrusões às quais foi necessário reagir e as guardasse detalhadamente e em seqüência, protegendo dessa forma a psique até que seja reestabelecido o estado de continuar a ser (Winnicott 1958f, p. 274).

Assim, o intelecto do bebê ao nascer já pode funcionar de maneira distinta da psique e até tornar-se mais importante do que ela, desenvolvendo-se excessivamente. Quando isso acontece, o bebê pode usá-lo como defesa, ora esperando e preservando perseguições, ora organizando as perseguições dispersas num quadro comum de paranóia. Se, como já demonstrado, o nascimento não pode ser determinante de padrões de ansiedade, pode, da maneira acima descrita, determinar padrões de paranóia e, portanto, de forma secundária apenas os padrões de ansiedade.

Ao lado da memória corporal propriamente, é possível que existam também fantasias muito estreitamente vinculadas ao soma. Por exemplo, se há demora no parto associada a uma forte pressão na cabeça, isso pode reaparecer sob a forma característica de dor, como uma faixa apertando a cabeça (ou seja, com memória corporal, simplesmente), ou sob a forma de sensações variadas como ruídos ou a sensação de que algo está se esvaindo pela cabeça, ou mesmo sob a forma de um delírio, como se houvesse descargas no alto da cabeça.

As constrições e reações podem ativar os variados núcleos de ego, sendo que a memória – do mesmo modo que a sensação de aperto e das fantasias em torno da cabeça – pode estar relacionada a qualquer um deles: o núcleo do trato urinário, anal, epidérmico, da saliva, respiração etc., podendo acompanhar sintomas psicossomáticos, estar na base de perversões e também, com já explicitado, das paranóias assim chamadas congênitas¹⁰¹.

¹⁰¹ Evidentemente, não cabe nesta dissertação um estudo detalhado dos distúrbios relacionados ao trauma do nascimento. Os distúrbios citados só foram trazidos para ilustrar o modo como as experiências ficam gravadas no soma e também o modo como essa base somática acaba por interferir em situações mais avançadas no amadurecimento, por exemplo, na integração futura da instintualidade, como nas perversões.

3.4 Os estágios iniciais: a dupla mãe bebê

Já sabemos que Winnicott avançou as pesquisas psicanalíticas, no início circunscritas aos conflitos triangulares e duais, sem recair numa forma de teorização que focalizasse automaticamente as “relações individuais” – ou, assim chamadas, narcísicas –, relevando, ao invés, o tema da dependência. Analisou a resistência dos psicanalistas ao tema, compreendendo que esta, aqui, não se relaciona às ansiedades associadas às repressões, mas possivelmente ao sentimento de se estar violando uma área que é sagrada, como quando se procura analisar uma obra de arte. Segundo o autor, corre-se o risco, nesse caso, de o excesso de luz destruir a obra.

Ressalvas feitas, Winnicott assinalou, por outro lado, a importância do conhecimento nesse campo, que esclarece fenômenos da clínica de pacientes portadores de distúrbios, assim chamados, esquizóides ou psicóticos. Afirmou, por exemplo, que a contratransferência maciça que emerge no cuidado – não apenas em psicanálise – desse tipo de paciente pode ser comparada, até certo ponto, aos intensos sentimentos experimentados por pais perante as imensas necessidades do bebê dependente. A esse respeito, Masud Khan acrescenta:

Winnicott tinha plena consciência da incontornável ingratidão do paciente na fase da regressão à necessidade, que na contratransferência pode ser enfrentada não pela compaixão ou pela interpretação, mas pelo ódio bem dosado. Isso porque aqui, com excessiva frequência, a negação do ódio na contratransferência leva o relacionamento terapêutico a degenerar em sedução do paciente através de um concernimento exagerado, ou num confronto com ele por meio de interpretações

verborrágicas, que apenas insultam as suas dificuldades¹⁰² (Khan 1978, p. 27).

A idéia de ódio bem dosado, em contraposição à de interpretações verborrágicas, é ilustrativa da afirmação de que a psicanálise winnicottiana é encarnada, não podendo ser pensada a não ser em termos de corpo presente, sendo ora a sensibilidade, ora os sentimentos, ora o estado do analista que facilita o brincar na sessão, elementos integrantes do *setting*, das interpretações, enfim, de toda a abordagem clínica. Isso se torna ainda mais claro quando se tem em mente o fato de que na técnica winnicottiana é fundamental saber a idade do paciente na transferência. Nas palavras do autor:

[...] não é preciso que o paciente esteja muito doente para, de vez em quando, ser uma criança durante a sessão analítica. Nesses momentos, ocorrem muitas coisas que é preciso compreender sem recorrer à descrição verbal imediata (Winnicott 1958f, p. 263).

Voltando à dupla mãe-bebê, já foi esclarecido que nos dias, semanas ou meses após o nascimento, a dependência é absoluta, na medida em que o bebê ainda nem se sabe dependente, de modo que seu desenvolvimento não pode ser estudado à parte dos cuidados que lhe são dispensados.

Se a mãe é razoavelmente saudável – a assim chamada “mãe devotada comum”¹⁰³ –, regride¹⁰⁴ ao nível de seu bebê. Para se devotar, regredir e dar

¹⁰² Winnicott ressaltou que os pacientes só conseguem encontrar no analista os estados e conflitos que eles próprios experimentam: por exemplo, o obsessivo tenderá a enxergar o trabalho do analista como vazio, o neurótico tenderá a encontrar nele a ambivalência dos próprios sentimentos. o paciente psicótico esperará encontrar o “fenômeno brutal e perigoso de ‘amor e ódio coincidentes’”. E complementou: “a análise de pacientes psicóticos revela-se impossível, a não ser que o ódio do próprio analista esteja muitíssimo discernível e consciente [...] a mãe deve ser capaz de tolerar o sentimento de ódio contra o bebê sem fazer nada a respeito. Ela não pode expressá-lo para ele” (Winnicott 1949f, p. 277).

¹⁰³ O uso da expressão “mãe devotada comum” talvez possa sugerir uma idealização da maternidade por parte do autor. Em seu artigo “O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional”, Winnicott enumera algumas razões para o estudo da relação mãe-bebê durante o período. Uma delas é o reconhecimento de que “uma boa proporção de mães e pais, em virtude de doenças sociais,

conta de seu estado alterado, precisa de amparo. Só assim se torna capaz de se dedicar inteiramente por um período de sua vida à tarefa exclusiva de cuidar do recém-nascido, mantendo-se sensível e imersa numa forma muito especial de atenção e comunicação não verbais. Identificar-se com o bebê significa aí adivinhar as necessidades de seu corpo e da pessoa que está por trás de seu corpo e atendê-las por meio dos contatos corporais e atitudes.

Desse modo, Winnicott lançou luz à existência nos períodos iniciais da vida:

[...] um relacionamento vitalmente importante entre o bebê e sua mãe, que no entanto não deriva da experiência instintiva nem da relação objetal surgida a partir da experiência instintiva. Esse relacionamento é anterior à experiência instintiva, paralelo a ela e entremeado a ela (Winnicott 1958d, p. 164).

Um aspecto dessa forma de relacionamento primitivo está bem explicitado na idéia de mutualidade entre mãe e bebê não relacionada a pulsões: um tipo de comunicação silenciosa que poderia ser descrito “em termos da anatomia e da fisiologia de corpos vivos” (Winnicott 1970b, p. 200). O que se comunica na conversa entre corpos é a confiabilidade.

Ao sustentar o bebê, a mãe o previne das agonias impensáveis. Segundo Winnicott, é valioso ter em mente dois extremos: bebês que não experienciaram as agonias primitivas e aqueles que:

familiares e pessoais, não consegue fornecer à criança condições suficientemente boas à época de seu nascimento” (1965, p. 4). Só esse fato justificaria esforços que pudessem fornecer bases para a profilaxia nesse campo. Além disso, alertou repetidas vezes a respeito dos riscos da interferência nas relações iniciais entre mãe e bebê por parte dos especialistas da área de saúde. Nesse sentido, considerando o fato de o saber do cuidado inicial não ser técnico, enfatizou que conselhos bem intencionados por parte de médicos e enfermeiras podem enviesar de forma perigosa um encontro que poderia ser único, fundamentado na capacidade, pré-representacional que toda mãe bem amparada a princípio tem de ir ao encontro das necessidades de seu bebê.

¹⁰⁴A regressão só pode ter lugar na medida da saúde da pessoa; ou seja, se as defesas da mãe forem muito rígidas, o acontecimento torna-se muito difícil ou impossível. A psicopatologia no outro extremo seria a de uma mãe tão identificada com o bebê que não consegue ser mãe. Nesse caso, se ela é suficientemente saudável para entregar os cuidados a uma babá, consegue vicariamente ela própria também ser cuidada.

[...] portam a experiência da ansiedade impensável ou arcaica. Sabem o que é estar em estado de confusão aguda ou conhecem a agonia da desintegração. Sabem o que é ser deixado cair, cair eternamente, ou cindir-se em desunião psicossomática (Winnicott 1970b, p. 201).

Do ponto de vista do bebê, já sabemos, a consciência da mãe só se dá gradualmente. É intrínseca à experiência de cuidados satisfatórios a possibilidade de não saber deles, ou seja, de não ter nenhum conhecimento do mundo externo, mas apenas do mundo subjetivo: “a criança no colo ou deitada no berço não está consciente de estar a salvo de uma queda infinita” (Winnicott 1958i, p. 105).

A não consciência do ambiente nas etapas primitivas foi um fenômeno observado clinicamente pelo autor, que relatou, por exemplo, um momento de análise em:

[...] que o paciente tinha a sensação de estar encolhido e rodando, em um momento de se ensimesmar [...] [o qual interpretou] como um ambiente que estava implícito mas que não podia ser relatado (Winnicott 1958i, p. 105).

A confiança no *setting* analítico permitiu a saída do paciente de seus momentos de retraimento¹⁰⁵ e o ensaio de alguns gestos significativos, como um bebê, quando bem seguro ao colo. Lembre-se que, não sendo acessíveis à fala, fenômenos dessa natureza só podem ser experienciados somaticamente em condição de regressão.

A sustentação que a mãe oferece pode estar no colo concreto propriamente ou em outros elementos do ambiente. Ou, como diz o autor, na

¹⁰⁵ É importante assinalar que o retraimento é visto por Winnicott como uma retirada do contato, que impossibilita o analista de qualquer tipo de acesso ou interpretação. A regressão, ao contrário, é concebida como resultante do firme estabelecimento da confiança no *setting*, que possibilita a entrega.

“provisão ambiental total anterior ao conceito de *viver com*. Em outras palavras, se refere à relação espacial ou em três dimensões com o fator tempo gradualmente adicionado” (Winnicott 1960c, p. 44). Por exemplo, quando a mãe conversa, respondendo intuitivamente às vocalizações do bebê, falando em voz alta, entoando cantigas, proporcionando um sentido de familiaridade sonora, um contorno auditivo, relacionado também à espacialização¹⁰⁶, ou quando muda o bebê de posição, colocando-o, por exemplo, no berço ou deixando-o com os membros livres para espertear¹⁰⁷, em lugar apropriado, em momentos apropriados, quando reflete o que o bebê sente com seu olhar e com suas expressões faciais, quando o sustenta, proporcionando-lhe espaço e tempo adequados para que ele possa usufruir das experiências excitadas do começo ao fim ou permitindo que ele usufrua e elabore as sensações corporais após as mamadas, quando sustenta seu próprio estado emocional, não ficando à mercê das flutuações do bebê, enfim, é chamado *holding* o conjunto das maneiras intuitivas por meio das quais a mãe assegura continuidade do ambiente, regularidade temporal e espacial, conforto, contorno, espelhamento e liberdade para que o bebê se expresse, tenha suas experiências e amadureça com elas. Assinale-se que:

[...] nesse estágio, o lactente está não-integrado na maior parte do tempo, e nunca completamente integrado; a coesão dos vários elementos sensório-motores resulta do fato de que a mãe envolve o lactente às vezes fisicamente e de modo contínuo simbolicamente (Winnicott 1965m, p. 132).

¹⁰⁶ Estudos de acústica demonstram que muito do sentido do espaço nos é dado pelas ondas sonoras que, a todo momento, imperceptivelmente, delimitam o ambiente, dando uma sensação de preenchimento e orientação. Em instalação sediada no Museu George Pompidou, em Paris, o artista plástico contemporâneo Joseph Boeyus explorou, pelo inverso, sensações dessa ordem isolando completamente o som em duas salas vazias. Numa das salas, colocou um piano fechado, que reitera, mudo, a experiência vazia de um ambiente sem sons.

¹⁰⁷ Winnicott cita o livro *The people of Great Rússia: a psychological Study*, de Gorer, G. e Rickman, J., (1949) para afirmar que “o efeito dos cueiros (enfaixamento) já foi estudado, e verificou-se que eles afetam o desenvolvimento da personalidade” (Winnicott 1988, p. 144).

O excerto reitera o que já deve estar claro neste ponto: tanto a sustentação quanto o manejo só são considerados satisfatórios quando a mãe cuida, sim, do corpo, mas sabendo que ali está uma pessoa, ou seja, quando facilita que o bebê se experimente a si mesmo, pessoa e corpo como um único todo e, assim, que o soma se torne pessoal.

Em seu “Sobre outras formas de tratamento – Fisioterapia e relações humanas”, Winnicott afirmou que algumas mães estão aptas a atender apenas as necessidades corporais do recém-nascido, de forma mais estritamente mecânica. Esses bebês possivelmente não precisarão de fisioterapia no futuro, mas talvez de psicoterapia. Outras mães terão facilidade para entrar logo em contato com a pessoa do bebê, mas não conseguem cuidar de seu corpo. Esses bebês, por seu turno, poderão precisar futuramente de fisioterapia, mas talvez não de psicoterapia.

Um exemplo clínico descrito por Winnicott de um momento de falha do aspecto da sustentação relacionado à presença, ou contato: quando o analista deixa a mente vaguear para uma fantasia própria ou mesmo adormece, deixando o paciente “cair”. A sustentação proporcionada em termos mais estritamente físicos, por outro lado, foi bem abordada no texto “A ansiedade associada à insegurança”:

Os bebês, muito antes de serem capazes de ficar de pé, vivenciam ameaças ao seu equilíbrio, visto que alguns de seus comportamentos como, por exemplo, o agarrar-se ou o segurar-se representam tentativas de manter a segurança de seu sentimento de serem apoiados pela mãe. À medida que o bebê aprende a engatinhar, e mais tarde a andar, a função da sustentação da mãe é gradualmente substituída pelo solo (Winnicott 1958d, p. 163).

Problemas clínicos como a vertigem podem ter sua origem nesse aspecto da dependência, devendo, segundo o autor, ser diferenciados de “ansiedades relativamente maduras tais como o medo de cair ou medo de alturas” (Winnicott 1958d, p. 163).

Ainda a respeito do sentimento básico de estar bem seguro, deve-se assinalar que, para Winnicott, a defesa mais primitiva é a que denomina *self-holding*. As outras formas primitivas de defesa pressupõem um montante de integração. Por exemplo, a despersonalização pressupõe personalização, ainda que incipiente. Desintegração pressupõe integração. O segurar-se está lá desde o início, como uma forma que o bebê tem de se proteger de um *holding* inseguro, juntando-se a si mesmo por meio do enrijecimento muscular. É possível pensar que o tônus, com frequência excessivamente rígido, de indivíduos com distúrbios psicóticos esteja relacionado a esse tipo de defesa.

Dentro desse quadro, pode-se compreender a idéia do autor de que, quando as necessidades de sustentação do bebê não são atendidas nessa fase, “certamente não haverá raiva, e sim alguma forma de distorção do desenvolvimento numa fase primitiva” (Winnicott 1958n, p. 400).

O bom cuidado satisfaz necessidades fisiológicas de forma consistente e empática. O bom *holding* protege da agressão fisiológica levando em conta a sensibilidade sensorial, a ação da gravidade e a falta de conhecimento do bebê de algo que não ele próprio (Winnicott 1960c, p. 48), proporcionando, assim, a reunião de elementos sensório-motores. A junção da cabeça com o pescoço é um aspecto importante dessa reunião, podendo aparecer futuramente, na clínica, de modo quase imperceptível: “uma ameaça grave de desintegração pode estar oculta em uma câibra do pescoço” (Winnicott 1966d, p. 88).

O autor fez notar a agudez da sensibilidade do recém-nascido. As diferentes qualidades de experiências táteis, auditivas, visuais, olfativas e gustativas compõem aspectos de um inconsciente muito primitivo, que permanecerá vivo na vida da pessoa por meio da memória corporal. Na condição de boa sustentação e manejo, o bebê elabora, por meio da conversa silenciosa entre corpos, a materialidade da presença viva da mãe, ou de sua vitalidade: a respiração, o batimento cardíaco, as características da voz – variações, vibrações, tonalidades, expressividade –, dos odores, do olhar, do tato. Na composição dos sentidos iniciais, se alinharão também as particularidades sensoriais do ambiente proporcionado: temperaturas, texturas, iluminação, cores etc. As interrupções traumáticas, por seu lado, têm forma de descompasso sensorial.

Recorde-se que uma importante tarefa do bebê nesse momento é a de elaborar imaginativamente todos os aspectos do “estar vivo físico” (*of physical aliveness*), o que propicia o crescimento contínuo das relações entre soma e psique. Entretanto, o próprio continuar a existir do bebê necessita da sustentação da presença viva da mãe, dos modos de presença de um corpo vivo¹⁰⁸, o que lhe permite que “se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida” (Winnicott 1958n, p. 403).

Num de seus escritos tardios, Winnicott especifica nesse contexto a questão do olhar. À medida que se vê refletido no olhar da mãe, que não o representa mas se comporta como um espelho vivo (1967c, p. 154)¹⁰⁹, o

¹⁰⁸ O entendimento desse ponto lança luz à importante característica do *setting* winnicottiano, que pressupõe a presença viva do analista, principalmente quando se trata de casos graves em profunda regressão.

¹⁰⁹ A partir de fenômenos como esses, Rogério Luz problematiza a questão do espelhamento que o analista dá não só no sentido do olhar, mas também da maneira de interpretar. Nesse sentido, um dos modos de interpretação na clínica winnicottiana poderia ser referendado na idéia de espelho vivo: ao contrário de interpretações baseadas em representações que “fixam” o paciente e o congelam numa imagem (Rogério Luz 1989).

bebê, sendo visto, passa a poder ser, ter olhos, olhar. “Quando olho, sou visto, logo, existo” (Winnicott 1967c, p. 157). É na relação imediata com o olhar da mãe que o bebê winnicottiano “encontra um ponto de apoio para sentir-se existindo” (Luz 1989, p. 251), abrindo as portas para olhar o mundo criativamente.

Em seu “O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil”, o autor assinala que, em situação favorável, o bebê vê a si mesmo refletido no olhar da mãe. Isso quando o que o rosto da mãe não está enrijecido por suas próprias preocupações, rigidez ou depressão. Nesses casos, o bebê não recebe de volta o que está dando – olha e não se vê (Winnicott 1967c, p. 154); a percepção tende a tomar o lugar da apercepção, ou seja, de uma relação mais espontânea e significativa de troca. Quando o bebê ainda tiver esperança, ele passará a estudar o rosto da mãe, a fim de fazer previsões e reconhecer os momentos em que poderá ser espontâneo, mas, se a previsibilidade se torna muito difícil e há ameaça de caos, ele “não mais olhará, exceto para perceber, como defesa (Winnicott 1967c, p. 155). Uma boa ilustração de fenômenos dessa ordem pode ser encontrada, segundo o autor, nas pinturas de figuras humanas do artista plástico irlandês Francis Bacon. De acordo com Winnicott, elas retratam um esforço desesperado para ser visto, ou, dito de outro modo, aquilo que é visto no rosto de uma mãe que olha sem refletir o que olha. O que as pinturas mostram é a própria procura de um rosto, num momento em que ainda não foi configurado um rosto próprio; a procura da própria face, no espelho da face de uma mãe que não compõe uma figura de sentido, afinada com os acontecimentos.

Ainda que de modo geral relativamente mutante, a expressão de um rosto é um exemplo da organização psicossomática significativa que é feita

a partir dos contatos primitivos entre mãe e bebê. O autor afirma, por exemplo, que dois rostos podem se parecer quando as pessoas estão dormindo, mas, tão logo elas acordem, cada qual se anima de uma maneira que é única. Ilustrando essa afirmação, considere-se a diferença entre um rosto que olha o mundo criativamente daquele olhar que estuda o objeto, ou dos olhos que traduzem dissociações, ou ainda daqueles que retêm a figura da mãe na organização do olhar, do rosto de uma pessoa que olha antes para seu próprio mundo interno, dos olhos vagos e colapsados do deprimido e assim por diante. O uso de óculos como uma extensão dos olhos poderia trazer variações a esses exemplos: “delírios de perseguição podem ser clinicamente confinados ao uso de óculos escuros ou ao apertar de olhos” (Winnicott 1966d, p. 88).

Nesse contexto, pode-se pensar que a contemporânea excessiva preocupação com a imagem esteja atravessada por fatores primitivos como esses. Por exemplo, quando meninos e meninas “olham com o intuito de ver beleza e enamorar-se, já existem provas de que a dúvida se insinuou a respeito do amor e do cuidado contínuo de suas mães. Assim, o homem que se enamora da beleza é inteiramente diferente daquele que ama uma moça e acha que ela é bela e pode perceber o que é belo nela” (Winnicott 1967c, p. 156). No primeiro caso, o olhar serve para perceber – como defesa, portanto.

Outro aspecto a ser considerado sobre o tema é quando há incidência de algum tipo de deformidade no bebê. Apesar de o estudo do amadurecimento em Winnicott pressupor, de modo geral, a saúde física, em seu “Sobre as bases para o si-mesmo no corpo”, problematiza o olhar da mãe quando há deformidade. Em exemplo clínico, relata o caso de um menino que havia nascido com uma deformidade nas mãos (sindactilia,

situação em que os dedos e artelhos estão grudados) que herdara da mãe. Devido em grande medida à culpa, a mãe submetia o menino a inúmeras cirurgias, as quais ele aceitava docilmente. Em consulta com Winnicott, o paciente manifestou (expressando seu amor por patos e o desenho de patas de pato em sessão – o pato tendo sido associado a ele mesmo, obviamente, devido ao formato das patas) a idéia de que não teria problemas em colaborar com os tratamentos; a despeito disso, permanecia a necessidade, fundamental, de saber se tinha sido amado tal como era quando nasceu. Nesse sentido, o autor considera que a deformidade física não configura em si uma anormalidade, a não ser pelo olhar da mãe¹¹⁰. Como vimos, o sentido de normalidade inicial é dado pelas formas e funções iniciais, quando suficientemente amadas. Se esse sentido tiver sido bem fundamentado de início, o bebê provavelmente reunirá condições para enfrentar gradativamente o olhar do mundo que não o vê como normal.

Assim, a mãe precisa olhar o seu bebê para que ele possa ter olhos, rosto, olhar; a mãe precisa ser, para que ele possa ser. Ao mesmo tempo, o próprio ser da mãe é sentido pelo bebê como criado por ele. Ora, se o olhar e os cuidados da mãe permitem que o bebê exista, oferecendo um sentido de si primitivo, eles também permitem sua manifestação, sua espontaneidade gestual e, portanto, a ilusão de que o mundo está sendo criado por ele. São a espontaneidade e a ilusão de onipotência que sedimentarão as bases do que, um dia, se tornará a potência, ou o *fazer*¹¹¹ do bebê.

¹¹⁰ Em entrevista no filme *Janelas da alma*, uma cineasta inglesa declarou que desde criança pressentiu que as pessoas não gostavam dela pelo fato de ela ser vesga. Lembra-se de que desde criança o olhar da mãe a atravessava, ao invés de olhá-la ou refleti-la. Quando finalmente, já adulta, fez uma cirurgia para consertar os olhos, constatou, com grande choque, que as pessoas não perceberam a mudança daquilo que, para ela, era o elemento central de seu sofrimento.

¹¹¹ Em Winnicott, a idéia de fazer – ao contrário da de ser, ligada à continuidade do existir no tempo – refer-se ao relacionamento objetal propriamente, impulsionado por instintos integrados.

Em alguns textos, Winnicott transmite a idéia de um relacionamento de ego que com o tempo se desenvolve com base na identificação primitiva da mãe com seu bebê – e nos cuidados corporais satisfatórios daí resultantes –, em oposição ao relacionamento que tem como veículo a instintualidade. Segundo ele, trata-se da matriz da transferência, algo que pode ser identificado, por exemplo, quando um paciente consegue permanecer períodos em silêncio, significando esse silêncio uma conquista – a de só ficar na presença do outro –, e não indício de resistência. Esse fenômeno clínico refere-se ao momento no amadurecimento em que a criança se torna capaz de “ficar só na presença da mãe”¹¹², relaxar, podendo ser impulsionada por gestos próprios – na presença de alguém –, e não por estímulos externos.

Com base nessa mesma distinção, Winnicott iluminou o fenômeno que descreveu como orgasmo de ego¹¹³, distinguindo-o do clímax orgástico derivado dos instintos. Entendeu que experiências de êxtase como as derivadas da fruição de obras de arte se fundamentam nas relações egóicas, tranqüilas, e não no mecanismo de sublimação, considerando, nesse sentido, a grande distância existente entre esse tipo de experiência e uma relação sexual. O relacionamento de ego é também a matéria de que é feita a amizade, em contraposição ao amor, fundamentado nos instintos.

¹¹² Winnicott entendeu que a conquista que o bebê faz de permanecer sozinho na presença da mãe, entretido com suas coisas, confiante e espontâneo, é a base da futura e sofisticada capacidade de ficar só. No momento dessa conquista, o bebê ainda não estruturou um si-mesmo separado da mãe. Em outra linguagem psicanalítica, poder-se-ia dizer que a criança se torna capaz de ficar só quando uma mãe boa já foi incorporada e introjetada; em outra linguagem ainda, a capacidade de ficar só é constatada quando a criança pode imaginar a cena primária ou a relação sexual entre os pais, sendo ela a pessoa excluída, e de dar conta das excitações que isso acarreta. Esse tema está bem desenvolvido em seu “A capacidade para estar só”.

¹¹³ Segundo o autor, a reiterada incidência desse tipo de experiência pode indicar problemas de ordem instintual.

Ainda em torno desse tema, Loparic identifica em Winnicott duas raízes da sexualidade, em si mesmas não-sexuais: a identitária e a instintual, das quais a primeira diz respeito às experiências iniciais do bebê, possibilitadas pela identificação materna primária e pelos cuidados corporais decorrentes dessa identificação, e futuramente “decorrentes de inter-relacionamentos de diferentes tipos”, e a segunda, à experiência e à elaboração das excitações, ou “impulsos de natureza biológica – integração desses instintos no si-mesmo e nas relações interpessoais, duais, triangulares ou múltiplas, terminando por estabelecer a sexualidade como o tipo instintual dominante na fase adulta” (Loparic 2005, p. 316). O tema está bem ilustrado no caso de um paciente – médico e bem sucedido – que, depois de longo tempo de análise, “teve que pôr de lado até mesmo sua potência, por ser reativa” (Winnicott 1989vc, p. 42). Esse homem tinha sido o segundo menino de um casal que queria uma menina. Em vista disso, a mãe o havia manipulado como se fora uma menina, isto é, apertando-o com as fraldas, como se seu pênis não existisse. Após um período na análise em que o paciente conseguiu sustentar um estado de “nada a que reagir”, sua expressão pessoal surgiu em forma de sensações: “disse sentir-se apertadamente enrolado entre as pernas e prosseguiu descrevendo o efeito disso sobre seus órgãos genitais e sua capacidade de urinar” (Winnicott 1959, p. 43). A imagem feita por Winnicott de uma criança nativa a viver livremente numa floresta facilitou ao paciente a elaboração da função somática: ele se aproximou da possibilidade de, como menino, urinar livremente e sentiu pela primeira vez “o pênis como sendo o seu próprio” (Winnicott 1989vc, p. 43) Pela primeira vez esse homem pôde iniciar a elaboração de seu membro masculino no contexto de uma identidade masculina, desenvolvida na relação com o analista.

3.5 Da amamentação ao desmame

Nesta sessão, explicito diferentes aspectos da relação que se desenvolve entre a mãe e o bebê durante o período da amamentação, dos estados não-integrados iniciais, prosseguindo com a elaboração dos estados parciais de excitação à pessoa do bebê, até a conquista da capacidade de, com os instintos integrados, usar o objeto e livrar-se dele, ou seja, até a prontidão para o desmame. Embora a ênfase se desloque, no decorrer da exposição, para a situação total do processo digestivo, o ponto de partida é a experiência da amamentação. Ressaltam-se os temas da organização dos elementos somáticos primitivos, da concepção winnicottiana das etapas oral e anal e, finalmente, da incorporação e da excreção.

3.5.1 As camadas do amor

Para tratar o tema da amamentação em Winnicott, é importante assinalar que, para ele, a “alimentação do bebê constitui apenas uma parte, mas uma das mais importantes partes [...] de uma relação entre dois seres humanos [...] [sendo, então, o] “ato de pôr em prática a relação de amor entre dois seres humanos” (Winnicott 1945c, p. 31).

Cabem aqui alguns comentários a respeito dos usos que o autor fez da palavra “amor”. Já está claro que Winnicott preferiu muitas vezes adotar palavras da linguagem corrente ao invés de termos técnicos. Nesse sentido, a coloquial palavra “amor” foi muito utilizada para tratar dos estreitos laços que se desenvolvem entre mãe e bebê no início da vida. Do ponto de vista da mãe, o amor foi descrito como:

[...] algo semelhante a uma força primitiva [...] [em que] se conjugam o instinto de posse, o apetite e até certo elemento de contrariedade, em momentos de exasperado humor; e há nele generosidade e humildade, também (Winnicott 1957n, p. 17).

Como já vimos, Winnicott referiu-se ao amor materno também em termos de “identificação materna primária”, ou seja, da capacidade da mãe de se colocar no lugar de seu bebê, “o que lhe possibilita ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido, de forma que nenhuma máquina¹¹⁴ pode imitar, e que não pode ser ensinada” (Winnicott 1964c, p. 30).

O autor também destacou como um dos componentes do amor materno o elemento do prazer que a mãe pode sentir na amamentação, nas experiências de intimidade e de cuidado: “O prazer da mãe tem que estar presente nesses atos ou então tudo o que fizer é monótono, inútil e mecânico” (Winnicott 1949b, p. 29). Nesse sentido, abordou o problema do puritanismo:

A verdadeira dificuldade é que tão grandes sensações de prazer participam do íntimo vínculo físico e espiritual que pode existir entre a mãe e seu bebê, que as mães são presas dos conselhos de outras pessoas que parecem dizer que não devem ter tais sensações (Winnicott 1945c [1944], p. 33).

Do ponto de vista do bebê, se a mãe cuida e o amamenta com prazer, a experiência assemelha-se a “algo como o raiar do sol [...] [e] o

¹¹⁴ Note-se que a crítica winnicottiana às formas de cuidado mecânicas não significa que o autor tenha restrições *a priori* ao uso dos recursos tecnológicos no campo da saúde. Por exemplo, no caso de um bebê prematuro, ir ao encontro de suas necessidades pode incluir o reconhecimento de que ele pode estar “em muito melhores condições psicológicas numa incubadeira, onde um bebê pós-maduro não estaria bem, pois precisaria de braços humanos e contato corporal” (Winnicott 1964c, p. 30).

sentimentalismo é alheio a esse amor e algo que repugna as mães”¹¹⁵ (Winnicott 1949b, p. 28).

Embora muitas vezes a ciência obrigue o teórico a gerar distanciamentos, Winnicott sabia que a linguagem poética¹¹⁶ se aproxima mais dos fatos. Como já vimos, ao tratar das relações mais imediatas, em que a linguagem dos instintos não se aplica, o autor buscou a força específica da linguagem cotidiana destituída da superestrutura psicanalítica. O uso da palavra “amor” é um bom exemplo dessas afirmações, pois, embora tenha sido emprestada do inglês coloquial, ela não foi empregada sem cuidados ou de forma ingênua. Despindo-a das possíveis implicações psicanalíticas¹¹⁷, o autor procurou se aproximar do fenômeno cartografando seus diferentes sentidos a cada camada do amadurecimento.

Do ponto de vista do bebê, inicialmente, o fenômeno do amor foi associado mais estritamente à fisiologia do corpo vivo. Ao longo do amadurecimento e à medida que vão sendo elaboradas, outras modalidades de envolvimento somático ensejam as mais variadas e sofisticadas formas de amor.

Essa é outra importante característica do modo de teorizar winnicottiano que deve ser destacada: os fenômenos adquirem significações

¹¹⁵ Winnicott esclareceu que o sentimentalismo é uma forma de amor destituída de agressividade e, portanto, nociva. Um exemplo de sua aversão à visão sentimentalista da maternidade está em seu já citado “O ódio na contratransferência”, em que enumera motivos que uma mãe teria de, por momentos, odiar seu bebê, ou seja, de conhecer seu ódio e não expressá-lo. Nesse sentido, letras de canções infantis aparentemente inadequadas teriam a função de veicular sentimentos que existem, mas de que o bebê não precisa tomar conhecimento. O bebê capta apenas a qualidade da tonalidade da voz, da melodia, que pode ou não ser agradável, e não, evidentemente, o conteúdo da letra da canção.

¹¹⁶ Discorrendo sobre o olhar do bebê nos primórdios da vida, Winnicott fez a seguinte ressalva: “temos que nos voltar para nossa experiência com pacientes psicanalíticos que podem reportar-se a fenômenos bastante primitivos e, apesar disso, verbalizá-los [...] sem que isso constitua agravo à delicadeza do que é pré-verbal, não verbalizado e não-verbalizável, exceto, talvez, na poesia” (Winnicott 1967c, p. 154).

¹¹⁷ Loparic acrescenta que “a capacidade amorosa do bebê não pode ser reduzida ao ‘desejo’ do ‘objeto’, a um apetite meramente mental do sujeito humano [...] o mesmo pode ser dito, por exemplo, das agonias impensáveis” (Loparic 2000b, p. 12).

distintas no decorrer do amadurecimento, ou seja, quando se acrescenta a variável “tempo”. Nesse sentido, o autor remonta constantemente conceitos ao “ponto de sua origem no bebê humano em desenvolvimento” (Winnicott 1959b, p. 338). Winnicott discriminou diferentes acepções da palavra:

Cronologicamente, amar, para o bebê, significa: 1) existir, respirar, estar vivo, 2) apetite, 3) contato afetivo com a mãe, 4) integração do objeto de experiência instintual com a mãe inteira do contato afetivo, 5) fazer exigências à mãe, 6) cuidar da mãe¹¹⁸ (Winnicott 1965a, p. 19-20).

Note-se que, no primeiro item, a presença da mãe está implícita como um ambiente: amar, no início, significa permitir que o bebê possa existir e respirar. Esse aspecto da palavra já foi bem explorado na sessão anterior: a mãe permite que o bebê exista e respire por meio do *holding*, da comunicação silenciosa, do olhar. Nesse momento, o apetite ainda não é um fato, ou, ao menos, não é o fator mais importante. No segundo item, amor significa apetite, do ponto de vista do bebê; do ponto de vista da mãe, significa não se adiantar aos ritmos biológicos do bebê, permitindo que ele tenha apetite. No terceiro item, o amor ganha as colorações dos contatos corporais satisfatórios, ou uma tonalidade afetiva. No quarto e nos itens subseqüentes, o autor aponta para formas de relação entre pessoas inteiras. Tendo como foco as relações soma/psique, observa-se também que, nas diferentes configurações que o fenômeno adquire, estão implícitas, a identidade inicial soma/psique e sua diferenciação gradual – de um lado, modos de funcionamento somático possibilitados pela maturação

¹¹⁸ Igualmente, seria possível situar, em Winnicott, outros fenômenos no contexto do amadurecimento como, por exemplo, o da raiva, destacando-se o elemento dos modos variáveis de envolvimento somático e elaboração psíquica. Apenas a título de ilustração, já sabemos que, nos primórdios, o bebê não está apto a sentir raiva, no sentido atribuído à palavra na linguagem comum, e que o potencial de agressividade se confunde com a própria vitalidade, a qual, ao encontrar oposição, se transforma em gesto agressivo.

fisiológica, aquisição de coordenação motora e esquema corporal; de outro, novos sentidos possibilitados pela elaboração imaginativa.

A classificação indica o desenvolvimento satisfatório dos encontros entre mãe e bebê que permitem que ele, por meio dos gestos ocasionados pela excitação da fome, vá ao encontro do seio, nessa relação se integre, construa sua corporeidade, elabore imaginativamente as experiências, os efeitos dos encontros em seu corpo e no da mãe, ou, em linguagem corrente, indica as camadas¹¹⁹ de uma relação de amor e o modo como essa relação se sofisticava com o tempo.

3.5.2 O bebê faz gestos

Como já assinalamos, Winnicott não se baseia no fenômeno relativamente tardio da triangulação edípica para a abordagem do tema da instintualidade, mas valorizou e incluiu em sua pesquisa aspectos do conhecimento da Psicanálise freudiana a respeito da sexualidade humana, especialmente aqueles que tangem os “primórdios de todo o desenvolvimento da vida instintiva” (Winnicott 1988, p. 76). A esse respeito, Loparic esclarece que Winnicott “passará a usar o termo freudiano ‘sexual’ como ‘instintual’” (Loparic 2005, p. 317) para designar “o conjunto de excitações locais e gerais que são um aspecto da vida animal, na experiência das quais há um período de preparação, um ato com um clímax e um pós-clímax” (Winnicott 1965b, p. 130).

Acometido por estados parciais de excitação, o bebê winnicottiano faz gestos. A idéia do gesto espontâneo excitado pode ser tomada como um dos

¹¹⁹ Embora essa classificação se refira a etapas – das mais primitivas às mais avançadas no amadurecimento –, esses níveis de amor não são propriamente superados, mas seguem coexistindo, à maneira de camadas geológicas, em que passado e presente se mesclam no aqui-agora.

fios condutores de toda a teoria. Por meio deles, o bebê vai ao encontro do outro, cria a si mesmo e uma vida significativa, num mundo de relações significativas. O gesto espontâneo é também o elemento que possibilita a concepção de um modelo de uma clínica encarnada¹²⁰, baseada em experiências.

Os gestos e todos os aspectos do estar-vivo físico elaborados imaginativamente distinguem o animal humano dos outros animais: gradativamente, gera-se um diferencial de sentido entre a pura vivacidade ou espontaneidade do início da vida e o gesto humano. Um exemplo disso é a elaboração dos estados parciais de excitação, que têm como contraparte, em algum momento, a integração dos instintos à pessoa.

Recorde-se que, nos primórdios, as excitações do bebê não podem ser concebidas como instintos constituídos, integrantes de relações interpessoais. O bebê – não uma pessoa que tem fome, mas uma continuidade de ser altamente dependente – precisa todo o tempo ser resguardado das agonias impensáveis e também do elemento das excitações ainda externas à sua pessoa. Estas, quando não devidamente atendidas, podem funcionar como qualquer outro fator intrusivo do ambiente. Como exemplo dessa afirmação, temos a já citada situação de um bebê não prontamente atendido que sente – não estando inserido no tempo – suas urgências instintuais como eternas. É preciso lembrar que, para Winnicott, a fome significa nesse momento uma experiência parecida com a que teríamos se nos pusessem num covil de leões (Winnicott 1945b, p. 24), não sendo de admirar que:

¹²⁰ O modelo da clínica winnicottiana foi identificado por Loparic como o do “bebê no colo da mãe”. Apenas acrescento aqui que esse colo só se torna fértil quando facilita o surgimento de gestos espontâneos, por meio dos quais o paciente (ou o bebê) pode tornar sua vida pessoal. Isso significa que, apesar de estar implícita na clínica winnicottiana a possibilidade de um retorno à situação de dependência, essa é uma condição para o amadurecimento, e não uma finalidade em si mesma.

[...] o bebê queira estar seguro de que você [a mãe] é uma provedora de leite de confiança [...] Se você [a mãe] lhe faltar, ele se sentirá como se um bando de feras o tivesse tragado (Winnicott 1945b, p. 24).

Nesse sentido, há que se considerar um período inicial de incidência de excitações primitivas e sentimentos de intensidade tal que só terão lugar, posteriormente, em algumas manifestações artísticas ou em episódios psicóticos como, por exemplo, a avidez [*eagerness*]:

Através da expressão artística, esperamos manter-nos em contato com nossos *selves* primitivos, de onde provêm os mais intensos sentimentos e as sensações mais intensamente assustadoras e, de fato, quando apenas são, somos decididamente pobres (Winnicott 1945d, p. 225).

Os elementos primitivos encontram-se espalhados: avidez, sensibilidade sensorial extrema, motilidade, erotismo muscular, excitações localizadas dos diferentes núcleos de ego, ou “um caos primário, a partir do qual se organizam amostras de auto-expressão individual” (Winnicott 1989j, p. 27). Se tudo correr bem, os diferentes componentes se reunirão por momentos, organizando-se em torno das experiências excitadas, entre elas, a amamentação.

Acometido por toda sorte de excitações – excitam-se a pele, o ânus, as narinas, o aparelho respiratório etc. –, o bebê “têm diversas espécies de orgias (não só orgias alimentares), as quais não são só naturais, mas muito importantes, para eles” (Winnicott 1957l, p. 113). Muito da brincadeira ao alcance do ser humano nos períodos iniciais relaciona-se à experimentação do próprio corpo. Em palestra a pais, Winnicott ressalta a satisfação encontrada pelo bebê nessa experimentação:

[...] temos que reconhecer que o prazer participa do choro como do exercício de qualquer outra função física, pelo que certa dose de choro pode ser considerada algumas vezes satisfatória, ao passo que uma dose inferior a essa não seria bastante (Winnicott 1945j, p. 65).

Prossegue afirmando que, desde que se garanta que o bebê não se desespere, deve ser saudável que ele conheça, em sua extensão total, sua capacidade de fazer barulho – o próprio respirar como uma nova aquisição, o gritar, o berrar e também as formas de choro.

Logo essa experimentação deixa de envolver prioritariamente prazer e passa a incluir elementos afetivos que se desenvolvem no relacionamento com a mãe. Como disse Winnicott, a relação de amor entre o bebê e a mãe é construída principalmente mas não só sobre a base da alimentação.

Momentos de integração ocorrem em torno de experiências como as de urinar, defecar ou de qualquer outro núcleo de excitação e de trocas como com a pele, as narinas, o órgão genital etc., ainda que de início elas tenham um significado relacional ainda muito incipiente. Com o tempo, o advento da amamentação e da predominância da excitação em torno dos órgãos e da experiência de ingestão permitirá a constituição de um colorido oral das fantasias, independentemente da localização da excitação, o que passará a constituir uma etapa oral propriamente.

Entretanto, para que essa etapa tenha lugar, algumas integrações precisam se consolidar; por exemplo, aquela constituinte do próprio impulso amoroso primitivo: “no começo, tem-se que dar o desconto de um estágio, antes de se dizer que existe uma fusão de impulsos destrutivos e eróticos” (Winnicott 1959b, p. 339).

3.5.3 O impulso amoroso primitivo

Se a mãe sabe se adaptar às necessidades do ego, o palco está armado para a máxima fusão entre o potencial de agressividade e o potencial erótico. Nesse momento, o termo “fusão” não se refere ainda ao:

[...] desenvolvimento emocional em que o bebê experimenta impulsos agressivos e eróticos dirigidos ao mesmo objeto e ao mesmo tempo, [em que,] do lado erótico, há tanto procura da satisfação como procura do objeto e, do lado agressivo, há um complexo de raiva empregando erotismo muscular e de ódio, que envolve a retenção de um objeto bom em imagem, para comparação (Winnicott 1963b, p. 71).

Essa capacidade de ambigüidade só é atingida no estágio de concernimento, quando o bebê, apto a ter sentimentos sofisticados como o da raiva, já se relaciona com a mãe como pessoa total. Nas etapas iniciais, denomina-se fusão a junção de componentes mais primitivos, derivados das tensões parciais ocasionadas pela fome, das raízes erótica e agressiva. A raiz agressiva, como explicitado antes, tem uma pré-história que é a da gestação e do nascimento, em que o bebê se desenvolve a partir do impulso pessoal (do cerne) ou não (da casca). Se tudo correu bem, o montante maior de motilidade será naturalmente injetado na experiência erótica; em outras palavras, haverá grande participação do impulso pessoal originado da raiz motora, ou agressiva, na amamentação, sendo esse o sentido da palavra “fusão” nessa etapa. Sendo assim, “aquilo que se fundirá ao potencial erótico [...] [será] satisfeito pela gratificação instintiva” (Winnicott 1958b, p. 298). Mas, mesmo quando a fusão acontece de maneira saudável, restará sempre um potencial de motilidade, que ficará “disponível para ser usado com objetivos puramente motores” (Winnicott 1958b, p. 298). O potencial agressivo não fundido precisará encontrar oposição, algo para empurrar,

sem o que seguirá ameaçando o bem-estar do bebê. Se a oposição é encontrada, também o elemento do erotismo muscular entra em jogo, de modo que o “indivíduo sente o prazer de buscar a oposição adequada”¹²¹ (Winnicott 1958b, p. 298). Assim, o impulso amoroso primitivo acomodará tanto elementos destrutivos – derivados da sensorialidade e da motilidade –, quanto eróticos – derivados das excitações locais relacionadas às zonas erógenas localizadas – e totais.

Embora o autor pondere que, a cada mamada, poderia estar implícito um grau variável de insatisfação instintiva, foi demonstrado que ele não pensa, no início, em termos de instintos que são satisfeitos ou não, mas sim em elementos que se juntam ou não. Desse modo, Winnicott não considera que um suposto montante de frustração instintual – ou mesmo supostos fatores constitucionais como o da inveja inata, por exemplo – seja um conceito adequado para se analisarem os primórdios dos diferenciais da agressividade humana.

Winnicott fez notar a extrema dificuldade implícita na tarefa da fusão, fenômeno que não pode de modo algum ser tomado como dado. Está em questão aí um dos aspectos do sentido de realidade da experiência. Somada ao prazer do contato e da oposição, a impulsividade pessoal envolvida na experiência erótica torna reais o gesto, o corpo e o encontro. Se a fusão não ocorre satisfatoriamente, o bebê sobrevive porque é alimentado, mas, esvaziadas do impulso proveniente da raiz agressiva, as experiências eróticas não adquirem um sentido pessoal – o clímax orgástico –, tornando-se, aí sim, mera descarga. O autor observa que “quando um paciente está em

¹²¹ A ênfase do autor no tema da oposição está incorporada no discurso pediátrico contemporâneo. É comum que os médicos aconselhem às mães que façam oposição à cabeça ou aos pés do bebê durante a amamentação. Em que pese o valor dessas orientações, acredito que Winnicott falou de oposição referindo-se ao manejo propriamente – a um contato firme, que permita que a experiência adquira um sentido da realidade, e não a uma técnica específica, como é do feitio do autor.

busca da raiz agressiva de sua vida instintiva, a tarefa do analista é mais cansativa, de um modo ou de outro, do que se a busca do paciente é pela raiz erótica” (Winnicott 1958b, p. 300). Em casos graves, na transferência, os fenômenos tendem a surgir separadamente, em episódios ora de erotismo, ora de agressividade não fundidos. No distúrbio chamado pelo autor de tendência social, também está em jogo a procura da raiz agressiva:

[...] o valor de transtorno da criança anti-social é um aspecto essencial, sendo também, na melhor das hipóteses, um aspecto favorável, indicando [...] a existência de uma potencialidade para que a criança se recupere da des-fusão entre os impulsos libidinal e motor (Winnicott 1958c, p. 126).

Também associadas à busca da raiz agressiva estão as formas de perversões sádicas e masoquistas, em que elementos agressivos são erotizados. No sadismo, “o indivíduo não consegue sentir-se real, a não ser quando se comporta de modo destrutivo e impiedoso” (Winnicott 1958b, p. 299).

Ele tentará produzir um relacionamento através do interjogo com outro indivíduo, encontrando um componente erótico para fundir com a agressividade que, em si mesma, não é muito mais que pura motilidade. Aqui o erótico funde-se à motilidade, enquanto na saúde é mais correto dizer que a motilidade funde-se ao erótico (Winnicott 1958b, p. 299).

No masoquismo, a busca da raiz agressiva toma às vezes a forma de associação com um parceiro sádico confiável cujo padrão dá a sensação de realidade que advém da raiz motora e sensorial¹²². O relacionamento será:

¹²² É possível pensar que experimentações no âmbito das artes plásticas, especialmente na modalidade *body art* – em que a arte está no próprio ato performático de fazer incidirem sensações, sentimentos ou marcas no próprio corpo do artista –, estejam relacionadas à contemporânea sensação de irrealidade a que

[...] tão mais valorizado quanto mais frágeis tenham sido os relacionamentos desenvolvidos a partir da raiz erótica, devido à relativa ausência de fusão entre a motilidade e a vida erótica (Winnicott 1958b, p. 299).

Quando é pequena a participação do elemento da motilidade, as experiências eróticas não trazem a sensação de existir, podendo, então, ser evitadas.

Ainda respeito do tema, o autor afirmou que “a indiferença e a enfermidade incapacitantes ou dolorosas podem constituir um alívio quanto a uma organização sexual sado-masoquista” (Winnicott 1966d, p. 88). Nesse sentido, poder-se-ia especular que, no limite, a busca do si-mesmo verdadeiro ou da raiz pessoal da agressividade teria como expressão máxima o suicídio.

Davy Bogomoletz¹²³ assinalou que a descrição que Winnicott faz de formas graves de falso si-mesmo assemelha-se à de personalidades que se associam a movimentos radicais, em que o indivíduo, não tendo condição de desenvolver um padrão próprio, precisa de intrusão ambiental constante, sem a qual se instala o caos. Nesses casos, só por meio da “intrusão ambiental que o potencial de motilidade torna-se matéria de experiência” (Winnicott 1958b, p. 298).

o autor se refere quando trata do tema da fusão. Nesse mesmo sentido, é notável também o *hobby* de se suspender o próprio corpo por meio de ganchos que o perfuram e, mais corriqueiramente, a prática exaustiva de exercícios. A respeito, vale citar a letra da canção popular “Socorro”, de Arnaldo Antunes:

“Socorro!	Socorro!	Socorro!
Não estou sentindo nada	Alguma alma	Alguém me dê um coração
Nem medo, nem calor, nem fogo	Mesmo que penada	Que esse já não bate
Não vai dar mais pra chorar	Me empreste suas penas	Nem apanha
Nem pra rir...	Já não sinto amor, nem dor	Por favor!
	Já não sinto nada...	Uma emoção pequena
		Qualquer coisa
		Que se sintam...”

¹²³ Davy Bogomoletz é o tradutor para o português de *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, e esse comentário está em nota de rodapé, na página 298 desse livro.

Em casos de pacientes em análise que, devido a problemas de sustentação ou manejo na primeira infância, tiveram a fusão primitiva prejudicada, pode ser difícil “chegar ao comer e à fantasia de comer, isto é, ao sadismo e erotismo orais que complicam outros tipos de relacionamentos com objetos” (Winnicott 1989vc, p. 41), e, na transferência, incorporar o analista a partir de seu padrão de impulsividade pessoal.

O tema está bem ilustrado no texto “O medo do colapso” [*breakdown*], em que o autor discrimina a função da experiência de comer como funcionamento fisiológico, observando que alguns pacientes, por horror ao vazio organizam, como defesa:

[...] um vazio controlado, não comendo ou não aprendendo, ou então, impiedosamente [...] [o preenchem por meio de] uma voracidade que é compulsiva e parece louca [...] [e, em análise,] pode chegar ao próprio vazio e tolerar esse estado por causa da dependência no ego auxiliar do analista; então, receber em si pode começar a ser uma função prazerosa; pode aqui iniciar-se um comer que não é uma função dissociada (ou ex-cindida) como parte da personalidade (Winnicott 1974, p. 75-76).

Winnicott afirma também que essa é uma maneira pela qual “alguns de nossos pacientes que não conseguem aprender podem começar a aprender com prazer” (Winnicott 1974, p. 76). Quando a questão fundamental do paciente é a integração dessa função, as experiências entre paciente e analista, de dar e receber, adquirem um papel predominante na análise.

É conveniente lembrar aqui que Winnicott distingue a incorporação ou excreção dos mecanismos mentais de introjeção e projeção. Em texto de 1958, ele se apoiou em Freud para afirmar que “a palavra introjeção

simplesmente significava uma aceitação mental e emocional, e esse termo evitava as implicações mais funcionais da palavra incorporação” (Winnicott 1958o, p. 22). Em escrito posterior complementou: “A base para os mecanismos mentais é nitidamente o funcionamento da incorporação e eliminação na experiência do corpo” (Winnocott 1963d, p. 93).

Teoricamente, não se pode considerar consolidada a capacidade de incorporar um objeto antes da constituição de um dentro, um lugar em que as experiências funcionais podem ser digeridas e retidas na forma de objetos bons e maus, a partir de experiências satisfatórias ou não. No entanto, há momentos intermediários dessa aquisição, em que já ocorreram integrações parciais, mas ainda não foram inteiramente consolidadas.

Por exemplo, com cerca de 12 semanas, o bebê já pode experimentar alimentar a mãe enquanto é amamentado – ele põe o dedinho na boca da mãe enquanto mama. Esse fenômeno pode ser compreendido com base na idéia de que, quando ocorre, a mutualidade já se tornou um fato. Ilustra essa passagem do amadurecimento a descrição do atendimento de uma moça que:

[...] se encontra[va] em um ponto muito delicado de transição de comer e ser comida, com a última sendo uma reação de talião [...] [ela sentiu] que a própria mãe falhou-lhe nessa área de experiência [...] [desse modo, ela] experienciou o temor de ser comida à maneira de talião, mas faltava a isso a base que é ser comida, simplesmente porque, seja o que for que o bebê sente, a mãe também está sentindo (Winnicott 1989vs, p. 68).

Esse é um exemplo do modo como a destrutividade implícita no amor primitivo aparece antes da integração suficiente do ego, que capacitaria o bebê a se responsabilizar por danos causados. Entretanto, se há sustentação,

o bebê pode experimentar o comer e ser comido com base na mutualidade, sem precisar passar pela experiência de medo de talião.

A esse respeito, numa passagem que Loparic (2005) considera “obscura”, o autor acrescenta:

[...] existe um estágio [...] [da] relação objetal em que o objeto age de modo retaliatório. Isso aconteceria antes de uma verdadeira relação com a realidade externa. Nesse caso, o objeto, ou o ambiente, é tão parte do eu quanto o são os instintos que o conjuram (Winnicott 1945d, p. 231).

O impulso amoroso primitivo opera desde o estágio em que o ego está apenas começando a se desenvolver até quando está “integrado e organizado a ponto de existir raiva e, conseqüentemente, temor à retaliação” (Winnocott 1958b, p. 296). Assim, o bebê se alimenta excitadamente da mãe, tendo idéias agressivas em diferentes níveis de integração e, em cada etapa, é necessária uma boa sustentação da situação.

Se a fusão ocorre a contento, o bebê tem a oportunidade de elaborar as partes do soma fortemente envolvidas durante a amamentação, particularmente os lábios e a boca¹²⁴. Se a função não é integrada, as partes envolvidas não são habitadas. Esse fenômeno foi ilustrado no exemplo clínico em que Winnicott constatou que determinado paciente ainda “não tinha boca”, vendo nesse reconhecimento o único caminho para a compreensão de que essa pessoa não tinha tido a experiência de estabelecer uma relação excitada com o mundo ou tinha mantido essa função dissociada, perdendo, portanto, também a possibilidade de ter uma boca significativa.

¹²⁴ Assim como, por meio da elaboração imaginativa de outros núcleos de ego, a corporeidade lentamente vai ganhando existência.

3.5.4 O encontro torna o gesto real

Quando uma mãe está amamentando seu bebê, a pergunta que se põe é: existe comunicação? Embora “pareça que alguns bebês observam o rosto da mãe de maneira significativa mesmo nas primeiras semanas” (Winnicott 1969, p. 198), deve-se ressaltar que pode ou não haver comunicação nos contatos corporais tranquilos, na amamentação e nas experiências excitadas em geral.

Tratando-se de estados tranquilos ou de manifestações instintuais primitivas relacionada à ingestão, à excreção ou a qualquer outra parte excitada do corpo, está implícito o elemento potencial de comunicação. O bebê se comunica com a mãe em vários níveis: primeiro, por meio dos micro-ajustamentos entre os corpos – sintonia ou diacronia de ritmos respiratórios e cardíaco, de tônus, tensão muscular e de estados de vivacidade – e, depois, existe a comunicação potencial presente nas manifestações excitadas pois sabemos que o bebê sempre procura algo em algum lugar, mesmo sem saber o quê. Neste último sentido, pode-se falar, em Winnicott, em comunicação no nível oral, comunicação no nível anal etc. Por exemplo, em situação clínica, o autor ilustrou o tema com o caso de um paciente que regrediu ao nível oral por desesperança de se comunicar no nível anal, para em seguida regredir a estágios ainda mais primitivos. Nesse caso, a regressão foi entendida como um veículo da busca de contato, e não em termos de estágios de fixação da libido. Também é ilustrativa a afirmação de que o “rubor pode ser tudo o que aparece de um fracasso infantil em estabelecer um relacionamento humano através do ato de urinar, talvez porque ninguém o olhe e admire na fase de potência e de micção (Winnicott 1966d, p. 88).

Em seu “A experiência mãe-bebê de mutualidade”, Winnicott distingue as correntes psicanalíticas que enfatizam a satisfação pulsional daquelas que se interessaram pelo aspecto, também primitivo, da busca objetal, situando sua teoria entre as últimas:

Fairbairn estava trabalhando, como me acho aqui, com as maneiras pelas quais a teoria psicanalítica precisava ser desenvolvida ou modificada, se é que o analista queria ter esperanças de tornar-se capaz de lidar com fenômenos esquizóides no tratamento dos pacientes¹²⁵ (Winnicott 1964, p. 88).

E, a esse respeito, Loparic acrescenta que:

[...] seguindo Fairbairn, Winnicott distingue as relações com objetos que provêm da satisfação instintual (Freud, Klein) das relações com objetos que favorecem o amadurecimento, tais como os objetos transicionais, que propiciam a constituição da realidade externa ou os objetos subjetivos, que permitem a emergência do senso do real e, de um modo incipiente, da identidade pessoal (Loparic 2005, p. 324).

Assim, de acordo com Winnicott, o objeto não é mero objeto de satisfação instintual. A atenção e o comportamento sensível da mãe visam materializar o gesto do bebê e não apenas aliviá-lo de uma tensão ou de um estado crescente de irritação. Elas facilitam a experiência do encontro e da ilusão de contato que brota desse encontro. Reitero que o bebê winnicottiano não é regido apenas por leis econômicas ou pelo princípio do prazer, mas em grande medida pela necessidade da ilusão da realidade da experiência e do contato.

¹²⁵ E, em nota de rodapé, cita: “uma vez que são apenas estruturas do ego que podem buscar relacionamentos com objetos” (Fairbairn 1952, p. 88).

Isso não significa que Winnicott tenha tirado importância da intensidade e do clímax relacionado à experiência instintiva, como se vê, por exemplo, nas seguintes afirmações:

[...] a relação do bebê com a mãe, durante a orgia da amamentação, é particularmente intensa. Essa relação também é complexa, pois tem de incluir a excitação da expectativa e a experiência da atividade durante a amamentação, bem como a sensação de gratificação, com o repouso ou a acalmia da tensão instintiva resultante da satisfação. Numa idade posterior, o grupo sexual de sentimentos rivalizará com os que pertencem à amamentação infantil [...] (Winnicott 1957e, p. 56-57).

Diz-se nada existir nas relações humanas que seja mais poderoso do que o vínculo entre um bebê e a mãe (ou o seu seio) durante a excitação provocada pela experiência da amamentação (Winnicott 1957e, p. 56).

Mas, quando se trata da amamentação, para além de satisfação e descarga, está em jogo a comunicação, e o objeto de satisfação instintual é também objeto de encontro.

A comunicação entre corpos e os encontros – ou os desencontros – podem ocorrer desde os ajustes iniciais, em que a mãe prepara o cenário, avalia os sinais do bebê, espera o crescendo da excitação, no momento do encontro, durante a amamentação, nos momentos em que o bebê suga o polegar, após os ataques excitados, nos momentos de separação – seja após a mamada ou no desmame propriamente – ou mesmo no período de sustentação do bebê após os clímaxes, que permite que as complexas elaborações tenham curso.

3.5.5 Montando o cenário, ajustando ritmos

O cenário é o ambiente e a mãe-ambiente. São as qualidades do ambiente que, mesmo sendo invisíveis, constituem o pano de fundo e o *back-stage* para que um encontro possa se dar; comunicam confiança e garantem a primeira forma de amor, ou o existir do bebê.

A tranquilidade da mãe é um aspecto fundamental do ambiente, na amamentação. Se ela está tranqüila, a comunicação entre corpos também se torna tranqüila, e a dupla pode se aproximar da temporalidade própria dos ritmos biológicos. Assim, o bebê pode dar sentido às pulsações na intimidade tranqüila e aos impulsos excitados, ao invés de empenhar seu funcionamento corpóreo em reações. Momentos da comunicação sutil e alterações somáticas decorrentes foram explicitados pelo autor:

[...] a mãe e o bebê estão razoavelmente calmos, a pressão na parede do estômago [na amamentação] se adapta e este afrouxa um pouco; o estômago fica maior (Winnicott 1949l, p. 39).

Se, devido à excitação do bebê ou ao estado de tensão da mãe, o estômago leva mais tempo para se adaptar, os fluidos do estômago, somados ao ar de sua parte superior, provocarão uma pressão que levará à necessidade do arrotto. Esse é um exemplo corriqueiro da constante comunicação somática entre a mãe e o bebê¹²⁶. Nesse caso, a mãe pode ter condições de avaliar se seu bebê tem necessidade de arrotar e colocá-lo na posição vertical para que isso ocorra. É possível imaginar o ruído que as interferências provenientes de fórmulas fixas ou de técnicas de

¹²⁶ Outro exemplo de comunicação sem palavras é o do bebê cuidado numa instituição que recebe uma mamadeira quentinha em momento adequado e está feliz; mas, no momento seguinte, a mamadeira cai, e a atendente está cuidando de outra criança. Aquele objeto potencialmente bom se transforma num inimigo, inacessível, que o molha e o ameaça e subitamente se torna externo, não mais funcionando de acordo com suas necessidades e onipotência. Ressalto que elegi exemplos a título de ilustração, mas não quero dar a falsa impressão de que eles são raros: embora pouco visível nesse nível, a comunicação é constante e tem múltiplas facetas.

amamentação provocam nessa área de comunicação. Aí, qualquer norma se interpõe no ajuste entre corpos.

Em termos da clínica, todos os aspectos do cenário ou ambiente referem-se a elementos do *setting*. Evidentemente, a tranquilidade do analista também é fundamental, especialmente quando se trata de pacientes graves, em regressão, ou de momentos difíceis da análise.

O autor ilustra esse tema com o relato de um atendimento em que sustentou uma paciente num momento de regressão e intimidade extrema:

[...] não havia mais que a respiração de seu corpo [...] porque eu a estava sustentando e mantendo a continuidade por meio de minha própria respiração, enquanto ela se entregava, abandonava-se, nada sabia (Winnicott 1954a, p. 342).

Em outro exemplo, a paciente sentiu pela primeira vez, na análise:

[...] que estava sendo segurada por uma mãe em estado de relaxamento, ou seja, uma mãe que estava viva, acordada (Winnicott 1958f, p. 264).

A presença viva, ou a atenção somática, deixam de ser expressões meramente teóricas quando se leva em consideração a prontidão que o analista precisa ter para sustentar momentos como os descritos e para comunicar somaticamente empatia e confiança. Também é possível pensar a escuta – considerada pelo autor como uma das formas sofisticadas de elaboração imaginativa do soma – relacionado-a com os aspectos assinalados aqui. Sendo o corpo do analista o lugar da escuta e de seus efeitos, esse seria mais um elemento – essencial, embora não único – do diálogo somático que se estabelece. Acrescentem-se aqui as palavras de Masud Kahn: “não seria possível compreender o seu [de Winnicott] talento

clínico sem primeiro entender que, nele, a psique e o soma encontravam-se em perpétuo diálogo” (Winnicott 1958a, p. 11). Assim, na clínica winnicottiana, está em pauta o “como” e não apenas “o quê”, ou seja, para além do conteúdo da fala, são integrantes da cena terapêutica os modos de interação somática entre analista e paciente, a dança sutil entre corpos.

Voltando à amamentação, a mãe pode querer fazer os ajustes para que a experiência sensorial seja agradável e rica deixando o bebê nu, por exemplo, para que os corpos se toquem. Ela pode querer esperar que ele dê sinais muito visíveis de sua fome. Winnicott observou que, se o bebê começou a sentir fome e reconheceu algum sinal de que:

[...] chegou o momento em que estará seguro para deixar que a ânsia do alimento se converta num terrível e impetuoso anseio. Você poderá ver a saliva escorrer, pois os bebês não engolem saliva – mostram ao mundo, babando-se, que têm interesse nas coisas de que possam apoderar-se pela boca (Winnicott 1949l, p. 37).

A comunicação contundente do apetite – ou de acordo com a classificação do início da sessão, a segunda forma de amor a que o bebê tem acesso – depende também da tranquilidade da mãe e da atitude de não se adiantar ao seu gesto. Assim, a mãe se adapta às necessidades do filho alimentando-o, de início, “à maneira dos ciganos”, ou seja, quando ele dá sinais do que quer, permite que ele obtenha o montante de alimento de que necessita e pára de alimentá-lo, retirando o seio, quando percebe que a experiência foi finalizada. A retirada do seio é importante, funcionando, do ponto de vista do bebê, também de acordo com sua onipotência.

Ainda a respeito do *setting* nesse contexto, acrescento que, de acordo com Winnicott, para determinados pacientes em momentos regredidos, a situação ideal seria a de haver uma modalidade de atendimento que

ocorresse à medida da necessidade, em termos de duração e periodicidade. Considerando-se o ajuste de ritmos, coloca-se em questão também o problema da neutralidade do analista e do momento da interpretação, ou seja, se o analista espera o gesto ou o acontecimento ou se se adianta com interpretações verborrágicas, criando um contexto eminentemente intelectual para a análise¹²⁷. Num de seus textos tardios, Winnicott declarou que levou muito tempo para aprender a esperar que o próprio paciente chegasse à interpretação, de modo a torná-la sua, uma aquisição pessoal, inserida no domínio de sua criatividade:

Não é boa a prática de interpretar tudo aquilo que se acredita haver compreendido, agindo a partir das próprias necessidades, e desse modo jogar fora a tentativa do paciente de sair-se bem, lidando com uma coisa de cada vez. Parece-me que esse princípio é tão mais importante quanto mais avançamos rumo ao início da vida (Winnicott 1958f [1949], p. 275).

Nesse sentido, assinalou que o analista experiente demais ou arguto demais, que se apressa a demonstrar suas hábeis percepções, pode muitas vezes perder em qualidade de atendimento para o iniciante que, com a seriedade de escuta típica da insegurança, dá tempo ao paciente, permitindo que o gesto e a criatividade tenham lugar na sessão. E ressaltou também que a mãe de um terceiro ou quarto filho pode ser melhor em muitas coisas, mas, algumas vezes, perde para a mãe de primeira viagem, por “saber” antecipadamente a “melhor” maneira de lidar com determinados fatos, enfraquecendo a empatia e a atenção somática. No contexto da análise, uma boa interpretação num momento adequado funciona como uma boa refeição – emprestando as palavras de um paciente de Winnicott.

¹²⁷ É importante reiterar que, embora se enfatizem os aspectos somáticos, em Winnicott, as interpretações verbais são parte integrante do processo analítico, que de maneira alguma é circunscrito à relação empática paciente-analista.

Iniciada desde o útero, a elaboração dos ciclos do corpo segue com a experiência do contato entre os corpos. Em momentos de intimidade, a respiração e os batimentos cardíacos permitem a elaboração de um sentido muito primitivo de tempo; ao contrário, o desencontro entre ritmos interfere na construção das bases primitivas desse sentido.

Se o bebê tiver oportunidade de vivenciar todas as etapas das experiências, a elaboração dos ciclos de fome e saciedade, ingestão e excreção, acordar e dormir, de uma onda de excitação e outra consolidam a conquista gradativa de uma temporalidade pessoal¹²⁸. Se bem sustentado, o bebê elabora também a passagem do tempo, da satisfação completa, no pós-clímax, durante o período tranqüilo subsequente a ele, até ser tomado novamente pela evolução crescente da necessidade vindoura:

No manejo intuitivo de um bebê, a mãe naturalmente permite que as experiências dele tenham livre curso, mantendo as coisas assim até que o bebê esteja crescido o bastante para entender o ponto de vista da mãe. Ela detesta intrometer-se em experiências, tais como a amamentação, o sono ou a defecação (Winnicott 1941b, p. 129).

A repetição das experiências que o autor chama de totais, com suas qualidades orgásticas – desde a preparação, ao clímax da excitação seguido do descanso –, sedimentará gradativamente o sentimento de que as coisas têm um começo, um meio e um fim.

De posse do sentimento de que os instantes não são eternos, o bebê poderá desfrutar os momentos bons e suportar aqueles sentidos como

¹²⁸ Sabemos que um dos difíceis aspectos da vida no mundo contemporâneo é o esquadramento do tempo, que modela a vida das pessoas a partir do relógio, ou seja, de um tempo impessoal.

negativos¹²⁹. Se a construção da experiência temporal foi bem sedimentada, o infante se tornará apto a fazer concessões ao tempo externo sem perder a dignidade. Se, por outro lado, se imprime precocemente uma temporalidade artificial¹³⁰, não sincronizada com seus impulsos, isso resultará em submissão e reatividade: todas as elaborações relacionadas à temporalização serão truncadas ou impossibilitadas.

3.5.6 Encontros e desencontros

O bebê está excitado, o seio intumescido: pode se dar um encontro. De novo, aqui, o especialista, seja médico ou enfermeira – que, segundo o autor, não são “melhores que outras pessoas no conhecimento de crianças como seres humanos” (Winnicott 1941b, p. 129) –, com suas prescrições bem intencionadas, interfere na possibilidade, única, que dois seres humanos têm de se conhecer a partir de seus corpos¹³¹.

Se, por outro lado, a comunicação ocorre, o bebê inicia seu contato com o mundo por meio da ilusão, criando repetidas vezes o seio e também a si mesmo e um mundo de objetos subjetivos. O momento do paradoxo inicial, em que o bebê cria o que já está lá para ser criado¹³², é

¹²⁹ Determinados distúrbios como o pânico colocam em pauta o sentido de tempo. Sabe-se que uma das queixas frequentes de pacientes que sofrem desse distúrbio é a sensação de interminável, de um tempo que se estende, no momento da crise, e do fato de que não há perspectiva de fim. O sentimento de interminável é típico em pessoas com problemas de temporalização.

¹³⁰ Assinale-se que as prescrições médicas que esquadrinham precocemente o tempo dos acontecimentos – que determinam, por exemplo, que se dê de mamar a cada três horas, dez minutos em cada seio, ou que decidem *a priori* aquilo que é e aquilo que não é mamar (por exemplo, a máxima segundo a qual “chupetar não é mamar” etc. – poderiam ser revistas à luz das colocações de Winnicott de que conquistas fundamentais para a constituição de um si-mesmo unitário alojado no soma estão diretamente relacionadas ao modo como se dão a comunicação e os contatos iniciais entre a mãe e seu bebê.

¹³¹ Winnicott assinala o infortúnio de bebês que passaram pela experiência de ter cara e boca subitamente enfiadas em um mamilo por uma enfermeira. Essa ainda é uma prática corriqueira em maternidades nos dias atuais.

¹³² Masud Khan dá um exemplo da coincidência entre impulso criativo e objeto encontrado nas artes plásticas, citando as colagens de Braque e Picasso (Winnicott, 1958a).

exaustivamente explicitado por Winnicott. Por exemplo, no excerto abaixo, o bebê, perturbado pela tensão instintiva da fome, torna-se:

[...] disposto a acreditar em algo que poderia existir [...] a mãe aparece com o seio [...] e o coloca de tal modo que o bebê pode encontrá-lo [...] Como resultado, teremos não apenas a experiência física da satisfação instintiva como também a ligação emocional e o início de uma crença na realidade como algo sobre o qual é possível ter ilusões (Winnicott 1948b, p. 240).

Não se pode esquecer que aí o bebê mama em si mesmo, ou seja, o objeto encontrado é o objeto subjetivo, e é fundamental que a mãe lhe dê a oportunidade de manter a ilusão de controle mágico sobre ele. Ao estar lá para ser encontrada, ela torna real o gesto e o circunscreve, materializando as expectativas e os impulsos do bebê. O fenômeno da realização¹³³ ocorre na superposição entre a expectativa do bebê, que brota do ápice da tensão instintiva, e a disposição da mãe, que brota também de sua prontidão psicossomática de se entregar para ser atacada por seu bebê faminto. Em Winnicott, esse é outro aspecto do sentido de realidade ou sentir-se real:

[...] o *self* verdadeiro não se torna uma realidade viva exceto como resultado do êxito da mãe de responder ao gesto espontâneo ou à alucinação sensorial do lactente (Winnicott 1965m [1960], p. 133).

Várias vezes o autor citou Sechehaye e seu relato de atendimento de uma moça psicótica, um encontro clínico que ilustra bem o tema:

[...] quando deu a seu paciente uma maçã no momento exato (realização simbólica) não é menos importante se o paciente a comeu, se limitou a olhá-la ou pegou-a e guardou-a. O que importa é que o paciente foi capaz de criar um objeto, e Sechehaye

¹³³ A palavra *realize*, em inglês, não tem correspondente na língua portuguesa e tem o sentido também de dar conta de algo, tornar algo real.

nada mais fez do que capacitar o objeto a tomar a forma de maçã, de modo que a moça criou uma parte do mundo real, uma maçã (Winnicott 1965n, p. 58).

Na clínica, quando esse tipo de necessidade está em jogo, são os elementos concretos que ganham sentido. Se são trazidos pelo analista em sintonia com as necessidades do paciente, passam a poder ser encontrados, criados por ele. Retomo aqui o exemplo do menino de cinco anos que, depois de a confiança no analista ter sido alcançada, atuou seu próprio nascimento no corpo a corpo com Winnicott, elaborando, primeiro, em seu próprio corpo, um nascimento significativo. Só então pôde ter início a integração da própria boca, antes vivenciada de forma persecutória por meio de alucinações e da avidez que pode aparecer em forma de salivação e mediante a demanda por mel, que foi atendida pelo analista. Aí, à maneira de Sechehaye, o analista tornou real o gesto do menino atendendo a sua necessidade de confiança e alimento.

Esse exemplo mostra que, em Winnicott, o soma se torna significativo e a psique se desenvolve por meio de encontros tridimensionais com as variáveis tempo e espaço incluídas, e não por meio de relações meramente mentais. Convém assinalar também que, no encontro com o objeto, o bebê não o representa, mas concretiza o próprio gesto.

3.5.6.1 A comunicação torna boa uma experiência

O impacto das excitações e dos sentimentos primitivos vai perdendo a força à medida que o contato se estabelece e vai se sedimentando o sentido de tempo. Lentamente, o bebê também aprende a confiar no atendimento satisfatório das urgências, ou seja, em que “lá fora” existe esse *algo* que ele

procura, desenvolvendo uma espécie de fé na vida, ou um *crença em* sem objeto – com a ressalva, é claro, de que nessa fase a “fé pode ser facilmente destroçada” (Winnicott 1993b, p. 140):

[...] [com] o tempo, a atenção sensível da mãe aos sinais de excitação ou de aflição [...] [habilitam o bebê a] tornar bom e pessoal o que de outro modo tinha que ser desperdiçado, por não haver ninguém por perto para participar do que acontecera (Winnicott 1949g, p. 106).

Mas, nas primeiras etapas, as experiências boas e más ainda não resultam na constituição de objetos internos bons e maus, o que só acontecerá no estágio do concernimento, em que o esquema corporal se tornou uma conquista. Aqui, constitui-se um primeiro sentido de moralidade, que não se refere a qualquer tipo de percepção consciente dos cuidados ou a um atributo mental de qualquer ordem, mas sim a um sentimento duradouro do “bom de existir” resultante da somatória de experiências de cuidados corporais satisfatórios, em termos das necessidades tanto egóicas quanto instintuais – ou seja, resultante da maternagem suficientemente boa.

Pode-se dizer que, para Winnicott, na idéia de maternagem suficientemente boa está implícita e incidência da sintonia e comunicação com a mãe. A mãe pode ser boa à primeira vista, mas a ausência desses dois elementos pode ocasionar traumas sutis de diferentes ordens. O autor exemplifica com uma situação em que:

[...] um bebê está mamando ao seio e obtém satisfação. Esse fato por si só não indica se ele está tendo uma experiência ego-sintônica do id, ou, ao contrário, está sofrendo o traumatismo de uma sedução [...] uma ameaça por uma experiência do id que não

é ego-sintônica, e com o qual o ego não está equipado para se defrontar (Winnicott 1960c, p. 46).

Assim, se o alimento não é oferecido em sintonia com as necessidades egóicas, pode servir como um elemento de sedução. A esse respeito, Winnicott assinala que um bebê que aceita todo alimento que lhe é dado agradavelmente provavelmente está doente, sendo essa uma das modalidades de distúrbio da alimentação. Um bebê pode, por exemplo:

[...] se sentir infeliz por ter sido posto fora de combate, especialmente se a satisfação física lhe rouba o apetite muito rapidamente. O bebê fica então com a agressividade não descarregada – pois o erotismo muscular ou impulso primitivo (motilidade) não foi suficientemente utilizado durante a mamada (Winnicott 1955c, p. 362).

Nesse sentido, o autor acrescenta que é possível satisfazer um impulso oral e, “ao fazê-lo, violar a função do ego da criança” (Winnicott 1965n, p. 56) e que “uma satisfação alimentar pode ser traumática, se chega à criança sem o apoio do funcionamento do ego (Winnicott 1965n, p. 56). Na visão do autor, as experiências instintuais só têm valor quando em conexão com o funcionamento do ego. Diz ele:

[...] que vida instintiva possa existir sem conexão com o funcionamento do ego pode ser ignorado, porque a criança não é ainda uma entidade viva que tenha experiências (Winnicott 1965n, p. 55).

E Loparic esclarece que:

[...] no Winnicott tardio, “ego” é um termo *teórico* pertencente à “psicologia do ego”, que afirma haver um ego desde o início, anterior à experiência do id e cobrindo a mesma, e o estudo do

processo de amadurecimento é feito, de maneira cada vez mais sistemática, “em termos de evolução do ego, incluindo a tendência para a integração e para [criação de] uma capacidade de relações objetais e a parceria psicossomática” (1989 [1963], p. 371) (Loparic 2000b, p. 26 – grifos do original).

De início, recorde-se, o ego é o próprio potencial de integração. Pode ser fortalecido, primeiramente, com as experiências durante o período intra-uterino, com o nascimento, com os contatos corporais primitivos – tanto nos momentos tranquilos quanto nos excitados – e com o estabelecimento da área de ilusão. A repetição de situações em que o bebê se recupera da proximidade da experiência de uma agonia impensável – mas sem experimentar a agonia de fato – também é apontada pelo autor como fortalecedora. Em momento posterior, quando as necessidades do ego não são mais de uma adaptação perfeita, à medida que o bebê já dispõe de recursos imaginativos e mentais, ele se fortalece por meio da desadaptação progressiva da mãe.

Voltando à maternagem *aparentemente* boa, outro exemplo é aquele em que a mãe amamenta de maneira satisfatória, mas fracassa em sustentar o bebê durante as transições, por exemplo, após o término das mamadas. Recorde-se, nesse sentido, que nos estágios primitivos o objeto obedece às chamadas “leis mágicas”, isto é, aparece quando é desejado e desaparece quando não é mais.

Na situação de uma mãe que desaparece após a amamentação, é possível que se desenvolva o medo da própria satisfação ou o medo de não querer, que significa aniquilar o objeto. Outro exemplo é o da mãe que:

[...] se adapta apenas o suficiente para que o elemento criativo do bebê seja atendido e este comece a perceber que existe algo de

bom externo ao *self*, mas não mantido, de maneira que, até certo ponto, o bebê se sente privado¹³⁴ (Winnicott 1959b, p. 340).

Descrita pelo autor como “aterradora”, essa situação é emblemática para o desenvolvimento de sua crítica ao conceito kleiniano de “inveja do seio bom”. O objeto se apresenta como “bom”, mas as necessidades egóicas do bebê são apenas parcialmente atendidas, pois o objeto situa-se precocemente fora de sua área de onipotência. Referindo-se a um paciente em análise, Winnicott identificou a inveja do seio bom ao fenômeno clínico da “intolerância da necessidade de um representante externo daquilo que originalmente é sentido como fazendo parte do *self*” (Winnicott 1959b, p. 343), o que pode ocasionar a agressão reativa. No caso desse paciente, o problema era ele ter que ceder a alimentação à sua mãe a fim de obter o leite, já que ele “podia alimentar-se melhor do que quem quer que pudesse alimentá-lo” (Winnicott 1959b, p. 342). Embora Winnicott considerasse valiosa a contribuição kleiniana, por problematizar o tema da inveja do paciente das qualidades “boas” do analista fora do contexto da inveja do pênis, reinterpretou esse fenômeno como um sub-produto do fracasso do analista em se adaptar às necessidades do paciente no sentido da apresentação do objeto. Segundo o autor, também pode surgir material desse teor quando se aproxima o final da análise, ou seja, no contexto da desilusão, da desadaptação progressiva ou do desmame. No momento em que o paciente já fez uso suficiente do objeto, atacou vorazmente o “seio”, pode dispor dele e jogá-lo fora, e sentimentos como a gratidão ou o reconhecimento de uma boa maternagem estariam potencialmente presentes,

¹³⁴ Essa passagem foi extraída do texto em que Winnicott discute a idéia de “inveja do seio bom” em Melanie Klein e confronta o entendimento do conceito de inveja como “expressão oral-sádica ou anal-sádica de impulsos destrutivos, a operarem desde o início da vida, e que [...] tem uma base constitucional” (Winnicott 1959b, p. 338). Segundo o autor, a idéia de inveja – assim como a de compaixão, culpa etc. – pressupõe a existência de um objeto externo, pertinente, portanto, a um estágio relativamente avançado do amadurecimento.

significando uma relação com uma pessoa inteira, externa à pessoa, em que os elementos de amor e ódio estão integrados. Mas, considerando a amamentação teórica, se a mãe se mostrou displicente no processo de desiludir seu filho, está montado o cenário para o desenvolvimento da dificuldade de reconhecimento da necessidade de um objeto externo; ou, se a mãe se aferrou demais a seu papel, há lugar para o desenvolvimento do ódio – relacionado à consciência precoce da necessidade de libertar-se.

Um exemplo mais evidente de uma maternagem aparentemente boa é o da mãe que cuida mas que é caótica, impedindo que o bebê, ao confiar, relaxe, promovendo a hipertrofia patológica da mente – e, no limite, o retardo mental. Nesse caso, ao invés de se expressar por meio dos gestos espontâneos, o bebê estuda a mãe, estabelecendo uma relação pensante – e não mais psicossomática – com o objeto.

Outra situação é aquela em que a mãe não dá tempo ao gesto, intrometendo-se nas experiências do bebê. Nesse caso, pode ter lugar uma forma de cisão em que o bebê só se relaciona verdadeiramente com os objetos subjetivos, construindo a relação com o mundo externo sobre a base da submissão.

Todas essas situações resultam no comprometimento da boa integração psicossomática, tornando evidente o fato de que o tema da integração da instintualidade em Winnicott é atravessado por questões relativas à dependência e à comunicação na dependência¹³⁵. O modo como o bebê experiencia, elabora e integra os impulsos amorosos primitivos está em relação direta com o comportamento do objeto e com o modo como cada

¹³⁵ Obviamente, a psicopatologia winnicotiana é um tema vasto e complexo e de forma alguma pretendi aprofundá-lo aqui, mas apenas ilustrar a importância da comunicação na amamentação, para que a maternagem seja considerada boa e, conseqüentemente, haja uma boa integração da instintualidade.

pedacinho do mundo lhe é trazido. Ilustra-se aqui também o fato de que o autor evitou colocar na conta da hereditariedade manifestações clínicas de origem relacionada à primeira infância sem antes observar atentamente elementos que dizem respeito ao tema da dependência, do bebê com relação à mãe, do paciente com relação ao analista – ou seja, remontando os conceitos à sua origem.

3.5.7 O uso do polegar e a localização da experiência

Está claro que, além da boa sustentação e do bom manejo, um dos pontos de apoio para a integração das excitações é a sintonia viva da mãe que, a partir dos gestos, possibilita os encontros e a elaboração de acontecimentos que se localizam na própria dupla.

Desse modo, as experiências instintuais primitivas têm lugar no próprio encontro: de um lado, no contato do corpo do bebê com o corpo da mãe e, de outro, na superposição entre gesto excitado e objeto encontrado. A partir de algum momento – com o advento dos primeiros objetos de posse, ou objetos transicionais –, a experiência se localizará também no espaço intermediário que se cria entre os dois componentes da dupla, e os objetos se tornam um ponto de apoio adicional para a continuidade do existir. Só em tempo propício o bebê poderá encontrar objetos objetivamente percebidos, mas, quando isso ocorrer, já terá montado bases firmes no próprio soma, que será o apoio para a incidência de experiências psicossomáticas. De posse de um esquema corporal constituído, estará apto a localizar o resultado das experiências instintuais no interior do corpo, podendo constituir objetos ditos internos e seguir administrando esse mundo interno, que é sentido como estando dentro da barriga ou em algum outro lugar do soma. É claro

que o espaço transicional – nem interno, nem externo – se manterá por toda a vida, por meio da experiência cultural, artística ou religiosa. Segundo Winnicott, o espaço transicional é “o lugar em que vivemos” propriamente, o que permite que não estejamos permanentemente exauridos pela árdua tarefa de discriminar o que é interno do que é externo.

É preciso ter em mente que “na primeira infância [...] não se cobra do bebê que a defina [a área de ilusão] [...] em termos de ter sido criada por ele ou aceita como um pedaço da realidade percebida” (Winnicott 1953a, p. 311). Não se pede ao bebê que resolva esse paradoxo: “só gradualmente lhe pediremos que distinga claramente entre o que é subjetivo e o que é passível de comprovação objetiva ou científica”. O autor acrescentou a esse respeito que “Se um indivíduo adulto reivindica uma indulgência especial em relação a essa área intermediária, reconhecemos ali a psicose” (Winnicott 1953a, p. 311). O uso excitado que o bebê faz de seu polegar é emblemático para a compreensão do percurso do objeto subjetivo ao objetivamente percebido: “as primeiras atividades do punho na boca do bebê recém-nascido [...] [acabam por conduzir] a primeira ligação a um ursinho, a uma boneca ou brinquedo macio ou a um brinquedo duro (Winnicott 1971a, p. 14).

É claro que, para o bebê, chupar o polegar é uma das formas de satisfação direta de excitações localizadas: “assim que nascem, tendem a usar os dedos e os polegares em estimulação da zona erógena oral, para obter satisfação dos instintos dessa zona e também em tranqüila união” (Winnicott 1971a, p. 14).

Entretanto, existem variações no que tange ao uso do polegar – tanto durante a amamentação quanto em outros momentos – que ampliam a

compreensão dessa atividade que, para Winnicott, não se restringe ao autoerotismo. O polegar pode servir de conforto, consolo, controle do objeto ou defesa contra a ansiedade. O bebê pode, por exemplo, alimentar-se no seio mantendo simultaneamente o polegar na boca ou pode acariciar o rosto com outros dedos enquanto chupa o polegar. Ou seja, à experimentação mais direta das funções e à criatividade primária, lentamente são acrescentados usos do corpo que assumem significações distintas e que incidem na área de fenômenos que o autor denomina transicionais. Por exemplo, o balbuciar, as explorações de ruídos de qualidades diversas e de formas de choro na hora de dormir, que em algum momento podem se transformar em sonoridades entoadas à maneira de cantigas tristes¹³⁶. Exemplos de formas degeneradas desse tipo de uso são os objetos-fetice.

Embora a satisfação oral esteja na base do uso dos objetos intermediários, estão incluídos outros aspectos como sua localização – ora a meia distância, ora dentro, ora fora, em área controlada, portanto –, sua natureza ou características como textura e vivacidade próprias, o fato de o objeto ter sido criado pelo bebê e a possibilidade de experimentação do próprio amor excitado, de que agredir, mutilar, acariciar e a incipiente afetividade são partes integrantes. Note-se que o bebê experimenta, na área transicional, elementos da relação excitada com a mãe mas também dos contatos corporais tranquilos.

Acrescente-se a isso o fato importante de que o uso do polegar dá continuidade à “capacidade do bebê para usar a ilusão, sem a qual nenhum contato seria possível entre a psique e o ambiente” (Winnicott 1953a, p. 311). A esse respeito, o autor elucida:

¹³⁶ O autor relaciona o triste choro do bebê que ainda não pegou no sono aos estilos tristes de se entoarem canções como os *blues*.

Se, no lugar da palavra “ilusão”, colocarmos “polegar”, ou “a ponta do cobertor”, ou “uma boneca de pano” [...] que alguns bebês utilizam à guisa de consolo ou conforto, ficará claro o que tentei descrever em outro lugar sob o termo “objeto transicional” (Winnicott 1953a, p. 311).

A idéia da “área intermediária de experimentação” (Winnicott 1971a, p. 15) ampliou a conceitualização psicanalítica da natureza humana em termos de mundo interno e externo com uma membrana limitadora e de relacionamentos interpessoais. Isso significa que, na visão de Winnicott, o esquema corporal descrito por Scott (Winnicott 1954a), com seus aspectos temporais e espaciais, ou a descrição de um indivíduo em termos de unidade psicossomática, mesmo “quando levadas em conta a elaboração imaginativa de função e a totalidade da fantasia, tanto consciente quanto inconsciente, inclusive o inconsciente reprimido” (Winnicott 1971a, p. 14-15), não é suficiente.

Note-se que Winnicott se interessou pela área intermediária, que abrange o fenômeno do “brincar como uma coisa em si” (Winnicott 1971a, p. 61), para além das vinculações dessa atividade, exploradas anteriormente pela teoria psicanalítica tradicional, com a atividade masturbatória, e não só por seu uso como forma de comunicação na clínica. Embora para o autor a fantasia esteja sempre vinculada com o soma e, quando se defronta com a masturbação, caiba a pergunta “qual é a fantasia?” (Winnicott 1971a, p. 6), ele procurou demonstrar que:

[...] o elemento masturbatório está essencialmente ausente no momento em que uma criança brinca [...] [e] se a excitação física do envolvimento instintual se torna evidente, então o brincar se interrompe ou, pelo menos, se estraga (Winnicott 1971a, p. 60).

Isso não significa que os problemas da criança relacionados aos instintos não possam aparecer nas brincadeiras por meio de símbolos. Winnicott considera também que por meio do brincar os instintos se mantêm vivos de modo indireto (Winnicott 1988, p. 72). É importante assinalar que, embora o brincar não esteja situado fora nem dentro, o controle do objeto implica tempo e espaço, ou seja, não está mais sujeito às leis mágicas: “há que [se] fazer coisas, não simplesmente pensar ou desejar (Winnicott 1971a, p. 63). Desse modo, “o corpo obtém satisfação ao participar da dramatização” (Winnicott 1988, p. 72) inerente à atividade, diferentemente da satisfação das excitações localizadas relacionadas às fantasias do tipo masturbatório.

Embora os objetos transicionais se tornem um ponto adicional de sustentação da linha de existência do bebê, eles só permanecem significativos, em sua origem, em relação direta aos objetos internos, em construção que, por sua vez, nesse momento, ainda se apóiam na presença da mãe em medida suficiente. O bom estabelecimento da área de ilusão e, em seguida, a sustentação da experimentação na área intermediária pavimentam o caminho para a desilusão, que tem o desmame como um de seus elementos.

3.5.8 O pós-climax, a digestão e a elaboração do interior do soma

Neste ponto, espero ter sido consolidada a idéia de que as tarefas da elaboração imaginativa são bastante distintas a cada momento do amadurecimento. De início, as elaborações vão permitindo a esquematização de um corpo pessoal. Com as entradas e saídas significativas, vai se constituindo um sentido de presença no soma e os

esquemas de trocas localizadas vão se delineando – aquilo “que o corpo faz e deixa de fazer” (Loparic 2000b, p. 13):

[...] compreender o seu próprio corpo significa possibilitar a sua presença como esse ou aquele modo fatural de se ocupar das coisas e de cuidar dos seres humanos com base em certos esquemas constitutivos do mundo [...] a “fantasia” originária de Winnicott é essencialmente uma “auto-compreensão” do bebê, seguida de uma auto-interpretação¹³⁷ (Loparic 2000b, p. 18).

Assim, mesmo durante as etapas em que as excitações orais e anais ainda não foram plenamente integradas, o caminho da ingestão e da digestão vai sendo elaborado pelo bebê, que vai, nas palavras de Loparic, montando “um lugar e um modo pessoal de se relacionar corporeamente com os outros e com as coisas encontradas” (Loparic 2000b, p. 18).

Durante o período da amamentação, o bebê elabora repetidas vezes as intensas excitações que por momentos tomam conta de todo o seu corpo, as também intensas sensações localizadas, por exemplo, do almofadado dos lábios, das gengivas, da língua, do interior da boca, das mãos – que “desempenham seu papel na busca de satisfação” (Winnicott 1949I, p. 37) – e das sensações de pele¹³⁸ e músculos decorrentes do contato e da oposição. Após elaborar os componentes que participam do caminho de entrada do alimento e uma vez satisfeito, o bebê persegue o percurso do alimento quentinho, prosseguindo com a elaboração imaginativa das sensações relativas à digestão – o que lentamente resultará na constituição de um sentido de interior do corpo – e finalmente elaborando também o caminho de saída do alimento.

¹³⁷ O excerto é um exemplo da leitura que Loparic faz de Winnicott à luz de Heidegger, sendo o ponto abordado aí “um equivalente heideggeriano possível à ‘elaboração imaginativa’ de Winnicott” (Loparic 2000b, p. 18).

¹³⁸ Segundo o autor, “o erotismo na pele [...] [consiste parcialmente] numa extensão dos erotismo oral, anal e uretral, e que uma ênfase excessiva sobre a pele envolve sofrimento do ego” (Winnicott 1988, p. 60).

Do ponto de vista do bebê, após o clímax da excitação na amamentação, o alimento engolido está praticamente perdido. Como se disse sobre o uso dos polegares “os punhos e dedos são melhores, a tal respeito, porque ficam sempre no mesmo lugar e estão à disposição” (Winnicott 1949l, p. 38). Mas, enquanto o alimento estiver no estômago, ainda restarão algumas sensações a ser elaboradas. Podem ser desagradáveis, como a da pressão na barriga que leva ao arroto, ou decorrentes do retorno do leite, se o bebê está atormentado por excitações, que podem ocasionar choro, vômito ou “uma passagem prematura do alimento à fase seguinte” (Winnicott 1949l, p. 40). É de se ressaltar nesse ponto, também, o fato de que “a satisfação incompleta e mal-sincronizada acarreta alívio incompleto, desconforto, e a ausência de um período de descanso muito necessário entre duas ondas de exigências (Winnicott 1988, p. 57). Em situações favoráveis, o bebê tem a oportunidade de desfrutar de alguns instantes de repouso, depois da satisfação, podendo “mergulhar em beatíficas divagações” (Winnicott 1949l, p. 40). A agradável sensação de calor no estômago, decorrente da concentração de sangue, os barulhos e a movimentação dos sucos digestivos compõem o momento solene do período pós-amamentação, anterior à etapa em que o alimento já foi totalmente aceito ou absorvido, na qual se perde novamente, para o bebê.

À elaboração pura e simples das funções, que confere um sentido pessoal ao soma, com o predomínio das excitações orais, segue-se a assim chamada etapa oral, ou um período em que a coloração das fantasias inclui a idéia de incorporar. Aos poucos, à ingestão e também à excreção, são acrescentadas as tonalidades afetivas da relação que se estabelece com a mãe. Em termos dos produtos de excreção, Winnicott exemplifica:

O material desloca-se então como um corpo sólido, cujo movimento pode agradar o bebê; de fato, no momento da passagem

das fezes, pode haver tal excitação no reto que o bebê chora em consequência do excesso de sensação (Winnicott 1949e, p. 44).

Se a mãe dá ao bebê a oportunidade de descobrir por experiência própria “que é bom armazenar o material e retê-lo por algum tempo, antes de o expelir” (Winnicott 1949e, p. 45), pode observar que, com o tempo, ele dará sinais de que evacuou. Se mãe atende ao apelo não porque quer ver o bebê limpinho, mas porque se interessa por tudo aquilo que é importante para ele, a comunicação se estabelece. Com o amadurecimento, a mãe verá seu bebê renunciar ao imenso prazer de evacuar no momento exato do impulso, retardando uma experiência instintiva com o intuito de experimentá-la no contexto de uma relação humana. Em algum momento, quando tiver controle da operação, privilegiará o afeto à satisfação imediata, podendo ora querer dominar a mãe, ora lhe oferecer presentes, livrar-se de coisas ruins dentro dele etc. O mesmo ocorre com relação à urina. Primeiro, o bebê não tem conhecimento dela; em seguida, descobre as sensações da bexiga cheia, do prazer de reter um pouco a água antes de se livrar dela – pequenas orgias que “enriquecem a vida da criança, que tornam a vida agradável e o corpo algo em que dá gosto viver (Winnicott 1949e, p. 47) – e depois enriquecerá as sensações ao experimentá-las no âmbito da relação de amor que se desenvolve entre ele e a mãe. O autor observou que, se a mãe não interfere nas experiências corpóreas mas ao mesmo tempo mantém-se acessível ao bebê, ele não perderá por nada a oportunidade de viver a experiência de se comunicar com ela. Assim, ao longo do tempo, ela poderá assistir ao bebê – por meio de suas elaborações – desenvolver uma capacidade crescente de controle e humanização das excitações primitivas. Nesse sentido, para o autor, o treino precoce está fora de questão: no tempo propício, será realizado facilmente, “visto que a mãe ganhou o direito de formular exigências que não excedem a capacidade da criança” (Winnicott 1949e, p. 48).

Essas elaborações não constituem uma etapa anal propriamente, mas parte do processo de integração do soma e de seus produtos em relação comunicativa com a mãe:

[...] no intervalo entre a primeira fase, oral, e a última, genital, há a variada experimentação de outras funções e o desenvolvimento das fantasias correspondentes. As funções anais e uretrais com as fantasias que lhe são próprias dominam de modo transitório, ou mesmo permanentemente, predeterminando assim um tipo de caráter (Winnicott 1988, p. 58).

Em algum momento, os produtos expelidos se tornarão seus, parte de um percurso que lhe diz respeito. Urina e fezes passarão a ter uma história que inclui a elaboração do modo como o alimento foi ingerido, ou seja, dos sentimentos e fantasias envolvidos na constituição dos objetos bons e maus, de acordo com experiências instintuais, satisfatórias ou não. Quando isso acontece, pode-se dizer que o bebê já reside no soma, experimenta suas funções significativamente, constituindo, nas palavras do autor:

[...] o que poderia ser chamado de uma membrana limitante, que, até certo ponto, (normalmente) é equacionada com a superfície da pele e assume uma posição entre o eu e o não-eu do lactente. De modo que o lactente vem a ter um interior e um exterior e um esquema corporal. Desse modo, começam a ter sentido as funções de entrada e saída; além disso, se torna gradativamente significativo pressupor uma realidade psíquica pessoal, ou interna, para o bebê (Winnicott 1960c, p. 45).

3.5.9 A integração da agressividade e o desenvolvimento do mundo interno

Está claro que Winnicott não entende o amadurecimento em termos de progressão instintual pura e simples, mas em termos de transformações no ego e, portanto, das possibilidades de elaboração e integração dos impulsos e seus componentes eróticos e destrutivos. Recorde-se que na idéia de impulso amoroso primitivo não está presente qualquer elemento de agressividade intencional, direcionada para o objeto externo. Como já explicitado, o bebê chuta a mãe, dá gritos lancinantes e esperneia, morde o seio com tal força a ponto, às vezes, de sangrá-lo; logo depois de ser trocado e estar bem limpo, suja as fraldas etc. Tudo isso faz parte das formas primitivas de amor: o objeto sofre por ser amado e não por ser odiado. A idéia de agressividade constitucional enfraquece a idéia de sadismo oral:

O sadismo oral é valioso como conceito por juntar-se ao conceito biológico da fome, um impulso a relacionamentos objetais que provêm de fontes primitivas e que têm influência pelo menos desde a ocasião do nascimento (Winnicott 1959b, p. 340).

É preciso lembrar que, independentemente de sua natureza, oral, anal, uretral etc., o impulso excitado comporta sempre, de um lado, o aspecto funcional e, de outro, a fantasia correspondente: “todas as funções são elaboradas na psique, e mesmo no início há uma fantasia associada à excitação e à experiência alimentar” (Winnicott 1957e, p. 58).

No início, as fantasias:

[...] não estão ligadas à representação de palavras, mas são repletas de conteúdos e emocionalmente ricas, e é possível afirmar que são elas que fornecem as fundações sobre as quais será erguida mais tarde toda a vida de fantasias (Winnicott 1941b, p. 121).

Em momento relativamente avançado no amadurecimento, em decorrência dos ataques excitados, o bebê se torna apto a separar fato e fantasia, a partir da elaboração do hiato que se constrói entre os danos que imagina que faz no corpo da mãe e a sobrevivência desta na realidade. Tudo aquilo que é repudiado torna-se parte do não-eu, do mundo que agora é percebido como externo ao eu. Essa etapa – em que o mundo externo ao eu é criado, ou encontrado¹³⁹ – foi constatada clinicamente por Winnicott, que afirmou que, após um período de fusão, o paciente põe o analista fora de seu controle onipotente e, quando este sobrevive, inicia-se um novo relacionamento (Winnicott 1969i).

Winnicott acrescenta que uma das características desse novo relacionamento é que o paciente pode começar a se colocar imaginariamente na pele do analista (Winnicott 1969i) e vice-versa.

O processo de integração dos impulsos excitados alcança um novo patamar no momento em que o bebê integra em si os dois tipos de relação que vinha mantendo com a mãe desde o início de seu desenvolvimento emocional:

[...] um tipo em que o instinto é despertado e outro em que a mãe constitui um meio circundante e é provedora das comuns necessidades físicas, de segurança, calor e imunidade ao imprevisível (Winnicott 1957e, p. 57).

Quando o bebê se dá conta de que a mãe dos ataques excitados é a mesma dos momentos tranquilos, inicia-se a transformação da situação do atacar, sugar e morder incompadecidos em direção a uma forma de relação em que há preocupação com o resultado das experiências, dentro e fora dele:

¹³⁹ O mundo é criado, pois a descoberta da externalidade é resultante da criatividade inerente ao impulso excitado, e é encontrado porque já estava lá antes do seu nascimento.

A amamentação satisfatória faz cessar fisicamente a orgia e circunscreve também a experiência fantasiosa; não obstante, desenvolve-se um alto grau de apreensão por causa das idéias agressivas logo que a criança começa a ter discernimento bastante para concluir que o seio atacado e esvaziado é parte integrante da própria mãe (Winnicott 1957e, p. 59).

Aqui o bebê não mais depende da habilidade da mãe de envolver seu corpo com cuidado, mas sim “de sustentar a situação de cuidado do lactente por um período de tempo durante o qual este pode ter experiências complexas” (Winnicott 1958o, p. 26). Com isso, ele pode:

[...] organizar as numerosas conseqüências imaginativas da experiência instintiva e resgatar algo que seja sentido como “bom”, que apóia, que é aceitável, que não machuca, e com isso repara imaginativamente o dano causado à mãe (Winnicott 1988, p. 90).

A sustentação proporcionada por um período suficiente libera a vida instintiva do bebê, e começa a haver lugar para o desenvolvimento da fantasia e o crescimento das relações com o mundo interno e externo. A respeito do tema da ampliação da liberdade na vida instintiva, cabe lembrar aqui que, para o autor, a sexualidade madura está fundamentada nas raízes instintuais primitivas, estando a idéia de potência vinculada à “esperança [do indivíduo] na possibilidade de se recuperar da culpa causada pelas idéias destrutivas” (Winnicott 1988, p. 94), relacionada, portanto, a essa etapa.

As relações entre o desenvolvimento da fantasia oral e o crescimento do mundo interno já tinham sido descritas por Winnicott em “O apetite e os problemas emocionais”, de 1936¹⁴⁰. Numa primeira etapa, há o

¹⁴⁰ Como já explicitado, nessa época, Winnicott ainda tomava a idéia de mundo interno e relação com o objeto externo como dados e não tinha desenvolvido os conceitos de objeto subjetivo e de área de transicionalidade. No entanto, suas afirmações a respeito das relações entre fantasias orais e mundo interno continuam válidas.

reconhecimento do instinto oral, que poderia ser descrito, se o bebê pudesse falar, pelas palavras: “Quero sugar, comer, morder. Fico satisfeito depois de sugar, comer, morder” (Winnicott 1958e, p. 92) e, em seguida, a fantasia oral poderia ser traduzida por:

Quando sinto fome, penso em comida. Quando como, penso em engolir a comida. Penso no que gosto de ter dentro e penso no que gosto de jogar fora e penso em jogar isso fora (Winnicott 1958e, p. 92).

É importante assinalar que as relações que se estabelecem aí entre as fantasia orais e o mundo interno estão envolvidas em grande parte dos sintomas infantis, como aqueles relacionados aos distúrbios de alimentação, por exemplo. Nas palavras do autor:

[...] nenhum caso de cólica infantil, diarreia, anorexia ou constipação pode ser inteiramente explicado sem referência às fantasias conscientes e inconscientes da criança sobre o interior de seu corpo (Winnicott 1958e, p. 93).

Referindo-se a uma paciente de dois anos, Winnicott relatou que:

[...] na fantasia inconsciente, ela havia comido pessoas boas e más e pedaços de pessoas e, de acordo com o amor e o ódio envolvidos, ela se sentia enriquecida ou oprimida respectivamente por objetos muitíssimo belos ou terrivelmente grotescos em seu mundo interno¹⁴¹ (Winnicott 1958e, p. 95).

Em texto de 1941, o autor complementou:

[...] [as] fantasias do bebê referem-se não apenas ao ambiente externo, mas inclusive ao destino e ao inter-relacionamento de

¹⁴¹ O texto de 1936 citado aqui é uma fonte rica de informações a respeito dos distúrbios de apetite. É preciso ressaltar, entretanto, que as modificações posteriores na teoria winnicottiana acrescentaram a esse valioso estudo problemas como o da própria integração da função de comer.

peças e partes de pessoas que vão sendo fantásticamente trazidas para o seu interior – primeiramente, em conjunto com sua ingestão de alimentos e, mais tarde, como um procedimento independente (Winnicott 1941b, p. 122).

Em *Natureza humana*, Winnicott esclareceu resumidamente essas relações afirmando que o mundo interno do bebê é constituído por experiências instintuais propriamente ditas, que podem ser satisfatórias ou insatisfatórias, por objetos incorporados no amor ou no ódio e por objetos ou experiências interiorizadas magicamente para controlar ou usar como enriquecimento (Winnicott 1988). E acrescentou que seria importante que a professora soubesse – e possivelmente algo semelhante poderia ser dito ao analista – que os alunos só crescerão para além se tiverem incorporado seu trabalho; do contrário, por meio da idealização e da introjeção mágica, não há chance de crescimento de fato. Enriquecendo o tema, explicitou o uso que a pessoa faz na saúde daquilo que é incorporado:

O que é mau é retido por algum tempo, para ser usado em expressão de raiva, e o que é bom é retido para servir ao crescimento pessoal, bem como à restituição e à reparação, e para fazer o bem ali onde imaginativamente havia sido feito um mal (Winnicott 1988, p. 91).

Note-se que, quando tais elaborações têm lugar, considera-se que o bebê já é capaz de separar aquilo que é bom daquilo que é mau. É preciso esclarecer que o termo “bom” aqui não mais se refere ao bom originário, relacionado à “crença em” e à confiança, e nem a qualquer idéia de moralidade imposta. “Bom” e “mau” são termos utilizados nessa etapa para “descrever os extremos do que qualquer bebê sente ocorrer dentro de si mesmo – quer se trate de forças, objetos, sons ou cheiros” (Winnicott 1988, p. 91). Assim, pode-se dizer que, para o autor, a base para a construção do

sentido de moralidade¹⁴² está relacionada ao modo com que as experiências corpóreas e instintuais são experienciadas nos ambientes iniciais da vida da pessoa.

É nesse contexto que o autor entende a hipocondria e as variações quanto à sensibilidade à dor nos seres humanos: quando o “fenômeno mau que não pode ser controlado [...] se transforma num perseguidor interno e é sentido pela criança como uma ameaça que vem do interior [...] [e dores muito intensas podem ser toleradas] se estiverem separadas da idéia de forças ou objetos internos maus” (Winnicott 1988, p. 101). Mas, quando há expectativa de perseguição interna, dores físicas podem adquirir uma qualidade persecutória rebaixando-se o limiar. Clinicamente, pode haver alternância entre perseguição interna sem base em doenças físicas e perseguição projetada no mundo externo de forma delirante. Algumas vezes, a constipação severa pode ter origem nesse quadro, em que o medo do elemento persecutório impede a pessoa de “livrar-se dos maus objetos através da excreção” (Winnicott 1988, p. 101), o mesmo podendo ocorrer com relação à função urinária ou ao sêmen, que pode se manifestar de forma positiva como preocupação com a mulher que engravidou.

Voltando à etapa do concernimento, o bebê fica ansioso, pois:

[...] [se] ele consumir a mãe, ficará sem ela. Mas a ansiedade é modificada pelo fato de que agora [...] existe já uma crescente confiança de que haverá a possibilidade de contribuir, dar algo à mãe-ambiente, confiança essa que leva o bebê a poder suportar a ansiedade (Winnicott 1963b, p. 73).

¹⁴² A teorização a respeito da construção da moralidade em Winnicott difere da de Freud principalmente no sentido de que, para aquele, a moralidade se fundamenta nas experiências corporais satisfatórias, em que as necessidades instintuais e egóicas do bebê foram atendidas, não sendo inculcada e nem decorrente de uma instância controladora.

Anteriormente insuportável, o peso da culpa se traduz na aquisição de uma capacidade saudável de se deprimir até que, com a elaboração imaginativa, o bebê poderá ampliar sua capacidade criativa produzindo material construtivo que será utilizado no brincar. Note-se que o autor relaciona a reparação com a “capacidade que vinha se desenvolvendo nas últimas horas de contemplação ou digestão” (Winnicott 1988, p. 91) e que, à medida que o instinto é liberado, inicia-se uma tarefa ainda maior para a digestão seguinte¹⁴³.

Esse é o modo como o bebê antes incapaz de se responsabilizar pela própria destrutividade aos poucos se transforma numa pessoa preocupada com os resultados das experiências, em si mesmo e no outro. É claro que as aquisições vêm e vão, havendo, no decorrer do percurso, várias etapas em que as integrações ainda são feitas de modo apenas parcial. Por exemplo, quando a destrutividade já é intencional, mas ainda sem preocupação ou responsabilidade. O autor ilustra um estágio intermediário de integração com a imagem de um bebê bonzinho e afetivo que por momentos “nem parece ele”, ou seja, que é acometido por estados de destrutividade que permanecem dissociados.

Como já explicitado, as tarefas da elaboração imaginativa são bastante distintas nos diferentes estágios do amadurecimento, tendo sido enumeradas pelo autor numa classificação que ele mesmo reputa artificial:

- 1) Simples elaboração da função [corpórea].
- 2) Separação em antecipação, experiência e memória.
- 3) Experiência em termos de memória da experiência.

¹⁴³ O tema desta dissertação restringe-se à etapa em que o bebê pode dizer “eu sou”, quando se consolida a aquisição de um esquema corporal. A etapa do concernimento e suas conseqüências são mencionadas para ilustrar as diferentes tarefas da elaboração imaginativa envolvidas no ciclo completo, da ingestão à digestão. Com isso, pretendo apenas ilustrar as conseqüências imaginativas da aquisição desse esquema, e não desenvolver o tema do mundo interno, que é extremamente rico e complexo.

- 4) Localização da fantasia dentro e fora de si mesmo [*self*], com trocas e enriquecimento constante de um pelo outro.
- 5) Construção de um mundo pessoal e interno, com senso de responsabilidade pelo que existe e se passa lá dentro.
- 6) Separação para fora da consciência daquilo que é inconsciente. O inconsciente inclui aspectos da psique tão primitivos que nunca se tornam conscientes e também aspectos da psique ou do funcionamento mental que se tornam acessíveis como defesa contra angústia (também chamado de inconsciente reprimido) (Winnicott 1965b, p. 8).

É notável o fato de que no primeiro item dessa classificação o autor ainda não incluiu a variável tempo: as elaborações ocorrem no aqui/agora da sustentação materna do existir do bebê. Vagarosamente, pela repetição, pelo vai-e-vém das experiências, das urgências e dos cuidados, desenvolve-se no bebê a capacidade de previsão, e ele encontra recursos, inclusive mentais, para esperar – ou seja, a variável é gradativamente inserida. Entretanto, só na etapa do concernimento o sentido de tempo se consolida, juntando-se, nesse momento, para a criança, seu passado, presente e futuro. Ao integrar seus impulsos no ciclo benigno¹⁴⁴, o bebê integra também os ataques do passado e aqueles que virão, pois ele se tornou a mesma pessoa no tempo.

Portanto, a elaboração imaginativa possibilita que o bebê organize um esquema corporal, com os aspectos espaço/temporais incluídos, e um mundo imaginativo pessoal de “relações dentro do corpo, com o corpo e com o mundo externo” (Winnicott 1988, p. 28), e construa, desse modo, recursos psíquicos para uma relação de amor com uma pessoa inteira, “com

¹⁴⁴ Winnicott denominou “ciclo benigno” a situação, sustentada pela mãe no tempo, de receber os ataques sem revidar, o que possibilita que tenham lugar reparações e elaborações, inclusive a integração do aspecto temporal. A integração do fator tempo está ilustrada na afirmação do autor de que, quando há reparação, “o trabalho do dia se completa. Os instintos de amanhã podem ser aguardados com um medo menor” (Winnicott 1988, p. 91).

reconhecimento quase pleno dos fatores agressivos e destrutivos presentes no amor instintivo e das fantasias inerentes a eles” (Winnicott 1988, p. 92).

3.5.10 O desmame

Concomitantemente à conquista da diferenciação entre mundo interno e externo, ao desenvolvimento da área transicional, da parceria psique-soma e da mente como uma sofisticação dessa parceria, o bebê conquista gradativamente a capacidade para a perda ou para o desmame.

Segundo o autor, o desmame concreto é apenas um item do processo mais amplo de desilusão e pode ter lugar à medida que todas essas relações se desenvolvem. Na ocasião do desmame, idealmente o bebê já pode contar com vários recursos – dentro e fora dele, mentais e psicossomáticos, e também com aqueles pertinentes à área intermediária – para lidar com a perda; em outras palavras, o bebê poderá perder algo porque o teve, tendo esse algo sido descrito como “material para bons sonhos” (Winnicott 1949k, p. 89).

O assim chamado pelo autor “jogo da espátula” é emblemático da conquista da capacidade que o bebê adquire de se alimentar do objeto, fazer uso pleno e depois livrar-se dele. Como pediatra de bebês, Winnicott fez uma pesquisa minuciosa durante cerca de 20 anos em sua clínica no Green Children’s Hospital, observando que em torno da idade-padrão entre cinco e 13 meses¹⁴⁵, em geral, os bebês estão aptos a completar todo o ciclo do gesto.

¹⁴⁵ Nessa faixa etária, os estágios do gesto foram encontrados em sua forma mais pura, sem a interferência das complicações relacionadas à proliferação de variáveis decorrentes do crescimento emocional.

No início da consulta, Winnicott montava o cenário colocando a espátula brilhante ao alcance da mão da criança, orientando a mãe a manter-se neutra. Segue-se a descrição da seqüência-padrão dos eventos. O bebê sente atraído pelo objeto. No primeiro estágio, observa-se uma espécie de “reflexo de preensão precoce” (Winnicott 1958i, p. 101): o bebê avança a mão sobre a espátula de modo próximo ao reflexo, não se tratando ainda de um gesto propriamente – embora, como se sabe, em sua teoria, uma expectativa, ainda que indeterminada, sempre acompanha um movimento espontâneo. Percebendo que o assunto merece maior consideração, o bebê observa as pessoas presentes e espera. Esse segundo estágio foi denominado “período de hesitação ou reclusão”: o bebê não se move – mesmo não havendo rigidez –, espera e lentamente começa a permitir que os sentimentos aflorem. Winnicott assinala que a mudança de uma fase para outra é bastante perceptível:

[...] pois a aceitação pela criança da realidade de seu desejo pela espátula é anunciada por uma mudança que ocorre no interior da boca, que se torna flácida, enquanto a língua parece grossa e macia, e a saliva flui copiosamente (Winnicott 1941b, p. 114).

Em seguida, observa-se um momento de “tensão, incluindo preensão voluntária emergente e lenta passagem do objeto à boca” (Winnicott 1958i, p. 101). O gesto propriamente começa nessa passagem em que o bebê, apropriado de seu corpo e de seu desejo, busca alcançar e alcança.

É evidente o paralelo entre as etapas do jogo e os momentos dos gestos do bebê que levam ao encontro com o objeto na amamentação¹⁴⁶. Por exemplo, no momento em que, se a mãe espera, o bebê dá mostras do que quer salivando.

¹⁴⁶ É possível conjecturar que os estágios do gesto talvez possam ser identificados em momentos da sessão de análise e no decorrer de um tratamento.

A intensa salivação leva naturalmente ao movimento de abocanhar, ter a espátula em sua posse com a finalidade de auto-expressão e brincar de alimentar as pessoas.

No terceiro estágio, o bebê primeiro deixa a espátula cair como que por acaso; se ela lhe é devolvida, seguem-se outras quedas não tão casuais; se o padrão se mantém, ele fica “entusiasmadíssimo por conseguir livrar-se dela dessa forma agressiva” (Winnicott 1941b, p. 115).

A seqüência demonstra, em primeiro lugar, que o bebê já tem coordenação suficiente para pegar um objeto, levá-lo à boca e atirá-lo longe. Paralelamente, aponta para as conquistas de, por exemplo, experienciar-se a si mesmo como “um” (eu sou) frente ao mundo (especialização), ligar as experiências corpóreas com o estado de ser uma pessoa (personalização) e brincar de ser alimentado (área de transicionalidade). Demonstra também que já há lugar para a “fantasia completa de incorporação e eliminação, e [...] [para o] crescimento da personalidade pela ingestão imaginada [crescimento do mundo interno]” (Winnicott 1958i, p. 102) e, finalmente, que após o uso o bebê pode dispor do objeto (capacidade para a perda ou o desmame).

Em sua pesquisa, o autor demonstrou que esse jogo podia ser usado com propósitos terapêuticos, como uma espécie de experiência livre da relação com o objeto:

A experiência de ousadamente desejar e pegar a espátula e apossar-se dela sem de algum modo alterar a estabilidade do ambiente imediato funciona para a criança como uma espécie de aula sobre o objeto, com um valor terapêutico (Winnicott 1941b, p. 128).

Assim, a possibilidade de experimentar em tempo próprio e em situação neutra impulsos, inibições, agressividade, sintomas etc, em ambiente que é confiável e que sobrevive a qualquer uma dessas manifestações, revelou ter um efeito transformador em crianças, mesmo em casos bem graves¹⁴⁷.

Um desses casos é relatado no texto “A observação de bebês em situação padronizada”, de 1941, em que uma menina com graves distúrbios de alimentação que culminaram em episódios convulsivos se recuperou completamente da crise após uma série de sessões baseadas na situação-padrão. No mesmo texto, conta-se que uma criança teve um ataque de asma no momento da hesitação: “ela estendeu a mão para a espátula e então, ao controlar o corpo, a mão e o ambiente, surgiu o ataque, que implica um controle involuntário da expiração” (Winnicott 1941b, p. 119).

À luz dessa pesquisa, o autor reinterpretou o “jogo do carretel”, interpretado por Freud (1920) como uma situação “em que o menino procurava dominar os sentimentos sobre a ausência da mãe” (Winnicott 1941b, p. 130). Segundo a nova interpretação winnicottiana, o carretel era “jogado para longe para indicar que o menino livra-se da mãe, porque o carretel que ele possui representa a mãe que ele tem” (Winnicott 1941b, p. 130). Segundo esse entendimento, o menino dominaria, por meio do jogo do carretel, seu relacionamento com a sua mãe interna, a mãe que já foi incorporada, e seus sentimentos em relação a ela, podendo inclusive livrar-se dela sem temer em demasia as conseqüências do ato. Nesse sentido, em Winnicott, a conquista da capacidade para o desmame pressupõe que o bebê

¹⁴⁷ Aqui está mais uma situação que corrobora a interpretação de Loparic de que a clínica winnicottiana é baseada na situação do “bebê no colo da mãe”, colo este que possibilita o surgimento e o desenvolvimento do gesto espontâneo e a elaboração de seus efeitos.

tenha adquirido a capacidade para a perda e para a depressão saudável, ou seja, para elaborar os efeitos de seus atos agressivos dentro e fora dele.

3.6 Soma e psique: a identidade unitária na posição “eu sou”

Viver uma experiência somática, qualquer que seja seu teor – respirar, comer, urinar, defecar, andar, olhar, fazer amor etc. –, em nome próprio, é uma aquisição muito sofisticada e tardia, no percurso do amadurecimento. “É algo que vem a ser alcançado juntamente com a capacidade de usar o pronome na primeira pessoa do singular” (Winnicott 1988, p. 144). As bases neurofisiológicas só predispõem o infante à sofisticada experiência que é a de habitar o corpo, em que se vincula “a experiência motora, sensorial e funcional com o estado de ser uma pessoa” (Winnicott 1960c, p. 45). A possibilidade de viver o funcionamento corpóreo em nome próprio – implícita na idéia de habitar o corpo – lança luz sobre um dos fortes sentidos da palavra “experiência”, para o autor¹⁴⁸. Como vimos, a função de comer e outras funções corpóreas podem permanecer dissociadas na vida de uma pessoa, mantendo-se externas e não sendo experienciadas como próprias. O autor esclareceu que:

[...] na psicose infantil (ou esquizofrenia) o id permanece total ou parcialmente “externo” ao ego, as satisfações do id permanecem físicas e têm o efeito de ameaçar a estrutura do ego, isto é, até que se organizem defesas de qualidade psicótica (Winnicott 1960c, p. 41).

Por exemplo, o analista pode constatar a voracidade de um paciente sem que ela tenha sido experienciada por ele ou que uma pessoa tem a

¹⁴⁸ Em Winnicott, a palavra “experiência”, assim como outros conceitos, não é unívoca, variando seu sentido e acordo com as etapas do amadurecimento a que se aplica.

potência sexual dissociada¹⁴⁹, como ilustra o já citado exemplo clínico do paciente médico. Nesses casos, o processo analítico não se completa, a não ser que a integração dessas funções tenha lugar no *setting* terapêutico.

Embora já tenhamos avançado aqui em direção às aquisições subseqüentes à etapa do “eu sou”, retomo alguns aspectos específicos da estruturação do esquema corporal nesse estágio, mostrando algumas possíveis implicações da conquista.

Winnicott nos lembrou “quão moderno é o conceito de indivíduo humano”¹⁵⁰ (Winnicott 1984h, p. 43) indicando a vinculação dessa aquisição com o fato histórico do monoteísmo, ou do “primeiro nome hebraico para Deus” (Winnicott 1984h, p. 43). Pôr o nome da individualidade nos céus protegeria o homem das conseqüências de, ao agrupar-se e afirmar-se como um, ter repudiado todo o resto. Segundo o autor, por meio dessa forma de defesa, relativamente refinada, projeta-se tudo o que possa ser pessoal, e se representa a existência pessoal pelos elementos de projeção:

[...] [O] objetivo dela é evitar responsabilidade (na posição depressiva) ou perseguição (no que eu chamaria de estado de auto-asserção, isto é, o estágio do “eu sou” com a implicação inerente de que eu repudio tudo o que não seja eu) (Winnicott 1974, p. 76).

O que está em jogo aí é o quanto a frágil parceria psique-soma pode resistir aos intensos sentimentos envolvidos na conquista da condição de ser um e o papel do ambiente na sustentação dessa situação.

¹⁴⁹ Exemplos como esses podem ser encontrados no texto “Nada no centro”, de 1959, em *Explorações psicanalíticas*. Em *Holding e interpretação*, há um relato – que Winnicott chama de “caso B” – em que se observa, entre outras coisas, o processo de integração de funções somáticas.

¹⁵⁰ A esse respeito, o crítico de arte Rodrigo Naves afirmou em seu curso de história da arte que, na história da pintura, representações de figuras que deixam transparecer sentimentos como o medo e a culpa, relacionados a um mundo interno, apareceram pela primeira vez bastante tardiamente – só no século XV, com Masaccio, em seu *Adão e Eva expulsos do paraíso*.

Diz Winnicott que já num primeiro estágio, quando há lugar para a palavra “eu”, esse fato é indicativo de considerável montante de crescimento emocional: estabeleceu-se uma unidade, o mundo externo foi repellido e o mundo interno tornou-se possível. A criança pode rabiscar e distraidamente formar um círculo e dizer “pato”, “Pedro” ou “Ana”, mostrando-se capaz de configurar a idéia de uma unidade separada, base para a compreensão do sentido do número um¹⁵¹.

Quanto à espacialidade, trata-se do momento de “uma afirmação topográfica da personalidade como um ser” (Winnicott 1958g, p. 35), o que pode ser entendido tendo-se em mente a idéia do seguinte diagrama: um dos elementos tem a forma de um círculo, indicando o “eu”; o outro elemento, separado do primeiro por um hífen, é um sinal – “X”, por exemplo –, representando todo o resto repudiado, ou “não-eu”; o diagrama completo indica a configuração espacial de uma posição em oposição à outra. Entre outras coisas, essa posição significa a tomada de posse do esquema corporal e a aquisição de uma nova identidade cujas membranas coincidem parcialmente com as da pele, juntamente com “a perda da segura fusão unitária original mãe-bebê” (Winnicott 1968, p. 50).

Distúrbios de pele ou problemas como a ênfase excessiva na pele e nos cuidados com as fronteiras são exemplos de distúrbios relacionados à etapa do “eu sou”, indicadores de porosidade nas membranas do eu. O autor ilustrou esse fato com o caso de uma paciente que precisava ter suas fronteiras estabelecidas dentro da membrana da pele de tal modo que até para dormir escolhia posições que exacerbavam permanentemente as sensações de contornos.

¹⁵¹ É de notar que, em decorrência de precária consolidação dessa conquista, pode acontecer de um indivíduo ser capaz de fazer raciocínios lógicos complexos, mas apresentar dificuldades com o conceito de unidade e, portanto, com a aritmética elementar.

Quando a necessidade central da pessoa se refere à própria conquista de um eu integrado e unitário, é possível que se identifique na transferência a urgência de o paciente se aglutinar na figura do analista por meio do relato minucioso dos múltiplos aspectos de sua vida. Nesses casos, o trabalho terapêutico encontra-se no próprio acontecimento e talvez em seu espelhamento. A esta altura, já deve estar claro que a psicanálise winnicottiana admite pensar que, em determinadas situações, fenômenos dessa natureza adquirem maior potência terapêutica do que qualquer interpretação.

No estágio subsequente ao da simples aquisição do “eu”, vem “eu sou, eu existo, adquiero experiências, enriqueço-me e tenho uma interação introjetiva e projetiva com o *não eu*, o mundo real da realidade compartilhada” (Winnicott 1962, p. 60). Adquire-se uma existência psicossomática e as funções, estando relacionadas à pessoa, são experienciadas significativamente:

[...] o bebê (no desenvolvimento sadio) ganha um ponto de apoio na posição “eu sou”, ou “rei do castelo” do desenvolvimento emocional, e, então, não só a fruição do funcionamento do corpo reforça o desenvolvimento do ego, mas este último reforça o funcionamento do corpo (Winnicott 1966d, p. 89).

Na saúde, todo o funcionamento corpóreo se fortalece com as experiências emocionais, e estas, por sua vez, melhoram a qualidade de residência no corpo, fortalecendo o papel de cada um dos elementos corpóreos envolvidos na sustentação da experiência pessoal dos impulsos, das sensações e dos sentimentos: a coordenação motora, o tônus, a vitalidade dos tecidos, a capacidade de a adaptação às mudanças de temperatura e de ajuste dos fluidos do corpo etc.

Com relação à possibilidade de fortalecimento do ego a partir das experiências instintuais, é preciso lembrar que o autor discordou de Freud, para quem “o id entrava em cena desde muito cedo” (Winnicott 1960c, p. 41). Segundo Winnicott, anteriormente ao estágio do “eu sou”, não se pode pensar em termos de impulsos pré-genitais satisfeitos ou frustrados, no contexto de uma relação objetal. Nas relações propiciadas pelas tensões instintuais primitivas, “a criança ainda não avançou o bastante no caminho do estabelecimento de um eu a ponto de ser capaz de absorver tão poderosas experiências” (Winnicott 1993h, p. 24-25). Nesse sentido, o autor usou a metáfora da corrida de cavalos: não se pode considerar vencida uma corrida, se o cavalo chegou sozinho, ou seja, se o jóquei não se agüentou em cima da cela; isso significa que um bebê precisa ter constituído um ego – com todas as conotações corporais discutidas aqui – para que uma experiência instintual seja enriquecedora. E acrescentou que inicialmente não há lugar para a descrição dos mecanismos de defesa do ego descritos por Anna Freud (1936), os quais, como implícito no nome, pressupõem também um ego estruturado, com defesas estruturadas para lidar com ansiedades relacionadas à perda do objeto ou à tensão instintiva. O autor elucidou que a ansiedade primitiva não se relaciona à castração ou separação: “ela se relaciona com outras coisas e é, na verdade, ansiedade quanto ao aniquilamento” (Winnicott 1960c, p. 42), completando que “o estudo das defesas do ego leva o investigador de volta às manifestações pré-genitais do id, enquanto o estudo da psicologia do ego leva-o de volta à dependência, à unidade lactente-cuidado materno” (Winnicott 1960c, p. 43). Por outro lado, os estudos kleinianos que contribuíram para a explicitação do teor dos mecanismos de defesa erigidos contra ansiedades muito primitivas foram

aproveitados por Winnicott, que acrescentou, entretanto, a importante variável do cuidado materno, não considerada por Melanie Klein¹⁵².

Segundo Winnicott, a delimitação das fronteiras do eu produz um estado paranóide “inerente à idéia de repúdio ao não-eu, que acompanha a delimitação da unidade do *self* dentro do corpo, com a pele como membrana delimitante” (Winnicott 1965n, p. 60), sendo essa uma das raízes da tendência à paranóia¹⁵³. A ansiedade persecutória é tão mais forte quanto mais o bebê tenha se integrado a partir de seu padrão de impulsividade pessoal; no extremo oposto, bebês que atingiram a integração prioritariamente a partir das experiências tranqüilas no *holding* têm tendência à ingenuidade.

Segundo Winnicott, a afirmação “eu sou” é uma das mais agressivas e perigosas do mundo (Winnicott 1986d, p. 110), e o novo indivíduo se sente “infinitamente exposto” (Dias 2003, p. 256). Lembremo-nos de que nessa etapa as membranas do bebê assemelham-se à frágil casca do ovo, como bem ilustra o Humpty Dumpty¹⁵⁴, o conhecido personagem do imaginário britânico imortalizado por Lewis Carroll. A exposição e a fragilidade relacionam-se à experiência não defendida das entradas e saídas, ou das trocas do si mesmo verdadeiro, ou corpo vivo personalizado, com o mundo. Note-se que aí ainda não se pode considerar a existência de uma realidade pessoal interna desenvolvida, com conteúdos internos em relação aos quais

¹⁵² Esclareço que as idéias dos autores citados foram trazidas, em diferentes momentos desta dissertação e a partir de textos e afirmações do próprio Winnicott, com o único intuito de esclarecer pontos específicos a respeito da interlocução entre a teoria winnicottiana e a teoria psicanalítica tradicional, e não cabe aqui a análise comparativa dos aspectos citados a partir da leitura da obra desses autores.

¹⁵³ Segundo Dias, a tendência desenvolvida aí se distingue da paranóia originada por intrusão ambiental e também daquela originada pela descoberta da destrutividade pessoal. Ressalta também que Winnicott dialoga com Klein ao distinguir formas muito precoces mas não constitucionais de paranóia (Dias 2003, p. 256).

¹⁵⁴ Humpty Dumpty é um personagem/menino em forma de ovo. O poema fala de uma situação irreversível: após a queda do muro, nem todos os cavalos ou os homens do rei puderam consertá-lo. Winnicott atenta para a fragilidade num momento em que a membrana do si-mesmo foi recém-conquistada.

as defesas pudessem ser erigidas: nesse estágio, as defesas se aplicam à organização do indivíduo que é “um pouco mais do que o viver sensório-motor” (Winnicott 1965m, p. 136), ou seja, à experiência da espontaneidade em nome próprio.

Em seu “Ilustração clínica do Uso do objeto”, Winnicott relatou o caso de um paciente que não teve conhecimento de uma mãe que pudesse sobreviver a seus ataques impulsivos, o que resultou em inibição precoce e maciça da agressividade:

Ele teve que adotar o autocontrole dos impulsos em uma etapa muito inicial, antes de estar preparado para fazê-lo com base em uma figura paterna introjetada. Isso significa que se tornou inibido, e essa inibição teve que ser de toda a espontaneidade e impulso, no caso de alguma partícula do impulso poder ser destrutiva (Winnicott 1989vt, p. 184).

A inibição, que envolveu inclusive o próprio impulso criativo, e o medo da espontaneidade foram descritos pelo paciente por meio dos versos de Blake, “Temo a fúria de meu vento” (Winnicott 1989vt, p. 184). Winnicott interpretou esse aspecto do material como estando relacionado à inibição do próprio ato do paciente de soltar gases devido à “crença de que seu vento [era] infinitamente poderoso e destrutivo, ou seja, produtor de um meio ambiente retaliatório” (Winnicott 1989vt, p. 184), e ao fato de que por isso ele não podia correr o risco de ter que enfrentar as conseqüências de mudar o ambiente. Dificuldades desse teor poderiam resultar também em inibições quanto à entrada e saída de ar por meio da respiração e até mesmo em distúrbios como a asma. Outro exemplo é o de um caso descrito em *Holding e interpretação*, em que o paciente inibia o tagarelar, o falar sem propósito e a excitação que acompanha esse tipo de fala – interpretada por Winnicott como o balbuciar espontâneo do bebê. Parte do trabalho do autor

foi a sustentação dessa excitação no ambiente analítico tanto em termos da relação com o analista quanto das interpretações propriamente. Note-se que nesses exemplos, embora a elaboração ou as idéias que acompanham a função também estejam em jogo, a incidência da inibição ocorre, em grande medida, no soma e na possibilidade de se ter gestos espontâneos, sendo um elemento fundamental da clínica a própria experiência do gesto e sua integração, no contexto analítico.

O autor identificou que a personalização precária somada às pressões inerentes à conquista da posição “eu sou” no amadurecimento, são os dois elementos determinantes da defesa que se apresenta em termos da “persistência de uma cisão¹⁵⁵ na organização do ego do paciente, ou de dissociações múltiplas, que constituem a verdadeira enfermidade” (Winnicott 1966d, p. 82). Essa forma particular de defesa foi elucidada no texto de 1964, “Transtorno (*disorder*) Psicossomático”, em que o autor esclarece que o hífen do termo original (*psycho-somatic*), “tanto une quanto separa” (Winnicott 1966d, p. 82) e que, em caso de distúrbio “tem-se que encontrar algum agente que tenda a separar os dois aspectos” (Winnicott 1966d, p. 82). O poderoso agente que está por trás das defesas organizadas muitas vezes induz ao fracasso vários dos tratamentos conduzidos por profissionais bem intencionados e informados.

Segundo o autor, a identificação da cisão indicativa do diagnóstico do distúrbio é possibilitada pela necessidade que alguns pacientes têm de manter os médicos em dois ou mais lados de uma cerca (Winnicott 1966d) ou seja, de separar o cuidado com o soma do cuidado da psique, aquilo que

¹⁵⁵ É importante notar que, em Winnicott, as defesas primitivas guardam características das experiências primitivas.

o autor denominou a disseminação dos agentes responsáveis¹⁵⁶ (Winnicott 1966d).

Com foco no ponto de vista dos profissionais envolvidos no atendimento de casos desse tipo, Winnicott enfatizou a dificuldade de se “cavalgarem dois cavalos” – o psíquico e o somático –, sendo necessário que se considerem inclusive as dissociações do próprio médico, ou da equipe de profissionais, que não são necessariamente mais sadios, no sentido psiquiátrico, que seus pacientes. Vale enfatizar que, quando esse tipo de defesa é atuante, o paciente tende a captar as cisões dos cuidadores, usando-as em favor da própria enfermidade. Nesse caso, de nada serve informar intelectualmente o paciente a respeito de suas dissociações, pois ele ainda não é capaz de assimilá-las: “esses pacientes precisam de nós para ser cindidos (contudo, essencialmente unidos nos antecedentes longínquos que não se podem permitir conhecer)” (Winnicott 1966d, p. 88). Nesse sentido, é preciso dar tempo ao paciente, permitir que ele manipule o médico ou a equipe, até que em algum momento ele possa abrir mão de:

[...] um sistema defensivo e altamente organizado e vigorosamente mantido, com as defesas voltadas contra os perigos que surgem da integração e da conquista de uma personalidade unificada (Winnicott 1966d, p. 88).

Winnicott acrescentou que o tratamento de um paciente psicossomático é sempre complexo, demandando o esforço conjunto das disciplinas. Só o teórico, ou seja, aquele que não está “assoberbado pela

¹⁵⁶ Pode-se retomar aqui a idéia de que a fragmentação das disciplinas no campo da saúde tende a atender separadamente aspectos da pessoa que procura ajuda, reiterando eventuais dissociações. Vale lembrar que a sociedade de consumo e de serviços reforça a situação, não sendo rara a pessoa que busca a saúde por meio de diversos profissionais (médico, massagista, homeopata, nutricionista, psicanalista, cura pela fé etc.), não encontrando ocasião de reunir todos os seus aspectos no relacionamento com uma única pessoa.

responsabilidade por pacientes reais [...] [por] perder o contato com a dissociação” (Winnicott 1966d, p. 82), poderia encontrar soluções facilmente.

É preciso enfatizar que o autor também assinalou o valor positivo do distúrbio psicossomático:

Para entender isso, tem-se que lembrar que a defesa é organizada não apenas em termos de cisão, que protege contra o aniquilamento, mas também em termos de proteção da psique-soma quanto a uma fuga para uma existência intelectualizada ou espiritual, ou para façanhas sexuais compulsivas que ignorariam as reivindicações de uma psique que é construída e mantida em uma base de funcionamento somático” (Winnicott 1966d, p. 90).

A elucidação das questões pertinentes à etapa do “eu sou” é crucial na clínica winnicottiana, já que os pacientes que não tiveram a oportunidade de experienciar a agressividade plena – colocando o objeto fora da área de onipotência – e um período displicente ou descuidado com relação a um objeto já considerado externo podem permanecer durante anos se alimentando de si mesmos, numa situação de auto-análise que não termina, em que a pessoa não consegue usar o outro para “ficar gordo”, ou seja, para se enriquecer com as trocas (Winnicott 1969i). Nessa situação, o autor não considera incomum a situação de conluio entre paciente e analista, em que o processo pode ser “frutífero” e até agradável, mas essencialmente o paciente não muda.

A impossibilidade de se alimentar do outro como fonte de enriquecimento externa ao eu pode ter tido determinantes concretos em sua origem como, por exemplo, a aparição precoce de dentes durante o período de amamentação, sangramento ou ferimento grave nos mamilos, adoecimento, morte ou depressão da mãe na fase em que o bebê precisava

da sobrevivência e não retaliação da mãe para poder experimentar plenamente sua destrutividade. Nesses casos, a lógica retaliatória se instala, fazendo parecer que os objetos agem de acordo com a fantasia associada à função, não se efetivando a separação entre fato e fantasia. Note-se que, não sendo mecânico, o conceito de sobrevivência aí inclui a possibilidade de reações espontâneas – por exemplo, a de dizer “ai”, quando há uma mordida de fato –, o que significa que o objeto está vivo e sente, mas também que essa vitalidade pertence ao próprio objeto externo, que permanece vivo e, portanto, não precisa ser protegido. Segundo o autor, as situações ocasionadas por necessidades relativas a essa etapa são muito difíceis de sustentar no contexto analítico – do mesmo modo que na situação de origem –, estando em jogo a sobrevivência do analista, podendo as interpretações verbais inclusive arruinar o processo, por parecerem defensivas.

Sempre focado nas etapas do amadurecimento, o analista winnicottiano deve ter um cuidado permanente, avaliando e reavaliando a força do ego do paciente (Winnicott 1963, p. 225), lembrando que o ego deve ser pensado também em termos de ego corporal. Esse tema está bem ilustrado no caso clínico em que o paciente, quando da partida do autor por um mês para o exterior, sonhou que matava uma tartaruga de casca mole para salvá-la do sofrimento intolerável que viria a ter (Winnicott 1963a, p. 225). Winnicott explicou que:

[...] tinha muito material [...] para interpretação da reação do paciente à minha partida em termos do sadismo oral que faz parte do amor reforçado pela raiva – raiva de mim e de todos os outros em sua vida que a tinham deixado, incluindo a mãe que a desmamara [...] seu ego era incapaz de acomodar qualquer emoção forte. Ódio, excitação, medo – cada qual se separava como um corpo estranho e se tornava com excessiva facilidade localizado

em um órgão do corpo que entrava em espasmo e tendia a se destruir pela perversão de seu funcionamento fisiológico (Winnicott 1963a, p. 228).

Assim, o autor precisou lidar com a situação no contexto da dependência, ao invés de interpretá-la em termos de impulsos pessoais. Esse é um bom exemplo para elucidar o papel preponderante que muitas vezes o manejo do analista assume na clínica winnicottiana. Há que lembrar que a origem dos distúrbios psicossomáticos está relacionada justamente à falha da mãe com relação ao manejo, o que ocasiona uma fraca inserção no soma e impossibilita a pessoa de lidar com a paranóia inerente à conquista – ou seja, com o “patife sujo” na posição “rei do castelo” –, resultando na saída da posição “eu sou”.

Note-se que a posição do “eu sou” é sedimentada ao longo de um extenso período, só podendo ser celebrada mais plenamente quando já se tornou possível a brincadeira “eu sou o rei do castelo, você é o patife sujo”, ou seja, quando a criança já é capaz de andar, lutar e proferir tais palavras. Nesse momento, com o esquema corporal mais estruturado, a criança goza da fortalecida identidade com o soma e seu funcionamento, fazendo uso pleno do corpo, brincando e se defendendo do mundo repudiado¹⁵⁷, retomando imaginativamente a conquista na brincadeira do castelo. Portanto, há uma gradação entre esse momento e aqueles iniciais, por volta dos cinco ou seis meses, em que a posição “rei do castelo” era totalmente indefensável pelo bebê, sendo o papel da mãe mais preponderante para fazer as vezes das muralhas e dos soldados do castelo.

¹⁵⁷ Não quero sugerir que habilidades motoras garantem o enfrentamento de questões como a rivalidade, por exemplo, mas apenas fazer notar que aquisições mais tardias que possibilitam a execução de determinados atos motores, devido ao crescimento, ao desenvolvimento da coordenação e à maior apropriação do corpo facilitam a experiência plena e reiteram aquisições emocionais que já tinham sido iniciadas em etapas mais primitivas, em que parte do sentido da dependência pode ser entendido como dependência motora.

Isso ilustra como as conquistas motoras e as aquisições emocionais coincidem apenas parcialmente¹⁵⁸, e as aquisições motoras posteriores permitem acessar e reiterar conquistas psicossomáticas incipientes, mas que na origem estavam acompanhadas de capacidades motoras ainda muito elementares. A esse respeito, Winnicott complementa:

Qualquer estágio no desenvolvimento é alcançado e perdido, alcançado e perdido de novo e mais uma vez: a superação dos estágios no desenvolvimento só se transforma em fato muito gradualmente e, mesmo assim, só sob determinadas condições (Winnicott 1988, p. 55).

As aquisições do amadurecimento não são lineares: permanecem no soma à maneira de camadas geológicas – e, de acordo com os reveses da vida, uma etapa do passado pode se tornar presente.

Em algum momento as pessoas conseguem construir uma relação de responsabilidade com o ambiente, podendo concorrer para sua mudança. Mesmo assim, aspectos regressivos podem sempre estar presentes em relações adultas, e elementos de dependência podem ter lugar¹⁵⁹.

3.6.1 Um distúrbio em diferentes camadas de elaboração

Postos lado a lado as formas primitivas de elaboração imaginativa e os modos de elaboração em situações mais avançadas no amadurecimento,

¹⁵⁸ Outro exemplo é o momento em que o menino, tendo atingido a fase genital, já é capaz de vivenciar, na fantasia, tal como o adulto, as conseqüências plenas do amor edípico. Sua imaturidade fisiológica, entretanto, é um dos fatores (ao lado da intervenção paterna, que, nesse momento, segundo Winnicott, para o menino, é sentida como um alívio) impeditivos da execução do ato. Na revivência das questões edípicas na adolescência, as capacidades corpóreas e emocionais coincidem, sendo, então, o jovem capaz de matar e de copular.

¹⁵⁹ Numa relação sexual adulta, podem estar incluídos elementos regressivos como, por exemplo, a necessidade de se sentir amado incondicionalmente ou de ter todos os elementos de si-mesmo reunidos num único ato.

ficam bem claras as suas diferenças. No livro *Natureza humana*, em sessão denominada “Breve exposição sobre a asma” (Winnicott 1988 p. 183), o autor distinguiu níveis de compreensão do problema. Primeiro, o viu como resultante de relacionamentos interpessoais, conflitos entre amor e ódio decorrentes, por exemplo, do “impacto sobre a criança do inconsciente reprimido por baixo da superproteção compulsiva da mãe” (Winnicott 1988, p. 181), ou mesmo da carga emocional insuportável que uma criança pode sofrer quando do nascimento de um irmão. Segundo Winnicott, quando a análise nesse nível é bem sucedida, a criança poderá passar a tolerar a asma e a conviver com ela. Em outro nível, os significados da asma para a criança podem ser esclarecidos, quando se explora o “rico sistema de fantasias sobre o interior do peito” (Winnicott 1988, p. 182) como variação do interior da barriga – “ou para o interior genérico da psique” (Winnicott 1988, p. 181) -, quando já se atingiu o *status* de unidade. Nesse sentido, a análise permite que o paciente lide melhor com as ansiedades hipocondríacas, quando se trabalham em análise diferentes aspectos relacionados às intensas batalhas entre o bem e o mal dentro de si. Em seguida, o autor aborda a questão da memória corporal relativa ao processo do nascimento e logo depois dele. Nesse caso, durante a sessão, “a condição de ‘ser’ um bebê [e não por material mnemônico, nem mesmo sonhos] faz com que sejam revividos problemas ligados à respiração” (Winnicott 1988, p. 182). Desse modo, alguns aspectos desse tipo de problema podem ser tratados – a asfíxia, a propensão à bronquite e todo tipo de distúrbios respiratórios. Entretanto, segundo o autor, só quando o primeiro estabelecimento do si-mesmo verdadeiro no corpo é abordado se atinge a verdadeira natureza da asma, ligada às ansiedades associadas à “falta de controle sobre o que se move para dentro e para fora da unidade psíquica recém-constituída” (Winnicott 1988, p. 183). Winnicott complementa que:

É nesse ponto que a ligação filológica entre a palavra *soul* (alma) e a palavra *breath* (respiração) se torna inteligível. O vaivém da respiração se torna insuportável no caso de certas ansiedades associadas à fuga do si-mesmo verdadeiro e possivelmente oculto, de modo que no fenômeno do grito, tanto quanto no da asma, encontramos o conflito entre a necessidade de uma livre passagem para o que entra e o que sai, e a ansiedade pela falta de controle sobre o que se move para dentro e para fora da unidade psíquica recém constituída (Winnicott 1988, p. 183).

Essas distinções ilustram o modo como a compreensão das diferentes tarefas da elaboração imaginativa no percurso do amadurecimento pode ser um indicador útil para o diagnóstico de patologias diversas como o citado distúrbio psicossomático.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve por objetivo mostrar que Winnicott inaugurou uma nova teoria e abordagem psicanalítica, de cunho eminentemente psicossomático, por meio da descrição de particularidades da experiência do bebê, desde a situação uterina até o momento da constituição de um si-mesmo unitário, na etapa denominada “eu sou”.

Ressaltou-se a interpretação de que a mudança teórica e de linguagem operada pelo autor configurou um salto paradigmático, orientando-se o novo paradigma pela teoria do amadurecimento e pelo exemplar do bebê no colo da mãe, em lugar da tradicional teoria da sexualidade e de seu exemplar edípico.

Vimos que foi intrínseca à mudança teórica a consolidação de uma nova linguagem não especulativa e descritiva e que essa forma de linguagem facilitou a reaproximação do psicanalista da experiência do paciente, ensejando a idéia e a prática de uma psicanálise encarnada.

Ao elucidar as características dos momentos iniciais da existência humana e a inadequação do uso de termos metapsicológicos sobretudo nessa fase, explicitaram-se alguns conceitos fundamentais para a compreensão da teoria winnicottiana – solidão, vida, morte, destrutividade, falso e verdadeiro si-mesmo etc. –, mostrando que a aproximação daquilo que poderia ser considerado o ponto de vista do bebê é facilitada pela uso de termos descritivos, da linguagem comum, que dispensa o uso de uma linguagem técnica.

Depois de uma breve descrição da concepção winnicottiana da natureza humana, apresentaram-se os conceitos básicos do autor, esclarecendo que, segundo a visão do autor, as conquistas do

amadurecimento são intrinsecamente psicossomáticas – aspecto central de sua teoria. A explicitação desses conceitos permitiu o entendimento das preconizadas etapas do amadurecimento, que foram descritas sob a perspectiva do soma e de suas interações com o ambiente, ao longo do período tratado, ressaltando-se o modo como a elaboração imaginativa alinhava essas conquistas, hifenizando a existência do bebê por meio das articulações construídas entre psique e soma, entre o eu e o outro, entre o subjetivo e o objetivo etc.

Enfatizou-se a importância do ambiente nessa modalidade psicanalítica, considerando-se satisfatório aquele que facilita as várias tendências herdadas e promove o máximo desenvolvimento possível de acordo com essas tendências. Vimos que o ambiente descrito por Winnicott é efetivo e que não estão em jogo apenas os aspectos da fantasia da mãe sobre o bebê, mas também sua capacidade de traduzir esse amor em cuidados físicos, segurando e manipulando seu bebê de modo que ele se sinta seguro e integrado, e não denunciando a qualidade externa dos cuidados, ou seja, preservando a qualidade subjetiva e criativa da experiência do bebê. Ressaltou-se ainda que o ambiente facilitador não é biológico ou maquinal, mas humano, assinalando-se a importância da *presença viva* e da espontaneidade da mãe e mostrando que os cuidados, embora físicos, são pessoais, parte de um relacionamento – o que vai de encontro com a crença arraigada no meio médico de que, nos primeiros momentos, tudo de que o bebê precisa se restringe ao cuidado físico. O entendimento do papel do ambiente na teoria winnicottiana iluminou a compreensão das características de sua clínica, que é essencialmente encarnada e não meramente verbal, já que ela se baseia no modelo das relações iniciais, pré-verbais, entre a mãe e o bebê.

Vimos que a sustentação que a mãe dá ao bebê está atravessada pelo modo como ela experiencia seu próprio corpo e o contato físico, desde a situação em que precisa elaborar as transformações somáticas na gestação até quando, na amamentação, oferece um pedaço de si para ser “comido” de forma excitada. A sustentação depende também do modo como a mãe se sintoniza com as necessidades pré-verbais do bebê, possibilitando ou não que a comunicação seja parte desse relacionamento.

Assinalou-se que, inicialmente, o bebê mama em si mesmo – cria o leite, o seio, a mãe e o ambiente –, mas que, para que a experiência seja efetiva, não basta alucinar: o sentido de realidade do gesto depende de que a mãe venha ao seu encontro para concretizá-lo e da qualidade desse encontro.

Vimos que as trocas entre a mãe e o bebê por meio dos contatos corporais tranquilos asseguram sentimentos essenciais ao bebê como o de continuar a existir, respirar, ser olhado, ser reunido, estar firmemente seguro e viver de acordo com seus ciclos corpóreos. A sensibilidade da mãe também facilita que o bebê, por meio seus gestos excitados, entre em contato com o mundo através da ilusão e elabore imaginativamente as funções, as sensações e os sentimentos primitivos. Os contatos não movidos por impulsos excitados dão o enquadre para a elaboração dos contatos excitados e a comunicação nos dois estados permite que as excitações primitivas – sejam provenientes da fome ou das vertentes erótica e agressiva – sejam paulatinamente integradas ao si-mesmo, que se constitui aos poucos, e às relações duais e triádicas que terão lugar em algum momento.

Mostrou-se que, quando tudo corre bem, o relacionamento inicial é subjetivo, permitindo que o bebê crie o mundo e elabore imaginativamente

os acontecimentos. Aos poucos, ele constitui outros recursos imaginativos e mentais que pavimentam o caminho para a separação gradual da mãe e para o desmame. Destacou-se o uso do polegar para ilustrar o desenvolvimento do espaço potencial entre o bebê e a mãe e fornecer um protótipo da passagem da criatividade primária ou mundo subjetivo ao objetivamente percebido, em que as projeções passam a ajudar o bebê a conhecer os objetos, mas não são mais o motivo pelo qual o objeto existe.

Dentre as etapas do amadurecimento, abordou-se o momento em que o bebê se reconhece separado do ambiente e se explicitou que essa mesma aquisição, que constitui um enorme avanço, expõe o bebê a uma situação de tremenda vulnerabilidade, porque ele aí já se sabe dependente, e sua membrana como pessoa separada do ambiente é tão frágil quanto a casca de um ovo e pode se quebrar. Para ilustrar esse momento difícil da constituição do si-mesmo, Winnicott lançou mão dos versos infantis do imaginário inglês tal como aparecem em *Aventuras de Alice*, de Lewis Carroll (1980):

<i>Humpty Dumpty sat on a wall</i>	Humpty Dumpty em um muro se sentou
<i>Humpty Dumpty had a great fall</i>	Humpty Dumpty lá de cima despencou
<i>All the King's horses</i>	Erguê-lo não podem os cavalos do rei, nem
<i>All the King's men</i>	Mesmo todos os cavaleiros do rei, também.
<i>Could not put Humpty together again</i>	

Vimos que, quando conquista a externalidade, o bebê espera o retorno da destrutividade empregada para a colocação do objeto para fora do mundo subjetivo, sentindo-se infinitamente exposto. Por outro lado, quando a etapa é vivida de forma saudável, ele dá mais um passo para a integração de sua instintualidade, pois o mundo – que impõe sua presença viva, a despeito dos ataques, das idéias destrutivas e da voracidade do amor excitado do bebê –

lhe prova que não precisa ser protegido, que já existia antes de ter sido criado por ele e que continuará existindo. Assim, libera-se a potencialidade instintiva e passam a ter lugar as fantasias agressivas inconscientes. Inversamente, quando a etapa é mal-sucedida, podem-se deflagrar cisões defensivas e, à maneira de Humpty Dumpty, mesmo uma grande equipe de profissionais pode encontrar problemas para juntar os pedaços de uma pessoa nessa condição e, particularmente, para facilitar a reunião das experiências psíquicas e somáticas, que insistem em se manter separadas.

Foi visto que, no período em que o bebê reconhece que é a mesma pessoa nos dois estados, tranqüilo e excitado, e começa a reconhecer também a mãe também como uma única pessoa, têm início as elaborações sobre os efeitos dos ataques excitados no corpo do outro e dentro de si. Na saúde, os instintos e o afeto se integram, conquista-se a capacidade para a depressão saudável e inaugura-se o crescimento de um mundo interno pessoal.

O jogo da espátula foi trazido como a situação emblemática do momento em que o bebê está apto a fazer uso do objeto (ou do seio) para alimentar-se dele como fonte diferente de si e para se enriquecer com a experiência, podendo mesmo livrar-se dele e elaborar os efeitos desse gesto.

Mostrou-se que, se durante um período de tempo suficiente a mãe recebe os presentes do bebê – que podem ser um sorriso, um excremento ou qualquer objeto significativo –, ele se torna capaz de reparar criativamente os estragos resultantes da destrutividade inerente ao viver. Ao contrário do adulto que, em geral, pode fazer reparações por meio do trabalho, os recursos do bebê são incipientes, e ele depende do amor e da sensibilidade de um adulto para ter reconhecidos seus gestos e suas contribuições, o que facilita que ele identifique o bom dentro de si, para poder contribuir

criativamente para com o ambiente; nesse sentido, o brincar criativo é também reparador. Mas, para que isso aconteça, o bebê precisa ter incorporado as experiências satisfatórias – cheiros, sons, texturas, forças –, objetos que darão o estofamento para que o que é bom vença o que é mau dentro dele.

Finalmente, destacaram-se alguns dos percalços que pode enfrentar a interação da anatomia viva com o ambiente, eventualmente dificultando-se o alojamento da psique no soma e a integração da instintualidade e também o fato de que o esquema corporal carrega os fracassos do ambiente, que permanecem encravados na forma de uma organização corporal que é testemunha do não acontecido, ou não experienciado, mostrando que é inerente à clínica winnicottiana a possibilidade da regressão às etapas em que se deu o trauma, sendo possível que se retome, desse modo, a linha do amadurecimento psicossomático do ponto em que ele ficou estancado ou que se reúnam as partes que ficaram dissociadas.

E vimos também que, quando as etapas iniciais são vividas de maneira saudável, as funções são integradas e se constitui um esquema corporal consistente que habilita a pessoa a enfrentar as dificuldades inerentes à vida e lhe faculta a fruição mais plena da vida e das experiências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A citação das obras de Winnicott, inclusive as que estão no corpo do texto, segue a bibliografia compilada pelo Prof. Dr. Knud Hjulmand, do Departamento de Psicologia da Universidade de Copenhague, cujo critério é o ano da primeira publicação do artigo ou do livro do autor. No corpo do texto, após a menção do ano de publicação, dou a página em que se encontra a citação, nas edições brasileiras. A bibliografia feita pelo Prof. Dr. Hjulmand foi reproduzida no número 2 do 1º volume de *Natureza Humana* – Revista de Filosofia e Psicanálise, 1999.

Abram, Jan 1996. *The Language of Winnicott: a Dictionary of Winnicott's use of words*. Londres: Karnac Books.

Abraham, Karl 1970. *Teoria psicanalítica da libido*. Rio de Janeiro: Imago.

Bettarello, Sérgio Vieira; Segre, Carlos David (orgs.) 2006. *Saúde e liberdade*. Campinas: Livro Pleno.

Birman, Joel 1999. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Bogéa, Inês (ed.) 2002. *Kazuo Ohno*. São Paulo: Cosac & Naify.

Bogomoletz, Davy 1990. “Nota introdutória à tradução” [brasileira] de Winnicott 1988.

_____. 2001. Resenha de Jan Abram 2000: *A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*”, *Natureza Humana*, vol. 3, n. 1, pp. 177-186.

Carrol, Lewis 1980. *Aventuras de Alice*. Trad.: Sebastião Uchoa Leite. São Paulo: Summus.

Deleuze, Gilles 2003. *Francis Bacon: The Logic of Sensation*. Trad.: Daniel W. Smith. London: Continuum.

Dias, Elsa O. 2003. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

_____ 1997. “A regressão à dependência e o uso terapêutico da falha do analista”, in Outeiral e Abadi 1997: *Donald Winnicott na América Latina*. Rio de Janeiro: Revinter.

_____ 1999a. “Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica”, *Natureza Humana*, vol. 1, n. 2, pp. 283-322.

_____ 2000. “A agressividade e teoria do amadurecimento”, *Natureza Humana*, vol. 2, n. 1, pp. 9-49.

_____ 2002. “Da sobrevivência do analista”, *Natureza Humana*, vol. 4, n. 2, p. xxx.

Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda 1986. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Freud, Anna 1968 [1946]. O ego e os mecanismos de defesa. Rio de Janeiro: B.U.P. vol. 79.

Fulgêncio, Leopoldo 2001. *O método especulativo em Freud*. Tese de doutorado em Psicologia Clínica, PUC/SP.

Glover, Edward 1956 [1932). *On The Early Development of Mind*. Londres: Imago.

Jones, Amelia (ed.) 2000. *The Artist's Body*. London/New York: Phaidon Press Limited.

Khan, Masud 1978. Prefácio à: Winnicott 1978: *Textos Seleccionados: da Pediatria à Psicanálise*, Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Kuhn, Thomas. S. 1970. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: The University of Chicago Press.

Laplanche, J. & Pontalis, J-B. 1986 [1967]. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Laurentiis, Vera Regina Ferraz de 2006. “Corpo: imagem ou devir?”, in Bettarello, Sérgio Vieira; Segre, Carlos David (orgs.) 2006, pp. 137-163.

Lins, Maria Ivone Accioly; Luz, Rogério 1998. *D. W. Winnicott: experiência clínica & experiência estética*. Rio de Janeiro: Revinter.

Loparic, Zeljko 1991. “Um olhar epistemológico sobre o inconsciente freudiano”, in Knobloch, F. (org.) 1991, pp. 43-58.

_____ 1996. “Winnicott e o pensamento pós-metafísico”, *Psicologia USP*, vol. VI, n. 2, pp. 39-61. xxx

_____ 1997a. “Winnicott: uma psicanálise não-edipiana”, *Percurso*, ano IX, n. 17: 41-47. Reeditado em 1997: *Revista de Psicanálise da SPPA*, vol. IV, n. 2, pp. 375-387.

_____ 1997b. “Winnicott e Melanie Klein: conflitos de paradigmas”, in Catafesta, I.F.M. 1997: *A Clínica e a Pesquisa no final do século: Winnicott e a Universidade*. São Paulo: Lemos, pp. 43-60.

_____ 1997c. “A máquina no homem”, *Psicanálise e universidade – Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psicanálise da PUCSP*, n. 7, pp. 97-115.

_____ 1999a. “O conceito de *Trieb* na psicanálise e na filosofia”, in Machado Jorge A. T. (org.) 1999, pp. 97-157.

_____ 1999b. “Heidegger and Winnicott”, *Natureza Humana*, vol. 1, n. 1, pp. 103-135.

_____ 1999c. “É dizível o inconsciente?”, *Natureza Humana*, vol. 1, n. 2, pp. 323-385.

_____ 1999d. “A teoria winnicottiana do amadurecimento pessoal”, *Infanto*, vol. II, suplemento I, pp. 21-23.

_____ 2000a. “A moralidade e o amadurecimento”, *Anais do IX Encontro Latino-Americano sobre o pensamento de D. W. Winnicott*, pp. 300-316.

_____ 2000b: “O ‘animal humano’”, *Natureza Humana*, vol. 2, n. 2, pp. 351-397.

_____ 2000c. “Is the Enlightenment an Outdated Program?” *Proceedings of the Twentieth World Congress of Philosophy*, vol. 7, pp. 211-220, Philosophy Documentation Center, Bowling Green State University. (Versão corrigida e substancialmente modificada de Loparic 1994.)

_____ 2001a. “Além do inconsciente”, *Natureza Humana*, vol. 3, n. 1, pp. 91-140.

_____ 2001b. “Esboço do paradigma winnicottiano”, *Cadernos de História e Filosofia da Ciência*, vol. 11, n. 2.

_____ 2005. “Elementos da teoria winnicottiana da sexualidade”, *Natureza Humana*, vol. 7, n. 2.

Luz, Rogério 1989. “O espaço potencial: Winnicott”, *Percurso*, n. 3, pp. 25-32.

_____ 1990. “Winnicott e a experiência artística”, *PSI - Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. 24 n. 2, pp. 179-190.

_____ 1999. “Giacometti: a tarefa interminável”, *Natureza Humana*, vol. 1, n. 2, pp. 387-403.

_____ 2000. “O corpo desfeito por Francis Bacon”, *Natureza Humana*, vol. 2, n. 2, pp. 301-328.

Outeiral, José O. 1994. “Apresentação à edição brasileira” de *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Rodman, Robert 1987. “Prefácio” a Winnicott 1987b, São Paulo: Martins Fontes, 1990.

Safra, Gilberto 1999. *A face estética do self: teoria e clínica*. São Paulo: Unimarco.

Santi, Pedro Luiz Ribeiro de 1998. *A construção do eu na Modernidade*. Ribeirão Preto: Holos.

Sechehaye, M. A. 1988. *La realización simbólica y diário de una esquizofrênica*. México: Fondo de Cultura Econômica.

Vilete, Edna P. 2000. “Sobre *O homem morto que caminha*”, *Natureza Humana*, vol. 2, n. 1, pp. 149-164.

Winnicott, Clare 1984. Introdução a Winnicott 1984a: *Privação e delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes.

_____ 1989 [1988]. “D. W. Winnicott: uma reflexão”, in Winnicott 1989a (W19).

Winnicott, Donald Woods 1931g. “Agitação”, in Winnicott 1958a (W6).

_____ 1931p. “Notas sobre normalidade e ansiedade”, in Winnicott 1958a (W6).

_____ 1939. “Desilusão precoce”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1941b. “Observação de bebês numa situação padronizada”, in Winnicott 1958a (W6).

- _____ 1945c [1944]. “Alimentação do bebê”, in Winnicott 1964a (W7).
- _____ 1945d. “Desenvolvimento emocional primitivo”, in Winnicott 1958a (W6).
- _____ 1945g. “O pensar e o inconsciente”, in Winnicott 1986 (W14).
- _____ 1947a. “A criança e o sexo”, in Winnicott 1964a (W7).
- _____ 1947b. “Mais idéias sobre os bebês como pessoas”, in Winnicott 1964a (W7).
- _____ 1948b. “Pediatria e psiquiatria”, in Winnicott 1958a (W6).
- _____ 1949b. “O bebê como uma organização em marcha”, in Winnicott 1964a (W7).
- _____ 1949c. “O bebê como pessoa”, in Winnicott 1964a (W7).
- _____ 1949e. “O fim do processo digestivo”, in Winnicott 1964a (W7).
- _____ 1949f [1947]. “O ódio na contratransferência”, in Winnicott 1958a (W6).
- _____ 1949k. “O desmame”, in Winnicott 1964a (W7).
- _____ 1949m. “O mundo em pequenas doses”, in Winnicott 1964a (W7).
- _____ 1953a [1952]. “Psicose e cuidados maternos”, in Winnicott 1958 a (W6).
- _____ 1953c [1951]. “Objetos transicionais e fenômenos transicionais”, in Winnicott 1971a (W10).
- _____ 1954a [1949]. “A mente e sua relação com o psique-soma”, in Winnicott 1958a (W6).

_____ 1955c [1954]. “A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal”, in Winnicott 1958a (W6).

_____ 1955d [1954]. “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico”, in Winnicott 1958a (W6).

_____ 1955e [1954]. “Retraimento e regressão”, in Winnicott 1958a (W6).

_____ 1956a [1955]. “Formas clínicas da transferência”, in Winnicott 1958a (W6).

_____ 1957d [1939]. “Agressão e suas raízes”, in Winnicott 1984a (W13).

_____ 1957l [1950]. “Instintos e dificuldades normais”, in Winnicott 1964a (W7).

_____ 1957m [1950]. “Saber e aprender”, in Winnicott 1987a (W16).

_____ 1957n [1949]. “Um homem encara a maternidade”, in Winnicott 1964a (W7).

_____ 1957o. “A contribuição da mãe para a sociedade”, in Winnicott 1986b (W14).

_____ 1958a (W6). *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Londres: Tavistock Publications. Trad.: Davy Bogomoletz: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____ 1958b [1950]. “A agressividade e sua relação com o desenvolvimento emocional”, in 1958a (W6).

_____ 1958c [1856]. “A tendência anti-social”, in Winnicott 1984a (W13).

_____ 1958d [1952]. “Ansiedade associada à insegurança”, in Winnicott 1958a (W6).

_____ 1958f [1949]. “Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade”, in Winnicott 1958a (W6).

_____ 1958g [1957]. “A capacidade para estar só”, in Winnicott 1965b (W9).

_____ 1958i [1957]. “Sobre a contribuição da observação direta da criança para a psicanálise”, in Winnicott 1965b (W9).

_____ 1958j. “O primeiro ano de vida: uma nova visão sobre o desenvolvimento emocional”, in Winnicott 1965a (W8).

_____ 1958m [1956]. “Pediatria e neurose na infância”, in Winnicott 1958a (W6).

_____ 1958n [1956]. “A preocupação materna primária”, in Winnicott 1958a (W6).

_____ 1958o [1956]. “Psicanálise do sentimento de culpa”, in Winnicott 1965b (W9).

_____ 1958p [1948]. “A reparação relativa à defesa organizada da mãe contra a depressão”, in Winnicott 1958a (W6).

_____ 1960a. “Contratransferência”, in Winnicott 1965b (W9).

_____ 1960b. “Cordão: uma técnica de comunicação”, in Winnicott 1965b (W9).

_____ 1960c. “Teoria do relacionamento paterno-infantil”, in Winnicott 1965b (W9).

_____ 1962c [1961]. “Observações adicionais sobre a teoria do relacionamento parento-filial”, in Winnicott 1996a (W21).

_____ 1963a [1962]. “Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica”, in Winnicott 1965b (W9).

_____ 1963b [1962]. “O desenvolvimento da capacidade de se preocupar”, in Winnicott 1965b (W9).

_____ 1963c. “Os doentes mentais na prática clínica”, in Winnicott 1965b (W9).

_____ 1963d. “Moral e educação”, in Winnicott 1965b (W9).

_____ 1963g. “Treinamento para psiquiatria de crianças”, in Winnicott 1965b (W9).

_____ 1964a (W7) *The child, the family and the Outside World*, Londres: Penguin Books. Trad.: *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

_____ 1964c. “O recém-nascido e sua mãe”, in Winnicott 1987a (W16).

_____ 1964d. “Raízes da agressão”, parte de “Agressão e suas raízes”, in Winnicott 1984a (W13).

_____ 1964e [1963]. “O valor da depressão”, in Winnicott 1986b (W14).

_____ 1964h. “Resenha de *Memories, Dreams, Reflections*, de C. J. Jung”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1965a (W8). *The Family and Individual Development*, Londres: Tavistock Publications Ltd. Trad.: *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.

_____ 1965b (W9). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, Londres: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. Trad.: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____ 1965h [1959-1964]. “Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?”, in Winnicott 1965b (W9).

_____ 1965j [1963]. “Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos”, in Winnicott 1965b (W9).

_____ 1965m [1960]. “Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self”, in Winnicott 1965b (W9).

_____ 1965n [1962]. “A integração do ego no desenvolvimento da criança”, in Winnicott 1965b (W9).

_____ 1965r [1963]. “Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo”, in Winnicott 1965b (W9).

_____ 1965va [1962]. “Enfoque pessoal da contribuição kleiniana”, in Winnicott 1965b (W9).

_____ 1965vc [1962]. “Provisão para a criança na saúde e na crise”, in Winnicott 1965b (W9).

_____ 1965vf [1960]. “O relacionamento inicial da mãe com o filho”, in Winnicott 1965a (W8).

_____ 1965vg [1960]. “Segurança”, in Winnicott 1993a (W20).

_____ 1966d [1964]. “A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1967b. “A localização da experiência cultural”, in Winnicott 1971a (W10).

_____ 1967c. “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil”, in Winnicott 1971a (W10).

_____ 1968c [1967]. “O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1968d. “A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências”, in Winnicott 1987a (W16).

_____ 1968f [1967]. “O ambiente saudável na infância”, in Winnicott 1987a (W16).

_____ 1968g. “O inter-relacionamento em termos de identificações cruzadas”, parte de “Inter-relacionar-se independentemente do impulso instintual e em função de identificações cruzadas”, in Winnicott 1971a (W10).

_____ 1968i [1967]. “O brincar: uma exposição teórica”, in Winnicott 1971a (W10).

_____ 1969b [1968]. “A amamentação como forma de comunicação”, in Winnicott 1987a (W16).

_____ 1969i [1968]. “O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1969g. “Sobre outras formas de tratamento – Fisioterapia e relações humanas”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1970^a. “A dependência nos cuidados infantis”, in Winnicott 1987a (W16).

_____ 1970b [1969]. “A experiência mãe-bebê de mutualidade”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1971a (W10). *Playing and Reality*, England: Penguin Books. Trad.: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____ 1971d [1970]. “As bases para o si-mesmo no corpo”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1971f [1967]. “O conceito de indivíduo saudável”, in Winnicott 1986 (W14).

- _____ 1971g. “A criatividade e suas origens”, in Winnicott 1971a (W10).
- _____ 1971h. “Sonhar, fantasiar e viver: uma história clínica que descreve uma dissociação primária”, in Winnicott 1971a (W10).
- _____ 1971i. “Inter-relacionar-se independentemente do impulso instintual e em função de identificações cruzadas”, in Winnicott 1971a (W10).
- _____ 1971q. “O lugar em que vivemos”, in Winnicott 1971a (W10).
- _____ 1971r. “O brincar: a atividade criativa e a busca do eu (*self*)”, in Winnicott 1971a (W10).
- _____ 1971va [1966]. “Os elementos masculinos e femininos cindidos encontrados em homens e mulheres”, in Winnicott 1989a (W19).
- _____ 1971vb. Introdução a *O brincar e a realidade*, in Winnicott 1971a (W10).
- _____ 1971vc. Introdução à parte um de Winnicott 1971b (W11).
- _____ 1972c [1968-69]. “Resposta a comentários”, III parte do capítulo 28 de Winnicott 1989a (W19).
- _____ 1974. “O medo do colapso”, in Winnicott 1989a (W19).
- _____ 1984c [1960]. “Agressão, culpa e reparação”, in Winnicott 1986 (W14).
- _____ 1984h [1968]. “*Sum*: eu sou”, in Winnicott 1986b (W14).
- _____ 1986a (W15). *Holding and Interpretation. Fragment of an Analysis*, Londres: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. Trad.: *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- _____ 1986b (W14). *Home is Where We Start From*, Londres: Penguin Books. Trad.: *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

_____ 1986e [1964]. “O conceito de falso *self*”, in Winnicott 1986b (W14).

_____ 1986h [1970]. “Vivendo de modo criativo”, in Winnicott 1986 (W14).

_____ 1986k [1961]. “Psicanálise e ciência: amigas ou parentes?”, in Winnicott 1986 (W14).

_____ 1987a (W16). *Babies and Their Mothers*, Londres: Free Association Books. Trad.: *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

_____ 1987b (W17). *Selected Letters of D.W.Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. Trad.: *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____ 1987c [1966]. “As origens do indivíduo”, in Winnicott 1987a (W16).

_____ 1987e [1966]. “A mãe dedicada comum”, in Winnicott 1987a (W16).

_____ 1988 (W18). *Human Nature*. Londres: Winnicott Trust. Trad.: *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____ 1989a (W19). *Psychoanalytic Explorations*. Londres: Karnac Books. Trad.: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____ 1989d [1965]. “O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989g [1939]. “Desilusão precoce”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989h [1957]. “A excitação na etiologia da trombose coronária”, in Winnicott 1989a (W19)

_____ 1989j [1956]. “Fragmentos referentes a variedades de confusão clínica”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989m [1964]. “A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise”, Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989n [1970]. “Individuação”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989s [1965]. “Uma nova luz sobre o pensar infantil”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989va [década de 60]. “Notas sobre o relacionamento mãe-feto”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989vb [1965]. “Notas sobre retraimento e regressão”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989vc [1959]. “Nada no centro”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989vf. “Um ponto de técnica”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989vk [1965]. “A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989vl [1961]. “Psiconeurose na infância”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989vm [1969]. “Nota adicional sobre o transtorno psicossomático”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989vs [1963]. “Duas notas sobre o uso do silêncio”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989vt [1968]. “Ilustração clínica de ‘O uso de um objeto’”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989vu [1968]. “Comentários sobre meu artigo ‘O uso de um objeto’”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989vv [1963]. “Um sonho de D.W.W. relacionado a uma resenha de um livro de Jung”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989xa [1969]. “O uso de um objeto no contexto de *Moisés e o monoteísmo*”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989xb [1968]. “O uso da palavra *uso*”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989xf [1962]. “Primórdios de uma formulação de uma apreciação e crítica do enunciado kleiniano da inveja”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989xg [1969]. “Contribuição a um simpósio sobre inveja e ciúme”, in Winnicott 1989a (W19).

_____ 1989xh [1968]. “Raízes da agressão”, parte do cap. 53 de Winnicott 1989a (W19).

_____ 1993a (W20). *Talking to Parents*, Londres: The Winnicott Trust. Trad.: *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

_____ 1993h [1956]. “O que sabemos a respeito de bebês que chupam pano?”, in Winnicott 1993a (W20).

_____ 1996a (W21). *Thinking about Children*, Londres: Karnac Books *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.