



Coleção Psicanálise

Winnicottiana

Depressão na obra de Winnicott

Ariadne Alvarenga Rezende
Engelberg de Moraes

Duwe

Ariadne Alvarenga Rezende
Engelberg de Moraes

Depressão na obra de Winnicott

Dine

Sumário

Prefácio

Introdução

1. Contextualizando a depressão
2. Psicanálise e psiquiatria: perspectiva histórica
3. Clínica da depressão: a dúvida
4. Sobre etiologia
5. Da perspectiva freudiana para a perspectiva de Winnicott
6. Organização dos capítulos

Capítulo 1 – A teoria da depressão em Freud

1. Introdução
2. O lugar da depressão na teoria freudiana
3. Modo de teorização de Freud
4. Modelos especulativos em Freud
5. Aproximação de Freud com o tema da melancolia
 - 5.1 A mãe que não podia amamentar
 - 5.2 Dos “Rascunhos” a Abraham
6. Análise dos “Rascunhos”
7. Considerações freudianas até chegar a “Luto e melancolia”
8. “Luto e melancolia”
 - 8.1 Sobre o tema
 - 8.2 Luto
 - 8.3 Melancolia
 - 8.4 Comparação empírica entre luto e melancolia
 - 8.5 Algumas dificuldades

9. Teorizações após “Luto e melancolia”

10. Melancolia e complexo de Édipo

Capítulo 2 – Winnicott e a pesquisa psicanalítica: a depressão como foco de preocupação

1. Introdução

2. Deficiências da teoria freudiana como incentivo para a pesquisa em psicanálise

3. Depressão como um aspecto da necessidade de mudança de rumo

4. Uma nova posição teórica

5. Desenvolvimentos atuais: psicanálise e psicopatologia

6. Questão do paradigma e sua relação com a teoria da depressão

Capítulo 3 – O ser saudável e o ser não saudável como uma possibilidade da existência

1. Introdução

2. Pensamento de Winnicott

3. Teoria do amadurecimento pessoal

3.1 Considerações a respeito do ambiente

3.2 Desenvolvimento emocional e amadurecimento pessoal

3.3 Orientação para a saúde

3.4 Conceitos de saúde e doença e o sentido de realidade

3.5 Defesa do falso si-mesmo

3.6 Depressão e saúde

4. Experiência do nascimento e defesa do falso si-mesmo

5. Teoria do nascimento e fator “tempo”

6. Integração em um EU unitário – a condição primordial

7. Unidade psique-soma: condição para a existência psicossomática

7.1 Existência psicossomática *versus* oposição mente e corpo

8. Mundo pessoal

Capítulo 4 – O estágio do pré-concernimento

1. Introdução
2. Passagem do incompadecimento para o concernimento
 - 2.1 Origem da agressividade
 - 2.2 Fusão dos elementos agressivos e instintivos
 - 2.3 Fusão dos instintos e capacidade para a ambivalência
 - 2.4 Criação da externalidade
 - 2.5 Destruição e sobrevivência da mãe
 - 2.6 Capacidade de fantasiar e inconsciente

Capítulo 5 – Estágio do concernimento: a conquista da capacidade para deprimir-se

1. Introdução
2. Características gerais do estágio do concernimento
3. Importância do ambiente
4. Conquista do concernimento, estados depressivos e análise
5. Teoria do estágio do concernimento e capacidade para deprimir-se
 - 5.1 Momentos iniciais do estágio do concernimento – a mãe como pessoa
 - 5.2 Dificuldades associadas à experiência instintiva e separação entre fatos e fantasias.
 - 5.3 Sentimento de culpa e conquista do concernimento
 - 5.4 Ambiente e capacidade de reparação
 - 5.5 Círculo benigno e capacidade para a ambivalência
 - 5.6 Círculo benigno e conquista de um ambiente interno
 - 5.7 Quando o círculo benigno é quebrado
6. Crescimento do mundo interno
 - 6.1 Incorporação, introjeção e projeção
 - 6.2 Depressão: mundo pessoal *versus* aparelho psíquico

7. Tarefas maternas: base para a noção de valor, afeto e liberdade para ser
8. Capacidade para deprimir-se e valor da depressão
9. Modo de deprimir-se – indicativo de maturidade pessoal e força do ego

Capítulo 6 – A teoria winnicottiana da depressão

1. Introdução
2. Teoria geral da depressão
3. Depressão – modo de administrar o mundo pessoal
 - 3.1 Estados depressivos e outros mecanismos de defesa
 - 3.2 Brincar e sonhar
 - 3.3 Ação construtiva
 - 3.4 Importância da precisão do diagnóstico para os estados depressivos
4. Depressão reativa
 - 4.1 Depressão reativa simples
 - 4.2 Tratamento da depressão reativa
 - 4.3 Depressão reativa patológica e experiência da perda
 - 4.4 Diferença entre depressão reativa patológica e luto
5. Depressões psicóticas e neurose
 - 5.1 Depressão psicótica e neurose obsessiva
 - 5.2 Diferença entre depressões reativas e depressões psicóticas
6. Depressões psicóticas – as impurezas do humor deprimido
 - 6.1 Fracassos de organização do ego
 - 6.2 Delírios persecutórios
 - 6.3 Depressão caracterizada em termos hipocondríacos
 - 6.4 Defesa maníaca ou hipomania
 - 6.5 Oscilação maníaco-depressiva

6.6 Exagero das fronteiras do ego

6.7 Impurezas na melancolia e no mau humor

7. Diagnóstico e classificação das doenças psíquicas

8. Nota sobre o suicídio

Conclusão

Referências

Sobre a autora

Prefácio

O livro que o leitor tem em mãos é a tese de doutorado de Ariadne Alvarenga Rezende Engelberg de Moraes, defendida em novembro de 2005 no Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, sob a orientação do Prof. Dr. Zeljko Loparic. O texto preserva basicamente a estrutura e o conteúdo da versão original.

O trabalho de Ariadne representa uma valiosa contribuição aos estudos winnicottianos e à psicanálise em geral, pois a apresentação abrangente e articulada que a autora faz dos vários elementos que compõem a teoria winnicottiana das depressões, sua natureza e etiologia, formulada por Winnicott à luz da teoria do amadurecimento, permite ao leitor apreciar a perspectiva inteiramente nova, de compreensão e tratamento, que ele oferece desse distúrbio. Como bem explicita Winnicott, e Ariadne com ele, os estados depressivos, a não ser quando pensados apenas em termos bioquímicos, desafiam os especialistas, sobretudo em razão da complexidade que resulta de suas múltiplas faces e origens, cada qual exigindo, inclusive do ponto de vista da clínica, diferentes abordagens e atitudes terapêuticas.

A tese de Ariadne insere-se no conjunto de estudos que vêm sendo produzidos, a partir dos anos 1990, na Unicamp e na PUC-SP, de acordo com a linha de pesquisa sobre a psicanálise elaborada por Loparic e aprimorada pelas contribuições de seus colaboradores. Inicialmente, os pesquisadores envolvidos eram os seus orientandos, participantes do Grupo de Pesquisa em Filosofia e Práticas Psicoterápicas (GrupoFPP), criado em 1995 na PUC-SP, e atualmente sediado na Unicamp. A partir de 2005, juntaram-se a esses outros pesquisadores, reunidos, desde então, na Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana (SBPW).

A linha de pesquisa é baseada, entre outros, nos seguintes pressupostos: 1) a contribuição winnicottiana à psicanálise pode ser analisada e articulada em termos da teoria kuhniana das crises científicas, revoluções científicas e de paradigmas; 2) a pesquisa revolucionária de

Winnicott foi motivada pela crise da psicanálise tradicional (freudiana), devida ao acúmulo de problemas anômalos, em especial os relativos aos bebês ainda na lactância, cujas dificuldades foram emparelhadas, por Winnicott, às das psicoses; 3) a situação exemplar do novo paradigma winnicottiano não é mais o Édipo, a criança na cama da mãe, mas o bebê no colo da mãe; 4) por ter produzido um novo paradigma dessa disciplina, Winnicott introduziu uma revolução científica na psicanálise; 5) a generalização-guia é a teoria do amadurecimento e não, como no paradigma freudiano, a teoria da sexualidade; 6) a metapsicologia freudiana é substituída por um horizonte filosófico que pode ser articulado, ainda que apenas parcialmente, com base na analítica existencial de Heidegger; 7) a teoria do amadurecimento é o quadro geral para o estudo das necessidades fundamentais de um recém-nascido e das condições ambientais que favorecem, ou falham em favorecer, a esse bebê, que ele cresça de maneira saudável e faça a “longa jornada” que vai da dependência absoluta à independência relativa; 8) é, igualmente, o horizonte para o estudo da natureza e etiologia dos distúrbios psíquicos; 9) é a base e o guia da clínica winnicottiana.

Antes de 2005, já haviam sido produzidos, no GrupoFPP, estudos que analisavam, de modo preciso, o paradigma antigo, freudiano, e o novo, winnicottiano. Loparic explicitou, em vários textos, não apenas a estrutura interna do paradigma winnicottiano, cotejando-o com o freudiano, mas foram sendo estudados alguns fenômenos e problemas que advinham da nova concepção de natureza humana. Eu mesma, desde início da década de 1990, dediquei-me a pesquisar toda a obra de Winnicott, além da de seus comentadores da época, reunindo e articulando os elementos que permitissem uma apresentação unitária do seu pensamento, tendo como eixo central a sua teoria do amadurecimento – designação esta que a língua portuguesa permitiu, e que eu mesma e Loparic entendemos estaria mais de acordo com o significado que Winnicott queria dar ao termo *maturation*. Essa teoria, que continua praticamente desconhecida em vários grupos psicanalíticos, nacionais e internacionais, inclusive entre os que se interessam por Winnicott, revelou-se, verdadeiramente, tal como o próprio autor afirmou, o *backbone* do seu pensamento e, em particular, de sua teoria dos distúrbios psíquicos, constituindo o horizonte necessário das pesquisas que daí se seguem.

Sobre esse horizonte, então, como era de se esperar, vários trabalhos desdobraram seus temas específicos, seja a fases ou a aspectos da natureza humana – a adolescência, o conceito de ambiente na psicanálise

winnicottiana, a criatividade, a sexualidade, os aspectos dissociados na formação da identidade de gênero, a constituição psicossomática do eu –, seja à nova formulação winnicottiana, à luz da teoria do amadurecimento, sobre a natureza e a etiologia dos distúrbios psíquicos – as psicoses, a tendência antissocial, o suicídio, a depressão, que é o objeto do presente estudo, a agressividade, os transtornos psicossomáticos, a depressão infantil aplicada a um caso clínico, o autismo, a neurose. Outros ainda foram dedicados aos aspectos clínicos do paradigma winnicottiano, relevantes para vários desses distúrbios, examinando temas tais como a clínica do autismo, a transferência, as consultas terapêuticas. Por fim, não faltaram trabalhos dedicados à aplicação da psicanálise winnicottiana a problemas não estritamente clínicos, tais como adoção ou rotinas neonatais.

No início, a temática das depressões, que ocupa um lugar bastante central na obra de Winnicott, era relativamente pouco estudada no GrupoFPP. Com o tempo, isso foi mudando. Em 2004, o IX Colóquio Winnicott, organizado por Loparic e pelo GrupoFPP, teve por tema “A teoria e a clínica das depressões” e, nesse mesmo ano, a disciplina regular, oferecida por Loparic, para alunos do doutorado, teve por tema “A origem e o sentido da moral em Freud e Winnicott”. Nele, o filósofo tratou, detalhadamente, do estágio do concernimento como o período no qual se origina o senso de responsabilidade, da criança, com respeito aos resultados de sua impulsividade instintual.

Tendo iniciado os estudos para a sua tese de doutorado no início dos anos 2000 e, naturalmente, durante toda a gestação da mesma, Ariadne mergulhou nessa atmosfera de férteis discussões, podendo contar com todo o debate em pauta e com os resultados das pesquisas, obtidos anteriormente ou nessa mesma época, por outros membros do GrupoFPP. Isso fica claro em seu trabalho, como o leitor bem poderá notar, pois Ariadne retoma e valoriza vários desses resultados do GrupoFPP: a caracterização da psicanálise winnicottiana como um paradigma no sentido de Thomas Kuhn, a estrutura interna do paradigma winnicottiano, a teoria do amadurecimento como a generalização-guia do novo paradigma e, ainda, o caráter exemplar do problema da psicose.

Saliento ainda, aqui, o mérito de Ariadne em mobilizar, com habilidade e proveito, todo o *background* teórico estabelecido e de reapresentá-lo, em particular a teoria do amadurecimento, com a finalidade de enfatizar e detalhar os estágios que diziam mais de perto respeito ao tema de sua pesquisa, utilizando-a como um guia, uma espécie de mapa

sobre o qual localizar os pontos de origem da depressão, destacando as suas diferentes naturezas, caracterizando as tarefas dos estágios implicados e as decorrências do possível fracasso na resolução dessas tarefas. Considerada como um todo, a tese de Ariadne contém, sem dúvida, o conjunto de resultados mais completo e elaborado de todos os realizados até então no Grupo FPP, no que se refere à depressão, e preserva até hoje a sua atualidade.

O que aumenta significativamente a relevância do presente trabalho é o fato de Ariadne abrir, já na introdução, e de modo pertinente, várias frentes de debate. Em primeiro lugar, ela propõe uma discussão entre as posições organicistas da psiquiatria, e a atual prevalência destas devido às soluções imediatistas da medicação, e as teorias psicológicas de muitas vertentes que apostam na relação humana terapêutica para atingir as causas dos estados depressivos. Com respeito a essa questão, o leitor encontrará, neste livro, uma apresentação minuciosa, embora limitada à literatura existente em 2005, das inúmeras formas pelas quais as teorias da área psicanalítica examinam o fenômeno da depressão, formulam hipóteses etiológicas e apontam para procedimentos de cura.

Em segundo lugar, Ariadne encaminha um diálogo entre a psicanálise, em particular, a winnicottiana, e a psiquiatria, com respeito à depressão. Esse tema é da maior atualidade, visto que essas duas disciplinas tratam da depressão, aplicando paradigmas incompatíveis e propondo tratamentos que, como é sabido, só parcialmente são complementares. A problemática da medicalização reducionista e excessiva, a cada dia mais urgente, é apenas um exemplo que atesta o interesse da proposta da autora.

Em terceiro lugar, no capítulo inicial, Ariadne começa um estudo da teoria da depressão em Freud, cujos resultados são usados, ao longo desse capítulo, e posteriormente, para destacar a originalidade de Winnicott. Embora não se alongue neste ponto, Ariadne mostra que, enquanto a teoria freudiana faz assentar a origem da moralidade na aceitação da interdição do incesto, sendo, portanto, da ordem da lei, em Winnicott, o advento da capacidade moral, ou seja, da capacidade de se responsabilizar pelos resultados de suas ações no outro, baseia-se na experiência continuada de identificação, da qual a criança foi alvo desde o estágio mais primitivo, pela adaptação sensível da mãe às suas necessidades. No que se refere ao debate com Freud, há momentos em que o entusiasmo de Ariadne com a teoria winnicottiana faz com que ela não examine com a mesma atenção a força das posições de Freud e de outros autores discordantes. Mas esse fato

não diminui em nada o interesse de seus apontamentos sobre o tema principal do seu estudo.

No capítulo seguinte, prossegue a discussão com a psicanálise tradicional incluindo também as posições de M. Klein. Aqui, tendo em vista a proximidade, afirmada por Winnicott ele mesmo, entre as aquisições próprias ao estágio do concernimento – ponto de origem da depressão reativa – com a teoria kleiniana da posição depressiva, é da maior importância, como bem o faz Ariadne, salientar a distinção entre essas teorias para que o leitor possa apreciar, com mais nitidez, o ganho e alcance que se tem com a teoria winnicottiana da depressão, e para destacar a diferença conceitual e clínica que as separa.

Os capítulos do meio, de 3 a 5, apresentam a principal novidade teórica da psicanálise winnicottiana: a teoria do amadurecimento e caracterizam essa novidade – e esse é um traço marcante do texto – como mudança de paradigma da psicanálise. Fazem parte dessa teoria uma concepção inovadora da saúde e da doença, e uma série de estágios de amadurecimento, dos quais, naturalmente, por ser a depressão o tema central do estudo, os que antecedem o concernimento, ou seja, os chamados estágios iniciais – em especial naqueles aspectos que apontam para o caráter incompassivo (*ruthless*) do bebê – e o do concernimento mereceram estudo mais detalhado, uma vez que é sobretudo neste último que surgem, com mais força e nitidez, os fenômenos da preocupação da criança com os resultados da impulsividade instintual, em si mesmo e no outro, e, portanto, da culpa, da responsabilidade, da noção de valor, do outro e do si-mesmo, e o estabelecimento paulatino da capacidade para a depressão – como uma reavaliação interna, enriquecedora, acerca da destrutividade contida na natureza humana – sendo esta, a depressão reativa, o objeto principal da pesquisa empreendida.

A maioria dos pontos específicos relativos ao tema da depressão está concentrada no capítulo 6 da tese de Ariadne. Depois de refazer, num breve apanhado, o tema da depressão em Winnicott, esse capítulo passa ao exame pormenorizado de três principais tipos de depressão: a depressão reativa simples, a depressão reativa patológica e a depressão psicótica. Com toda razão, Ariadne salienta a tese de Winnicott de que a depressão reativa, em sua forma mais simples, e cuja problemática central remete à conquista da ambivalência, deve ser considerada natural em cada ser vivo; embora seja um transtorno razoável para quem a vive, sua presença é sinal de saúde, de força de ego e cura espontaneamente, se o ambiente tiver a sabedoria de aguardar. Em seguida, a autora apresenta a depressão simples

patológica e prossegue com as diferentes modalidades do que Winnicott chama de impurezas do humor deprimido, conectando-as com o que seria a depressão psicótica, ou esquizoide, para terminar com apontamentos precisos, apoiados nas análises anteriores do capítulo, sobre o diagnóstico e a classificação das doenças psíquicas em geral. De todas as formas de humor deprimido, Ariadne privilegia, em seu trabalho, a chamada depressão reativa, ou simples, cuja questão gira em torno dos problemas contidos na aquisição da capacidade para o concernimento: a integração da vida instintual, à qual é inerente um elemento destrutivo, que pertence à natureza humana, pelo simples fato de o indivíduo estar vivo e ter que se manter vivo.

Salientando ainda a tese de Winnicott de que não há configurações inteiramente precisas, nem fronteiras bem definidas entre os distúrbios psíquicos, de modo que um paciente deprimido pode revelar-se inesperadamente um obsessivo, e vice-versa, ou que pode aparecer, durante a análise, um elemento esquizoide, que complica toda a situação e faz com que o diagnóstico tenha que ser revisto, o campo das depressões reativas está descrito com toda a clareza, em Winnicott: seu ponto de origem é bastante adiantado na linha do amadurecimento (necessariamente após a aquisição do estatuto unitário do EU SOU) e sua problemática central está centrada no conflito entre o amor e o ódio, entre a construtividade e a destrutividade, contidos na natureza humana. Em alguns casos, apesar de a dificuldade central do indivíduo girar em torno dessa mesma problemática, o que remete à linha instintual do amadurecimento, podem ter existido perturbações anteriores, que instalaram uma descontinuidade, uma desconfiança ou uma ênfase exagerada nos contornos da personalidade, as quais impedem ou dificultam a realização dessa conquista – e aí estão as impurezas da depressão. Mas há também outros pontos de origem do humor deprimido, bastante primitivos, em que a problemática ali encerrada não é a do concernimento, mas a dos distúrbios psicóticos, em que está envolvida a linha identitária do amadurecimento: trata-se dos estados deprimidos que advêm da despersonalização, da descrença nas relações ambientais e objetais, e do sentimento de inutilidade derivado de um falso si-mesmo, que não chega a sentir-se vivo. Aqui está o campo das depressões psicóticas, ou, em alguns casos, das psicoses depressivas, às quais pertencem igualmente um humor severamente deprimido, que é, contudo, de outra natureza que o da depressão reativa.

Todos esses pontos são abordados por Ariadne e, de alguns deles,

certamente, germinarão futuros estudos. Aliás, com respeito a esse ponto, entendo ser inteiramente aplicável à depressão, o que Winnicott diz a propósito dos transtornos psicossomáticos: de tal modo é abrangente o espectro do distúrbio em questão e múltiplos os aspectos a serem considerados num dado diagnóstico, que, segundo ele, “um enunciado sobre esse transtorno não pode ser abrangido a não ser em um grande livro, redigido por uma equipe de autores” (*Explorações psicanalíticas*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, cap. 67, p. 427). Nesse sentido, o livro de Ariadne, com o incentivo à pesquisa sobre a depressão que ele institui, poderá ser o primeiro de uma série de estudos sobre o tema, o que é bastante alvissareiro.

Em razão do que vem sendo estudado em termos da história e da motivação que orientou Winnicott em sua trajetória intelectual e analítica, há uma afirmação de Ariadne, repetida ao longo do seu texto, que merece destaque. A autora afirma que foi o tema da depressão que instigou Winnicott a não apenas superar Freud, formulando uma nova teoria das depressões, mas também a empreender a pesquisa revolucionária que culminaria na elaboração de um novo paradigma da psicanálise. Trata-se de uma posição que difere da de outros membros do grupo de pesquisadores, que entendem que o essencial da crise e, portanto, a principal motivação da revolução winnicottiana adveio da insuficiência teórica e clínica da psicanálise freudiana, já denunciada por Ferenczi, de compreender e tratar das psicoses, em particular os problemas de identidade, de cisão psicótica e das questões relativas à formação defensiva do tipo falso si-mesmo, como também dos distúrbios relativos à tendência antissocial e delinquência. Isso revela que, como grupo de pesquisa e como escola, embora sejamos concensuais em torno da existência do novo paradigma winnicottiano, a discussão sobre os temas específicos à obra winnicottiana, aos novos fenômenos que surgem da clínica do amadurecimento e da natureza humana em geral, permanece viva.

O estilo de leitura de Winnicott feito de acordo com a linha de pesquisa abraçada pela SBPW trouxe vários outros frutos importantes após a defesa da tese de Ariadne, o que permite apreciar melhor a originalidade, a importância e o lugar do seu trabalho na produção do grupo. Aspectos específicos da teoria do amadurecimento foram tomados para estudo e significativamente ampliados pela introdução dos temas do pai – tema que permitiu uma grande expansão sobre a problemática do concernimento e, portanto, sobre as questões relativas à aquisição da capacidade para a

depressão simples –, da família, pela releitura do Édipo a partir dessas temáticas, pelo estudo da adolescência, do processo de socialização, além de problemas relativos à adoção e ao envelhecimento. Uma tese de doutorado foi dedicada ao estudo da depressão infantil e ilustrada pela análise do caso Piggle. Outros aportes foram feitos na direção da aplicação da teoria winnicottiana do amadurecimento na prevenção dos distúrbios psíquicos, e no tratamento não estritamente psicanalítico-clínico de problemas sociais.

Houve ainda notáveis desenvolvimentos na valorização da perspectiva kuhniana sobre a psicanálise winnicottiana. Em 2012, na primeira frase da Introdução à sua coletânea *Donald Winnicott Today*, Jan Abram escreveu: “O principal objetivo deste volume é demonstrar que a contribuição de Winnicott constitui uma revolução de maior importância na psicanálise”. Em apoio a essa afirmação ousada, Abram cita Th. Kuhn e o artigo de Loparic sobre o esboço do paradigma winnicottiano, reeditado em sua coletânea. Contudo, mais significativo ainda que esse reconhecimento internacional das teses que, desde 1995, se tornaram referência central da pesquisa do GrupoFPPP e da SBPW, é o fato de o próprio Winnicott, num texto escrito em 1970-71, portanto, já no final da sua vida, pleitear uma *revolução na psicanálise*. O trecho merece ser citado. Diz Winnicott:

Estou pleiteando uma espécie de revolução no nosso trabalho. Vamos reexaminar o que estamos fazendo. Pode ser que ao lidarmos com o inconsciente reprimido nós estejamos em conluio com o paciente e com as defesas estabelecidas. O que se necessita de nós, uma vez que o paciente não pode fazer o trabalho de autoanálise, é para ver e testemunhar as partes que entram na composição do todo, um todo que não existe a não ser enquanto visto de fora. Com o tempo, talvez, possamos chegar à conclusão que o fracasso frequente de muitas excelentes análises tem a ver com a dissociação, escondida no material que está claramente relacionado com a repressão, que acontece como uma defesa numa pessoa aparentemente inteira. (Winnicott *apud* Abram, J. 2012. *Donald Winnicott Today*, London: Routledge, pp. 312-313)

Com isso, parece-me que não é mais necessário debater se uma revolução na psicanálise estava em pauta para Winnicott, nem mesmo se ele deu passos nessa direção. O que é preciso, isso sim, é estudar melhor as suas razões e os resultados por ele alcançados. Para esse propósito, o presente trabalho de Ariadne traz contribuições altamente instigantes.

Elsa Oliveira Dias

Introdução

Insanidade é não ser capaz de encontrar alguém que nos tolere. (John Rickman)

1. Contextualizando a depressão

Atualmente a depressão é considerada pelos estudiosos da área de saúde psíquica o fenômeno clínico de maior incidência na população em geral e, em função disso, é a área da psicopatologia que mais atenção tem merecido dos pesquisadores nos últimos tempos. Por ser um distúrbio psíquico que afeta em algum grau toda a existência da pessoa, ramificando-se em uma infinidade de problemas para esta e para quem com ela convive, tanto pessoal como profissionalmente, a depressão é um tema que interessa a diferentes áreas de conhecimento, entre elas a psicologia, a sociologia, a antropologia e diversos ramos da medicina.

De modo geral, esse interesse ocorre porque os estados depressivos relacionam-se a casos de suicídio, estão de alguma forma associados à drogadição e ao alcoolismo, são considerados fator de risco para várias doenças, entre elas as doenças cardíacas, e são significativos nas questões que envolvem o desinteresse pelo estudo, a baixa produtividade profissional e a insatisfação com o trabalho.

Outro motivo que torna essa doença digna de atenção se deve ao fato de ela apresentar diferentes formas de desenvolvimento e ter uma grande variedade de manifestações clínicas, dificultando o diagnóstico e a indicação terapêutica. Por vezes, a disposição depressiva pode ser experienciada como um fato isolado na vida da pessoa, associada a alguma circunstância específica, em geral um estado passageiro. Outras vezes, apresenta-se em episódios recorrentes, sem que seja possível para a pessoa estabelecer qualquer relação com alguma situação que justifique esse estado. Em outros casos, é um estado de humor que se faz presente ao

longo de toda a existência de uma pessoa, como uma companhia constante, mesmo nos momentos em que a alegria seria esperada. Na maior parte das vezes, evidencia-se pela diminuição da vitalidade, cansaço e desconforto, quando a pessoa é acometida pela tristeza – um sentimento que hoje já é tratado como sinônimo de depressão.

A patologia depressiva também se destaca como área de interesse científico pela necessidade de compreensão da etiologia da doença. A abrangência dos aspectos envolvidos na pesquisa da etiologia da depressão confirma a complexidade do tema, justifica as dificuldades que ele abarca e explica a razão de ser o principal foco de atenção dos pesquisadores. Passa-se da investigação biológica, que preconiza ser a depressão causada por uma carência de neurotransmissores, para a hipótese de ela ser decorrência de um distúrbio hormonal ou de uma doença hereditária geneticamente determinada. Uma visão contrária a essas questiona se a depressão está relacionada aos processos psíquicos e, nesse caso, se está sujeita ou não a influências ambientais, educacionais e socioculturais.

O contexto de atuação clínica da depressão é tão complexo quanto os motivos que incentivam sua pesquisa. Do ponto de vista psicológico, avalia-se a depressão como uma experiência dolorosa, paralisante, incapacitante e solitária. Sob o aspecto biológico, verifica-se um desequilíbrio das reações químicas responsáveis pelo estado de ânimo e humor deprimido.

2. Psicanálise e psiquiatria: perspectiva histórica

Duas das disciplinas responsáveis pela pesquisa e tratamento da depressão são a psicologia¹ e a psiquiatria.² No entanto, por estarem fundamentadas em bases distintas, possuem enfoques de compreensão e atuação diferentes. A psiquiatria trabalha com a hipótese de a origem da depressão ser um transtorno bioquímico e, por isso, valoriza a terapia medicamentosa. Já a psicologia se posiciona a favor da gênese relacional, vinculando a origem da depressão à história do desenvolvimento pessoal e emocional da pessoa. Sob esse prisma compreensivo, defende a psicoterapia ou a análise como o tratamento indicado.

Uma longa história de colaboração e divergências entre essas áreas acompanha o estudo da depressão e, em determinados períodos, as teses de uma ou outra para explicar a origem e tratar essa doença prevaleceram. Como se sabe, psicanálise e psiquiatria apresentam uma trajetória de

intercâmbio de conhecimentos e interdisciplinaridade prática desde o início do século XX, quando Freud destacou, para a área da psicopatologia, a relevância de conhecer a história de vida da pessoa como um recurso para a compreensão de sua enfermidade. A divulgação da teoria psicanalítica desenvolvida pelo neurologista teve um significativo impacto na área da medicina que, carente de uma psicologia do funcionamento psíquico, viu nas teses freudianas uma possibilidade de compreensão das perturbações psíquicas que não podiam ser atribuídas a lesões orgânicas.

Há, inclusive, consenso entre os pesquisadores da depressão de que a contribuição mais relevante da psicanálise para a área psiquiátrica foi a introdução da perspectiva histórica no sentido de privilegiar a experiência geral do paciente. Essa ideia minimizou a tendência dos clínicos em focar apenas os fatos recentes relacionados ao adoecer. Sob a influência dessa perspectiva, a anamnese, até então apenas um instrumento de levantamento de dados gerais sobre a vida do paciente, adquiriu o *status* de método biográfico de compreensão do desenvolvimento psíquico, passando a ser usado como um importante elemento para o diagnóstico psicopatológico. Por tudo isso, Freud é reconhecido na psiquiatria como o teórico que realizou a primeira compreensão sistemática da depressão no campo psicológico,³ apresentada no clássico texto “Luto e melancolia” (1917[1915]/1996). Freud, além de apresentar a diferença entre disposição normal (luto) e patológica (melancolia) à perda de objetos, reconheceu nesse texto a possibilidade de alterações orgânicas em alguns casos de depressão (melancolia), conclusão que soou bem aos ouvidos dos psiquiatras.

A partir dessa época, a teoria psicanalítica se firmou como a principal representante da área psicológica para o estudo da depressão. Sendo assim, a pesquisa da patologia psíquica em geral e da depressão em particular se misturou com a história da psiquiatria e da psicanálise, com intensidades diferentes de colaboração entre essas áreas em função da maior ou menor penetração do pensamento psicanalítico no meio psiquiátrico. O critério para a aproximação das áreas dependia de os pressupostos e o método da psicanálise serem considerados científicos pelo meio médico-psiquiátrico. No entanto, embora tenha contribuído para o estudo das patologias de origem não orgânica, e inicialmente ter causado grande impacto, a aceitação das ideias de Freud não foi unânime na psiquiatria. Por conseguinte, o estudo da depressão seguiu rumos distintos na Europa e nos Estados Unidos.

Na Europa observam-se três vertentes de pesquisa em psiquiatria após Freud. De um lado, a psicanálise foi recebida por um grupo de psiquiatras como o principal argumento contra as idéias classificatórias de Kraepelin, passando a orientar as pesquisas que enfatizavam as causas psicogênicas da depressão. De outro lado, o pensamento de Freud foi veementemente atacado pelo grupo de psiquiatras influenciados pelo modo de pesquisa kraepeliano, que não considerava científico o método psicanalítico de investigação. E, por fim, as ideias de Freud receberam certa resistência por parte de alguns psiquiatras que haviam se aproximado da filosofia,⁴ em especial do pensamento de Heidegger, na tentativa de suprir a carência de uma psicologia normal; esses psiquiatras, nutridos por outra fonte de fundamentos, passaram a questionar tanto a psiquiatria clássica como a posição freudiana, baseados na dúvida de se poder tratar pacientes sob o enfoque naturalista-mecanicista predominante nessas disciplinas.

Nos Estados Unidos, ao contrário dos países europeus, a influência da teoria psicanalítica na psiquiatria foi profunda e de tal modo que a formação em psicanálise se tornou, por um longo período, a base da diferença entre os currículos dos psiquiatras e neurologistas. Só mais recentemente psiquiatria e psicanálise se distanciaram⁵ e, mais uma vez, o ponto de discórdia centrou-se na questão da cientificidade da psicanálise. O resultado de quase meio século de envolvimento com as teses freudianas levou ao questionamento, por parte da medicina geral, do conhecimento e da prática dos psiquiatras americanos. Sendo assim, os neurologistas passaram a ter a preferência dos pacientes com problemas psicoemocionais. A forma encontrada pela psiquiatria para resolver esse impasse e fortalecer-se como disciplina foi libertar-se da influência psicanalítica. E assim, para demarcar o distanciamento da psicanálise e ao mesmo tempo firmar seu lugar como área da medicina, a psiquiatria americana investiu na linguagem biológica, linguagem própria da sua ciência.⁶

Apesar das controvérsias que circundavam a psiquiatria e a psicanálise na Europa e nos Estados Unidos, a pesquisa da depressão seguiu de modo paralelo. Essas disciplinas desenvolveram separadamente várias teorias e métodos de tratamento para a depressão. Até meados da década de 1980, a medida intermediária de considerar uma etiologia binária para a depressão e a classificação desse distúrbio em duas formas – depressão neurótica e depressão endógena – foi suficiente para delimitar os campos de atuação de psiquiatras e psicanalistas.

Com o avanço das pesquisas bioquímicas e a ampla divulgação de

seus resultados, observa-se, atualmente, que o argumento biológico tem ganhado espaço e força, apesar de ainda não estar em condições de dar todas as respostas a respeito da doença. Verifica-se, entretanto, que esse argumento apresenta-se como um resultado mais atrativo, porque a promessa de supressão rápida dos sintomas encontra eco na necessidade que pacientes e familiares têm de estarem o quanto antes libertos das desagradáveis manifestações físicas e psíquicas da doença.

Seja pela divulgação dos resultados positivos das pesquisas que atestam a validade da tese química, seja pela promessa de supressão rápida dos sintomas, verificam-se, hoje, suspeitas (no meio psiquiátrico e leigo) a respeito da aplicabilidade das teorias psicológicas, em especial da psicanálise, para o tratamento da depressão. Em relação à última, a posição da psiquiatria tem sido clara: tem havido um desmonte dos fundamentos psicanalíticos freudianos da depressão, que pode ser observado pela retirada dos conceitos de depressão neurótica e de neurose dos manuais de psiquiatria (DSM e CID) a partir da década de 1980.

A princípio, isso não deveria se tornar um problema, visto que a psicanálise e a psiquiatria são ciências distintas. Entretanto, quando se trata da depressão – um distúrbio tão peculiar e antigo quanto a humanidade, cujos limites entre o orgânico e o psicológico não são tão claros –, tudo muda. Essa posição refratária da psiquiatria diante do saber freudiano gera outra consequência, a saber, uma precipitada generalização dessa atitude de dúvida *para todas as outras formas de atendimento psicanalítico e psicológico* no meio clínico da medicina, entre as pessoas em geral e até entre os psicólogos. Dessa forma, uma discussão, que deveria estar circunscrita à esfera científica, termina por atingir a parte mais debilitada dessa história – os pacientes deprimidos. São essas pessoas, fragilizadas por um mal-estar ainda estigmatizado, que sofrem as consequências dos questionamentos sobre a etiologia e o tratamento adequado, e terminam perambulando de consultório em consultório em busca de atendimento.

3. Clínica da depressão: a dúvida

Em termos clínicos, o resultado dessa situação é um aumento no número de pacientes que buscam psicoterapia com a queixa de depressão. Muitos deles são encaminhados por profissionais de diversas áreas da saúde e da medicina, particularmente da psiquiatria e neurologia. Dos pacientes que chegam ao consultório psicológico atualmente alguns já

estão medicados com antidepressivos e outros procuram alternativas ao tratamento medicamentoso por discordarem do diagnóstico ou por receio de tomarem os medicamentos indicados. Outros, ainda, vêm encaminhados por clínicos de diversas especialidades, consultados em razão de uma queixa física específica cujo diagnóstico do problema físico é associado a fatores psicológicos ou, mais especificamente, consequência da depressão. Contudo, seja qual for a alegação para a consulta com o psicólogo, inicialmente a procura pela psicoterapia não revela compreensão nem aceitação dessa forma de tratamento. Ao contrário, o atendimento psicológico é, em geral, visto como tratamento complementar ou alternativo por essas pessoas.

Outro dado interessante é a existência de pacientes já atendidos por outros psiquiatras e psicólogos que, por sua vez, os encaminharam para outras áreas da medicina, submetendo-os a uma infinidade de opiniões sobre seu mal-estar antes de chegarem ao atual profissional. Esse roteiro pode ser assim descrito: a primeira indicação é realizada por um médico especialista procurado em função de queixas físicas clinicamente não constatadas ou em virtude da associação destas a sintomas clínicos de origem supostamente psicoemocionais. Quando seguem essa orientação, os pacientes optam, em um primeiro momento, por um psicólogo. No entanto, não raras vezes, ao procurarem um psicólogo são convencidos por esse profissional a passar por uma avaliação psiquiátrica em razão dos sintomas físicos apresentados, como perda de peso e alteração do sono, bem como pelos pensamentos sobre morte e suicídio. Frequentemente, após consultar um psiquiatra, esses pacientes são novamente encaminhados por esse profissional a uma psicoterapia, mesmo quando medicados. Após essa longa e interminável sequência de indicações e encaminhamentos, resta aos pacientes a dúvida sobre a área ou o profissional habilitado para tratá-lo.

Outro tipo de situação que se tornou comum na clínica psicológica é o atendimento de pacientes paralelamente medicados com antidepressivos por diferentes profissionais como ginecologistas, ortopedistas, endocrinologistas etc. Nesses casos, o paciente é submetido a uma interação medicamentosa nem sempre supervisionada, e, não raras vezes, só o psicólogo tem conhecimento dessa situação.

A consequência final das situações descritas é a realização de atendimentos simultâneos, isto é, o mesmo paciente é atendido tanto por um psiquiatra como por um psicólogo, sem que nem sempre haja um entendimento por parte desses profissionais do porquê desse

procedimento. Apesar dos questionamentos e discussões acadêmicas envolvendo os pressupostos teóricos de ambas as áreas, observa-se que, na prática clínica, tudo permanece inalterado. Persiste a dúvida sobre como tratar uma pessoa que é sempre negativa, repetitiva, unitemática, desinteressada pela vida e pelas pessoas e que, na maior parte das vezes, responsabiliza os outros por seus infortúnios e tem a morte como única vontade.

Em decorrência dessas observações, algumas perguntas parecem pertinentes. Em relação à psiquiatria, interroga-se o motivo da indicação de um acompanhamento psicoterapêutico para pacientes medicados se, segundo divulgação científica dessa área, a depressão é consequência de alterações bioquímicas e o tratamento adequado, a medicação antidepressiva. Em relação à psicologia, questiona-se a razão de os profissionais necessitarem de um aval clínico de outra área para estabelecerem um tratamento psicológico.

Como diz Etchegoyen,⁷ apenas por meio do fato clínico é possível medir as diferenças e as concordâncias para que uma discussão teórica alcance objetividade. Por essa razão, ilustro a problemática discutida anteriormente usando o depoimento de Wolpert,⁸ que enfrentou dois episódios de depressão antes de decidir pesquisar e escrever sobre o tema. O relato de sua experiência revela sentimentos comuns aos pacientes com depressão, mostrando também as facetas atuais da clínica dessa doença.

Em relação ao primeiro episódio depressivo, Wolpert conta do tom estigmatizante associado a essa patologia, fato que muitas vezes leva as pessoas a ocultar a tristeza em vez de aceitar a depressão e procurar ajuda. Também relata que passou pelo processo de relacionar o mal-estar sentido a alguma causa orgânica como forma de afastar a hipótese de que sua doença fosse de ordem psicológica. Nessa mesma linha, comenta que receber o diagnóstico de depressão psiquiátrica tornou a situação um pouco mais leve, pois uma explicação biológica sugeriria que ele não era responsável por aquilo que estava vivendo.

No entanto, quando teve uma recaída quatro anos depois de se recuperar dessa depressão grave, comenta que novas dúvidas surgiram. Ao perceber os primeiros indícios de que a doença estava retornando, retomou rapidamente o tratamento com a psiquiatra que o havia tratado anteriormente e foi novamente medicado. Em razão da ansiedade e das crises de pânico, voltou a ver a terapeuta cognitiva que o havia atendido antes, mas a psiquiatra o convenceu da necessidade de consultar um psicanalista. Aceitou essa indicação, mas, ao consultar o analista, este, por

precaução, solicitou que ele fizesse um *checkup*, que foi prontamente realizado, estando os resultados clínicos gerais normais. Continuou a ser atendido a partir de então pela psiquiatra, pela terapeuta cognitiva e pelo psicanalista. Embora todos garantissem que ele se recuperaria, ele não acreditava nisso. Relata que se surpreendia com o fato de, por alguma razão, a experiência da depressão anterior de nada ter valido para ele, carregando o sentimento de que “não tinha aprendido nada” (Wolpert, 2003, p. 6).

Nesse estágio da doença, conta que o incomodava muito não saber o que provocava a sua depressão. Achava intolerável que sua doença não fosse completamente diagnosticada e tivesse “causa desconhecida”. Comenta que, a essa altura, era muito “difícil suportar a incerteza” (Wolpert, 2003, p. 73). Essa mesma incerteza – padecer de um mal cuja terapêutica indicada pelos profissionais, em vez de confirmar uma posição etiológica, suscitava uma angustiosa dúvida sobre esta – é similar à relatada pelos pacientes quando chegam ao consultório psicológico. Como Wolpert, muitos deles têm a impressão de que ainda não foram compreendidos em sua tristeza, apesar de todos os recursos utilizados.

Analisar a situação descrita permite perceber que, subjacente à problemática clínica que envolve a patologia depressiva, existe uma dificuldade relacionada à resolução da questão etiológica da depressão e também aos fundamentos que orientam a pesquisa e a clínica desse distúrbio. Isso permite pensar que, enquanto o problema da etiologia estiver em aberto, pacientes serão subatendidos em suas necessidades, o relacionamento entre as áreas de atendimento clínico (psicanálise e psiquiatria) permanecerá obscuro e persistirá a dúvida sobre a aplicabilidade da teoria psicológica para o tratamento da depressão.

4. Sobre etiologia

Examinando os impasses que a pesquisa sobre etiologia da depressão enfrenta, Healy argumenta que “a depressão, mais do que qualquer outra desordem médica”, realça a divisão existente na medicina e nas ciências em geral no que diz respeito “ao conflito entre teoria e dados, entre abordagens qualitativas e quantitativas”, acrescentando que a patologia depressiva é a que, de alguma forma, contribui para que a tensão existente entre “a visão de mundo material e espiritual” se revele (Healy, 1997/2000, p. 79). Por essa razão, não obstante os esforços despendidos

pelas áreas psiquiátricas e psicológicas para ajustar diferenças fundamentais e realizar atendimentos conjuntos, a dinâmica atual de múltiplos atendimentos para pacientes com depressão remete a novas dificuldades, quando pressupõe a aceitação de diferentes enfoques de compreensão do adoecer humano – ao mesmo tempo e para um mesmo paciente – por parte de todos os profissionais envolvidos.

Shorter aborda essa questão quando analisa as diferentes posições teóricas sobre a depressão e apresenta, com clareza, as dificuldades a que os clínicos estão submetidos quando participam de atendimentos simultâneos. Segundo ele, mesmo que teoricamente seja possível considerar as duas perspectivas de pesquisa – biológica e psicológica – que orientam o tratamento da depressão, quando se trata de cuidar “de doentes concretos”, é difícil imaginar para onde se encaminha um tratamento multiorientado, pois essas “perspectivas são em si próprias polos opostos” e, por essa razão, “não podem ser ambas verdadeiras ao mesmo tempo”. Assim, pensa ele: “ou a nossa depressão é devida a um desequilíbrio nos neurotransmissores, de influência biológica e talvez ativada pelo *stress*, ou tem origem num processo psicodinâmico da mente inconsciente” (Shorter, 2001, p. 39).

Ao fazer uma análise do relacionamento entre as áreas da psicologia e da psiquiatria, Monedero também reconhece as diferenças existentes – em termos etiológicos – entre essas áreas, afirmando que estas “condicionam por si mesmas uma postura determinada” de atendimento. Avalia que, em virtude do vão metodológico e clínico existente entre essas ciências, a possibilidade de uma atuação conjunta é difícil e que, caso isso ocorresse, poderia indicar uma significativa mudança no modo de pensar desses profissionais. Segundo ele, uma possível “harmonia de ambos [psicólogo e psiquiatra] significaria ter-se encontrado a harmonia e unidade do psíquico e do somático”. Complementa em seguida com um tom de desânimo: “como há séculos que o pensamento ocidental se esforça inutilmente neste labor, é possível prever ainda profundas desarmonias entre o psicólogo e o psiquiatra” (Monedero, 1973, p. 23).

Ao apresentar essas questões, torna-se necessário esclarecer que o problema enfrentado pela clínica da depressão não é, em si, o atendimento conjunto – conduta que aliás tem sido recentemente reconhecida como a mais indicada para o tratamento de alguns tipos de depressão –, mas sim a fundamentação dessa posição para os profissionais envolvidos. Desse ponto de vista, outra questão surge: quando encaminham pacientes para áreas regidas por outra perspectiva etiológica, os profissionais

compreendem e podem explicar essa posição?

A psiquiatria tem uma postura definida e segura a esse respeito. Essa área, de acordo com sua estruturação metodológica, defende a tese segundo a qual todo distúrbio mental tem sua base em uma orientação físico-orgânica e as alterações químico-cerebrais são o fator desencadeante para a depressão, mesmo reconhecendo não ser ainda possível afirmar que este é o único fator etiológico.⁹ As pesquisas seguem um padrão quantitativo que dá suporte para uma clínica da depressão que pressupõe a terapia química, consequência da comprovação da presença de alterações bioquímicas que precisam ser restabelecidas em pacientes deprimidos. Nesse contexto, a consideração dos aspectos emocionais possivelmente envolvidos na depressão segue um mecanismo de exclusão. Somente quando afastadas as causas orgânicas de um sintoma, considera-se a possibilidade de um distúrbio de ordem emocional.¹⁰

O parecer da psiquiatria em relação à importância da terapia psicológica também é inequívoco: essa forma de tratamento é considerada coadjuvante para as terapias químicas e a realização da primeira não interfere no resultado da segunda. A aceitação da psicoterapia como tratamento auxiliar ou simplesmente inócuo é sustentada pelas pesquisas que mostram a regressão de 50% das depressões brandas ou moderadas sob essa forma de tratamento, estando o paciente medicado ou não com antidepressivos (cf. American Medical Association, 2002, p. 224). Em razão da similaridade com o método investigativo da psiquiatria – que permite ter os resultados mensurados e avaliados –, as terapias cognitivas, comportamentais e interpessoais são as que têm merecido a atenção dos psiquiatras. A psicanálise, por sua vez, vem sendo desconsiderada como terapêutica por não ter provado o valor heurístico de suas proposições e, principalmente, por não desenvolver pesquisas conjuntas com a psiquiatria em virtude da diferença de linguagem e terminologia.

Na área da psicologia, não se encontra a unidade de pensamento e pesquisa sobre a origem e o tratamento da depressão vista na psiquiatria, muito menos uma posição a respeito de como, quando e por que se deve estabelecer uma interlocução com a área psiquiátrica. Sem essa definição, verifica-se um encaminhamento indiscriminado para a avaliação psiquiátrica ou uma resistência à contribuição desta área, circunstâncias em que, mais uma vez, o paciente é o afetado.

Atualmente, a psicologia apresenta quatro grandes abordagens para o estudo da depressão,¹¹ que têm em comum somente o entendimento de que a etiologia dessa doença não é orgânica. São elas (sem fazer referência às

suas subdivisões):

1) a perspectiva psicodinâmica, que tem a psicanálise freudiana como principal representante. De modo geral, afirma que os conflitos estabelecidos na fase inicial da infância orientam o desenvolvimento psicoemocional da pessoa, sendo este atrelado ao desenvolvimento psicosssexual desde a tenra infância. Assim, o adoecer é entendido como resultado da sequência conflito edipiano, ansiedade, defesa e sintomas;

2) a perspectiva da aprendizagem, que define serem os comportamentos depressivos aprendidos e mantidos por conduzirem a gratificações como simpatia e apoio;

3) a perspectiva cognitiva, que acredita que os problemas comportamentais e emocionais são decorrentes do processo cognitivo e, portanto, a depressão é consequência da focalização nos aspectos negativos da vida;

4) a perspectiva humanista-existencial, que se opõe ao pensamento segundo o qual o homem é um produto do inconsciente e do condicionamento, propondo que cada pessoa se desenvolve de modo singular e próprio, consciente e responsável por suas escolhas. Sendo assim, tanto a saúde como o adoecimento são reveladores da existência.

5. Da perspectiva freudiana para a perspectiva de Winnicott

Devido a importância do pensamento psicanalítico, no que diz respeito à depressão, a abordagem psicodinâmica – representada pela teoria psicanalítica, desenvolvida a partir do pensamento de Freud – é objeto deste trabalho. No entanto, a razão central para esse alinhamento está na convicção de haver na teoria do amadurecimento pessoal, do psicanalista D. W. Winnicott, uma nova maneira de compreensão da depressão, que kuhnianamente falando, pode ser considerada *uma solução*¹² para o questionamento da aplicabilidade clínica da teoria psicanalítica.

Winnicott, psicanalista inglês, psiquiatra e pediatra, definiu a depressão como uma patologia de etiologia psicológica. Ele anteviu as dificuldades que a teoria e a clínica psicanalítica enfrentariam em razão das pesquisas biológicas, e, em 1963, já dizia que era de esperar uma enorme resistência à ideia de uma psicologia da depressão. Reconhecia

que, para muitos psiquiatras e inclusive leigos, se tornaria quase uma crença religiosa acreditar na bioquímica da depressão, salientando que certamente isso afetaria a clínica psicanalítica. Embora psiquiatra e conhecedor das alterações biológicas envolvidas na depressão, posicionava-se com convicção ao defender a ideia de que há um significado psicológico no humor, responsável inclusive pela evolução patológica de um quadro de depressão.

Mesmo ciente de que a problemática da depressão extrapolaria o campo psicanalítico, centrou suas pesquisas na psicanálise freudiana, sua nova área profissional. Em decorrência das limitações encontradas na teoria freudiana para tratar das depressões e das psicoses, aprofundou seus estudos e pesquisas até propor a alteração do paradigma do adoecer psíquico da neurose para a psicose. Nesse caminho, Winnicott estudou e travou discussão com diversos autores psicanalíticos, por exemplo, Melanie Klein, mas fez de Freud seu principal interlocutor, em razão da discordância que nutria em relação ao fundamento da teoria freudiana.

Em uma medida que tem sido avaliada como revolucionária,¹³ Winnicott rompeu com as teses principais da psicanálise freudiana, colocando em questão a posição do complexo de Édipo como central e estruturante, e pondo em seu lugar a preocupação com a ambiência inicial, especificamente com a relação mãe-bebê ao longo do primeiro ano de vida. Elaborou uma teoria do amadurecimento pessoal e emocional que lhe serviu de guia para avaliar, diagnosticar e analisar tanto a saúde como a doença. Nessa teoria, a depressão, vista como uma capacidade, é originalmente desvestida do cunho patológico, passando a ser entendida como uma conquista do amadurecimento, alcançada naturalmente na relação mãe-bebê. Dessa forma, o caráter patológico da depressão é associado a falhas na provisão ambiental inicial.

Ao reconhecer que há saúde na tristeza e por entender que a depressão indica a condição da pessoa *preocupar-se com e responsabilizar-se por*, esse autor coloca-se em uma posição oposta à do mundo psicológico, no qual, hoje, se observa certa patologização do existir. A consequência dessa tendência tem sido a criação de novos quadros nosológicos para explicar a passagem pela vida, um recurso cada dia mais usado para compreender a diversidade da experiência do viver.

Winnicott propõe outro olhar para o desenvolvimento emocional e, conseqüentemente, estabelece um novo horizonte de compreensão do adoecer. Por conta disso, assume que sua teoria representa um desenvolvimento na teoria freudiana. A partir de seus estudos, a psicose e

a depressão tiveram suas etiologias definidas relacionalmente e associadas a uma falha ambiental no atendimento das necessidades do bebê e da criança.

Em relação à área psiquiátrica, pode-se dizer que sua contribuição foi lançar luz sobre os limites da terapêutica química, apesar de admitir a necessidade desta em determinados casos. Entretanto, mais que isso, sua teoria fornece subsídios para o entendimento da necessidade de atendimentos interdisciplinares, um caminho para que o diálogo entre psiquiatria e psicanálise seja retomado em consideração ao doente.

Mesmo sendo reputado por muitos a figura mais importante depois de Freud, a teoria psicanalítica de Winnicott é pouco conhecida, inclusive pelos psicólogos e psicanalistas. Em um âmbito geral – incluindo, portanto, psicólogos e psiquiatras –, o desconhecimento das ideias de Winnicott está ligado ao fato de seu trabalho ser pouco divulgado. Por outro lado, mesmo quando reconhecido, Winnicott é identificado como um autor psicanalista, qualificação que muitas vezes desestimula um pesquisador avançar os estudos na teoria winnicottiana, única forma de se avaliarem as diferenças teóricas entre ele e Freud. No meio psicanalítico, um obstáculo específico para o reconhecimento desse autor é o desconhecimento da distinção entre a teoria de Winnicott e a dos teóricos das relações objetais.

Pelos motivos expostos, confirma-se a necessidade de reconstruir e analisar a teoria winnicottiana da depressão, destacando sua relevância para o diagnóstico e tratamento dessa doença na forma como se apresenta na clínica psicanalítica atual. Entendendo que o desenvolvimento teórico de Winnicott, em relação à depressão, foi impulsionado pelas limitações que esse autor reconheceu na teoria psicanalítica freudiana, também é propósito desse trabalho evidenciar que a teoria winnicottiana do amadurecimento pessoal representou um acréscimo teórico para a psicanálise, na medida em que instrumentou, teórica e clinicamente, a compreensão da depressão e dos denominados distúrbios narcísicos em uma direção diferente da realizada por Freud.

6. Organização dos capítulos

No Capítulo 1, a teoria da depressão em Freud é apresentada, de forma que as dificuldades do psicanalista em teorizar sobre o tema, como sua insatisfação com os resultados alcançados, são apontadas.

No Capítulo 2, discute-se como Winnicott reconheceu essa limitação teórica de Freud e buscou ampliar a teoria e a técnica deste. Traço o caminho seguido por Winnicott e destaco sua aproximação com a teoria kleiniana, ressaltando que esta, embora frutífera, não foi suficiente para solucionar os problemas que ele procurava resolver. Evidencio os pontos de divergência entre Winnicott, Freud e Klein, a partir dos apontamentos do próprio Winnicott. Por fim, analiso a teoria do amadurecimento pessoal como um progresso na área psicanalítica e apresento a necessidade de que seja explicitada a natureza da contribuição científica e epistemológica de Winnicott.

A partir do Capítulo 3, a ênfase do trabalho será a teoria winnicottiana. Especificamente nesse capítulo, introduzo aspectos gerais do pensamento de Winnicott e da teoria do amadurecimento pessoal com a intenção de tornar conhecidos os pontos fundamentais nos quais ele se apoiou para construir sua teoria da depressão. No entanto, continuarei ao longo do trabalho indicando os aspectos teóricos em que Winnicott divergiu de Freud e Klein para marcar as diferenças entre os autores e destacar a originalidade de Winnicott.

No Capítulo 4, está detalhado o período de passagem entre o bebê ser incompadecido e se tornar preocupado, condição para que a capacidade para deprimir-se seja conquistada.

No Capítulo 5, a teoria do estágio do preocupamento é apresentada, tendo como ponto de referência a capacidade para deprimir-se, conquista fundamental para a continuidade do amadurecimento pessoal.

No Capítulo 6, a forma de classificação winnicottiana dos distúrbios psíquicos é exposta e analiso os diferentes tipos de depressão segundo a indicação desse autor. A teoria é ilustrada com alguns casos clínicos de Winnicott.

1. Este estudo enfoca o tema da depressão no interior da psicanálise. Eventualmente usarei o termo psicologia quando referir a todas as abordagens psicológicas, inclusive a psicanalítica.
2. A psiquiatria, mesmo como um dos grupos responsáveis pela pesquisa da depressão, não é objeto deste estudo. Como psiquiatria e psicologia orientam a pesquisa e a conduta clínica por paradigmas distintos, articular a problemática da depressão opondo essas áreas é inviável. Kuhn (2000) define como incomensurabilidade de paradigmas qualquer tentativa desse tipo. O diálogo com a psiquiatria ocorre apenas no sentido histórico e na medida em que esclarece aspectos importantes que justificam a necessidade de uma posição sobre a aplicabilidade da teoria

psicanalítica da depressão.

3. Essa posição é defendida por Bibring (In Greenacre, 1953); Allers, 1970; Goldberg (In Benedek & Anthony, 1975); Beck, 1967; Becker, 1977; Schatzberg, 1985; Gilbert, 1984; e Shorter, 2001.
4. É importante ressaltar que a introdução do pensamento filosófico na psiquiatria não ocorreu de modo tranquilo. Enquanto alguns psiquiatras, como Alonso-Fernandez, afirmavam que a adaptação psiquiátrica da ontologia de Heidegger feita por Binswanger era “um produtivo mal-entendido” com “resultados magníficos” (Alonso-Fernandez, 1968, p. 46), outros, como Monedero, sugeriam rigor para com “psiquiatras e psicólogos que tomam um método da Filosofia e o aplicam torpemente ao conhecimento de sua disciplina psicopatológica” (Monedero, 1973, p. 76). O tema da aproximação da filosofia heideggeriana com a psiquiatria também pode ser aprofundado em Piccino, 2002, e Loparic, 2002.
5. Segundo Haynal, o entusiasmo com a psicanálise freudiana, que se apresentou repleta de “promessas implícitas” de compreensão dos problemas humanos, tornou-se, nos Estados Unidos, “um enorme desapontamento”, país onde exatamente, “mais do que na Europa, a psicanálise era fortemente idealizada nos anos de 1930 a 1950” (Haynal, 1993, p. 135).
6. Shorter (2001) descreve esse percurso nos capítulos “O hiato psicanalítico” e “De Freud ao Prozac”.
7. A afirmação completa encontra-se no prefácio do livro de Bleichmar (1992, p. 13).
8. Wolpert, biólogo e pesquisador, decidiu relatar em um livro sua experiência como paciente com depressão, qualificada por ele como a pior experiência de sua vida, mais terrível do que ver sua mulher morrer de câncer. Embora não seja médico nem psicólogo, ele aponta duas razões que legitimam sua iniciativa de escrever um livro teórico sobre o tema. A primeira, por ele ser um cientista familiarizado com os processos biológicos básicos e sistemas complexos, portanto com experiência em avaliar provas. A segunda razão, pelo fato de ele ter sofrido com a depressão (cf. Wolpert, 2003).
9. Cordás reconhece esse limite afirmando que “enquanto uma classificação baseada na etiologia é a mais válida, isso ainda não é possível em psiquiatria” (2002, p. 95).
10. Francisco Assumpção Jr., crítico dessa visão, entende que essa posição perante os aspectos emocionais decorre do fato de a área psiquiátrica se orientar pelo modelo biomédico “francamente cartesiano” (*apud* Baptista, 2004, p. 68).
11. Baseadas na classificação de David Holmes (2001).
12. Termo usado no sentido kuhniano, significando que os problemas de uma ciência se parecem com quebra-cabeças, por terem a solução garantida pelo referencial teórico no qual se apoiam.
13. Para aprofundamento no tema, indico os trabalhos de Loparic.

Capítulo 1

A teoria da depressão em Freud

E toda a teoria que não se funde na natureza do fato humano é uma mentira e uma traição ao homem. (R. Laing)

1. Introdução

Considerando que a psicanálise freudiana é uma ciência que possui um sistema teórico que suporta mudanças e modificações, passo a apresentar alguns aspectos da compreensão de Freud sobre a depressão, com a intenção de mostrar que, apesar dos seus esforços, essa teoria permaneceu limitada para orientar a clínica da depressão, mesmo depois de ele ter relacionado a melancolia ao complexo de Édipo e à pulsão de morte.

Para tanto, faço uma revisão do tema depressão-melancolia na obra de Freud, na qual explico tanto a presença dessa temática – inclusive como um guia para ampliação de sua teoria – quanto o fato de Freud nunca ter se sentido satisfeito com os resultados alcançados. Aponto que esse limite da teoria freudiana para o estudo das neuroses narcísicas e psicoses é conhecido no meio psicanalítico e foi ponto de partida para diversos aprofundamentos teóricos posteriores, inclusive o realizado por Winnicott.

Antes de iniciar essa revisão, julgo importante apresentar como o estudo da melancolia é atualmente conduzido no âmbito geral das ciências da saúde. Algumas modificações importantes, em especial no que se referem à nomenclatura, precisam ser consideradas para que se possa estabelecer uma linguagem comum. Esse recorte é importante devido ao fato de Freud ter usado o termo depressão e o termo melancolia inicialmente como sinônimos, e apenas mais tarde ter diferenciado a melancolia como uma afecção e a depressão como sintoma.

Tanto no DSM-IV (*Manual diagnóstico e estatístico de transtornos*

mentais, 4. ed., organizado pela Associação Psiquiátrica Americana) quanto no CID-10 (*Classificação de transtornos mentais e de comportamento*, manual oficial da Organização Mundial da Saúde), ocorreram mudanças no modo de classificar os transtornos de humor ou afetivos. Se até a década de 1980 a melancolia era estudada como um fenômeno particular, mesmo quando incluía a depressão, atualmente a melancolia foi *dissolvida* no conceito de depressão e passou a receber diferentes nuances classificatórias que vão de depressão maior, que representa um grave quadro depressivo, até a distímia, que representa a depressão em uma forma mais leve.

Observações a respeito das mudanças ocorridas na forma de classificar a melancolia – depressão nos manuais de psiquiatria – são encontradas em vários autores,¹ e, para alguns deles, esse procedimento é consequência do afastamento da psiquiatria da influência psicanalítica. Independentemente do que motivou essas mudanças, atualmente há consenso na área da saúde em nomear como depressão grave ou depressão maior ao que anteriormente era denominado melancolia na psicanálise freudiana.

O uso do termo depressão também se tornou comum para os autores psicanalíticos que estudam esse tema. A partir da década de 1950, praticamente todos os autores consultados usam a palavra melancolia apenas quando se referem e citam o texto de Freud “Luto e melancolia” (1917[1915]/1996); nos demais casos, unificam a linguagem e adotam o vocábulo depressão.² Também utilizarei esse procedimento neste trabalho.

Resolver a questão da nomenclatura abriu caminho para o estabelecimento de uma norma clínica, atualmente divulgada pelos manuais de psicopatologia, com o objetivo de facilitar o diagnóstico da depressão e orientar a conduta clínica tanto dos psiquiatras como dos psicólogos e profissionais da área da saúde em geral. Sob essa orientação, recebem o diagnóstico de depressão no meio médico as pessoas que apresentam alterações nas seguintes áreas:³ 1) distúrbios de humor – tristeza, irritabilidade, medo, agressividade e perda de interesse pelas atividades cotidianas, inclusive o trabalho; 2) mudanças no comportamento – cansaço permanente ou movimentação física diferente da usual; 3) alterações dos padrões de pensamento ou percepção; e 4) queixas físicas – alteração no padrão alimentar que envolva perda ou aumento de peso, alteração no padrão do sono e dores crônicas.

Seguindo essa lógica de classificação, são considerados como fatores determinantes para o diagnóstico de depressão os sentimentos de tristeza e

a perda de interesse ou prazer pelas coisas que se costumava fazer. Por isso, para receber esse diagnóstico, é necessário que a pessoa apresente um desses dois sintomas, durante ao menos duas semanas, e a ocorrência deles esteja associada a, no mínimo, quatro sintomas de uma lista que inclui, além dos sintomas já listados, sentimentos inadequados de inutilidade e culpa, e pensamentos recorrentes de morte e suicídio.⁴

Talvez não coincidentemente, a tristeza (“desânimo profundamente penoso”) e a perda do interesse pelas atividades cotidianas (“cessação de interesse pelo mundo externo”), somadas à “perturbação da autoestima”, também sejam os sintomas considerados fundamentais para o diagnóstico da depressão na clínica psicanalítica e os que se tornaram a base para a explicação metapsicológica da melancolia desde que foram destacados por Freud em seu texto “Luto e melancolia”, já em 1917.

2. O lugar da depressão na teoria freudiana

A primeira dificuldade para avaliar a contribuição de Freud ao estudo da depressão está em determinar qual a posição que o fenômeno depressivo ocupa em sua teoria. Além da prática comum de realizar comentários baseados exclusivamente no artigo principal de Freud (1917), verificam-se duas outras posições a respeito da importância e do lugar da depressão na obra desse psicanalista. Alguns autores (Delouya In Fedida, 1999, e Berlinck, 2000) afirmam que Freud não se dedicou com exclusividade ao tema, tratando a melancolia como um sintoma associado à neurose. Outros autores (Gaylin, 1968/1994, e Hassoun, 2002) enfatizam a importância dessa temática para o desenvolvimento da teoria psicanalítica, na medida em que o estudo sobre a melancolia foi o impulsionador do desenvolvimento de temas posteriormente elaborados, como o superego e a pulsão de morte. Peres, por sua vez, além de apontar a controvérsia entre os estudiosos a respeito de Freud ter apresentado ou não uma teoria da depressão, pontua que, “diferentemente da neurose obsessiva, da histeria e da paranoia, não existe exposição de um caso clínico de melancolia” (2003, p. 28) na obra do psicanalista.

Não seria correto entender essas posições como uma contradição, embora a primeira impressão seja esta. Quando se investiga o tema da depressão na obra de Freud, percebe-se que essas apreciações aparentemente contraditórias fazem parte de um caminho difícil e penoso seguido pelo autor no esforço de considerar a depressão uma forma de

neurose. Até escrever o texto “Luto e melancolia” em 1917, Freud realmente não dispensava atenção especial a essa patologia. Foi depois das dificuldades enfrentadas a respeito de quantas espécies de energia poderiam ser postuladas – apontadas por ele mesmo no artigo de 1914, “Sobre o narcisismo: uma introdução” – que Freud se debruçou mais detalhadamente sobre a organização tópica e econômica do aparelho psíquico, na tentativa de compreender algumas patologias, entre elas a melancolia. No texto de 1917, essa dificuldade continuou presente, embora ele já estivesse apoiado na ideia de um ideal de ego, construída no texto de 1914, o que sinaliza o prenúncio da importante alteração que seria mais tarde efetuada em sua teoria, com o advento da segunda tópica.

A existência dessas dificuldades é confirmada por Freud no prefácio de “O ego e o id” (1923/1996), local em que assume o caráter provisório de muitos dos conceitos apresentados em “Além do princípio do prazer” (1920/1996), reconhecendo que naquele tempo suas ideias refletiam ainda muita curiosidade. Aproveita essa ocasião para dizer que, nesse artigo, a base para seu pensamento é a observação analítica, portanto sem “novos empréstimos tomados à biologia”, e, por isso, reconhece estar mais próximo da psicanálise (cf. 1923/1996, p. 25). Com tais afirmações, Freud demonstra que as ideias surgidas em 1914 e um pouco mais desenvolvidas em 1917 ainda eram embrionárias, embora já refletissem uma significativa mudança de rumo na psicanálise freudiana. É importante destacar que a melancolia esteve incluída entre as patologias que provocavam questionamentos ao autor, a ponto de o raciocínio desenvolvido em torno desse tema apresentar-se, na opinião de Peres (2003, p. 29), como um campo privilegiado para o estudo da evolução da própria teoria psicanalítica.

O texto de 1920 mostra que Freud reconheceu uma séria limitação em sua teoria e percebeu que, do modo como estava estruturada, não explicava como o instinto de autopreservação poderia ser compreendido no caso das pessoas que deslocavam a libido para si mesmas, impedindo que esse instinto seguisse seu rumo. Com isso, o dualismo pulsional da primeira tópica começou a se mostrar insuficiente para responder essa questão.

Quando percebeu que os processos mentais envolvidos na melancolia e outras patologias eram de natureza diferente dos da histeria, Freud admitiu que havia dirigido seu interesse “de modo excessivamente exclusivo para o reprimido” (1923/1996, p. 33). A distinção feita na primeira tópica entre consciente e inconsciente não respondia a questão para onde ia a energia originada de um deslocamento no interior do

próprio aparelho. Para resolver esse impasse, Freud depositou toda a esperança na reformulação tópica do aparelho psíquico que, a partir de então, passou a ser subdividido em id, ego e superego, e instituiu o novo dualismo pulsional: pulsão de vida e de morte.

Apesar de todos os esforços de Freud para teorizar sobre as patologias narcísicas, a melancolia permaneceu um ponto obscuro para ele, bem como para seus seguidores e dissidentes, que, a partir dessa realidade, buscaram novas compreensões a respeito da depressão. Poucos temas na área motivaram tantas revisões e determinaram a criação de teorias modificadas e até novas teorias, como aconteceu com a depressão, ainda que os teóricos partissem das teses fundamentais de Freud.

3. Modo de teorização de Freud

Para Freud, a psicanálise é uma ciência composta de dois tipos diferentes de teorias: uma empírica e outra especulativa.⁵ A teoria empírica corresponde ao conjunto de conceitos decorrentes da observação dos fatos clínicos e tem referentes no mundo factual. Segundo ele, são justamente alguns desses conceitos empíricos, os quais denomina xiboletes, que fundam e diferenciam a psicanálise de outras psicologias. Fazem parte desse conjunto de conceitos a diferenciação do psiquismo em consciente e inconsciente, a teoria dos sonhos e o complexo de Édipo. Tais conceitos, provenientes de sua experiência clínica, decorrem de uma rigorosa descrição de fatos empíricos teorizados, estando, portanto, sua importância relacionada ao fato de serem os sustentadores da estrutura teórica da psicanálise como ciência.

Já os conceitos metapsicológicos, especulativos, não encontram referente objetivo na realidade fenomênica, portanto não se caracterizam pela descrição de fatos observáveis, mas, ao contrário, são construções auxiliares elaboradas com o intuito de organizar a observação dos fatos, tornando possível estruturá-los e relacioná-los. Como diz Fulgencio, a metapsicologia “é um constructo para conectar as descrições e uma orientação-guia para procurar (observar) novos dados” (Fulgencio, 2003, p. 157). Portanto, as especulações metapsicológicas não têm a função de explicar fatos, mas a de “estabelecer um quadro e uma direção para a busca de explicações factuais (empíricas) sobre os fenômenos psíquicos” (Fulgencio, 2003, p. 157).

O uso de construções auxiliares especulativas, associadas a fatos

empíricos, é um método de pesquisa característico da época de Freud, homem de ciência, formado na mentalidade mecanicista-natural predominante em seu tempo. Acreditando que a descrição dos fatos não era suficiente para explicar os fenômenos psíquicos, Freud, baseado nesse modelo de ciência, reiterou, ao desenvolver suas teorias,

[...] o ponto de vista dinâmico, com seu dualismo básico de forças em conflito como princípio básico de inteligência, enriqueceu-o com o ponto de vista econômico, com a suposição de quantidades de energia que se deslocam, e com o tópico, com a ficção teórica de sistemas psíquicos diferenciados espacialmente figuráveis. (Fulgencio, 2002, p. 108)

Quando adotou esse modo de fazer ciência e transpôs, por analogia, esse modelo para a psicologia, Freud legitimou a característica de terem esses conceitos um caráter hipotético, de valor aproximativo e indeterminado, e sujeitos a alterações e, inclusive, a de serem abandonados sempre e quando surgissem explicações mais adequadas, decorrentes do progresso da ciência. Com esse pensamento, Freud deixa claro que os conceitos teóricos provenientes desse tipo de teorização metapsicológica poderiam ser modificados e substituídos.

Ele mesmo lançou mão desse princípio quando, ao dar-se conta de que a primeira tópica não conduzia à compreensão de vários problemas clínicos, entre eles as patologias narcísicas (nas quais a melancolia está incluída), reformula os conceitos da metapsicologia e cria a segunda tópica. A substituição das construções auxiliares iniciais da primeira tópica pelas da segunda tópica constituiu-se em um procedimento legítimo, coerente com seu programa de pesquisa, que permitia objetificar, representar o psiquismo e fornecer explicação sobre sua gênese e ocorrência.

Nessa reformulação da metapsicologia, Freud reorganiza sua primeira teoria das pulsões, na qual o dualismo pulsional ocorria entre a pulsão de autoconservação e a pulsão sexual, no interior de um aparelho psíquico configurado por conteúdos consciente e inconsciente – e desenvolve o novo dualismo –, pulsão de vida e pulsão de morte, também operando em um ficcional aparelho psíquico organizado em instâncias denominadas id, ego e superego, com seus conteúdos conscientes e inconscientes.

Entretanto, quando se baseia a solução de um problema real em soluções artificiais, apenas adia-se o confronto com a realidade. Foi o que aconteceu com a segunda tópica. O conceito de pulsão de morte –

entendido como um impulso básico que leva o aparelho psíquico a procurar eliminar suas tensões internas ao seu menor nível, com a finalidade de levar o ser vivo a seu estado zero de tensão, isto é, ao seu estado inorgânico –, embora seja mais eficiente do ponto de vista da explicação, é o conceito da metapsicologia mais combatido pelos psicanalistas (entre eles, Winnicott) desde sua apresentação por Freud⁶ e até recentemente pelos estudiosos da psicanálise.

Como bem coloca Fulgencio, o fato de Freud ter substituído o primeiro dualismo pulsional pelo segundo (vida *versus* morte) “não modifica em nada a natureza especulativa de suas hipóteses” (Fulgencio, 2002, p. 109). Pelo contrário, a artificialidade da solução encontrada nestas explicações é remetida de uma tópica para outra e, da mesma forma, as dificuldades. Importante mencionar que, de acordo com Fulgencio, a teorização metapsicológica em Freud – pulsões, libido e o aparelho psíquico com suas instâncias –, tanto na primeira quanto na segunda tópica, fornece construções auxiliares para buscar explicações, mas elas mesmas não são explicações.

Isso implica dizer que, em Freud, as explicações a respeito do adoecer humano estão apoiadas em sua metapsicologia. Portanto, da mesma forma que com todas as patologias estudadas por ele, ao procurar compreender a melancolia em termos metapsicológicos (investimentos libidinais no eu, nos objetos, efeitos da pulsão de morte etc.), Freud termina, como será mostrado, por apoiar-se na mitologia da teoria das pulsões.

4. Modelos especulativos em Freud

Freud mais de uma vez comenta que só é possível falar de uma apresentação metapsicológica quando se puder descrever um processo psíquico segundo suas relações dinâmicas, tópicas e econômicas.

O ponto de vista dinâmico supõe a interação de forças em conflito como um quadro sob o qual as explicações são procuradas. Fundamentado nesse princípio, Freud pensa o psiquismo como um conjunto de supostas forças em conflito. Sendo assim, os fenômenos psíquicos são resultantes do conflito e da composição de forças que impulsionam o organismo a partir de direções básicas pressupostas.

O ponto de vista tópico projeta, por analogia, uma situação física em uma situação psíquica, usando esse recurso como meio de preencher a

lacuna de conhecimento relativa aos processos psíquicos, e supõe o aparelho psíquico composto de certo número de sistemas, com funções e características diferentes, dispostos em certa ordem, relacionando-se uns com os outros. Daí a concepção de que o psiquismo pode ser compreendido como uma máquina psíquica, tal como qualquer outro aparelho mecânico.

E, por último, o ponto de vista econômico, que completa a perspectiva metapsicológica pois, como diz Laplanche, não seria possível a descrição completa de um processo psíquico na teoria freudiana sem a apreciação da economia dos investimentos (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 121). Essa perspectiva considera a libido uma energia que está ou não investida nos objetos. Ao teorizar assim, Freud agregou um valor quantitativo aos afetos e às excitações como meio auxiliar na organização de dados empíricos. Laplanche observa que, quando Freud interpreta a libido em termos de quantidade, ele está tratando em uma linguagem fisicalista o que, em uma perspectiva “menos distante da experiência”, poderia ser descrito como “o mundo dos valores” (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 123). Fulgencio resume essas ideias na seguinte afirmação:

Ao ponto de vista dinâmico corresponde a suposição de pulsões (forças psíquicas) básicas em conflito, como causas motoras originárias, e primeiras, do funcionamento da vida psíquica; ao econômico, a suposição de uma energia psíquica de natureza sexual (a libido) – que funciona e pode ser avaliada segundo um fator quantitativo – que impulsiona as pulsões e caracteriza os investimentos afetivos nos objetos de desejo; e, ao ponto de vista tópico, a proposição de tornar o psiquismo como se fosse um aparelho, passível de ser visualizado e figurado espacialmente [...]. (Fulgencio, 2003, pp. 144-145)

Fica evidente, portanto, que esses conceitos metapsicológicos são especulativos, de natureza diferente dos conceitos empíricos da psicanálise, por exemplo, a sexualidade que deve ser entendida como diferente de libido. Essas distinções são importantes pois, em Winnicott, não teremos o uso de teorias do tipo especulativo para a compreensão da depressão.

5. Aproximação de Freud com o tema da melancolia

O princípio de Freud a respeito de como conduzir um estudo em psicanálise é claro. Para ele, “a melhor maneira de compreender a

psicanálise ainda é traçar sua origem e evolução” (Freud, 1923 [1922]/1996, p. 253). Estendendo esse princípio para os conceitos desenvolvidos e patologias estudadas por Freud, pode-se analisar o modo como ele tratou o tema da depressão e da melancolia ao longo de sua obra. A opção por esse caminho não visa apenas a traçar um percurso histórico do desenvolvimento da psicanálise freudiana no que diz respeito ao tema da melancolia, embora isso tenha, em si mesmo, sua importância. A ideia é mostrar, por meio desse recurso, como Freud sempre esteve envolvido com o tema depressão, mas não pôde dar atenção a esse fenômeno em função de seu objetivo de comprovar as teses da primeira tópica, relacionadas ao inconsciente reprimido. Somente quando atestou a insuficiência desse modelo para tratar as neuroses narcísicas e traumáticas, Freud pôde finalmente abrir-se para outro modo de explicação. Usar um caminho histórico permite observar a veia investigativa e pesquisadora de Freud, teórico e clínico que não se abalava com os obstáculos encontrados durante suas pesquisas e muito menos ocultava dos leitores as dificuldades empíricas e teóricas nas quais esbarrava.

No entanto, a principal razão para adotar esse procedimento está ligada ao fato de que, por ele, é possível mostrar como a depressão, ao contrário do que se possa pensar, era um problema comum nos tempos de Freud, talvez tanto quanto as neuroses histéricas. Se ele não lhe deu a devida atenção nem se ocupou em diferenciá-la das neuroses, isso ocorreu por realmente não ter interesse ou porque as características da depressão dificultaram sua compreensão do problema.

Destaco este aspecto porque, desde o momento em que o diagnóstico e o consequente aumento do número de casos de depressão se tornaram uma realidade para o meio médico-psicológico, tem havido uma tendência de se considerar a depressão decorrente do estilo de vida de nossa época, inclusive como argumento para justificar o fato de Freud não a ter colocado entre as patologias clínicas psicológicas como fez com a neurose e a psicose.⁷ Relacionado a esse argumento, há também críticas de autores dirigidas aos laboratórios fabricantes de drogas antidepressivas, acusando-os de estarem, de certo modo, patrocinando esta “era depressiva”. Uma revisão da obra de Freud mostra que não há como sustentar esse raciocínio. A depressão ocupou e preocupou Freud como muitos psicanalistas depois dele, desde o final do século XIX, e, sustentada nesse estudo histórico, é possível verificar que a depressão (melancolia) constitui o ponto teórico mais frágil da teoria freudiana.

De certo modo, encontro eco para a afirmação da fragilidade da teoria

freudiana da depressão quando vejo que Eagle (1984), ao examinar o crescente interesse pelas teorias das relações objetais (nas quais Winnicott é incluído de modo inadequado),⁸ afirma que isso em parte se deu em virtude da preocupação com as chamadas condições *bordelines* e as desordens de personalidade narcísica ainda não completamente compreendidas. Barron e Wolitzky apresentam ideias semelhantes as de Eagle, quando analisam a “insatisfação” dos psicólogos e psicanalistas americanos com a “teoria freudiana tradicional, particularmente a metapsicologia” (Barron, Eagle & Wolitzky, 1992, p. 392).

Realizar um levantamento dos momentos em que os termos depressão e melancolia aparecem ao longo da obra de Freud permitiu entender como Freud tratou esse tema, e confirmou que a teoria metapsicológica desenvolvida em “Luto e melancolia” para explicar os estados melancólicos desempenhou um importante papel para o desenvolvimento do pensamento de Freud e para sua teorização final. Essa análise também elucidou que a preocupação de Freud com a questão da melancolia adquiriu um sentido muito mais teórico do que clínico. A necessidade de explicar teoricamente esse fenômeno superou a necessidade de verificar a aplicabilidade terapêutica real dessa teoria e, por essa razão, Freud encerra o “capítulo melancolia” com a sensação de que pouco se podia fazer pelos pacientes melancólicos.

Esse levantamento também possibilitou observar a evolução do pensamento do autor no que diz respeito à depressão. Inicialmente, Freud usava os termos depressão e melancolia para designar um simples sintoma, e ainda estava fortemente influenciado pelo pensamento psiquiátrico de sua época. Desse uso genérico e comum ele vai gradativamente especificando e incorporando a melancolia em sua teoria até escrever o texto de 1917, quando passa a tratá-la como um quadro clínico específico. A depressão, no entanto, permanece como um sintoma. Finalmente, em 1923, no texto “O ego e o id”, chega à formulação final, na qual estabelece uma relação entre a melancolia, o complexo de Édipo e a pulsão de morte.

Contudo, por mais que tenha avançado em suas descobertas em relação à melancolia, Freud não ficou satisfeito com a compreensão que empreendeu desse quadro clínico. Na Conferência 31, “A dissecação da personalidade psíquica” (Freud, 1933[1932]/1996), mais uma vez afirma a dificuldade de tratar com a melancolia, que para ele ainda representava, a essa altura de seus estudos, uma “doença, de cujas causas e de cujo mecanismo conhecemos quase nada” (Freud, 1933[1932]/1996, p. 66). Ele continua salientando que “o aspecto mais evidente” dessa patologia se

refere à severidade, até mesmo crueldade, do superego para com o ego. Perceber o deslocamento da libido do objeto de amor perdido para o ego da pessoa via introjeção permanecia a grande descoberta, com a diferença que agora ele havia renomeado como superego o que no texto de 1917 incipientemente tratava por ideal de ego.

5.1 A mãe que não podia amamentar

Em um estudo que busca desconstruir a ideia clássica de um adoecer psíquico baseado em um relacionamento a três – “o andarilho na cama da mãe” – para propor, ao contrário, que o paradigma do adoecer está situado no “bebê no colo da mãe”,⁹ não deixa de ser interessante verificar que a primeira vez que o termo depressão aparece na obra de Freud se referiu exatamente a um caso que envolvia uma mãe com dificuldades para cuidar e amamentar seu bebê. Em um artigo de 1892, “Um caso de cura pelo hipnotismo”, Freud relata a história de uma paciente que estava deprimida por não conseguir amamentar seu segundo bebê recém-nascido, tornando-se isso possível somente depois de sofrer uma intervenção por sugestão hipnótica realizada por ele. Essa dificuldade já havia ocorrido na época do nascimento do primeiro filho e, pela impossibilidade de a mãe amamentar esse bebê, este precisou ser alimentado por uma ama de leite. Freud comenta que, na ocasião da primeira maternagem, a mãe possuía pouco leite e sentia muita dor ao tentar amamentar seu bebê. Também perdeu o apetite e seu sono ficou alterado. Quando o bebê foi dado a uma ama de leite, Freud diz que “todos os problemas da mãe desapareceram” (Freud, 1892-1893/1996, p. 160).

Segundo Freud, por ocasião do nascimento do segundo bebê, os esforços da mãe para amamentar o filho foram menos bem-sucedidos, provocando sintomas ainda mais desagradáveis. A paciente vomitava o que comia, seu sono era agitado e ela ficava “deprimida com sua incapacidade” (Freud, 1892-1893/1996, p. 160). Nesse momento a sugestão hipnótica foi indicada como tratamento pelos médicos da família, e depois disso, sem saber como, a paciente foi capaz de amamentar seu bebê. No entanto, quando o terceiro filho nasceu, o mesmo problema reapareceu e novamente Freud foi chamado a intervir.

Freud tratou esse caso como uma *hystérique d'occasion*, sem relacionar esses mal-estares da mãe à situação da amamentação.¹⁰ A compreensão desse caso é orientada pelo conhecimento psiquiátrico

daquela época e por seus estudos sobre a histeria. Isto fica claro quando Freud tenta recompor uma possível disposição hereditária da paciente ao mencionar que esta tem um irmão que sofreu uma neurastenia. Não havendo dados que comprovassem a hereditariedade, prossegue na tese da histeria. Diante da bem-sucedida intervenção hipnótica, Freud passa a explicar o mecanismo psíquico do distúrbio dessa paciente, mas admite não ter ainda informação sobre o assunto e, por isso, se diz “forçado” a deduzir o que aconteceu. Ao desenvolver essa explicação, trata a depressão como um sintoma relacionado à hereditariedade e diferente da melancolia.

5.2 Dos “Rascunhos” a Abraham

Na série de documentos “Rascunhos” e nas cartas trocadas com Fliess, Freud (1950[1892-1899]/1996) aborda diversas vezes o tema da melancolia e da depressão, ainda indistintamente. Ver que este fenômeno aparece como objeto de preocupação de Freud em um momento tão inicial de sua elaboração teórica confirma a ideia de que ele sempre esteve envolvido com essa problemática, e que a melancolia representou um importante tema para o desenvolvimento da teoria psicanalítica.

Mesmo sabendo que esse material não foi produzido por Freud para ser tratado como uma expressão de seu pensamento, considere analisar esses escritos porque há neles ideias relativas ao tema que foram de alguma maneira mantidas e desenvolvidas posteriormente por ele.

A análise desses rascunhos permite constatar algumas características de Freud ao desenvolver a teoria psicanalítica, por exemplo, a de mudar suas hipóteses e teses à medida que avançava em seus estudos e compreendia que as explicações anteriores não lhe eram satisfatórias. Seu espírito científico, somado à sua perseverança em buscar inscrever a psicanálise no seio das ciências, diferente, portanto, da filosofia e da religião, garantiram a ele a condição de ser um crítico de suas próprias ideias. Também pode-se observar a evolução do pensamento freudiano no modo de tratar a depressão. De maneira geral, já nessa época ele reconhecia diferentes intensidades do estado deprimido, reservando a denominação “melancolia” para os quadros mais intensos de depressão.

Particularmente, fica evidente que, por estar procurando confirmar a etiologia sexual das neuroses, Freud tendia a buscar explicação para todos os modos de adoecer nessa fonte teórica. Essa foi a razão de ele ter definido a depressão – nesse tempo ainda vista apenas como um sintoma

da neurose de angústia – como consequência de um represamento da energia sexual. Enquanto isso, defendia a ideia de que a melancolia deveria ser vista como consequência da tensão psíquica acumulada. Somente mais tarde, após o desenvolvimento do tema do narcisismo, Freud incluiu a melancolia entre as neuroses narcísicas, reconhecendo, para tanto, a contribuição de Abraham, que destacou o envolvimento de aspectos orais e sádicos na depressão.

6. Análise dos “Rascunhos”

Ao ler os “Rascunhos”, três características do modo de pensar freudiano são percebidas. A primeira está relacionada ao fato de o autor ainda retomar a hereditariedade para compreender alguns casos clínicos. Outra característica foi tratar a depressão e a melancolia como fenômenos diferentes: a depressão era vista como um sintoma da neurose, muitas vezes ainda considerada uma neurose de angústia, e a melancolia, uma afecção. A terceira característica é a interpretação da melancolia ligada ao acúmulo de energia psíquica, que nessa época ainda não era denominada libido.

Torna-se evidente, pela análise desses “Rascunhos”, que a intenção principal de Freud nessa época era compreender a neurose. Em uma carta enviada a Fliess, incluída no “Rascunho 18”, ele reconhece que ainda existem lacunas a respeito das neuroses e de como elas são adquiridas, mas que já está se aproximando de um ponto de vista abrangente e de alguns critérios gerais para abordar o tema. Diz que conhece três mecanismos: 1) transformações do afeto (histeria de conversão); 2) deslocamento do afeto (obsessões); e 3) troca de afeto (neurose de angústia e melancolia). Ao apresentar esses mecanismos mais uma vez, percebe-se que a depressão (incluída nesse momento como sintoma da neurose de angústia) e a melancolia não passavam despercebidas para Freud.

No entanto, é no “Rascunho G” que Freud trata diretamente da melancolia.¹¹ Ele enviou a Fliess nessa ocasião uma elaborada tentativa de explicar a melancolia em uma linguagem neurológica, mas, reconhecendo não ser essa tentativa frutífera, encaminha outro manuscrito (“Notas III”), datado de 31 de maio de 1897 (1950 [1897]/1996), com uma explicação mais psicológica, na qual, pela primeira vez, Freud aborda o tema da melancolia em relação ao luto. Nesse manuscrito, ele diz que os impulsos hostis contra os pais, isto é, o desejo de que eles morram, é um elemento

integrante da neurose que costuma ser recalcado por ocasião da doença ou morte deles, embora comumente se torne consciente por meio de ideias obsessivas e também apareça nos delírios de perseguição típicos da paranoia. Assim, quando isso ocorre, isto é, quando esses impulsos são recalcados, “constitui manifestação de luto uma pessoa acusar-se da morte deles” (Freud, 1950[1897]/1996, p. 305). Diz também que este mecanismo “se conhece como melancolia” (Freud, 1950[1897]/1996, p. 305).

Este manuscrito (“Notas III”) merece destaque porque, como informa o editor inglês, “incidentalmente” é o trecho no qual Freud antecipa pela primeira vez o complexo de Édipo. No que se refere à melancolia, observa-se que a forma de pensar uma relação entre luto e melancolia aqui iniciada foi deixada de lado por Freud até ele escrever o artigo de 1917, da mesma forma que a incipiente relação entre esses mecanismos e o complexo de Édipo só foi efetivada em 1923, no artigo “O ego e o id”.

O editor inglês destaca que, nesse período – e mesmo posteriormente, como acontece, por exemplo, em “Psicologia de grupo e análise do ego” (1921), um texto escrito depois de “Luto e melancolia”, no qual Freud comenta que outro exemplo de introjeção de objeto é fornecido pela análise da melancolia –, ele emprega habitualmente a expressão melancolia para condições que hoje se descreveriam como depressão. Por diversas vezes nessa época não mantém a distinção original apresentada anteriormente, que considera a depressão um sintoma de neurose e a melancolia um quadro clínico, muitas vezes tratando-as como sinônimos. Um bom exemplo disso pode ser visto no “Rascunho N”, no qual a “Nota III” está incluída; nela Freud trata dos motivos para a construção dos sintomas, afirmando que também existe uma libido inconsciente, e que, portanto, “parece que o recalçamento dos impulsos produz não angústia, mas talvez depressão – melancolia. Desse modo, as melancolias estão relacionadas com a neurose obsessiva” (Freud, 1950[1897]/1996, p. 307).

O raciocínio descrito nessa passagem seguia a linha de pensamento apresentada por Freud no “Rascunho E”, no qual trata da origem da angústia, considerando que ela surge por transformação a partir da tensão sexual acumulada, tese que foi mantida pelo autor até quase o fim de sua vida (Freud, 1950[1894]b/1996, p. 237). Nesse manuscrito, mais uma vez, Freud confirma que o desenvolvimento de sua teoria sempre esteve, de alguma forma, associado ao conhecimento da melancolia – depressão.

É no “Rascunho E” que Freud desenvolve a tese sexual da origem da angústia.¹² Ele afirma que a origem da angústia não deve ser buscada na esfera psíquica, mas deve estar radicada na esfera física. Assim, procurou

estabelecer uma relação entre um fator físico-sexual que produzisse angústia. Após analisar casos em que percebia a angústia originando-se de uma causa sexual, deu-se conta de que, em alguns casos, essa relação só poderia ser realizada de modo teórico. O ponto comum de ligação que encontrou entre os casos em que podia estabelecer uma relação entre a angústia e a vida sexual, e os outros casos em que isso não era possível, era a abstinência sexual. Entretanto, só depois de constatar que até as mulheres frígidas estão sujeitas a angústia após o coito interrompido, ele reformula o problema, considerando-o como consequência de uma acumulação física de excitação.

Portanto, define a neurose de angústia como uma neurose de represamento, consequência de uma acumulação de tensão sexual física, da mesma natureza da histeria, consequência, portanto, do fato de uma descarga ter sido evitada. Diante disso, o que provoca a angústia? Freud postula que, “visto que absolutamente nenhuma angústia está contida no que é acumulado, a situação se define dizendo-se que a angústia surge por transformação a partir da tensão sexual acumulada” (Freud, 1950[1894]b/1996, p. 237). E assim chegamos ao ponto em que Freud busca apoio no seu modo de compreender a melancolia para esclarecer esse ponto, mostrando que ele não era, de modo algum, indiferente ao tema:

Aqui se pode intercalar algum conhecimento que nesse meio tempo se obteve acerca do mecanismo da melancolia. Com frequência muito especial verifica-se que os melancólicos são anestésicos. Não têm necessidade de relação sexual (e não têm a sensação correlata). Mas têm um grande anseio pelo amor em sua forma psíquica – uma tensão erótica psíquica, poder-se-ia dizer. (Freud, 1950[1894] b/1996, p. 237)

A sequência dessa passagem acaba, portanto, confirmando que Freud, nessa época, fazia uma distinção entre depressão (neurose de angústia) e melancolia, mesmo que, como mostramos anteriormente, algumas vezes se referisse a esses fenômenos como sinônimos. Também demonstra que ele buscava uma etiologia para a melancolia que pudesse ser associada à sua teoria da sexualidade. Afirma Freud:

Nos casos em que esta se acumula e permanece insatisfeita, desenvolve-se a melancolia. Aqui, pois, poderíamos ter a contrapartida da neurose de angústia. Onde se acumula tensão sexual física – neurose de angústia. Onde se acumula tensão sexual psíquica – melancolia. (Freud, 1950[1894]b/1996, p. 237)

Retornando ao “Rascunho G”, pode-se ver como Freud, desde muito cedo, via a melancolia como um problema que escapava às explicações teóricas que vinha desenvolvendo. Também pode-se observar que, ao tentar explicar esse impasse clínico-teórico que emergia de sua prática, sempre tangenciou o que viria, mais tarde, a desenvolver em “Luto e melancolia” e, finalmente, apresentar em “O ego e o id”. Apesar de Freud tratar nesse texto de temas que foram abandonados na elaboração posterior da teoria da melancolia, por exemplo, a correlação entre melancolia e anestesia sexual, masturbação e neurastenia, hereditariedade e angústia, que permitiram a ele propor a hipótese de que a “melancolia consiste em luto por perda da libido” (Freud, 1950[1895]a/1996, p. 247), ele já apresenta ideias que serão mais tarde reelaboradas de modo definitivo. Como exemplo podemos citar a passagem que aborda o luto e a vida pulsional: “o afeto correspondente à melancolia é o luto – ou seja, o desejo de recuperar algo que foi perdido. Assim, na melancolia, deve tratar-se de uma perda – uma perda na vida pulsional” (Freud, 1950[1895]a/1996, p. 247).

7. Considerações freudianas até chegar a “Luto e melancolia”

À parte os “Rascunhos” enviados a Fliess, observa-se que, até escrever o artigo de 1917, Freud continuava apresentando o tema melancolia com as mesmas três características indicadas e analisadas no item anterior, a saber: a tentativa de se apoiar na tese da hereditariedade (quase sempre usada como recurso de diagnóstico diferencial), a etiologia sexual (relacionada à neurose) e, embora buscasse sempre definir depressão como sintoma e melancolia como um quadro clínico, muitas vezes ainda misturava esses fenômenos em suas análises, tratando-os indistintamente. Entretanto, apesar dessa semelhança na forma de abordar o tema, surgem nesse período de desenvolvimento teórico, que vai de 1893 a 1914, alguns pontos que destacarei a seguir.

O primeiro se refere a uma menção rápida que Freud faz ligando depressão melancólica e alteração de humor, ao discutir seu caso número 2, da Sra. Emmy von N., (1893-1895). Nesse caso, Freud percebe que as conversões histéricas, característica fundamental para diagnosticar a histeria, não eram muito visíveis em sua paciente, e, por isso, ele usa outra ordem de explicação para compreender as manifestações clínicas que

encontra e que são diferentes da esperada em um caso típico de histeria. Sem entrar em detalhes, diz: “Os sintomas psíquicos em nosso atual caso de histeria, em que havia muito pouca conversão, podem ser divididos em alterações de humor (angústia, depressão melancólica), fobias e abulias (inibições da vontade)” (Freud, 1893-1895/1996, p. 116).

Esse ponto merece destaque por duas razões: primeiro, para mostrar que Freud busca explicar a depressão como uma alteração de humor, uma saída para a sua dificuldade de enquadrar os sintomas dessa paciente em sua teoria, e, segundo, para marcar um momento de sua obra em que ele claramente enquadra a depressão como um sintoma da neurose. Como ele mesmo reconhece, os parâmetros clínicos esperados para configurar a histeria – as conversões histéricas – não podiam ser observados com facilidade nessa ocasião, mas era inegável existir outra ordem de problemas que justificavam o adoecer daquela mulher. Como um bom clínico, Freud descreve os sintomas psíquicos observados e, sem maiores dificuldades, pode-se ver que as alterações psíquicas descritas por ele estão presentes naquilo que atualmente é definido como um quadro depressivo. Contudo, como o referencial teórico no qual apoiava suas análises não acomodava os sintomas observados, Freud entende que tais sintomas compõem uma neurose, mostrando que atuava clinicamente sob um olhar míope ao focar apenas o que lhe era teoricamente familiar.

Outro ponto a ser salientado se refere à analogia entre melancolia e luto, que é realizada por Freud de um modo muito semelhante ao que fará mais tarde, em 1917. Essa analogia aparece pela segunda vez¹³ no artigo “Contribuições para uma discussão acerca do suicídio” (Freud, 1910/1996, p. 243), no qual trata da condição de a pessoa reprimir a pulsão de vida. Afirma que isso só pode ser feito por uma libido desiludida ou em razão da renúncia egoística do ego por sua autopreservação. Ciente de que lhe faltam meios para abordar a questão da repressão à pulsão de vida, comenta que um ponto de partida para tal seria o estudo da melancolia. Desse modo, ele mostra que a melancolia fazia parte de sua clínica e que, embora comum, era um quadro obscuro para ele. Afirma Freud:

Podemos, eu acredito, apenas tomar como nosso ponto de partida a condição de melancolia, que nos é tão familiar clinicamente, e uma comparação entre ela e o afeto do luto. Os processos afetivos na melancolia, entretanto, e as vicissitudes experimentadas pela libido nessa condição nos são totalmente desconhecidos. Nem chegamos a uma compreensão psicanalítica do afeto crônico do luto. Deixemos em suspenso nosso julgamento até que a experiência tenha solucionado este problema. (Freud, 1910/1996, p. 244)

O último ponto que gostaria de destacar está relacionado ao tratamento da depressão. Ao longo de sua obra, Freud apresenta uma mudança de pensamento. A princípio acreditava que as depressões poderiam ser “solucionadas pela psicanálise como uma histeria” (Freud, 1905[1901]/1996, p. 59, nota 1). Mais tarde, porém, postula que a depressão, entre outros quadros clínicos, não pode ser tratada pela psicanálise porque são casos “impróprios para a psicanálise” (Freud, 1905[1904]/1996, p. 250).

A afirmação de que é possível tratar as depressões como se fossem um caso de histeria aparece uma única vez na obra de Freud, quando ele apresenta o caso Dora, em “Fragmentos da análise de um caso de histeria” (Freud, 1905[1901]/1996). Comentando sobre a repetição dos mesmos pensamentos (que chamou de hipervalente) de Dora em relação a seu pai e à Sra. K., ele acrescenta em nota: “Esse tipo de pensamento hipervalente, ligado a uma profunda depressão, é amiúde o único sintoma de um estado patológico geralmente descrito como melancolia, mas que pode ser solucionado pela psicanálise como uma histeria” (Freud, 1905[1901]/1996, p. 59).¹⁴ No entanto, quando escreve “O método psicanalítico de Freud” (Freud, 1904[1903]/1996), no qual expõe os requisitos para que uma pessoa se “submeta com proveito à psicanálise” (Freud, 1904[1903]/1996, p. 240), ele destaca que essa pessoa deve ser capaz de um estado psíquico normal, pois, “durante os períodos de confusão ou de depressão melancólica, não se consegue nada nem mesmo num caso de histeria” (Freud, 1904[1903]/1996, p. 240). No artigo “Sobre a psicoterapia” (1905[1904]/1996), Freud é mais explícito ainda nessa orientação. Ao descrever as indicações e contraindicações para uma pessoa se submeter à psicanálise, afirma:

[...] quando se quer trabalhar em segurança, deve-se restringir a escolha a pessoas que tenham um estado normal, pois é neste que nos apoiamos, no procedimento psicanalítico, para nos apropriarmos do patológico. As psicoses, os estados confusionais e a depressão profundamente arraigada (tóxica, eu poderia dizer), por conseguinte, são impróprios para a psicanálise [...]. (Freud, 1905[1904]/1996, p. 250)

Embora contundente nessa afirmação, Freud continua: “ao menos como tem sido praticada até o momento”. Ao assim se posicionar, permite inferir que reconhece que há espaço para que a pesquisa em psicanálise prossiga, e, ao mesmo tempo, confirma que, até o presente momento, o estudo da melancolia era um ponto nebuloso para ele. Pode-se pensar que,

após o artigo de 1917, essa barreira teria sido transposta, mas, como veremos adiante, quando analisaremos esse artigo, a possibilidade de tratamento do paciente melancólico pela psicanálise não era clara para Freud.

Essa ideia é confirmada pelo próprio autor, vinte anos depois da citação anterior, e passados oito anos de “Luto e melancolia”, no artigo “Um estudo autobiográfico” (Freud, 1925[1924]/1996), no qual discorre sobre a história da psicanálise. Nesse texto, Freud realça a importância da transferência para o tratamento psicanalítico, afirmando que os “pacientes mentais” em geral não têm a capacidade de formar uma transferência positiva; por isso, “o principal instrumento da técnica analítica é inaplicável aos mesmos”¹⁵ (Freud, 1925[1924]/1996, p. 63). Entretanto, a que tipo de pacientes está se referindo? Aos depressivos e aos psicóticos, estando os melancólicos incluídos entre os últimos. Freud admite que, quando é possível estabelecer algum grau de transferência, “inegáveis êxitos com depressões cíclicas, ligeiras modificações paranoides e esquizofrenias parciais” (Freud, 1925[1924]/1996, p. 63) são conseguidos, isto é, nos casos em que a patologia não está bem delimitada. No entanto, admite que algum progresso nesse sentido só foi alcançado depois do conceito de narcisismo, pois, a partir daí, conseguiu-se “ora aqui, ora ali, ter uma visão além da barreira” (Freud, 1925[1924]/1996, p. 63).

O tom titubeante usado para falar dos casos clínicos não claramente definidos que conseguiam ser atendidos pela análise foi, no entanto, abandonado quando Freud constatou a impossibilidade de tratamento para a melancolia. Ele admite abertamente a contribuição de Abraham para a elucidação da melancolia e inclusive reconhece que o acesso à melancolia foi dado por esse psicanalista; no entanto, aceitar isso não ameniza o tom categórico com que afirma a dificuldade encontrada pela psicanálise para tratar os melancólicos. A citação completa da passagem em que apresenta essas ideias ilustra bem o sentimento de Freud:

Especialmente desde que se tornou possível trabalhar com o conceito de narcisismo, conseguiram [os analistas], ora aqui, ora ali, ter uma visão além da barreira. O máximo, sem dúvida, foi alcançado por Abraham [1912] em sua elucidação das melancolias. É verdade que nesse campo todos os nossos conhecimentos ainda não se transformaram em poder terapêutico, mas a simples vitória teórica não deve ser desprezada, e podemos concentrar-nos em esperar pela sua aplicação prática. (Freud, 1925[1924]/1996, p. 63)

8. “Luto e melancolia”

Após tantas aproximações com o tema da depressão, Freud elabora o artigo que constituiu um marco para o estudo da depressão. Escreveu um primeiro rascunho sobre o tema em 1915 e o enviou para a apreciação de Abraham,¹⁶ que fez inúmeros comentários, inclusive a importante sugestão de que havia uma ligação entre melancolia e a fase oral do desenvolvimento libidinal.

Foi a introdução dos conceitos de narcisismo e de ideal de ego que finalmente permitiu que Freud reabrisse o tema da melancolia e, por isso, o artigo “Luto e melancolia” (1917[1915]/1996) pode ser visto como um prolongamento do trabalho sobre narcisismo escrito um ano antes (1914b). A importância do artigo sobre o narcisismo para a teoria psicanalítica, como é sabido, vai além da explicação do mecanismo de um estado patológico específico; foram os temas abordados no texto de 1914b que levaram o autor à hipótese do superego e a uma nova avaliação do sentimento de culpa, temas desenvolvidos no Capítulo 11 de “Psicologia de grupo e análise do ego” (1921/1996) e em “O ego e o id” (1923/1996), que serão comentados adiante.

Para Freud, no entanto, o aspecto teórico mais significativo alcançado com o artigo “Luto e melancolia” foi o relato do processo pelo qual se conheceu que “uma catexia objetual é substituída por uma identificação”, como visto na melancolia (Freud, 1917[1915]/1996, p. 247), e a percepção de que esse é um processo de ocorrência geral. Ao estudar a melancolia, Freud percebeu que as identificações regressivas são a base do caráter de uma pessoa, e as mais antigas dessas identificações, ou seja, aquelas derivadas da dissolução do complexo de Édipo, formam o núcleo do superego.

8.1 Sobre o tema

Embora “Luto e melancolia” seja um texto reconhecido pela importância esclarecedora do tema da depressão no meio psiquiátrico e psicológico, Freud adverte para a necessidade de apreciar com cuidado suas conclusões, alertando para que não sejam superestimadas, porque o material sobre o qual baseou suas análises se refere a um pequeno número de casos de natureza “psicogênica indiscutível”, não pretendendo, por isso,

reivindicar “a validade geral” de suas conclusões. Em diversos momentos desse texto e em outros de sua obra ele reitera essa observação. Com o objetivo de compreender a natureza da melancolia, compara, por analogia, o afeto normal do luto com a melancolia, como fizera no caso dos sonhos. Para Freud, a correlação entre o luto e a melancolia se justifica em decorrência da presença de situações comuns e gerais que são experienciadas pelas pessoas que passam por uma e outra dessas condições.

Como característica comum, Freud cita as causas excitantes, decorrentes de influências ambientais, que são as mesmas para os dois casos; a diferença está associada à explicação da origem ou o motivo de se estar enlutado ou melancólico. Enquanto no luto a perda é conhecida, na melancolia esta é “de natureza mais ideal” (Freud, 1917[1915]/1996, p. 251), tornando-se conhecida em casos nos quais a análise é bem-sucedida, isto é, quando se pode identificar o objeto de amor perdido. É esse fato que permite classificar como psicogênico um quadro de melancolia.

Para Freud, o luto, “que sabemos explicar tão bem” (1917[1915]/1996, p. 250), significa a reação à perda de um ente querido ou de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, produzindo um afastamento das atitudes normais para com a vida, porém de um modo não patológico. Na melancolia, a reação a uma perda pode produzir um modo patológico de reação, o estado melancólico. Em razão disso, Freud suspeita que as pessoas que ficam melancólicas “possuem uma disposição patológica” (Freud, 1917[1915]/1996, p. 249) de origem orgânica.

Além disso, a melancolia contém algo mais que o luto normal, que se constitui na principal diferença entre esses estados. Enquanto no luto a relação com o objeto é simples, na melancolia ela é complicada pelo conflito, em virtude de uma ambivalência. Por isso, as causas excitantes da melancolia têm uma amplitude muito maior do que as do luto, principalmente se lembrarmos que, na maior parte das vezes, o luto se refere a uma perda real do objeto por morte, portanto o objeto da perda é conhecido.

8.2 Luto

Sendo a experiência do trabalho de luto a referência para a compreensão do trabalho da melancolia, apresentarei inicialmente esse

processo. Freud, para explicar o luto, mantém-se atrelado às observações clínicas e faz uma descrição detalhada dos sintomas apresentados por uma pessoa enlutada. Destaca que, no luto, observam-se os mesmos traços mentais encontrados na melancolia, menos a perturbação da autoestima. Assim, é possível encontrar em uma pessoa enlutada o mesmo estado de espírito penoso, a perda de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de adotar um novo objeto de amor e o afastamento de toda e qualquer atividade que não esteja ligada ao objeto, como ocorre na melancolia, bem como um estado de inibição.

Após essa descrição, Freud constrói uma explicação metapsicológica para elucidar o luto. Segundo ele, o trabalho de luto consiste em a pessoa retirar toda a libido de um objeto, quando percebe que este não existe mais, deslocando essa libido para outro objeto. Como essa exigência provoca uma oposição – pelo fato de ser difícil abandonar uma posição libidinal, mesmo quando a realidade exige –, certo tempo é necessário para que o trabalho de luto aconteça. Em geral, apesar dessa oposição inicial, a realidade é respeitada, mesmo que não imediatamente, e pouco a pouco, com grande dispêndio de energia catexial e de tempo – fator importante porque prolonga psiquicamente a existência do objeto perdido –, as ordens da realidade são executadas e toda a libido é retirada de sua ligação com o objeto. Nesse trabalho, cada lembrança e expectativa em relação ao objeto amado – pelas quais a libido está vinculada ao objeto – são invocadas e hipercatexizadas. Só assim se realiza o desligamento da libido de cada uma delas.

Não há, a princípio, nada de inconsciente a respeito da perda que aconteceu e, mesmo quando no luto os esforços para separar a libido também são realizados pelo inconsciente, não há impedimento para que esses processos sigam o caminho até o consciente. Assim, a inibição e a perda de interesse são plenamente explicadas pelo trabalho de luto, no qual o ego está absorvido.

O aspecto difícil de ser explicado em termos de economia no luto é o fato de o desligamento da libido do objeto perdido precisar acontecer fragmentariamente e essa transição ser tão penosa. Por isso, Freud acredita que esse ponto somente será compreendido quando for possível “apresentar uma caracterização da economia da dor” (Freud, 1917[1915]/1996, p. 250). Contudo, Freud não retomou esse tema. Em relação ao luto e à melancolia, nunca mais fez referência a essa experiência dolorosa como um aspecto importante. Pelo contrário, para explicar a dor do melancólico, ele se afasta cada vez mais da experiência

da pessoa e busca na especulação metapsicológica um apoio para elucidar esse processo.

8.3 Melancolia

Na melancolia, a “perda desconhecida” resultará em um trabalho de elaboração semelhante ao do luto, e, da mesma forma que este, haverá uma inibição (melancólica), com a diferença de que não é possível observar o que tanto absorve o melancólico.

Em termos teóricos, o “trabalho de melancolia” merece destaque, pois, para Freud, a perturbação do melancólico oferece uma visão a respeito da constituição do ego humano. Ele percebeu isso quando observou que a analogia com o luto impunha uma contradição: um paciente melancólico sofre uma perda relativa a um objeto, mas o modo como ele relata sua experiência “aponta para uma perda relativa a seu ego” (Freud, 1917[1915]/1996, p. 253). Diante desse impasse, Freud, no esforço de esclarecer esse problema, se afasta da experiência da pessoa e concentra esforços para traduzir essa patologia em termos metapsicológicos.

Na época em que desenvolvia esses temas, Freud, apoiado na primeira tópica, realçava os aspectos inconscientes da melancolia em oposição à consciência do processo de luto. No entanto, deixa transparecer a insuficiência dessa teoria para compreender a melancolia quando lança mão do conceito de identificação narcísica para justificar o deslocamento da libido do objeto para o ego. No artigo de 1917, observa-se com clareza que Freud buscou o apoio nos temas desenvolvidos no texto sobre o narcisismo (1914b). Mais tarde, quando propõe uma nova tópica (1923) e aproxima a melancolia do complexo de Édipo e pulsão de morte, Freud explicita o quanto para ele as análises para esclarecer o trabalho de melancolia em 1917 eram iniciais.

Segundo Freud, a insatisfação com o ego constitui a característica mais marcante do quadro melancólico. Isso é observado pelo fato de uma parte do ego se colocar contra a outra, julgando-a criticamente e tomando-a como seu objeto.¹⁷ No entanto, como isso ainda é obscuro, ele explica o quadro clínico melancólico dizendo que as autorrecreminações são críticas feitas a um objeto amado que foram deslocadas desse objeto para o ego do próprio paciente, por isso o paciente não fica envergonhado com os próprios “queixumes” – no fundo essas autorrecreminações se referem a outra pessoa. Inexistem no paciente melancólico atitudes de humildade e

submissão, pois, na realidade, está se referindo a um objeto perdido quando ataca a si mesmo e se autodegrada. Impossibilitado de perceber o quanto denigre a sua própria pessoa, o melancólico apresenta, de maneira oposta ao que seria esperado, sentimentos de arrogância, manifestados em atitudes de cobrança e exigência para com as pessoas, dando a impressão de que se sente desconsiderado e de que foi tratado com injustiça.

A reconstrução desse processo é realizada em termos metapsicológicos. Assim, em algum momento, é feita uma escolha objetal, uma ligação da libido a uma pessoa particular. Por alguma razão, que pode ser uma desconsideração real ou um desapontamento com essa pessoa, a relação objetal é destroçada e o resultado não é o “normal”, o esperado, isto é, a retirada da libido desse objeto e um deslocamento dela para outro objeto. Para isso, algumas condições estiveram presentes: a presença de uma forte fixação no objeto amado e a percepção de que a catexia objetal provou ter pouca resistência e foi liquidada. A libido livre, em vez de ser deslocada para outro objeto, foi retirada para o próprio ego e empregada para estabelecer uma identificação do ego com o objeto abandonado. Por conseguinte, o ego passa, a partir desse momento, a ser julgado como se fosse um objeto, mais precisamente aquele objeto que foi abandonado. A perda objetal se transforma em uma perda do ego, e o conflito que existia entre o ego e a pessoa amada se transforma em uma separação entre a atividade crítica do ego e o ego alterado pela identificação com o objeto.

Para explicar esse processo, Freud apresenta a seguinte hipótese: a contradição entre a intensidade da fixação no objeto e a pouca resistência da catexia objetal significa que “a escolha objetal é efetuada numa base narcisista, de modo que a catexia objetal, ao se defrontar com obstáculos, pode retroceder para o narcisismo” (Freud, 1917[1915]/1996, p. 255). É importante lembrar que, quando há uma identificação narcisista, a catexia objetal é abandonada. Como resultado, a identificação narcisista com o objeto se torna um substituto da catexia erótica e, por isso, apesar do conflito com a pessoa amada, o melancólico não precisa renunciar à relação amorosa. Dessa forma, a tendência para se adoecer de melancolia reside na predominância da escolha objetal de tipo narcisista.¹⁸ Sendo assim, acredita que é possível incluir na caracterização da melancolia a “regressão da catexia objetal para a fase oral ainda narcisista da libido” (Freud, 1917[1915]/1996, p. 255).

Em resumo, a explicação da melancolia em Freud toma emprestado alguns de seus traços do luto, e outros, são emprestados do processo de regressão, por exemplo, a escolha objetal narcisista. Na melancolia, no

entanto, além da perda por morte, desconsideração, desprezo ou desapontamento, a relação com o objeto é complicada pelo conflito decorrente da ambivalência, que é ou constitucional, isto é, um elemento de toda relação amorosa formada por esse ego, ou então provém das experiências que envolveram a ameaça da perda do objeto. Em consequência de as causas excitantes da melancolia serem mais amplas que no luto e não ocasionada apenas pela perda real ou morte do objeto, inúmeras lutas isoladas são travadas em torno do objeto, nas quais amor e ódio se digladiam: um procura separar a libido do objeto; o outro, defender essa posição da libido contra o assédio. A localização dessas lutas isoladas é atribuída ao sistema inconsciente. Assim, de maneira diferente do que ocorre no luto, no qual os processos inconscientes encontram o caminho para a consciência, na melancolia certo número de causas (ou de combinações delas) bloqueia o caminho do inconsciente para o consciente. Freud adverte que o conflito decorrente da ambivalência não deve ser desprezado como condição da melancolia. A esse respeito, assevera:

[...] a ambivalência constitucional pertence por natureza ao reprimido; as experiências traumáticas em relação ao objeto podem ter ativado outro material reprimido. Assim, tudo que tem a ver com essas lutas devidas à ambivalência permanece retirado da consciência, até que o resultado característico da melancolia se fixe. (Freud, 1917[1915]/1996, p. 262)

O resultado da melancolia consiste em a catexia libidinal ameaçada abandonar o objeto e recuar “ao local do ego de onde tinha provindo” (Freud, 1917[1915]/1996, p. 262). Dessa forma, se o amor se refugia no ego, ele escapa da extinção. Esse processo é denominado por Freud de regressão. Assim, após essa regressão da libido, esse conflito pode tornar-se consciente e ser representado como um conflito entre uma parte do ego e o agente crítico. Seguindo esse rumo, teríamos um luto normal. Contudo, no trabalho da melancolia, a consciência reconhece uma parte que não é essencial – nem sequer é uma parte à qual possamos atribuir o mérito de ter contribuído para o término da doença. O que acontece então? Freud acredita que “o ego se degrada e se enfurece contra si mesmo”. No entanto, precisa assumir a limitação de suas explicações quando diz: “compreendemos tão pouco quanto o paciente a que isso pode levar e como pode modificar-se” (Freud, 1917[1915]/1996, p. 262).

Um modo de resolver o problema de o ego se voltar contra si mesmo foi atribuir essa função à parte inconsciente do trabalho de melancolia. Do mesmo modo que o luto leva o ego a desistir do objeto, declarando-o

morto e incentivando o ego a viver, na melancolia, cada luta isolada da ambivalência distende a fixação da libido ao objeto, depreciando-o, denegrindo-o e mesmo matando-o. O processo inconsciente que promove a melancolia pode terminar porque a fúria se dissipou ou pelo fato de o objeto ter sido abandonado. No entanto, Freud assume também que ainda não é possível afirmar qual das duas possibilidades mencionadas é regular ou mais usual para levar a melancolia ao fim, e muito menos saber como o fim do trabalho de melancolia influenciará o curso do caso.

Para Freud, se o amor pelo objeto não pode ser renunciado, mesmo quando o próprio objeto já o foi, e o sentimento de amor se refugiar em uma identificação narcisista, então o ódio entrará em ação nesse objeto substitutivo, abusando, degradando, fazendo-o sofrer e tirando satisfação sádica de seu sofrimento. Dessa maneira, é possível compreender que ocorra a autotortura na melancolia como uma satisfação das tendências ao sadismo e ao ódio relacionadas a um objeto, retornando ao próprio eu do indivíduo. Em ambas as desordens, é possível aos pacientes – de modo indireto, pela autopunição – vingarem-se do objeto original e torturar o ente amado por meio de sua doença (melancolia), utilizada como meio de evitar expressar sua hostilidade para com ele.

Como a pessoa que ocasionou a desordem emocional do paciente – e na qual a doença se centraliza – em geral se encontra em seu ambiente imediato, a catexia erótica do melancólico (em relação ao objeto) sofre dupla vicissitude: parte retrocede à identificação e a outra parte, sob a influência do conflito ambivalente, é levada de volta à etapa do sadismo (a que se acha mais próxima do conflito). Segundo Freud, esse sadismo soluciona o enigma da tendência ao suicídio por parte dos melancólicos. Assim, a análise da melancolia mostra, em relação ao suicídio, que o ego só pode se matar se, em virtude do retorno da catexia objetual, puder tratar a si mesmo como um objeto (dirigir contra si a hostilidade relacionada a um objeto), fato que representa a reação original desse ego aos objetos do mundo externo.

8.4 Comparação empírica entre luto e melancolia

Comparando melancolia ao luto, podemos dizer que o trabalho da melancolia também pode ser compreendido como um modo de reação à perda de um objeto amado, estando a diferença entre eles assinalada pela natureza ideal dessa perda. Isto é, o objeto talvez não tenha morrido, mas

tenha sido perdido enquanto objeto de amor. O paciente melancólico sabe quem perdeu, mas não sabe o que perdeu nesse alguém. Isso sugere que a melancolia está, de alguma forma, relacionada a uma perda objetal retirada da consciência. Entretanto, embora na melancolia a perda seja desconhecida, o trabalho de elaboração será semelhante ao do luto. A diferença é que a inibição do melancólico é enigmática, pois não se pode ver o que o absorve, até porque na melancolia o paciente experiencia uma diminuição da autoestima e um empobrecimento do ego ausentes no luto. Ao contrário do que acontece no luto, na melancolia não é o mundo que se torna pobre e vazio, e sim o ego.

Essa experiência de empobrecimento do ego é profunda, fazendo com que o paciente represente seu ego totalmente desprovido de valor, incapaz de realização, moralmente desprezível e merecedor de autorrepreensão. Degrada-se diante das outras pessoas, espera ser punido, sente comiseração pelas pessoas que estão ligadas a ele, e, por fim, completa o quadro de delírio de inferioridade com insônia, recusa de alimentos e superação do instinto que compele todo ser vivo a se apegar à vida.

8.5 Algumas dificuldades

De acordo com Freud, a característica da melancolia que mais precisa ser explicada é a tendência de ela se transformar em seu oposto, a mania. Para esclarecer essa tendência, retoma a diferença entre luto e melancolia, em especial o fato de o luto ser um processo que, embora possa se originar no inconsciente, se encaminha para o consciente, o mesmo não ocorrendo com a melancolia, que é um processo inconsciente. Conclui a análise dizendo que, mesmo que esse “conceito” a respeito do trabalho de melancolia seja aceito, ele não proporciona uma explicação que diga respeito à possibilidade de a condição econômica para o surgimento da mania encontrar-se na ambivalência.

Não é possível apoiar-se no ponto de vista econômico para esclarecer a mania porque, das condições para a melancolia – perda do objeto, ambivalência e regressão da libido ao ego –, as duas primeiras também se encontram nas autorrecriações obsessivas que surgem após a morte, restando, portanto, considerar que o terceiro fator, isto é, a regressão da libido ao narcisismo, seja o responsável pela mania. Sendo assim, o processo seria o seguinte: o acúmulo de catexia, que de início está vinculado ao objeto, no final do trabalho de melancolia se torna livre e faz

com que a mania seja possível.

Outra característica da melancolia a ser explicitada é o fato de ela desaparecer após certo tempo, sem deixar presente qualquer vestígio de alterações, da mesma forma que o luto. Mesmo lançando mão do tempo como um recurso necessário para que os trabalhos se realizem, Freud admite que não dispõe, nem para o luto nem para a melancolia, “de qualquer compreensão interna (*insight*) da economia do curso dos eventos” (Freud, 1917[1915]/1996, p. 258).

A análise desse artigo permite duas considerações finais. A primeira diz respeito ao fato de, embora ter representado um avanço para a compreensão da patologia depressão, não esgotou o problema da melancolia, que permaneceu como parte das preocupações de Freud. E a segunda se refere à semelhança do quadro clínico-sintomatológico descrito por Freud (e no qual ele orientou suas teorizações) com o quadro clínico atual de depressão. Ao citar a bipolaridade, mencionar a percepção da variação do curso da doença, bem como apresentar o que chama de traços mentais da melancolia – desânimo profundamente penoso, perda de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda e qualquer atividade, diminuição dos sentimentos de autoestima, autorrecriminação e autoenvilecimento, expectativa delirante de punição –, Freud mostra que os quadros depressivos (melancólicos) que analisava e observava eram, na realidade, muito parecidos com os da clínica atual da depressão, cujos sintomas foram apresentados na introdução deste capítulo.

Ao fim dessa análise, pode-se dizer que melancolia e depressão foram pontos nebulosos para Freud, até mesmo depois de ele ter definido como portadoras de uma “disposição patológica” (em “Luto e melancolia”) aquelas pessoas que não podiam elaborar a perda de um objeto de amor. Quando recorreu a essa compreensão, Freud mostrou perceber as nuances sintomáticas e clínicas relacionadas aos quadros depressivos, embora não tenha conseguido esclarecer todos os aspectos envolvidos. Por essa razão ele adotou, mesmo em seus escritos posteriores, uma atitude cuidadosa ao referir-se à melancolia, alertando que suas conclusões deveriam ser consideradas apenas passos na pesquisa desse fenômeno.

E, assim, verifica-se que o tema melancolia/depressão ficou em aberto na obra de Freud, tanto no sentido teórico como no clínico. A despeito disso, seu texto de 1917 se tornou referência para o estudo da depressão. Qual foi, então, a grande contribuição de Freud? A analogia proposta por ele entre luto e melancolia possibilitou pensar uma

predisposição orgânica para a melancolia, abrindo um caminho para a distinção entre uma depressão clínica-orgânica e uma depressão psicológica. Esse foi o ponto de atração para a psiquiatria. Recentemente, autores da área analisados atestam a genialidade de Freud por, já naquela época, vislumbrar que a depressão podia ter sua origem em uma causa orgânica. Do ponto de vista psicológico, pode-se dizer que a insistência de Freud em entender a depressão como um sintoma de neurose (primeiro de angústia e depois narcísica), ligada, portanto, ao desenvolvimento sexual-pulsional, seu fundamento para o desenvolvimento afetivo, impossibilitou ao autor compreender a depressão como um fenômeno particular da clínica psicanalítica. A oposição entre etiologia orgânica e psíquica, gerada por suas afirmações, ganhou espaço e facilitou a reificação da oposição corpo e mente, contribuindo para o que o organicismo e/ou o psicologismo se alternassem historicamente como fatores etiológicos do fenômeno depressivo,¹⁹ o que tornou o diálogo entre as áreas da psicologia e da psiquiatria quase inviável.

9. Teorizações após “Luto e melancolia”

No artigo “Introdução à psicanálise e às neuroses de guerra” (Freud, 1919/1996), Freud retoma a ideia de que o desenvolvimento do tema melancolia esteve atrelado ao conceito de libido narcísica, apontando a limitação de sua teoria da libido para abarcar alguns tipos de patologias. Comenta também que a teoria da libido foi originalmente exposta apenas em relação às neuroses de transferências da época de paz; por isso, foi muito fácil demonstrar nesses casos a validade da teoria pelo uso da técnica psicanalítica. Entretanto, assume que a aplicação da teoria da libido “a outros distúrbios que depois agrupamos como as neuroses narcísicas” (Freud, 1919/1996, p. 225) tornou-se difícil. Diz que “uma demência precoce, uma paranoia ou uma melancolia comuns são, essencialmente, material bastante inadequado para demonstrar a validade da teoria da libido”, e reconhece que “só se tornou possível estender a teoria da libido às neuroses narcísicas depois que o conceito de uma ‘libido narcísica’ foi exposto e aplicado” (Freud, 1919/1996, p. 225).

Segundo Freud, libido narcísica é uma quantidade de energia sexual ligada ao próprio ego e que encontra satisfação nele, tal como habitualmente encontra satisfação apenas em objetos. Ele deposita muita esperança nesse conceito, reafirmando sua posição de cientista aberto a

novas soluções quando diz: “esse desenvolvimento inteiramente legítimo do conceito, de sexualidade promete fazer pelas neuroses mais graves e pelas psicoses tanto quanto se possa esperar de uma teoria que está avançando com uma base empírica” (Freud, 1919/1996, p. 225).

No texto de 1921, “Psicologia de grupo e análise do ego”, Freud novamente aborda o tema melancolia. Como nas outras vezes em que introduz esse tema, aponta as limitações de suas construções teóricas anteriores e usa o quadro clínico da melancolia para exemplificar os avanços teóricos conquistados por ele. Como o próprio editor inglês observa, esse texto tem pouca ligação com o antecessor, “Além do princípio do prazer” (1920/1996). Por estar preocupado em explicar a psicologia dos grupos com base na psicologia da mente individual e em alicerçar a investigação da estrutura anatômica da mente, Freud desenvolve de maneira aprofundada nesse texto de 1921 as ideias lançadas nos artigos “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914b/1996) e “Luto e melancolia” (1917[1915]/1996), que foram finalizadas em “O ego e o id” (1923/1996).

Assim, Freud reafirma que a identificação com um objeto que é renunciado ou perdido, como um substituto para esse objeto (configurando a introjeção dele no ego), não é novidade, pois esse é um processo observado em crianças pequenas. E cita que a melancolia é um exemplo de introjeção que possui como causa a perda real ou emocional de um objeto amado. Relembra que a característica principal do estado melancólico é a autodepreciação do ego, combinada com autocensuras e autocríticas, e que, de acordo com as descobertas feitas em sua clínica, essas atitudes aplicam-se, na verdade, ao objeto e representam uma vingança do ego sobre esse objeto. Nesse ponto do artigo, realça a importância da construção metapsicológica relativa à melancolia como fundamental para os desenvolvimentos teóricos posteriores, sustentando: “essas melancolias, porém, nos mostram mais alguma coisa, que pode ser importante para nossos estudos posteriores” (Freud, 1921/1996, p. 119). A partir de então, passa a expor o modelo explicativo para os quadros melancólicos, aproximando-o da teoria do superego, que será finalizada em 1923. Apresenta que, na melancolia, o ego é dividido em duas partes, uma das quais vocifera contra a outra. A parte atacada é a que foi alterada pela introjeção e contém o objeto perdido. E a outra, que se “comporta tão cruelmente”, é desconhecida, mas abrange a consciência. Reconhece que, “em ocasiões anteriores”, hipotetizou que no ego se desenvolve uma instância capaz de isolar-se do resto do ego, entrando em conflito com ele.

É essa instância, denominada de “ideal de ego”, que ele renomeia como superego no texto de 1923, “O ego e o id”.

O texto de 1921, “Psicologia de grupo e a análise do ego”, é importante, pois nele Freud assume que em “Luto e melancolia” deixou sem solução a distinção entre ego e ideal do ego, bem como à dupla espécie de vínculo que isso possibilita: a identificação (introjeção) e a colocação do objeto no lugar do ideal do ego, passando a analisar apenas o aspecto da identificação com o objeto. Nesse texto, Freud também revela sua observação clínica acurada ao admitir a existência de diferentes quadros clínicos depressivos, reconhecendo as nuances desses quadros e afirmando que, em geral, essas diferenças só são percebidas nas oscilações extremas da mania e da melancolia. No entanto, sabe que uma mudança para a mania “não constitui característica indispensável da sintomatologia da depressão melancólica” (Freud, 1921/1996, p. 142), pois existem melancolias simples, em crises isoladas, e outras recorrentes, que não evoluem para a mania.

Nesse momento de sua elaboração teórica, Freud se detém na distinção das oscilações dos estados de ânimo (melancolia e mania), mas também aborda mais claramente a diferença entre um quadro melancólico psicogênico e quadros não psicogênicos. As patologias do primeiro tipo – nas quais uma causa precipitadora desempenha papel etiológico – são as que ocorrem após a perda de um objeto amado, por morte ou qualquer circunstância, exigindo a retirada da libido do objeto. E as espontâneas – nas quais as causas precipitantes externas não desempenham papel decisivo –, aquelas que, por “costume”, são consideradas não psicogênicas, pois os fundamentos das oscilações de estado de ânimo são desconhecidos. Também nesse momento mais uma vez reconhece a limitação de suas proposições ao afirmar: “só poucos casos de melancolia foram submetidos à investigação psicanalítica” (Freud, 1921/1996, p. 142).

10. Melancolia e complexo de Édipo

Freud afirma que a aplicação da teoria da libido ao ego repressor foi certamente “o mais importante progresso teórico” (Freud, 1923[1922]/1996, p. 265), pois, com a concepção de que o ego é o “reservatório do que foi descrito como libido narcísica” (Freud, 1923[1922]/1996, p. 265), foi possível empenhar-se na análise do ego e efetuar uma distinção clínica das psiconeuroses em neuroses de

transferência e distúrbios narcísicos,²⁰ entre os quais se inclui a melancolia.

É interessante constatar que, mais do que nunca, após o momento em que percebeu essa questão, Freud passou a usar a melancolia como exemplo para explicar os avanços em sua teoria. Isto acontece inclusive quando apresenta, em “O ego e o id” (Freud, 1923/1996), sua versão mais elaborada da segunda tópica e o conceito de pulsão de morte. Algumas alterações teóricas aconteceram; por exemplo, a noção de consciente e inconsciente, mudada a partir da descoberta de que parte do ego pode ser inconsciente, mas de um modo não reprimido. A ideia de que o ego fosse uma parte do id modificada pela influência do sistema perceptivo, sendo assim o representante do mundo externo real na mente, também precisou ser modificada. Inicialmente, Freud pensou que, presumindo a existência de uma gradação no ego e estipulando a presença de uma diferenciação dentro dele, nomeada de superego, resolvesse o problema surgido com as patologias narcísicas. No entanto, mesmo considerando válidas essas construções teóricas, precisou ampliar a teoria a respeito do ego para poder explicar o fato de essa parte do ego (o superego) estar menos vinculada à consciência.

Freud reconhece que obteve sucesso explicando (em “Luto e melancolia”) o “penoso processo” da melancolia ao supor que, para o melancólico, um objeto perdido é instalado novamente dentro do ego, isto é, que uma catexia de objeto foi substituída por uma identificação. No entanto, admite que, quando tratou dessa forma o problema da melancolia, ainda não tinha condição de apreciar “a significação plena desse processo” nem percebera o quanto comum e típico ele era (Freud, 1923/1996, p. 41). Portanto, foi apenas em 1923 que constatou que esse tipo de substituição (de uma catexia por uma identificação) desempenha um papel importante na forma tomada pelo ego, principalmente porque “efetua uma contribuição essencial no sentido da construção do que é chamado de seu caráter” (Freud, 1923/1996, p. 41).

A construção metapsicológica de Freud relativa a essa constatação apoiou-se totalmente no mecanismo da introjeção, que ele postulou acontecer na melancolia. Assim, quando uma pessoa precisa abandonar um objeto sexual, segue-se uma alteração em seu ego, descrita como instalação do objeto dentro dele (introjeção). A natureza dessa substituição, entretanto, permanecia obscura para Freud. Ele levantou duas hipóteses para que isso ocorresse: 1) a introjeção, que é uma espécie de regressão ao mecanismo da fase oral, pode fazer com que fique mais fácil

o objeto ser abandonado pelo ego; ou 2) a identificação pode ser a única condição para que o id abandone os seus objetos. Independentemente da razão para essa substituição, o ponto central dessas considerações é o fato de ser muito frequente nas fases primitivas, o que “torna possível supor que o caráter do ego é um precipitado de catexias objetais abandonadas”, e, assim, é possível pensar que ele “contém a história dessas escolhas de objeto” (Freud, 1923/1996, p. 42). Isso explica o quadro clínico: as autorrecriações são críticas feitas a um objeto amado que foram deslocadas desse objeto para o ego do próprio paciente, por isso o paciente não fica envergonhado com os próprios “queixumes” – no fundo essas autorrecriações se referem a outra pessoa. Inexistem no paciente melancólico atitudes de humildade e submissão, pois, na realidade, está se referindo a um objeto perdido quando ataca a si mesmo e se autodegrada. Impossibilitado de perceber o quanto denigre a sua própria pessoa, o melancólico apresenta, de maneira oposta ao esperado, sentimentos de arrogância, manifestados em atitudes de cobrança e exigência para com as pessoas, dando a impressão de que se sente desconsiderada e de que foi tratada com injustiça.

Ao fazer a análise dos efeitos – considerados “gerais e duradouros” – das primeiras identificações, Freud associa as identificações objetais do ego à sublimação, aos quadros patológicos de personalidade múltipla e à problemática da origem do ideal do ego, por trás da qual está “a mais importante identificação de um indivíduo”, ou seja, “a sua identificação com o pai em sua própria pré-história pessoal” (Freud, 1923/1996, p. 44). Ele adverte que isso não é a consequência de uma catexia do objeto, mas se trata de uma identificação direta e imediata, que acontece mais primitivamente que qualquer catexia do objeto, estando a complicação do assunto em pauta relacionada ao “caráter triangular da situação edipiana e à bissexualidade constitucional de cada indivíduo” (Freud, 1923/1996, p. 44).

Esse fato permite concluir que, mesmo tardiamente, Freud associou a patologia melancólica ao processo edípico. Uma base para as identificações objetais poderia ser decorrente de problemas na resolução do complexo de Édipo. A seguinte passagem mostra essa possibilidade:

O amplo resultado geral da fase sexual dominada pelo complexo de Édipo pode, portanto, ser tomada como sendo a formação de um precipitado no ego, consistente dessas duas identificações unidas uma com a outra de alguma maneira. Esta modificação do ego retém a sua posição especial; ela se confronta com os outros conteúdos do ego como um ideal do ego ou superego. (Freud,

Um pouco mais adiante nesse mesmo artigo, Freud sustenta, confirmando essa ideia, que o ideal do ego (definido como a parte do ego que critica o ego nos casos de melancolia) “é o herdeiro do complexo de Édipo”, e, assim, “constitui também a expressão dos mais poderosos impulsos e das mais importantes vicissitudes libidinais do id” (Freud, 1923/1996, p. 48). E, ao concluir esse texto, retorna ao tema e deixa mais uma vez evidente que há uma associação possível entre os problemas decorrentes dos conflitos do ego e as catexias objetais do id, quando esses conflitos continuam com o seu herdeiro, isto é, o superego. É exatamente nesse caso que os melancólicos se inscrevem (Freud, 1923/1996, p. 51).

Mais adiante, ao retornar à explicação da constituição do ego como resultado das identificações que tomam o lugar das catexias abandonadas pelo id, reafirma que a primeira dessas identificações sempre se comporta como uma instância especial no ego e dele se mantém à parte sob a forma de um superego, até que, posteriormente, o ego se torne mais forte e resistente às influências dessas identificações. A posição do superego em relação ao ego precisa ser compreendida sob dois aspectos. De um lado, constitui a primeira identificação (quando o ego era fraco) e, por outro, é considerado o herdeiro do complexo de Édipo (Freud, 1923/1996, p. 61). E a possível relação entre melancolia e o processo de desenvolvimento sexual anteriormente anunciada fica, de certo modo, confirmada na seguinte asserção de Freud:

A relação do superego com as alterações posteriores do ego é aproximadamente semelhante à da fase sexual primária da infância com a vida sexual posterior. Embora ele seja acessível a todas as influências posteriores, preserva, não obstante, através de toda a vida, o caráter que lhe foi dado por sua derivação do complexo paterno – a saber, a capacidade de manter-se à parte do ego e dominá-lo. Ele constitui uma lembrança da antiga fraqueza e dependência do ego, e o ego maduro permanece sujeito à sua dominação. Tal como a criança esteve um dia sob a compulsão de obedecer aos pais, assim, o ego se submete ao imperativo categórico do seu superego. (Freud, 1923/1996, p. 61)

Na sequência desse texto, Freud continua a tratar a melancolia como uma forma especial de neurose. Quando dá exemplo de pessoas que ficam descontentes com a indicação do progresso do tratamento psicanalítico, coloca que, na verdade, o que está sendo tratado é um fator moral, “um sentimento de culpa, que está encontrando sua satisfação na doença e se recusa a abandonar a punição do sofrimento” (Freud, 1923/1996, p. 62).

Sabe que essa explicação não é animadora, mas alerta que pode ser a explicação final para alguns quadros. Segundo Freud, o paciente, quando está envolvido nesse processo, não se sente culpado, mas doente, e é muito difícil “convencer” esse paciente de que esse sentimento de culpa está por trás de seu mal-estar. Ele prefere acreditar que seu caso não é para análise. A partir dessa proposição, Freud coloca que essa descrição diz respeito a casos extremos, mas que, em certa medida, deve-se levar em conta esse mecanismo em todos os casos graves de neurose; diz ele: “em verdade, pode ser precisamente este elemento da situação a atitude do ideal do ego, que determina a gravidade de uma doença neurótica” (Freud, 1923/1996, p. 63).

Continuando a explicitar como o sentimento de culpa se expressa sob diferentes condições, diz que um sentimento de culpa normal, consciente, não apresenta dificuldade, porque se baseia na tensão existente entre o ego e o ideal do ego, sendo apenas uma expressão da condenação do ego pela sua instância crítica. Entretanto, ao tratar das duas enfermidades na quais o sentimento de culpa é “superintensamente consciente” (neurose obsessiva e melancolia), alerta que, embora semelhante, há diferenças significativas entre elas.

Entre os exemplos que o autor dá, analisarei a melancolia. Nessa enfermidade, a impressão de que o superego obteve um ponto de apoio na consciência é ainda mais forte. Contudo, o ego do melancólico não arrisca fazer objeções, apenas admite a culpa e submete-se ao castigo. Isso acontece porque, diferentemente da neurose obsessiva, na qual os impulsos censuráveis permaneciam fora do ego, na melancolia, o objeto ao qual a ira do superego se aplica foi incluído no ego mediante identificação.

Diante dessa constatação, Freud se pergunta por que o sentimento de culpa atinge essa força tão extraordinária nesses dois distúrbios (melancolia e neurose obsessiva) e como o superego se manifesta essencialmente como o sentimento de culpa desenvolvendo tão extraordinária rigidez e severidade com o ego. No que diz respeito à neurose histérica, o sentimento de culpa é e permanece inconsciente, pois o ego reprime as críticas do superego. Já na melancolia, descobre-se um superego excessivamente forte, que consegue apoio na consciência e dirige sua ira contra o ego com violência impiedosa, “como se tivesse se apossado de todo o sadismo disponível na pessoa” (Freud, 1923/1996, p. 65). Para explicar esse sadismo, Freud aproxima, pela primeira vez, a melancolia da pulsão de morte, destacando que a disposição maníaca deveria ser entendida como um escape desse estado mórbido. Diz ele:

Seguindo nosso ponto de vista sobre o sadismo, diríamos que o componente destrutivo entrincheirou-se no superego e voltou-se contra o ego. O que está influenciando agora o superego é, por assim dizer, uma cultura pura do instinto de morte e, de fato, ela com bastante frequência obtém êxito em impulsionar o ego à morte, se aquele não afasta o seu tirano a tempo, através da mudança para a mania. (Freud, 1923/1996, pp. 65-66)

Freud continua nessa linha de raciocínio, sempre mostrando que as diferenças que existem entre um obsessivo e um melancólico acontecem em termos da relação com os impulsos destrutivos. Enquanto o obsessivo lida com os instintos de morte de diversas maneiras, de alguma forma, e por algum motivo, na melancolia, o superego torna-se “uma espécie de lugar de reunião” para a pulsão de morte (Freud, 1923/1996, p. 66). Mas por que isso ocorre? Mais uma vez Freud retoma o complexo de Édipo como hipótese explicativa para compreender esse problema. Partindo da ideia de que do ponto de vista instintual – da moralidade – o id é amoral, o ego se esforça por ser moral e o superego é supermoral, podendo se tornar inclusive tão cruel quanto o id. Freud esclarece que, embora para quem observe um melancólico possa parecer que seu estado de não agressividade corresponda ao alto padrão do superego que inibe sua atitude, o que na realidade acontece é o melancólico controlar excessivamente a agressividade que deveria ser dirigida para o exterior, deslocando essa energia para o ego, que, por identificação, se torna seu ideal de ego.

Vê-se que só aqui Freud pôde compreender os mecanismos apresentados em “Luto e melancolia”. A dificuldade de entender economicamente o processo da melancolia se resolve com a introdução da estrutura do superego, inicialmente denominada ego ideal. A relação entre melancolia e o complexo de Édipo fica finalmente ratificada quando Freud aborda, no texto de 1923, a questão do medo da morte na melancolia:

O medo da morte na melancolia só admite uma explicação: que o próprio ego se abandona porque se sente odiado e perseguido pelo superego, ao invés de amado. Para o ego, portanto, viver significa o mesmo que ser amado – ser amado pelo superego, que aqui, mais uma vez, aparece como representante do id. O superego preenche a mesma função de proteger e salvar que, em épocas anteriores, foi preenchida pelo pai e, posteriormente, pela Providência ou destino. (Freud, 1923/1996, p. 70)

Dois comentadores abordam o tema da aproximação entre depressão e o complexo de Édipo. Segundo Hassoun, a introdução da pulsão de morte e sua articulação com as pulsões eróticas deram a Freud “uma nova

abordagem dessa afecção” (Hassoun, 2002, p. 13), que deveria ser entendida “como um elemento estrutural do sujeito, marcando a impossibilidade de realizar o luto de um objeto” (Hassoun, 2002, p. 14). À medida que o conhecimento do mecanismo desse luto impossível tornou-se claro, também ficou esclarecido o mecanismo pulsional que está no princípio da destruição melancólica, isto é, a “intricação pulsional que liga a morte ao vivente” (Hassoun, 2002, p. 17). Essa posição é de que “a morte está presente no vivente” não como representação, mas como pulsão, cuja intricação com as pulsões parciais eróticas supõe que o desejo, e o que o causa, representa estruturalmente uma operação que se deduz da inscrição da pulsão de morte no ego. Dessa maneira, a melancolia para Freud é “uma doença do ego, no lugar mesmo onde nele se inscreve a pulsão de morte” (Hassoun, 2002, p. 17). Sulloway, na mesma linha de Hassoun, destaca que, embora Freud tenha percebido a importância da repressão do superego, nunca destituiu a primeira forma de repressão de seu lugar de destaque, bem como nunca alterou sua opinião sobre a preponderância da etiologia sexual para as neuroses (Sulloway, 1992, p. 375).

Apresentada essa análise, é possível dizer que, após percorrer um complicado percurso, Freud finalmente relaciona a melancolia aos dois preceitos teóricos fundamentais: a pulsão de morte e o complexo de Édipo. Como veremos no próximo capítulo, esses resultados teóricos da última fase de Freud a respeito da melancolia e depressão têm sido duramente criticados pelos pesquisadores mais recentes. Em contrapartida, os teóricos das relações objetais, em particular os que se afastaram da teorização freudiana, têm alcançado destaque para o estudo da depressão.

Winnicott foi um dos autores pós-freudianos (iniciou seus estudos por volta da década de 1920) que muito cedo questionou a validade de um constructo como a pulsão de morte e a supremacia do complexo de Édipo. Para esse autor, o fato de Freud ter se dirigido tão completamente para o estudo das neuroses em detrimento dos psicóticos e depressivos – fixando seu trabalho ao Édipo ou período da pré-latência como uma pessoa inteira – está relacionado ao modo como ele fazia a escolha dos casos que atendia. Afirma que, no meio do “grande estoque psiquiátrico que incluía todos os loucos soltos e internados”, Freud aceitava os casos que teriam recebido “os cuidados adequados na primeira infância”, isto é, os psiconeuróticos (Winnicott, 1955d[1954]/2000, p. 381). Winnicott entende que, por ter tido boas experiências infantis, Freud, em sua autoanálise, não percebeu que a maternagem era algo importante; ao contrário, tomou como “óbvia” a

situação da maternagem inicial.

A ênfase nas ansiedades pertencentes aos relacionamentos interpessoais se deve, portanto, ao fato de Freud ter se autoanalisado como pessoa total e independente. Mesmo que mais tarde ele e outros psicanalistas tenham estudado a primeira infância postulando as fases de desenvolvimento pré-genital dos instintos e descrevendo os aspectos cada vez mais primitivos da história do indivíduo, esse trabalho “não frutificou” como podia, porque não se baseou no estudo de pacientes que precisavam regredir dentro da situação analítica (Winnicott, 1955d[1954]/2000, p. 382). Embora reconheça que a teoria freudiana precisaria ser revista e ampliada para poder ser aplicada à depressão e à psicose, Winnicott considera positivo o fato de Freud ter se interessado primeiramente pelos pacientes cuja regressão não era necessária, pois a teoria construída serviu de manual para os iniciados no tema.

1. Ver American Medical Association 2002; Pessotti, 1999; Berlinck, 2000; Shorter, 2001; Wolpert, 2003; e Peres, 2003.
2. Uma análise da bibliografia usada nesse trabalho permite confirmar essa posição. Dos autores consultados, apenas Stanley Jackson (1986) usa a denominação melancolia no título, mas define logo na introdução que a considera sinônimo de depressão, e Hassoun (2002) utiliza o termo melancolia ao analisar o texto “Luto e melancolia” de Freud.
3. Dados obtidos em American Medical Association (2002).
4. Assumpção Jr. (*apud* Baptista, 2004) defende uma posição, comum aos seus pares, segundo a qual “o termo depressão não se refere a uma patologia caracterizada obrigatoriamente por humor deprimido, mas a uma síndrome caracterizada por alterações de humor, de psicomotricidade, bem como por uma variedade de distúrbios somáticos e neurovegetativos” (Baptista, 2004, p. 62). Essa posição está de acordo com a tradição kraepeliana, que enfatiza menos as causas etiológicas e mais a sintomatologia, apoiando o diagnóstico em modelos padronizados de organização de síndromes e na enumeração de sintomas. Winnicott foi radicalmente contrário a essa visão. O capítulo 6 do presente livro apresenta a visão winnicottiana para o diagnóstico dos distúrbios psíquicos e da depressão.
5. Para um aprofundamento desse tema, consultar Fulgencio (2001, 2003, 2008).
6. Mendelson, apoiado em Jones, Fenichel e Gillepsie, comenta que metade de todos os artigos publicados sobre pulsão de morte durante a primeira década depois de 1920 defendiam a visão de Freud; na segunda década, somente um terço e, na terceira década, nenhum. A única exceção foi Melanie Klein e seguidores, que, como sabemos, aceitaram como “literal a mais especulativa aventura teórica de Freud” (1974, p. 245).
7. Para Winnicott, não faz sentido entender a depressão como uma doença de uma

época, porque os aspectos etiológicos significativos para a condição de se deprimir, seja como capacidade ou no sentido patológico, estão relacionados a um tipo de experiência humana que foi e é comum a todas as pessoas em todas as épocas – a saber, o relacionamento entre o bebê e a mãe, ou quem dele cuida. Para esse autor, o que precisa ser considerado são as circunstâncias gerais, e as influências pessoais e circunstanciais as quais essa díade está submetida.

8. Sobre este ponto, ver Moraes, 2008.
9. Como propõe Loparic (1997a).
10. Diferentemente de Freud, Winnicott avalia que a variação da capacidade de amamentação das mães está ligada a dois aspectos. O primeiro, relacionado à própria mãe, destaca a importância de se considerar a psicologia desta (amadurecimento emocional e capacidade de identificação materna), sua própria história e o estado físico de seus seios e mamilos. O segundo, está relacionado ao bebê em si e diz respeito à capacidade deste para iniciar uma vida instintiva em termos de alimentação no seio. Havendo do ponto de vista do bebê alguma dificuldade, é importante considerar a experiência do nascimento para o bebê (1988/1900, p. 171).
11. É interessante perceber que, mesmo estando no “Rascunho G” (1950[1895]a/1996) o primeiro momento em que o psicanalista apresenta uma compreensão formal da melancolia, esse texto não tem merecido a atenção dos estudiosos da depressão na psicanálise. Exceção entre os autores consultados é a posição de Peres (2003), que considera importante retomar esses escritos, uma vez que neles estão contidas questões atuais, como as relações entre angústia e a depressão, e os limites entre o somático e o psíquico.
12. O editor diz em nota, na p. 238, que possivelmente essa foi a primeira vez que se encontrou o uso do termo libido registrado na obra de Freud (1950[1894]b/1996).
13. O outro momento foi anteriormente analisado e se encontra em Freud 1950[1897]/1996 no “Rascunho N”.
14. Mesmo não sendo o aspecto abordado agora, aproveitamos a citação para mostrar mais um dos momentos em que Freud trata a depressão e a melancolia como sinônimos.
15. Adiante, no Capítulo 2, mostrarei que a necessidade de ampliar a técnica da psicanálise para os depressivos e psicóticos foi o ponto de partida da pesquisa winnicottiana.
16. Vários autores, entre eles Gaylin (1968/1994), argumentam que a depressão é uma das entidades clínicas cuja teoria básica não foi concebida por Freud. Aliás, Freud mesmo reconheceu a contribuição de Abraham e a tratou como fundamental para a elaboração de sua própria teoria. Foi Abraham quem originalmente estruturou a crucial comparação entre luto e melancolia, explorando o paralelo entre remorso e melancolia para explicar a melancolia. Baseado em sua observação clínica, constatou que, embora remorso e melancolia representassem uma resposta para a perda, na melancolia existia uma hostilidade inconsciente em jogo, marcada pela ambivalência do melancólico. A distinção entre essas duas experiências era a presença da raiva – a hostilidade era a chave. Para entender essa diferenciação, Abraham fez uma reavaliação de todo o esquema de fixação e criou um novo estágio

de desenvolvimento, a fase oral-sádica. Foi a partir desse ponto que Freud construiu sua teoria de 1917. Hassoun, que considera que a teorização da melancolia representa para Freud “uma virada em sua obra” (2002, p. 13), baseia essa afirmação na análise que faz da carta de Freud para Abraham, de 4 de maio de 1915, na qual Freud confirma que as observações de Abraham sobre a melancolia foram “preciosas” e que ele usou “sem escrúpulo” tudo o que pareceu útil em seu ensaio, sobretudo as indicações sobre a fase oral da libido e a relação com o luto. Freud também diz nessa carta que o texto de Abraham não mereceu “uma crítica severa”, como este lhe havia solicitado, porque “quase tudo o que escreveu estava a meu gosto” (Hassoun, 2002, p. 12).

17. Já nessa época, Freud observa que esse agente crítico (definido em 1923 como superego) que se separa do ego se torna independente em outras ocasiões, levando-o a pensar que possa ser distinguido do ego.
18. Embora alerte que essa ideia ainda não havia sido confirmada pela observação e que considera o material empírico no qual fundamentou esse estudo insuficiente, essa noção continua presente na obra de Freud, mesmo após suas elaborações tardias sobre a melancolia.
19. Pelo fato de Winnicott considerar que a existência é psicossomática, sua compreensão do fenômeno depressivo facilita o diálogo e a interlocução entre as diferentes disciplinas que cuidam da depressão.
20. É digno de nota que, para Freud, as neuroses narcísicas raramente poderiam ser tratadas pela psicanálise. Em “Dois verbetes de enciclopédia” (1923[1922]/1996), deixa isso bem claro: “os distúrbios narcísicos (demência precoce, paranoia, melancolia) caracterizam-se por uma retirada da libido dos objetos e, assim, raramente são acessíveis à terapia analítica. Sua inacessibilidade terapêutica, contudo, não impediu a análise de efetuar os mais fecundos começos do estudo mais profundo dessas moléstias que se contam entre as psicoses” (1923[1922]/1996, p. 265).

Capítulo 2

Winnicott e a pesquisa psicanalítica: a depressão como foco de preocupação

A teoria psicanalítica está em permanente desenvolvimento, e deve desenvolver-se num processo natural e um tanto semelhante às condições emocionais do ser humano que esteja sendo estudado. (Winnicott)

1. Introdução

Neste capítulo trato da evolução do pensamento winnicottiano desde sua aproximação com a psicanálise freudiana e seu trabalho com Klein até a construção de sua própria teoria. O fio condutor desse exame é o interesse de Winnicott em expandir a teoria e a técnica psicanalítica para poder compreender e tratar de outros distúrbios além da neurose. Demonstro que o interesse de Winnicott em ampliar a teoria psicanalítica surgiu quando ele entendeu as limitações da teoria freudiana para as situações clínicas que observava em sua prática profissional. Mostro também como os estudos com Klein iluminaram algumas questões para Winnicott, mas não impediram a ruptura entre eles em razão de a psicanalista manter-se fiel às teses clássicas da psicanálise. Considero, então, que as dificuldades teóricas encontradas por Winnicott precisam ser avaliadas em relação à teoria freudiana.

Seguindo nessa linha, argumento ser a depressão, em suas diferentes formas, um dos fatores que mobilizou Winnicott a incrementar a pesquisa psicanalítica e a formalizar a necessidade de haver uma mudança na teoria da etiologia desse distúrbio, bem como propor, inovadoramente, a psicose como o paradigma do adoecer emocional. Sustentada em indicações claras do próprio autor, mostro que Winnicott considera o aporte teórico e clínico por ele introduzido na psicanálise como um importante acréscimo para a

área. Por fim, avalio que a contribuição winnicottiana pode ser entendida, kuhnianamente falando, como um progresso na teoria psicanalítica, um resultado revolucionário após um período de crise dessa ciência, ideia proposta e defendida por Loparic.¹

2. Deficiências da teoria freudiana como incentivo para a pesquisa em psicanálise

Winnicott entende que um estudioso da natureza humana precisa ter uma posição pessoal a respeito da evolução da teoria psicanalítica antes de assumir uma ou outra posição teórica. Essa posição, que só pode ser adquirida depois de muito estudo, deve incluir, se possível, o “desenvolvimento histórico” da disciplina, pois, em sua opinião, esta é a “única forma de uma teoria, num dado momento de *seu progresso*, mostrar-se inteligível e interessante” (Winnicott, 1988/1990, p. 60). Seguindo esses passos, ele organizou seus estudos.

Como médico, Winnicott compreendia a posição da medicina, que baseava a compreensão do adoecer na anatomia e na fisiologia. No entanto, acreditou, ainda como clínico pediátrico, ser possível pensar em uma disciplina equivalente na área psicológica que preenchesse a lacuna na compreensão da origem do adoecer psíquico. O passo inicial de Winnicott nessa direção foi estudar a psicanálise freudiana, primeira ciência que, em sua opinião, desenvolveu uma teoria nesse sentido. Para ele, como afirma Dias, “a psicanálise freudiana operou, sem dúvida, uma superação das hipóteses organicistas da psiquiatria e das posições ambientalistas da psicologia acadêmica” (Dias, 2003, p. 76).

Entretanto, não era objetivo de Winnicott desqualificar a contribuição da medicina psiquiátrica quando destacou a importância da teoria psicanalítica. Segundo ele, o modo de entender o adoecer introduzido pela teoria psicanalítica – diferente do conhecimento sob o qual a psiquiatria sustentava suas ideias – ampliou o exame da natureza humana, pois a psicanálise acrescenta uma nova possibilidade de compreensão da origem das doenças psíquicas, uma vez que “avança onde a fisiologia se detém” (Winnicott, 1986k[1961]/1999), p. XIV). Aceitando isso como um fato, Winnicott assume que o território científico foi alargado e passou a incluir “os fenômenos da personalidade, do sentimento e do conflito humano” (Winnicott, 1986k[1961]/1999, p. XIV).

Houve um percurso até chegar a essas conclusões. Em novembro de 1919, em uma carta à sua irmã Violet Winnicott (1987b[1919]/1990), revela seu entusiasmo com a recém-aproximação e estudo da psicanálise freudiana. Esse entusiasmo foi responsável por uma grande mudança na vida pessoal e profissional de Winnicott. De um simples estudioso do tema, especializou-se e se tornou um psicanalista e teórico da área. E como todo psicanalista recém-ingresso no universo teórico da psicanálise, Winnicott inicialmente estruturou seus estudos e baseou suas análises nas descobertas de Freud, adotando como tema central para compreensão dos conflitos interpessoais a teoria do complexo de Édipo.

Como ele mesmo conta, nos anos 20 do século XX, “tudo tinha o complexo de Édipo em seu âmago” (Winnicott, 1965va[1962]/1990, p. 157) e isso conduzia o trabalho analítico às ansiedades próprias da vida instintiva, no período entre quatro e cinco anos, oriundas do relacionamento da criança com seus pais. Comenta que, quando dificuldades anteriores a essa fase surgiam em análise, elas eram tratadas como uma regressão a pontos de fixação pré-genitais e a base do trabalho analítico vinha “do conflito do complexo de Édipo marcadamente genital” (Winnicott, 1965va[1962]1990, p. 157).

No entanto, à medida que aprofundava seus estudos e observações clínicas, essa forma de entender tais dificuldades foi considerada por Winnicott como não plenamente satisfatória. A essa altura, embora o conhecimento e envolvimento com a psicanálise lhe permitissem ter como certo que a origem das neuroses estava relacionada ao complexo de Édipo, as histórias clínicas que ouvia lhe mostravam que, muito antes dessa fase, sérios problemas em termos de amadurecimento pessoal e emocional aconteciam. Dessa percepção originou-se a ideia de que havia “uma certa deficiência na teoria psicanalítica”² (Winnicott, 1965va[1962]1990, p. 157), a qual se tornou o ponto de partida para Winnicott compreender problemas clínicos que não podiam ser relacionados com o complexo de Édipo. Para ele, o espaço entre seguir fielmente a cartilha freudiana e iniciar uma teorização própria foi preenchido pelos esforços em tentar “encaixar” no modelo edipiano uma vasta quantidade de material clínico que insistia em não se moldar a essa teoria.

Foi a dupla experiência profissional, como pediatra e psicanalista, que abriu outro universo de problemas para Winnicott. Além de atender crianças e adultos na clínica psicanalítica, ele manteve sua clínica pediátrica, na qual observava, agora sob um olhar psicanalítico, os bebês e suas mães. Nas duas experiências profissionais, muitas vezes se viu

exposto a dificuldades sofridas por crianças, por vezes bebês, cujo referencial teórico freudiano não permitia a compreensão e muito menos apresentava respostas. Diante disso, e também baseado na análise de pacientes psicóticos regredidos, percebeu que boa parte dos problemas emocionais com os quais se deparava em sua clínica parecia encontrar sua origem em etapas primitivas do desenvolvimento humano. A partir dessa observação clínica, considerou importante aprofundar seus estudos nessa direção.

Quando valorizou a importância das etapas primitivas do desenvolvimento emocional, Winnicott ainda não conhecia o trabalho de Melanie Klein. O encontro com a psicanalista aconteceu a partir da sugestão de James Strachey e foi – como Winnicott mesmo reconhece em vários momentos de sua obra – fundamental para o desenvolvimento de suas ideias. Após um período de estudo e supervisões com Klein, encerrou-se a parceria. O distanciamento entre ambos foi motivado pelo surgimento de importantes divergências teóricas relativas ao papel que o meio ambiente desempenha no desenvolvimento emocional da criança. Enquanto para Klein o ambiente devia ser visto simplesmente como um ponto importante de apoio e cuidado para o bebê recém-nascido, Winnicott compreendia a relação de dependência do bebê com o ambiente-mãe como a condição fundamental para o acontecer de uma pessoa. A discordância em relação a esse ponto se tornou uma questão central entre esses teóricos, pois o fato de Klein não considerar relevante o papel do ambiente para a estruturação da personalidade de uma pessoa levou essa psicanalista, na visão de Winnicott, a tratar de mecanismos profundos em momentos iniciais do amadurecimento pessoal.³

Apesar do respeito pela qualidade das ideias kleinianas, em especial a teoria da posição depressiva, a diferença teórica entre esses autores tomou tal proporção que Winnicott assumiu não “ser capaz de expor o ponto de vista de Klein de um modo que ela mesma aprovasse” (Winnicott, 1965va[1962]1990, p. 161). Ele reconhecia com tranquilidade esse distanciamento e deu como certo o fato de Klein não tê-lo “incluído como um kleiniano” (Winnicott, 1965va[1962]1990, p. 161). Isso, porém, nunca o impediu de assumir sua dívida teórica para com ela. Winnicott reconhecia o valor da contribuição de Klein para a psicanálise e para a psiquiatria, pois acreditava que os trabalhos de Klein representavam “a tentativa mais vigorosa de estudar os processos precoces do desenvolvimento da criança, afora o estudo do cuidado da criança” (Winnicott, 1965h[1959]/1990, p. 116).

Winnicott entende que somente quando percebeu que “inicial não é profundo” pôde “fazer uso pleno de Klein sem ficar atolado” (Winnicott, 1989f[1967]/1994, p. 442). Ou seja, quando ele constatou que a teoria da posição depressiva kleiniana estava relacionada ao profundo e não ao inicial, sentiu-se livre para tratar das diferenças observadas entre ambos no que se refere aos importantes aspectos relacionados à experiência da dependência inicial.⁴ Com isso, ele compreendeu que o bebê precisa de tempo e amadurecimento físico e psicológico antes que “a profundidade apareça” (Winnicott, 1989f[1967]/1994, p. 442), ou seja, antes que um bebê seja capaz de apreciar uma experiência emocional por inteiro, muita coisa precisa acontecer.

Para Winnicott, aquilo que é profundo deve ser visto como pertencente à criança – já constituída como uma pessoa (eu) e separada da mãe – e referido à “profundidade na fantasia inconsciente” ou à realidade psíquica, na qual estão envolvidas a mente e a imaginação da criança (cf. Winnicott, 1958i[1957]/1990, p. 103); no entanto, quando se trata do que é inicial, faz-se necessário levar em conta o ambiente. Com essa compreensão, Winnicott fortaleceu a ideia de que as condições ambientais necessárias para um bebê alcançar a continuidade de ser, estruturar sua personalidade e tornar-se capaz de existir como uma pessoa separada são constituídas inicialmente na unidade mãe-bebê; apenas posteriormente são aprofundadas na relação com a mãe como pessoa separada dele, portanto, em uma relação dual, na qual tudo o que faz parte da realidade interna e pessoal do bebê tem participação.⁵

A percepção da diferença entre inicial e profundo, um aspecto teórico central do pensamento winnicottiano, distingue Winnicott dos teóricos das relações objetais, que seguiram tratando das questões profundas nos estágios iniciais,⁶ desconsiderando a participação do ambiente nas etapas mais primitivas do amadurecimento.

Foi realmente definitivo para Winnicott entender essa diferença, porque foi baseado nela que ele pôde definir que os agrupamentos esquizoides pertencem ao inicial, enquanto a depressão, ao profundo. Ou seja, a depressão diz respeito a dificuldades enfrentadas por pessoas que, amparadas inicialmente, conquistaram a unidade pessoal e um mundo pessoal (realidade psíquica ou interna, como às vezes denomina Winnicott). Dessa maneira, diz Winnicott, “quando se está retornando às coisas mais profundas não se vai até o início”, mas sim a “algo como três, dois ou um ano e meio” (Winnicott, 1989f[1967]/1994, p. 442).

Ao considerar essas idades, Winnicott procura destacar que existem

pré-requisitos de amadurecimento para que uma pessoa possa se sentir preocupada, concernida, culpada e capaz de se deprimir. De acordo com sua teoria, essas idades são tomadas em relação a um amadurecimento saudável, no qual uma criança encontra condições de conquistar as capacidades relativas a cada estágio. Por outro lado, quando as circunstâncias ambientais não são favoráveis, pode haver distorções significativas no processo de amadurecimento pessoal, comprometendo a simplicidade de se poder ter dois anos aos dois anos, seis anos aos seis anos, dez anos aos dez anos e assim por diante. Poder experimentar a vida e assumir as responsabilidades de acordo com a idade que se tem, refletindo uma harmonia existencial conquistada na relação com as pessoas e com a realidade externa, tornou-se a base do conceito winnicottiano de saúde e maturidade emocionais.

A observação clínica de que havia “bebês” totalmente dependentes vivendo em corpos de crianças e adultos conduziu o autor para os problemas primitivos do amadurecimento em uma direção diferente da de Klein. Winnicott expandiu seu trabalho do profundo para o inicial, ampliando sua compreensão dos estados psicóticos, o que possibilitou a proposição de ser a psicose o paradigma do adoecer. Mudanças importantes na técnica terapêutica decorreram do entendimento de que não há um sujeito psíquico munido de mecanismos mentais e de forças pulsionais interagindo com objetos ao nascer, mas sim um ser humano dotado de uma tendência inata para a integração e que depende de um ambiente adaptado às suas necessidades para poder constituir um si-mesmo pessoal e para, quem sabe, vir a se tornar capaz de se relacionar com objetos. Winnicott, apoiado em sua teoria do amadurecimento pessoal, viu que sem as condições de ambiência iniciais adequadas às necessidades do bebê as pessoas podem crescer fisicamente, mas permanecem imaturas. Por isso, alerta que, em um processo analítico, um adulto pode demorar a alcançar a idade de dois anos. Por conseguinte, segundo ele, é fundamental o conhecimento da teoria do amadurecimento pessoal, pois somente baseado nela um analista saberá fazer análise em uma criança de dois anos, bem como será capaz de fazer análise em “uma criança de dois anos que existe em qualquer paciente, em qualquer idade” (Winnicott, 1989xe[1959]/1990, p. 327).

Entender que a depressão pertence ao profundo e não ao inicial levou Winnicott a outro resultado teórico – a aplicação desse conhecimento ao estudo da origem da agressão. Winnicott afirma que obteve um vislumbre “de como poderia entender um pouco melhor as origens da agressão”

quando apreendeu que nos momentos iniciais da vida do bebê o que é nomeado agressão deve ser visto como “o movimento do bebê – isto é, erotismo muscular” (Winnicott, 1989f[1967]/1994, p. 442), e que o ódio, entendido como a capacidade real de agredir, é uma conquista do amadurecimento e “fica muito mais à frente” (Winnicott, 1989f[1967]/1994, p. 442). Essa compreensão o levou a rever a teoria da posição depressiva como proposta por Klein, a qual defendia que a agressividade do bebê no estágio inicial era baseada em forças edípicas; a depressão, da posição depressiva, o resultado da perda do objeto amado que sofria a agressão; a fonte dos conflitos da criança, o medo da perda desses objetos amados na posição depressiva (cf. Loparic, 1997c).

A partir do distanciamento teórico de Melanie Klein, Winnicott começou a desenvolver mais intensamente suas ideias em relação ao desenvolvimento inicial, convencendo-se de que a estruturação da personalidade de uma pessoa, bem como a condição de ser ou não ser psiquicamente saudável, não podia estar atrelada unicamente à resolução dos conflitos pulsionais e edipianos. Essa constatação fez com que o confronto teórico no qual Winnicott estava inserido fosse deslocado de Klein para Freud.

Embora pôr em xeque o complexo de Édipo representasse um sério questionamento da teoria psicanalítica freudiana, Winnicott não abandonou a base teórica dada por Freud. Além de considerá-la como o pano de fundo de seus estudos, costumeiramente destacava sua importância como base comum de ensinamento para novos integrantes na área, quase um manual para que essa ciência pudesse prosseguir em suas pesquisas. No entanto, reconhecer o valor da teoria psicanalítica freudiana não o impediu de tratar das limitações que percebia nessa teoria. A construção de sua própria teoria é o resultado de sua busca incessante em resolver os problemas encontrados nas teses freudianas.

O movimento de considerar a teoria psicanalítica clássica uma base para suas reflexões e, ao mesmo tempo, fonte de suas inquietações acompanha todo o desenvolvimento teórico de Winnicott. Certa vez, apesar de iniciar um artigo dizendo que o leitor deveria saber que ele era “fruto da escola psicanalítica, ou freudiana”, destaca que isso não significava que ele tomava “como correto tudo o que Freud disse ou escreveu” (Winnicott, 1965t[1950]/2001, p. 29). Ao contrário, Winnicott sempre defendeu com veemência a ideia de que uma atitude de passividade diante de um conhecimento representava um “absurdo”, visto que até mesmo Freud havia permanentemente revisado suas teorias, aliás,

atitude que o psicanalista inglês considera parte da conduta de “qualquer cientista” (Winnicott, 1965t[1950]/2001, p. 29). Em sua opinião, o fato de Freud acreditar em “certas coisas” que pareciam, a ele e também a alguns outros colegas psicanalistas, “não ser absolutamente corretas” (Winnicott, 1965t[1950]/2001, p. 29) não retirava dele o mérito de ter sido o criador de “um método de abordagem científica ao problema do desenvolvimento humano” (Winnicott, 1965t[1950]/2001, p. 29).

O respeito de Winnicott pelo criador da psicanálise como teórico e cientista pode ser observado no conjunto de sua obra. Entretanto, como também era um cientista, ao contornar as dificuldades teóricas ou clínicas que lhe cruzavam o caminho, pontos de diferenças na compreensão e conduta do caso surgiam entre o que havia sido proposto e teorizado por Freud e aquilo que efetivamente compreendia da situação. E assim, antes mesmo que os modos de teorização de Freud (a metapsicologia como supraestrutura teórica e a psicologia dinâmica) se tornassem o centro da discussão entre os psicanalistas e comentadores da psicanálise, Winnicott já apresentava seu desconforto com a metapsicologia e, por isso, foi se afastando desse modo de teorizar e se aprofundando em um modo de fazer ciência mais empírico-descritivo.

Embora reconheça a importância dos instintos e o caráter significativo da sexualidade infantil, a ponto de dizer que qualquer teoria que negue ou ignore essas questões é inútil, ele se posiciona frontalmente contra o fato de a teoria das neuroses ser o paradigma do adoecer humano,⁷ como propunha Freud. Em seu entender, para chegar a se tornar um indivíduo neurótico (em sua linha de amadurecimento, o estágio mais saudável de ser, no sentido de ter um si-mesmo constituído), a pessoa terá de enfrentar desafios anteriores ao que é experienciado nas relações triangulares, que na verdade são da ordem do ser, da existência e da continuidade da existência.

A concordância de que não é possível tratar um paciente psiquicamente doente considerando-se apenas os distúrbios atuais, estando aí a importância de conhecer a história de vida da pessoa, foi um dos temas tributados por Winnicott a Freud. No entanto, o modo de compreender a história pessoal também acabou se confirmando como um ponto de distinção entre os teóricos. Apesar de Winnicott concordar que “uma situação atual tem um passado e um futuro que lhe pertencem” (Winnicott, 1988/1990, p. 55), isso não significa que a maneira de ser de cada pessoa no presente possa ser compreendida como o resultado causal do desenvolvimento psicosexual. Dessa forma, enquanto para a psicanálise

tradicional a história “é a do desenvolvimento das funções sexuais, tendo como enredo básico o complexo de Édipo” (Dias, 2003, p. 82), para Winnicott, continua a autora,

[...] há uma pré-história na qual o pequeno indivíduo, que já é um ser humano passível de ser afetado pelo ambiente, ainda não chegou a si; o bebê está apenas iniciando o processo de amadurecimento que leva à integração num eu unitário e, se o processo falhar, pode ocorrer de esse bebê jamais chegar a ter um eu com uma história para contar. (Dias, 2003, p. 82)

À medida que as diferenças entre ele e Freud foram se evidenciando, Winnicott estabeleceu o lugar que a teoria psicanalítica tradicional ocuparia em seu pensamento: um corpo teórico do qual partiu para buscar soluções para as “novas questões” que surgiam em sua prática. Ao proferir, em maio de 1961, uma palestra na Oxford University Scientific Society, intitulada “Psicanálise e ciência: amigas ou parentes?” (Winnicott, 1986k[1961]/1999), deixa evidente esse modo de considerar a teoria freudiana. Em uma linguagem quase kuhniana, ele afirma que com um corpo teórico desenvolvido (referia-se à psicanálise freudiana) se torna possível para uma área (no caso a psicanálise) avançar na busca de novas soluções quando “novas questões emergem de um fracasso parcial” (Winnicott, 1986k[1961]/1999, p. XVII). E, continua, perante essa situação, isto é, diante de “um vazio no conhecimento” (Winnicott, 1986k[1961]/1999, p. XIV), um pesquisador da psicanálise, por já possuir um corpo teórico do qual partir, pode parar e, apoiado no espírito científico, dar tempo para que esse “incômodo” (Winnicott, 1986k[1961]/1999, p. XV) possa ser posto à prova, para assim avançar (progredir, como diria Kuhn) sem necessitar apelar para “formulações supersticiosas” ou apoiar-se em uma “explicação sobrenatural” (Winnicott, 1986k[1961]/1999, p. XV).

O fato de Winnicott constatar “existir um vazio” na teoria freudiana nunca representou em si um problema para ele, pois admite que “a existência do vazio é o estímulo para o trabalho”, uma vez que, a partir do reconhecimento de que há limitações em um corpo teórico, é possível reconhecer “a ignorância” e delinear um programa de pesquisa (Winnicott, 1986k[1961]/1999, p. XIV), visando à alteração da teoria quando necessário. A possibilidade de alteração da teoria em decorrência do fato empírico faz parte do processo científico e Winnicott aplica essa condição também à sua teoria, como se pode observar em um texto tardio, no qual afirma:

Para realizar o meu trabalho, preciso de uma teoria do desenvolvimento emocional e físico da criança no ambiente em que ela vive, e uma teoria precisa abranger todo o espectro daquilo por que se possa esperar. Ao mesmo tempo, a teoria precisa ser flexível, de tal forma, que qualquer fato clínico possa, se necessário, modificar a afirmação teórica. (Winnicott, 1969b[1968]/1988, p. 19)

Além dos aspectos teóricos específicos já citados, outra grande diferença entre Freud e Winnicott relaciona-se ao modo de conduzir o estudo da natureza humana. Winnicott não se preocupou em detalhar essa diferença e muito menos em transformar isso em uma polêmica. Por ter como fundamento de seu trabalho clínico a preocupação com “a existência do ser humano” (Winnicott, 1986a/2001, p. 204) como pessoa, mais do que a cura dos sintomas, expôs os resultados clínicos e empíricos que sustentavam a forma de teorizar a respeito do ser humano proposta por ele em vez de se ocupar com questões epistemológicas. Por isso, embora reconhecesse as diferenças teóricas e epistemológicas implícitas em sua obra em relação à psicanálise freudiana, preferiu centrar seus esforços na estruturação de uma teoria do desenvolvimento pessoal saudável.

Sempre orientado pelo espírito científico, evidencia a ideia de que faz sentido “transformar o estudo da natureza humana numa ciência, num processo caracterizado pela observação de fatos, pela criação de teorias e testagem desta teoria e a modificação da teoria de acordo com a descoberta de novos fatos” (Winnicott, 1945h/1997, p. 32), mas entende que não seria possível realizar essa pesquisa restringindo-se “ao padrão que se adapta à pesquisa nas ciências físicas” (Winnicott, 1965vb/1999, p. 173). Nessa afirmação está implícita uma crítica a Freud que, como se sabe, construiu e formatou sua teoria sob esse modelo.

Assimila-se da leitura de sua obra que, de maneira geral, para Winnicott, o sentido principal da contribuição teórica de Freud foi preparar o mundo científico para receber o pensamento psicológico. Por esse aspecto, é possível entender seu comentário de que quaisquer teorias originais que ele mesmo tenha desenvolvido devem ser consideradas como um desenvolvimento da teoria psicanalista comum, pois elas não teriam sentido se examinadas fora de um contexto preparado pelo pensamento (científico) freudiano. Isso significa que, para Winnicott, as suas próprias contribuições, para terem valor e reconhecimento, devem ser examinadas sob essa perspectiva científica; sendo assim, entende que sua teoria está automaticamente submetida aos critérios científicos.

No artigo “A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise”, Winnicott mais uma vez reafirma a posição de ser a psicanálise uma teoria

viva e sujeita a alterações, salientando que ele mesmo realizou modificações em sua teoria ao dizer:

[...] a prática da psicanálise durante trinta e cinco anos não pode passar sem marcas. Para mim, sucederam mudanças em minha formulação teórica e tentei enunciá-las à medida que se consolidavam em minha mente. Amiúde, o que descobri já fora descoberto e até enunciado, seja pelo próprio Freud, seja por outros psicanalistas ou por poetas e filósofos. (Winnicott, 1989vk[1965]/1994, p. 94)

3. Depressão como um aspecto da necessidade de mudança de rumo

Um exemplo que demonstra que Winnicott compreendia sua teoria como um desenvolvimento e um progresso em relação à teoria psicanalítica tradicional está registrado na conferência “Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo” (Winnicott, 1965r[1963]/1990). Nessa ocasião, comenta que, se fosse solicitado a dizer como entende o desenvolvimento emocional de uma pessoa 30 anos antes, faria sua apresentação baseado nas mudanças que ocorrem na vida instintiva do indivíduo, referindo-se às fases do desenvolvimento sexual – oral, anal, fálica e genital – propostas por Freud e outros autores. No entanto, passados esses 30 anos, reconhece sua dívida para com os ensinamentos de Freud, assumindo que, apesar de essa estrutura de pensar e teorizar ser verdadeira e, como ele afirma, estar em “nossos ossos” (Winnicott, 1965r[1963]/1990, p. 79), dirigiu-se para outros aspectos do desenvolvimento emocional da pessoa, que resultaram em um novo desenvolvimento teórico na teoria psicanalítica geral.

Feito isso, Winnicott se posiciona a favor de descrever o “crescimento emocional em termos da jornada da dependência à independência” (Winnicott, 1965r[1963]/1990, p. 79), pois, para ele, o “valor” de uma abordagem que considera a vida como um acontecer que ruma gradualmente de uma extrema dependência à independência “é que ela nos permite estudar e discutir ao mesmo tempo os fatores pessoais e ambientais” (Winnicott, 1965r[1963]/1990, p. 80). Sem grandes alardes, ele deixa evidente, nessa conferência em Atlanta, como mudou seu enfoque de compreensão no que se refere à natureza humana.

Ao enfatizar a importância de se considerarem a pessoa e a situação

ambiental concreta que a envolve, e traduzir isso em termos de *jornada* – metáfora que permite imaginar a infinidade de imprevistos a que está sujeita uma pessoa ao longo da vida –, ele abandona em definitivo a visão sobredeterminada e causal da psicanálise tradicional e caminha por um modelo diferente de fazer ciência. Pode-se dizer também que, ao escolher descrever o desenvolvimento pessoal em termos de jornada da dependência para a independência, apropriando-se de parte da teoria psicológica freudiana e, afastando-se da teorização metapsicológica, Winnicott cumpriu de modo seguro e espontâneo – até porque não estava originalmente preocupado com isso – as condições básicas propostas por Kuhn para que determinada contribuição teórica possa ser avaliada como um progresso no interior de uma ciência: além de apontar as dificuldades encontradas e justificar a necessidade de novos desenvolvimentos, ele mantém e utiliza as contribuições da teoria anterior.⁸

Na palestra de 1961 para a Oxford University Scientific Society, anteriormente citada, Winnicott também demonstra que o procedimento seguido por ele ao propor uma mudança de enfoque na compreensão do paradigma do adoecer psíquico – deslocando-o da problemática do complexo de Édipo e centrando-o na resolução da tarefa primordial de todo ser humano, que é a de ser e se tornar uma pessoa, ou rumar da dependência absoluta para a independência, sempre relativa – também está em concordância com os pressupostos kuhnianos. Em primeiro lugar, define que a psicanálise é “um termo que se refere especialmente a um método, e a um corpo teórico que diz respeito ao desenvolvimento emocional do indivíduo humano. É uma ciência aplicada que se baseia em uma *ciência*” (Winnicott, 1986k[1961]/1999, p. XIII). Em seguida credita, como sempre faz, o pioneirismo dessa ciência a Freud e passa a definir o que entende ser a tarefa de um cientista. Diz que, para um cientista, “formular questões é quase tudo”, e, quando as respostas a essas questões aparecem, afirma que essas respostas “conduzem a outras questões”. Acrescenta que “a ideia do conhecimento acabado é o pesadelo do cientista”, pois as certezas são domínio da religião. Uma ciência deve, por isso, “suportar uma infinidade de dúvidas” (Winnicott, 1986k[1961]/1999, p. XIV).

E quais dúvidas Winnicott enfrentou antes de propor o que diversas vezes nomeou de desenvolvimento natural da psicanálise ou progresso na teoria? Há sinais claros em sua obra de que os problemas relacionados à depressão, em suas diferentes formas, tenham sido o aspecto que mobilizou Winnicott a rever a teoria psicanalítica e o levou à descoberta

revolucionária de que a estruturação do psiquismo, associada ao desenvolvimento sexual e à resolução do complexo de Édipo, não conduziu a uma compreensão fidedigna dos processos que envolvem o desdobramento da natureza humana desde os estágios iniciais. É possível dizer que foi por meio do estudo da depressão que ele chegou à ideia da psicose como paradigma do adoecer humano.

Em um debate intitulado “Grief and Mourning in Infancy”, Winnicott (1989xe[1959]/1994) comenta que, até a década de 1920, a ideia de tristeza não era comum para ele, presentificando-se nessa época em razão de um comentário feito por Merrill Middlemore, que com ele trabalhava, a respeito de um paciente. Ao olhar o rosto desse paciente, um menino, ela disse: “um caso de melancolia”. Surpreso, Winnicott considera que até então “isso [melancolia] se referia a crianças que achavam a vida difícil” (Winnicott, 1989xe[1959]/1994, p. 326), mas, a partir desse incidente, percebeu e atestou que “a palavra ‘depressão’ estava à espera para ser usada na descrição dos estados clínicos de crianças e bebês” (Winnicott, 1989xe[1959]/1994, p. 326).

A observação de que entendia a tristeza melancólica como parte do universo da infância mais tardia, explicita que Winnicott, até esse momento, entendia a depressão como um tipo de neurose. Por outro lado, a ideia de que a ruptura com a teoria edipiana como estruturante do psiquismo foi iniciada a partir dessa observação clínica é confirmada pela constatação de Winnicott, diante dessa surpresa, de que, por trás da tristeza, dos afetos e dos estados de humor, há muito mais coisas a serem conhecidas a respeito de uma pessoa. A atitude do autor confrontado por essa descoberta foi imediata. Textualmente ele diz: “rapidamente alterei toda a minha linguagem” (Winnicott, 1989xe[1959]/1994, p. 326). Mudar toda linguagem tem para Winnicott o sentido de uma total redescritção da teoria psicanalítica e a adoção de uma linguagem específica para descrever as necessidades e conquistas de um ser humano em cada estágio do amadurecimento pessoal.

Winnicott conta que, por essa época, estava começando seu trabalho com Klein, portanto, aprendendo os mecanismos da depressão e as defesas contra a depressão, ponto sobre o qual a psicanalista já trabalhava há mais de dez anos. Nesse seu trabalho com Klein, soube dos estágios do luto, de protesto e negação do luto e da depressão, que se solidifica na defesa maníaca. No entanto, a proximidade e o peso da influência teórica da psicanalista não o inibiram de muito rapidamente discordar de Klein e, inclusive, questionar a maneira de ela tratar como iniciais problemas

profundos. Apesar de admitir que foi o conhecimento dos estudos kleinianos que lhe permitiu aproveitar (teórica e clinicamente) as observações que vinha realizando com crianças, não podia negar as evidências contidas nas

observações que fizera em muitas centenas de crianças cujos distúrbios psicológicos começavam nas primeiras semanas, até mesmo dias, de suas vidas e que eram casos psiquiátricos em pleno andamento, antes da época em que o complexo edipiano desses dias se achasse maduro. (Winnicott, 1989xe[1959]/1994, p. 327)

Outra experiência em que a depressão apresenta-se como uma problemática foi vivida por Winnicott quando, a pedido Susan Issacs, ministrou por 15 anos, a partir de 1936, palestras no Instituto de Educação. Conta que inicialmente o tema das palestras era o diagnóstico precoce da febre reumática como profilaxia para problemas cardíacos, e que, após um curto período de pesquisa,⁹ pôde perceber que metade das pessoas encaminhadas como reumáticas era deprimida e metade das que eram coreicas sofria, na verdade, de um “desassossego ansioso comum” (Winnicott, 1989f[1967]/1994, p. 440). Comenta, então, que esses resultados o fizeram investigar isso e que levou três ou quatro anos antes que pudesse associar esses casos à privação e à deprivação.

A partir dessas evidências empíricas, Winnicott não pôde evitar as discordâncias teóricas com Klein e desenvolveu seus próprios conceitos a respeito do “efeito mais profundo da perda de objeto” ou, como ele definiu, “descuido do apoio do ego”. Enunciou isso “em termos das condições emocionais primitivas” e utilizou “os termos perda de contato com a realidade externa, perda do relacionamento entre psique e soma e desintegração” (Winnicott, 1989xe[1959]/1994, p. 328) para descrever esses fenômenos. Isso demonstra que o desenvolvimento da teoria dos estágios primitivos está associada aos processos relacionados à depressão e à negação da depressão observados por Winnicott. Ficava cada vez mais claro, à medida que aprofundava sua compreensão da realidade interna de uma pessoa, que muitas das dificuldades relacionadas à depressão poderiam estar associadas a problemas ocorridos em estágios anteriores ao do complexo de Édipo.

Nesse momento, as diferenças com Klein haviam se estabelecido. O distanciamento dos temas edipianos,¹⁰ como base para a estruturação da personalidade, e a relevância do ambiente, como condição de possibilidade para o existir humano, eram fatos para Winnicott. Como ele mesmo

coloca: “podemos construir teorias sobre o desenvolvimento dos instintos e concordar que o ambiente seja deixado de lado, mas não é possível fazê-lo quando se trata de formular hipóteses sobre o desenvolvimento do ego [eu] inicial” (Winnicott, 1955d[1954]/2000, p. 380).

Embora as discordâncias fossem evidentes e públicas, Winnicott sempre admitiu ter ficado impressionado pelo trabalho de Klein. No debate anteriormente citado, ele mesmo comenta que o conhecimento do conceito kleiniano de defesa maníaca teve tal importância para o seu desenvolvimento teórico que, em 1935, ele escreveu seu trabalho de ingresso na Sociedade Britânica de Psicanálise sobre esse assunto. Nessa apresentação, associa alguns aspectos da defesa maníaca com a posição depressiva,¹¹ pois, de acordo com o que vinha percebendo em seus estudos, a defesa maníaca constituía “um mecanismo empregado com bastante frequência” (Winnicott, 1958k[1935]/2000, p. 216) e indicava a incapacidade de uma pessoa aceitar o significado pleno da realidade interna ou, dizendo de outra maneira, indicava “a capacidade de alguém negar a ansiedade depressiva inerente ao desenvolvimento emocional” (Winnicott, 1958k[1935]/2000, p. 217). Mais uma vez, a depressão e as defesas contra a depressão apresentavam-se como as principais preocupações de Winnicott.

Entretanto, além da possibilidade de confirmar a depressão e suas defesas como o “vazio” teórico no qual Winnicott esbarrou, o aspecto que precisa ser considerado ao ler o artigo “A defesa maníaca” (Winnicott, 1958k[1935]/2000) é que, mesmo de maneira incipiente, Winnicott, ao tecer as considerações a respeito da defesa contra a depressão, anuncia os aspectos teóricos que se consolidariam em sua teoria do estágio do concernimento, mais tarde sistematizada no trabalho “A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal” (Winnicott, 1955c[1954]/2000).

Ainda no artigo de 1935, Winnicott confirma que as teses kleinianas sobre defesa maníaca coincidiam com um tema com o qual estava envolvido desde 1931, ocasião em que escreveu o artigo “Agitação” (Winnicott, 1931g/2000). Relata que, após conhecer o trabalho de Klein, percebeu que já em 1931 estava preocupado com o que chamou mais tarde de realidade interna ou mundo pessoal. Interessado em conhecer a origem de um estado de agitação física em crianças sem causa orgânica específica,¹² Winnicott percebeu também que a agitação seria o modo encontrado por uma criança para expressar a dificuldade em lidar com os conteúdos de seu mundo pessoal e a necessidade de diminuir a tensão da

realidade interna. A partir dessa observação, passou a ser o objetivo de Winnicott aprofundar a compreensão a respeito das tensões que ocorriam na realidade interna de crianças e adultos.

Em outro artigo, “Notas sobre normalidade e ansiedade” Winnicott (1931p/2000), mais uma vez, assinala perceber em sua clínica que certo tipo de inquietude (ansiedade) dos pacientes estava relacionado a problemas emocionais. Nesse trabalho, apresenta uma série de distúrbios físicos comuns em crianças como enurese, congestão nasal e alterações no sistema gastrointestinal, buscando relacioná-los com a ansiedade, em uma tentativa de desvelar “os mecanismos através dos quais a doença física é simulada, ou realmente provocada por fatores que residem na vida emocional da criança” (Winnicott, 1931p/2000, p. 71).

Realmente é interessante perceber, ao analisar esses dois textos de 1931, que Winnicott abordava temas que só seriam teoricamente sistematizados muito mais tarde, em seus estudos sobre o estágio do concernimento. Por exemplo, no artigo sobre normalidade e ansiedade, considerava importante observar a capacidade da criança para tolerar a ansiedade e percebia que essa capacidade dependia tanto do grau da ansiedade como do conteúdo da mesma. Também notava que alterações físicas importantes podiam ser decorrência da ansiedade, afirmando que, em termos de desenvolvimento físico, “o metabolismo pode ser reduzido até quase a parada completa, o nascimento de dentes pode ser adiado, feridas podem manter-se abertas e o cabelo é capaz de cair” (Winnicott, 1931p/2000, p. 71).¹³

Em 1945, a teoria winnicottiana do desenvolvimento emocional primitivo estava bem mais amadurecida. Quando apresenta um texto referente a esse tema na Sociedade Britânica de Psicanálise, mais uma vez retoma tanto a ideia de que sua teoria representa um desenvolvimento da teoria clássica como a ideia de que a depressão estava incluída entre as preocupações teóricas e clínicas que o levaram a essa pesquisa. Salienta, ainda, que há pelo menos duas décadas vinha se dedicando ao estudo da psicanálise e, de modo discreto, pontua, novamente, que o distanciamento da teoria instintual como norteadora da compreensão dos aspectos psíquicos emocionais foi acontecendo gradualmente, à medida que percebia as limitações dessa teoria para tratar a depressão e a psicose.

Para chegar a seu tema de interesse, que era apresentar os estágios iniciais do desenvolvimento emocional, Winnicott faz uma pequena introdução, na qual evidencia a importância do tema da depressão para seus estudos. Como sempre, mostra que partiu da psicanálise freudiana,

escolhendo, dessa vez, o tema do tratamento psicanalítico para ilustrar isso. Define como “o tipo original de tratamento psicanalítico” aquele em que se levam em conta “quase que exclusivamente” os relacionamentos que o paciente mantém com outras pessoas, “junto com as fantasias conscientes e inconscientes que enriquecem e complicam esses relacionamentos entre pessoas inteiras” (Winnicott, 1945d/2000, p. 219). A seguir, delineando o rumo de suas pesquisas, comenta que, ao dirigir seu interesse para a compreensão da importância das fantasias do paciente sobre sua organização interna com o objetivo de entender a origem dessa organização na experiência instintiva, percebeu que, em certos casos, é justamente

[...] essa fantasia do paciente sobre sua organização interna que constitui o aspecto mais vitalmente importante, fazendo com que a análise da depressão e das defesas contra a depressão não possam ser realizadas com base apenas nos relacionamentos do paciente com pessoas reais e nas suas fantasias sobre esses relacionamentos. (Winnicott, 1945d/2000, p. 219)¹⁴

E, por entender que a elaboração imaginativa (fantasia) a respeito da organização do mundo interno é responsável por muitos dos problemas clínicos vistos no consultório, acreditar que a análise dessa problemática precisa ser, em alguns casos, ampliada para momentos anteriores do desenvolvimento, ou seja, para os estágios em que a pessoa não alcançou o estatuto de unidade ou o fez de forma precária, e por ter se ocupado prioritariamente com a compreensão e a interpretação desses estágios iniciais, Winnicott define sua contribuição como um novo desenvolvimento na psicanálise.

Para ele, a “ênfase na fantasia sobre si mesmo” (Winnicott, 1945d/2000, p. 219) consistiu em uma contribuição teórica para a psicanálise, pois “inaugurou” outro campo de análise, a saber, a análise da hipocondria, na qual observamos que as fantasias (ou elaboração imaginativa) de uma pessoa sobre seu mundo interno incluem “a fantasia de que este se localiza no interior de seu corpo” (Winnicott, 1945d/2000, p. 219). Também possibilitou relacionar em uma análise “a mudança qualitativa no mundo interno do indivíduo às suas experiências instintivas” mediante a constatação de que “a qualidade dessas experiências instintivas dá conta da natureza boa ou má do que se encontra lá dentro, bem como de sua existência” (Winnicott, 1945d/2000, p. 219). Com a ampliação do campo de análise, o psicanalista fica agora envolvido tanto no estudo do ódio e da agressão como no estudo dos resultados dos conflitos internos

relativos a esses elementos na realidade psíquica interna do paciente.

Winnicott considera esse seu trabalho “um progresso natural da psicanálise”, já que envolveu uma “nova compreensão” (Winnicott, 1945d/2000, p. 219) dos distúrbios psíquicos, na medida em que estimulou o estudo e a análise de estágios mais primitivos de desenvolvimento, em relação aos estágios considerados pela psicanálise tradicional. Na sequência desse texto, ele se posiciona a respeito da importância de se compreenderem os distúrbios afetivos depressivos para se realizar um trabalho analítico dos estágios primitivos, dizendo:

[...] a análise desses relacionamentos primitivos *só pode ser realizada* enquanto uma extensão da análise da depressão. Esses relacionamentos primitivos, quando aparecem em adultos e crianças, podem representar uma fuga às dificuldades trazidas pelos estágios seguintes de acordo com o conceito clássico de regressão. (Winnicott, 1945d/2000, p. 220)

Depois de mostrar que chegou ao desenvolvimento emocional primitivo a partir da depressão, Winnicott, nesse mesmo texto, passa a fazer algumas considerações a respeito da análise em si. Ao acentuar as habilidades de um terapeuta para realizar uma “análise original”, discretamente enfatiza as diferenças que precisariam ser introduzidas na prática clínica para o tratamento de pacientes envolvidos em tarefas desenvolvimentais iniciais. Diz que é importante um analista aprender a lidar “com a ambivalência em relacionamentos externos e com a repressão simples” (Winnicott, 1945d/2000, p. 220) para poder analisar as fantasias do paciente no que se refere a seu mundo pessoal, que inclui “toda a gama de defesas contra a depressão, incluindo as origens dos elementos persecutórios” (Winnicott, 1945d/2000, p. 220).

Apesar de afirmar, ainda nesse texto, que a “técnica freudiana” não precisaria ser modificada “para permitir que a análise abarcasse a depressão e a hipocondria” (Winnicott, 1945d/2000, p. 220), acrescenta, de maneira sutil, que a técnica pode ser a mesma desde que se observem as alterações necessárias em relação à situação transferencial. Como sabemos, para Winnicott, o *setting* terapêutico precisa ser adequado às necessidades do paciente e estar de acordo com o estágio de desenvolvimento no qual estas pessoas se encontram; no caso da depressão, a análise da transferência deve ser dual.

Em uma carta a Anna Freud, datada de 6 de junho de 1948, Winnicott (1987b/1990) avalia o papel da psicanálise britânica em relação à

psicanálise em geral e especificamente à agressão, um dos temas relacionados à depressão. Diz que, para ele, no que se refere ao “desenvolvimento natural da psicanálise”, recaiu sobre os psicanalistas britânicos “a tarefa de colocar os impulsos e as ideias agressivas em seu lugar adequado na teoria e na prática psicanalítica”, e que “particularmente importante tem sido o estudo das relações recíprocas entre agressão, culpa e depressão e reparação” (Winnicott, 1987b/1990, p. 10).

Aqui, como em outros momentos, Winnicott retoma a ideia de que a relação entre agressividade e depressão se tornou um dos aspectos distintivos de sua teoria do amadurecimento pessoal. Destaca nessa carta que os problemas do mundo não se devem à agressividade manifesta do homem, mas sim à agressividade não aceita como pessoal pelo homem que, por isso, costuma afastá-la (reprimir) da consciência. Sendo assim, entende que o importante não é controlar e manejar a agressividade das crianças, mas, ao contrário, oferecer ao maior número de bebês (e crianças) as condições (ambiente) estáveis e confiáveis para que eles possam vir a conhecer e a tolerar como parte deles mesmos o conjunto total da agressividade que carregam. Só assim os seres humanos tornar-se-iam capazes de tolerar e aceitar a própria agressividade, respeitando a culpa e a depressão e reconhecendo plenamente as tendências de reparação quando elas existem.

Portanto, a depressão foi o tema motivador da pesquisa winnicottiana. Em razão da nova interpretação que deu a esse fenômeno, Winnicott pôde empreender “desenvolvimentos psicanalíticos” como “os conceitos de *self*, a ligação da psicopatia à privação, e a compreensão de que a psicose se origina num estágio em que o ser humano imaturo é inteiramente dependente do que o meio lhe propicia” (Winnicott, 1965h[1959]/1990, p. 114).

A ideia da depressão como “a dúvida” e “o vazio” da teoria psicanalítica freudiana que incentivaram Winnicott a ampliar a teoria clássica também pode ser confirmada pelas pesquisas bibliográficas do autor. Esse é, sem dúvida, o tema em que Winnicott mais faz referências ao trabalho de outros autores. Cita frequentemente Melanie Klein, a quem credita o mérito de ter chamado a atenção dos psicanalistas para a importância dos acontecimentos primitivos na vida de uma pessoa, mas também se refere a Abraham, Freud e Ferenczi, entre outros. No entanto, o embate teórico principal foi com as teses edípicas e freudianas, aceitas incondicionalmente por Klein.

Motivado pela necessidade de compreender “a tristeza” que via em

crianças antes da fase edipiana ou em adultos que tinham essa idade emocional, Winnicott se propôs a construir uma teoria que superasse as limitações que ele encontrava na psicanálise freudiana. A ênfase originalmente dada por essa teoria aos conflitos edipianos como estruturante da personalidade e da neurose foi deslocada por Winnicott para as condições adaptativas do ambiente-mãe.

Como vimos no capítulo anterior, Freud encerrou a discussão sobre a depressão associando-a ao complexo de Édipo e à pulsão de morte, portanto, ao conflito pulsional. Entretanto, aponta as dificuldades para tratar a depressão – considerada por ele uma neurose narcísica – por meio da psicanálise e, por isso, reconheceu ser este um tema que merecia mais investigação e pesquisa. Freud distinguiu a melancolia de outros tipos de depressões e entendeu que a teoria da melancolia não podia ser aplicada para os outros tipos de depressão. Segundo Mendelson (1974, p. 40), Freud fez referência a várias formas clínicas de melancolia, sugerindo serem algumas mais somáticas que psicogênicas, e foi justamente a incerteza em relação à extensão do componente somático constitucional da melancolia que trouxe para ele dúvidas a respeito da possibilidade de generalizar suas observações teóricas.

Winnicott conhecia o sentimento de Freud a respeito da depressão. No entanto, mesmo ciente dessas dificuldades encontradas por Freud, entendia que não era possível restringir o trabalho terapêutico à análise da neurose, até porque observava que, quando esse trabalho se aprofundava e se tornava mais abrangente, não raramente ele descobria “elementos psicóticos” (Winnicott, 1965vd[1963]/1990, p. 207) nos pacientes neuróticos.¹⁵ Em sua opinião, os temas até então tratados pela teoria freudiana como aspectos de fixação pré-genital poderiam ser consequência de outra razão que não a organização de defesas das ansiedades referentes ao complexo de Édipo. O caminho para uma aplicação mais ampla da técnica psicanalítica seria um só: o da aceitação de “uma mudança na teoria da etiologia do distúrbio” (Winnicott, 1965vd[1963]/1990, p. 208). Empenhado na tarefa de estender o trabalho de Freud para “cobrir o tratamento de pacientes psicóticos *borderline*”, Winnicott (1960c/1990, p. 53) comenta que pôde “reconstruir a dinâmica da dependência infantil e da infância, e o cuidado materno que satisfaz essa dependência” (Winnicott, 1960c/1990, p. 53).

Em uma palestra na Sociedade Britânica de Psicanálise, Winnicott (1965h[1959]/1990) indica os pontos-chave nos quais se baseou para prosseguir seus estudos sobre a depressão. Como sempre, busca na matriz

freudiana a direção a seguir e recupera todos os aspectos possíveis dessa teoria antes de passar para uma avaliação mais crítica. Em relação à depressão, comenta que Freud já havia introduzido a ideia de dependência (amor anaclítico pelo objeto) e que os temas como fraqueza e força do ego se tornaram significativos na teoria psicanalítica, pois “uma linguagem foi criada para a descrição dos casos *borderlines* e distúrbios de caráter”. Comenta que “os elementos narcisistas no paciente foram considerados indicações de distúrbio do ego”, mas que, em consequência da “capacidade enfraquecida do paciente para o desenvolvimento da neurose de transferência”, foi “difícil para a psicanálise ser efetiva em seu tratamento” (Winnicott, 1965h[1959]/1990, p. 115).

Com essas afirmações, Winnicott assinala todos os pontos nos quais se baseou para desenvolver sua teoria da psicose e, em contrapartida, da depressão. A dependência inicial de um ambiente facilitador configurou-se no tema distintivo de sua teoria e foi destacado por ele como a condição fundamental para que a tendência inata para a integração de um ser humano possa acontecer. O narcisismo primário¹⁶ passou a ser entendido como o momento do amadurecimento em que não há separação entre o ambiente e o indivíduo. O ambiente sustenta o indivíduo “e o indivíduo ao mesmo tempo nada sabe sobre ambiente algum – e é uno com ele” (Winnicott, 1955d[1954]/2000, p. 380). A possibilidade de fortalecer o ego e, por isso, poder se deprimir são os temas que fazem parte da teoria do amadurecimento pessoal, pois, para Winnicott, a força do ego está relacionada à continuidade de ser e, portanto, à conquista de um si-mesmo pessoal, integrado em uma unidade, com um interior e separado do exterior por uma membrana limitadora – tarefas que precisam ser realizadas durante o estágio inicial e confirmadas ao longo do estágio do concernimento.

No que diz respeito à linguagem, é fundamental para Winnicott ter uma linguagem apropriada para cada estágio de desenvolvimento, pois esta é a maneira de marcar as diferentes tarefas desenvolvimentais de cada estágio, bem como evidenciar que a linguagem instintual tem seu lugar, mas não cabe no momento primitivo.

Por fim, a limitação terapêutica da depressão reconhecida por Freud, decorrência da incapacidade do paciente para a transferência em função de problemas com a força do ego, constituiu o aspecto definitivo para que Winnicott proponha uma mudança na teoria e na clínica psicanalítica. Teoricamente, força do ego e maturidade pessoal são os aspectos que precisam ser avaliados quando se encontra um paciente deprimido, pois

são eles que auxiliam o clínico a definir se a depressão experienciada é do tipo psicótica ou reativa (simples ou patológica). Essa distinção é importante porque sinaliza a situação da pessoa em relação ao amadurecimento pessoal, indicando, em razão disso, a necessidade de a análise da depressão abranger elementos mais primitivos da personalidade. Clinicamente, essa posição teórica provocou uma alteração na técnica de análise. Embora Winnicott acredite que o modelo tradicional de *setting* (análise da transferência) para os pacientes deprimidos possa ser usado, propõe que haja “mudanças na situação transferencial” (Winnicott, 1945d/2000, p. 220). Essas mudanças se referem especificamente à adoção, na transferência, de uma “dinâmica mais poderosa” (Winnicott, 1963c/1990, p. 200), encontrada no relacionamento de duas pessoas e baseada no que originalmente era o lactente e a mãe.

Fundamentados os pontos nos quais se apoiou, Winnicott sente-se à vontade para falar sobre as mudanças que operou. Ele diz que o “estabelecimento gradativo do indivíduo como uma pessoa separada” – conquista primordial do estágio inicial e condição fundamental para a continuidade de ser da pessoa – se tornou um tema capital, pois, com os novos desenvolvimentos da psicanálise, pôde-se ver que o ego da criança é dependente inicialmente de um ego auxiliar (cuidados da mãe), do qual aproveita a estrutura e a força de um “sistema altamente complexo e sutil de adaptação às necessidades” (Winnicott, 1965h[1959]/1990, p. 116), que, quando pertinente, promove no bebê a confiança e a estabilidade (previsibilidade) necessárias para a constituição de um eu (si-mesmo).

Dito isso, afirma ainda na palestra de 1959 que o processo que permite à criança emergir de um estado de fusão com a mãe como um si-mesmo separado e inteiro merece atenção especial (entrada no estágio do concernimento), pois exige da criança que amadurece a capacidade “tanto de amar como de odiar” (Winnicott, 1965h[1959]/1990, p. 116), conquistas que, para serem realizadas, dependem do cuidado adaptativo da mãe.

Com essas proposições, alguns postulados da psicanálise tradicional foram reconsiderados por Winnicott. Embora esses postulados estejam relacionados à teoria da psicose elaborada por Winnicott, precisam ser mencionados aqui para que se possa entender que a capacidade para deprimir-se é uma conquista do amadurecimento e para compreender as impurezas do amadurecimento que complexificam os estados afetivos.

A ideia de que não podemos deixar de mencionar a “dependência e a natureza da dependência” (Winnicott, 1965h[1959]/1990, p. 117) ao falar

de uma criança concreta é central em Winnicott e a que diferencia sua teoria da freudiana. É por isso que, para Winnicott, o instinto de morte pode “desaparecer simplesmente por não ser necessário” (Winnicott, 1965h[1959]/1990, p. 117). Nesse novo contexto, a agressão, vista como uma reação à frustração para Freud, adquire o sentido de “evidência de vida” (Winnicott, 1965h[1959]/1990, p. 117), pois, em circunstâncias favoráveis, acontece a fusão dos impulsos instintivos (agressivos e eróticos). Também o conceito de regressão mudou seu sentido, pois, para Winnicott, deixou de ser compreendido como um ponto de fixação,¹⁷ um retorno a fases mais precoces da vida instintiva (situação que desconsidera o cuidado ambiental), passando a ser considerado em termos de regressão à dependência. Nesse sentido, regressão expressa a esperança de que aspectos do ambiente que falharam anteriormente possam ser revividos, mas agora (nessa forma de regressão) com êxito por parte do ambiente, favorecendo a tendência da pessoa a se desenvolver e amadurecer, pois, nesse contexto, a tendência a regredir precisa ser entendida como parte da capacidade da pessoa de se curar. Por fim, a psicose deixou de ser entendida como “uma reação à ansiedade associada ao complexo de Édipo, ou a regressão a um ponto de fixação, ou a ser ligada especificamente com a posição no processo do desenvolvimento instintivo do indivíduo” (Winnicott, 1965h[1959]/1990, p. 117), passando a ser entendida como uma defesa contra as intrusões de um ambiente não adaptado.

Sendo assim, o terreno estava pronto para Winnicott introduzir sua contribuição para o estudo da depressão. Seguindo a orientação para a saúde que lhe era comum e com o objetivo de construir uma teoria do amadurecimento saudável, ele mesmo reconhece que, “no curso da vasta expansão da teoria que esbocei”, é possível ver que “emerge um desenvolvimento” que possibilita aos clínicos relacionarem os “distúrbios da afetividade” (depressões) à teoria psicanalítica (Winnicott, 1965h[1959]/1990, p. 118) com um sentido de “valor na personalidade”. Essa direção é completamente oposta à das formulações anteriores, que enunciavam a saúde em termos negativos, isto é, como a ausência de doença, de defesas rígidas ou de fixações, ou de um modo positivo, como força do ego, mas sem considerar o fator da dependência ambiental inicial.

O “valor na personalidade” é um tema caro a Winnicott, pois dá o caráter de profundidade às experiências da pessoa. Valor está, para ele, intimamente ligado à capacidade para o sentimento de culpa e de responsabilidade pela experiência instintiva e pelos conteúdos do eu (si-mesmo), além de ser uma conquista do indivíduo que alcançou a

integração em uma unidade.

A certeza de que havia agregado valor à psicanálise com a construção de sua teoria lhe permitiu afirmar, em uma palestra para pediatras (grupo profissional que, com os psiquiatras, espera conquistar para o estudo de sua teoria, por reconhecer o papel de destaque deles em relação a bebês e crianças doentes), que a “criação de uma teoria do desenvolvimento emocional”, que acredita ser “a única teoria” (Winnicott, 1964c/1988, p. 33), representa um grande auxílio para os profissionais da saúde. Na sequência, faz um rápido resumo da história da psicanálise e, sem citar especificamente Freud e Klein, comenta as limitações dessas teorias, definindo mais uma vez o estudo de bebês¹⁸ e a condição de se ter acesso à psicose como o principal subsídio teórico para a área. Nas palavras do próprio autor:

No início da psicanálise, entretanto, os assuntos relativos à infância só apareciam na simbologia dos sonhos, no bojo da sintomatologia psicossomática e da atividade criativa. Gradualmente, a psicanálise foi ampliada, de modo a abranger até mesmo as crianças muito novas, digamos de dois anos e meio de idade. Isto, entretanto, não foi suficiente para o objetivo que temos em vista aqui, uma vez que as crianças de dois anos e meio estão, surpreendentemente, muito distantes de seus primeiros meses de vida, a menos que sejam doentes e imaturas. Estou sugerindo que, do nosso ponto de vista aqui, o avanço mais importante da psicanálise resultou no estudo de pacientes psicóticos. (Winnicott, 1964c/1988, pp. 33-34)

4. Uma nova posição teórica

Resumindo o que foi apresentado até agora, podemos dizer que a teoria winnicottiana do amadurecimento pessoal descreve, a partir de uma visão da saúde e da normalidade, os aspectos do cuidado materno que todo ser humano precisa (adaptação e confiabilidade) até que se alcance a condição de dizer, a respeito de uma pessoa, que a ansiedade decorrente da tensão instintiva ou da perda do objeto é uma experiência de um eu constituído e capaz de assumir responsabilidade pelos sentimentos, pensamentos e ações. A contribuição fundamental dessa teoria para a psicanálise está na proposição de que, na ausência de condições apropriadas de cuidado, a constituição de um si-mesmo (eu), separado, capaz de viver experiências pessoais e interpessoais, de frustrar-se ou de ser traumatizado não acontece. Trata-se de uma posição diametralmente

oposta à defendida pela teoria freudiana, que, por supor a constituição precoce de um si-mesmo separado e de um ego estruturado, propõe que o vínculo com o objeto surge por efeito da pulsão, que o busca para descarregar-se ou satisfazer-se, e que os mecanismos do ego são organizados em função da ansiedade instintual ou da perda do objeto desde os momentos precoces do amadurecimento.

Por não ter suas expectativas atendidas pela teoria freudiana, Winnicott voltou-se para a infância mais inicial e considerou a importância de teorizar a respeito dos impulsos agressivos e destrutivos em um momento anterior àquele em que se manifestam como decorrentes da frustração e relacionados ao ódio e à raiva. Com isso, as defesas primitivas contra as ansiedades primitivas se tornaram o foco de preocupação de Winnicott. Ao mudar a origem das patologias pôde, em primeiro lugar, compreender o papel do ambiente para o desenvolvimento da criança e confirmar a importância da dependência total inicial; em segundo lugar, pôde verificar que a maneira como essa dependência inicial foi atendida adquire significância clínica no manejo de casos em que aparecem distúrbios afetivos e de caráter.

Feitas essas descobertas, Winnicott compreendeu que a esquizofrenia e a psicose infantis, ou até mesmo “uma predisposição à psicose em uma data posterior” (Winnicott, 1960c/1990, p. 42), estavam relacionadas a uma falha na provisão ambiental. Depois de teorizar sobre a importância da maternagem inicial e das dificuldades quando falhas aconteciam, analisando isso em termos do indivíduo, deixou de ser um problema para Winnicott ponderar certas evidências clínicas, como a de pessoas que conduzem a vida de modo aparentemente saudável, mas que, em determinada circunstância, sofrem um colapso ou, ao contrário, as que passam a vida se protegendo da possibilidade de um colapso por meio de defesas primitivas.

Ao acrescentar esse dado à teoria psicanalítica, foi possível descrever os “efeitos nefastos” de uma falha ambiental em termos “de distorção de ego e de defesas contra ansiedades primitivas, isto é, em termos do indivíduo” (Winnicott, 1960c/1990, p. 49), mediante a reconstrução do ambiente e de suas falhas. Ter a provisão ou falha ambiental como base da análise possibilitou a Winnicott reescrever a teoria da posição depressiva de Klein, considerando o aspecto da maternagem. Com isso, as depressões psicóticas e as defesas contra a depressão, que até então dificultavam o trabalho analítico, puderam ser analisadas pela psicanálise.¹⁹ Por outro lado, confirmou-se a ideia de que a capacidade de se deprimir, como uma

reação apropriada a uma situação experienciada, é sinal de saúde e de amadurecimento.

A atitude winnicottiana de ampliar a teoria para buscar uma maior compreensão do fenômeno psíquico não é estranha a Freud. Como vimos no capítulo anterior, Freud aplicou esse princípio no desenvolvimento de sua teoria e deixou em aberto a possibilidade de que outros desenvolvimentos teóricos acontecessem depois dele. No artigo “Os instintos e suas vicissitudes”, ele diz que “o avanço do conhecimento não tolera qualquer rigidez, inclusive em se tratando de definições” (Freud, 1915b/1996, p. 123). Também encontramos na obra freudiana a possibilidade de que seja construída uma psicologia da normalidade psíquica a partir das teses psicanalíticas. Em 1926, no artigo “Psicanálise”, Freud faz duas observações a esse respeito. Comenta que as conclusões apresentadas são “suas conclusões mais recentes e estão abertas à revisão” e argumenta que não deve ser motivo de surpresa perceber que a psicanálise, “que originalmente nada mais era que uma tentativa de explicar os fenômenos mentais patológicos”, pode se desenvolver “numa psicologia da vida mental normal” (1926[1925]b/1996, p. 256).

5. Desenvolvimentos atuais: psicanálise e psicopatologia

Psicose e depressão atraem a atenção dos profissionais da psicopatologia muito antes de Freud criar a psicanálise. A introdução feita por Freud de aspectos psíquicos como um fator diagnóstico ampliou o leque de observação clínica dos profissionais da saúde mental, mas resolveu apenas parcialmente as dúvidas relativas aos quadros psicopatológicos. Freud assumiu as limitações da psicanálise no que se refere ao tratamento das psicoses e da variedade de manifestações depressivas, apesar de pensar que podia compreendê-las teoricamente. Manifestou também suas dúvidas sobre a possibilidade de aplicar a teoria da melancolia a todos os tipos de depressão.

Como mostrado no capítulo anterior, Freud tentou esclarecer a depressão pelo mecanismo da neurose, relegando esse distúrbio a um sintoma de neurose, fato que o prejudicou a entender a relevância do problema. Pode-se dizer que há um consenso na comunidade psicanalista pós-freudiana a esse respeito. Por exemplo, Mendelson observa que Freud e seus seguidores mais diretos abordaram “a depressão como uma

enfermidade, talvez apenas um pouco mais comum que as demais, mas na essência de importância não superior aos estados fóbicos” (Mendelson, 1974, p. 52), salientando que isso pode ter contribuído para os limitados resultados alcançados. Também ninguém refuta a observação de que foram os psicanalistas ingleses que se empenharam em reexaminar a depressão e as ansiedades depressivas, buscando discernir e enfatizar a importância teórica desses conceitos. Essa ideia, embora mais ou menos recente, é praticamente uma unanimidade entre os comentadores consultados.

A figura de Melanie Klein centraliza essa viragem na abordagem da depressão. A teoria da posição depressiva alcançou reputação e mudou o cenário do estudo da doença. Winnicott reconheceu o avanço teórico introduzido por Klein e compartilhou com a psicanalista o sentimento de que a depressão revela muito sobre a psicologia da pessoa. No entanto, ele também reconheceu as limitações teóricas de Klein em razão da fidelidade dela a Freud e, em consequência da impossibilidade de se intitular freudiano ou kleiniano, passou a ser conhecido como um dos teóricos do denominado “grupo britânico do meio”.

Para um estudioso da psicanálise, essa história é bem conhecida, mesmo que continuem a existir divergências e disputas teóricas, clínicas e políticas sobre o tema. Pouco conhecida, e portanto pouco divulgada, é a natureza da contribuição winnicottiana para a teoria e clínica da depressão. Por ser conhecido como mais um teórico das relações objetais, pouca atenção se dá ao fato de, em razão de incômodos relativos à teoria e à técnica psicanalítica, Winnicott ter sido o autor que modificou significativamente a teoria psicanalítica e, em razão disso, ampliou o entendimento das doenças afetivas.

No universo psicanalítico, a contribuição dos teóricos britânicos em relação à depressão e à psicose tem causado sérios questionamentos à teoria psicanalítica tradicional, os quais se converteram na raiz de estudos e pesquisas em busca de novos entendimentos para essa problemática. Contudo, para os que observam de fora, especificamente profissionais que eventualmente se tornam parceiros no tratamento da depressão, por exemplo, psiquiatras, ginecologistas, ortopedistas, cardiologistas, pediatras e até mesmo fisioterapeutas, nada mudou. A visão desses profissionais em relação ao tratamento psicanalítico da depressão ainda está muito ligada aos ensinamentos de Freud, o que constitui um empecilho para a indicação de pacientes por parte desses profissionais.

Winnicott anteviu que o desenvolvimento das pesquisas bioquímicas para explicar os distúrbios depressivos poderia determinar um afastamento

dos tratamentos psicanalíticos e refletiu sobre o quanto esse distanciamento representaria uma perda para pacientes e profissionais. Ele acreditava que o esclarecimento teórico conquistado em suas pesquisas a respeito das doenças afetivas devia ser conhecido pelos psiquiatras, pediatras e outros profissionais da saúde como uma forma de incrementar a ajuda aos pacientes com depressão.

Apesar de a posição terapêutica mais recente no atendimento à depressão ser interdisciplinar, envolvendo psiquiatras e profissionais da área psicológica, a psicanálise continua tendo sua validade clínica questionada pelos motivos anteriormente apresentados e pelos delineados na Introdução. Assim sendo, tornar pública a mudança que Winnicott promoveu na teoria psicanalítica é um fator prioritário para que as possíveis, e às vezes necessárias, interações profissionais sejam organizadas, entendidas e respeitadas a partir de um sólido entendimento teórico, capaz de explicitar tanto a origem da depressão como suas diferentes formas e manifestações. E divulgar a teoria da depressão de Winnicott como uma contribuição efetiva para o estudo e o atendimento das doenças afetivas só se tornará uma realidade quando a natureza da mudança teórica promovida por Winnicott na teoria psicanalítica for entendida. É disso que trataremos a seguir.

6. Questão do paradigma e sua relação com a teoria da depressão

Quando construiu sua teoria do amadurecimento pessoal e propôs que a estruturação da personalidade deveria ser compreendida a partir dos aspectos relacionais duais – abrindo assim a possibilidade para que patologias como as psicoses e as depressões pudessem ter a origem compreendida e, conseqüentemente, pudessem ser tratadas pela psicanálise –, Winnicott não imaginava que seria incluído entre os autores psicanalíticos “reformadores”²⁰ (Bergman, *apud* Green, 2001/2003, p. 148) e avaliado como o responsável por uma mudança de paradigma na psicanálise tradicional (Loparic, 2001b).

A intenção de Winnicott, quando se empenhou em resolver o “vazio” referente à depressão, era simplesmente atender e cuidar dos pacientes que o procuravam. Embora os resultados de seu trabalho possam ser interpretados como uma ampliação da teoria psicanalítica e do campo de atuação clínica, as alterações que realizou devem ser entendidas como uma

consequência natural desse esforço investigativo. Antes de desenvolver uma teoria que absorvesse o inédito de suas observações clínicas, ele tentou, por um longo tempo, como observa Loparic, “salvar o paradigma edipiano” (Loparic, 2001b, p. 34), desligando-se dessa matriz teórica apenas quando estar atrelado a ela se configurou impossível para a continuação de sua pesquisa.

Nem todos os que estudam Winnicott reparam na relevante distinção existente entre a teoria desenvolvida por este e a de outros teóricos, em especial os das relações objetais. De uma maneira mais ampla, pode-se dizer que, por não avaliarem detalhadamente essas diferenças, uma boa parte dos comentadores e estudiosos da psicanálise inadvertidamente inclui Winnicott entre os teóricos das relações objetais, apesar de, não raras vezes, perceber que há algo diferente. O problema dessa indiferenciação é deixar de constatar que Winnicott realizou uma expressiva contribuição para o pensamento psicológico em geral e para a teoria psicanalítica em particular. Também impede que se note, como sugere Loparic, que o novo modo de Winnicott perceber o homem coopera para a resolução do impasse em que se encontra a psicanálise tradicional atualmente.²¹

Pesquisadores como Bergman (*apud* Green 2001/2003), Haynal (1993), Rudnytsky (1991), Demos (*apud* Barron, Eagle & Wolitzky, 1992), Bleichmar (1992), Davis & Wallbridge (1982) e Mello Filho (2001), embora assumam a inventividade winnicottiana e abordem o aporte teórico diferencial do autor, enquadram Winnicott e sua obra como parte do grupo britânico, conhecido como *Middle Group*, e não detalham nem delimitam teórica e epistemologicamente esse diferencial. Independentemente do motivo que os levaram a não se aprofundar nessa questão, o resultado dessa atitude foi o adiamento de uma discussão prenunciada por Winnicott, que este viveu com Klein diretamente e, por tabela, com os freudianos, a respeito das limitações que a persistência em manter o Édipo como problema central da psicanálise (em detrimento da ambiência) impunham para a clínica.

Penso que Bleichmar ajuda a entender por que se passou tanto tempo antes que se pudesse perceber as diferenças basais entre a teoria freudiana e a teoria das relações objetais. Ele acredita que, na década de 1940, quando Winnicott deu início à sua produção intelectual de modo mais efetivo, o panorama da psicanálise mostrava, de um lado, a teoria freudiana bem estabelecida e, de outro, o advento de um novo enfoque sobre as relações de objeto, representado pelos trabalhos de Klein e Fairbairn. Algumas diferenças entre essas duas posições já podiam ser

observadas, mas, em consequência da adesão entusiasmada à teoria freudiana naquela época, não foi possível a Winnicott, aos teóricos freudianos e aos teóricos das relações de objeto perceber “as profundas mudanças conceituais que estavam sendo introduzidas na psicanálise” (Bleichmar, 1992, p. 241).

No entanto, Bleichmar entende que as diferenças entre “um psicanalista clássico e outro, que como Winnicott não o é” (Bleichmar, 1992, p. 240), atualmente se tornaram mais evidentes. Ele reconhece que, em Winnicott, encontra-se uma “linguagem teórica” diferente, bem como são diferentes “o tipo de preocupações e os fatos clínicos” (Bleichmar, 1992, p. 240). Sobre o ponto de discórdia entre os teóricos, enfatiza que, enquanto em Freud prevalece a temática edipiana, em Winnicott essa temática, “ainda que não seja rechaçada”, é totalmente secundária “a forma como evoluem os vínculos diádicos” (Bleichmar, 1992, p. 240). Realçando, ainda, a importância dos estudos iniciados naquele período para nossa época, Bleichmar diz que “toda a psicanálise atual e boa parte da pós-freudiana está interessada no estudo dos processos pré-edípicos ou diádicos da relação entre a mãe e o bebê” (Bleichmar, 1992, p. 217). Destaca também que o grupo britânico “faz parte desse tronco comum” (Bleichmar, 1992, p. 217), pois procura “fazer um mapa do desenvolvimento psicológico” tendo “como organizador conceitual a relação mãe-bebê” (Bleichmar, 1992, p. 217).

Para se ter uma noção exata de como Bleichmar distingue Winnicott dos outros teóricos das relações objetais, basta observar que ele, por reconhecer o grande impacto do pensamento winnicottiano no meio psicanalítico, reserva um capítulo de seu livro para apresentar a teoria winnicottiana, enquanto apresenta as teorias de Fairbairn, Guntrip e Balint (os outros autores do grupo britânico destacados por ele) em um único capítulo.

As limitações da teoria psicanalítica freudiana-tradicional fizeram com que, nos últimos anos, os estudos e as investigações psicanalíticas e psicológicas se dirigissem para os teóricos que tentaram acrescentar algo além das explicações clássicas para as tarefas do existir, viver e adoecer. Entre esses teóricos, Winnicott tem recebido destaque. Atualmente, a ideia de que o complexo de Édipo não é o parâmetro para compreender as patologias, em especial as denominadas por Freud de narcísicas (psicoses e depressão), é aceita e divulgada nos âmbitos psicológico e psicanalítico.

Barron, Eagle e Wolitzky afirmam a este respeito que,

se a psicologia de Freud pode ser caracterizada como a era do complexo de Édipo, baseada nos conflitos inconscientes do jovem, o atual e dominante protótipo teórico psicanalítico é o das qualidades experienciais do par mãe-criança e seu impacto na criança pré-edípica. (Barron, Eagle & Wolitzky, 1992, p. 391)

Esses autores acreditam que a psicopatologia ampliou sua visão do adoecer ao deslocar as raízes dos distúrbios psíquicos para as experiências iniciais, sendo a consequência dessa mudança de ênfase teórica a “substituição do modelo de descarga pulsional para o chamado modelo relacional” (Barron, Eagle & Wolitzky, 1992, p. 391).

Eagle (1984) é mais um teórico que assume que, em função da reconhecida limitação da teoria freudiana em atender determinados casos clínicos, uma nova vertente de estudos tem reformulado alguns dos fundamentos da psicanálise. Segundo ele,

recentes formulações e achados, principalmente nas áreas das relações de objetos e do desenvolvimento do *self*, envolvem severos desafios para algumas propostas e conceitos básicos da teoria freudiana no que diz respeito à natureza do desenvolvimento da personalidade e da psicopatologia. (Eagle, 1984, p. 4)

Apesar de não tratar diretamente da teoria de Winnicott,²² Eagle apresenta algumas considerações sobre como compreender e lidar com um novo desenvolvimento teórico que surge, opondo-se a um anterior, já estabelecido, compatível com a preocupação em definir como a contribuição teórica e clínica de Winnicott deve ser vista no interior da pesquisa psicanalítica. Ele entende que muitas das reformulações ocorridas na teoria psicanalítica apresentam real “inconsistência com alguns conceitos e proposições freudianas centrais”, constituindo “uma radical revisão da teoria psicanalítica tradicional em importantes aspectos” (Eagle, 1984, p. 4). Em seu livro, *Recent Developments in Psychoanalysis: A Critical Evaluation*, argumenta ser necessária uma sistemática investigação desses recentes estudos²³ e conceitualizações para que se possa tornar explícito o que foi reexaminado e o que se mantém da teoria tradicional, apresentando o que é novo em termos do desenvolvimento da personalidade, da psicopatologia e da condição humana nessas teorias. Considera essa tarefa urgente, pois entende não ser possível acomodar os fundamentos das teorias das relações objetais ao modelo teórico e analítico de Freud.

Definitivamente, Eagle não está sozinho ao pensar assim. Por considerar Winnicott como o único psicanalista que desenvolveu uma

teoria livre de uma metapsicologia encobridora do acontecer da natureza humana – portanto, o único que realmente substituiu o modelo pulsional pelo relacional –, bem como por estar atento à necessidade de demarcar claramente a posição da teoria winnicottiana no contexto da psicanálise, Loparic (filósofo e estudioso da psicanálise) propõe que o desenvolvimento teórico apresentado por Winnicott só poderá ser apreciado em sua totalidade se for entendido como uma mudança de paradigma na psicanálise. Antes de formalizar essa proposta no artigo “Esboço do paradigma winnicottiano” (Loparic, 2001b) – uma versão ampliada de uma leitura realizada na *Squiggle Foundation*, no ano anterior, em Londres –, Loparic, que estuda esse tema desde 1995, expõe essas ideias em diversos artigos e publicações. O resultado de seu trabalho, agora apresentado, pode ser visto como uma solução para as dificuldades relativas a como inserir a contribuição de Winnicott no interior da psicanálise, dificuldades que, de certo modo, Eagle também salienta no livro citado.

Reconhecendo a inventividade das teses winnicottianas, Loparic decidiu aplicar o modelo do desenvolvimento natural da ciência, elaborado por Thomas Kuhn, para avaliar a contribuição teórica de Winnicott para a psicanálise. O interesse de Loparic nessa empreitada surgiu da sua percepção de que as teses winnicottianas poderiam ser iluminadas pela hermenêutica heideggeriana,²⁴ o que poderia significar muito em termos de desenvolvimento teórico psicanalítico.

A tese principal de Loparic é a de que a pesquisa winnicottiana dentro da psicanálise resultou na introdução de um novo paradigma para a área, que implicou a formulação de novos problemas e de um novo arcabouço conceitual, a partir do qual Winnicott esperava ser capaz de resolver as anomalias que o preocupavam. Elevando Winnicott à categoria de um pensador revolucionário – por ter produzido com suas contribuições teóricas um crescimento fatural da psicanálise –, Loparic destaca que o psicanalista não pretendia que seus resultados constituíssem formulações definitivas.

Para desenvolver a ideia de que Winnicott operou uma mudança paradigmática na psicanálise, Loparic – sob o olhar de Kuhn, teórico do conhecimento que define os paradigmas como compromissos conceituais, teóricos, instrumentais e metodológicos – denomina o complexo de Édipo como o paradigma anterior e o define como o que deu início a um período de pesquisa normal em psicanálise. Reconhece que esse paradigma foi fértil para a resolução dos problemas clínicos durante um período, até que

Winnicott esbarrou em dificuldades para solucionar problemas baseados naquele paradigma.

Em suas considerações, Loparic situa as anomalias encontradas por Winnicott, responsabilizando-as pela crise do paradigma e pela introdução do psicanalista em um período de pesquisa revolucionária. Aponta que, embora Winnicott rejeitasse os postulados metapsicológicos (forças psíquicas e mecanismos mentais) da psicanálise, ele não queria abandonar os procedimentos que considerava eficientes na resolução de problemas. Comenta que Winnicott reconhecia também a grande importância e a sólida base empírica da teoria de Melanie Klein, embora visse na posição depressiva uma situação dual, e não triangular. Por fim, argumenta que, ao questionar tudo isso, Winnicott deu-se conta de que precisava de “procedimentos novos e mais poderosos que pudessem resolver os problemas clínicos que tinham sua origem na relação mãe-bebê real e primitiva” (Loparic, 2001b, p. 37).

Loparic assinala que Winnicott esteve atento ao fato de haver uma relação entre o ambiente e a doença psíquica, e, assim, o ambiente converteu-se em um elemento importante da solução encontrada por Winnicott. Dessa observação veio a pergunta crucial: como voltar atrás e levar em conta o ambiente sem perder tudo aquilo que foi conquistado pelo estudo dos fatores internos? Em razão de seu trabalho como pediatra e psiquiatra, Winnicott identificou a existência de uma conexão entre o processo de AM adurecimento e o ambiente facilitador, entre *nature* e *nurture*, e viu-se diante da tarefa de formular uma teoria da provisão ambiental, ou seja, da dependência e da adaptação, em uma perspectiva desenvolvimentista e histórica. Como diz Loparic, “o binômio natureza e cultivo tomou o lugar da polaridade ortodoxa entre um sujeito (impulsionado por seus instintos) e seus objetos” (Loparic, 2001b, p. 43).

Loparic também nos mostra que Winnicott, por meio de sua teoria, chegou à conclusão de que é impossível falar do indivíduo sem falar da mãe, pois, nos momentos iniciais, a mãe é um objeto subjetivo e seu comportamento faz parte do bebê (unidade mãe-bebê). Isso caracteriza o relacionamento mãe-bebê não como triangular-interno, como propunha Klein, mas como “um tipo muito especial de relação dual-externa” (Loparic, 2001b, p. 39), ou seja, não mental. Essa observação põe em questão o enquadre do psicanalista como um teórico das relações objetais, pois, para Winnicott, a capacidade de relacionar-se com objetos externos a ele, inclusive o fato de a mãe ser vista dessa forma, depende da conquista da integração em um eu unitário – uma tarefa do amadurecimento

realizada apenas mediante uma maternagem satisfatória. Dificuldades nesse momento inicial podem redundar em uma distorção do amadurecimento pessoal, com consequências para a capacidade de o indivíduo lidar com a realidade externa, ou, em casos mais graves, quando a integração em um eu não é alcançada, tornar impossível essa relação. Com a concepção do relacionamento dual inicial, Winnicott pôde formular precisamente o problema paradigmático. A esse respeito, afirma Loparic:

[...] as crianças estão sujeitas, no início, a ansiedades que não devem ser concebidas como produto de supostas forças e mecanismos mentais inatos, mas como consequências da ação de um fator externo, a primitiva falha da mãe em fornecer um ambiente suficientemente bom. (Loparic, 2001b, p. 40)

Segundo Loparic, ao canalizar sua atenção para os fatores externos como participantes expressivos do adoecer psicótico, Winnicott reverteu a tendência predominante de formular problemas clínicos em termos de mecanismos mentais e equações simbólicas inatas (seio e pênis, por exemplo). Com isso, a teoria dos instintos e a metapsicologia deixaram de ser aplicáveis, sendo consideradas as necessidades dos lactentes, que devem ser distinguidas dos desejos.

Estabelecido que o problema central de Winnicott era a esquizofrenia infantil (as psicoses), e não as neuroses (como propunha Freud), o paradigma edipiano “cedeu lugar a uma nova matriz disciplinar” (Loparic, 1997c, p. 57), capaz de resolver os novos problemas (anomalias e vazio) e, assim, compreender o que acontece com o “bebê no colo da mãe” (Loparic, 1997c, p. 58) tornou-se o fator teórico fundamental. Sendo assim, a generalização-guia para o entendimento da psicologia das psicoses é a teoria do amadurecimento pessoal, que, como fora mostrado, é o resultado de observações empíricas.

Dadas essas constatações, Loparic conclui que Winnicott operou uma mudança de paradigma na psicanálise, porque mudou “o seu problema central e a sua matriz disciplinar” (Loparic, 1997c, p. 58) ao colocar como problema “central o bebê no colo da mãe” (Loparic, 1997c, p. 58) no lugar do problema do Édipo. A consequência de substituir o complexo de Édipo pela constituição do si-mesmo em uma relação dual foi verificar que essa problemática, acompanhada de outros problemas clínicos – como as angústias impensáveis, o valor ou a futilidade da vida, o sentido do ser, a posse ou a perda do senso de realidade, a questão da solidão essencial, da dimensão incognoscível de cada um e a volta à origem absoluta de um indivíduo humano –, pode ser, no entender de Loparic, perfeitamente

analisada em um contexto filosófico como o de Heidegger.

Somente com uma posição definida sobre o caráter da mudança teórica realizada por Winnicott – como essa que nos apresenta Loparic – um estudioso pode aplicar e divulgar os conceitos winnicottianos relativos à psicose e à depressão como uma alternativa eficiente à visão psicanalítica tradicional. Assumindo-se essa posição, é possível afirmar que a teoria winnicottiana do amadurecimento pessoal aponta a origem, os desvios possíveis e a terapêutica de um distúrbio que consumiu e ainda consome horas de investigação e pesquisa, ao mesmo tempo que possibilita o afastamento do dilema teórico e clínico da área, a saber, aceitar “a confissão feita por Freud sobre seu insucesso em curar as psicoses” e caminhar com “a afirmação da possibilidade de compreendê-las” (Laplanche *apud* Green, 2001/2003, p. 367).

A ideia de mudança paradigmática na psicanálise proposta por Loparic é original. A noção de que existe um paradigma winnicottiano já havia sido apresentada, como o filósofo mesmo cita no artigo apresentado em Londres, por Judith Hughes (1990) e Adam Phillips (1988), mas esses autores usam a expressão paradigma winnicottiano em oposição a paradigma freudiano, apenas no sentido de sugerir que há vitais diferenças entre esses psicanalistas. Afora esses autores, a única tentativa encontrada de articular as mudanças teóricas surgidas na psicanálise em termos paradigmáticos, apoiada em Kuhn, como faz Loparic, foi realizada por Modell (*apud* Eagle, 1984), que teve sua posição duramente questionada por Eagle.

É importante destacar a tentativa feita por Modell, em 1975, porque, embora este autor parta da ideia de que a psicanálise vive um período de crise criado pela discrepância entre as teorias tradicionais (base do período de ciência normal na psicanálise, na visão kuhniana) e os “novos fatos vindos principalmente da psicopatologia das teorias da relação objetal” (*apud* Eagle, 1984, p. 29), seu esforço é integrar a nova dimensão de fenômenos propostos pelas teorias objetais ao modelo freudiano apresentado em “O ego e o id”, com a intenção de salvar o paradigma central freudiano. Segundo ele, se isso não puder ser feito, esse modelo freudiano “não sobreviverá como o paradigma central da psicanálise” (*apud* Eagle, 1984, p. 30). Como se vê, a direção que Modell tomou é diametralmente oposta à de Loparic.

Eagle (1984) acredita que, ao “transplantar” os fenômenos da teoria das relações objetais para o interior da psicanálise freudiana e tentar ajustá-los a essa teoria, Modell só conseguiu se envolver em inevitáveis

dificuldades e inconsistências, pois, por mais que ele reconheça que as questões apresentadas pela teoria objetal representam um desafio para a teoria clássica, ao fim ele tentou “interpretar a psicopatologia da relação de objetos e do *self* com a moldura do modelo tradicional” (Eagle, 1984, p. 34). Por isso, Eagle destaca que a real contribuição de Modell para o problema de aproximação das duas teorias foi revelar o fato de que o paradigma freudiano central id-ego está severamente desafiado pelas teorias da relação de objeto e pelos fenômenos do *self*.

Embora os objetivos finais de Eagle (pretendia provar a incompatibilidade entre as teorias freudianas e da relação de objeto) e Loparic (procura compreender a natureza da incompatibilidade) sejam diferentes, este também teve a suposição do paradigma freudiano ameaçado pela posição winnicottiana como ponto de partida para sua articulação. Compreender e poder inserir o paradigma winnicottiano no universo científico-teórico da psicanálise, por meio do conceito kuhniano de mudança paradigmática, facilita a tarefa de Loparic de aproximar Heidegger e Winnicott. E explicitar a ontologia de Winnicott é, segundo Loparic, um caminho necessário para que a novidade do paradigma winnicottiano seja compreendida.

1. Para mais indicações sobre o tema, ver nas Referências Kuhn e Loparic.
2. Winnicott entende que Ferenczi contribuiu muito para a ideia de que as dificuldades e limitações enfrentadas pela psicanálise freudiana para tratar os casos que não eram neurose deviam ser entendidas como uma deficiência da técnica, e não um fracasso na seleção. De acordo com Winnicott, quando Ferenczi examinou uma análise fracassada sob esse prisma, foi uma abertura para pensar que a psicanálise poderia “aprender a adaptar” a técnica ao tratamento de distúrbios de caráter e casos *borderlines*. Comenta que Klein também assumiu essa posição ao desenvolver sua teoria e que Aichorn, em 1925, foi um pioneiro na tentativa de adaptar a técnica psicanalítica às necessidades do psicopata ou da criança com tendência antissocial (cf. 1965h[1959]/1990, pp. 115-116).
3. Em uma carta à Dra. Barbara Lantos, de novembro de 1956, Winnicott aborda suas diferenças com os kleinianos. Ele diz: “existem algumas coisas que os kleinianos fazem na apresentação do seu ponto de vista que eu desaprovo vigorosamente [...]. Por exemplo, os kleinianos parecem não levar em conta, em seus pronunciamentos, a imaturidade do ego, de modo que parecem atribuir ao recém-nascido coisas, tais como ‘o bebê querendo comer a mãe’. Até certo ponto trata-se de uma questão de linguagem, mas deve-se respeitar o fato de que o desenvolvimento do ego não admite tal descrição do objetivo do bebê pequeno. Outro erro kleiniano parece-me estar na tentativa de falar sobre o bebê à parte do cuidado que a mãe dispensa ao bebê, coisa que considero impossível [...]” (cf. 1987b/1990, p. 95).

4. No item 5.2 do Capítulo 5, apresento os argumentos de Winnicott para discordar da proposição kleiniana de que seria possível um bebê alcançar a posição depressiva muito antes do segundo semestre de vida.
5. Bleichmar compreende que foi Winnicott quem enfatizou a importância do relacionamento mãe-bebê na psicanálise. Para esse autor, Winnicott foi realmente um dos primeiros teóricos a hierarquizar o papel da mãe (como ambiente) no funcionamento psíquico da criança, descrevendo-a não apenas como uma tela para as projeções do bebê, mas como um ativa construtora de seu espaço psíquico. Aponta que, ao outorgar à mãe um papel tão importante, Winnicott sugere que o objeto externo (não separado nos momentos iniciais) é muito mais do que um modelador das projeções da criança. Não é a mãe que molda a criança, pois esta tem a sua própria autonomia, fornecida por suas capacidades inatas de desenvolvimento. Ao dizer isso, comenta Bleichmar, Winnicott aponta para a constituição interpessoal do si-mesmo e para a não possibilidade de uma existência isolada (Bleichmar, 1992, p. 246).
6. Contemporaneamente a Winnicott, o chamado “grupo britânico do meio” realizava pesquisas, tendo a relação dual como base. Entretanto, embora questionassem a teoria da libido freudiana, todos assumiam a ideia kleiniana de que, desde o início, o bebê era capaz de se relacionar com um objeto. Com o desenvolvimento da teoria do amadurecimento pessoal, Winnicott demonstrou que, somente quando alcança o estatuto de ser uma unidade, um si-mesmo separado da mãe, um bebê pode relacionar-se com outro objeto.
7. Em relação às psiconeuroses, Winnicott acreditava que a teoria de Freud e o esquema de desenvolvimento feito por ele abrangiam o tema e, até onde podia perceber, não havia nenhuma contribuição que ele pudesse fazer para a área (cf. 1989f[1967]/1994, p. 438).
8. Irene Fast, em seu artigo “Object relations: toward a relational model of the mind”, trata da importância que as teorias da relação objetal estão assumindo na psicologia analítica, mas adverte, baseada em Thomas Kuhn, para a necessidade de essa condição acima colocada ser respeitada (In Barron, Eagle & Wolitzky, 1992).
9. No artigo “Sobre a neurose cardíaca nas crianças” (Winnicott, 1996d[1966]/1997, p. 164), relata o procedimento dessas pesquisas.
10. Mendelson comenta que vários autores no tempo de Klein se referiram ao período pré-edípico como aquele em que a capacidade para deprimir se originava. No entanto, destaca que “Klein discordou dessa visão de duas maneiras: ela considerava que o período crítico já se encontrava presente nos primeiros meses de vida, e se referia a esse período não como pré-edípico, mas sim como de fato edípico. Por acreditar nisso postulou que a criança, já nesta ocasião, experimenta fantasias edipianas. Ela considerava que estas fantasias, ou estas introjeções precoces, como a elas se referia, são derivadas do seio da mãe e do pênis do pai, sobre os quais a criança presumidamente já teria alguma conceitualização” (Mendelson, 1974, p. 173).
11. Nessa época, mesmo ainda não tendo elaborado sua redescritção da teoria da posição depressiva kleiniana, é possível observar, no artigo que apresenta para a SBP, que Winnicott trata o tema de maneira totalmente diferente da abordada pela psicanalista

inglesa.

12. No texto de 1931, “Agitação”, Winnicott se preocupa com um diagnóstico diferencial entre a ansiedade que observava em seus pacientes psicanalíticos e alguns tipos de doenças comuns naquele tempo, como a coreia e doenças cardíacas, que provocavam inquietude física em crianças e apareciam na clínica pediátrica.
13. Essas observações contribuíram para o desenvolvimento da tese winnicottiana do adoecer psicossomático, apresentada no item 7 do Capítulo 3.
14. Segundo Dias, Winnicott costumava usar o termo fantasia para designar o que mais tarde denominou elaboração imaginativa, ou seja, a “apropriação pessoal do sentido da anatomia, das sensações, dos movimentos e do funcionamento corpóreo em geral, sem a participação da mente” (Dias, 2003, p. 108). Nesse sentido, tanto o conceito de fantasia quanto o de imaginação não devem ser confundidos com o sentido tradicional de fantasia – como uma função mental “que se desdobra em mecanismos mentais, como os de introjeção e projeção” (Dias, 2003, p. 108), que já estão, de acordo com a teoria psicanalítica tradicional, em funcionamento desde o início da vida. Entretanto, como vemos na citação a que essa nota se refere, Winnicott usa o termo fantasia em dois sentidos. Na primeira vez, Winnicott se refere à elaboração imaginativa, como definido por Dias, ou seja, como o arranjo operacional entre psique e soma que, sustentado por um apoio ambiental, facilita a integração do bebê, em particular, a personalização ou alojamento da psique no corpo. Contudo, na segunda vez, fantasia tem o sentido de imaginação e está relacionado à pessoa já personalizada, cuja psique elabora os acontecimentos que envolvem o relacionamento entre o mundo pessoal e o mundo externo.
15. Recentemente, a evolução de quadros aparentemente neuróticos para quadros mais complexos tem sido observada com cuidado pela psiquiatria. Cordás relata que um estudo com 100 pacientes neuróticos realizado por Akiskal, em 1978, apontou que pacientes diagnosticados inicialmente com depressão neurótica evoluíram seus quadros para depressão clássica ou bipolar (Cordás, 2002, p. 94).
16. Bleichmar (1992) comenta que Freud entende o narcisismo como uma reordenação da economia libidinal ou como uma regressão a uma fase primitiva do desenvolvimento pulsional. Como sustenta a tese do equilíbrio energético baseado em um modelo hidrodinâmico, no qual a descarga de energia é fundamental para que se restaure um equilíbrio do aparelho psíquico, propõe a necessidade de um objeto externo para descarregar parte da pulsão. No entanto, como esse objeto externo é na verdade apenas um elemento auxiliar nesse processo, a existência do narcisismo primário é pensada por Freud como um estado no qual há descarga sem objeto externo, pois esta ocorre no próprio ego. A identificação narcísica – um tipo de relacionamento no qual o objeto não é distinguido do ego e a libido é deslocada do objeto e investida de novo no ego – foi o modelo escolhido por Freud para explicar a melancolia. Laplanche e Pontalis apontam duas objeções à concepção de narcisismo primário. Primeiro, porque, no que se refere à terminologia, não se considera o sentido especular contido etimologicamente no termo narcisismo. Segundo, porque, em termos de fato, a existência dessa fase é muito problemática. Por exemplo, para Melanie Klein, não faz sentido falar em fase narcísica, mas sim em estados narcísicos definidos pelo retorno da libido a objetos interiorizados, pois

ela considera que desde a origem se instituem relações de objeto (Laplanche & Pontalis 2001, pp. 290-291).

17. Na teoria freudiana, o conceito de regressão a pontos de fixação foi elaborado para esclarecer os problemas clínicos do desenvolvimento instintivo pré-genital. Os pontos de fixação indicavam a origem dos diferentes tipos de doença e o tipo de organização defensiva, que resultavam no bloqueio do desenvolvimento instintivo.
18. Entenda-se teoria do amadurecimento pessoal.
19. É importante lembrar que o conceito de um falso si-mesmo, que tem como função proteger o verdadeiro si-mesmo – considerado por Winnicott como sua contribuição pessoal para a classificação diagnóstica, porque “absolve” os clínicos de “qualquer esforço diagnóstico adicional” (Winnicott, 1965h[1959]/1990, p. 122) –, é o elemento-chave para a análise da depressão psicótica.
20. Bergman divide os teóricos que influenciaram a história da psicanálise em três grupos: os continuadores, que estenderam a psicanálise para outros domínios “sem criar muita controvérsia”, como Herman, Numberg e Otto Fenichel, os hereges, que estiveram perto de Freud e foram influenciados por ele por um período, mas após alguma oposição teórica fundaram suas próprias escolas, como Jung e Adler, e um terceiro grupo, formado pelos reformadores, que são aqueles que “aceitam as descobertas fundamentais de Freud, mas acrescentam outro andar ao edifício por ele construído”, entre eles Melanie Klein, Hartmann, Kohut e Winnicott (Bergman, *apud* Green, 2001/2003, p. 148). Para Bergman, os reformadores não existiam enquanto Freud era vivo, pois nessa época era o próprio psicanalista quem decidia o que era ou não psicanálise. Por isso, contemporaneamente a Freud só existiam continuadores ou hereges.
21. Loparic entende que a prática clínica psicanalítica só sobreviverá como “significativa” em um mundo dominado pela técnica se houver um afastamento do procedimento de vinculá-la ao funcionamento de aparelhos, mecanismos e esquemas. Sua argumentação baseia-se na ideia de que, para manter-se como disciplina criativa e aplicável, a psicanálise terá de distanciar-se da herança metafísica, que obriga o psicanalista a objetificar o material clínico e tratá-lo dentro de uma moldura mecanicista, sem considerar a experiência pessoal. Loparic não está sozinho ao propor a temática da crise na psicanálise. André Green, organizador de uma edição especial da *Revista francesa de psicanálise* (2001/2003), que busca traçar um panorama do movimento psicanalítico na atualidade em relação à unidade teórica e à aplicabilidade, discute que há uma crise na psicanálise quando argumenta se ainda é possível falar “de uma psicanálise ou se seria mais apropriado falar de muitas psicanálises” (2001/2003, p. 17). Os colaboradores dessa edição, convidados a tratar dessa questão, questionam, como Wallerstein: “O que é hoje a psicanálise?” ou como Wildlocher: “Tem sentido falar em progresso na psicanálise?”. Bleichmar (1992), por sua vez, assume como certa a “crise” pela qual a psicanálise passa e apresenta isso em termos teóricos e epistemológicos em um capítulo de seu livro. Autores como Eagle (1984), Fast, Demos, Lachmann e Beebe, Blatt e Blass, Osofsky, entre vários outros (In Barron, Eagle & Wolitzky, 1992), tratam da crise da psicanálise por meio de uma linha clara: um questionamento a respeito das proposições psicanalíticas freudianas em termos de estrutura psíquica e da teoria (a

metapsicologia) – em especial a teoria da pulsões –, e se posicionam favoravelmente à teoria das relações objetais, sendo Winnicott considerado um dos grandes representantes.

22. Winnicott é diretamente considerado por Eagle apenas quando este trata da teoria dos objetos transicionais.
23. Partindo da ideia de que a teoria dos instintos é o coração da metapsicologia freudiana, e o conflito pulsional, o fundamento de muitos outros conceitos psicanalíticos como ansiedade, defesa primária etc., considera que rejeitar (ou aceitar) a teoria dos instintos tem sido, ao longo da história da psicanálise, o principal critério de afastamento (ou aproximação) de Freud. Desenvolvendo esse raciocínio, Eagle divide os teóricos das relações objetais em quatro grupos distintos de acordo com a posição deles em relação à teoria dos instintos. Situa Fairbairn e Guntrip no terceiro grupo, no qual Winnicott certamente poderia ser incluído, definindo-o como o que rejeita abertamente a teoria dos instintos e a substitui por uma psicologia das relações objetais e do *self*. Eagle preocupa-se com o segundo grupo, o dos teóricos que parecem aceitar tanto as teorias instintivas como a psicologia das relações objetais, aplicando-as de modo diferente para tipos diferentes de fenômenos. Esse procedimento, segundo ele, não é apropriado, porque as teses principais da teoria objetual não se ajustam ao modelo básico id-ego da teoria tradicional. Outra questão que Eagle apresenta em sua argumentação é o fato de a rejeição da teoria dos instintos como uma forma de se afastar do biológico e da herança instintual do homem ser um engano que merece consideração por parte dos teóricos dessa abordagem. Entendo que esse é um dos pontos que precisam ser entendidos na teoria winnicottiana, pois Winnicott rejeita a teoria dos instintos como a orientadora da compreensão do acontecer humano, mas realça a importância do corpo e de suas funções para a convergência do bebê de um não-ser a ser uma pessoa. O conceito winnicottiano de elaboração imaginativa é o exemplo concreto de que há corpo biológico. Tratarei dessa questão no Capítulo 3.
24. Vai além do objetivo deste estudo aprofundar essa questão. Gostaríamos apenas de registrar nossa concordância com a ideia de que a aproximação com a ontologia fundamental heideggeriana esclarece muitos dos aspectos teóricos centrais de Winnicott. Para um aprofundamento nessa direção, indicamos a leitura dos textos de Loparic referentes ao tema e citados nas Referências.

Capítulo 3

O ser saudável e o ser não saudável como uma possibilidade da existência

[...] o mais complexo só pode manifestar-se a partir do mais simples, e em termos de saúde a complexidade da mente e da personalidade desenvolve-se gradualmente e através de um crescimento constante, que vai sempre do simples para o complexo. (Winnicott)

1. Introdução

Nos dois primeiros capítulos, foram pontuados os argumentos que justificam a compreensão da teoria da depressão construída por Winnicott como uma consequência da necessidade de superar os limites encontrados na teoria freudiana. A partir de agora, o foco do trabalho será a apresentação da teoria da depressão de Winnicott. No entanto, como forma de marcar a diferença entre esses autores, seguirei destacando os pontos em que Winnicott divergiu de Freud.

Como, do ponto de vista de Winnicott, a *capacidade para deprimir-se* é uma conquista, possível apenas quando determinadas tarefas do amadurecimento são alcançadas, é necessário, em primeiro lugar, apresentar os fundamentos teóricos que justificam esse entendimento. Sob essa orientação, neste capítulo se fará um panorama do pensamento winnicottiano, destacando, de maneira geral, os pressupostos sobre os quais ele construiu a teoria do amadurecimento pessoal.

2. Pensamento de Winnicott

Winnicott teorizou sobre aspectos cotidianos da existência. Questões

simples, comuns e familiares, que envolvem a pessoa e o conviver interpessoal, foram por ele interpretadas com a intenção principal de construir uma teoria que propiciasse a compreensão do desenvolvimento de um viver saudável e pudesse, ao mesmo tempo, ser um recurso orientador para o entendimento dos distúrbios psíquicos. Seu objetivo era conseguir um parâmetro teórico do que seria um desenvolvimento normal, para assim poder “compreender as doenças e as várias imaturidades” para preveni-las e curá-las (Winnicott, 1965vc[1962]/1990, p. 65). De maneira mais ampla, pode-se dizer que o objetivo de Winnicott era organizar uma teoria que, em última análise, permitisse “examinar a estrutura da personalidade e a relação do indivíduo com a sociedade” (Winnicott, 1971f[1967]/1999, p. 9).

Seu pensamento está estruturado sob um núcleo central de conhecimentos a respeito da natureza humana, elaborados em uma teoria do amadurecimento pessoal normal. Essa teoria descreve os estágios de desenvolvimento pelo qual um indivíduo passa para constituir um si-mesmo pessoal, desde o momento da concepção até tornar-se capaz de relacionar-se com outra pessoa e, a partir daí, poder ter uma existência compartilhada. Também destaca qual é o papel do ambiente em cada estágio para que o acontecer da pessoa se concretize. A teoria do amadurecimento pessoal pode ser avaliada como o horizonte sobre o qual Winnicott delineia o modo como compreende o acontecer humano.

Por se tratar de uma teoria que articula os desdobramentos da natureza humana – entendida como a “estrutura fixa”¹ do amadurecimento emocional, governado pela tendência inata à integração –, é possível analisá-la sob dois horizontes. Sob um horizonte ontológico,² por tratar dos aspectos relacionados à constituição do ser da pessoa e das situações experienciais que possibilitam ou dificultam a continuidade de ser e o existir em um modo de viver pessoal e com sentido. Sob um horizonte ôntico, porque descreve e conceitua as tarefas, conquistas e dificuldades que são próprias do desenvolvimento e amadurecimento humano em seu acontecer factual, particular e relacional.

Embora sustentada em uma premissa ontológica – a da presença do outro para que a pessoa se constitua como um ser³ –, sua teoria do amadurecimento trata dos aspectos ônticos do acontecer humano desvelados em sua prática pediátrica e psicanalítica, sendo exatamente esses aspectos relativos ao existir concreto seu objeto de estudo. Em momento algum o psicanalista deixou dúvidas de que seu campo de pesquisa e estudo fosse a ciência.

A categoria de análise comum a esses dois horizontes de compreensão é a acontecência humana,⁴ o amadurecimento, como propõe Winnicott, que se caracteriza por um desenrolar histórico da natureza humana, orientado por essa tendência inata à integração, envolvendo fatos, situações e experiências vividas pela pessoa em sua concretude e totalidade. A premissa da qual parte – e que se torna a base de sua teoria do amadurecimento – é: um indivíduo precisa, primeiramente, constituir-se como uma pessoa para que possa relacionar-se com o outro e com a realidade externa.

Para expor essa questão, que é central em sua teoria, Winnicott desenvolve uma coerente linha de reflexão sobre o acontecer humano, que está fundamentada na afirmativa de que a tendência herdada de um indivíduo para o desenvolvimento e amadurecimento só pode seguir seu curso na presença de um ambiente facilitador. Apoiado nessa afirmativa, ele elabora suas ideias e revela sua preocupação – buscar a singularidade do que significa ser uma pessoa. Ao procurar resgatar o que é próprio e natural da pessoa, desvestidos os adereços culturais e sociológicos, ele chega à mais primitiva das relações humanas – a de um bebê com sua mãe. Ao descrever essa relação, encontra como principal característica a extrema dependência de um recém-nascido à presença de uma pessoa que se adapte às suas necessidades de recém-chegado ao mundo. Peculiarmente, Winnicott propõe que essas necessidades surgem da primordial necessidade de ter-que-ser e continuar sendo, que, paulatinamente, desdobra-se em várias outras, como a de aprender a lidar com as tensões instintivas. A natureza da adaptação, por sua vez, pressupõe o oferecimento de um conjunto de “condições consistentes” (Winnicott, 1965t[1950]/2001, p. 36) para que esse bebê possa dar continuidade ao ser, via elaboração imaginativa do que se apresenta em seu corpo vivo.

A dependência inicial absoluta da presença e cuidados de outra pessoa é, portanto, para Winnicott, a condição de existir e, em decorrência, a possibilidade de continuar a ser, de desenvolver o sentimento de segurança e confiabilidade em si mesmo e no outro, enfim, de poder deixar a natureza seguir seu ritmo. O conceito de ambiente favorável e adaptado às necessidades é usado por ele para ampliar, para além da mãe, os cuidados que devem ser oferecidos a um bebê em cada estágio de seu desenvolvimento, para que este possa alcançar a autonomia de ser uma pessoa. Em essência, Winnicott acredita que uma pessoa só pode personalizar-se e conhecer-se através do outro. Segundo ele, não há

interferência racial, de língua ou de costumes que anule o fato de que, para nascer, ser e continuar existindo, o ser humano precisa de alguém.⁵

Considerar que a existência humana só acontece por meio da interação primária do indivíduo com o ambiente e que a continuidade de ser depende da presença de outra pessoa – que, pelo atendimento das necessidades básicas e pelo cuidado, promove condições para o amadurecimento pessoal – diferencia o pensamento de Winnicott de outros teóricos que abordam, unilateralmente, o ambiente ou o desenvolvimento.

3. Teoria do amadurecimento pessoal

3.1 Considerações a respeito do ambiente

Winnicott é adepto da ideia de que há genes que determinam os padrões e as tendências herdadas para o crescimento e a aquisição da maturidade; esses processos inatos formam a base do desenvolvimento da criança não só no que diz respeito ao desenvolvimento emocional, mas também em relação ao crescimento fisiológico. Denomina o conjunto desses processos inatos de tendência ao amadurecimento. Fundamentado nessa compreensão, ele elaborou a sua teoria do amadurecimento pessoal e desenvolvimento emocional.

No entanto, para essa tendência natural seguir seu curso e o desenvolvimento emocional se confirmar, são necessárias certas condições ambientais. Segundo Winnicott, no âmbito do desenvolvimento emocional, nada se realiza sem que haja um complexo entrelaçamento dessas tendências inatas com um ambiente facilitador. Quanto mais inicial o estágio do desenvolvimento (incluindo aí o período pré-natal), mais significativa será a necessidade de um ambiente que proporcione essas condições.

Um alerta especial do autor diz respeito ao cuidado de não usar o critério do crescimento físico para avaliar o desenvolvimento de uma pessoa. Embora muitas vezes seja possível verificar um crescimento físico satisfatório nos fetos, nos bebês e nas crianças, nem sempre esse crescimento é um indicativo seguro de um desenvolvimento emocional proporcional à idade cronológica em que se está, tampouco certeza de amadurecimento pessoal. Winnicott acredita que a ênfase que se dá, na primeira infância, aos cuidados físicos, pela preocupação com o

desenvolvimento físico da criança, torna-se uma das razões para que a percepção da presença de um distúrbio psicológico ocorra mais tarde. Para ele, quando há algum nível de distorção no entrelaçamento bebê-ambiente, o crescimento físico e o desenvolvimento emocional podem andar paralelos, e a ausência de saúde emocional ser percebida apenas pela falta de maturidade e autonomia da pessoa em realizar as experiências e as tarefas próprias para a idade que tem.

Guiando-se por esses pressupostos, Winnicott procura demonstrar o quanto a constituição do ser e a possibilidade de continuar a ser e existir são conquistas que dependem de condições ambientais apropriadas. Essas condições devem ser apropriadas não no sentido de serem mecânica e impessoalmente corretas, mas de serem as que favoreçam o acontecer da pessoa. Para tanto, precisam ser oferecidas de modo humano e pessoal por uma mãe que, desde antes do nascimento, está envolvida com a preocupação em cuidar de seu bebê.

Winnicott descreve o amadurecimento como uma jornada que vai da dependência absoluta (estágios primitivos), passando pela dependência relativa (estágio do concernimento), até a independência relativa (estágio das relações interpessoais). Cada estágio possui tarefas e conquistas específicas que, para serem experienciadas e alcançadas pela pessoa, dependem de uma provisão ambiental. Entre as tarefas do estágio da dependência absoluta está a integração em uma unidade eu (si-mesmo pessoal), pré-requisito para que o amadurecimento prossiga. No estágio da dependência relativa, a conquista da capacidade para o concernimento está diretamente relacionada com a capacidade para deprimir-se, a capacidade para *preocupar-se com* e a condição de a pessoa lidar com as dificuldades inerentes ao *estar com* o outro. Tendo transcorrido de modo satisfatório essas passagens iniciais, a criança “se torna gradativamente capaz de se defrontar com o mundo e todas as suas complexidades” (Winnicott, 1965r[1963]/1990, p. 87), podendo identificar-se com a sociedade e mostrando-se capaz de viver “uma existência pessoal” (Winnicott, 1965r[1963]/1990, p. 87). Apesar da possibilidade de turbulências, recuos e regressões, comuns à puberdade e à adolescência, sempre que as conquistas se confirmarem a pessoa ingressará na vida adulta levando consigo a tarefa de continuar crescendo e amadurecendo.

Em sua teoria descreve os cuidados iniciais indispensáveis que precisam ser oferecidos pelo ambiente-mãe, os quais passam pelas tarefas de segurar, manejar e apresentar os objetos. Aponta também os aspectos fundamentais das tarefas maternas para que o bebê possa realizar as tarefas

iniciais de integração no tempo e no espaço, alojamento da psique no corpo e relacionamento com objetos, que são tarefas paralelas à constituição de um si-mesmo primitivo e que ocorrem no período da primeira mamada teórica. Também aborda de modo profundo as dificuldades enfrentadas pelas pessoas que não tiveram a oportunidade de ser recebidas por um ambiente favorável.

Temeroso de que suas ideias inclinassem as mulheres a se preparem formalmente para serem mães ou, pior ainda, inclinassem os técnicos do nascimento, entre eles médicos e enfermeiros, a querer ensinar o que uma mãe devia fazer com seu bebê, ele se furtou a descrever tecnicamente essas tarefas e a estabelecer regras ou rotinas preestabelecidas. Sua preocupação, como um defensor da naturalidade dos acontecimentos que envolvem o surgimento de uma pessoa, era realçar a importância dos primórdios do relacionamento entre mãe e filho, e a necessidade de que isso ocorresse do modo mais espontâneo possível. No entanto, percebia, já em seu tempo, que o desenvolvimento técnico – obstétrico e pediátrico –, mesmo sendo fundamental, muitas vezes representava uma fonte de ansiedade para a mãe e uma forma de interferência para a relação mãe-bebê.

Em diferentes momentos, ele resumiu o que entende por ambiente satisfatório, favorável ou suficientemente bom como o que “apresenta um alto grau de adaptação às necessidades individuais” (Winnicott, 1971f[1967]/1999, p. 4). Um ambiente no qual a mãe é a provedora principal e, em função de um estado *especial de preocupação* desenvolvido ao longo dos nove meses de gravidez, capaz de reconhecer as necessidades de seu bebê.

A sutileza das indicações de Winnicott, ao falar da importância da relação mãe-bebê, baseia-se em sua crença de que o interesse de uma mãe saudável pelo seu bebê é natural e pessoal. A devoção materna nos primeiros tempos recebe o nome de preocupação materna primária em sua teoria.⁶ Não há estudo formal nem preparo de qualquer natureza que substitua, quando tudo está bem, o encanto despertado em uma mulher quando engravida e/ou em uma mãe quando nasce seu bebê. Orientando-se por sua identificação com o bebê, a mãe sintoniza seus cuidados pelas necessidades deste, porque reconhece o ritmo do desenvolvimento dele. O atendimento das necessidades respeitará os sinais que ele dará. Não será imposto ou predeterminado. Não será imaginado ou decorrente da preocupação com a tarefa. Não será antecipado nem postergado. Será visto, reconhecido e atendido com a segurança de quem aprende junto e é auxiliado pela memória de um dia ter sido cuidada. Estará sujeito a falhas,

mas, por ser espontâneo e natural, estas poderão ser recuperadas rapidamente, sem maiores consequências para o bebê.

Da harmonia e sintonia estabelecida entre a mãe e o bebê surge a condição para que o ser da pessoa do bebê aconteça, ou seja, que o bebê possa deixar o ritmo de seu desenvolvimento impor-se sem que seja necessário antecipar controles e defesas. Em uma circunstância favorável, o bebê simplesmente deixar-se-á guiar pela tendência herdada e própria da natureza humana em direção à continuidade de ser e à conquista do Eu.

Portanto, quando o ambiente não possui essas qualidades, ou ocorrem imprevistos que retiram uma ambiência anteriormente favorável, rompe-se a linha de vida, e as tendências herdadas, embora expressivas, não são mais suficientes para conduzir o desenvolvimento da pessoa para uma *plenitude pessoal* (Winnicott, 1968b/1999, p. 139). Diferentes consequências podem surgir em termos de interrupção do amadurecimento ou de distorções na estrutura da personalidade e na organização do eu.

Embora exista uma parcela importante do ambiente para que a tendência inata para o amadurecimento ocorra, é essencial saber que não há nada que possa deliberadamente ser feito para dirigir o desenvolvimento de uma criança em uma direção predeterminada e prejudgada como melhor ou desejável. Os bebês não são máquinas que podem ser programadas para serem como os pais esperam. Ao contrário, qualquer iniciativa nesse sentido pode fazer o ambiente aparecer precocemente para o bebê e, por proteção, pelo fato de ainda não reconhecer esse ambiente como objeto, o bebê reage e, assim, sua continuidade de ser é interrompida.

Para Winnicott, o existir é simples: os bebês precisam e dependem efetivamente que suas mães o reconheçam como pessoa e atendam suas necessidades, mas não dependem delas para sentirem as necessidades. E é com o inusitado dessas necessidades – que na maior parte das vezes se traduzem em coisas conhecidas, por exemplo, o bebê chorar por fome, sede ou frio, ou por qualquer outro desconforto – que as mães têm de haver-se a cada momento. Por isso, diferentemente da falsa impressão que uma leitura apressada da teoria winnicottiana pode causar, não há nenhuma forma de determinismo no pensamento do autor. A ideia de que se possa reduzir o sentido da importância do ambiente para o desenvolvimento emocional de uma pessoa em uma simples equação – mãe faz o que é certo e o bebê fica saudável – é descartada quando se reconhece que a mãe da qual o bebê precisa não é uma especialista em cuidados, mas *uma pessoa que pode ser ela mesma* e que permite ao bebê

revelar-lhe a singularidade própria e característica de cada ser humano. O imponderável permeia essa relação.

Assim, em referência ao papel do ambiente, Winnicott adverte que a importância deste não seja mitificada, pois o ambiente não faz o bebê crescer nem determina o sentido do crescimento. O ambiente que sintoniza com o bebê apenas facilita o desenrolar do amadurecimento e do desenvolvimento emocional deste, e proporciona condições para que o bebê possa realizar as tarefas de cada estágio. De modo geral, podemos pensar que, para todas as pessoas no início do processo de desenvolvimento emocional, há três aspectos que precisam ser levados em conta: a hereditariedade, “o ambiente que apoia ou falha e traumatiza” e, no meio disso, a pessoa “vivendo, se defendendo e crescendo” (Winnicott, 1965h[1959]/1990, p. 125).

Da mesma forma que as conquistas de um estágio do amadurecimento dependem das condições ambientais para serem alcançadas, a manutenção delas também precisa da continuidade da provisão ambiental para que sejam mantidas. Na ausência dessa provisão, isto é, quando o ambiente não pode, por alguma razão, manter a capacidade de adaptabilidade às necessidades da criança, as conquistas podem ser perdidas, e a consequência disso é um retrocesso ou a paralisação no amadurecimento pessoal.

Contudo, atenta Winnicott, nada impede que o desenvolvimento emocional seja retomado assim que essas condições de suficiência no atendimento às necessidades do bebê ou da pessoa se fizerem novamente presentes, seja na experiência pessoal de vida, seja em um processo analítico. A razão para pensar assim origina-se na constatação de que, por princípio, nada do que acontece a uma pessoa é previamente definido e/ou definitivamente determinado.

3.2 Desenvolvimento emocional e amadurecimento pessoal

O processo de amadurecimento pessoal não envolve uma polarização entre o que é certo e o que é errado, entre o que é bom ou ruim, entre o ser saudável e o ser doente, mas implica um constante vaivém entre a integração e a não-integração, e um circular equilibrado entre o mundo subjetivo e o mundo objetivo, cujo sentido final para a existência pessoal

(em termos de ser ou não ser emocionalmente saudável) estará na dependência da harmonia ocorrida entre o momento do processo de desenvolvimento emocional e o estado de maturidade com que alguns acontecimentos da vida foram experienciados.

Em virtude desta particular característica da natureza humana, Winnicott alerta para a impossibilidade de se avaliar o modo de ser de uma pessoa sem se referir ao desenvolvimento total desse indivíduo, considerado desde o momento de sua concepção, a experiência do nascimento, até o momento em que é recebido por alguém que o segurará e cuidará para que sua continuidade de ser não seja interrompida. Para Winnicott, “a base de todas as teorias sobre desenvolvimento da personalidade humana é a continuidade, a linha da vida, que provavelmente tem início antes do nascimento do bebê” (Winnicott, 1968d/1988, p. 79). A que se refere essa continuidade? À ideia de que nada daquilo que fez parte da experiência de uma pessoa perde-se ou perder-se-á para essa pessoa, mesmo que, em função de causas complexas e variadas, essa experiência venha a tornar-se inalcançável à consciência.

Uma quebra na continuidade é um forte indicativo de que, por um período de tempo, o bebê esteve recebendo um suprimento ambiental que correspondia às suas necessidades vitais e, em função disso, podia ser e construir o sentimento de confiabilidade em sua existência – algo rudimentar como o sentimento de eu existo –, mas, por algum motivo desconhecido à pessoa, uma inconfiabilidade se instalou. Há uma falha na adaptação materna que rompe a continuidade da linha de desenvolvimento e, conseqüentemente, destrói esse sentimento de confiança no existir. Para o bebê, as conseqüências são muito penosas. Quando isso ocorre, diz Winnicott, “a criança tem uma lacuna na linha entre o agora e as raízes do passado” (Winnicott, 1993b[1969]/1999, p. 149); o sentimento ainda provisório, em construção, de que eu sou e existo é rompido, estabelecendo-se a necessidade de um recomeço, novamente a partir do nada.

Imagina-se que acontecimentos e inconsistências dessa ordem possam ocorrer nos estágios iniciais, antes que a integração em uma unidade se confirme. Para se compreender o sentido dessa experiência para o bebê, é necessário considerar tanto a intermitência temporal dessas inconsistências como o momento em que aconteceram essas quebras na integração, pois, destaca Winnicott, muito dos recomeços resultantes de quebras sucessivas na integração pode distorcer o amadurecimento e resultar em um fracasso do bebê em alcançar a conquista do “sentimento de Eu sou, este sou Eu,

Eu existo, sou Eu quem ama e odeia, sou Eu quem as pessoas veem e que Eu vejo no rosto de outro quando ela vem” (Winnicott, 1993b[1969]/1999, p. 150).

Um problema adicional relacionado à possibilidade de quebra e retomada da continuidade do ser é a dificuldade em determinar o momento em que um padrão de anormalidade se estabelece. Esse aspecto é muito significativo na teoria do amadurecimento pessoal, pois é com a identificação de quando se estabelece um padrão definitivo ou repetitivo de quebra de continuidade da linha de vida da criança que se poderá identificar a natureza, a intensidade e as sobreposições que envolvem o distúrbio psíquico – psicose, depressão ou neurose – dentro da linha de amadurecimento.

Por essa razão, Winnicott define o começo como um início teórico, sem datas rigidamente estabelecidas. Sustenta essa posição pelo conhecimento de que certamente falhas ocorreram nesse início, mas que, salvo condições especiais de impossibilidade da mãe em sintonizar-se com as necessidades do bebê e/ou a introdução de imprevistos alheios à relação mãe-bebê, essas falhas poderão ser contornadas e um novo começo sempre se dará.

Uma maneira proposta por Winnicott para lidar com a problemática das datas foi pensar o começo como “uma soma de inícios”, dado que acontecimentos nos estágios primitivos do desenvolvimento podem ser naturalmente corrigidos (Winnicott, 1969g/1989, p. 429). Quando faz essa observação, ele aponta para uma importante reflexão. Embora os acontecimentos da vida intrauterina (pré-história) e do nascimento sejam importantes para a compreensão do desenvolvimento emocional de uma pessoa, eles têm sua relevância diminuída para aqueles bebês que tiveram a oportunidade de ser bem recebidos por um ambiente favorável.

Assim, fica estabelecido que é a partir da chegada ao mundo que a personalidade de uma pessoa começa a se estruturar, lembrando-se que “mundo” tem para Winnicott um sentido específico – o de ambiente que recebe o bebê ao nascer e que, inicialmente, é configurado pelos cuidados maternos. Só a partir desse momento um si-mesmo pessoal começará a constituir-se. Por isso, mesmo que muito tenha ocorrido anteriormente ao nascimento,⁷ o fato de um bebê entregar-se à tendência para o amadurecimento pessoal estará, na maior parte das vezes, sob a dependência da possibilidade de a mãe ser sensível ao seu bebê. Para o autor, torna-se importante fazer alguma alusão a um momento anterior apenas nos casos em que o bebê está muito perturbado para “se entregar ao

impulso instintivo” (Winnicott, 1988/1990, p. 127).

Esse tema nos remete à questão de saber em qual momento, após a concepção, pode-se considerar a importância da psicologia. Ou, dito de outro modo, significa pensar quando aquilo que acontece ou deixou de acontecer passa a fazer realmente diferença para a formação e estruturação da personalidade de uma pessoa. Winnicott resolve essa controvérsia ao afirmar: “se existe um estágio importante aos cinco ou seis meses, há um outro que ocorre por volta do nascimento” (Winnicott, 1945d/2000, p. 222).

Para Winnicott, o bebê humano precisa amadurecer até certo ponto para começar a ter uma psicologia, isto é, para ter um funcionamento mental que, apenas nesse caso, é desenvolvido naturalmente. Quando indica o nascimento como uma circunstância ambiental importante, ele busca destacar dois aspectos relativos ao nascimento que precisam ser considerados, quando se pensa na possibilidade de surgir um funcionamento mental e intelectual precoce, ou seja, não decorrente do processo de amadurecimento. Primeiro, que no momento do nascimento o bebê já possui *certa* organização mental que o prepara para a experiência do parto e que pode ser observada pelas “imensas diferenças psicológicas” (Winnicott, 1987c[1966]/1988, p. 46) entre os bebês prematuros e pós-maturos. O segundo diz respeito à qualidade da experiência do nascimento – ter sido ou não ter sido traumática –, fato que terá influência para a constituição precoce da defesa de um falso si-mesmo.

Winnicott considera que ao final de nove meses de gestação um bebê torna-se maduro para o desenvolvimento emocional.⁸ No entanto, quando é um bebê prematuro, mostra-se pouco capaz de “viver experiências como ser humano” (Winnicott, 1988/1990, p. 147) para as quais estaria maduro caso nascesse a termo. Por outro lado, quando é um bebê pós-maturo, atingiu essa capacidade ainda no útero e pode, por isso, ressentir-se pela espera ocorrida. Para um paciente em análise, a existência de suspeitas a respeito de problemas decorrentes durante o parto impõe ao analista a necessidade de considerar os “sentimentos antes e durante o nascimento” (Winnicott, 1945d/2000, p. 222).

Definida a importância da experiência do nascimento, indaga-se por que outro estágio importante ocorre aos cinco ou seis meses? Considerando-se que tudo correu bem nos estágios primitivos, esse é o momento em que se inicia o desmame (promovido pelo bebê ou pela mãe), no qual a desilusão ocorre em função da gradativa desadaptação da mãe, que, quando saudável, pode reconhecer a condição, e agora até a

necessidade, de seu bebê caminhar sem que seja preciso tanta prontidão no atendimento das urgências instintuais.

O bebê começa, então, nessa época, a dar-se conta de que não é ele quem cria o mundo e de que a existência deste é anterior e independente dele, mesmo que permaneça nele a impressão de que o mundo foi criado pessoalmente por ele. A evolução natural dessa situação conduz ao rompimento da unidade mãe-bebê, a separação que conduzirá à integração do bebê em um Eu unitário. É a partir dessa fase que, tendo já se reunido em uma unidade e adquirido o estatuto de um eu, o bebê pode reconhecer a existência do não-eu. É também durante esse período que o funcionamento mental e os processos intelectuais surgem como uma consequência do amadurecimento psicossomático, e não como uma “defesa patológica que visa ao controle de intrusões potenciais” (Dias, 2003, p. 230) para aqueles indivíduos protegidos pela adaptação suficientemente boa.

Realmente, nesse momento, estamos falando de uma criança que, bem ou mal, atravessou os estágios da dependência absoluta e se constituiu, nem que rudimentarmente, em uma pessoa; por isso, caminha e se aproxima do estágio do concernimento. Nesse estágio, novas tarefas de amadurecimento precisam ser realizadas para que o bebê (agora uma pessoa) possa confirmar as conquistas dos estágios iniciais e preparar-se para o estágio da independência relativa. Todos esses aspectos contribuem para que Winnicott afirme: “entre os cinco ou seis meses ocorre uma mudança nos bebês que nos permite, com mais facilidade do que antes, falarmos de seu desenvolvimento emocional em termos que podem ser aplicados aos seres humanos em geral” (1945d/2000, p. 221).

A fase de vida compreendida entre cinco, seis meses e distinguida por Winnicott como fundamental para a estruturação da personalidade já era objeto de estudos de autores contemporâneos a ele. Anna Freud enfatizava esse período como importante e destacava que bebês mais novos estavam mais interessados no modo como são cuidados do que nas pessoas em si. Bowlby, ocupado com o impacto da separação entre bebês e suas mães, declarou que as crianças de menos de seis meses não eram ainda seres individualizados; por isso, seriam menos afetadas por uma separação da mãe do que se isso ocorresse após essa idade. Entretanto, particularmente para Winnicott, o fator decisivo para que estabelecesse essa idade como delimitadora de novos acontecimentos foi a observação de que bebês de cinco meses são capazes de agarrar e levar objetos à boca, mas somente a partir dos seis meses esse bebê dará sequência a esse gesto e incluirá em seu jogo *deixar cair* o objeto. Foi apoiado nessa descoberta do brincar

infantil que o autor elaborou a teoria dos objetos e fenômenos transicionais, outra grande contribuição para a psicanálise.

Como se sabe, Winnicott é um autor que não acredita em determinismos e, por isso, relativiza tudo o que se refere a datas e idades, estabelecendo as conquistas referentes a cada estágio apenas como um parâmetro. Conhecedor dos percalços que rodeiam o amadurecimento pessoal, admite que é muito difícil determinar “os primórdios da pessoa”, mas entende que alguém pode ser assim considerado quando “[...] ali se encontra para juntar experiências, confrontá-las, sentir e estabelecer distinção entre os sentimentos, ficar apreensivo no momento adequado e começar a organizar defesas contra o sofrimento mental [...]” (Winnicott, 1964c/1988, p. 33). O autor diz que somente a partir desta circunstância é, então, possível afirmar “que o bebê É, e que o seu estudo, a partir deste ponto, precisa incluir a psicologia” (Winnicott, 1964c/1988, p. 33).

3.3 Orientação para a saúde

A intenção de Winnicott, ao teorizar sobre o que denominou relação primordial, nunca foi distribuir culpas, mas descrever e sistematizar uma maneira de compreender a diversidade das manifestações da existência humana, bem como poder teorizar sobre a etiologia do adoecimento psíquico.

Foi em sua experiência clínica na pediatria que Winnicott compreendeu a importância do conceito de saúde psíquica. Ele reconheceu, após inúmeras observações clínicas, que a ausência de sintomas físico-orgânicos nem sempre significavam a certeza de um desenvolvimento emocional sadio. Muito cedo, em sua prática pediátrica, percebeu a interferência do estado psíquico materno sobre a avaliação que a mãe fazia de seu bebê; também notou que muito do que acontecia com um bebê refletia o modo efetivo do cuidado da mãe para com ele. Estes fatores foram decisivos para que Winnicott empreendesse sua ruptura com o conceito de saúde como ausência de doença física e se direcionasse para a compreensão dos aspectos envolvidos na constituição de um si-mesmo pessoal – tarefa primordial para alguém que chega ao mundo como um recém-nascido totalmente dependente. Certamente este também foi um dos motivos que incentivou seus estudos em psicanálise e, conseqüentemente, direcionou-o para a sua mudança de atuação profissional, da pediatria para a psicanálise.

Vivendo em uma época em que as dificuldades iniciais enfrentadas pela medicina pediátrica estavam superadas, Winnicott percebeu que uma diferencial contribuição para a área seria ampliar o conceito de saúde, de modo a considerar também as “dificuldades a que a criança fisicamente saudável está sujeita pelo fato de crescer numa sociedade formada por seres humanos” (Winnicott, 1988/1990, p. 27). Winnicott esclarece esse ponto quando avalia que as pessoas das quais o bebê necessita para lhe apresentar o mundo também estão envolvidas na difícil tarefa de viver. Esse pensamento, definitivo para a compreensão da ideia do autor, pode ter sua profundidade desconsiderada caso não se perceba que, com esse enunciado, Winnicott está firmando sua convicção de que, para uma pessoa, o ser saudável e o ser doente têm uma relação direta com os relacionamentos pessoais que ela estabelece ao longo da vida e que são iniciados com a mãe.

De um modo claro e elucidativo, Winnicott demonstra que, desde o momento da concepção, o bebê está, de algum modo, envolvido e sob a influência das intercorrências vivenciais da pessoa da qual é dependente. Além desse início, as relações interpessoais estabelecidas ao longo da vida estarão sempre exercendo alguma influência na pessoa, deixando impressões, delineando rumos ou abrindo novas possibilidades de ser, com uma ressalva: nunca libertarão a pessoa da condição de ser a única responsável pelo próprio existir. A característica de condicionalidade da existência humana aos fatos concretos do viver está pautada no entendimento de o existir humano ser um acontecimento histórico, sujeito a influências diversas e variadas circunstâncias, que podem inclusive conduzir a uma recuperação. Para Winnicott, nada que diga respeito ao acontecer humano é definitivamente bom ou mau, e muito menos terminado. Embora a previsibilidade seja esperada, há espaço para o imprevisto, bem como para a recuperação quando algo foi transtornado.

A partir da convicção de que as crianças não vivem sozinhas e de que parte do que se tornam (do ponto de vista da saúde e da doença) é constituído nas relações humanas que estabelecem desde que são concebidas e nascem, Winnicott questiona a medicina somática e sua perspectiva orgânica do adoecer. Também em função desse posicionamento, começa a encontrar, como foi anteriormente descrito, dificuldade em aceitar a orientação teórica da psicanálise tradicional, pois percebeu que se apoiar apenas no desenvolvimento sexual e na teoria do complexo de Édipo seria uma forma de minimizar a complexidade dos processos vitais a que está submetido um novo ser humano antes que se

torne capaz de ter relações interpessoais e do tipo triangulares.

Sempre apoiado nas observações clínicas (realizadas tanto em seu consultório pediátrico como, mais tarde, em sua clínica com psicóticos), Winnicott confirma que o adoecer psíquico é um aspecto da existência mais complexo do que o fato de ter ou não ter sintomas físicos – como pregava a medicina somática e, em particular, a psiquiatria⁹ – e que o distúrbio psíquico não pode ser atrelado, como até então ocorria na psicanálise tradicional, a um único tema do desenvolvimento infantil.

Winnicott admite que descrever os processos do amadurecimento em função do id (instintos) é mais fácil; contudo, argumenta que a avaliação da saúde em termos da posição id é insatisfatória em razão da “ausência da psicologia do ego”¹⁰ (Winnicott, 1971f[1967]/1999, p. 10). Mesmo ciente de que descrever o amadurecimento em termos do ego é uma tarefa mais complexa, afirma ser esta a única maneira de avaliar a saúde ou a falta de saúde emocional, pois o “exame do ego nos leva direto aos estágios pré-genitais e pré-verbais do desenvolvimento individual e à provisão ambiental” (Winnicott, 1971f[1967]/1999, p. 10); esta última é a chave de um amadurecimento saudável.

Para o psicanalista, os problemas iniciais da vida humana, como a continuidade de ser e a constituição de um si-mesmo pessoal, “não são solúveis por meios da teoria da situação edípica” (Loparic 1997a, p. 382). Esclarecendo esse ponto, Loparic diz que, somente depois de ter “assegurada a continuidade do ser, a primeira identidade pessoal e de ser criada a realidade externa” (Loparic, 1999c, p. 136), um bebê poderá abrir-se para o encontro com aquilo que não é ele, humano ou não humano.

A saúde, compreendida como uma condição de possibilidade inerente à natureza humana, sempre foi a norteadora do pensamento de Winnicott. Quando teorizou sobre o adoecer psíquico, ele orientou e fundamentou suas ideias na noção de que a saúde psíquica é uma conquista do desenvolvimento pessoal que, para ser alcançada, precisa ter sua base firmada *ativamente* durante a primeira infância, por meio do cuidado materno. Assim, a teoria dos distúrbios psíquicos foi construída sobre os pressupostos da teoria da saúde.

Por essa razão, para ser fiel ao pensamento de Winnicott, não se deve tratar a doença psíquica como uma entidade que tenha vida própria ou imaginá-la como algo que possa ser rigidamente fixado em um quadro nosográfico. A mesma linha de desenvolvimento e amadurecimento que orienta a compreensão de uma vida saudável é usada por ele para pensar o

adoecer. Assim, segundo Winnicott, quando a sequência natural de realização de tarefas e acontecimentos que propicia o amadurecimento falha, isto é, quando não acontece algo que seria esperado acontecer, dá-se uma interrupção nessa linha de desenvolvimento. A pessoa fica estagnada em um estágio até que alguma providência ambiental surja para tornar possível a retomada do desenvolvimento emocional, isto é, do amadurecimento pessoal.

Esse modo de pensar winnicottiano tem como consequência a configuração do adoecer como uma interrupção do amadurecimento em função de alguma dificuldade específica ocorrida em algum dos estágios de amadurecimento, no qual a criança está tendo experiências e realizando as tarefas para se desenvolver.

Para Winnicott, o estágio inicial, que corresponde mais ou menos aos quatro ou cinco primeiros meses de vida de um bebê, é o fundamental para o amadurecimento pessoal e para a estruturação da personalidade. É nesse período de vida, no qual a necessidade vital de ser, existir e sentir-se real como pessoa precisa ser conquistada, que a dependência do cuidado ambiental é absoluta. Pode-se dizer que a condição para o prosseguimento do amadurecimento em um modo saudável surge, ou não, como uma primeira possibilidade, no estágio inicial. Essa dependência ambiental é de tal ordem que, da perspectiva do bebê, ele e o ambiente são inicialmente uma só coisa; apenas gradualmente o eu separado da realidade externa se constitui e a conquista do estatuto de unidade se confirma. Um bebê que tem sua continuidade de ser interrompida fica privado da experiência de alcançar o sentido de ser e existir, estando à mercê, a partir de então, de algum fato ou acontecimento espontâneo da vida para que sua linha de amadurecimento seja retomada; ou, então, ficará na dependência de que isso ocorra em um processo analítico.

É por essa razão que as considerações a respeito do conceito de saúde para Winnicott vão mais além. Segundo ele, só é possível falar em saúde pessoal quando o bebê, criança ou adulto já é capaz de “fazer uma avaliação objetiva da realidade”, pois conquistou o eu e é capaz de “distinguir claramente entre o eu e o não-eu, entre o real compartilhado e os fenômenos da realidade psíquica pessoal, e tenha algo de ambiente interno” (Winnicott, 1971f[1967]/1999, p. 5). Esses aspectos do desenvolvimento implicam, naturalmente, um bom início, ou seja, que as tarefas do ambiente e do bebê tenham sido realizadas de modo que a linha do amadurecimento tenha podido seguir seu curso a partir dos estágios iniciais e tenha avançado para o que ele chama de estágio do

concernimento e, apenas mais tarde, para o estágio do relacionamento a três.

No entanto, como as conquistas de uma fase dependem, de alguma maneira, da confirmação destas no estágio seguinte, só é possível dizer que há possibilidade de dar continuidade ao amadurecimento quando, efetivamente, isso pode ser observado pelas conquistas da criança no sentido de alcançar a unidade como pessoa e, também, “na evolução do indivíduo, psique-soma, personalidade e mente junto com (eventualmente) a formação do caráter e a socialização” (Winnicott, 1955d[1954]/2000, p. 377).

3.4 Conceitos de saúde e doença e o sentido de realidade

A partir, portanto, do momento em que se constitui um si-mesmo pessoal (Eu), torna-se possível falar em saúde em termos winnicottianos. No entanto, como para Winnicott há um evidente “vínculo entre a saúde emocional individual e o sentimento de se sentir real” (Winnicott, 1971f[1967]/1999, p. 18), o parâmetro para uma avaliação da saúde psíquica de uma pessoa baseia-se em sua capacidade de ser e sentir-se real. Alguém que conquista essa condição pode viver a própria vida, o que implica dar continuidade à sua existência, ter um senso de existir e de si-mesmo, poder assumir responsabilidades por sua ação ou inatividade e, também, reconhecer as censuras pelas suas falhas, apesar de estar sempre rodeado pelos conflitos e dificuldades inerentes ao viver (cf. Winnicott, 1971f[1967]/1999, p. 10).

Esse é o indivíduo que pode ser descrito como uma pessoa amadurecida, capaz, portanto, de experienciar a vida de modo apropriado à sua idade. É alguém que pode, inclusive, ter as suas defesas qualificadas e “o valor ou falta de valor na personalidade” observado (Winnicott, 1965h[1959]/1990, p. 126). Nele podemos ver o uso de defesas depressivas e/ou neuróticas, sendo que a anormalidade não estaria relacionada ao uso das defesas em si, mas sim à incapacidade de utilizar de maneira variada os diferentes tipos de defesas.

Ao destacar a saúde como a possibilidade mais marcante da natureza humana e priorizar a compreensão da pessoa a partir dessa possibilidade, Winnicott, mais uma vez, diferencia-se dos teóricos psicanalistas clássicos,

pois inverte o caminho, até então tradicional nas teorias psicanalíticas em geral, de partir da psicopatologia como forma de entendimento humano.

Entretanto, para Winnicott, como ocorre o adoecer? Visto que o crescer e o integrar-se são as complexas tarefas do amadurecimento – as quais, se realizadas em seu tempo e na conjunção com um ambiente favorável, proporcionam a possibilidade de um viver saudável –, é possível pensar que, na ausência dessas condições, o desenvolvimento saudável não se dará. Reconhecendo que há uma “teoria geral da continuidade”, que conceitua uma tendência inata no sentido do amadurecimento, é possível presumir, então, uma teoria da doença psíquica como “uma interrupção no desenvolvimento” (Winnicott, 1968c[1967]/1994, p. 52) ou interrupção do amadurecimento pessoal.

Winnicott assume como certo que, durante o desenrolar do amadurecimento pessoal, impedimentos de ordens diversas podem surgir e fazer com que a linha de amadurecimento seja interrompida. A esses impedimentos ele dá o nome de “trauma”,¹¹ que possui, nos estágios da dependência absoluta, o sentido de um fracasso relativo à dependência e implica um colapso na área da confiabilidade, situação que favorece dificuldades para a estruturação da personalidade e constituição do si-mesmo, porque o bebê, em vez de continuar a ser, precisará reagir à falha ambiental sentida por ele como uma ameaça, ou seja, uma intrusão ao seu amadurecimento. Para se proteger do colapso provocado por essas intrusões, o bebê organiza e estrutura defesas que diferem em característica e intensidade de acordo com o momento do amadurecimento em que as falhas aconteceram.

A presença de um padrão de falhas ambientais no período inicial – o da unidade mãe-bebê –, quando não é revertida, pode impedir a continuidade do senso de ser e existir, e até mesmo a constituição de um si-mesmo pessoal. A esquizofrenia, definida por Winnicott como uma defesa organizada, é a consequência dessa situação.

Por outro lado, quando as falhas ambientais promovem a descontinuidade do ser, mas não constituem um padrão definitivo, podendo ser naturalmente revertidas, a continuidade de ser e existir será recuperada, a tendência à integração reafirmada e o si-mesmo conquistado. Todavia, vale também para essa situação a observação de que o momento e a intermitência com que as intrusões acontecem têm sua importância em termos do amadurecimento pessoal. As cicatrizes dessas experiências de inconfiabilidade, experienciadas como reações à descontinuidade de ser, seguirão como parte da pessoa e poderão influir no modo de estruturação

da personalidade e na força do ego, que será, no momento da integração em uma unidade, mais ou menos forte em razão disso.

Em Winnicott, falar de um ego fraco ou forte significa dizer que a pessoa recém-constituída possui um senso de ser e existir pessoal mais ou menos solidificado. O bebê-pessoa, mesmo que ainda relativamente dependente do ego materno e carregando resquícios de imaturidade, seguirá para o estágio de dependência relativa apoiado na estrutura de personalidade e organização de ego alcançadas. Não sendo a ambiência concernente com a necessidade da pessoa, originam-se os estados psicóticos, pois, como Winnicott afirma, a doença do tipo psicótico surge a partir de “adiamentos, distorções, regressões e confusões nos estágios iniciais do crescimento do conjunto ambiente-indivíduo” (Winnicott, 1953a[1952]/2000, p. 315).

Entretanto, independentemente de como transcorreu essa passagem, estando constituída a unidade eu, o fato novo e significativo do amadurecimento com o qual o bebê terá de lidar é o reconhecimento de que os impulsos instintivos e agressivos, antes não conhecidos como pessoais, fazem parte do si-mesmo. Contudo, essas experiências, que deverão ser gradualmente integradas à personalidade do bebê e aceitas como pessoais durante o estágio do concernimento, irão se tornar um elemento de fortalecimento do ego apenas se ele for capaz (forte) de incorporá-las e de sustentar os riscos, próprios e naturais, envolvidos na continuidade do amadurecimento, agora experienciados com a pessoa da mãe. Caso contrário, as exigências instintivas poderão se tornar ameaçadoras para o si-mesmo (Eu) recém-constituído. Assim, se a coesão da unidade eu recém-integrada esteve ligada especialmente à experiência do segurar (*holding*) materno inicial, é necessário – para que haja um fortalecimento do ego e, conseqüentemente, um amadurecimento pessoal durante os momentos iniciais do estágio do concernimento (inclusive no estágio da dependência relativa) – o prosseguimento de um manejo (*handling*) assegurador da parceria psique-soma por parte da mãe. As falhas ambientais, nessa ocasião, favorecerão os distúrbios da afetividade e a tendência antissocial. Winnicott entende que, nesse universo de experiências do estágio do concernimento, tanto a etiologia como as ramificações da depressão e das defesas antidepressivas são definidas.

3.5 Defesa do falso si-mesmo

Uma defesa especialmente significativa para a compreensão da teoria winnicottiana do amadurecimento no sentido da saúde e da interrupção desta (não saúde) é a defesa do falso si-mesmo.¹² O falso si-mesmo é uma organização defensiva que tem por objetivo proteger o verdadeiro si-mesmo, que fica inacessível; funciona como uma fachada para a pessoa e proporciona ao paciente uma “saúde aparente” (Winnicott, 1955d[1954]/2000, p. 384). Apoiado nessa falsa saúde, a pessoa poderá realizar todos os tipos de experiências, contudo elas irão se revelar sem valor, pois o sentimento de inutilidade, próximo da ideia de que a vida não vale a pena ser vivida, será predominante.

Quando é o falso si-mesmo que existe, o si-mesmo verdadeiro¹³ (posição teórica de onde vêm o gesto espontâneo e a ideia pessoal) segue oculto e inacessível, não havendo amadurecimento pessoal no sentido da continuidade de ser, existir e sentir-se real. Isso acontece pelo fato de o falso si-mesmo não ser uma expressão da espontaneidade da pessoa, mas sim o resultado de uma reação à intrusão ambiental ou à falha na adaptação materna, que tem como função proteger o verdadeiro si-mesmo do risco de aniquilamento.

Sempre que o falso si-mesmo é estabelecido, ele acaba por constituir um aspecto falso da personalidade da pessoa, que se apresenta para o mundo externo como real. Winnicott escolheu usar o termo falso si-mesmo para indicar que esse eu que se apresenta para o mundo é derivado de um aspecto materno, e não do indivíduo. Baseado nisso, diz que o falso si-mesmo não significa mais que o ambiente introjetado e, por conseguinte, quando essa defesa, por qualquer razão, entra em colapso, fica evidente a ausência de um si-mesmo verdadeiro.

Essa defesa é qualificada por Winnicott como uma das mais bem-sucedidas, e pode ser organizada em qualquer fase do estágio inicial: na vida intrauterina, no nascimento, nos estágios primitivos e nos momentos iniciais do estágio do concernimento (ou estágio do Humpty-Dumpty),¹⁴ em que a integração em um eu foi recém-conquistada e é muito precária. A complexidade da personalidade de uma pessoa estará sempre e de algum modo influenciada pelo momento em que essa defesa foi organizada. Quando organizada na vida intrauterina, o nascimento se apresenta como a experiência ambiental em que o bebê poderá retomar sua continuidade de ser. Caso o nascimento seja traumático, os cuidados ambientais subsequentes serão de grande importância para a recuperação dessa experiência. Persistindo-se as dificuldades pós-nascimento, poderá haver a deficiência mental não orgânica, a esquizofrenia da infância (autismo) ou a

predisposição para a doença mental hospitalizável (cf. Winnicott, 1965vc[1962]/1990, p. 64). Ou, ainda, a organização do falso si-mesmo, que, apoiado no funcionamento da mente precocemente estruturada, ordenará um falso amadurecimento.

É mais comum o falso si-mesmo ser organizado nos estágios iniciais, nos momentos em que a integração em uma unidade ainda não se estabeleceu completamente. Como em todas as outras situações em que pode surgir (antes do nascimento e no nascimento), a organização da defesa de um falso si-mesmo no estágio inicial tem a função de proteger o verdadeiro si-mesmo da inconfiabilidade e da imprevisibilidade ambiental. Esse é o caso em que a adaptação da mãe às necessidades do bebê não acontece de modo a propiciar a experiência de onipotência e ilusão, fundamentais para o fortalecimento do sentido de realidade externa e da capacidade de usar símbolos – base do brincar e do imaginar. Embora o bebê proteste contra ser forçado desde cedo a uma existência falsa, a saída para o lactente que, com o tempo, percebe a impossibilidade de o ambiente reconhecer o seu gesto ou necessidade, é a submissão ao gesto da mãe e a imposição daquilo que vem de fora. Clinicamente, esse protesto é observado por uma irritabilidade generalizada, pelos distúrbios de alimentação e de outras funções, que podem gradualmente desaparecer para, eventualmente, reaparecer de forma mais severa em um estágio posterior (cf. Winnicott, 1965m[1960]/1990, p. 134).

Sustentado por uma falsa integração, o bebê caminha em seu amadurecimento e alcança o estágio do concernimento. Aí algo se modifica. O bebê deixa de se submeter ao ambiente e passa a ser seduzido¹⁵ pela submissão. Há certo amoldamento às características do ambiente, que é sentido como intrusivo ou não adaptativo, e o bebê passa a viver como se tudo aquilo que ele experiencia é verdadeiro. O falso si-mesmo permanece reagindo às exigências do ambiente, porém o bebê parece aceitá-las. Winnicott diz que, mediante o falso si-mesmo, o bebê “constrói um conjunto de relacionamentos falsos, e por meio de introjeções pode chegar até uma aparência de ser real” (Winnicott, 1965m[1960]/1990, p. 134). Em um grau extremo, verifica-se um comprometimento da espontaneidade das experiências realizadas pela pessoa.

Winnicott reforça que, embora seja uma defesa eficiente, pois garante a integração e a aparência de ser real, o falso si-mesmo não deve ser visto como um componente da saúde, pois, de alguma forma, o existir por meio desse “eu falso” impede, ou pelo menos adia, a sequência do

amadurecimento pessoal verdadeiro. Um exemplo disso é mostrado por Winnicott, que associa o falso si-mesmo constituído nesse momento ao conceito de defesa maníaca (hipomania), em que se verifica que a negação da depressão por processos inconscientes impõe uma interrupção no amadurecimento, na medida em que a pessoa não pode usar os benefícios do estado de humor deprimido para entrar em contato com sua realidade interna e, assim, poder assumir a responsabilidade por isso.

Se o falso si-mesmo é organizado no estágio “Humpty Dumpty” (início do estágio do concernimento), ocorre em razão de dificuldades relativas ao estabelecimento do concernimento, ou seja, em relação à aceitação da destrutividade pelo bebê em decorrência de falhas maternas na realização das tarefas do estágio. Dessa maneira, não seria adequado dizer que o falso si-mesmo protege o verdadeiro si-mesmo do risco de aniquilação, pois, quando o lactente alcança esse estágio, algo do si-mesmo verdadeiro foi conquistado. E é esse ponto que merece destaque. Para Winnicott, o si-mesmo verdadeiro “aparece logo que há qualquer organização mental que seja do indivíduo” (Winnicott, 1965m[1960]/1990, p. 136), isto é, derivado do amadurecimento pessoal, e não de um desenvolvimento precoce da mente (caso especial do falso si-mesmo) como supridora das falhas ambientais; por essa razão, a organização de um falso si-mesmo nessa fase tem a função de ocultar não mais o verdadeiro si-mesmo, mas “a realidade interna do lactente” (Winnicott, 1965m[1960]/1990, p. 136), conceito que só adquire sentido para o bebê que alcançou a unidade psicossomática e tem a pele como uma membrana limitadora entre o interior do bebê e o exterior.

Um caso especial de falso si-mesmo é aquele em que a mente ou a função intelectual se torna o lugar do falso si-mesmo, promovendo uma dissociação entre a atividade intelectual e a existência psicossomática. Quando ocorre o que Winnicott denomina “dupla anormalidade”, ou seja, o falso si-mesmo para ocultar o verdadeiro si-mesmo e o esforço de usar a mente para resolver as dificuldades, observa-se um quadro clínico em que a pessoa tem um tremendo êxito acadêmico, profissional e/ou social, mas se sente falsa; eventualmente, quando não cumpre a promessa de sucesso que parecia certa, em geral decepciona aqueles que depositaram esperanças nela. O problema é que, embora o falso si-mesmo seja uma defesa sólida – por se tratar de uma falsa integração sob a qual se constrói a personalidade da pessoa –, a pessoa, a despeito do sucesso e reconhecimento obtidos, sente-se fútil e irreal. Percebe-se como uma farsa prestes a ser descoberta. Esses sentimentos se intensificam quanto mais o

falso si-mesmo passa a ser tratado pelas pessoas como “verdadeiro”. Há três momentos do amadurecimento pessoal em que essa cisão pode ocorrer: como consequência de um trauma de parto, como uma reação às falhas ambientais nos estados primitivos e como consequência da exploração da mente de um bebê por parte da mãe, no período da desadaptação.

O importante a ser destacado em relação à defesa do falso si-mesmo, independentemente do momento em que essa defesa se organizou, diz respeito à força de ego. O estado de integração e senso de continuidade conquistados pela pessoa que oculta o si-mesmo ou sua realidade interna é vulnerável e/ou falso. Sendo assim, as experiências instintivas e agressivas não serão experienciadas como uma contribuição para o sentimento de sentir-se real, podendo, ao contrário, ser avaliadas como um fator de ameaça para a integração.

3.6 Depressão e saúde

Como se vê, para Winnicott a “alternativa” ao que ele chama ser saudável, amadurecido e capaz de viver de acordo com a idade que tem é representada pela doença psicótica (esquizofrenia, psicoses e falso si-mesmo) – uma doença, como vimos, “etiologicamente secundária à falha ambiental”, mas que se revela clinicamente “como uma distorção mais ou menos permanente na estrutura da personalidade da pessoa” (Winnicott, 1965h[1959]/1990, p. 126). A riqueza da contribuição winnicottiana para o estudo da natureza humana e para a psicanálise está associada a esta última afirmação a respeito da psicose. Ao mesmo tempo em que o autor evidencia a ideia de que as distorções na estrutura da personalidade interferem na linha de amadurecimento pessoal, também deixa implícita a ideia da possibilidade de retomada do amadurecimento, nem que seja por meio de um colapso da defesa – situação propícia a uma nova forma de provisão ambiental, que pode ser experienciada nos relacionamentos comuns das pessoas. Não havendo essa oportunidade, Winnicott compreende que a análise seria o lugar por excelência da experiência de uma provisão ambiental concernente com as necessidades do paciente que vive um colapso das defesas psicóticas.

Pelo fato de a psicose ser uma organização defensiva associada etiologicamente a um fator ambiental-externo, mais precisamente a uma característica da relação mãe-bebê nos estágios iniciais (e não a um

processo psíquico interno, como acontece com a neurose), Winnicott entende que o psicótico pode recuperar sua linha de amadurecimento caso a circunstância ambiental-humana seja oferecida em qualquer época da vida. No entanto, caso isso não aconteça ou enquanto isso não ocorrer, a imaturidade pessoal persiste, ficando comprometida, a longo prazo, a “capacidade do indivíduo de se relacionar com pessoas e com o ambiente de modo geral” (Winnicott, 1984i[1961]/1999, p. 96).

Baseado no raciocínio de que na psicose defesas primitivas são organizadas e usadas em razão de “anormalidades” ambientais, Winnicott entende que os empecilhos e imprevistos (traumas) que se interpõem ao amadurecimento precisam ser analisados sob a ótica da relação primária – isto é, da relação mãe-bebê – e considerados à luz da teoria do amadurecimento. Assim, a investigação da história do meio ambiente-mãe, relativa ao amadurecimento, é o tema a ser pesquisado por um psicanalista.

Um parêntese dedicado ao relacionamento entre a mãe e o bebê nos momentos iniciais é necessário para que a diferença, a esse respeito, entre as proposições de Winnicott e as da psicanálise de base edipiana possa ser avaliada. Diferentemente de Freud, que acreditava que os relacionamentos com objetos eram iniciados com a mãe e em consequência da catexização do objeto, Winnicott assegura que o relacionamento dessa díade “não deriva da experiência instintiva nem da relação objetal surgida a partir da experiência instintiva” (Winnicott, 1958d[1952]/2000, p. 164). É um relacionamento que antecede a experiência instintiva, pois acontece muito antes da relação entre pessoas inteiras. Por isso, no início (estágio primitivo), é “paralelo” à experiência instintiva e, apenas em um estágio mais adiantado do desenvolvimento (estágio do concernimento), poderá ser “entremeado” por ela, porque, antes do início da relação de objeto, há apenas a unidade ambiente-bebê, que é o contexto em que poderá acontecer a experiência de o bebê tornar-se uma pessoa.

Vale lembrar que, do ponto de vista do bebê, no início, nada existe além dele próprio; portanto, a mãe é inicialmente parte dele. Muito precisa acontecer nesses momentos iniciais para que a palavra *ser* possa alcançar algum sentido para o bebê. Esse é um aspecto definitivo para Winnicott. Segundo ele, o “Eu sou não significa nada, a não ser que Eu, inicialmente, seja juntamente com outro ser humano que ainda não foi diferenciado” (Winnicott, 1987e[1966]/1988, p. 9). Assim, “a condição de ser é o início de tudo, sem a qual o fazer e o deixar que lhe façam não têm significado” (Winnicott, 1987e[1966]/1988, p. 9). A cada necessidade atendida, o bebê pessoaliza as sensações ativadas no cuidado, passando a reconhecê-las

como próprias. Quando chega ao momento do desenvolvimento, em que pode reconhecer que o que se passa com ele é parte dele, já é capaz de começar a esperar pelo tipo de cuidado que irá aplacar sua necessidade. No entanto, para que isso se torne um fato para o bebê, o dado fundamental é a constância e a previsibilidade do cuidado materno. É o apoio da mãe que facilita a organização do si-mesmo, permite sua continuidade de ser e capacita o bebê, que, com o tempo, torna-se capaz de afirmar sua própria individualidade e de experienciar um sentimento de identidade pessoal.

Por entender que a maturidade pessoal ou saúde – no sentido de menor “vulnerabilidade aos estados esquizoides e à esquizofrenia” (Winnicott, 1953a[1952]/2000, p. 308) – é constituída nos momentos iniciais, bem como por acreditar que, quando o ambiente é adaptativo, o bebê pode diferenciar-se da unidade mãe-bebê e “ser estudado em termos de uma psicologia da normalidade” (Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 300), Winnicott propôs a psicose como paradigma do adoecer. É claro para Winnicott que, antes de uma criança poder enfrentar os conflitos característicos da vida interpessoal, entre eles os edipianos, muito precisa acontecer em termos de amadurecimento; por isso, algumas pessoas podem nem mesmo alcançar esse nível de maturidade.¹⁶

O deslocamento feito por Winnicott da neurose para a psicose como paradigma do adoecer, bem como a ideia de saúde como sinônimo de amadurecimento e de doença como uma interrupção no amadurecimento pessoal, trazem importantes reflexões para a compreensão do ser saudável ou não saudável, que abrangem em especial o tema da depressão. Por exemplo, segundo Winnicott, a pessoa sadia, clinicamente falando, está mais próxima da loucura (psicose) e da depressão do que da neurose, pois esse autor pensa ser “um alívio concedido por um senso de humor” conseguir “flertar com as psicoses” (Winnicott, 1989vl[1961]/1994, p. 58). Ele quer dizer com isso que, na saúde, a pessoa é capaz de deprimir-se no sentido da preocupação e responsabilidade com e/ou de organizar defesas contra os conflitos intoleráveis da realidade pessoal, pois ela pode empregar todo tipo de defesas, mudando de uma para outra, dado que possui um si-mesmo constituído, mas está relativamente livre da repressão maciça e da inibição dos instintos que favorece a rigidez de organização defensiva dos neuróticos.

De qualquer modo, para compreender a profundidade das proposições de Winnicott, é importante ter claro que, para ele, a saúde e a doença não são consequências esperadas de um caminho de vida que pode ser antecipadamente calculado e dirigido. São, na realidade, alternativas

possíveis para todo ser humano que nasce e inicialmente cria o mundo que mais tarde será encontrado, como de fato o é, e no qual está a condição para que a pessoa possa ser e existir, desde que conte com a presença de outra pessoa que a receba e lhe apresente esse mundo de modo gradual e segundo seu amadurecimento. É do contato estabelecido entre aquele que chega com aquele que já está aí que se fundam as condições de possibilidade para o ser saudável ou não saudável. Por estar ligado a esse pensamento, Winnicott propõe que o significado de saúde pode ser estendido “àqueles que carregam a semente da doença e mesmo assim conseguem vencer”, alcançando, não sem esforço e sofrimento, “um estado de saúde” (Winnicott, 1971f[1967]/1999, p. 14).

Os estados depressivos – sejam os psicóticos ou os reativos (simples ou patológicos) – são, na visão de Winnicott, a expressão máxima de que há saúde latente atrás do sofrimento e da tristeza. Na linguagem de Winnicott, esses estados são a manifestação clara de que há um si-mesmo verdadeiro, mesmo que incipiente, procurando encontrar um meio de começar a existir; ou, então, um eu já constituído, uma identidade pessoal elaborando uma maneira de existir e relacionar-se com o outro, sem que seja preciso usurpar sua espontaneidade.

Esse modo de pensar o adoecer acrescenta outra ordem de compreensão para a pesquisa da depressão, que vai além da visão químico-orgânica e comportamental. Também representa um avanço em relação à visão da depressão atrelada ao conflito edipiano, como propunha Freud. Em Winnicott, a depressão (humor deprimido) é o elemento que dá valor e profundidade a uma vida saudável para aqueles que conquistaram a capacidade de deprimir-se durante o estágio do concernimento. É o afeto esperado no luto e nas depressões reativas; esse afeto adquire um sentido patológico em duas circunstâncias: quando associado a dificuldades experienciadas durante a fase do concernimento ou quando é decorrente das impurezas experienciais armazenadas ao longo do estágio anterior ao do concernimento. Em termos de etiologia, a depressão está situada na linha do amadurecimento entre a psicose e a neurose; é por isso que, quando adquire um caráter patológico, a depressão intensifica a experiência do estar doente tanto para os quadros psicóticos como para os quadros neuróticos.

4. Experiência do nascimento e defesa do falso si-mesmo

Qual a importância de verificar a teoria winnicottiana do nascimento e sua relação com a psicologia e a psicopatologia em um estudo sobre depressão? Embora saiba que a experiência do nascimento, na maior parte das vezes, transcorre como uma “boa experiência” que pode, inclusive, “promover o fortalecimento do ego e a estabilidade” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 262) – e por essa razão pode nunca chegar a constituir um material que apareça na análise “de um modo que chame atenção” (Winnicott, 1958p[1948]/2000, p. 161) –, Winnicott está ciente de que, quando um bebê, dotado de uma organização egoica extremamente imatura, vê-se obrigado a dar conta de situações de intrusões ambientais características de um parto traumático, algo diferente em termos de desenvolvimento emocional e estruturação da personalidade pode acontecer, pois Winnicott acredita que, no momento do nascimento, “já existe um ser humano no útero, capaz de ter experiências e acumular memórias corporais e até mesmo organizar defesas contra possíveis traumas” (Winnicott, 1988/1990, p. 165).

De acordo com Winnicott, as implicações patológicas associadas ao trauma de nascimento podem ser observadas em três situações. Primeira, em alguns casos de paranoia (paranoia congênita, não herdada), em que, por causa de um nascimento “especificamente” traumático, é impresso no bebê um “padrão de expectativa de interferência em seu ser” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 273), gerando um desenvolvimento excessivo do intelecto e fazendo com que o bebê, após o nascimento, possa “continuar a esperar e mesmo ir de encontro às perseguições, a fim de colecioná-las e preservá-las” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 274) com a intenção de proteger a psique.¹⁷ Segunda, a experiência do nascimento pode ser relacionada a alguns distúrbios psicossomáticos, em especial determinados tipos de dor de cabeça e problemas respiratórios, que influenciam certos padrões de hipocondria. E, numa terceira situação, ser a origem de uma falsa integração, que implicaria uma forma de pensamento abstrato não natural para essa fase do desenvolvimento.

Da última situação, isto é, quando o trauma do nascimento dá origem a uma falsa integração, seguem duas alternativas relacionadas ao desenvolvimento mental. Na primeira, pelo fato de o indivíduo precisar se apoiar precocemente em seu intelecto, este se desenvolverá excessivamente e, assim, a mente, em vez do psique-soma, orientará seu desenvolvimento emocional, sendo essa circunstância favorável à constituição de um falso si-mesmo. Na segunda, há um fracasso no desenvolvimento da mente que gera um estado confusional e a deficiência

mental (sem alteração dos tecidos cerebrais), quando em um grau máximo. Para estes últimos, o diagnóstico adequado seria o de psicose infantil. Tanto o falso si-mesmo como o estado de confusão são defesas precocemente organizadas que distorcem o amadurecimento pessoal.

A defesa do falso si-mesmo organizada precocemente é considerada pelo autor o caso mais comum para os problemas relacionados ao parto. Em circunstâncias em que a experiência do nascimento é traumática, pode haver um estímulo do funcionamento intelectual de forma desproporcional, fazendo com que o intelecto colecion, em detalhe e na sequência em que ocorreram, as intrusões às quais precisou reagir como forma de proteger a psique até ser restabelecido o estado de continuar a ser. Enquanto na saúde a catalogação não envolve o pensar, é anterior a ele e simplesmente uma maneira de registrar e comparar, a catalogação das intrusões é uma defesa organizada precocemente, em que o uso da mente é solicitado e o bebê estará, a partir de então, à espera de uma situação ambiental na qual possa assimilar o que se passou.

Winnicott entende que há gradações nessa experiência. Quando o trauma do nascimento é apenas “ligeiramente importante”, determina, de alguma forma, o anseio da pessoa por “nascer de novo”; isso pode se dar por meio do cuidado materno-ambiental. No entanto, quando é intenso, a ponto de a pessoa não ter qualquer chance de progredir em seu desenvolvimento emocional, mesmo que as condições externas sejam favoráveis, a possibilidade de isso ocorrer será pelo renascimento em um processo de análise. É para esses indivíduos que vale a seguinte observação de Winnicott:

todos os indivíduos buscam, na verdade, um novo nascimento, no qual a sua linha de vida não seja perturbada por uma quantidade de reações maior que a que pode ser experimentada sem que ocorra perda do sentimento de continuidade da existência pessoal. (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 271)

Independentemente de ser uma defesa organizada, o falso si-mesmo é uma das bases para o funcionamento mental normal, isto é, funcionamento em que não há prejuízo da capacidade intelectual. A outra é quando o ambiente adaptado permite um mínimo de reação à intrusão e um máximo de desenvolvimento natural e contínuo do Eu, dando oportunidade para que os processos mentais sejam uma consequência da experiência psicossomática. Nesses casos, a mente surge como resultado do amadurecimento e isto ocorre em termos saudáveis, no período da desilusão, nos momentos iniciais do estágio do concernimento.

A experiência do nascimento é um tema importante da teoria winnicottiana que precisa ser abordado em um estudo sobre depressão porque está associado a alterações ocorridas no desenvolvimento emocional e na estruturação da personalidade, portanto ao estágio de desenvolvimento primitivo. Além disso, tem ligação com os distúrbios psicossomáticos, hipocondríacos e de paranoia, todos esses relacionados ao conceito de falso si-mesmo. O falso si-mesmo é considerado por Winnicott o conceito diagnóstico mais “valioso” por permitir avaliar as distorções do amadurecimento e os distúrbios relativos quando decorrentes de uma falsa integração.

No entanto, antes de passar para a exposição da teoria do nascimento, é importante dizer que, apesar de Winnicott considerar o trauma relativo ao nascimento um dos conteúdos de uma análise, ele repetidamente avisa que “não existe análise baseada exclusivamente no tratamento do trauma de nascimento” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 276). Para ele, conteúdos ligados ao nascimento devem ser considerados como mais um dos materiais referentes aos fatores ambientais; portanto, devem ser reconhecidos e avaliados da mesma forma que o tipo de ambiente que pertence às experiências intrauterinas, bem como à “capacidade da mãe de dedicar-se ao recém-nascido e à capacidade do casal de assumir uma responsabilidade conjunta à medida que o bebê desenvolve-se e se transforma numa criança” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 257). Nessa lista de fatores ambientais, ele também menciona a capacidade do grupo social de permitir à mãe dedicar-se ao seu bebê e proporcionar condições de os pais “fazerem a sua parte”, no oferecimento de facilidades para que o bebê possa vir, efetivamente, a “participar da criação e da manutenção do contexto social” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 258). Isso significa que qualquer sentido especial atribuído à experiência do nascimento precisa ser extraído dos fatos concretos que permearam o nascer.

Feitas essas considerações, fica evidente que, quando o bebê nasce e finalmente chega ao mundo, muita coisa já aconteceu, mas a constituição de um eu está, a partir da chegada ao mundo, novamente em aberto. Winnicott é claro a esse respeito: o “relacionamento entre a mãe e o bebê inicia-se antes de o bebê nascer, e em alguns casos continua durante o nascimento e mesmo depois” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 271). A dependência do recém-chegado ao mundo de um ambiente habilitado a atender as suas necessidades para que ele continue a ser e se constitua uma pessoa, além de ser um fato concreto, também se confirma como uma condição fundamental. Por isso, ao nascer, o bebê está à mercê do

improvável, representado pelo acaso e também pelas condições psiquiátricas da mãe, ou da pessoa que ministrará os cuidados iniciais.¹⁸

Portanto, a experiência do nascimento deve ser considerada como mais uma experiência ambiental. E, por pensar que o simples fato de *estar vivo* lança a pessoa a experienciar situações de riscos, inerentes ao viver em si, Winnicott entende que a história do existir humano só pode ser escrita a partir da compreensão do modo como essas experiências se deram no decorrer da existência de cada pessoa. Defende também a ideia de que, se essas experiências forem vividas sob certas condições ambientais, as impressões deixadas por elas não necessariamente desviarão o indivíduo do rumo de um crescimento emocional sadio.

5. Teoria do nascimento e fator “tempo”

Como sempre faz, Winnicott relaciona a teoria do nascimento com a sua teoria do amadurecimento pessoal. E, como sabemos, a marca distintiva de sua teoria do desenvolvimento emocional é a perspectiva circular com que compreende o desenvolvimento emocional da pessoa. Esse desenvolvimento não é, portanto, linear, cronológico, dado e predefinido. Sendo essa a característica básica do desdobramento da natureza humana, alguns fatores tornam-se variáveis importantes. A primeira variável é o tempo, um marcador natural das experiências vividas, e a segunda, o cuidado ambiental fornecido por alguém, condição para que uma pessoa alcance a unidade pessoal e rume da dependência para a independência. Tempo e ambiente também são as molduras para a compreensão da experiência do nascimento.

Para o autor, o nascimento pode constituir uma experiência “com implicações significativas para o desenvolvimento emocional do indivíduo”, pois os “traços mnemônicos” dessa experiência algumas vezes podem “persistir e suscitar problemas mesmo na vida adulta” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 256). A qualificação de ser ou não ser traumático dependerá das circunstâncias que envolvem cada nascimento em particular, pois, em princípio, é possível pensar que “as experiências do nascimento sejam tão suaves que dificilmente se tornam significativas” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 261) e, assim, raramente constituiriam material clínico. Entretanto, há experiências de nascimento que excedem o que seria esperado para serem consideradas normais; por isso, agregam um valor traumático e adquirem importância para a compreensão de possíveis

desvios no desenvolvimento emocional de uma pessoa.

Para realizar a tarefa de compreender essa experiência, Winnicott assume que formulou uma “experiência normal de nascimento”, não traumática, e inventou duas gradações para o nascimento traumático.¹⁹ Em sua opinião, portanto, devem-se considerar três categorias de experiência de nascimento.

A primeira é a experiência normal, ou seja, “saudável”, que fornece o “padrão de um modo de vida natural”, pois é positiva e valiosa, com “significância” adequada para a experiência (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 261). É, nas palavras de Winnicott, uma fase temporária de reação e, portanto, de perda de identidade, um exemplo de interferência no continuar a ser pessoal, para o qual o feto estava preparado. Considera-se, nesses casos, que o bebê já experimentou, na vida intrauterina, “o retorno natural a um estado em que não é preciso reagir” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 264). E assim está dado o “único estado em que o eu pode começar a ser” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 264). Entretanto, esse modo de vida natural não está garantido apenas pelo sucesso do parto, mas deverá ser confirmado e fortalecido por diversos tipos de experiências que se seguem ao nascimento. A inclusão da experiência do nascimento no rol de elementos favoráveis ao “desenvolvimento da confiança, *do senso de sequência*, estabilidade, segurança etc.” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 261) dependerá, para ser ou não confirmada como tal, da possibilidade de o ambiente poder se adaptar ao bebê nos momentos seguintes ao parto. E aqui, mais uma vez, observamos a relatividade que cerca os acontecimentos da vida, antes de serem qualificados como intrusivos ou propiciadores do desenvolvimento emocional.

Outra categoria de nascimento seria a experiência traumática comum, que é assim definida por ser experienciada de modo mais intenso do que a anteriormente descrita, mas que se mistura a outros fatores traumáticos, perdendo, por isso, sua importância (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 262). Mesmo que tenha sido uma experiência de intrusão ambiental mais exagerada, com perda temporária de identidade e um significativo exemplo de interferência no *continuar a ser pessoal*, em geral as experiências de parto assim definidas por Winnicott não excedem ao que era conhecido pelo bebê, e, portanto, o retorno à continuidade de ser está assegurado. Para Winnicott, esse é o exemplo muito comum de nascimento, em que claramente se percebe a importância do manejo subsequente como terapêutica para anular os efeitos “traumáticos do nascimento”.

Entretanto, apenas quando a experiência do nascer passa a ter sentido para o bebê, ela pode adquirir um caráter traumático no sentido psicológico. O que ocorre, então, para que um nascimento seja ou não traumático? Segundo Winnicott, no momento do nascimento o bebê ainda não está preparado para uma *intrusão prolongada*; se, por acaso, durante o nascimento, ele sofre intrusões com essas características, a consequência será a interrupção do “continuar a ser pessoal do indivíduo” e “cada um dos aspectos da intrusão e da reação” será “entalhado na memória do indivíduo”. O trauma consiste, portanto, na necessidade de o bebê reagir num momento muito primitivo a uma intrusão que “corta o fio do seu processo pessoal e contínuo” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 265) por um tempo maior do que está apto a tolerar. Ocorre que, em um estágio muito inicial da existência, o bebê terá de reagir a intrusões ambientais acima da sua capacidade maturacional no momento, e o preço de uma reação do bebê nesse estágio “significa uma perda temporária de identidade”. Se o padrão de intrusões se confirma como um trauma, a perda de identidade se torna permanente e a consequência será um sentimento extremo de insegurança, que se tornará a base da expectativa da relação dessa pessoa consigo mesma e com o mundo. Uma “desesperança congênita” (não herdada), originadora de uma dúvida existencial, também acompanhará a pessoa no que diz respeito à sua possibilidade de alcançar uma vida pessoal (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 265).

Ao tratar desse tema, mais uma vez Winnicott toma o cuidado de não listar o que poderia ser considerado intrusões prolongadas relacionadas ao parto. Assume que o significado de tal experiência só pode ser dado no momento em que acontece, pois o sentido de uma experiência está sempre ligado às pessoas envolvidas nos acontecimentos. Também faz questão de ressaltar que os aspectos relacionados ao nascimento em si – por exemplo, os períodos de inconsciência decorrentes das transformações do cérebro ou do anestésico da mãe – não são, por si sós, exemplos significativos de interrupção.

De modo geral, a tese winnicottiana para o nascimento é: “as experiências do nascimento são boas, e podem promover o fortalecimento do ego e a estabilidade” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 262). É, como ele mesmo afirma, uma tese composta. Por um lado, enfatiza que o nascer em si não é traumático, mas sim um processo natural e esperado para todos os representantes da natureza humana. Por outro lado, reafirma a relevância do ambiente para o desenvolvimento emocional e a estabilidade

peçoal, quando reconhece que, mesmo não sendo em si traumática, a possibilidade de agregar um valor especial para a experiência do nascimento está atrelada às condições situacionais e relacionais que envolvem essa experiência. Por essa razão, a qualidade de ser ou não uma experiência traumática só poderá ser posteriormente designada.

É evidente que, também em relação à experiência do nascimento, a característica básica da natureza humana de ir e vir em seu processo de integração está presente; desse modo, independentemente do ocorrido durante esse evento vital, o momento seguinte de contato com o ambiente, isto é, o recebimento do bebê pelo ambiente, terá uma importância fundamental para a possibilidade de continuar a ser pessoal.

No entanto, da mesma maneira que a tese winnicottiana do nascimento nos dirige à influência das experiências vividas no pós-parto, consideradas condições fundamentais para o prosseguimento ou interrupção do desenvolvimento e amadurecimento pessoal, ela também nos remete à importância das experiências pré-natais. Para Winnicott, “é óbvio que antes do nascimento já há um início de desenvolvimento emocional, e é possível que mesmo nesta época já exista capacidade para uma aceleração falsa ou não saudável desse desenvolvimento” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 263). Esse enunciado esclarece que, para o autor, todo feto é dotado de “um determinado estado mental” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 263) e que, do mesmo modo que um bebê, uma criança e mais tarde um adulto, o feto tem o desenvolvimento do si-mesmo afetado pelas relações com o ambiente.

Consideram-se condições favoráveis para um desenvolvimento fetal saudável aquelas em que as perturbações ambientais constituem um estímulo valioso para o desenvolvimento e para sensação de continuidade de ser. São experiências de intrusão ambiental que não paralisam o feto em seu continuar a ser, mas cuja experiência acaba por preparar o bebê para o nascimento. Assim sendo, o nascimento, que se caracteriza por ser um momento da existência em que sempre haverá certa intrusão ambiental, será experienciado em um processo natural, como “um exemplo exagerado de algo que o bebê já conhece” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 264).

De uma forma mais pormenorizada, poder-se-ia dizer que, para Winnicott, o *início* de uma pessoa se dá já na concepção e, a partir desse momento, o feto inicia sua relação de dependência com o ambiente. De modo geral, as experiências do feto com o ambiente durante a vida intrauterina são atualizadas, de modo dinâmico, oscilando entre períodos em que há a ocorrência de interrupções na continuidade de ser e períodos

em que a retomada da continuidade de ser acontece. O esperado para que o feto possa dar prosseguimento à tarefa de continuar a ser é que exista um equilíbrio entre a experiência de interrupção e de retomada da continuidade de ser, de tal modo que o feto, já nesse momento, adquira confiança em si e em sua capacidade de seguir existindo. No entanto, quando a experiência de intrusão ambiental é dominante durante o período intrauterino, a ponto de se constituir como uma característica da relação com o ambiente, a consequência é a interrupção definitiva na continuidade do ser e, em vez de continuar existindo, o feto apenas reage à intrusão, como uma defesa.

A experiência de ter a continuidade do ser interrompida já pode se configurar, portanto, como experiência ou como uma marca desde o útero, e a condição de haver uma mudança nessa percepção ambiental estará postergada para a experiência do nascimento. Para Winnicott, nascer é mais um momento da experiência de estar vivo. É um momento natural, em que uma confluência de fatores se associa para que um bebê possa nascer. Um nascimento normal, em que não ocorrem adiamentos nem precipitações, cria no bebê a percepção de que ele é “o resultado de seu próprio esforço” (Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 296). Essa impressão de ser o autor de si-mesmo garante a continuidade de um existir confiante.

Winnicott também considera que parte do sucesso de um parto se deve à participação da psicologia da mãe. Uma mãe, “quando saudável” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 266), foi preparada ao longo da gravidez e está em um estado de preocupação materna total, fato que a torna capaz de se entregar ao processo do nascimento de “forma quase idêntica à experiência do bebê” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 266). Nessa circunstância, estará sintonizada com as necessidades de seu bebê e poderá se adaptar ativamente a ele depois do nascimento. Ainda que estar em um estado de preocupação primária seja uma condição de regressão importante para que a mãe possa se adaptar ativamente ao seu bebê, esse é apenas mais um dos elementos envolvidos no nascimento; por essa razão, não seria adequado atribuir-lhe um peso definitivo. Embora considere que o “nível de consciência antes do nascimento e durante o processo de nascimento” seja afetado pela psicologia da mãe e pela sua capacidade de “superar as agonias alarmantes, perigosas”, mas também “recompensadoras dos últimos estágios da gravidez”, Winnicott relativiza a importância desses efeitos ao nomeá-los “efeitos casuais” (Winnicott, 1970a/1988, p. 73).

As considerações a respeito da experiência do parto e sua influência

no desenvolvimento subsequente são, no fundo, uma moldura para que o tema principal seja apresentado – o tempo. Para Winnicott, o fator crucial para a experiência de um nascimento é o tempo de duração desse processo. Ele acredita que a desesperança congênita de poder conquistar uma vida pessoal seja decorrente da “intolerável experiência de sofrer o efeito de algo sem ter a mínima ideia de quando isto irá terminar” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 266).

Winnicott julga que o conhecimento do bebê a respeito das intrusões que provocam reações e interrupções na continuidade de ser é, no momento do parto, extremamente rudimentar. Por isso, em um processo normal de parto, as ocorrências podem ser experimentadas como algo conhecido, sentidas pelo bebê “como o resultado bem-sucedido do esforço pessoal devido a um *timing* razoavelmente acurado” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 268). Entretanto, em um parto difícil, quando as experiências vão “muito além de qualquer experiência pré-natal de intrusão provocadora de reações” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 266), essa experiência pode vir a caracterizar-se como uma experiência significativa.

Finalizando, é possível resumir dizendo: o feto, desde a concepção, depende do ambiente, do segurar físico da mãe (no útero), para que possa se desenvolver. Durante esse período, vive experiências que o preparam para a experiência do nascimento. Se essas experiências forem de uma ordem tal que não lhe interrompa a continuidade de ser, o bebê estará, de certo modo, preparado para enfrentar os acontecimentos ligados ao parto e, salvo qualquer intercorrência inesperada, a continuidade de ser estará assegurada. No entanto, quaisquer eventualidades ocorridas no nascimento poderão ser recuperadas pelo contato do bebê com sua mãe e pela condição de esta se sensibilizar para as atuais necessidades de seu bebê.

6. Integração em um EU unitário – a condição primordial

Todas as experiências relacionadas à vida intrauterina, ao nascimento e ao estágio inicial têm relevância e merecem destaque porque estão intimamente relacionadas com a conquista primordial do amadurecimento, que é a integração em um eu unitário. Como já destaquei, diversas circunstâncias ambientais contribuem (ou dificultam) para que a composição desse eu (do si-mesmo pessoal) se configure de modo mais ou

menos estabelecido e o ego²⁰ (no sentido de tendência à integração) seja mais ou menos forte; também já salientei como esse fato tem ligação com a possibilidade de um bebê prosseguir realizando um amadurecimento saudável. Tendo em vista a maturidade pessoal e a força do ego, especificarei agora os aspectos relacionados à tarefa da integração em si.

A integração está ligada à função ambiental de segurança. Para que um bebê alcance a integração em um eu unitário, é necessário que a mãe realize a tarefa materna mais básica – o segurar. A confiabilidade e o sentido de previsibilidade – aspectos fundamentais para a integração e a base para a continuidade de ser e existir como pessoa – surgirão como produto do atendimento das necessidades do bebê somente quando o cuidado acontecer dentro de um intervalo temporal apropriado ao amadurecimento do bebê. De um manuseio inicial relativo aos cuidados físicos e à criação de uma atmosfera de tranquilidade e regularidade, o segurar materno é ampliado para um sustentar a *situação no tempo* e para a *sobrevivência*, adquirindo apenas gradualmente outros sentidos – emocionais, psicológicos ou sociais. Se o estatuto de unidade é alcançado, o bebê se reconhece separado do não-eu. A importância dessa conquista é que a integração “praticamente significa o começo de uma psicologia humana” (Winnicott, 1988/1990, p. 140) e implica “responsabilidade, consciência, um conjunto de memórias, e a junção de passado, presente e futuro” (Winnicott, 1988/1990, p. 140), ou seja, responsabilidade tanto em relação às experiências já realizadas como às que serão ainda vividas.

No entanto, como todas as outras tarefas da primeira mamada teórica, a integração não possui, em termos de amadurecimento, um caráter definitivo de completude e finalização. Ao contrário, ela pode ser acrescida de sentido em cada fase da vida e adicionar novos desafios ao eu recém-integrado. Também pode ser parcialmente perdida diante de uma falha (uma intrusão ambiental), durante o processo de amadurecimento, ou, via regressão, em um processo de análise antes de se estabelecer definitivamente. Quando se pensa em uma pessoa que alcançou o estado de unidade, é necessário ter em mente que ela possui uma personalidade estruturada e uma força de ego, ambos organizados e construídos ao longo do seu desenvolvimento. É com esse potencial pessoal que ela irá lidar com os acontecimentos a partir de então, que incluem a integração dos instintos e o relacionamento com aquilo que é externo a ela.

Considerada por Winnicott a conquista básica para a saúde e para o amadurecimento pessoal, a integração em uma unidade pode ser reconhecida no bebê que faz uso de um objeto transicional ou que deixa

cair coisas com a expectativa de que elas voltem, sinais claros de que “existe uma criança, vivendo realmente uma vida, acumulando e estruturando lembranças, formando um padrão pessoal de comportamento” (Winnicott, 1993h[1956]/1999, p. 21).

Entretanto, como o diferencial em termos da continuidade do amadurecimento – em especial ao modo como a depressão será experienciada – está relacionado à força do ego (referida ao senso de continuidade de ser), é necessário considerar algumas variáveis relativas à conquista da integração.

Nesse tema merece destaque o conhecimento de que a diferença em relação ao momento em que a integração é alcançada pode influir na solidez da integração conquistada, e que isso é sempre uma decorrência do modo como acontece a relação entre as experiências instintivas e agressivas e o cuidado materno-ambiental adaptativo. De acordo com Winnicott, na saúde há uma parcimoniosa relação entre esses elementos, mas, em algumas situações, a experiência de integração pode receber um acento maior de um ou outro elemento. Há, também, situações em que não há o bastante de nenhum desses elementos; nesses casos, a integração jamais se estabelece por inteiro ou, então, “se estabelece de uma forma estereotipada, hiperenfatizada e fortemente defendida” (Winnicott, 1988/1990, p. 140), modo que impede o relaxamento ou a não-integração repousante. E há, também, uma particular situação em que a integração acontece precocemente como consequência de falhas ambientais; nesse caso, o acento recai sobre uma excessiva reação à intrusão de fatores externos. Nesses casos, um falso si-mesmo se organiza e a integração é alcançada mediante muito dispêndio, pois o bebê passa a esperar a intrusão, e até necessitar dela, para revelar os impulsos instintivos e agressivos que colaboram para uma integração saudável. A origem de uma disposição paranoide fica aqui situada.

Vale destacar também que a expectativa de ataque (estado paranoide), característica dos estados de integração, varia em intensidade de acordo com o momento do amadurecimento em que a integração é alcançada. Winnicott diz que esse estado paranoide é menos evidente quando “se trata da integração original do bebê” (Winnicott, 1988/1990, p. 141), mas, quando a aquisição da integração se dá em épocas tardias, a integração em uma unidade é seguida pela expectativa de invasão ou intrusão que produz reação, em virtude da ansiedade em relação ao “estado de Sou” (Winnicott, 1989xd[1954]/1994, p. 332). Ataques defensivos, muitas vezes confundidos com impulsos instintivos (cf. Winnicott, 1988/1990, p. 140),

podem seguir a esse momento e, eventualmente, um padrão paranoide ser organizado.

A integração em uma unidade, no início do estágio da dependência relativa, é ainda muito rudimentar e, por isso, vulnerável à falta de confiabilidade ambiental. Essa conquista é, na verdade, um caminho para que outros desenvolvimentos aconteçam. O certo é que, após alcançar o estatuto de um eu, muito precisa ocorrer para que o senso de existência conquistado nesse sou inicial se confirme e outra importante posição de amadurecimento possa ser alcançada: o Eu Sou, entendido como a “posição a partir da qual a vida pode ser vivida” (Winnicott, 1989xd[1954]/1994, p. 332). Por isso, Winnicott considera esse eu alcançado na integração como um primórdio do Eu Sou e indica a necessidade de uma ambiência adaptada nos momentos iniciais do estágio da dependência relativa, no qual o bebê é introduzido após se ajuntar em um eu. A vulnerabilidade desse período fez com que Winnicott afirmasse: “no momento do primeiro Sou [eu] a dependência do meio ambiente é absoluta” (Winnicott, 1989xd[1954]/1994, p. 333).

Desse modo, é importante ter claro que a integração realizada nos estágios iniciais “leva o bebê a uma categoria unitária, ao pronome pessoal ‘Eu’, ao número um”, e é essa condição que “torna possível o Eu Sou” (Winnicott, 1971f[1967]/1999, p. 11). Winnicott trata essa ideia de incipiência do Eu Sou nos momentos iniciais do estágio da dependência relativa em vários momentos, por exemplo, na seguinte citação: primeiro “vem o Eu, que inclui todo o resto é não-Eu”, e só então 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, 1965n[1962]/1990, p. 60).

Segundo Winnicott, “o estado de Sou” [eu] ganha novo significado à medida que o bebê se desenvolve”, mas estará “sempre sob ameaça, exceto na medida em que a adaptação ambiental é satisfatória ou se torna uma matéria que a própria criança pode produzir ou parcialmente fornecer” (Winnicott, 1989xd[1954]/1994, p. 332). Várias passagens de amadurecimento, experienciadas com a mãe, são necessárias para que a integração em uma unidade se confirme e “esse estágio dos primórdios do Eu Sou” se instale “realmente no *self* do bebê” (Winnicott, 1984h[1968]/1999, p. 49). A princípio, o bebê precisa contar com um atendimento suficientemente bom da mãe no que diz respeito à adaptação e à desadaptação. A seguir, a mãe precisará sobreviver à destrutividade envolvida no caminho de criar a externalidade e colocar o objeto subjetivo

fora da área de onipotência (repudiar o objeto e passar a usá-lo objetivamente), e de separar fatos e fantasias. Por fim, a mãe deverá, além de sobreviver, sustentar a situação no tempo para que a conquista do concernimento²¹ seja alcançada e estabelecida. Contando com o apoio da mãe nesses momentos, as tarefas do amadurecimento serão realizadas e o Eu sou incipiente será fortalecido a ponto de o bebê poder agrupar isto e aquilo e reivindicar, isto Sou Eu, e repudiar *tudo aquilo* que não é o isto.

As dificuldades que o bebê, uma pessoa constituída, enfrenta para realizar essas tarefas até conquistar o concernimento envolvem os aspectos instintivos e agressivos acoplados ao relacionamento da agora dupla mãe e bebê, pessoas separadas e distintas. Contudo, vale lembrar que, embora a mãe precise realizar, como condição para o amadurecimento, as tarefas que lhe são pertinentes nesse estágio, parte das dificuldades que o bebê enfrenta está relacionada à sua realidade psíquica. Assim, um bebê cuja conquista da integração foi consequência de muitas interrupções na continuidade de ser nos estágios iniciais trará consigo um conjunto de memórias a respeito do modo como foi cuidado e chegará no estágio do concernimento com uma pré-história diferente daquele bebê que teve a “sorte” de passar pelos estágios iniciais sem grandes atropelos. A essas memórias irão se associar as dificuldades inerentes ao estágio, que, repetindo, se referem à percepção de que a instintualidade não é externa, mas pertence a ele (bebê), e que, por essa razão, a responsabilidade por aquilo que fará com essa vitalidade recém-integrada lhe diz respeito.

Se, ao longo do estágio da dependência relativa, o cuidado materno permanece disponível e variável de acordo com as necessidades recém-manifestadas em razão do amadurecimento, o bebê irá “atravessar os primeiros momentos do Sou e as experiências iniciais de Ser”, de modo que “o senso de existência” seja estabelecido (Winnicott, 1989xd[1954]/1994, p. 332). Esse bebê finalmente irá confirmar sua integração no estágio Eu Sou, considerado “o aspecto central do desenvolvimento humano” (Winnicott, 1984h[1968]/1999, p. 42), podendo, então, ampliar sua identificação para outras unidades além da mãe. Quando atinge o estágio do Eu Sou, a força do ego e a estrutura da personalidade tornam-se um fato e o bebê já é capaz de distinguir seus impulsos instintivos, reconhecê-los como pessoais, bem como “conter as pressões e os estresses gerados na realidade psíquica interna” (Winnicott, 1964e[1963]/1999, p. 61).

Caso essa passagem ocorra sem que haja o fortalecimento da integração (força do ego), uma ansiedade potencial relativa ao estado de

Eu Sou acontecerá; o bebê permanecerá com resquícios de imaturidade – entendida como certa fragilidade do ego para organizar as novas experiências instintuais. A integração dos impulsos instintivos e agressivos não acontecerá de maneira satisfatória, pois estes serão experienciados como ameaça para o si-mesmo. A tendência a adotar a defesa maníaca como organização defensiva e a oscilação maníaco-depressiva são exemplos de defesas que se originam “na ameaça ao estado Sou ou à integração” (Winnicott, 1989xd[1954]/1994, p. 334).

7. Unidade psique-soma: condição para a existência psicossomática

Como vimos até agora, o bebê quando nasce traz consigo apenas o potencial herdado para o crescimento corporal e um potencial para o desenvolvimento de uma personalidade humana. Essas tendências impulsionam um bebê em direção à integração da personalidade em uma unidade, à totalidade da personalidade em um psique-soma e ao relacionamento objetal, que se tornará um relacionamento interpessoal quando o bebê notar a existência de outras pessoas. A realização dessas tarefas é interdependente,²² e o bebê está envolvido com elas durante o estágio da primeira mamada teórica.

Realizada a integração da personalidade, deduz-se que a partir de um estado de não-integração a criança alcançou a unidade eu. O detalhamento de como ocorre a integração do eu – no sentido da aquisição de um si-mesmo pessoal temporalizado, da organização do ego, da estruturação da personalidade e sua relação com a continuidade do amadurecimento – já foi destacado. É necessário agora especificar os aspectos relacionados à inserção da psique no soma (ou conquista da morada da psique no corpo), base para que o bebê alcance uma unidade psicossomática.

De maneira geral, diz-se que a unidade psicossomática foi alcançada quando é possível observar certa integração do eu, fator indicativo de que o bebê já reconhece que há um dentro e um fora dele, separado pela pele, e um esquema corporal personalizado e pessoal. Havendo continuidade nos cuidados ambientais, está aberto o caminho para que o bebê alcance a capacidade de separar os fatos da fantasia e criar a externalidade.

A complexidade do tema da unidade psique-soma, bem como todas as implicações psicológicas e filosóficas²³ envolvidas nele, podem ser

sintetizadas no conceito de elaboração imaginativa, usado por Winnicott para traduzir a elaboração das funções corporais. Tanto as funções físicas como a elaboração dessas funções amadurecem sob condições de maternagem adaptada na direção da conquista da unidade psicossomática. O resultado dessa elaboração imaginativa ao longo dos estágios iniciais constitui a realidade psíquica, ou mundo pessoal do bebê, que será enriquecido pelo resultado das elaborações imaginativas das funções, pelas fantasias a respeito dessa elaboração e pelo uso dos mecanismos mentais, mais desenvolvidos a partir da conquista do concernimento. Em resumo, pode-se dizer que as experiências realizadas pelo bebê, e orientadas pelos impulsos agressivos e instintivos, são elaboradas imaginativamente de forma tanto física como não física; isso significa que “as ideias acompanham e enriquecem as funções corporais, e estas acompanham e realizam a ideação” (Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 289).

Para Winnicott, a integração que ocorre no ser humano em desenvolvimento assume uma ampla variedade de formas, sendo uma delas o “desenvolvimento de um arranjo operacional satisfatório entre a psique e o corpo” (Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 209), que se inicia muito anteriormente ao tempo em que o intelecto e a verbalização são observados. Na realidade, ele considera que a *base* para o que conceitua personalização,²⁴ ou habitação da psique no corpo, inicia-se antes mesmo do nascimento do bebê; desde essa época, a condição de personalização fica sob a dependência do ambiente e, portanto, diretamente relacionada às circunstâncias pessoais e emocionais da mãe ao longo da gravidez.

É na descrição da tarefa do bebê de realizar o alojamento da psique no corpo que Winnicott insere as questões sobre o corpo, a origem da psique, o relacionamento entre ambos e também a questão da origem da mente como uma conquista do amadurecimento, uma especialização do psique-soma ou, então, como uma defesa precoce – nesse último caso, base de um falso si-mesmo. Todos esses aspectos são temas centrais para a compreensão de como se estrutura a personalidade de uma pessoa e para o entendimento da proposição de que um colapso na organização e estruturação da personalidade em termos do alojamento da psique no corpo está relacionado com “todas as dificuldades que afetam a saúde do corpo” (Winnicott, 1987e[1966]/1988, p. 10).

Outra maneira de enunciar a importância desse tema para o amadurecimento saudável é considerar, como faz Winnicott, que a base para o verdadeiro si-mesmo (eu) e para o continuar a ser (fortalecimento do ego) é o desenvolvimento da parceria psique-soma. A existência

psicossomática é, portanto, uma realização (uma conquista) que não acontece caso a unidade psique-soma não se estabeleça.

Winnicott escolheu chamar de psique²⁵ a parte da personalidade separada do soma, que se relaciona de modo estreito com o próprio corpo e suas funções em condição de saúde, defendendo teoricamente que a psique e o soma, inicialmente, não se distinguem. Não é, porém, certo dizer que são uma unidade desde o início, pois a possibilidade de a psique e o soma virem a operar como uma unidade é uma realização do amadurecimento.

Partindo da ideia de que a natureza humana é a *estrutura fixa*²⁶ governada pela tendência inata à integração, é possível supor que muito precisa acontecer no relacionamento entre psique, soma e ambiente para que essa integração ocorra. De modo geral pode-se pensar que a pessoa total é física e psicológica, existem o soma e a psique. A mente, que é uma organização do inter-relacionamento entre ambos, surge como um ornamento do psique-soma. Para compreender a natureza humana, temos, então, de considerar e discernir entre o funcionamento do corpo (soma), da psique e da mente. De saída, é importante saber que tanto a psique como a mente têm sua base somática em certas partes do cérebro e que é do relacionamento existente entre o funcionamento do corpo e da psique que se alcança a unidade psicossomática.

Descrevendo este processo: no início, o bebê é um corpo e, como já foi colocado, psique e soma não se distinguem, a não ser do ponto de vista do observador. O desenvolvimento físico (soma) segue uma marcação fisiológica revelada pelas necessidades do bebê e a psique deve ser entendida como a elaboração imaginativa da vitalidade física, isto é, dos elementos, sentimentos e funções somáticas, sem que seja sentida pelo indivíduo como estando localizada no cérebro ou em outra parte do corpo. Assim, a psique emerge da elaboração imaginativa das funções corporais de todos os tipos e do acúmulo de experiências e memórias que são armazenadas desde a vida intrauterina. Pressupor a existência de um rudimento de uma elaboração imaginativa *exclusiva* do funcionamento do corpo e do funcionamento físico como base da psique é, para Winnicott, a condição para se afirmar que um novo ser humano começa a existir e a adquirir experiências que podem vir a ser consideradas pessoais²⁷ (cf. Winnicott, 1965n[1962]/1990, p. 59). É a psique que reúne as experiências do passado já vivenciado às experiências do presente com a expectativa de futuro, condição que dá sentido ao “sentimento do eu, e justifica nossa percepção de que dentro daquele corpo existe um indivíduo” (Winnicott, 1988/1990, p. 46).

Nada, porém, no que diz respeito à psique, deve ser entendido como um fenômeno que pode ser automaticamente ligado ao corpo. Do mesmo modo que a integração do eu, o processo de localização da psique no corpo se dá a partir de duas direções: pelos fatores pessoais expressos pelos impulsos instintivos e agressivos, de um lado, e de outro, pelos cuidados ambientais, mais especificamente o cuidado e o manejo do corpo do bebê pela mãe. Entretanto, em contraste com o desenvolvimento corporal, que tem o desenvolvimento físico como prova do bem-estar, no desenvolvimento da psique há a possibilidade de fracasso a cada momento. Winnicott imagina que, em decorrência desse caráter imprevisível, chega a ser “impossível” pensar o amadurecimento pessoal sem considerar a possibilidade de “distorção devido a algum grau de fracasso na adaptação” (Winnicott, 1988/1990, p. 47). Daí a incerteza de que a psique e o soma venham a operar como uma unidade. Caso isso ocorra, a questão se transporta dessa dúvida para o entendimento sobre qual é a estabilidade da parceria psicossomática conquistada.

Considerando-se um amadurecimento comum, o alojamento da psique no soma ocorre na fase da dependência absoluta e, em um momento posterior, o corpo vivo, personalizado e já constituído em um interior e um exterior, passa a ser “sentido pelo indivíduo como formando o cerne do eu imaginário” (Winnicott, 1954a[1949]/2000, p. 334), o abrigo ou morada da psique. A característica básica da integração da unidade psique-soma é ela se referir “ao relacionamento da pessoa [si-mesmo constituído] dentro da criança com o corpo da criança” (Winnicott, 1969g/1994, p. 430).

A partir de agora, faz sentido falar em mundo interno (realidade psíquica) e denominá-lo como o lugar de onde a psique opera. Estando integrada e personalizada, a criança se torna capaz de perceber o mundo externo como fora dela e a psique alcança a posição na qual dá sentido à experiência de existir, pois passará a ocupar-se com os relacionamentos, tanto dentro do corpo quanto com ele, e com os relacionamentos mantidos com o mundo externo, sabendo-se participante dessa situação. Como permeia a compreensão do corpo, do seu funcionamento e de como acontece a relação desse corpo com a realidade externa, a psique está em uma posição que permite um relacionamento interativo com o mundo externo. Esse relacionamento entre mundo interno e externo será, a partir desse momento, qualitativa e bilateralmente enriquecido. Nesse estágio, a psique deixa de *significar* elaboração imaginativa ou de *emergir* desta para *ser* a própria elaboração imaginativa. Aquilo que é denominado por Winnicott existência psicossomática está finalmente configurado. Psique e

soma operam como uma unidade e formam a personalidade da pessoa, mas mantêm suas especificidades funcionais (de corpo e psique), como partes de uma pessoa orientada pela tendência à integração.

De acordo com a teoria winnicottiana, esse é o momento específico em que a mente, que até então existia como uma organização elementar, começa a atuar como o resultado do amadurecimento pessoal. Só nesse caso pode-se dizer que a mente floresce do funcionamento psicossomático. A teoria da mente deve ser considerada um dos pilares do pensamento winnicottiano em virtude da associação desta com o tema da defesa do falso si-mesmo.

Certamente Winnicott valoriza a qualidade intelectual de uma pessoa, mas há espaço, em sua descrição da personalidade, para a consideração da mente como conquista, bem como para avaliar os problemas relacionados ao intelecto quando este está cindido da unidade psique-soma. São nos casos em que a mente está separada da unidade psique-soma que o sentido de existência psicossomática abre espaço para pensarmos os distúrbios psicossomáticos, situação em que o bebê desenvolve, na mente cindida, um falso si-mesmo, ficando o verdadeiro si-mesmo psicossomático escondido ou, até mesmo, perdido.

A partir da concordância com uma citação de Jones²⁸ – afirmando não haver no interior do indivíduo um lugar para a mente –, Winnicott iniciou seu estudo sobre a mente, o qual resultou na seguinte proposição: a mente não existe nem se destaca enquanto entidade quando o psique-soma de um indivíduo se desenvolve, de um modo esperado e saudável, a partir dos estágios mais primitivos. Nesses casos, a mente deve ser considerada simplesmente um caso especial do funcionamento do psique-soma, um ornamento da parte psíquica saudável ou normal. Nos casos em que a mente é percebida desenvolvendo *uma falsa entidade e uma falsa localização*, observa-se uma tendência a um desenvolvimento anormal da mente.

Quando se constitui como um caso especial do funcionamento do psique-soma, a mente tem uma raiz, talvez a mais importante, “na necessidade que o indivíduo tem, no cerne de seu eu, de um ambiente perfeito” (Winnicott, 1954a[1949]/2000, p. 335). Para desenvolver essa ideia, Winnicott retoma os conceitos básicos de sua teoria: o desenvolvimento inicial do indivíduo implica um continuar a ser e, quando este não é perturbado, o psique-soma inicial encaminha-se ao longo de uma linha de desenvolvimento.

Visto que da parte do bebê a necessidade é absoluta, é esperado que da parte do ambiente haja uma adaptação ativa às necessidades do recém-criado psique-soma. Quando o ambiente não pode se adaptar, essa não adaptabilidade se transforma em uma intrusão, à qual o psique-soma inicial terá de reagir. Se transcorrer tudo bem, rapidamente a necessidade de um cuidado perfeito se torna relativa e o bebê poderá dar conta de eventuais falhas por meio da atividade mental.

E o que seria essa atividade mental do bebê? É uma capacidade que vai se desenvolvendo e com a qual o bebê transforma o ambiente adaptado em um ambiente perfeito. Mais precisamente, transforma a falha relativa da adaptação em um êxito adaptativo.²⁹ O importante em termos do amadurecimento pessoal é saber que, quando encontra uma condição ambiental de cuidados, a mente não “usurpa as funções do ambiente” (Winnicott, 1954a[1949]/2000, p. 336), ou seja, não toma o lugar da mãe em seu cuidado. Quando a mente – no sentido de atender um objetivo, de pensar e comparar – surge do amadurecimento, há um enriquecimento da elaboração imaginativa pelas lembranças, que se transformam em imaginação criativa, em sonhos e em brincadeiras.

No entanto, há situações em que a falha materna leva a uma hiperatividade do funcionamento mental; o bebê, para se defender da inconfiabilidade no cuidado, assume o controle do seu desenvolvimento e passa, então, a “cuidar do psique-soma” via mente. Esse crescimento excessivo da função mental provoca o surgimento da oposição entre a mente e o psique-soma. Quando as tensões exercidas sobre o funcionamento mental organizado defensivamente aumentam, há duas consequências possíveis. A primeira é um estado confusional (a deficiência mental) e a segunda, a mais comum, é aquela que anteriormente tratávamos, relativa à situação em que o funcionamento mental passa a existir por si mesmo, tornando a presença da mãe desnecessária, pois a mente a substitui. Esse é o caso que resulta em um fenômeno patológico denominado psique-mente, em que a psique é seduzida a transformar-se nessa mente, rompendo, com isso, o relacionamento íntimo que existia entre a psique e o soma. Winnicott nomeou o caso especial de falso si-mesmo. A pessoa que se desenvolve dessa maneira apresenta um padrão relacional distorcido que afeta todos os estágios seguintes do desenvolvimento.

Por isso é importante destacar que, enquanto o desenvolvimento do psique-soma é universal e trata com complexidades que são inerentes ao amadurecimento, o desenvolvimento mental depende de fatores variáveis e

aleatórios, como a experiência do nascimento, a qualidade do tecido cerebral, as características do segurar e do manejo materno inicial; em suma, depende do “funcionamento variável” do psique-soma, que está sempre às voltas com as ameaças à continuidade de ser. Sendo assim, os fenômenos mentais devem ser avaliados como se tivesse uma importância variável na continuidade do ser do psique-soma, mas não devem ser esquecidos, pois também estão envolvidos na constituição de um si-mesmo (verdadeiro ou falso).

7.1 Existência psicossomática *versus* oposição mente e corpo

Entender que o estudo da natureza humana não deve ser conduzido como uma questão de corpo e mente, mas, pelo contrário, como uma particular forma de inter-relação entre psique e soma, na qual a mente é apenas um complemento, traz subsídios importantes para a avaliação do adoecer humano. Em relação à depressão, essa forma de compreensão traz uma nova luz para os problemas que a pesquisa nessa área vem enfrentando em razão da tradicional oposição entre mente e corpo, predominante nas áreas que investigam essa patologia.

Sobre esse tema, Winnicott também se posiciona. Ele acha viável o uso dos termos mente e corpo em oposição na linguagem cotidiana, porém julga complicado usar esses conceitos em um estudo científico. Por quê? Simplesmente porque esse uso desfigura a compreensão da existência psicossomática – cuja base para a estruturação da personalidade é o psique-soma – e do adoecimento como um distúrbio do psique-soma. Para ele, o campo de pesquisa psicossomático enfrenta obstáculos exatamente por esse motivo. A intervenção no funcionamento cerebral via terapias físicas – cirúrgicas ou de estimulação – com o objetivo de modificar ou alterar estados mentais é, na opinião de Winnicott, infrutífera, pois os médicos deixam de considerar um dado básico: o cérebro é parte integrante do corpo físico.

Outro aspecto que precisa ser considerado está ligado ao fato de que a dicotomia mente-corpo torna inviável a compreensão da teoria da defesa do falso si-mesmo ocultando o verdadeiro si-mesmo. Também inviabiliza usar o conceito de intelecto cindido, que pode garantir a uma pessoa bem dotada intelectualmente desenvolver-se brilhantemente em termos intelectuais, sem que haja qualquer referência ao ser humano que abriga

essa mente. Aqui é importante lembrar que o conceito de falso si-mesmo tem tal importância para a sua teoria que Winnicott chega a afirmar que parte da dificuldade no diagnóstico clínico se deve à ausência de atenção para essa defesa que, quando presente, pode alterar e misturar os estados clínicos.

A opção pela compreensão da saúde e do adoecer humano em uma perspectiva diferente da unidade psicossomática é, na opinião de Winnicott, um atalho. Por isso, a psicanálise winnicottiana deve ser vista como uma teoria da existência psicossomática e os distúrbios do amadurecimento (esquizofrenia e psicoses) devem ser entendidos como distúrbios não apenas psíquicos, mas também psicossomáticos. Em termos de patologia, Winnicott considera a esquizofrenia o exemplo máximo de uma “conexão frouxa entre a psique e o corpo e suas funções” (Winnicott, 1971f[1967]/1999, p. 12). A doença psicótica e a defesa do falso si-mesmo são consideradas as situações em que houve distorções no estabelecimento dessa parceria, em razão de dificuldades experienciadas ao longo dos estágios iniciais, resultando em um estado de integração fragilizado ou então uma falsa integração. Na presença dessas dificuldades, surge “a tendência de a psique desenvolver uma existência fracamente relacionada à experiência corporal” (Winnicott, 1958j/2001, p. 8), o que diminui a intensidade das experiências de oposição física, tão necessárias para que o senso de existir e de ser real sejam fortalecidos.

A compreensão do inter-relacionamento entre psique e soma também é fundamental para a assimilação da ideia da depressão como conquista do amadurecimento e para a compreensão dos estados depressivos que envolvem a paranoia, hipocondria e distúrbios psicossomáticos. A depressão, uma forma particular e inconsciente de administração da realidade interna, na qual o humor deprimido abafa toda a luta interior deflagrada pela experiência instintiva mediante um controle global, pode, em alguns casos, afetar toda a fisiologia do corpo, fazendo com que os “os tecidos se achem menos vivos e um pouco mais próximos de estarem mortos” (Winnicott, 1969g/1994, p. 428).

Estudioso dos efeitos da psique sobre o corpo e sobre o funcionamento do corpo, Winnicott percebeu que um “desenvolvimento emocional saudável fornece à criança um sentido para a saúde física”, ao mesmo tempo em que a saúde física “provê um reassseguramento” de grande importância para o amadurecimento (Winnicott, 1988/1990, p. 43). Esse pensamento só adquire sentido a partir do entendimento de que a base da psique – portanto, da personalidade – é o soma elaborado

imaginativamente. Assim, tanto as tensões e pressões próprias do desenvolvimento como os diversos estados da psique têm um efeito adverso sobre o corpo.

Para entender isso é preciso lembrar que a sequência de como o corpo é afetado pelos estados variáveis da psique acompanha o amadurecimento pessoal. De início, verificam-se as mudanças fisiológicas relativas à atividade e ao repouso; depois, quando a unidade psicossomática for conquistada, observam-se as mudanças fisiológicas ligadas a excitações locais ou gerais que envolvem os estágios de preparação, clímax e recuperação. No contexto da integração do eu e unidade psicossomática conquistadas, o soma passará a se envolver com as mudanças específicas relativas ao amor e ao ódio, ao medo, ao luto e a todos os “outros afetos que representam facetas de sofisticadas fantasias” (Winnicott, 1988/1990, p. 45) conscientes e inconscientes, próprias de cada pessoa, mas relacionadas às experiências com outra pessoa.

Uma criança que recebe o cuidado e o manejo ambiental necessário é dotada de uma organização de ego fortalecida (integração) e uma sólida relação entre a psique e o soma, o que torna o corpo capaz de suportar as tensões advindas dos estados da psique, mesmo que, em razão da socialização daquela, a liberdade dos impulsos destrutivos e instintivos precise ser restringida e/ou acomodada de acordo com as situações concretas experienciadas com o mundo externo. Nesse caso, o “conflito na psique é relativamente consciente” (a pessoa assume responsabilidade pelos sentimentos), os impulsos instintivos e destrutivos “são manejados por meio de autocontrole”, isto é, administrados pessoalmente, pois o “compromisso entre as exigências” dos impulsos e as “da realidade externa ou social ou consciente pode ser construído com o mínimo de prejuízo” (Winnicott, 1988/1990, p. 43) para o si-mesmo pessoal.

No entanto, quando a parceria entre o psique-soma é enfraquecida ou mesmo rompida em razão de um manejo não adaptado, abre-se caminho para os distúrbios do psique-soma (psicossomáticos), aqueles que se referem exatamente às “alterações do corpo ou do funcionamento corporal associadas a estados da psique” (Winnicott, 1988/1990, p. 44), ou, dizendo de outra maneira, os distúrbios relacionados ao “inter-relacionamento existente entre o funcionamento do corpo e o da personalidade”(Winnicott, 1969g/1994, p. 430).

Os transtornos psicossomáticos estão, portanto, associados a um ego fraco, com um “estabelecimento débil” (Winnicott, 1989vm[1969]/1994, p. 90) da morada da psique no soma,³⁰ e/ou à retirada do Eu Sou pela

impossibilidade de lidar – por razões internas (memórias acumuladas e fantasias inconscientes) ou externas (falhas no atendimento na época da dependência relativa) – com o mundo tornado hostil, assim que a integração em uma unidade é conquistada e há o repúdio do não-eu.³¹ O resultado implica uma cisão na personalidade em virtude da debilidade da vinculação entre o psique-soma, ou, então, uma “forma especial de cisão na mente”, que acontece ao “longo de linhas psicossomáticas”, organizada como defesa contra à perseguição do mundo repudiado.

Importante dizer que, enquanto a cisão entre psique e soma é um fenômeno regressivo, a tendência no sentido da organização psicossomática tem um aspecto positivo, pois faz parte de um movimento “para a frente no processo desenvolvimental” (cf. Winnicott, 1989vm[1969]/1994, pp. 89-90). Ou seja, na doença psicossomática, a tendência no sentido da integração está preservada e, embora doente, a pessoa mantém a esperança de alcançar “uma identidade experiencial” (Winnicott, 1989vm[1969]/1994, p. 88) relativa à totalidade do funcionamento entre o psique-soma. Portanto, a cisão característica da organização psicossomática deve ser considerada a representante – nesse momento do amadurecimento – da repressão,³² que é uma organização mais sofisticada de defesa usada em momentos posteriores do amadurecimento. Essas defesas (cisão e repressão) são aplicadas ao mundo interno pela incapacidade de a pessoa reconhecer e assumir (tolerar) que os sentimentos, fantasias e pensamentos em sua realidade psíquica lhe dizem respeito.

A característica principal da enfermidade psicossomática é, portanto, a persistência de uma cisão na organização do ego do paciente e/ou a presença de dissociações múltiplas associadas a um hiperdesenvolvimento da mente como forma de lidar com a “dificuldade real e insuperável” (Winnicott, 1989vm[1969]/1994, p. 88), suscitada pelos “perigos que surgem da integração e da conquista de uma personalidade unificada” (Winnicott, 1989vm[1969]/1994, p. 88). Nesses casos, a pessoa, em vez de lidar com tensões internas reconhecidas como pessoais, administra lutas intoleráveis que são submetidas a defesas primitivas (defesas antidepressivas) ou a “controles e inibições patológicas, associadas à repressão” (Winnicott, 1988/1990, p. 45) e a aspectos inconscientes da psique. As inibições e ansiedades que resultam desse embate são obscuras, pouco relacionadas com a experiência concreta e “mais danosas para o corpo e suas funções e processos”³³ (Winnicott, 1988/1990, p. 43).

Por saber, no entanto, que o empreendimento de se considerarem as

relações pessoais no processo de constituição de uma pessoa é trabalhoso e desgastante, Winnicott já previa que a medicina continuaria buscando respostas para os enigmas humanos na reformulação de teorias que propõem não serem os distúrbios psíquicos “produzidos por conflitos emocionais, mas pela hereditariedade, constituição, desequilíbrio hormonal e ambientes brutais e inadequados” (Winnicott, 1988/1990, p. 28).

De acordo com Loparic, a tentativa realizada por Winnicott de humanizar o corpo vai de encontro tanto com a tendência da psicanálise de negligenciar o corpo, ou até mesmo expurgá-lo, como com a atual tendência da psiquiatria de tratá-lo como uma máquina fisiológica, derivada da tradição cartesiana de ser o corpo um mecanismo. Segundo esse autor, a tendência iniciada com Freud (que se ocupava em compreender as lacunas do inconsciente e observava o corpo apenas como fonte física das pulsões, entendidas como uma representação psíquica), passando por Melanie Klein (que introduziu a equação simbólica de ser o seio igual ao pênis) e chegando a Lacan (que afirmou ser o inconsciente estruturado como uma linguagem), de tratar as doenças e o inconsciente em termos mentais, acentuou-se, podendo-se considerar Winnicott um desviante dessa regra.

Sem dúvida, faz sentido considerar o trabalho de Winnicott como “uma resistência à redução do homem a um dispositivo representante ou falante, tal como preconizado pelo mentalismo e pelo linguisticismo da psicanálise tradicional, quanto a um mecanismo físico-químico, como quer a psiquiatria médica” (Loparic, 2000, p. 394).

Escapar desse reducionismo dicotômico na pesquisa do adoecimento é a atual tendência no que se refere ao estudo da depressão, doença que reconhecidamente desafia essa posição. A teoria winnicottiana, baseada na tese de um acontecer psicossomático, oriunda de uma visão de ser humano e de mundo diferente da visão metafísica-mecanicista, detalha minuciosamente como a tristeza e o humor depressivo compõem um estado de amadurecimento e discorre sobre as circunstâncias em que a experiência da depressão precisa abrir espaço para implicações clínicas mais amplas.

8. Mundo pessoal

Associado diretamente ao conceito de elaboração imaginativa está o

de mundo pessoal. O mundo pessoal engloba os resultados da elaboração imaginativa das funções corporais e também os resultados do relacionamento entre o bebê, seus impulsos e o ambiente ao longo do seu desenvolvimento, desde a concepção. Em suma, refere-se à realidade psíquica da criança que está sendo formada “pelas experiências que constituem o viver na infância, experiências instintivas ou não, excitadas ou tranquilas” (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 370), e que são realizadas com a mãe desde épocas primitivas. Certo disso, Winnicott diz que “a história de um ser humano não começa aos cinco anos, nem aos dois, nem aos seis meses, mas ao nascer – e antes de nascer, se assim se preferir” (Winnicott, 1947b/1982, p. 96).

Quando a unidade eu é conquistada e a parceria psique-soma estabelecida, Winnicott passa a usar a expressão mundo interno para explicitar o amadurecimento do bebê, que se afasta das tarefas relativas ao estágio da dependência absoluta e, sendo uma pessoa e possuidor de um esquema corporal, é capaz de dar sentido e perceber que existe algo que é, e está dentro dele, e existe algo que é, e está fora dele. Um mundo interno/pessoal, no qual armazenou e continuará armazenando as experiências vividas, que é separado do mundo externo. Sabe-se que uma criança alcançou esse estágio de amadurecimento quando ela se mostra capaz de brincar de deixar cair coisas. Essa pueril brincadeira mostra o despertar da inteligência (circunstância em que a mente surge como resultado do amadurecimento pessoal), fator que possibilita acontecer no interior da criança uma organização do conteúdo psíquico pessoal em função da capacidade de simbolizar aqui iniciada. No entanto, é preciso saber que o mundo interno é o mesmo mundo pessoal, só que agora incluindo a noção da existência de algo que não é o eu. Existe, portanto, o eu, e o não-eu.

Pessoal e interno são palavras-chave, escolhidas por Winnicott para mostrar que existe uma versão mais primitiva daquilo a que Klein se referiu como “interno” e apontar o campo teórico construído por ele a partir do momento em que entendeu que inicial não é profundo. Para ele é inapropriado usar a palavra interno para designar os fenômenos que compõem a realidade psíquica do lactente antes da conquista da unidade psicossomática, pois, no estágio primitivo, o lactente ainda “não estabeleceu propriamente” (Winnicott, 1965j[1963]/1990, p. 169) os limites do eu e muito menos conquistou a capacidade de usar os mecanismos mentais de projeção e introjeção. Sendo assim, no estágio primitivo, aquilo que será denominado interno após a personalização

“significa pessoal, e pessoal na medida em que o indivíduo é uma pessoa com um *self* [si-mesmo] no processo de ser envolvido” (Winnicott, 1965j[1963]/1990, p. 169). Portanto, “o ambiente facilitador, o apoio do ego da mãe ao ego imaturo do lactente” são as partes essenciais da criança como “criatura viável” (Winnicott, 1965j[1963]/1990, p. 169) que precisam ser consideradas.

O tema mundo pessoal não será tratado de maneira aprofundada neste momento, uma vez que as experiências que participam de sua constituição, bem como o fato de elas serem ou não promovedoras do amadurecimento e da capacidade para deprimir-se, serão descritos ao longo deste trabalho. Falar aqui sobre mundo pessoal, em todas as suas especificidades, nos levaria a antecipar temas e conceitos e a usar uma linguagem que é própria do estágio seguinte. Por essa razão, consideramos voltar conceitualmente ao tema da construção do mundo pessoal no item 6, do Capítulo 5, que trata do crescimento do mundo interno, retomando as características do mundo pessoal nos estágios iniciais e pontuando as diferenças que acontecem ao longo do estágio do concernimento, quando já existe um relacionamento com o mundo externo.

1. Loparic diz que o conceito de natureza humana pode ser entendido como “a estrutura fixa da nossa ontogênese ou, na linguagem menos biologizante e mais característica de Winnicott, do nosso amadurecimento emocional governado pela tendência inata à integração” (Loparic, 2000, p. 355).
2. Baseado na possibilidade de aproximação entre os pensamentos de Winnicott e Heidegger, proposta por Loparic e articulada em diversos textos deste autor.
3. O existir humano não é algo dado, como esclarece Loparic. É algo que precisa ser integrado, com e no espaço-tempo; para tanto, é “necessária uma ambiência favorável, sem a qual o lactante nunca poderá sair do não-ser” (Loparic, 1995, p. 56).
4. De acordo com Loparic, a interpretação do conceito winnicottiano de amadurecimento, em termos da acontecencialidade de Heidegger, permite a constituição de um horizonte ontológico unitário para a compreensão da ciência winnicottiana da natureza humana (Loparic, 2000, p. 358).
5. A base do desenvolvimento teórico de Winnicott é a natureza humana, que, segundo ele, não muda: “há muito pouca evidência de que a natureza humana se alterou no curto espaço registrado pela história; e comparável a isso é o fato de que o que é verdade sobre a natureza humana em Londres hoje é verdade também em Tóquio, Acra, Amsterdã e Timbuktoo. É verdadeiro para brancos e pretos, gigantes e pigmeus, para as crianças do cientista de Harwell ou cabo Canaveral ou para as crianças do aborígine australiano” (1963d/1990, p. 88).
6. Winnicott considera que a expressão “instinto materno” não abrange todas as

mudanças que envolvem uma mulher quando ela está prestes a ganhar um bebê, porque, em sua opinião, esse termo induz a pensar que toda a dinâmica puerperal seja instintual. Quando adotou a expressão *preocupação materna primária*, sua intenção era tornar claro que a preocupação de uma mulher com seu estado de gravidez e com o bebê é, na realidade, uma conquista do amadurecimento da mulher. Para ele, a mulher madura muda gradualmente sua orientação sobre si mesma e sobre o mundo desde que engravida, passando a se interessar mais por ela mesma e pelas alterações que seu corpo sofre. Essas mudanças, que a princípio acontecem em um plano estritamente fisiológico, são as que sensibilizaram a mulher para as mudanças psicológicas mais sutis que ocorrem ao longo da gravidez, em especial no pós-parto. Em termos da teoria winnicottiana, a capacidade de uma mulher alcançar o estado de preocupação materna é um ponto importante, pois a mãe, desde a gravidez, constitui um ambiente que será favorável ou desfavorável para atender à dependência do feto em desenvolvimento e do recém-nascido. Ao destacar o estado de preocupação materna como uma conquista do amadurecimento, Winnicott se mostra fiel ao pensamento de que a existência é psicossomática, pois, como ele mesmo diz, “por mais que essas mudanças[na mulher grávida] sejam baseadas na fisiologia, elas podem ser distorcidas por falta de saúde mental na mulher” (1960c/1990, p. 51). Um extenso trabalho sobre o estado de preocupação materna e sua relação com a possibilidade de um bom início foi realizado por Leal, 2004.

7. A experiência e a teoria do nascimento serão analisadas nos itens 4 e 5 deste capítulo.
8. Winnicott considera um nascimento a termo o que acontece depois de o feto ter atingido a trigésima sexta semana.
9. Vale lembrar que, ao se posicionar assim, Winnicott não pretendia desqualificar a contribuição clínica da psiquiatria, área que ele respeitava e com a qual defendia a necessidade de interação em determinados casos.
10. Ego, para Winnicott, é uma tendência, uma parte da personalidade que amadurece, não é uma instância psíquica. É a parte da personalidade que tende, sob condições favoráveis, a se integrar em uma unidade. No início, o ego é um conceito inseparável do de “existência da criança como pessoa”; por isso, é considerado continuidade de ser. É o ego que organiza as experiências instituais e que dá sentido à experiência. Sendo assim, não há instintos (id) antes do ego (cf. 1965n[1962]/1990, pp. 55-56).
11. O significado do que é traumático varia de acordo com o estágio de desenvolvimento emocional da criança. Nos estágios de dependência absoluta e dependência relativa, está sempre relacionado a uma tarefa ambiental que não foi realizada de acordo com as necessidades do bebê e da criança, sendo a consequência diferente em termos de saúde ou não saúde. Enquanto no estágio de dependência absoluta o trauma interfere na continuidade de ser, chegando até a impedir a constituição de um si-mesmo, na dependência relativa, por já haver uma pessoa para ser ferida, os distúrbios afetivos e a tendência antissocial são as consequências. Já no estágio da independência relativa, a falha ambiental não é “necessariamente prejudicial” caso o amadurecimento tenha transcorrido de um modo saudável. É

possível um aprofundamento desse tema nos textos de Winnicott: “Provisão para a criança na saúde e na crise” (1965vc[1962]/1990, p. 62) e “O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família” (1989d[1965]/1994, p. 102).

12. Winnicott propõe uma gradação do uso do falso si-mesmo como defesa, que vai desde o acima citado, em que ele se apresenta como real e no lugar do si-mesmo verdadeiro que nunca é conhecido, até um grau de normalidade que pode ser visto nas atitudes sociais polidas que garantem uma boa convivência interpessoal. Nesse caso, deve ser visto quase como um aspecto do si-mesmo verdadeiro, uma habilidade para a conciliação sem a necessidade de que a pessoa se exponha. Portanto, simplificando, é possível dizer que, na saúde, a divisão do si-mesmo se dá entre um si-mesmo educado ou socializado e o si-mesmo pessoal privado, e que essa divisão é uma aquisição do amadurecimento. Na doença, a divisão é uma questão de “cisão na mente” que varia em intensidade.
13. Como, para Winnicott, o verdadeiro si-mesmo provém da vitalidade dos tecidos e da atuação das funções do corpo (gesto espontâneo), ou seja, é o que reúne “os pormenores da experiência do viver” (1965m[1960]/1990, p. 136), só faz sentido formular essa ideia e usar um conceito como esse se o propósito for a compreensão do falso si-mesmo. O si-mesmo potencialmente é sempre verdadeiro.
14. Humpty-Dumpty é um personagem de conto de fada infantil que está sempre caindo. Winnicott compara o bebê recém-integrado com esse personagem para exemplificar a fragilidade da integração e a vulnerabilidade a uma desintegração.
15. O termo sedução é usado por Winnicott aqui no sentido de o bebê ser desviado de um caminho esperado (ter suas necessidades atendidas); não tem nenhuma relação com desejos e impulsos.
16. Baseado na proposição winnicottiana de que é possível uma pessoa nunca alcançar o estado de saúde psíquica em que o complexo de Édipo seja formado ou adquira sentido, Loparic afirma que o complexo de Édipo não “é uma necessidade empírica, nem um *a priori*, seja filogenético, seja formal, da existência ou do pensamento humanos” (1997a, p. 384).
17. A ideia proposta por Winnicott de que um nascimento traumático pode designar a existência e o padrão de uma disposição paranoide vai além da concepção de Klein, para quem a ansiedade paranoide deve ser sempre relacionada ao sadismo oral e à ambivalência em relação ao objeto bom. Para Winnicott, quando a disposição paranoide e as ideias persecutórias retrocedem ao nascimento, não se podem pensá-las como derivadas do sadismo oral.
18. No artigo “As origens do indivíduo” (1987c[1966]/1988), Winnicott, ao tratar do tema do nascimento, expõe de forma contundente essa ideia. Ele sabe que as transformações fisiológicas que o nascimento acarreta são imensas, mas reconhece que “não é necessário pensar que algo tão memorável quanto o início do indivíduo esteja estritamente ligado ao processo de nascimento”. Em seguida, nesse mesmo texto, mostra por que essa experiência precisa ser considerada: “o argumento a favor da inclusão do processo de nascimento aqui é a imensa transformação que se dá na atitude dos pais. A criança poderia ter nascido morta, quando não monstruosa, mas aqui está o bebê, reconhecido por todos como um indivíduo” (1987c[1966]/1988, p.

47).

19. Não é demais relembrar que, também nesse aspecto, Winnicott se apoiou em sua experiência clínica. Ele buscou “a chave da compreensão da psicologia do bebê” na regressão de pacientes ocorrida durante o processo analítico, pois ele considera ser esse o método por excelência de conhecimento humano, estando acima da “compreensão intuitiva” e do estudo objetivo de bebês e da relação mãe-bebê em seus estágios iniciais (1958f[1949]/2000, p. 272). Considera que a legitimidade desse aspecto teórico estaria, portanto, vinculada aos resultados advindos de sua prática clínica.
20. Ver nota 10 deste capítulo.
21. Essas passagens serão respectivamente descritas nos itens 2.2 do Capítulo 4 e no item 7 do Capítulo 5.
22. O recurso de discriminar as tarefas da primeira mamada teórica tem o sentido de tornar possível uma especificação das conquistas do amadurecimento nos estágios iniciais.
23. Loparic aborda essas questões de modo aprofundado no artigo “O animal humano”, publicado em 2000.
24. Personalização, para Winnicott, é o processo positivo de despersonalização, termo usado pela psiquiatria para indicar a perda de contato da pessoa com o corpo e o funcionamento corporal.
25. É vital entender que, para Winnicott, a psique não está vinculada ao espírito ou ao espiritualismo. Também não se deve imaginar que a concepção de psique tenha o mesmo sentido de mente. Diferentemente da concepção tradicional – que considera mente e psique sinônimos, fato que induz o pensamento de que, desde que nasce, o bebê pode realizar operações mentais –, Winnicott propõe, como será descrito, que, em termos de saúde, a mente é um aspecto do inter-relacionamento da unidade psique-soma.
26. Ver nota 1 deste capítulo.
27. Essa afirmação dá sentido à ideia de que, no nascimento, já há um *estar-aí*, rudimentarmente organizado e estruturado pelas experiências pré-natais; por isso a experiência do nascimento será vivida com acentos pessoais.
28. “A verificação de quais seriam exatamente os elementos mentais irreduzíveis, principalmente os de natureza dinâmica, constitui em minha opinião um dos nossos mais fascinantes objetivos últimos. Esses elementos terão necessariamente um equivalente somático, provavelmente neurológico, e deste modo teremos, através do método científico, minimizado o hiato, velho como o tempo, entre mente e o corpo. [...] Em outras palavras, não acredito que a mente realmente exista como uma entidade – o que é possivelmente algo surpreendente para ser dito por um psicólogo... Quando falamos da mente influenciando o corpo ou do corpo influenciando a mente, estamos apenas utilizando um recurso taquigráfico conveniente em lugar de uma frase bem mais desajeitada...” (*apud* Winnicott, 1954a[1949]/2000, p. 332). Winnicott introduz seu artigo “A mente e sua relação com o psicossoma” (1949) com essa citação, dizendo concordar inteiramente com ela, e que ele a retirou de um texto de Scott de 1949. No entanto, ele apresenta a

data, mas não oferece as referências completas.

29. Winnicott pensa ser possível demonstrar que, no momento da desadaptação, bebês com um baixo QI liberam as suas mães da dependência mais lentamente do que bebês com alto QI (1954a[1949]/2000, p. 335).
30. Duas situações de falhas ambientais, comuns ao manejo do bebê nos primeiros meses, contribuem para que as forças herdadas empenhadas em alcançar à unidade não se concretizem ou o faça de forma relativa, permanecendo para a pessoa “uma tendência a perder a capacidade de simplesmente viver como uma unidade psicossomática” (1969g/1994, p. 431). Na primeira, a mãe estabelece um bom contato com a “pessoa do bebê”, mas não consegue perceber que esse bebê tem um corpo que também precisa ser alimentado, acariciado e limpo. Sua atenção está voltada para a criança, mas ela demora em identificar quando o bebê está como fome, sede, frio, calor, precisando mudar de posição, ser pego no colo etc. A outra acontece quando a mãe exerce com precisão os cuidados físicos, mas ignora que esse bebê é um ser humano, uma pessoa, que está realizando um particular processo de reconhecimento do próprio corpo e depende de tempo para compreender o que está acontecendo em seu interior para poder, então, revelar sua necessidade para o ambiente. É uma mãe que tem a tendência a antecipar os cuidados físicos: oferece o peito a qualquer reação do bebê, troca a fralda com uma frequência desnecessária, verifica incessantemente se a criança está fisicamente bem, mesmo quando dormindo.
31. Para pessoas saudáveis, a “rivalidade”, característica dos relacionamentos pessoais desde a época em que o bebê se percebe um Eu Sou, não é vivida como uma ameaça, mas sim como “um estímulo adicional ao crescimento e ao sabor de viver” (1989vm[1969]/1994, p. 89).
32. Note-se que Winnicott, da mesma forma que Freud, considera a repressão um mecanismo de defesa, mas não fala de repressão dos instintos. Para ele, o que é reprimido não é a libido, mas sim os fenômenos do mundo pessoal que não podem ser admitidos pela pessoa.
33. Winnicott acredita que uma criança saudável suporta as tensões próprias do amadurecimento. No entanto, também acredita que, quando as mesmas tensões oriundas de distorções do amadurecimento forem mantidas na vida adulta, situações somáticas irreversíveis como hipertensão benigna, ulceração da mucosa gástrica, hiperatividade da tireoide podem ser geradas, as quais precisarão ser tratadas pelos especialistas da área, mesmo para os pacientes tratados pela psicoterapia e/ou análise. A indicação de Winnicott para que a saúde do corpo não seja afetada de modo a necessitar de cuidados médicos, cirúrgicos ou endocrinológicos futuros é a realização da psicoterapia tão cedo quanto se observe distorções no desenvolvimento infantil.

Capítulo 4

O estágio do pré-concernimento

[...] um bebê humano precisa de certa distância das experiências primitivas, a fim de adquirir maturidade para ser profundo. (Winnicott)

1. Introdução

No capítulo anterior, apresentei os aspectos gerais da teoria do amadurecimento pessoal, relacionando especialmente a constituição do si-mesmo e a conquista da unidade eu como condições para o ingresso no estágio do concernimento, a partir da noção de força de ego. Neste capítulo, tratarei do detalhamento e da especificação dos conceitos teóricos que Winnicott denomina “estágio teórico da ausência do concernimento” ou “pré-concernimento”, com o intuito de marcar os momentos da passagem do estágio do incompadecimento para o de concernimento. Para tanto, descreverei o amadurecimento pessoal desde o estado de não-integração, passando pelos períodos de breve integração, até o momento em que esta se transforme em um fato, mas, agora, realçando de modo mais específico os dois conjuntos de experiências que contribuem para promover a integração do eu: o cuidado materno, ou seja, o ambiente, como fator externo e os impulsos instintivos e agressivos do bebê, que aglutinam a personalidade a partir de dentro, como fator interno. A intenção será mostrar como essas experiências se mesclam ao longo do amadurecimento pessoal até que a unidade eu seja alcançada; também destacarei como essas experiências estão relacionadas aos sentimentos de ser e sentir-se real, de modo mais ou menos estabelecido, alcançados pelo bebê no momento da integração em uma unidade.

2. Passagem do incompadecimento para o concernimento

Os estados tranquilos e excitados são conceitos básicos para compreender os acontecimentos que configuram a passagem do incompadecimento para o concernimento, bem como o estágio do concernimento em si. Eles são assim designados por Winnicott para definir dois *modos de estar* de um bebê – tranquilo e excitado – que, de certa maneira, orientam a mãe no sentido de qual tarefa (função) realizar. Os estados tranquilos podem ser definidos como os momentos de contemplação que seguem a experiência instintual; os estados excitados, como os momentos em que os instintos se impõem.

Esses dois estados são bem distintos um do outro, alternando-se de acordo com as tarefas que precisam ser realizadas pelo bebê. O estado tranquilo se mostra mais apropriado para as tarefas de integração (no tempo e espaço) e de alojamento da psique no corpo; o estado excitado está diretamente relacionado ao início do contato com a realidade (cf. Dias, 2003, p. 174). Esses estados e a passagem de um para o outro são aspectos do amadurecimento humano que ocuparão um indivíduo ao longo de toda a vida, e o modo como isso acontecerá dependerá de como isso aconteceu nos estágios primitivos e também nos momentos iniciais do estágio do concernimento, quando o bebê recém-alcançou o estatuto de unidade. O sentido que a experiência desses estados assume para o bebê está sempre referido ao cuidado materno.

Para compreender o que acontece com um bebê que fica preocupado por suas atitudes, ou seja, preocupado com o resultado de suas experiências instintivas, é necessário saber o que se passa com esse bebê anteriormente a essa conquista. Winnicott afirma que há um “estágio teórico da ausência de concernimento”, em que a criança é incompadecida, isto é, existe “como uma pessoa e tem propósitos” (Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 290), mas ainda não está preocupada, quanto aos resultados de suas ações. Seu propósito, quando se agita e se lança em direção a alguma coisa, procurando algo (o seio), é alcançar alívio para a tensão instintual; entretanto, tudo *o que faz* para conseguir a “paz no corpo” é por acaso, sem intenção de machucar ou ferir, mesmo que ocasionalmente, quando mama, isso possa acontecer. O bebê nesse estágio usa o seio da mãe simplesmente para se alimentar e para aliviar as tensões instintivas de agressividade.

Pode-se dizer, portanto, que, por ocasião do estágio teórico da “ausência de concernimento” ou “pré-concernimento”, o bebê almeja exercitar plenamente sua vitalidade, o “estar vivo”, que se manifesta intensamente durante os estados excitados, por meio do que Winnicott

chamou *impulso amoroso primitivo*. No impulso amoroso primitivo, estão contidos dois componentes distintos: a instintualidade (potencial erótico) e a motilidade (potencial agressivo), os quais, em um amadurecimento saudável, irão fundir-se, fortalecendo a sensação de realidade e de existir do indivíduo.

A respeito do componente instintual, cabe dizer que é nele que a sexualidade, mais tarde, irá enraizar-se. Sobre a motilidade, é necessário saber que ela se expressa antes do nascimento, em movimentos corporais que permitem a exploração e a descoberta do ambiente, e que é responsável pelo início do estabelecimento de uma relação com objetos externos. A motilidade é definida por Winnicott como uma das raízes da agressividade; por isso, é possível dizer que, no impulso do amor primitivo, há sempre uma destrutividade embutida, apesar de, nesse estágio, o bebê não ter a intenção de destruir.

No estágio do pré-concernimento, mesmo quando o bebê experienciou alguns momentos de integração, persiste certa dissociação entre os aspectos calmos e os excitados da personalidade, que faz com que o bebê não reconheça que *quem* está presente nos momentos de calma e descanso é ele mesmo, a mesma pessoa que, quando com fome ou outra necessidade, expressa isso com uma competência ímpar por meio do choro, da inquietação ou agarrando e atirando longe algum objeto até ser atendido. Em razão dessa dissociação inicial, ou seja, de não saber que é o mesmo em ambos os estados, o bebê não pode avaliar as consequências do amor excitado – que se manifesta na forma de um impulso, um gesto espontâneo, um contato na busca de obter alívio da tensão instintual; muito menos, ele pode considerar importante o fato de que o que destrói quando excitado é a mesma coisa que “valoriza nos calmos intervalos entre as excitações” (Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 290).

O incompadecimento do bebê nesse estágio se manifesta por ele não estar, ainda, integrado em uma unidade, com um si-mesmo estabelecido e uma identidade pessoal. Ele se relaciona de um modo dissociado com a mãe. Nessa circunstância, a passagem do estado tranquilo – no qual está dormindo ou apenas descansando da agitação e esforço realizados em um momento de excitação anterior – para um novo estado de excitação acontece sem que ele tenha noção do que se passa com ele. Isso porque, bem a princípio, o bebê nada sabe sobre sua própria existência, suas necessidades ou o que precisa e pode esperar para que essa tensão instintual seja aplacada; apenas gradualmente, quando se integra em uma unidade, começa a reconhecer que precisa de algo específico para

reencontrar a tranquilidade. Sendo assim, durante esse período de dissociação, os instintos são experienciados como se fossem externos a ele. Extremamente dependente do ambiente, o bebê apenas espera “encontrar algo”, alguma coisa que proporcione o retorno à tranquilidade.

A mãe que reconhece esse gesto espontâneo, inicialmente desajeitado, impreciso e carregado de certa *agressividade*, e auxilia seu bebê a se “livrar” desse estranho incômodo, realizando um atendimento confiável e dotado de previsibilidade, favorece a continuidade de ser do bebê, que, se continuamente confirmada, torna-se a condição para que as tensões instintuais sejam integradas, pessoalizadas, sentidas como pertencentes a ele e experienciadas como fortalecedoras do ego.

Outra particularidade da unidade mãe-bebê merece ser destacada quando se estuda a fase da ausência de concernimento. Como o bebê ainda não se constituiu como uma unidade, uma pessoa separada do conjunto mãe-bebê, também não é capaz de perceber que a pessoa que prontamente se dispõe a ajudá-lo nos momentos de tensão instintiva é a mesma que lhe assegura condições de bem-estar geral pela totalidade dos cuidados físicos e pela atmosfera de tranquilidade construída para que ele tenha tempo para elaborar imaginativamente as últimas ocorrências do “estar vivo”. Ele não pode identificar a mãe, que cuida e mimar nos momentos tranquilos, como a mesma pessoa que está por “trás do seio que ele está decidido a destruir” (Winnicott, 1945d/2000, p. 226) nos estados de excitação.

Para o bebê no estágio do incompadecimento, esses cuidados maternos tão distintos e indispensáveis para o seu amadurecimento são oferecidos por duas mães, isto é, a própria mãe que é, ao mesmo tempo, experienciada como uma mãe-ambiente e uma mãe-objeto. O bebê excitado precisa da mãe-objeto e o bebê tranquilo precisa da mãe-ambiente. A mãe-objeto se oferece como uma coisa para ser usada, proporcionando ao bebê condição para aliviar a tensão instintual, e a mãe-ambiente afasta o imprevisível e cuida adaptativamente dele por meio de um relacionamento sutil que só se torna evidenciado quando há inconsistência no cuidado. Quando há consistência no cuidado, o bebê simplesmente se comunica com a mãe-ambiente pela continuidade de ser.

Não é possível dizer que haja qualquer componente mental nos acontecimentos que envolvem a mãe e o bebê nesse momento. Todas as experiências que conduzirão à constituição do bebê como uma unidade e a consequente criação da mãe como algo externo são vividas de modo natural e espontâneo, por meio de “brincadeiras” como puxar o cabelo, morder, chutar, mamar vigorosamente, nas quais o psique-soma participa

ativamente. Envolvido nessas brincadeiras, o bebê exerce sua impulsividade nos momentos de excitação, sem preocupação, encontrando satisfação nessas atividades. A presença da mãe é fundamental porque somente uma mãe em estado de preocupação materna pode tolerar brincadeiras que cansam, e às vezes até a ferem, sem alterar sua atitude, sem se assustar e sem adotar comportamentos retaliadores. Experimentar esse brincar incompadecido na presença de uma mãe que *sobrevive a esses ataques*, no momento em que isso é natural, constitui-se, como veremos, um importante facilitador para o amadurecimento pessoal.

Apenas o bebê que conta com o apoio da mãe no momento da unidade mãe-bebê realiza a integração do si-mesmo e, gradativamente, pode perceber que ele é a mesma pessoa, quer excitado, quer tranquilo. Quando a integração se torna mais consistente, e ele se reconhece como um eu, a identificação de que existe um fora do eu, portanto um não-eu, começa a surgir. Por esse momento o bebê inicia a realização de que “as duas mães” com quem se relacionava nos momentos excitados e tranquilos são uma mesma pessoa.

Se nos estágios iniciais o bebê é incompadecido e, por isso, exerce sua impulsividade nos momentos de excitação sem preocupação – isto é, sem noção do “estrago provocado” na mãe pela sua destrutividade –, e o faz cada vez com mais força e ousadia, quando conquista a unidade pessoal (integração), o viver em seu próprio corpo (alojamento da psique no corpo) e uma noção de tempo mais elaborada (temporalização), algo nele se modifica. O reconhecimento retroativo, presente e futuro, da existência de um elemento “agressivo”, inerente às suas ações quando excitado, coloca o bebê – que está realizando uma infinidade de experiências que precedem a conquista do concernimento e nas quais estão envolvidos ele próprio, a mãe e o que acontece entre eles – diante da difícil tarefa de criar a realidade externa e de separar os fatos da fantasia.

Alcançar a posição de ser capaz de distinguir entre o eu e o não-eu, entre um mundo interno e um mundo externo, é demorado, exigindo esforço do bebê e atenção materna. Algumas experiências do amadurecimento intermedeiam essa passagem. A *desadaptação* – que marca a passagem de uma adaptação absoluta para uma adaptação relativa e que acontece em função do cansaço da mãe e da percepção que esta tem do amadurecimento do bebê¹ – deve ser vista como uma tarefa adaptativa e um requisito necessário do amadurecimento para que a “unidade indiferenciada mãe-bebê” (Dias, 2003, p. 228) paulatinamente se rompa, abrindo a possibilidade para que o bebê conquiste a integração em um eu

unitário e separado. Também o processo de *desilusão*, que inclui em seus vários aspectos o *desmame*,² alinhava o caminho para a conquista do concernimento, à medida que promove a separação da unidade mãe-bebê. O bebê consegue lidar com a gradativa diminuição da prontidão materna em atender as suas necessidades porque é auxiliado pelo funcionamento mental e pelos processos intelectuais que aqui se iniciam. A demora da mãe é aliviada pela identificação “dos barulhos” no ambiente, que indicam que ela virá atendê-lo. O bebê começa a aceitar distrações intermediárias para o pronto atendimento.

É precisamente nesse momento do amadurecimento que Winnicott introduz a teoria da transicionalidade, descrevendo a área de *experiência* dos fenômenos transicionais³ como a que trata da passagem entre a “incapacidade do bebê” de reconhecer a realidade externa e a capacidade crescente de vir a fazê-lo. Dizendo de outro modo, é o período em que o bebê começa a reconhecer a mãe e o mundo como separados do eu. Os fenômenos transicionais oferecem uma continuidade para a *ilusão* do bebê, apesar da gradativa modificação *na onipotência*. É uma área de transição para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a realidade externa; nela o bebê realiza experiências entre o que é subjetivo e o que é objetivamente percebido. Essa é a passagem que prepara o bebê para o contato e relacionamento com a externalidade e a que contribui para a percepção, por parte do bebê, de seu incompadecimento. Como afirma Winnicott, é

[...] a área intermediária da experiência entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação objetal, entre a atividade da criatividade primária e a projeção do que já teria sido introjetado, entre a não consciência primária da dívida e o reconhecimento da dívida. (Winnicott, 1953c[1951]/2000, p. 317)

Tudo o que acontece nessa passagem está relacionado à experiência do brincar – primeiro, de deixar cair coisas e, depois, de reter um brinquedo (objeto) especial –, pois, de acordo com Winnicott, é por meio do modo de lidar com objetos externos desde a tenra idade que se pode observar o amadurecimento pessoal. Ele entende que à primeira vista o brincar de agarrar coisas e de deixá-las cair pode ser avaliado apenas como um aspecto do desenvolvimento físico, caso considerarmos que antes dessa época o bebê poderia querer fazê-lo, mas não poderia em razão de sua incapacidade física.⁴

No entanto, apoiado na tese psicossomática, Winnicott afirma que,

independentemente da capacidade física atrelada a esse brincar, é preciso considerar o aspecto emocional envolvido nessa atividade para que se tenha a real compreensão da relação entre o brincar e o desenvolvimento do bebê. Sob esse olhar, comenta que, quando o bebê começa a separar coisas e objetos e a criar usos para eles, mais do que mostrar que cresceu fisicamente, está indicando que já é capaz de perceber que tem um interior e que as coisas vêm do exterior. O bebê evidencia também, com esse simples brincar, que “sabe que está enriquecendo com as coisas por ele incorporadas” (Winnicott, 1945d/2000, p. 221), física e psiquicamente, e que agora é possível se livrar das coisas depois de ter obtido o que desejava delas. Com a aquisição da capacidade de distanciar-se das coisas, ele conseguirá se manter separado da mãe por um tempo cada vez maior.

É observando o brincar infantil que se pode dizer que o bebê já é uma unidade separada da mãe, embora, nos instantes iniciais, a mãe ainda seja reconhecida por ele apenas como um não-eu, como algo que chega de fora, como parte da realidade externa. Não é ainda uma pessoa como ele. Mesmo assim, tudo o que se refere à mãe – seu corpo, sua roupa, seu cheiro e, principalmente, suas atitudes quando afetadas pela pressa, preocupação e ansiedade – já começa a ser distinguido e reconhecido pelo bebê como parte dela, pois ele já incorporou o modo de cuidar da mãe. Quando começa a “brincar de deixar cair coisas”, ele mostra um avanço em seu amadurecimento pessoal, ao passo que sinaliza que está “presente como pessoa” e, de certo modo, “confiante no relacionamento com a mãe”, podendo, inclusive, usar objetos que simbolizam ela própria ou alguma qualidade dela; é capaz de sentir prazer em ações simplesmente lúdicas, que não envolvam o ato instintivo da alimentação (cf. Winnicott, 1993h[1956]/1999, p. 23). Os objetos que os bebês abraçam, manipulam e “atacam” nessa fase carregam consigo as características da mãe e revelam a primeira manifestação infantil da afetividade; nesse contexto, o termo afeição passa a ter lugar.

Esse brincar, que se sustenta na aceitação de símbolos, tornará a criança capaz de experienciar “tudo o que encontra em sua íntima realidade psíquica pessoal”, na qual há tanto agressividade como amor. O brinquedo é, por isso, aconchegado e acariciado, e também largado e jogado longe. Todos esses desenvolvimentos são importantes, pois somente quando alcança esse estágio do amadurecimento é possível, para um observador externo, dizer que o bebê tem um mundo interno, do qual conhece a existência e pelo qual *virá a se responsabilizar* caso conte com as condições ambientais específicas. Esse mundo interno, que já está

parcialmente recheado pelo somatório das experiências de cuidado vividas, é a “base do sentimento de identidade” que está amadurecendo (Winnicott, 1964d/1999, p. 107). O brincar infantil, que também amadurece, será usado pela criança como um recurso para *dramatizar* sua realidade interna, isto é, uma maneira de revelar suas necessidades, bem como as dificuldades que encontra em *administrar* seu mundo pessoal. Quando adulto, o “brincar” se converterá na capacidade de uma pessoa saudável operar na terceira área da experiência, lugar onde a realidade interna e a realidade externa (duas das outras áreas de experiência humana) compõem o que significa viver.

É necessário destacar ainda que a capacidade de simbolizar adquirida no estágio da transicionalidade é uma importante aquisição para a continuidade do amadurecimento, pois ela é precursora da capacidade de distinguir entre fato e fantasia, considerada por Winnicott uma das mais difíceis tarefas que acompanha a pessoa vida afora. Essa distinção é uma das condições para que o concernimento seja alcançado e, como veremos adiante, uma conquista dos momentos iniciais do estágio do concernimento.

2.1 Origem da agressividade

Como vimos, o percurso entre ser uma unidade indiferenciada mãe-bebê e se constituir como uma pessoa separada do não-eu é permeado por sutis experiências que envolvem a mãe e o bebê durante os estados excitados e está, no que se refere à passagem do incompadecimento para o concernimento, diretamente associado ao tema da agressividade. Este, que é um dos temas fundamentais da teoria winnicottiana, trata da relação entre a agressividade ou a destrutividade contidas na natureza humana e o amadurecimento pessoal. É a teoria da agressividade que faz o elo entre as experiências da vida intrauterina, do nascimento e do estágio primitivo. Todos os acontecimentos que envolvem o feto e, posteriormente, o bebê e a mãe são regidos pela força vital, pela motilidade e pela agressividade (destrutividade) – conceitos que têm o mesmo sentido teórico, mas que se referem aos diferentes estágios de amadurecimento do bebê.

Um breve parêntese teórico a respeito da agressividade inerente à natureza humana é necessário para entender a relação entre a destrutividade e a aquisição das seguintes capacidades: de sentir culpa, de reparação, para responsabilizar-se pela vida e para deprimir-se.

Escolhemos fazê-lo nesse momento por acreditar que isso facilitará a compreensão da relação existente entre o tema da destrutividade, a questão do incompadecimento e a passagem para o concernimento, bem como será um instrumento de compreensão da ligação entre destrutividade e depressão proposta por Winnicott. Para esse autor, em todas as formas de depressão “o paciente se encontra em dificuldades com as ideias e impulsos destrutivos que acompanham a experiência dos relacionamentos objetivos” (Winnicott, 1989vl[1961]/1994, p. 54).

Em sua teoria, Winnicott buscou esclarecer a origem da agressividade humana e estabelecer suas diferentes formas de manifestação ao longo do processo de amadurecimento, pois considera a agressividade um dos aspectos complicadores da experiência do “estar com” o outro. A proposição central do estudo winnicottiano sobre esse tema é: a agressividade é uma característica natural do ser humano, com a qual todo indivíduo terá de lidar enquanto existir e cuja especificidade é constituída e caracterizada de acordo com as condições ambientais oferecidas a cada novo ser humano desde a sua vida uterina. Isso implica que as diferenças no modo de expressão da agressividade, em sua intencionalidade e na possibilidade de se responsabilizar ou não por ela, é fruto do amadurecimento pessoal.

Há um valor positivo na agressividade compreendida da maneira como Winnicott propõe, pois permite a observação do envolvimento desta tanto na experiência de construção do sentido de realidade (de existir) do bebê como, mais tarde, na experiência de tornar o objeto parte da realidade externa. Da possibilidade de passar por essas experiências surge a condição de criar um mundo de realidade compartilhada, em que os vários sentimentos, situados entre o amor e o ódio, poderão ser experienciados com segurança e responsabilidade. Outro aspecto merece ser destacado: a agressividade é uma das raízes da construtividade, que só poderá ser exercida de modo natural, criativo e pessoal quando a pessoa, em seu amadurecimento, conquistar a consciência de sua destrutividade. Na vida adulta, é uma conquista revelada pela capacidade de a pessoa se envolver com o trabalho.

Em sua obra, Winnicott teoriza sobre a destrutividade nos estágios primitivos (dependência absoluta) e intermediários (dependência relativa).⁵ Sua contribuição teórica para esse tema está ligada ao fato de ele considerar que a agressividade *originalmente* não está relacionada à repressão dos instintos, ao instinto de morte e também não é decorrência de uma reação ao encontro com o princípio da realidade ou da frustração

de uma experiência instintiva não satisfeita. A recusa dos princípios psicanalíticos clássicos de compreensão da agressividade aponta para um ponto distintivo da teoria do amadurecimento pessoal – a conquista do Eu Sou. A agressividade (ou destrutividade) humana só pode ser considerada uma reação de raiva ou frustração no sentido exposto anteriormente, quando o indivíduo se constituir como pessoa, souber da existência de outro como ele e, conseqüentemente, puder avaliar e se responsabilizar por aquilo que se passa ou se passou entre eles, o que, de acordo com a linha do amadurecimento, só se torna possível quando acontece a integração dos impulsos instintivos e agressivos no estágio do concernimento e a conquista do concernimento. A exigência de que exista *uma pessoa* constituída, que possa ser frustrada, sentir raiva ou odiar, é mais um dos pontos de diferença entre as teorias freudiana e winnicottiana que destacarei brevemente.

Para Winnicott, é inaceitável basear a compreensão da destrutividade humana no conceito de instinto de morte, como queria Freud. Ancorado na teoria do amadurecimento construída por ele, sabia que muito precisaria acontecer em termos de desenvolvimento antes que a palavra morte tivesse sentido para alguém. Morte, para Winnicott, só adquire significado para o indivíduo que conquistou o *status* de pessoa unitária, organizada e capaz de experienciar o ódio – ser odiada e odiar. Somente quando adquire a unidade, a pessoa “odiada e amada é mantida viva ao ser castrada ou mutilada de outra forma ao invés de ser morta” (Winnicott, 1960c/1990, p. 51). Em termos de amadurecimento isso só acontece após a conquista do concernimento. Portanto, enquanto o bebê está imerso entre as alternativas de continuar a ser e a ameaça de aniquilação característica dos momentos iniciais, não há uma aplicação possível para a palavra morte. Ser aniquilado, nos momentos iniciais do amadurecimento, não significa morrer, mas estar impossibilitado de continuar a ser, embora permaneça vivo.

Winnicott entende que Freud, ao postular a pulsão de morte como raiz da agressividade, não considerou aspectos importantes da experiência da pessoa, como a dependência original e a crescente sensação e percepção da dependência, que são os fatores que agregam preocupações para o indivíduo que amadurece. É por isso que a teoria da agressividade freudiana (baseada na teoria das pulsões de vida e de morte) se revela, na opinião de Winnicott, *falsa*, pois deixa de lado duas fontes vitalmente importantes de agressão: a que é inerente aos impulsos do amor primitivo, em que ainda não cabe falar em frustração, e a que é decorrente da intrusão

ambiental, que faz o bebê reagir em vez de continuar a ser. Segundo Winnicott, experienciar o ódio só se torna uma realidade para os bebês que puderam se distanciar das questões referentes à estruturação da personalidade dos estágios iniciais e, sendo uma pessoa, tornaram-se capazes de responsabilizar-se pelo que sentem e fazem, inclusive pelo odiar.

Pensando, portanto, em termos da linha do amadurecimento emocional, é possível dizer que a experiência da agressividade adquire sentido e importância característicos em cada estágio. Nos estágios iniciais, a agressividade originalmente é parte do impulso do amor primitivo, manifesta-se no apetite ou em outra forma de amor instintivo e é consequência do estado de excitação; por isso, não é possível reconhecer *preocupação* do bebê em relação ao que faz. É importante que se tenha claro que a destrutividade desse momento é por acaso e não intencional; sua raiz é a motilidade – a atividade sensório-motora que orienta o contato do bebê com o ambiente desde o útero –, participando ativamente da constituição do sentido de realidade do bebê e do modo de relacionamento estabelecido entre ele e o ambiente nos momentos da dependência absoluta.

Três padrões de experiência do indivíduo com o ambiente são constituídos a partir do fenômeno da motilidade. No primeiro padrão, o ambiente é descoberto e redescoberto a partir da motilidade, e o contato com o ambiente se constitui como uma *experiência do indivíduo*; no segundo padrão, o contato com o ambiente é realizado segundo uma série de *reações à intrusão*, e a motilidade passa a ser parte da experiência de reação; no terceiro padrão, a reação à intrusão é de tal maneira intensa que o indivíduo só pode se relacionar com o ambiente por meio de um falso si-mesmo.

Sob condições favoráveis, portanto, aquela que caracteriza o primeiro padrão descrito acima, a motilidade (potencial agressivo), irá, ainda em um estágio de muita dependência, fundir-se à instintualidade (potencial erótico), estabelecendo algumas diferenças individuais em relação ao potencial destrutivo. Isso acontece por sempre restar um resíduo de potencial de motilidade deixado fora da fusão – a motilidade que não é usada nas experiências instintivas e que fica livre para ser usada com “objetivos puramente motores” (Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 298), isto é, agressivos.

Dois pontos precisam ser destacados sobre esse resíduo de motilidade. O primeiro diz respeito à diferença existente entre as pessoas

em relação à agressividade, que está, de acordo com o autor, relacionada a esse resíduo de agressividade primitiva (cf. Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 297). O segundo ponto se refere ao fato de esse resíduo de motilidade não fundido com a instintualidade *buscar uma oposição* (que não tem a ver com a reação à frustração ou o gesto de oposição), algum obstáculo para empurrar. Encontrar uma oposição é uma necessidade do indivíduo para que possa experienciar esse resíduo de motilidade que deve ser reconhecido pela mãe, mas é, ao mesmo tempo, uma condição para o indivíduo se tornar real. O resíduo de motilidade que não encontra a oposição permanecerá sem ser experienciado e irá se tornar uma ameaça para o bem-estar da pessoa.

Note-se, entretanto, que “o indivíduo sente prazer de buscar a oposição adequada” (Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 298) somente quando o padrão de experiência é a saúde. Nos outros dois padrões, o potencial de motilidade (agressividade) torna-se matéria de experiência apenas quando ocorre uma intrusão ambiental. Nesses casos, estamos, como diz Winnicott, diante de um quadro de doença,⁶ pois o indivíduo só encontra a raiz da agressividade (motilidade) quando sofre uma intrusão; trata-se de alguém que precisa da oposição para poder reagir.

2.2 Fusão dos elementos agressivos e instintivos

Como se vê, um fator significativo e até complicador para o amadurecimento pessoal é o grau de fusão dos elementos agressivos e instintivos, especialmente porque a tarefa da fusão desses elementos é extremamente difícil. Mesmo em amadurecimentos saudáveis, pode-se verificar a incompletude dessa tarefa e observar a presença de uma *imensa* quantidade de agressividade não fundida dificultando a vida de uma pessoa e/ou a patologia dela quando em análise. Para entender a complexidade envolvida na fusão dos componentes agressivos e instintivos, é necessário conhecer o que se passa no estado de ausência de fusão, ou des-fusão.

Um dos aspectos que interfere na realização da fusão nos estágios primitivos é o grau de oposição sentido pelo feto durante a permanência no útero. De acordo com Winnicott, um bebê, quando nasce, traz consigo impressões pessoais decorrentes da experiência de contato com a realidade externa construída no útero. Sendo assim, a quantidade de potencial agressivo (motilidade) do bebê assim que nasce depende “da quantidade de oposição que ele terá encontrado” ainda no útero.⁷ Para entender essa

afirmação, deve-se ter em mente que, inicialmente, o “potencial de força vital” do qual o feto é dotado e que se converterá em motilidade e, posteriormente, em potencial de agressividade, é o mesmo que o potencial erótico. Entretanto, em consequência da oposição sentida, a conversão da força vital em potencial de agressividade será afetada e, no caso de essa oposição ser excessiva, criará complicações e, muitas vezes, tornará impossível para o indivíduo a realização da fusão do potencial agressivo com o potencial erótico.

Em razão dessa experiência intrauterina, o bebê, quando nasce e é recebido pela mãe, já traz consigo um potencial instintivo (erótico) localizado em zonas, que é biológico e mais ou menos o mesmo para cada bebê, por não sofrer influências ambientais; por contraste, traz um potencial agressivo⁸ que costuma ser extremamente variável em razão das experiências já realizadas. Desse modo, é possível ver que o elevado ou baixo potencial agressivo de um bebê, antes que ele encontre o seio pela primeira vez, foi constituído pela realização de experiências com o ambiente. É com esse potencial agressivo (a motilidade primitiva) particular que cada bebê iniciará sua busca de criar o mundo; é esse potencial que precisará ser injetado nas experiências instintivas para que a sensação de realidade da experiência seja incrementada.

Winnicott afirma que, a partir da oposição que a força vital encontra no útero, três tipos de situações podem ser esperadas. Na saúde, quando os impulsos do feto levam à descoberta do ambiente, que é na realidade a oposição, há um gradual reconhecimento de um mundo não-eu e uma instauração do eu, que repetidamente são alcançados e perdidos por um período de tempo, inclusive após o nascimento, até que se estabeleça de modo mais definitivo a integração em uma unidade. Nessa situação, aquilo que logo será definido como um comportamento agressivo do bebê deve ser, de início, visto como um “simples impulso”, o impulso implacável (sadismo oral) que leva ao movimento e à exploração do mundo externo.

A “agressividade”, contida no impulso amoroso primitivo e que precisa de oposição para dar realidade às experiências, é a que faz o bebê “necessitar de um objeto externo” que se oponha “e não apenas (precisar) de um objeto que o satisfaça” (Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 304). Quando chora e se agita, o bebê está revelando tanto um desconforto, uma necessidade que pode ser fome (instintual), como também a necessidade de um obstáculo (um toque da mãe, de ser carregada no colo etc.) que dê um limite para essa agitação. Enquanto a tensão instintual pode ser atendida por qualquer coisa que a alivie temporariamente ou

definitivamente, a tensão proveniente dos impulsos agressivos, que não encontra a oposição, não acrescentará nada à experiência do bebê no sentido de esta se tornar real. O estado de tensão originado no impulso agressivo precisa ser – do mesmo modo que a tensão instintual – reconhecido pela mãe e de alguma forma atendido, para que possa ser integrado como experiência pessoal. Caso contrário, será uma experiência perdida, tendo em vista o amadurecimento. Na situação de saúde, em que há um atendimento tanto aos impulsos instintivos como aos agressivos, em algum momento do *holding* a fusão acontecerá e os impulsos instintuais e agressivos fundidos estarão à disposição para serem usados pela pessoa em seu relacionamento com o mundo externo.

Outra situação é quando há doença. Aqui é o ambiente que se impõe e a força vital é consumida em reações à intrusão, podendo chegar ao extremo de o eu não se estabelecer em virtude do fato de as experiências serem apenas consequências de reações. Se depois do nascimento e das experiências primitivas do bebê com a mãe nada mudar, a fusão dos componentes agressivos e instintivos não acontecerá, pois o eu não estará instaurado no momento da experiência instintiva; se isso acontecer, o indivíduo que existe será falso.

Tendo abordado o que Winnicott considera os “dois extremos”, torna-se possível desenhar o “estado mais comum”, definido por ele como aquele em que há falta de fusão em algum grau e no qual a composição da personalidade da pessoa incluirá “um eu verdadeiro, com um eu e um não-eu bem constituído, e com *certa* fusão dos elementos agressivo e instintivo” (Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 303). Nessa circunstância, ou seja, quando a fusão é parcial, o eu será facilmente seduzido rumo à experiência instintiva e o resultado será a perda da sensação de realidade. Também se terá um eu que se entrega inteira e impiedosamente à agressividade, que, embora ainda não esteja *organizada* para fins de destruição, é valiosa para a pessoa, pois traz consigo “a sensação de realidade e a sensação de estar se relacionando” (Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 304).

No entanto, é preciso destacar que, no caso em que há falta de fusão em algum grau, a agressividade só se tornará disponível para a pessoa quando suscitada *por uma oposição* ou *por uma perseguição*, porque de fato lhe “faltam raízes no impulso pessoal motivado pela espontaneidade do ego” (Winnicott, 1958b[1950]/2000, pp. 303-304). Por essa razão, em cada nova experiência de destrutividade, a pessoa precisará de um considerável tempo para reordenar o que se passa em seu interior, pois tem

difficuldade tanto para aceitar a agressividade como para se responsabilizar por ela, para poder, assim, decidir sobre o modo como lidará com ela.

Em casos extremos, pode-se dizer que a falha na fusão, ou a perda da fusão já conquistada, produz um elemento potencial de *destrutividade pura* no indivíduo, isto é, sem sentimento de culpa, que continuará sendo a base das relações objetais para a pessoa e acarretará distúrbios no amadurecimento em termos de organização da personalidade (personalidades psicóticas) e de caráter (tendência antissocial, delinquência e psicopatia). Também há a situação em que o indivíduo alcança uma falsa fusão dos elementos instintivos e agressivos ao converter essa agressividade pura e não fundida em masoquismo.

2.3 Fusão dos instintos e capacidade para a ambivalência

No que diz respeito ao estudo da depressão e à agressividade, o importante é saber que, em um amadurecimento saudável, no qual um modo de relacionamento bebê-ambiente não intrusivo se estabeleceu, a tarefa de fusão dos instintos será propiciada em algum grau. A partir do momento em que é possível considerar algum nível de fusão entre os instintos, entende-se que o “bebê se tornou capaz de combinar” (Winnicott, 1963b[1962]/1990, p. 72), ao mesmo tempo e em relação a um mesmo objeto, a experiência agressiva e instintual (erótica), podendo-se dizer que a ambivalência⁹ foi alcançada. Quando isso se torna um fato no desenvolvimento do bebê, ele se torna capaz de experienciar a ambivalência na fantasia e também nas funções corporais, das quais a fantasia originalmente é uma elaboração. Isso quer dizer que o bebê já é capaz de distinguir entre o que é instintual e o que é agressivo, entre o amor e o ódio, devendo, agora, lidar com o inter-relacionamento desses impulsos e controlá-los a partir do seu mundo interno. Dizendo de outra maneira, quando a ambivalência é alcançada, fará parte da experiência do bebê lidar com o elemento agressivo pertencente e inerente à natureza humana, agora separado da experiência instintiva, bem como lidar com aquilo que é bom em seu interior. Nesse estágio, o bebê deverá ocupar-se também com os resíduos de agressividade que não foram injetados na instintualidade e que representam algum grau de agressividade não fundida.

Em seu primeiro artigo dedicado à questão da agressividade, escrito

em 1939, Winnicott já dizia que o tema da agressividade é importante por estar relacionado aos “dois principais elementos a partir dos quais se constroem as relações humanas” – o amor e o ódio. Comenta também que o ponto de partida para se posicionar assim é o pensamento de que “todo o bem e o mal encontrados no mundo das relações humanas *serão encontrados no âmago do ser humano*” (Winnicott, 1957d[1939]/1999, p. 93; os itálicos são meus), inclusive nos bebês desde a mais tenra idade. Essa posição teórica se manteve inalterada e o autor passou a considerar as questões da ambivalência e da capacidade para a ambivalência (amar e odiar a mesma pessoa ou coisa ao mesmo tempo) como dificuldades para o amadurecimento pessoal, a ponto de tratá-las como “um problema universal” (Winnicott, 1993b[1969]/1999, p. 147) da pessoa que amadurece e enriquece sua realidade interna ao relacionar-se com a realidade externa. Para ele, “ser capaz de tolerar tudo o que podemos encontrar em nossa realidade interior é uma das grandes dificuldades humanas, e um dos importantes objetivos humanos consiste em estabelecer relações harmoniosas entre as realidades pessoais internas e as realidades exteriores” (Winnicott, 1957d[1939]/1990, p. 98).

O estágio do concernimento será o período em que tanto o bebê como a criança mais crescida estarão “se adaptando à destrutividade que faz parte de sua natureza” (Winnicott, 1963d/1990, p. 96); essa fase de adaptação dura mais ou menos dos seis meses aos dois anos de idade. Nessa época, a mãe permanece desempenhando as duas funções – de ambiente e de objeto. Como objeto, é permanentemente destruída e danificada; por isso, sua presença é fundamental como indicativo de que sobreviveu aos ataques. Após essa fase, uma criança que foi ambientalmente apoiada poderá ter uma integração satisfatória da ideia de destruir e amar um objeto ao mesmo tempo. Isto configura a conquista da capacidade para a ambivalência. No entanto, para a pessoa ser capaz de tolerar os elementos agressivos contidos em seu impulso amoroso primitivo e poder transformá-los em outros modos de expressão, é necessário conquistar o concernimento e a capacidade para sentir culpa. À medida que a pessoa amadurece, essa destrutividade será cada vez mais um aspecto das relações objetais. Quando integrada à personalidade da pessoa e reconhecida como parte do si-mesmo, tornar-se-á cada vez mais um importante aspecto na experiência das relações com os objetos externos; quando não integrada, transformar-se-á numa fonte de dificuldades para a pessoa.

Essa destrutividade – que, como vimos, originalmente é uma parte do

apetite ou de alguma outra forma de amor instintivo – precisa ser experienciada de modo não concernido nos estágios primitivos para, mais tarde, após a conquista do concernimento e da responsabilidade pela destrutividade pessoal, ser isolada da experiência de alimentação e poupada a fim de ser usada quando a criança estiver furiosa. Quando alcançar essa capacidade, a pessoa finalmente mobilizará sua agressividade para experiências em que o ódio esteja presente, usando-a para combater a realidade externa sentida como má. Caso a agressividade seja perdida, isto é, não experienciada, na fase do incompadecimento ocorre “uma perda da capacidade de amar, ou seja, de relacionar-se com objetos” (Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 291), porque um bebê que não “tenha se encolerizado com frequência em uma idade em que não precisa sentir remorso” poderá ficar aterrorizado caso venha a irritar-se pela primeira vez aos 18 meses, pois, como esclarece Winnicott, “a principal destruição existe sempre, necessariamente em sua fantasia” (Winnicott, 1957d[1939]/1999, p. 97).

Essa passagem de amadurecimento é fundamental, especialmente por sua relação com os distúrbios de alimentação. Segundo Winnicott, tais distúrbios estão relacionados à experiência da destrutividade e, por isso, quando a pessoa não entra em acordo com a sua agressividade, ou seja, não a isola do ato de comer, os problemas alimentares e digestivos se apresentam. Em 1936, ele já observava isso e afirmava que para as crianças “a atitude em relação à comida é uma atitude em relação a uma pessoa, a mãe”, e que, mais tarde, quando adultos, os sintomas da alimentação variariam de acordo com o relacionamento com as diversas pessoas (Winnicott, 1958e[1936]/2000, p. 103).

2.4 Criação da externalidade

Em termos teóricos, a importância de conhecer a diferença entre os impulsos instintivos e agressivos no contexto da estruturação da personalidade da pessoa é definida pela tese winnicottiana de que “a agressão está sempre ligada ao estabelecimento de uma distinção entre o que é, e o que não é o eu” (Winnicott, 1964d/1999, p. 104). Isso significa que, antes de a fusão ser alcançada, a agressão experienciada pelo lactente – e que é parte integrante do impulso amoroso primitivo (a motilidade e o movimento) –, com as ideias ligadas a ela, tem a função de colocar o objeto separado do si-mesmo fora da área de onipotência. Isso acontece

gradualmente, à medida que a integração em uma unidade vai se tornando um fato estabelecido e o bebê caminha para o estágio em que reconhece que há um eu e um não-eu. Contudo, é necessário distinguir nessa fase de amadurecimento a agressividade usada para fins de desenvolvimento pessoal do sofrimento reativo do bebê, pois Winnicott deixa claro que, durante os estágios iniciais, anteriormente à fusão ser alcançada, o comportamento reativo do bebê a falhas no ambiente significa sofrimento, e não agressão.

Winnicott *não* coloca a satisfação instintual como objetivo primordial da pessoa, tampouco a destaca como parte da tarefa de constituição de um si-mesmo pessoal, da tarefa de criação da externalidade (mundo externo) e do relacionamento que será construído a partir de então entre as realidades interna e externa. Pelo contrário, ele afirma que “a gratificação instintiva proporciona ao lactente uma experiência pessoal, *mas pouco* afeta a posição do objeto”, pois “a mudança de objeto de ‘subjetivo’ para ‘percebido objetivamente’ é realizada *menos efetivamente por satisfações* do que por frustrações” (Winnicott, 1965j[1963]/1990, p. 165; os *itálicos* são meus).

Diferentemente de Freud, que acreditava que a agressividade era decorrente da frustração e consequência de satisfações instintuais não atendidas, Winnicott propõe que, ao amadurecer, uma criança considera *aborrecido* continuar experienciando uma situação de onipotência quando já dispõe de recursos próprios que lhe permitem conviver com as frustrações e as dificuldades de seu meio ambiente. Portanto, lidar com frustrações ligadas ao princípio da realidade, na teoria winnicottiana, é indicativo de amadurecimento, e não a razão dos traumas e das repressões. É por perceber os sinais indicativos da condição de o bebê não precisar ser prontamente atendido que faz uma mãe adaptada iniciar a desadaptação, permitindo esparsas experiências de frustração.

São as experiências de frustração vividas após a fusão dos instintos agressivos e instintivos que indicam a existência de um mundo que é não-eu. Winnicott reforça que, até atingir a fusão, o bebê passa por “um tremendo desenvolvimento” e que isso não pode ser deixado de lado quando se considera a possibilidade de a falha ambiental exercer seu papel positivo: proporcionar ao lactente começar a reconhecer um mundo que é repudiado (Winnicott, 1965j[1963]/1990, p. 165). Só um bebê que experienciou um cuidado ambiental absoluto pode aproveitar essas falhas na adaptação, pois, pelo fato de ter a memória do cuidado, retém a ideia do objeto como potencialmente satisfatório e pode odiar concretamente o

objeto que falha.

Mas o que acontece com o bebê entre esses dois momentos: ser incompadecido e não *consciente* de sua agressividade e tornar-se consciente e preocupado com ela? Qual a relação entre agressividade e frustração?

Retomando um pouco, apenas para situar a exposição, temos que, no estágio inicial ou da pré-integração, detalhado anteriormente, a agressividade é parte do objetivo do impulso instintual e o “efeito agressivo” deve ser entendido como não intencional, uma vez que ainda não há uma pessoa constituída que possa se responsabilizar pelo que faz. O bebê pode até machucar a mãe enquanto mama, mas não se pode dizer que ele esteja tentando feri-la intencionalmente; ele apenas busca uma forma de expressar seu amor excitado. Embora possa parecer assustador um bebê que morde ou puxa os cabelos da mãe, é necessário saber que, nessa época, o que ele faz não é consequência de uma frustração ou de raiva, pois ainda não há uma pessoa presente para sentir.

No entanto, essa situação se modifica quando o bebê começa a emergir como uma unidade e reconhece a presença de intenção em suas ações, adquirindo, assim, a condição de vir a se sentir concernido pelo efeito das experiências instintivas, físicas ou ideativas. É interessante pontuar o que se passa com o bebê no limiar dessa passagem. Se até então o machucar o seio durante a amamentação acontecia como parte da experiência do mamar, com o passar do tempo o bebê percebe em si um impulso de morder e de agitar-se que traz em si mesmo satisfação. Trata-se, como diz Winnicott, “do início de algo muito importante” e que diz respeito “aos impulsos e à utilização de objetos desprotegidos” (Winnicott, 1969b[1968]/1988, p. 26) por parte do bebê, que começa a reconhecer seu incompadecimento.

2.5 Destruição e sobrevivência da mãe

A tendência incompadecida de mover-se na direção de algo e obter alguma forma de satisfação gradualmente assume o caráter de ações “que exprimem raiva” ou de “estados que denunciam ódio e controle do ódio” (Winnicott, 1964d/1999, p. 104). A agressividade casual, inerente ao impulso amoroso primitivo, vai se transformando em um “machucar com intenção de machucar” (Winnicott, 1964d/1999, p. 104). O bebê é capaz de vir a proteger o seio da mãe dessa destrutividade recém-percebida e o

fará rapidamente quando se der conta de que a mãe que usa e destrói nos estados excitados é a mesma que ele ama nos estados tranquilos. Antes, porém, de unir as duas mães e vir a proteger o seio, ele precisa da experiência de “destruição da mãe” para confirmar sua confiança no ambiente e fortalecer o sentimento de continuidade de ser ou força de ego.

Estamos agora no estágio do uso do objeto. A experiência de “destruição da mãe” é o caminho para torná-la um objeto não-eu, que não faz parte daquilo que é o eu e que a configura como parte da externalidade. A mãe, que até então foi experienciada na área de controle onipotente como um objeto subjetivo e com o qual o bebê se relacionava de modo subjetivo, começa a ser vista como fenômeno externo; deixa de ser uma entidade projetiva e adquire realidade externa a partir de si mesma. Só quando o objeto subjetivo é repudiado e tornado externo, o bebê (que gradativamente desenvolveu a capacidade de usar objetos no período da transicionalidade) poderá usar o objeto e conquistar a capacidade de se relacionar com ele de modo objetivo. Nesse momento, ele testa se o ambiente (mãe) aguenta a destrutividade ligada ao amor primitivo.

Portanto, nessa passagem entre o relacionar-se com o objeto subjetivo para o uso do objeto reconhecido como um não-eu, a mãe tem uma tarefa a cumprir sempre que o bebê a morde, arranha ou puxa os seus cabelos de modo cada vez mais intenso: ela precisa sobreviver. Sobreviver, aqui, significa continuar a ser ela mesma, sem se alterar nem se transformar em uma pessoa vingativa e retaliadora. Somente quando a mãe sobrevive à “destruição”, ou seja, resiste ao teste, ela pode ser situada fora da área de controle onipotente, adquirir existência independente, passar a ser vista como externa ao bebê e se tornar útil. Se a mãe sobrevive, a realidade externa se constitui como fato independente, e outra forma de relacionamento entre ela e o bebê se torna uma possibilidade. A mãe que sobrevive mostra ao bebê que poderá continuar sendo usada, mas agora com a sua anuência e com suas características pessoais, como parte da realidade externa.

Isso significa que, além do simples relacionar-se característico do momento anterior, quando o bebê não tinha consciência da existência independente da mãe e o cuidado físico era o principal fator, os aspectos que envolvem a mãe, seu jeito de ser e suas atitudes serão incorporadas à relação e “o puramente físico” começará “a ser enriquecido e complicado por fatores emocionais” (Winnicott, 1964d/1999, p. 109). É nesse instante que surge um novo significado para a palavra amor – a capacidade para amar com afeição e não apenas como parte de um impulso. A mãe tem

valor e merece ser amada porque sobreviveu à destruição por parte do bebê. Por isso ele, um eu incipiente, a ama, uma pessoa agora reconhecida como não-eu.

Nessa circunstância, o termo destruição não é usado apenas para enfatizar o impulso que o bebê tem de destruir, mas para ressaltar o risco de não sobrevivência do objeto. A não sobrevivência da mãe a essa “destruição” – o que significa a mãe agir de modo retaliatório ou simplesmente não conseguir ser concorrente (falha ambiental) com a necessidade do bebê – impediria a colocação do objeto fora da área de controle onipotente do bebê. Ou, melhor dizendo, o fracasso nessa tarefa dificulta, complica ou até mesmo impede que a mãe seja colocada em um mundo que não é parte do eu, trazendo dificuldades para o bebê torná-la útil e alcançar a capacidade de usar o objeto.

Winnicott denomina *retaliação primitiva* esse modo de agir da mãe nessa fase de transição em que o ambiente é tão parte do eu quanto os instintos, e fase na qual ainda não é possível falar de uma verdadeira relação com a realidade interna. Quando essa retaliação acontece, o objeto (o ambiente ou a mãe) permanece parte do eu da mesma forma que os instintos. Nesse caso, ocorre a *introversão precoce*, na qual o indivíduo vive em um ambiente que é ele mesmo, o que “certamente se trata de uma vida muitíssimo pobre”, na medida em que não há crescimento de seu mundo pessoal, pois este não é “enriquecido a partir da realidade externa” (Winnicott, 1945d/2000, p. 231). Uma dificuldade nessa passagem se concretiza para Winnicott no “mais enfadonho de todos os fracassos iniciais que nos chegam para consertar” (Winnicott, 1989vq/1994, p. 174).

2.6 Capacidade de fantasiar e inconsciente

No entanto, quando tudo corre bem, isto é, a mãe sobrevive à destruição, o bebê se distancia das experiências iniciais relacionadas à estruturação da personalidade e o Eu Sou incipiente (unidade eu) começa adquirir uma feição mais definida. A continuidade de ser (força do ego) é fortalecida, ou seja, o sentido de integração se torna mais estabelecido. Dessa maneira, o bebê torna a mãe útil e amadurece a capacidade de usar os objetos externos a ele. No meio de tanto desenvolvimento, surge algo novo para o bebê: a fantasia “no sentido de mecanismo mental”¹⁰ (Dias, 2003, p. 109). O bebê poderá, então, viver uma vida no mundo dos objetos, mas precisará lidar constantemente com os ganhos pessoais que

isso lhe proporciona e com o peso da aceitação da destrutividade que agora está presente na fantasia relativa ao relacionamento com objetos.

Falar em fantasia nesse sentido indica muito em termos de amadurecimento pessoal. Significa que o eu é uma unidade e está contido e separado do exterior pela pele; portanto, a psique encontrou morada no corpo e isso traz sentido para os termos interno e externo, e para a relação entre eles. É, portanto, uma aquisição do amadurecimento, indicativa da temporalização do bebê, que poderá a partir de agora criar (fantasiar) memórias relativas às experiências vividas com a mãe, armazenadas no mundo pessoal e também a partir das novas experiências instintivas, pois a mente exerce as funções de comparar e pensar.

Facilitará a compreensão desse aspecto lembrarmos que a fantasia está relacionada ao conceito de elaboração imaginativa e que esta é a base para que a mente (ornamento da psique saudável) possa surgir como um caso especial do funcionamento do psique-soma. Nos momentos iniciais do amadurecimento, a elaboração imaginativa deve ser compreendida como “aquilo que não é verbalizado, afigurado ou ouvido de maneira estruturada, por ser primitivo e próximo das raízes quase fisiológicas das quais brota” (Winnicott, 1989vl[1961]/1994, p. 56 nota). Também ajuda recordar que todas as experiências do bebê, desde o início, “são tanto físicas quanto não físicas”, e que “as ideias acompanham e enriquecem as funções corporais, e estas acompanham e realizam a ideação” (Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 289), compondo um somatório de ideias e memórias que fazem parte do mundo pessoal do bebê.

Essas experiências – que incluem tudo o que acontece no relacionamento da unidade mãe-bebê e promove a continuidade do ser, ou que não acontece quando deveria acontecer e promove a distorção ou interrupção do amadurecimento – são armazenadas. Esse conjunto de experiências constitui o inconsciente originário ou o inconsciente não acontecido – “que é a forma negativa do inconsciente originário” (Dias 2003, p. 172).

No entanto, quando o bebê conquista o si-mesmo pessoal, a fantasia fica referida à “totalidade da realidade psíquica ou pessoal da criança” (Winnicott, 1989vl[1961]/1994, p. 56, nota 2), podendo ser certa parte consciente e certa parte inconsciente. Essa é a grande mudança para o bebê. Se a integração em uma unidade foi alcançada como decorrência da harmonia entre experiências instintivas e destrutivas e o cuidado-ambiental adaptativo, ela não será ameaçada pela integração dos instintos. Isto facilitará à criança aceitar (assumir) os instintos como pessoais e se tornar

responsável por eles. Esse é o sentido de consciência para Winnicott. O inconsciente originário será acrescido por esse novo modo de fantasiar e a criança (pessoa) terá acesso a ele pelos sonhos ou poderá revelá-lo nas brincadeiras. Seja como for, mesmo que temporariamente represente um incômodo para a pessoa em razão da existência de aspectos inaceitáveis, é o inconsciente que “contribui fundamentalmente para todas as experiências mais significativas do ser humano” (Winnicott, 1963c/1990, p. 197). Entretanto, caso aconteçam dificuldades ao longo do concernimento ou o embate no mundo pessoal se dê de forma intolerável em razão de aspectos intoleráveis, forma-se o inconsciente reprimido.

A destrutividade contida no impulso amoroso primitivo é o elemento comum à fantasia em todos os estágios do amadurecimento. A diferença no modo de fantasiar nos estágios iniciais em relação aos estágios da dependência relativa e da independência relativa está associada ao fato de o bebê, *originariamente* não consciente, vir a se tornar capaz de assumir que essa destrutividade lhe pertence, assim que se constituir como pessoa.¹¹ Assim, o que traz dificuldade para o bebê (pessoa) em relação à sua destrutividade é a condição de, sendo uma pessoa, suportar (admitir) que tudo o que lhe afeta lhe diz respeito.

Assim, para as pessoas que conquistaram a unidade eu, que reconheceram a existência de um não-eu (o que indica que a integração no tempo e no espaço foi alcançada) e adquiriram uma identidade – uma posição completamente diferente da vivida nos momentos da dependência absoluta –, o inconsciente originário, que contém elementos tão primitivos que podem até ser esquecidos, é o “depositário das áreas mais ricas” (Winnicott, 1963c/1990, p. 197) do si-mesmo pessoal e contribui para todas as experiências mais significativas do ser humano, podendo ser alcançado em sonhos e no brincar.

Em contrapartida, em razão da dor pela dificuldade de aceitar algum sentimento ou emoção como parte do si-mesmo quando inicia o viver compartilhado, forma-se, como defesa, “uma nova espécie de inconsciente” (Winnicott, 1988/1990, p. 159) – o inconsciente reprimido, que torna inacessíveis os afetos intoleráveis, mantendo não disponível tudo aquilo que não pode ser aceito como parte do si-mesmo.

1. Winnicott diz que a adaptação materna deve ir diminuindo de acordo com a necessidade do bebê em experienciar frustrações. Portanto, uma mãe saudável retarda sua desadaptação até o momento em que percebe que o bebê se tornou capaz

de *reagir com raiva*, em vez de ter sua continuidade de ser interrompida.

2. A brincadeira infantil de jogar coisas fora, como já foi dito, é um claro indício para o desmame. Por volta dos nove meses, a maioria dos bebês tem clareza de como se livrar das coisas e pode, por si só, decidir desmamar-se. No entanto, o importante na experiência do desmame é que essa crescente capacidade do bebê de livrar-se das coisas seja usada para que a perda do seio materno não seja uma questão de acaso, e sim uma experiência do amadurecimento em que o bebê se mostre capaz de perder a mãe (1949k/1982, p. 91). No entanto, para que a mãe possa privar o filho dela própria, no desmame e na desilusão, ela precisa ter significado tudo para ele anteriormente.
3. Nesse momento do amadurecimento, inscreve-se toda a teoria dos fenômenos e objetos transicionais de Winnicott. Pontuaremos essa passagem sem nos aprofundarmos, pois se trata de um tema extenso e fundamental da teoria winnicottiana, o que levaria a um distanciamento da questão do concernimento. Um exame detalhado desse tema encontra-se em Dias, 2003.
4. Quando faz essa observação, Winnicott, na verdade, questiona as teorias psicanalíticas que sustentam que a base do contato com a realidade externa é o desejo. Mostrar que um desejo não pode se realizar antes de a capacidade concreta de realização deste ser um fato invalida a tese de que o desejar seja a base de tudo.
5. Winnicott entende que a teoria da agressividade no estágio dos relacionamentos interpessoais e situações triangulares associadas ao complexo de Édipo (estágio da independência relativa) foi desenvolvido por Freud.
6. Ver itens 3.4 e 3.5 do Capítulo 3.
7. Para compreender o modo como a influência ambiental pode se iniciar em uma etapa tão precoce e exercer influência sobre o bebê no sentido de buscar “uma confirmação de que a vida vale a pena”, portanto, determinar se ele “irá à procura de experiências, ou se retrairá, fugindo do mundo” (1988/1990, p. 149), sugiro a leitura do Capítulo 4, Parte IV, do livro *Natureza humana*. Nesse capítulo, Winnicott usa a analogia da bolha para expor os diferentes modos de relação de um ser humano com o ambiente, que, segundo ele, se inicia desde a vida no útero.
8. Winnicott define que o potencial de força vital, a vitalidade dos tecidos e os primeiros indícios de erotismo muscular, que é de uma natureza diferente daquele associado a zonas eróticas de um feto, é mais ou menos o mesmo e que as variações acima descritas são consequência da quantidade de oposição intrauterina experienciada pelo feto. Ele, como de costume, não se ocupa em discriminar todas as situações que poderiam ser experienciadas como intrusão e, conseqüentemente, como interrupção da continuidade de ser, com certeza para evitar rótulos. Como médico, sabia de todas as intercorrências que fazem parte de uma gravidez, inclusive normal, as quais, por si só, poderiam ser experienciadas como excesso de oposição. Por isso, limita-se a citar as mudanças de pressão e temperatura como exemplos de fatores ambientais aos quais o bebê vai se adaptando. No entanto, no capítulo de *Natureza humana* citado na nota anterior, ele dá um exemplo de outro tipo de fator ambiental. Ele diz 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” (1988/1990, p. 149). Também é importante assinalar que a

experiência do nascimento, analisada no Capítulo 3 do presente livro, tem sua significância na diferenciação do potencial agressivo.

9. Na teoria winnicottiana, o termo ambivalência não é usado no sentido comum, em que se considera que o ódio reprimido distorce os elementos positivos de um relacionamento. Para Winnicott, a capacidade para a ambivalência é uma conquista do estágio do concernimento, e significa a condição de uma pessoa amar e odiar um mesmo objeto.
10. Para Freud, de maneira diferente de Winnicott, essa capacidade está sempre presente para os bebês desde o nascimento.
11. Isto era tão certo para Winnicott que ele chegou a referir-se ao tema dizendo: “O bebê humano tem ideias. Todas as funções são elaboradas na psique, e mesmo no início há uma fantasia associada à excitação e à experiência alimentar. A fantasia, tal como se depreende, é a de um implacável ataque ao seio materno e, finalmente, à mãe, logo que a criança se apercebe de que pertence à mãe, o seio que é atacado. Há um elemento agressivo muito forte no primitivo impulso de amor que é o impulso de mamar. Nos termos da fantasia de uma data ligeiramente posterior, a mãe é implacavelmente atacada e, embora, só uma pequena parcela de agressão seja observável, não é possível ignorar o elemento destrutivo nas pretensões da criança” (Winnicott, 1957e[1945]/1982, p. 58).

Capítulo 5

Estágio do concernimento: a conquista da capacidade para deprimir-se

[...] a maturidade envolve gradualmente o ser humano numa relação de responsabilidade para com o ambiente. (Winnicott)

1. Introdução

O estágio do concernimento está inserido no período da dependência relativa e é nesse tempo que ocorre a conquista do concernimento, uma importante aquisição para o amadurecimento pessoal. Concernimento (*concern*) é um conceito derivado da redescritção do conceito kleiniano de “posição depressiva”, realizada por Winnicott, e seu estudo nos introduz em um tema complexo da teoria winnicottiana, que deve ser visto, entre outras coisas, como a chave para a compreensão do relacionamento da pessoa com a externalidade e a base para o estudo da depressão em suas diferentes formas de manifestação. É, como defende Winnicott, o fenômeno do amadurecimento que “envolve o bebê em sentimentos de culpa, levando-o a preocupar-se com os relacionamentos, em razão de seus componentes instintivos ou excitados” (Winnicott, 1988/1990, p. 89).

Além de acrescentar mudanças significativas ao conceito kleiniano, Winnicott também propôs, no artigo “A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal” (Winnicott, 1955c[1954]/2000), a alteração do nome “posição depressiva” para estágio do concernimento, por entender que a conquista da capacidade para o *concern* é a tarefa do bebê nesse estágio. Para ele, não fazia sentido usar um termo implicitamente referido a uma doença para descrever um processo normal do amadurecimento pessoal. Ele assinala que alcançar o estágio do concernimento e conquistar o concernimento faz parte de um amadurecimento pessoal saudável, tal qual o complexo de Édipo, e que, da

mesma forma que este, qualquer dificuldade relacionada ao estágio do concernimento precisa ser compreendida a partir de uma análise do desenrolar do amadurecimento. É primordial entender que, na redescrição winnicottiana da posição depressiva, quando a capacidade para o concernimento se estabelece como um fenômeno do amadurecimento, a criança adquire capacidade para sentir culpa, sentir tristeza, responsabilizar-se, envolver-se com a vida, reagir à perda de modo organizado e deprimir-se, mas não vive um estado depressivo.

Embora tenha sugerido a alteração do nome, Winnicott muitas vezes usava a expressão “posição depressiva” quando precisava ressaltar que estava se referindo à realização de uma tarefa do amadurecimento – a conquista do concernimento. Por outro lado, escolhia a expressão “estágio do concernimento” quando aludia à fase do amadurecimento em que se davam as experiências que facilitariam a conquista do “concernimento” (posição depressiva). Do estudo realizado foi possível entender que esse procedimento estava ligado à necessidade de Winnicott destacar os dois sentidos ligados ao termo concernimento: como conquista e como estágio.¹

No artigo citado, Winnicott, ainda adotando a expressão “posição depressiva”, deixa bem evidentes esses dois sentidos. No primeiro sentido, usa a expressão para designar uma realização, uma conquista. Diz, então, que a “posição depressiva” é um “fenômeno complexo e inerente da passagem” (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 360) de um modo de ser incompadecido – em que o bebê ainda não se importa com as consequências da impulsividade que o domina nos momentos de excitação – para um modo de ser concernido – quando ele passa a se importar com isso e com o efeito dessa impulsividade no outro. No segundo sentido, deixa claro que a expressão se refere a um período do amadurecimento que abrange uma larga extensão de experiências do amadurecimento pessoal que culminarão na conquista do estágio do concernimento: a capacidade para ser concernido. Um exemplo desse uso é quando afirma que o conceito de “posição depressiva” procura responder a três perguntas: quando, como e sob que condição essa mudança ocorre, dizendo que, de maneira geral, para aquelas crianças que experienciam um amadurecimento sem maiores dificuldades, ocorre de modo gradual, sob a presença de condições definidas de maternagem e no período entre 5 e 12 meses (cf. Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 359).

Considerando a importância dessa distinção, adotarei o uso da expressão estágio do concernimento quando me referir à fase do amadurecimento e aos acontecimentos gerais desse momento e, apoiada

em Dias (2003, p. 258), usarei o termo *concernimento* e sinônimos quando aludir à conquista da capacidade para o *concern*.

2. Características gerais do estágio do *concernimento*

Winnicott apresenta esse estágio como uma sequência natural para o bebê que teve um bom início e destaca-o como um momento fundamental dentro da linha do amadurecimento por ser o estágio em que o bebê poderá consolidar as conquistas anteriores e formar uma base segura para prosseguir o amadurecimento mediante a aquisição da capacidade para ser *concernido*. É uma fase de desenvolvimento em que a mãe permanece como elemento ambiental central, tanto para que aquilo que foi conquistado não se perca como para promover as condições favoráveis para a continuidade do amadurecimento.

O bebê que se aproxima do estágio do *concernimento* já ultrapassou o estágio da dependência absoluta, possui o estatuto de um eu unitário e estará, agora, ocupando-se da tarefa de integração da vida instintual, que passa a ser experienciada por ele como pessoal, parte do si-mesmo – e não mais como ambiental e externa a ele. Para bebês que experienciam um amadurecimento saudável, o *concernimento* é alcançado e estabelecido em algum momento durante a segunda metade do primeiro ano de vida, embora possa demorar algum tempo para se tornar um fenômeno estabelecido. A criança (ou pessoa) que alcançou a capacidade de relacionar-se como pessoa inteira com outras pessoas inteiras – o que significa saber que a outra pessoa não é parte dela mesma, mas é alguém separado que possui necessidades e interesses próprios, que são ora convergentes, ora divergentes dos seus interesses e necessidades – ultrapassou e foi além do estágio do *concernimento*.

O estágio do *concernimento* descreve as tarefas e conquistas da criança ligadas ao seu desenvolvimento futuro desde o momento em que ela inicia o contato com o mundo externo – quando passa a fazer parte desse mundo e deixa de viver em um mundo protegido, subjetivo, criado pela possibilidade da mãe de ser continente com as suas necessidades – até quando é capaz de dizer e viver como um Eu Sou, sabendo da existência do outro. À luz da teoria do amadurecimento pessoal, é um estágio intermediário entre o bebê cuidado por uma mãe que se adapta às necessidades iniciais e a criança que já anda e reconhece a presença da vida instintiva nas relações interpessoais. A experiência desse estágio

propicia à criança a possibilidade de vir a tornar-se parte do mundo, de relacionar-se com o mundo e de contribuir para com ele, advindo daí a importância da conquista do concernimento. A conquista dessa capacidade se traduz pela passagem gradual de um estado de incompadecimento inicial para um estado de ser compadecido, concernido (preocupado) e responsável pelas consequências do que sente, pensa e faz.

Em termos de extensão, a elaboração da capacidade para o concernimento é um processo longo. Em circunstâncias favoráveis, é possível observar sinais esporádicos de culpa em um bebê a partir da segunda metade do primeiro ano de vida, fato que indica que ele reconhece algo da destrutividade do impulso amoroso primitivo. É durante esse período que o bebê percebe seu incompadecimento anterior e, mediante um particular relacionamento com a mãe, conquista a capacidade de sentir-se concernido e responsável pelo que faz. No entanto, em relação à tarefa específica do estágio – integração da vida instintual e da destrutividade –, o ápice do processo ocorre por volta dos dois anos; no que se refere ao sentimento de culpa que sustentará a capacidade para o concernimento, raramente se estabelece de modo seguro antes dos cinco anos. No decorrer desse estágio, outros aspectos relevantes do amadurecimento pessoal estão em andamento, como a aquisição do sentido de bom e mau, e a capacidade para a ambivalência. É também o período em que a raiz da moralidade e a *capacidade de acreditar em se inscrevem*.

É, como vimos, um estágio anterior ao da dominância genital e trata do desenvolvimento emocional característico da fase da lactação na época em que se inicia o desmame, momento em que o bebê é capaz de relacionar-se com apenas um outro – a mãe. Winnicott destaca como “característica essencial” da teoria do estágio do concernimento o fato de todas as experiências relacionadas à conquista do concernimento acontecerem no interior da relação diádica inicial. Para que fique bem claro o contexto relacional em que o fenômeno do concernimento se dá, ele explicita: a relação diádica inicial “é aquela entre a criança e a mãe ou mãe substituta, antes que qualquer característica da mãe tenha se diferenciado e moldado na imagem do pai” (Winnicott, 1958g[1957]/2000, p. 32). Por isso, a conquista do concernimento deve ser entendida como um fenômeno pré-edípico, no sentido de que acontece antes da fase de relacionamentos triangulares. Entretanto, para que não haja dúvidas a este respeito, facilita lembrar que a estrutura e o dinamismo do estágio do concernimento são, na realidade, não edípicos.

Por essa razão, para descrever os estágios iniciais da teoria do

amadurecimento pessoal, Winnicott utiliza uma linguagem e um método descritivo próprios, distante, portanto, da linguagem das pulsões e da economia libidinal. A justificativa winnicottiana para esse procedimento se baseia no princípio teórico de que o amadurecimento pessoal deva ser considerado enquanto “estrutura de personalidade”, que se constitui na relação com o ambiente, e não em termos de desenvolvimento da sexualidade.

Em virtude dessa característica, tornou-se indispensável para Winnicott o uso de uma linguagem que refletisse as necessidades, tarefas e conquistas do bebê em cada estágio. Como no estágio da dependência absoluta a necessidade primária é a constituição do si-mesmo pessoal (conseguida pela integração da personalidade), a linguagem adotada por Winnicott permite visualizar os processos e os riscos envolvidos para assegurar a continuidade de ser. Para descrever a complexa elaboração das experiências instintivas do lactente em relação à mãe no estágio do concernimento, Winnicott utilizou uma linguagem análoga à do processo digestivo, pois, para ele, a elaboração da digestão é “comparável [...] e tão complexa quanto este [estágio]” (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 356). A analogia com o processo digestivo é também um recurso eficiente para mostrar que a organização da realidade interna, do mundo pessoal do bebê, do mesmo modo que a digestão, “se realiza à margem do entendimento intelectual”; não é um trabalho “mental nem intelectual, mas uma tarefa da psique” (Winnicott, 1988/1990, p. 97).

3. Importância do ambiente

A particularidade de ser uma experiência relacional pré-edípica, somada ao destaque dado ao ambiente como condição fundamental para o amadurecimento, constitui a marca da redescritção winnicottiana da posição depressiva kleiniana e sela a ruptura entre os psicanalistas. Ao sublinhar a importância do ultrapassamento de algumas etapas do amadurecimento para que um bebê possa caminhar em direção à conquista do concernimento e, a partir daí, estar em condição de estabelecer relações com pessoas inteiras, inicialmente duais e, posteriormente, triangulares, Winnicott distancia-se definitivamente do pensamento kleiniano. Ele se torna um discípulo dissidente, pois Klein segue defendendo os fenômenos que envolvem o bebê na “posição depressiva” como problemas precoces do complexo de Édipo.

Outra importante distinção entre esses dois autores, decorrente da anterior, refere-se ao momento que acontece a experiência do concernimento. Embora ciente de que desde o nascimento o bebê está envolvido em situações que podem adquirir um sentido especial em seu amadurecimento e na construção de seu mundo pessoal, Winnicott realça que o motivo de não considerar fundamental a investigação da fase do concernimento nos primeiros meses de vida, como faz Melanie Klein, está relacionado ao fato de os incidentes dessa época inicial não terem a “complexidade implícita” (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 357) do estágio do concernimento, tais como a capacidade de o bebê sustentar por certo período de tempo a *ansiedade* decorrente das experiências instintivas – tanto em relação ao objeto de amor instintivo (a mãe) como ao seu próprio interior –, como manter a *esperança* de que “existe uma relação viva entre a realidade interior e a realidade exterior, entre a capacidade inata e primária, e o mundo em geral, que é compartilhado com todos” (Winnicott, 1947b/1982, p. 101).

Ao dizer isso, Winnicott não pretendia minimizar os fenômenos dos estágios iniciais, até porque a passagem “sem demasiados problemas” (Winnicott, 1947b/1982, p. 101) por eles, na vida ou na análise, constitui a pré-condição geral para que um bebê (ou pessoa) chegue ao estágio do concernimento. Ele queria apenas destacar que algumas condições específicas, entendidas como conquistas do amadurecimento pessoal, são necessárias para que *a conquista da capacidade para o concernimento* ocorra e possa se tornar um fenômeno estabelecido, a saber: a noção de tempo, a percepção da diferença entre fato e fantasia e, *sobretudo*, a integração do eu como uma unidade. Sendo assim, não é possível, como propunha Klein, um bebê estar envolvido em complexas elaborações oriundas da relação mãe-bebê em um momento de seu desenvolvimento no qual ele ainda mal sabe que existe algo fora dele – a mãe ainda é ele e ele ainda é um conjunto de partes ajuntadas pela mãe. De acordo com a teoria winnicottiana do amadurecimento pessoal, é possível observar a presença dessas capacidades somente em bebês *suficientemente crescidos* a ponto de brincarem de deixar cair coisas, porque este é um indício de que eles estão “mais capacitados a lidar com a perda” (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 372) e uma clara indicação para o desmame.

A integração do eu como uma unidade é, portanto, a condição básica para um bebê se aproximar do estágio do concernimento e ter a possibilidade de alcançar a capacidade para deprimir-se. O estado unitário é um dado primordial para essa passagem, pois sinaliza, em termos de

amadurecimento, que o bebê recebeu cuidados satisfatórios na fase do *segurar* (*holding*); isso indica que, além de um segurar físico, ele contou com uma provisão ambiental que propiciou uma apropriada relação entre o espaço e o tempo, sendo este último gradualmente adicionado à experiência de “estar vivo”. Sob essa circunstância de adaptação, o ego do bebê foi se estruturando, inicialmente passando de um estado de não-integração para um estado de integração temporário, até alcançar maior estabilidade como um eu integrado (cf. Winnicott, 1960c/1990, p. 44). Somente a partir desse estado de integração mais estabelecido o bebê se torna uma pessoa com individualidade própria (separada do não-eu) e capaz, daí em diante, de experienciar a ansiedade associada à desintegração.

Quando o bebê sente que é uma unidade separada do não-eu, o alojamento da psique no soma foi realizado e, a partir desse momento, é possível presumir que ele está vivendo dentro do seu corpo; conseqüentemente, torna-se capaz de diferenciar o que está dentro e o que está fora de si mesmo, e de vir a diferenciar “entre o que é real e o que é fruto de sua fantasia” (Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 292).

O fato de poder dizer que existe um lado de dentro do bebê e um lado de fora precisa ser destacado como conquista para a aproximação do estágio do concernimento, porque mostra que o lactente se tornou uma pessoa com individualidade própria, com um si-mesmo fortalecido, e que está se tornando independente do ego auxiliar da mãe. Também indica que o bebê possui uma existência psicossomática, que começa a adquirir uma feição pessoal. A parceria psique-soma, que tem sua base na “ligação das experiências funcionais motoras e sensoriais”, passa a se relacionar “com o novo estado do lactente de ser uma pessoa” (Winnicott, 1960c/1990, p. 45), separada do que é não-eu pelo contorno da pele. Tudo isso contribui para que o esquema corporal adquira existência e complexidade; as funções de entrada e saída começam a ter sentido, e o mundo interno torna-se real para o bebê, que passa a sentir que a riqueza pessoal reside dentro do eu. Winnicott diz que, a partir desse momento, torna-se significativo “pressupor uma realidade psíquica ou pessoal para o lactente” (Winnicott, 1960c/1990, p. 45).

Acompanhando essa tendência de integração espacial, acontece uma propensão semelhante para a integração do si-mesmo no tempo, permitindo que haja uma confluência de passado, presente e futuro, na qual, “a partir das experiências do presente, ele [o bebê] começa a constituir um ‘passado’, um ‘lugar’ onde guardar experiências, de onde

pode antecipar o futuro, pelo fato de algumas coisas e acontecimentos terem se tornado previsíveis” (Dias, 2003, p. 199).

A temporalização do bebê em uma forma mais acabada, com a chegada ao estágio do concernimento, revela-lhe o seu modo impiedoso de relacionamento com a mãe, bem como o faz tomar “consciência” de que sempre foi assim (impiedoso) e que precisará ser assim ainda por um tempo, até que possa compor novos modos de relacionamentos a partir da experiência do concernimento. A assistência materna assume especial importância como ambiente facilitador durante essa passagem do amadurecimento em que o *viver com* começa a se constituir como realidade. Winnicott, comentando a respeito do ambiente nesse estágio, diz que “a criança não se sairá bem sem os cuidados constantes de uma única pessoa” (Winnicott, 1988/1990, p. 176), pois o desenvolvimento da capacidade para o concernimento depende da continuidade do relacionamento entre o bebê e uma mesma figura materna. Pela característica dual desse estágio, a experiência que foi iniciada com a mãe e que suscita uma particular elaboração do bebê precisa ser finalizada com essa mesma pessoa.

A realização das tarefas anteriormente citadas, que culminam na integração em um eu, configura uma conquista do amadurecimento e marca o início da psicologia humana. Ao mesmo tempo, assinala que ainda “resta uma longa caminhada” para que o bebê passe “a relacionar-se como pessoa total com uma mãe total” e possa “importar-se com as consequências de seus próprios pensamentos e atos sobre ela” (Winnicott, 1945d/2000, p. 230). Dito de outra forma, muito ainda precisa acontecer para que o estado de unidade da criança se confirme e o bebê (ou criança) possa realmente vir a relacionar-se e envolver-se com outras pessoas.

Por isso a entrada no estágio do concernimento deve ser entendida como uma abertura do amadurecimento para que outros desenvolvimentos de grande importância entrem em cena. Nesse estágio, estando o si-mesmo (eu) pessoal constituído, as tarefas de integração no tempo e no espaço, de alojamento da psique no corpo e de contato com a realidade adquirem novas feições e novas experiências serão necessárias para que elas sigam estabelecidas. Da mesma forma, é esperado que o ambiente permaneça sintonizado com as necessidades variáveis do bebê ao longo desse estágio. É um momento do amadurecimento pessoal em que a dependência do meio é diminuída em relação ao estágio inicial, mas ainda é fundamental a *presença* de um ambiente simplificado, estável e confiável como condição para que o amadurecimento prossiga sem interrupções.

De acordo com Winnicott, é esperado, em um processo de amadurecimento saudável, que, à medida que adquirem confiança em si mesmas e no ambiente, as crianças renunciem a objetos e situações familiares em direção a novos desafios e sofram, como parte do processo, ansiedades por se afastarem da mãe e de serem parte integrante dela (unidade mãe-bebê). Essa ansiedade pode se manifestar em uma regressão temporária da criança, refletida em atitudes e ações anteriormente abandonadas, e requer da mãe uma disponibilidade viva para retomar cuidados já considerados, de certo modo, desnecessários. A possibilidade de retornar a um estado de dependência anterior é, ao mesmo tempo, uma condição e uma necessidade da criança para que aconteça uma renovação da confiança e para que o amadurecimento pessoal prossiga. A mãe que reconhece essa necessidade da criança, e a atende com a mesma paciência e desvelo, propiciando também oportunidades para que ela experencie novas situações, contribui para que a construção do elo entre o presente e as experiências anteriores se fortaleça e estas passem a fazer parte do mundo pessoal da criança. Com isso, uma história pessoal começa a ser construída.

Em razão dessa necessidade, espera-se que o ambiente mantenha – paralelamente ao oferecimento de oportunidades para que a criança se separe da mãe e possa ampliar seu campo de relacionamento – a condição para que retorne a uma situação de dependência mais intensa. Essa condição ambiental, que precisa estar presente ao longo de todo o processo de amadurecimento, tem uma vital importância no período do concernimento por duas razões: pelo fato de ele ser um longo momento intermediário e, portanto, fonte de variadas ansiedades para o bebê, e por ser o período em que eventuais resquícios de imaturidade dos estágios iniciais poderão ser ultrapassados.

4. Conquista do concernimento, estados depressivos e análise

Quando a passagem pelo estágio do concernimento consolida as tarefas iniciais e propicia a conquista das tarefas referentes ao estágio em si, há o fortalecimento do ego e, a partir de então, a criança prossegue em seu amadurecimento pessoal. A capacidade para deprimir-se está entre as conquistas referentes ao estágio e advém do estado de concernir-se, preocupar-se e *importar-se com*. As ansiedades depressivas e a depressão

reativa estão associadas ao concernimento, indicam força do ego, maturidade pessoal, agregam valor ao viver e aos relacionamentos, e tendem a passar espontaneamente (cf. Winnicott, 1964e[1963]/1999, p. 67). Para as pessoas que conquistam o concernimento, os estados depressivos, mesmo quando correlacionados a um evento de perda ou luto, devem ser entendidos como uma elaboração dos conteúdos do mundo interno. O importante é saber que, em termos de amadurecimento, essa forma de depressão tem valor, pois, de acordo com Winnicott, esse “simples estado de depressão” indica que “a criança conservou a unidade da personalidade e tem um sentimento de envolvimento” por estar assumindo “a responsabilidade pelo que saiu errado” (Winnicott, 1965k[1950]/1999, p. 200).

No entanto, quando isso não acontece e as falhas ambientais se fazem presentes, diferentes consequências quanto ao amadurecimento se apresentam. Em um extremo, temos o bebê que regride para o estágio anterior em decorrência de a integração em uma unidade ter sido “quebrada” e estará novamente na esperança de um recomeço; para que o risco de esquizofrenia seja afastado, a provisão ambiental deverá ser redobrada. Temos também aqueles que se refugiam na organização de um falso si-mesmo para proteger (ocultar) a realidade interna que lhes causa tanto mal-estar. No meio do caminho, entre a psicose e a neurose, estão os pacientes deprimidos que mantiveram a unidade do eu, mas carregam resquícios de imaturidade relativos aos estágios anteriores ou experienciaram dificuldades relativas à resolução da tarefa de integração dos instintos própria do estágio do concernimento. Elas ficam alinhadas entre as que permanecem com problemas relativos à organização do ego e as que estão envolvidas com os conteúdos do inconsciente reprimido. Nesses casos, a depressão é matizada pelas impurezas do humor depressivo e um intenso trabalho analítico faz-se necessário.

Pelo que foi apresentado, é possível afirmar que a particularidade no modo como uma pessoa lidará com a vida está intimamente relacionada à experiência (ou não experiência) do concernimento. Enquanto a conquista do eu como identidade separada do não-eu, pré-condição para a introdução no estágio do concernimento, marca o começo da pessoa que poderá se tornar capaz de relacionar-se com a realidade externa, as experiências do estágio do concernimento e, conseqüentemente, a conquista ou não do concernimento circunscrevem a constituição da maneira de ser de uma pessoa, em sua relação com o mundo externo.²

Quando um bebê, em razão de dificuldades no estágio inicial, não

alcança o estatuto de um eu, ele fica privado, pelo menos enquanto não conquistar a condição de unidade, da possibilidade de conquistar o concernimento. Para as pessoas que prosseguem sem essa conquista, a tarefa da existência não será lidar com os problemas do viver em si, que inclui o relacionamento com a externalidade, mas sim a conquista de um si-mesmo pessoal que dê sentido à sua existência. Por outro lado, as pessoas que experienciaram o concernimento, sem que este tenha sido estabelecido de modo “significativo”, precisam usar o recurso da recriação mágica para preencher “o vazio do que descrevemos com os termos reparação e restituição” (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 358). É o caso dos psicóticos. E, por fim, as pessoas que alcançaram o concernimento são aquelas que podem responsabilizar-se, arrepender-se e sentir-se culpadas (concernidas), pois avançaram em seu amadurecimento, o que significa que estão aptas para os relacionamentos interpessoais e para enfrentarem as “complicações” advindas do viver em si. Elas podem deprimir-se, o que traduz para Winnicott uma conquista do amadurecimento.

O *peso* desse estágio para o amadurecimento pessoal é destacado diversas vezes por Winnicott, levando-o a afirmar que a capacidade para o concernimento “está a caminho, em circunstâncias favoráveis, entre os 6 e 9 meses de idade”, mas que “geralmente não é alcançada até que o sujeito venha à análise”. Para ele, aqueles que não foram abonados com uma boa condição inicial (entre eles os esquizoides e pacientes psiquiátricos) e que, por isso, “jamais chegaram a viver com base no verdadeiro eu ou na autoexpressão”, esse estágio não é o mais importante (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 373). No entanto, para “todo o grupo de maníaco-depressivos, que constitui a maioria *das assim chamadas* pessoas normais”, essa fase não pode ser deixada de lado, pois a capacidade para o concernimento “é, e nunca deixará de ser o problema da vida, *a não ser que alcançada*” (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 373; os *itálicos* são meus).

O diagnóstico sobre a posição da pessoa em relação à conquista do concernimento é um delimitador importante para a definição do tipo de trabalho analítico a ser realizado, em especial para o término da análise. Winnicott diz que, “em qualquer caso, a análise do término da análise”, que muitas vezes começa a ser avaliado no início desta, “inclui a análise da posição depressiva” (Winnicott, 1958k[1935]/2000, p. 216). Segundo ele, é crucial que um analista identifique o estágio de amadurecimento de seu paciente ao longo da análise, pois só assim poderá identificar “quando um paciente que esteve inteiramente dependente começa novamente a

progredir” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 276). Alcançado esse momento, afirma Winnicott, “será necessário que o analista *compreenda muitíssimo bem a posição depressiva*, e também o desenvolvimento gradual rumo à primazia do genital, bem como dos relacionamentos interpessoais, tanto quanto o anseio por alcançar a independência a partir da dependência” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 276; os itálicos são meus) até que a análise finalize.

Fica estabelecido então que, para quem conquistou o concernimento e é capaz de relacionar-se com o meio ambiente ampliado, a “análise normal”, que se ocupa das infinitas variações de relações triangulares, “é viável” (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 355). Para as outras pessoas, cuja tarefa da vida permanece lidar com problemas inatos da integração da personalidade e com o início do relacionamento com o meio ambiente, ou seja, aquelas que não conquistaram o concernimento, outra natureza de cuidado é necessária.

No entanto, no que se refere à depressão, uma doença afetiva com origem entre a psicose e a neurose, o trabalho psicoterápico mesclará técnicas variadas que serão definidas e usadas de modo alternado em função do amadurecimento da pessoa deprimida. Como os pacientes com depressão invariavelmente estão imersos em problemas relacionados às fantasias a respeito “das vertentes internas e externas de sua personalidade e de toda a gama de defesas contra a depressão, incluindo a origem dos elementos persecutórios” (Winnicott, 1945d/2000, p. 220), portanto, ocupados com problemas que envolvem seu mundo pessoal, a capacidade de o analista *sustentar a situação no tempo e sobreviver*, tarefas equivalentes à da mãe no momento do concernimento, devem estar inicialmente presentes. À medida que a análise caminha e o analista tem condição de avaliar a estrutura da personalidade do paciente, a técnica poderá mudar: estende-se para a técnica dos estágios primitivos (*holding* e *manejo*) ou para a interpretação das relações externas.

Quando o analista cuida de um paciente depressivo mediante a sobrevivência e o oferecimento do tempo necessário para que este elabore os conteúdos de seu mundo pessoal, precisa ter em mente que essa técnica “afeta o mundo interno de uma pessoa” por “lançar uma luz interessante sobre o funcionamento do mundo interno em geral e sobre o relacionamento que o indivíduo mantém com o mesmo” (Winnicott, 1988/1990, p. 103), e esse fato pode alterar o rumo da análise. Se estiver atento às variações que surgem no decorrer do trabalho analítico e sintonizado com as necessidades do paciente, o analista naturalmente terá

uma orientação para a introdução de outras técnicas de cuidado. Pode-se então dizer que, para os pacientes depressivos, o aspecto técnico principal que precisa ser mantido durante toda a análise é a natureza dual da relação terapeuta-paciente, característico da relação mãe-bebê no estágio do concernimento.

Por fim, cabe ressaltar que aceitar o estágio do concernimento como um estágio normal no desenvolvimento emocional de uma pessoa, portanto, parte do “construto teórico” (Winnicott, 1988/1990, p. 95) da teoria psicanalítica winnicottiana, implica uma nova maneira de “encaminhar a descrição da natureza humana” (Winnicott, 1988/1990, p. 95), no que diz respeito à agressividade e à destrutividade inerentes ao ser humano, que difere da posição freudiana, apoiada na teoria dos instintos de vida e de morte para explicar essas manifestações do existir. Para Winnicott, “se é possível encontrar a sequência – solidão, dupla dependência, impulso instintivo anterior a compaixão (*ruth*), e logo a preocupação (*concern*) e a culpa” –, não é necessário recorrermos a um “instinto de morte” (Winnicott, 1988/1990, p. 156) para explicar a destrutividade.

5. Teoria do estágio do concernimento e capacidade para deprimir-se

Considerados os aspectos gerais desse estágio, detalharei a teoria do estágio do concernimento, bem como as intercorrências que afetam a consolidação desse estágio como uma conquista do amadurecimento. O ponto de referência para essa análise será a capacidade para deprimir-se.

5.1 Momentos iniciais do estágio do concernimento – a mãe como pessoa

Winnicott define como momentos iniciais do estágio do concernimento o período que acontece “imediatamente depois de o novo ser humano ter alcançado o *status* de unidade” (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 360). Assim, quando conquista a unidade (o eu), o bebê alcança outro patamar de amadurecimento – a integração é um fato, o mundo externo é repelido e o mundo interno se tornou possível, e isso

indica uma “afirmação topográfica da personalidade como um ser, como a organização do núcleo do ego” (Winnicott, 1958g[1957]/2000, p. 35), ou seja, os primórdios do Eu Sou. É nesses instantes, quando o bebê apercebe-se da pessoalidade dos impulsos agressivos e instintivos, que tudo o que se refere à sua pré-história (em termos das experiências de continuidade e descontinuidade do ser até alcançar a integração) pode emergir como um complicador particular para a tarefa da conquista do concernimento, caso aconteçam falhas ambientais.

A partir de agora, as experiências do bebê deverão assegurar-lhe “a força do ego”, que nada mais é do que a possibilidade de continuar sendo e existindo de um modo pessoal e verdadeiro. Com o seu ego fortalecido, ele gradualmente irá tornar-se independente do ego auxiliar da mãe e passará a contar consigo mesmo para lidar com a realidade externa. Entretanto, mesmo sendo um eu e de posse de uma noção de tempo estabelecida, ainda precisará alcançar uma última condição de amadurecimento – a diferença entre fatos e fantasias – para que seja possível a conquista do concernimento.

Por se tratar de um momento do amadurecimento muito delicado, o bebê, mesmo já crescido, necessita da atenção materna e depende, para que o si-mesmo pessoal seja fortalecido e a integridade mantida, que a mãe continue oferecendo seus cuidados. Para Winnicott, é um fato incontestável a necessidade de um ambiente simplificado e estável como condição para a continuidade do amadurecimento pessoal ainda nesse momento. No entanto, durante o estágio do concernimento, é necessária uma mudança no modo de cuidar da mãe em função da maior exigência da criança. A tarefa da mãe passará a ser *sobreviver e sustentar a situação no tempo*, pois, nesse estágio, o bebê depende menos da capacidade da mãe para o envolver (segurar) e mais da possibilidade de ela estar presente, oferecendo-lhe tempo para acostumar-se com a realidade externa cada vez mais consistente e para solucionar os resultados da experiência instintiva em seu mundo pessoal/interno.

Para o bebê excitado, a mãe-objeto – a que é usada nos momentos de instintualidade – deve *sobreviver*, isto é, estar fisicamente presente, pessoalmente bem e permanecer com uma atitude inalterada, não retaliativa, durante o período em que o bebê elabora as experiências instintivas, que incluem ideias destrutivas e agressivas que fazem parte do impulso amoroso primitivo. Para o bebê tranquilo, a mãe-ambiente – a que recebe a afeição – deve *sustentar a situação no tempo*, ou seja, continuar empática ao bebê e dispor de um tempo para que ele elabore o que se passa

em seu interior e possa avaliar as consequências desta experiência.

A complexidade desse estágio está especialmente relacionada ao fator tempo, que tem aqui um sentido claro: duração da elaboração de uma situação que foi experienciada pelo bebê. Embora o tempo que cada bebê necessita para sustentar a ansiedade decorrente da noção recém-adquirida da coexistência de diferentes elementos em seu interior seja pessoal, e por isso variável, a necessidade da existência desse tempo é concreta e fundamental. Somente com a presença da mãe e com tempo disponível poderá se *formar* “um momento de reparação” (Winnicott, 1988/1990, p. 91) – uma capacidade que o bebê lentamente desenvolve durante as horas de contemplação ou digestão. A mãe deve permanecer desempenhando as duas funções – ambiente e objeto – e também realizando as tarefas características do estágio pelo período necessário para que o bebê elabore as novas conquistas, alcance o concernimento e se lance a novas experiências.

Assim como já ocorriam desde a fase da transicionalidade, as tarefas maternas de *sobrevivência* e *sustentação da situação no tempo* devem estar disponíveis o tempo todo de acordo com a alternância dos estados do bebê, de suas necessidades e das experiências realizadas, mesmo depois de a criança ter *unido* as duas mães. Entretanto, como no desenrolar do estágio cada uma dessas funções se sobressai, assumindo um papel fundamental para a conquista e o estabelecimento do concernimento, salientarei os momentos em que cada uma delas se torna proeminente para o amadurecimento durante a sequência da exposição do estágio do concernimento. Entendo que esse procedimento permitirá visualizar o entrelaçamento entre o acontecer da pessoa que amadurece e o ambiente como condição facilitadora desse acontecer durante esse estágio.

Descrever o percurso do estágio do concernimento deve ser visto como uma tarefa simples perto daquela na qual o bebê está envolvido até que conquiste o concernimento e este possa ser considerado um fenômeno estabelecido.

Aos poucos, o bebê que recém-realizou a integração dos estados tranquilos e excitados como um aspecto do si-mesmo pessoal se dá conta, nos momentos calmos, de que a mãe, ainda um não-eu objetivamente percebido, é uma pessoa como ele. O bebê gradualmente realiza que há um ser humano por trás de tudo o que é feito para ele em consequência da convivência com a vivacidade materna e a prontidão prazerosa da mãe em atendê-lo. Winnicott diz que “a capacidade especial da mãe para colocar-se no lugar da criança e entender o que ela sente” é o que finalmente

permite ao bebê “sentir uma pessoa na mãe” (Winnicott, 1949d/1982, p. 49). Assim estabelecido, o bebê “assume que sua mãe tem um interior, que pode ser rico ou pobre, bom ou mau, organizado ou caótico” (Winnicott, 1945d/2000, p. 222), tal como ele, “que possui uma realidade interna, um mundo interno, que pode ser rico ou pobre e que pode estar em paz ou em estado de guerra” (Winnicott, 1953c[1951]/2000, p. 318). Em virtude dessa descoberta, começará a dar importância à mãe, à sua personalidade, “à sua sanidade e aos seus estados de espírito” (Winnicott, 1945d/2000, p. 222). Aqui se inicia um relacionamento, no modo como entendemos, entre o bebê e a mãe.

Isso evidencia que, apenas quando o bebê constitui-se como um si-mesmo estruturado, sabedor de que possui um mundo interno “dotado de riqueza”, pode vir a sentir o objeto externo a ele como uma pessoa também “estruturada e valiosa” (Winnicott, 1988/1990, p.99). Esse fato merece ser destacado, pois, além de ser um ponto central da teoria do amadurecimento pessoal, sustenta a tese winnicottiana de que o concernimento só pode ser alcançado por bebês que já se distanciaram das questões iniciais da estruturação da personalidade e, portanto, não pode ser datado tão cedo como postulava Klein. Para Winnicott, a aquisição do concernimento tem a conotação de um estado de coisas altamente sofisticado, por ser o que dá sentido ao termo *relacionamento*, que explicita o que acontece entre duas pessoas constituídas e identificadas como separadas.

Compreender que a mãe é uma pessoa como ele faz com que o bebê comece também a perceber, em razão da memória dos momentos de regressão, que existem dois usos (impiedoso e calmo) inteiramente diferentes da mãe, dependendo de ele estar excitado ou tranquilo; o bebê se dá conta de que a mãe que cuida e é valorizada nas fases tranquilas é a mesma pessoa que foi e será atacada impiedosamente nas fases de excitação. Concomitantemente, também se apercebe da sua dependência da mãe, do amor e confiança nela depositados, entendendo que isso persistirá ainda por algum tempo. O que leva o bebê a ser capaz de perceber esses dois usos da mãe? Simplesmente *estar-aí* no mundo e à disposição do imponderável entrelaçamento vital entre as tendências herdadas para o amadurecimento e a integração e a provisão ambiental, traduzido por Winnicott como o desdobramento da natureza humana.

5.2 Dificuldades associadas à experiência instintiva e separação entre fatos e fantasias

Esse é o cenário no qual as duas funções da mãe (ambiente e objeto) começam a se unir na mente do bebê. Entretanto, justamente quando começa a perceber que a forma tranquila e a forma excitada constituem um modo total de relacionamento com a mãe, surgem para o bebê enormes dificuldades associadas à experiência instintiva. Essas dificuldades chegam ao bebê em forma de dois tipos de ansiedade: em relação ao objeto do amor instintivo e em relação ao que acontece em seu próprio interior, em consequência das experiências de excitação. Essas ansiedades irão se alternar “conforme haja uma predominância de satisfação ou de frustração e raiva” (Winnicott, 1958o[1956]/1990, p. 25).

Winnicott assegura que o motivo de essas ansiedades se introduzirem na relação mãe-bebê é a incapacidade que o bebê humano tem “de suportar o peso da culpa e do medo”, resultantes do “reconhecimento pleno de que as ideias agressivas” contidas no impulso amoroso primitivo estão dirigidas à mesma mãe da dependência (Winnicott, 1988/1990, p. 90). A dificuldade de aceitar essas ideias faz com que surja um incipiente interesse que se converterá, sob condições favoráveis, em preocupação pelo resultado das experiências instintivas. Essa é uma das passagens de amadurecimento que caracteriza o relacionamento dual desse estágio. O recém-integrado bebê, nessa fase, está apenas se aproximando da ideia de destrutividade agregada no impulso amoroso destrutivo, e ele não pode fazer uso da ideia de um pai interventor para auxiliá-lo com as ideias instintivas. O pai ainda não foi reconhecido como o terceiro da relação, portanto sua presença e importância têm, neste momento, um sentido materno. Por esse motivo, para lidar com as dificuldades que surgem nesse estágio, o bebê conta com sua capacidade de fazer reparações e com a capacidade da mãe para exercer suas funções.

O que torna tão difícil e insuportável para o bebê reconhecer que há só uma mãe é que a destrutividade, inerente ao impulso amoroso primitivo (originalmente impiedoso e não perturbado pela preocupação), passa, após a integração dos estados tranquilos e excitados, a ser reconhecida como pessoal, vista por ele como um implacável ataque ao seio materno. O bebê, a partir desse momento, “compreende” que é parte integrante da satisfação instintual – conseguida pelo ato de mamar –, a presença de um elemento destrutivo que também precisa de alívio. Satisfazer a agressividade que está baseada no impulso e na tensão instintiva se converte em um “novo tipo de necessidade” (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 361) e em um importante fator de fortalecimento do ego. Como Winnicott mesmo diz, “todas as funções tendem a ter uma qualidade orgástica” (Winnicott,

1958j/2001, p. 12).

A busca de alívio da tensão instintual passa, então, a implicar uma fase de preparação e estímulo local, um clímax (satisfação), em que o corpo inteiro está envolvido, e um período de pós-satisfação que, quando não alcançado, traz consigo um risco de frustração que pode gerar raiva, produzindo novos ataques. Esse sentimento de frustração ocorre inclusive em uma mamada satisfatória, pois é impossível evitá-lo totalmente em todas as experiências instintivas, mas também em decorrência da desadaptação materna em pleno andamento nesse momento. O sentimento de frustração gerado nessa circunstância de maternagem (desadaptação) promove o amadurecimento do bebê, pois torna os objetos reais, portanto, sujeitos tanto ao amor quanto ao ódio.

Essas descobertas acrescentam novos ingredientes à relação mãe-bebê que precisarão ser digeridos pelo bebê passo a passo. Um primeiro problema para ele é que, sendo uma pessoa inteira, é capaz de identificar-se com a mãe, saber o que se passa na relação com ela, mas ainda não consegue distinguir entre suas intenções e o que de fato ocorre, pois as funções e a elaboração imaginativa das funções ainda não estão claramente diferenciadas em termos de fatos e fantasias. O reconhecimento de que em seu mundo interno existem ideias, fantasias, elaboração imaginativa da função corporal, e também ideias e fantasias relativas a um fato que não devem ser confundidas com o fato em si, surge ao mesmo tempo em que ele se dá conta da identidade entre as “duas mães”. Por esse motivo, mesmo que o bebê experiencie um período de calma física após uma amamentação satisfatória (em consequência da satisfação instintiva e da experiência global integrativa que advém do encontro com a mãe), ele não pode evitar ser invadido por um elevado grau de apreensão por causa das ideias agressivas que surgem em seu interior quando constata que há apenas “uma mãe”, que é uma pessoa como ele.

No que diz respeito à ansiedade em relação ao objeto de amor, uma primeira questão para o bebê é conseguir distinguir se aquilo que imagina acontecer durante os estados excitados é realmente um fato. Para ajudar o bebê a resolver esse dilema, a mãe participa com as duas funções (de *sobrevivência* e de *sustentação no tempo*) em mais uma infinidade de relacionamentos excitados. Desse modo, o bebê continua a ser naturalmente envolvido em experiências instintivas, nas quais ainda mal sabe o que se passa com ele e para as quais é arrastado pelo instinto em estado bruto. Durante essas experiências de excitação, ocorrem-lhe “ideias poderosas tipicamente instintivas” (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 361)

e mais um “ataque canibalístico” é deflagrado.

Parte do que acontece ao bebê nesse estado pode ser observado em seu comportamento físico, mas parte pertence à elaboração imaginativa dessa experiência. De qualquer forma, é preciso que fique claro que, por alguns minutos, faz parte da intenção do bebê destruir ou realmente danificar tudo; cabe também reforçar a ideia de que é muito saudável para ele conhecer a extensão completa de sua capacidade de se enfurecer nessa época. Ao final de cada experiência excitada, ele precisará de *tempo* para que possa elaborá-las, bem como para enfrentar os resultados dessa experiência.

A mãe-ambiente fornece esse *tempo*, permanece presente, calma e tranquila, e cuida para que outros fatores externos que poderiam provocar uma desorientação no bebê (tal como deixá-lo aos cuidados de outra pessoa) não se tornem coincidentes nessa época em que ele está reconhecendo a sua destrutividade e precisando entender o que fará com ela. Essa é uma das coisas que uma mãe devotada faz naturalmente para ajudar o bebê a realizar essa conquista. Outra coisa depende da própria capacidade da mãe em distinguir fato e fantasia. Quanto mais apta a fazer isso, mais contribuirá para que seu bebê compreenda que “o mundo não é tal como se imagina, e que a imaginação não é exatamente como o mundo” (Winnicott, 1949m/1982, p. 80).

A integração entre as duas mães (ambiente e objeto) finalmente acontecerá quando o bebê perceber que a mãe tranquila participou da experiência instintiva e *sobreviveu*. Ao sobreviver nesse momento, a mãe favorece ao bebê o reconhecimento de que ela é um objeto independente, auxiliando-o a estabelecer a diferença entre fatos e fantasias, e entre a realidade interna e a externa, tarefas que farão parte das preocupações de sua existência desse momento em diante.

O bebê precisará ainda de muito tempo para elaborar as ansiedades oriundas do fato de a mãe ser uma pessoa como ele; porém, quando ela sobrevive nesse momento, mantendo-se calma e ilesa, algo muito importante para o fortalecimento do ego do bebê acontece. O bebê, que imaginava ter destruído, danificado ou quebrado tudo, inclusive a mãe que tanto ama e admira, fortalece sua capacidade de apreender que “o que ele *acha verdadeiro* não é necessariamente real, que a fantasia e o fato concreto, ambos importantes, são entretanto distintos um do outro” (Winnicott, 1945j[1944]/1982, p. 69). Ele alimenta sua confiança na mãe e nutre a *esperança* de poder continuar sendo e se relacionando, pois vê que a atitude da mãe permanece inalterada. Para que a diferença entre fatos e

fantasias se estabeleça de modo seguro nesse momento, a mãe não pode desaparecer. Ela precisará sobreviver ainda por um *período de tempo* até que o bebê tenha “colecionado suficiente material mnemônico” dessa experiência e assim se torne capaz de suportar a ausência da mãe, sem que dúvidas sobre sua destruição se irrompam.

Uma inconsistência nessa fase dificulta para o bebê alcançar um discernimento efetivo entre o que pensa ser um fato e aquilo que na verdade é uma fantasia. Sob essa circunstância, mesmo os bebês que alcançaram a integração com um ego forte ou um senso de continuidade de ser mais fortalecido podem organizar um falso si-mesmo para ocultar a realidade interna. Por outro lado, bebês que experienciaram dificuldades para alcançar a integração poderão sentir-se ameaçados nessa conquista. Em ambos os casos, a integração do eu será mantida, mas a pessoa arrastará uma incerteza (confusão) a respeito da realidade factual do conteúdo destrutivo de seu mundo interno, trazendo dificuldades para que a conquista do concernimento se torne um fenômeno estabelecido. Com isso, ela carregará “impurezas” que complicarão sua tarefa de administrar o mundo pessoal.

No entanto, quando tudo corre bem, a vida imaginativa é reconhecida como interna e pessoal, oferecendo ao o bebê (ou criança) “alívio para a necessidade de ação direta” (Winnicott, 1993e[1960]/1999, p. 64). Com a possibilidade de experienciar a destrutividade em seu mundo interno, o bebê ganha tempo e oportunidade para que os primórdios de um senso de responsabilidade pessoal pela experiência instintiva se iniciem. Diante disso, o bebê caminha com resolução para a conquista do concernimento, pois agora condições de unidade, noção de tempo, e separação entre fatos e fantasias foram conquistadas.

5.3 Sentimento de culpa e conquista do concernimento

Como já anunciado, a importante conquista desse estágio é o *concernimento* que, quando alcançado pelo bebê, agrega *valor* aos relacionamentos e o torna capaz de “ter experiências e de *ser modificado* por elas, apesar de conservar a integridade, a individualidade e o ser pessoais” (Winnicott, 1988/1990, p. 98). O contato do bebê com o mundo será, a partir de então, intermediado pelas experiências instintivas, entendidas como o resultado da fusão do impulso instintual com o impulso

agressivo (baseado em um padrão pessoal), que deverão ser integradas à sua personalidade durante esse estágio. Aceitando os impulsos instintivos como pessoais ou, como o diz o autor, tornando-se capaz “de reconhecer os impulsos como uma parcela do que se entende por uma pessoa viva” (Winnicott, 1949k/1982, p. 90), o bebê poderá dar continuidade à sua capacidade de estabelecer relações afetuosas e vir a construir um modo próprio de interagir com outras pessoas e com a realidade externa.

No entanto, a integração dos instintos, ou seja, a aceitação pelo bebê (pessoa) de sua potência e agressividade³ é uma tarefa difícil, porque, quando o bebê alcança o estágio do concernimento, seu ego é ainda imaturo. Parte das dificuldades enfrentadas pelo bebê no percurso de conquistar o concernimento diz respeito à dúvida se essa destrutividade (sadismo oral)⁴ será aceita por esse ego imaturo. Numa linguagem mais winnicottiana, significa dizer que o estado de integração alcançado, por ser ainda frágil, pode ser afetado caso o bebê não consiga tolerar o resultado das novas experiências instintivas com a mãe em razão do reconhecimento da própria destrutividade. O problema para o bebê é que, embora ele tenha alcançado a ambivalência (via fusão do potencial erótico com o agressivo), ainda não conquistou a *capacidade para a ambivalência*; sendo assim, reconhecer que o relacionamento excitado inclui ataque e destruição à mãe e ao corpo da mãe lhe atormenta e provoca ansiedade. Ele fica, então, dividido entre consumir a mãe e perdê-la, ou, então, protegê-la de seus ataques, o que lhe provoca uma ansiedade de grande proporção. O fato é que o bebê precisa desenvolver-se para lidar com esse complexo problema. Em uma maternagem favorável, ele elaborará “uma técnica” (Winnicott, 1963b[1962]/1990, p. 115) para lidar com essa ambivalência.

Aquele embrionário interesse pelos resultados da experiência instintiva, que surge quando o bebê se dá conta de que seu impulso amoroso primitivo é agressivo e impiedoso, vai lentamente se configurando como ansiedade e *culpa* relativa aos danos que imagina haver causado na mãe. Esse sentimento emerge assim que ocorre, na mente do bebê, a junção da mãe-ambiente com a mãe-objeto (a mãe danificada é a mesma que merece seu amor) e está relacionado à ideia recém-elaborada de que há destruição quando o amor está atuando. Ciente de que sua mãe é uma pessoa tal qual ele, passará a se importar com o que acontece com ela sempre que a usar nos momentos de excitação e procurará meios de protegê-la de sua agressividade, por exemplo, isolando a agressividade do apetite e procurando usá-la para morder objetos que não podem sentir e nem reagir ao ataque. Um desmame espontâneo seria outro

exemplo de proteção do bebê nessa situação.

Diz-se do bebê que alcançou esse estágio do amadurecimento que ele conquistou o concernimento; de um relacionamento incompadecido com a mãe, passará a ser concernido, importando-se com o resultado de suas experiências instintivas, tanto físicas quanto ideativas. Deixar de ser incompadecido e se tornar concernido fará com que, após cada experiência instintiva, o bebê entre em um estado característico de recolhimento, mesmo quando acordado. Isso pode ser observado pelo estado de inibição dos instintos e pela circunspecção do bebê, que é de tal forma significativa que deixa a impressão de ser um estado depressivo.

Winnicott prefere o termo *contemplação* para definir esse estado de ensimesmamento no qual o bebê se encerra e considera esse período necessário para a elaboração do que aconteceu durante o relacionamento excitado. A ausência de processos intelectuais e o fator temporal presentes nesse estado permitem compará-lo à digestão. Durante esse período de contemplação, da mesma forma que em um processo digestivo, o bebê precisa de tempo (fator principal) para que, pela elaboração imaginativa das funções corporais (trabalho da psique, em que não há interferência do mental nem do intelectual), possa recompor seu mundo interno recém-alimentado por mais uma experiência instintiva e separar, em seu mundo interior, o que é bom e mau (digestão).

O estado de contemplação é um período de grande ansiedade para o bebê. Além de lidar com a culpa sentida em relação à mãe, ele também passa a perceber os resultados das experiências instintivas em seu próprio eu, tornando-se, por isso, especialmente preocupado com o que se passa em seu mundo interior. Winnicott definiu essa experiência do bebê de *ansiedade depressiva*. O fato é que, ao mesmo tempo em que a satisfação do impulso faz com que o bebê se sinta bem, repleto de coisas boas e capaz de criar e sustentar sua confiança em si mesmo e no que poderá esperar da vida, ele reconhece que, ao final de suas experiências instintivas, sente-se repleto de coisas malignas, ruins ou persecutórias que “criam uma ameaça a partir do interior à sua pessoa”, ao mesmo tempo em que também o ameaçam “as coisas boas que formam a base de sua confiança na vida” (Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 292). É igual a um *estado de guerra* em que há um lado bom e um lado mau em plena contenda, situação que precisa ser solucionada.

Esse estado de coisas que acomete o bebê compadecido é observado facilmente na brincadeira de crianças mais velhas. Um exemplo muito usado por Winnicott para ilustrar essa contenda que acontece no mundo

interior ou pessoal é o da criança que brinca de guerra em cima de uma mesa e usa cercas para proteger o exército (o bom) do ataque dos soldados inimigos (o mau). Esse exemplo é muito especial, pois, além de mostrar o estado de guerra vivido pelo bebê, dá a clara dimensão do que Winnicott entende por mundo pessoal. Há o exército cercado (o que é bom) em conflito com os soldados inimigos (o que é mau), sendo a dimensão da mesa o limite entre o mundo pessoal e o mundo exterior; embora a mesa circunscreva o mundo pessoal, este está sempre inserido em um espaço (uma sala). Isso significa que tudo o que estiver inserido nesse espaço (sala) faz parte do mundo pessoal do bebê e precisa ser solucionado a partir do eu interior. Nota-se então que as questões com as quais um bebê se defronta após a conquista do concernimento se referem não a conflitos intrapsíquicos, mas sim a uma forma de relação interpessoal entre o eu e o não-eu envolvidos em bons e maus sentimentos.

Contemplar o que há em seu interior, buscando uma reordenação dos fenômenos internos, configura-se como uma nova tarefa para o bebê – a de “administrar seu mundo interno” (Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 292) – que, de certo modo, durará a vida toda. Essa tarefa consiste basicamente em a criança tentar preservar o que é sentido como bom, ao mesmo tempo em que separa o que é ruim para ser eliminado. Após a conquista do concernimento e durante todo o período de consolidação dessa conquista ao longo desse estágio, o bebê estará envolvido com essa tarefa e ela será a base de sua relação com o mundo externo. Para Winnicott, a capacidade de “administração do mundo externo” de uma pessoa e a maneira como fará isso dependem do modo como ela administra seu mundo interno ao longo de todo esse estágio.

5.4 Ambiente e capacidade de reparação

Assim entendido, é possível compreender o papel desempenhado pelo ambiente (inicialmente apenas a mãe e, posteriormente, pais, tias, professores etc.) durante todo o estágio do concernimento. Uma mãe amadurecida facilitará a tarefa do bebê *sustentando a situação no tempo*,⁵ de modo que ele possa reordenar (digerir) aquilo que lhe provoca tanta preocupação – a guerra em seu mundo pessoal – até poder acreditar que há algo de bom a ser feito para remendar o estrago. Ela também precisará *sobreviver* a mais uma infinidade de episódios excitados e, mais do que se dispor a ser amada, precisará aceitar a potência instintual e física do bebê

em crescente desenvolvimento, agora acrescida de “toda a força de fantasias de sadismo oral [destrutividade primitiva] e outros resultados da fusão” (Winnicott, 1963b[1962]/1990, p. 115). A presença da mãe pelo tempo necessário e a sua capacidade de manter as características pessoais durante todo esse período fortalecerão a confiança do bebê em sua capacidade de dar algo ou fazer algo para reparar o dano causado. A *guerra*, que começou no mundo pessoal do bebê e na qual há a participação da mãe, precisa ser finalizada com ela, de modo que a criança possa ter oportunidade de reparar o que fez, para a própria mãe, pois só assim se tornará confiante em sua capacidade de reparação. Acreditando que pode fazer algo quando machuca ou danifica aquilo que usa, o bebê estará liberado para uma vida instintiva cada vez mais rica.

Um bebê não poderá aceitar a destrutividade inerente a sua natureza e muito menos responsabilizar-se por ela caso a mãe não cumpra as tarefas de sobreviver e sustentar a situação no tempo. A presença da mãe, fisicamente constante e afetivamente inalterada por um tempo específico, torna-se uma premissa para que a criança sustente a ansiedade (culpa) enquanto desenvolve a capacidade de fazer reparações. Ele precisa de tempo para elaborar os acontecimentos da última experiência excitada e produzir algum material para ser usado de modo construtivo no relacionamento. Se a mãe-ambiente cumpre sua função, o bebê tem prazo para organizar as consequências imaginativas da experiência instintiva e resgatar algo de bom para dar e reparar o dano causado. Ele também precisa que a mãe sobreviva para poder receber o gesto ou o conteúdo da reparação. Somente quando usufrui o tempo dado pela mãe em inúmeras circunstâncias e descobre que ela sobrevive e aceita seu gesto de reparação, o bebê adquire a capacidade de acreditar que “algo pode ser feito a respeito de alguma coisa” (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 356), arriscando-se em novas direções, pois a esperança em relação a seu mundo interior, no que diz respeito à sua capacidade de reparar (construir), foi conquistada.

Como se vê, o recurso disponível (técnica) para o bebê resolver a “dificuldade inerente ao estar vivo” (Winnicott, 1988/1990, p. 90) nesse estágio é a capacidade, gradualmente desenvolvida por ele, de fazer reparações. É a culpa que introduz o bebê em um estado de contemplação em que administrar o mundo interno significa tentar separar o que é bom do que é mau e “decidir”, posteriormente, como usará esses elementos. É também a culpa que será a base para que a criança possa imaginar um modo de ser construtivo ou “ativamente amoroso” (Winnicott,

1963d/1990, p. 96) e, assim, capaz de reparar o que foi feito por meio de algo sentido como bom. Restituição e reparação se referem à possibilidade de o bebê fazer alguma coisa pelo dano causado à mãe e tem a função de neutralizar a culpa ou as preocupações do bebê. São reveladas mediante um gesto, um sorriso, os produtos das excreções etc. A reparação é uma tentativa de construir uma “força pessoal que possibilita a tolerância da destrutividade pertencente à sua natureza” (Winnicott, 1984c[1960]/1999, p. 78) e deve ser vista como uma das raízes da criatividade, na medida em que “fornece um vínculo importante entre o impulso criativo e a vida vivida pelo paciente” (Winnicott, 1958p[1948]/2000, p. 156). A capacidade de fazer reparação vinculada à culpa pessoal é, para Winnicott, um dos aspectos mais importantes no amadurecimento pessoal.

Tendo alcançado o concernimento, o bebê efetivamente se preocupa em proteger a mãe de sua própria destrutividade – o incompadecimento primitivo cede lugar ao compadecimento e a não preocupação, à preocupação. Quando finalmente chega a uma conciliação entre a satisfação instintual e a proteção da mãe, pode-se dizer que o bebê encontrou uma solução pessoal para o problema da destrutividade. Ele conquistou a capacidade de *tolerar* “o sentimento de culpa suscitado por seus impulsos e ideias destrutivas, de tolerar se sentir responsável, de modo geral, por ideias destrutivas”, e também se tornou “confiante em seus impulsos de reparação e oportunidades de contribuição” (Winnicott, 1963d/1990, p. 97). O relacionamento com sua mãe será marcado por essa nova posição no mundo.

A conquista do concernimento deve ser vista como o momento em que o bebê *inicia* sua existência no sentido de ser uma pessoa que tem consciência que possui intenções e de que elas afetam o outro, cabendo a ele assumir responsabilidade por essas intenções. O bebê que conquista o concernimento alcança, na verdade, a capacidade de começar a viver e, caso essa conquista se consolide, a capacidade para deprimir-se e a possibilidade de vir a experienciar as dificuldades inerentes ao viver em si.

Quando conquista o concernimento, o sentimento de “Eu Sou” se fortalece e o bebê é capaz “de cavalgar suas tempestades instintuais” (Winnicott, 1964e[1963]/1999, p. 61) na posição de ser o responsável por elas, pois os instintos integrados à sua personalidade são reconhecidos como pessoais; é também capaz de acomodar todas as dificuldades originadas em sua realidade psíquica interna. O Eu Sou fortalecido indica que o indivíduo agora “tem não só forma, mas também vida” pessoal e responsável, podendo caminhar para o “eu estou só” e para o fazer

(Winnicott, 1958g[1957]/2000, p. 35). Trata-se de uma mudança significativa em relação ao eu inicial (si-mesmo) do estágio da dependência relativa, que, embora indicasse muito em termos de amadurecimento, era simplesmente “uma afirmação topográfica da personalidade como um ser, como a organização do núcleo ego” (Winnicott, 1958g[1957]/2000, p. 35). É pelo sentido de amadurecimento associado à conquista do concernimento que Winnicott pensa que só as pessoas que alcançaram o estágio de fazer a afirmação Eu Sou, nesse modo mais amadurecido, estão “qualificadas para serem membros adultos da sociedade” (Winnicott, 1986d[1966]/1999, p. 136) e para enfrentarem as vicissitudes do *viver com*.

Apesar de tanto desenvolvimento, é preciso lembrar que estamos falando de um bebê que está próximo dos 12 meses de idade (ou um pouco mais), período em que, de acordo com Winnicott, os bebês que contaram com uma provisão ambiental adaptativa alcançam o concernimento. É ainda uma fase muito delicada do amadurecimento pessoal e qualquer *imprevisto* pode impedir que essa conquista se confirme como experiência para o bebê. Por outro lado, como veremos, muita coisa precisa acontecer ainda para que essa conquista se consolide de modo definitivo.

Antes de prosseguir expondo a teoria de bebês que conquistaram o concernimento, é preciso fazer menção aos que não realizaram essa conquista. Winnicott afirma que, quando o concernimento não é alcançado no estágio esperado, o bebê seguirá sem essa conquista e a busca para alcançá-la consistirá em sua tarefa de vida. Nesse caso, ele não terá o subsídio de uma fonte própria de culpa⁶ como a base de suas relações interpessoais e, por isso, precisará de alguém que lhe ensine a sentir culpa e a diferenciar o que é certo e errado. O concernimento poderá ser alcançado mais tarde com a transferência, em um processo analítico; na análise, a experiência passada será revisada, a memória dos relacionamentos que foram bons e ruins será compreendida e a experiência da mãe sustentando a situação poderá se tornar parte do eu. Assim, a mãe real deixará de ser necessária, porque o indivíduo adquiriu um ambiente interno.

5.5 Círculo benigno e capacidade para a ambivalência

Para a conquista do concernimento ser considerada um fenômeno

estabelecido, ela precisa ser confirmada ao longo de uma fase de vida do bebê, pois a culpa decorrente da percepção da destrutividade primitiva só pode ser suportada pelo bebê se for gradualmente assimilada à sua personalidade. De acordo com Winnicott, a integração da culpa como parte da experiência pessoal e da personalidade só se torna mais efetiva aos cinco anos; assim, para que a conquista do concernimento se consolide, a mãe precisa *sobreviver e sustentar a situação no tempo* durante um dia, um período de dias, semanas e meses, ou até mesmo anos, durante os quais o processo do machucar-curar deverá acontecer infinitas vezes até que um círculo benigno se estabeleça e forme a base para “a vida do bebê por um longo período” (Winnicott, 1988/1990, p. 92).

Traduzir em termos concretos todas as situações em que a mãe precisa sobreviver e sustentar a situação no tempo ao longo de todo esse estágio implicaria tentar elencar uma infinidade de exemplos cotidianos da relação mãe-bebê que, com certeza, não cobririam a complexidade desse momento no desenvolvimento emocional nem fariam justiça à sutileza do que realmente acontece entre o bebê e sua mãe. Mesmo certo quanto à importância para o amadurecimento pessoal de outras formas de experiências instintivas, Winnicott preferiu usar a amamentação/alimentação como a situação que melhor ilustra os acontecimentos do estágio. De acordo com sua tese, essa experiência, quando bem resolvida, torna-se a base para o contato com a realidade externa, permitindo explorar a analogia entre os processos mentais que se iniciam (introjeção e projeção) com o processo digestivo (incorporação e eliminação de alimentos com uma pausa para digestão).

Adoto o mesmo exemplo para ilustrar o que se passa no mundo interno/pessoal do bebê. Tudo começa com uma experiência instintiva. O bebê ingere algo. Em seu interior, sente isso como uma coisa boa ou ruim, dependendo se foi ingerido durante uma *experiência instintiva gratificante* ou durante uma *experiência perturbada* por excesso de raiva em virtude da frustração. Instantes após a mamada, além de se perceber apreensivo (culpa) quanto ao buraco (estrago imaginado) no corpo da mãe, ele também se dá conta da contenda em seu interior – entre o que é sentido como bom, isto é, aquilo que apoia o eu, e o que é sentido como mau, ou seja, persecutório para o eu. Esses elementos sentidos como bons ou maus são, na verdade, os sentimentos bons e maus que resultam da vida instintiva do bebê, elaborados imaginativamente. Referem-se, portanto, tanto aos sentimentos como às ideias inconscientes do bebê e também aos conteúdos da psique que existem independentemente de um esforço mental

e intelectual.

Essa situação é bastante complexa e o bebê nada pode fazer a não ser esperar pelas consequências, do mesmo modo que ocorre com o processo digestivo. De maneira silenciosa, seguindo um ritmo próprio, sem qualquer esforço mental e conforme um *padrão pessoal* que vai lentamente se desenvolvendo, os elementos apoiadores e persecutórios misturam-se lentamente uns com os outros até que se alcance algum tipo de equilíbrio. Ao final dessa elaboração, o bebê retém ou elimina alguma coisa conforme a necessidade interna. O que é bom é retido por um tempo para servir ao crescimento pessoal, à restituição e à reparação; o que é mau fica retido para ser usado em expressões de raiva. De modo semelhante ao processo digestivo, parte daquilo que foi ingerido também precisa ser eliminado, mas com uma diferença: enquanto a digestão física elimina apenas o que é ruim, na “eliminação imaginativa” ficam disponíveis para serem eliminados tanto o potencial bom quanto o ruim.

Portanto, na vida de um bebê saudável, o resultado de um dia em que há tempo disponível para um “trabalho pessoal” (no qual a mãe não interfere, por exemplo, no processo de evacuação) será o bebê ter coisas boas e ruins para dar, bem como coisas boas e ruins para guardar. A presença da mãe faz diferença nesse ponto: depois de ter sustentado a situação no tempo, ela precisa estar presente (sobreviver) para receber o gesto de doação. Os acontecimentos que se iniciaram com a mãe só se confirmarão como experiência pessoal caso possam ser terminados com ela. Cabe a ela aceitar o que for oferecido (tanto o bom como o ruim) e, especialmente, distinguir entre o que é bom e o que é ruim. Não há nada predefinido, muito menos intelectualizado; tudo é muito simples e natural. Pela primeira vez o bebê oferece algo e, sem esse dar, “não haverá um verdadeiro receber” (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 365). Ao longo desse dia, tanto o aspecto físico da digestão quanto sua correspondente elaboração imaginativa tomam o seu lugar na psique.

A necessidade da presença da mãe ao final do trabalho de “digestão” (física e imaginativa) tem a ver com a temporalização do bebê, que está em andamento. No início do estágio do concernimento, o bebê ainda não pode lidar com uma sucessão de lembranças, isto é, manter na memória tudo o que já foi experienciado, em especial a habilidade de reparar e restituir seguida pela aceitação pela mãe como fechamento da experiência. A capacidade dele em manter viva a ideia da mãe vai se ampliando à medida que a noção de tempo se torna mais consistente; daí a necessidade de a mãe estar presente e sobreviver uma infinidade de vezes.

A ausência prolongada da mãe nessa fase se torna um problema por duas razões. Primeiro, porque essa ausência pode abalar a confiança na capacidade de sobrevivência da mãe aos seus impulsos primitivos e o bebê, em razão disso, passa a ter dúvidas quanto a serem os ataques um fato, e não uma fantasia. O modo de lidar com isso será a inibição dos instintos. Segundo, quando a mãe está ausente, a capacidade de reparação do bebê fica desperdiçada impedindo que ele alimente a confiança de que há algo de bom a ser feito. É a presença da mãe, quando o bebê está pronto para dar algo, que assegura a confiança em seu potencial de reparação e auxilia que essas experiências se convertam em lembranças, as quais, com o tempo, irão se configurar como um aspecto da história do si-mesmo.

Com a repetição dessa sequência, gradualmente o bebê acredita no esforço construtivo e consegue suportar a culpa. Apoiado no êxito das ideias e atos reparadores, ele se torna cada vez mais arrojado e se arrisca em novas experiências instintivas que, por sua vez, tornarão a tarefa de digestão ou contemplação (elaboração imaginativa) mais e mais complexa, enriquecendo seu mundo interno. Mantendo-se as condições ambientais necessárias, ou seja, um cuidado materno contínuo e pessoal, ele criará uma capacidade de reparação também mais efetiva e novamente irá sentir-se livre para outra onda de experiências – tudo recomeçará. Havendo, portanto, consistência por parte do ambiente, um círculo benigno irá se estabelecer.

Com o estabelecimento do círculo benigno, o bebê fica livre para explorar seu potencial e intensificar as experiências instintivas, pois reconhece ser capaz de assumir a responsabilidade por tudo o que sente, pensa e faz. É essa condição de responsabilidade que alimenta a esperança de que o relacionamento com o outro tem futuro. Dia a dia, com o fortalecimento do círculo benigno, ele se torna capaz de aceitar os fatores agressivos e destrutivos presentes no amor instintivo, bem como as fantasias inerentes a esses fatores. Conquistou, portanto, a capacidade para a ambivalência, em que suportar a coexistência do amor e do ódio em relação a um mesmo objeto, em uma relação ainda dual, é a característica principal.⁷ Também superou a dificuldade (que existe na natureza humana) em misturar o amor e a agressividade, e pode agora consentir ter ideias destrutivas com o impulso amoroso, pois, quando se sente culpado, sabe que pode fazer coisas para compensar. De posse dessa nova capacidade, o bebê incrementa seu potencial para tolerar (assumir que pertence a ele) a destrutividade e passa a ser capaz de suportar a ideia do buraco, do estrago, do dano causado à mãe.

O momento em que o bebê se torna capaz de suportar a destrutividade que provoca o *buraco* na mãe configura-se a *origem do sentimento de culpa*. Segundo Winnicott, essa é a única culpa verdadeira e a raiz da moralidade. A *culpa inicial* – advinda de o bebê ter reunido em uma só as duas mães, o amor excitado ao amor tranquilo e o amor ao ódio – altera sua qualidade de ser uma *ansiedade* e passa a compor, para a pessoa, “uma fonte normal e saudável de atividade nos relacionamentos” (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 365). Por um lado, quando o bebê reconhece e aceita (tolera) a destrutividade em relação aos objetos sentidos como bons e tem a oportunidade de desenvolver a capacidade de reparar, o sentimento de culpa resultante se põe como o alicerce da construtividade do bebê e libera a vida instintiva. Por outro lado, esse sentimento de culpa também constitui a fonte pessoal de “controle do mundo interno que proporciona a única base verdadeira da moralidade” (Winnicott, 1958j/2001, p. 15). Essa culpa pessoal, no entanto, não aparece como tal, mas permanece adormecida (ou potencial) e é anulada pelas atividades construtivas, só surgindo como tristeza ou estado de ânimo deprimido quando, por alguma razão, a oportunidade de reparação não aparecer. Winnicott entende que, quando a reparação é interrompida, o bebê se torna incapaz de assumir a responsabilidade por seus impulsos destrutivos e, assim, o “resultado clínico será a depressão ou então uma busca de alívio através da descoberta da destrutividade em outro lugar” (Winnicott, 1984c[1960]/1999, p. 78), ou seja, por meio do mecanismo de projeção.

De acordo com Winnicott, quando a culpa verdadeira é conquistada, torna-se mais adequado falar em preocupação e envolvimento, termos que revelam o lado saudável da culpa. Esses termos implicam maior integração e crescimento e relacionam-se com o senso de responsabilidade do indivíduo, especialmente nos relacionamentos em que entram os impulsos instintivos. O indivíduo importa-se, valoriza e responsabiliza-se, pois, além de reconhecer o valor da outra pessoa com quem se relaciona, pessoalmente sabe o que é certo e errado. Só o bebê (ou pessoa) que pode sentir essa culpa verdadeira é capaz de assumir a responsabilidade pela destrutividade inerente à relação com um objeto sentido como bom, ou seja, a destrutividade envolvida nas relações pessoais em que o amor é o sentimento principal. Para as crianças que possuem uma culpa pessoal, a educação formal e a ética encontram um solo fértil.

Winnicott salienta que a conquista do círculo benigno é definitiva para a consolidação do concernimento e que a característica marcante dessa teoria é

[...] que ela comporta em seu interior o fato de que na saúde o indivíduo em desenvolvimento é capaz de um reconhecimento quase pleno dos fatores agressivos e destrutivos presentes no amor instintivo e das fantasias inerentes a eles. (Winnicott, 1988/1990, p. 92)

Quando a experiência de ser concernido – capacidade de sentir culpa, de ser esperançoso quanto ao que há em seu mundo interno e de sentir-se seguro sobre o que fazer com os objetos internos – estiver bem estabelecida com a mãe, a vida instintiva permanecerá ativa e o bebê poderá usufruir (usar segundo sua necessidade) os impulsos instintivos, inclusive os agressivos. A criança poderá então amar e odiar simultaneamente, aceitando essa contradição.

Esse é o primeiro passo em direção à possibilidade de estabelecer relações equilibradas entre aquilo que faz parte da realidade pessoal do bebê e aquilo que é parte da realidade externa; essa conquista (repetindo mais uma vez) só é possível para um ser humano que contou com a participação ativa e viva da mãe por um *tempo* de sua vida. Tendo também descoberto o anseio pessoal de dar e construir (contribuir), o bebê agora poderá converter “em bem na vida real o que era dano na fantasia” (Winnicott, 1957d[1939]/1999, p. 99), transformando parte da agressividade em função social, em algo construtivo. Para a criança pequena, esta é a base do brincar; para o adulto, a base da capacidade para o trabalho. Nessas situações, pode-se dizer que o impulso construtivo está relacionado com a aceitação pessoal da responsabilidade pelo aspecto destrutivo da natureza humana.

Somente quando essas questões estiverem bem estabelecidas para o bebê, ele começará “a se situar na posição de experimentar o complexo de Édipo” (Winnicott, 1958o[1956]/1990, p. 28) e, sendo maduro,⁸ tolerar a ambivalência que faz parte do relacionamento entre pessoas inteiras. O pai é introduzido gradualmente como pessoa e tem uma função importante a cumprir: proteger a mãe, que será cada vez mais odiada à medida que o princípio da realidade for se tornando parte mais integrante da relação da criança com o mundo externo.

O bebê que integrou os instintos à sua personalidade e se tornou concernido ainda precisará de muito tempo para que domine as ideias e excitações agressivas e, especialmente, para que seja capaz de poder controlá-las sem perder a capacidade para ser agressivo nos momentos apropriados, ao amar ou ao odiar (cf. Winnicott, 1964d/1999, p. 108). Desse modo, a mãe continuará a ser atacada (usada até ser esgotada) e

precisará sobreviver ainda por muito tempo. As infinitas tentativas do bebê em desafiar o “não” protetor da mãe, as experiências da criança que envolvem a raiva, a inveja, o ciúme, e até mesmo a exigência implacável de que a história contada ao adormecer seja sempre a mesma e com os mesmos detalhes, são exemplos do cotidiano infantil que revelam a luta da criança para administrar seu mundo interno, até assumir que é seguro destruir e odiar. Essas situações são uma extensão do que acontecia na experiência da alimentação/digestão e servem para que a criança fortaleça dia a dia a separação entre fatos e fantasias, condição para que use e explore seu potencial.

5.6 Círculo benigno e conquista de um ambiente interno

Sobre a teoria do círculo benigno, é preciso ainda destacar dois pontos. Primeiro, que as diferentes possibilidades pessoais de “estar-aí” e “ser com”, em relação à depressão, dependem em grande parte de como transcorreu o estágio do concernimento, em especial a conquista do concernimento e o estabelecimento do círculo benigno. E, segundo, que alcançar o círculo benigno, embora indique muito em termos de amadurecimento pessoal, não deve ser visto como garantia de integração e força do ego estabelecidas. O bebê que alcançou o círculo benigno em um amadurecimento saudável precisará ainda de muito tempo para que a esperança em sua integridade, capacidade de reparação e relacionamento interpessoal não se percam. Nesse período, esse círculo poderá ser enfraquecido, eventualmente rompido e por vezes refeito.

É certo que, quando tudo corre bem, a dependência da mãe irá diminuindo e, à medida que isso acontecer, o fator fundamental do amadurecimento está ligado ao fato de que, a partir de então, cada vez mais será a guerra interna da criança que merecerá atenção como foco das dificuldades enfrentadas por ela mesma. Não há condição de prever, muito menos determinar, por antecipação, como as coisas ocorrerão a partir do momento em que o existir se tornar uma responsabilidade cada vez maior da criança.

Com um círculo benigno bem estabelecido, as capacidades adquiridas (sentir culpa, ser preocupado, ser capaz de ambivalência, deprimir-se) também vão se firmando de modo mais seguro e confiável; sendo assim, a criança acaba por memorizar as experiências sentidas como boas, a ponto

de a experiência da mãe, sustentando a situação no tempo, tornar-se parte do eu e ser assimilada dentro do ego. Quando isso acontece, a mãe real será cada vez menos necessária. A pessoa adquiriu um ambiente interno que a prepara para encontrar novas experiências de sustentação da situação, até vir a se tornar aquela pessoa que sustentará a situação para outra pessoa. Pode-se dizer que ela possui um “ambiente interno”, pois há um objeto bom que foi incorporado em sua realidade psíquica; isso a torna gradativamente mais apta a lidar com as falhas do ambiente.⁹ Nesse momento, ela conquista a autonomia para ativamente participar da organização e da produção de um contexto emocional que lhe pareça desejável. Diz-se que o ego do bebê foi fortalecido, pois foi construída a crença em um ambiente interno bom e, conseqüentemente, a confiança em relação a seu mundo pessoal. Uma autossuficiência para viver é conquistada e, assim, a pessoa é capaz de temporariamente descansar e de estar só mesmo na ausência de objetos ou estímulos externos.

O “estar só” é, para Winnicott, uma decorrência natural do “Eu Sou”; portanto, dependente de uma apreciação da criança “da existência contínua de uma mãe disponível cuja consistência torna possível para a criança estar só e ter prazer de estar só, por períodos limitados” (Winnicott, 1958g[1957]/2000, p. 34). Dito de outro modo: no estágio da relação dual, maturidade e capacidade de ficar só demonstram que o indivíduo teve oportunidade – através de maternidade suficientemente boa – de construir uma crença em um ambiente benigno. Isso significa que a confiança na regularidade de apoio do ambiente possibilita à criança um descanso temporário, relaxado e real, mesmo na ausência de objetos ou estímulos externos. A experiência dos estados tranquilos é real, pois é uma sequência natural do fato de a criança ter tido sua tensão instintual atendida e de esta ter partido de um estado de descanso. A capacidade de acreditar que a mãe estará lá, pronta e à disposição para uma nova experiência instintiva, sempre que precisar, garante à criança um descanso real. Quando precisar é só retornar, despertar e fazer um gesto. É essa sequência que forma a base para “uma vida que tem realidade em vez de futilidade” (Winnicott, 1958g[1957]/2000, p. 35). Um considerável grau de maturidade do ego é necessário para que uma pessoa possa “estar só”.

Entretanto, embora seja possível imaginar que na maior parte das vezes os bebês e suas mães encontrem o caminho do amadurecimento, há situações em que, por razões diversas e adversas, o círculo benigno não é estabelecido.¹⁰ Quando isso ocorre, o bebê tem a impressão de que a mãe não sobrevive aos seus ataques; com isso, ele se torna inseguro quanto à

exploração de sua vida instintiva. A inibição e o retraimento (oposto de espontaneidade) caracterizarão a personalidade dessa pessoa. Se a não sobrevivência da mãe vier associada a uma forte retaliação, com fundo educativo e moralizante, este bebê desenvolverá um sentimento de culpa externo a ele, implantado de fora para dentro, muito forte e persecutório, podendo, muitas vezes, sentir que é o responsável pelo mal da humanidade. Se houver oportunidade adequada para o trabalho construtivo, o sentimento de culpa arrefece e a pessoa pode se sair bem na tarefa de reparação. Caso haja alguma falha na oportunidade de ser construtivo, retorna o sentimento de culpa intolerável e inexplicável. Pessoas saudáveis podem sentir-se assim em alguns momentos, porém esse excesso de sentimento de culpa deve ser pensado como uma doença: a depressão ou a neurose obsessiva.

5.7 Quando o círculo benigno é quebrado

Outra situação que precisa ser analisada é a quebra do círculo benigno, ocorrência comum na existência humana. Por alguma razão, muitas vezes ligada a circunstâncias e imprevistos da própria vida – como uma doença materna, um estado de preocupação particular ou até mesmo o trabalho –, uma mãe que estava dando conta de sustentar a situação no tempo e sobreviver deixa de realizar essas tarefas ou as realiza sem a sintonia e estabilidade esperadas. Se o círculo benigno é quebrado, o amadurecimento pessoal fica interrompido e um círculo maligno toma seu lugar. A não sobrevivência da mãe-objeto e o fracasso da mãe-ambiente em propiciar uma oportunidade confiável para reparação se tornam a característica desse novo círculo.

Caso isso aconteça, a criança “fracassa em descobrir” a capacidade de sentir culpa (Winnicott, 1963d/1990, p. 96) ou a perde, caso já possuísse; em vez de um sentimento de culpa que encaminha o amadurecimento rumo à preocupação, ao envolvimento e à responsabilidade, ela passará a se envolver em uma forma de *ansiedade crua* que pouco contribui para o crescimento de seu mundo interno. Como consequência, há dissolução da capacidade para o sentimento de culpa e a sua substituição pela inibição dos instintos, e “por angústias cruas e por defesas cruas” (Winnicott, 1963b[1962]/1990, p. 117), tais como *splitting* de objetos bons e maus, e a desintegração. A defesa da cisão dos objetos em bons e maus atenua o sentimento de culpa, mas, em compensação, o amor perde parte de seu

valioso componente agressivo e o ódio torna-se mais explosivo, pois a agressividade reaparece com mais intensidade (Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 292).

O processo até então estabelecido passa a desfazer-se. Quando o círculo benigno é rompido, mesmo que temporariamente, a dissociação entre o bebê excitado e o bebê tranquilo reaparece. Isso acontece porque o bebê não pode se ver como aquele que causa dor e sofrimento à mesma pessoa que cuida dele e o alimenta. O modo de lidar com isso será a inibição do instinto amoroso primitivo; conseqüentemente, as capacidades de brincar e trabalhar (entendidas como a expressão de um modo de ser pessoal) irão se perder. A tranquilidade experienciada anteriormente, nos momentos de pós-excitação, não estará mais ao alcance do bebê; sem a oportunidade da contemplação, a confiança em sua capacidade de reparação não será conquistada. O resultado para essa pessoa é uma sensação de culpa permanente, um sentimento de inadequação quando avalia o que faz e a conseqüência de seus atos. Por ser acompanhada de um sentimento de culpa que não tem correspondência com os fatos concretos, e por não ter adquirido a confiança em sua capacidade de reparação, a criança (pessoa) tenderá a ser retraída, inibida e assustada.

Com a inibição dos instintos, haverá um empobrecimento da personalidade, pois o entrelaçamento com a realidade externa será reduzido. Haverá também perda da capacidade para sentir culpa verdadeira, que se traduz em um sentimento de *preocupar-se com*. Essa culpa perdida pode ser recuperada, mas a condição será a presença da mãe que possa doar tempo para que o bebê compreenda o que está acontecendo. Caso contrário, sem um sentimento de culpa naturalmente desenvolvido, a pessoa perde a capacidade de amar com afeição.

Winnicott enfatiza que a falha materna nesse momento dificulta para o bebê a realização de sua tarefa de amadurecimento: reordenar as ideias e fantasias em seu mundo interno, que estão ligadas à elaboração da função corporal e ao relacionamento excitado prévio vivido com a mãe. A mãe que sobrevive e sustenta no tempo não resolve os problemas que o bebê tem de enfrentar durante o reordenamento de seu mundo pessoal, pois isso é apenas com ele, mas, se for capaz de oferecer as condições de maternagem apropriadas à situação, ela simplesmente não acrescentará mais elementos ao duro embate com o mundo pessoal no qual o bebê está envolvido.

Se o concernimento não for alcançado no estágio esperado, o mesmo poderá ser conquistado mais tarde em um processo analítico, com a

transferência. Como Winnicott mesmo diz, essa pessoa seguirá sem essa conquista e a busca para alcançá-la consistirá em sua tarefa de vida. Nesse caso, não terá o subsídio de uma fonte própria de culpa como base de suas relações interpessoais; por isso, precisará de alguém que lhe ensine a sentir culpa e a diferenciar o que é certo e errado.

6. Crescimento do mundo interno

Como já foi demonstrado, o mundo pessoal do bebê começa a ser construído desde a concepção e “bem antes dos seis meses já está sendo formado pelas experiências que constituem o viver” (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 370). No entanto, é no estágio do concernimento que significativas alterações acontecem no mundo pessoal em função do amadurecimento do bebê e de sua crescente capacidade para relacionar-se com a realidade externa. Quando a externalidade é estabelecida, abre-se para a criança, de forma ilimitada, “o caminho para um enriquecimento pessoal” (Winnicott, 1989n[1970]/1994, p. 221) ou, como às vezes denomina Winnicott, para o crescimento da vida imaginativa, que é baseado na *experiência pessoal* e no “uso dos mecanismos mentais usualmente chamados de projeção e introjeção” (Winnicott, 1989n[1970]/1994, p. 221). Apenas quando atinge esse momento do amadurecimento, e também dependendo de como este transcorreu, essa criança poderá partir para uma vida de relacionamentos interpessoais.

Faz parte deste estudo considerar especialmente o tema do mundo pessoal durante o estágio em que o bebê (pessoa) já é uma unidade estabelecida e sabedora de que o que se passa em seu interior (ideias, fantasias conscientes e inconscientes) lhe diz respeito e é responsabilidade sua. Contudo, é necessário mencionar o entendimento de Winnicott sobre o significado das experiências iniciais e a importância destas para o prosseguimento do amadurecimento da pessoa, pois é exatamente a essas experiências que ele se referia quando frisou ser uma condição para a conquista do concernimento a passagem pelos estágios iniciais *sem demasiados problemas*. Ao fazer essa observação, ele evidenciou que muito já terá acontecido até que um bebê se estabeleça como uma unidade, alcance o estágio do concernimento, conquiste a capacidade de ser concernido e possa, finalmente, relacionar-se com os agora reconhecidos conteúdos de seu mundo interno – os elementos apoiadores e persecutórios do ego.

Realçar a existência dessa condição para a conquista do concernimento também significa que Winnicott admite a possibilidade de falhas maternas/ambientais no início do amadurecimento pessoal, mas entende que elas não impedirão a conquista do eu unitário, a menos que se tornem um *padrão*. Tornando-se um padrão, há uma interrupção no amadurecimento pessoal e, conseqüentemente, o surgimento de sérias dificuldades em termos de estruturação da personalidade, havendo inclusive o risco de a integração em um eu não acontecer. Por outro lado, quando as falhas são ocasionais e revertidas por meio de um bom cuidado, há continuidade do amadurecimento pessoal. Entretanto, apesar de poderem ser revertidas, essas experiências de falhas não se perdem, pelo contrário, permanecem parte do conjunto de lembranças do bebê. Isso se dá porque, no estágio da unidade mãe-bebê, o bebê não *registra* o que é bom ou adaptativo, pois o que é bom é *armazenado* como uma qualidade do si-mesmo, indistinguível, portanto, do “funcionamento sadio do próprio lactente” (Winnicott, 1963d/1990, p. 91). No entanto, cada vez que a continuidade de ser é interrompida por uma falha da confiabilidade, o bebê percebe, reage e registra tudo aquilo que é experienciado como uma ruptura no si-mesmo e uma interrupção no “vir a ser”.

O *registro* de todas as experiências está diretamente referido à questão da necessidade de um suporte ambiental e de como ocorreu esse suporte. Um exemplo usado pelo autor para expor esse ponto é o de uma mãe que segura seu bebê no colo e, ao mesmo tempo, tenta abaixar para apanhar algo. Se nesse movimento inocente a cabeça do bebê tombar para trás, ele experiencia o estar sendo dividido em duas partes – cabeça e corpo. Instantaneamente ele começa a chorar “e nunca mais vai se esquecer disso” (Winnicott, 1968b/1999, p. 141), mesmo que se recupere e retome a continuidade de ser. Foi a partir da análise de pacientes psicóticos que Winnicott pôde compreender que “a parte mais precária do complexo a que damos o nome de bebê é a sua experiência cumulativa de vida” (Winnicott, 1968d/1988, p. 80). Quanto menos interrupções em sua continuidade de ser um bebê experienciar, menos registros desfavoráveis serão acumulados até que possa conquistar a unidade eu.

Em razão dessa característica, o bebê que chega ao estágio do concernimento já traz consigo diversas lembranças relativas aos momentos da dependência absoluta e associadas à conquista da integração psicossomática. A essas lembranças acrescenta-se a experiência que será vivida ao longo do estágio do concernimento. Dependendo de como transcorre a relação mãe-bebê durante os primeiros momentos dessa fase,

essas lembranças não interferirão de modo significativo na elaboração das tarefas do estágio; o concernimento será conquistado, o círculo benigno estabelecido e tudo isso contribuirá para que se edifique no interior do bebê “a crença em algo que não seja apenas bom, mas seja também confiável e durável, capaz de recuperar-se depois de se ter machucado ou mesmo perecido” (Winnicott, 1965vg[1960]/2001, p. 44). Entretanto, se a relação mãe-bebê transcorre em uma direção não favorecedora da crença em algo bom, as lembranças de quebra na continuidade do ser insurgirão com tal intensidade na fase inicial desse estágio e irão se somar às experiências agora vividas, podendo dificultar, atrasar ou até mesmo impedir a conquista do concernimento.

Por ocasião da conquista do concernimento, a existência de uma lembrança pessoal das experiências realizadas pelo bebê é tão séria que Winnicott afirma ser possível pensar em um contraste “entre dois tipos de maternagem inicial” (Winnicott, 1989j[1956]/1994, p. 27) nesse momento. Ele diz que, para determinados bebês, na época das primeiras realizações do concernimento há “uma acumulação de lembranças de boa maternagem” que contribuem para que ele possa assumir a responsabilidade por sua destrutividade, tornar-se preocupado e deprimir-se de um modo comum e saudável, ao passo que, para outros bebês, haverá “uma acumulação de lembranças de treinamento, ensino, implantações de moralidade” (Winnicott, 1989j[1956]/1994, p. 27), como é observado, por exemplo, nas personalidades obsessivas.

Como já mencionei,¹¹ Winnicott usa uma terminologia diferente para se referir ao mundo pessoal em cada estágio para marcar que, enquanto o bebê não estabelecer os limites do eu, isto é, não estiver alojado no corpo e separado do objeto por uma membrana limitadora, não faz sentido usar a palavra “interno” para descrever o que se passa na sua realidade psíquica. No entanto, efetivamente nada muda a respeito do conceito em si. Para o autor, “o mundo interno é o mundo pessoal na medida em que ele é mantido na fantasia, no interior das fronteiras do ego e do corpo e limitado pela pele” (Winnicott, 1988/1990, p. 104). A diferença é que, a partir do estágio do concernimento, o mundo interno poderá ser considerado (analisado) como algo em si mesmo, dotado de uma estabilidade própria, um lugar onde se podem guardar as fantasias inconscientes. Adotar no estágio do concernimento a expressão *mundo interno* para se referir ao mundo pessoal é, para Winnicott, apenas um recurso para caracterizar de modo mais definitivo a conquista do alojamento da psique no corpo. Quando usa a expressão *mundo interno*, o autor tem por certa a existência

de um mundo não-eu, que é exterior ao *eu*, mas com o qual o *eu* se relaciona, o que faz com que esse mundo também faça parte do mundo pessoal do *eu*.

Segundo Winnicott, portanto, mundo pessoal/interno situa-se tanto dentro como fora do si-mesmo, sempre espacialmente circunscrito e povoado por: 1) fatos objetivos que fazem parte da externalidade; 2) sentidos não objetivos, construídos na relação da pessoa com outras pessoas; e 3) fatos externos, sempre assimilados via elaboração imaginativa, resultando nos sentimentos bons e maus que a pessoa precisará administrar. Visto a partir desse ângulo, o mundo pessoal/interno permanece sempre construído (enriquecido) e afetado pelo resultado variável das experiências instintivas, que podem ser totalmente satisfatórias, parcialmente satisfatórias ou insatisfatórias, e que são vividas com a participação do ambiente externo.

Em um amadurecimento saudável, opera-se uma troca constante entre o mundo interno e o mundo externo enquanto a criança vive e coleta experiências de maneira que o mundo pessoal/interno é enriquecido pelo o que pertence ao exterior, e este é enriquecido pelo potencial interno. Como diz Winnicott, acontecerá “um intercâmbio complexo entre aquilo que é de dentro e aquilo que é de fora”, que se inicia imediatamente quando “o bebê passa a ter um interior” e “continua através da vida do indivíduo”. É esse intercâmbio de experiências que se constitui “na principal relação” que uma pessoa “tem com o mundo”, mais importante “até mesmo do que o relacionamento objetal e a gratificação instintual” (Winnicott, 1964e[1963]/1999, pp. 60-61).

Detalhar como se dá a constituição do mundo pessoal/interno ajudará a esclarecer como ocorre o crescimento do mundo interno a partir do relacionamento com a realidade compartilhada. De acordo com Winnicott, o mundo interno é constituído basicamente por três elementos. O primeiro deles se refere às experiências instintivas em geral, que podem ser satisfatórias (boas) ou insatisfatórias e complicadas por raiva por causa de frustração (má); essas experiências são comuns e universais a todos os seres humanos e representam o impulso vital inicial que orienta a relação do bebê com o mundo. O segundo elemento diz respeito às substâncias incorporadas durante as experiências instintivas (objetos incorporados). Esses objetos serão mantidos ou eliminados e considerados bons ou maus, dependendo de terem sido incorporados no amor ou no ódio. Estão relacionadas à alimentação e, de certo modo, são semelhantes para todos os bebês, onde quer que vivam, mesmo que possamos observar diferenças

que provêm de costumes culturais. O terceiro elemento se refere aos objetos ou experiências magicamente introjetadas, quer para controlar (mau potencial), quer para usar como enriquecimento ou controle (bom potencial). O último elemento é essencialmente pessoal; pertence ao indivíduo em seu contexto concreto e inclui as situações vividas com a mãe (com suas ansiedades, mau humor, inconfiabilidade ou suficiência adaptativa) e com a externalidade, que vai se ampliando (enfermeiras, tias, em uma casa, casebre ou tenda) e se fazendo real e presente. O pai nesse momento participa indiretamente como marido e diretamente como mãe-substituta.

6.1 Incorporação, introjeção e projeção

A exposição dos elementos que compõem o mundo interno do bebê não foi descrita nessa ordem por acaso. Essa sequência, proposta por Winnicott, procura realçar que o mundo interno do bebê *cresce* em complexidade relacional– e não apenas em quantidade de conteúdos – à medida que o bebê amadurece. Nos estágios iniciais, a base para o enriquecimento da fantasia (realidade psíquica) com as riquezas do mundo externo é a experiência de ilusão. Nessa ocasião, o bebê alucina um objeto e a mãe lhe traz o mundo de maneira limitada, em um invólucro simplificado e adequado à sua necessidade e capacidade de assimilação. No entanto, para o bebê que alcançou o estágio do concernimento, é a ideia de incorporação que precisa ser considerada. A incorporação do objeto, relacionada à função corporal de comer, refere-se ao *uso* que o bebê faz do ambiente (mãe) durante as experiências instintivas excitadas, até que este se torne um ambiente interno. O funcionamento da incorporação (comer) e da eliminação na experiência do corpo (saliva, suor, fezes, urina, gritos, dar pontapés etc.), elaborados imaginativamente, constituíram a base para os mecanismos mentais de introjeção e projeção, que se iniciam após a conquista do concernimento.

Winnicott deixa claro que, em um amadurecimento saudável, a incorporação do objeto deve preceder a introjeção mágica, quando mostra a diferença existente entre o *seio bom* (ambiente, mãe) incorporado e o *seio* que foi magicamente introjetado. O *seio bom*, que deve ser entendido como a mãe que *sobrevive e sustenta a situação no tempo*, quando é incorporado, usado, comido e devorado, torna-se um fenômeno interno e “provoca um aumento inespecífico, generalizado, de bondade interna”

(Winnicott, 1988/1990, p. 95). De modo diferente, quando há a *introjeção mágica* do seio em vez da incorporação do ambiente bom, é possível pensar em falhas maternas e em dificuldades do bebê em relação ao concernimento. Quando isso ocorre, uma organização defensiva (falso si-mesmo), altamente patológica, instala-se. Para se proteger do caos interno e da ausência de concernimento dos instintos, o bebê *idealiza* o cuidado materno, como um modo de se proteger da desesperança e da falta de confiança no cuidado. Por essa razão, o bebê desenvolve um sentimento de segurança fundamentado numa base frágil, isto é, em memórias selecionadas e na necessidade de que a mãe seja boa.

Voltando, contudo, ao crescimento do mundo pessoal. Ainda usando a alimentação como modelo, observa-se que, depois de uma experiência excitada, o bebê entra mais uma vez em um período de contemplação. Winnicott denomina *ansiedade hipocondríaca* esse momento em que o bebê elabora as experiências que “são matizadas pela raiva ou motivadas pelo ódio” (Winnicott, 1988/1990, p. 89) na busca de um reordenamento entre aquilo que é bom e aquilo que é mau em seu mundo interno. O que impera em seu interior é a dúvida. Há, por isso, uma suspensão dos instintos e é necessário um controle das intrusões ambientais. Tendo tempo, ele é capaz de manter o que é bom na reserva e manter sob controle o que é mau. À medida que o entrelaçamento com a realidade compartilhada se intensifica, o mundo pessoal é enriquecido e a experiência de buscar uma solução para o embate entre as forças do bem e do mal provocam certa ansiedade. O bebê que conta com uma boa provisão ambiental alcançará certa ordem em seu mundo interno, como se fosse um padrão de organização para o caos provocado a partir do relacionamento excitado. Até aqui, essa elaboração é tarefa da psique.

O bebê que alcançou essa estabilidade, que implica especialmente esperança em sua capacidade de reparação, torna-se capaz de se responsabilizar por tudo o que se passa com ele. Pode “livrar-se de algo, manter ou reter aquilo outro, dar tal coisa por amor ou tal outra por ódio” (Winnicott, 1988/1990, p. 97). Também quando conquista a condição de reorganizar seu mundo interno, alcança a possibilidade de continuar vivendo, mas “vivendo no interior da psique” (Winnicott, 1988/1990, p. 97). O crescimento a partir de então não é mais do corpo e do si-mesmo em relação aos objetos internos e externos. O crescimento do mundo interno da criança é semelhante a uma novela na qual os personagens principais (corpo, si-mesmo, objetos internos e externos) permanecem os mesmos, mas vão se tornando mais complexos e enriquecidos

pessoalmente durante o desenrolar da trama por causa do relacionamento e das trocas entre eles.

À medida que a criança cresce, o conteúdo de sua vida pessoal não fica somente restrito a ela; fica cada vez mais moldado pela influência do ambiente. Esse crescimento do mundo pessoal envolve amadurecimento (organização e força do ego) e o uso da mente, que auxilia a aceitação de fenômenos que anteriormente não faziam sentido em termos de aceitação emocional. O que está dentro é considerado parte do si-mesmo, mas não lhe é inerente e, por isso, pode ser projetado. O que está fora não é parte do si-mesmo, no entanto também não é inerente e pode ser introjetado. Entretanto, o si-mesmo, em seu núcleo, “é sempre pessoal, isolado e não afetado pela experiência” (Winnicott, 1963d/1990, p. 93).

Em uma pessoa que alcançou o mundo interno/pessoal, observa-se: forças em conflito (primeiro elemento), objetos bons ou maus (segundo elemento), materiais percebidos como bons, introjetados para fins de enriquecimento e estabilização da personalidade, e material percebido como mau, introjetado no intuito de ser controlado (terceiro elemento).

No estágio do concernimento, como a elaboração imaginativa das funções corporais está associada à alimentação e a vida instintiva se baseia prioritariamente nessa experiência, o bebê (ou as crianças maiores) localiza o mundo pessoal interno na barriga. A partir desse padrão simples de elaboração, a experiência do psique-soma se alastra até que englobe todo o funcionamento corporal (Winnicott, 1958j/2001, p. 12). No entanto, o modelo digestivo – que inclui a necessidade de um tempo para a realização de um trabalho de elaboração e de preparação que resulte em uma ação, um gesto, um fazer – permanece o mesmo.

6.2 Depressão: mundo pessoal *versus* aparelho psíquico

Tratar do tema do mundo pessoal significa entender a diferença teórica entre Freud e Winnicott no que diz respeito à compreensão da depressão. Foi com a teoria do crescimento do mundo pessoal – que em essência preconiza um caminhar permanente entre aquilo que é interno, parte do si-mesmo pessoal, da realidade psíquica, do *eu* recém-integrado, com aquilo que é mundo externo, não-eu e que foi repudiado (um acontecimento que envolve, nesse estágio, as experiências entre duas

peessoas) – que Winnicott compreendeu que a depressão não poderia ser entendida a partir da tese do desenvolvimento das funções sexuais e dos conflitos ocasionados pela busca de satisfação instintual. A questão central da depressão para Winnicott não está ligada ao reconhecimento da existência da ambivalência em relação a um objeto, até porque a capacidade para a ambivalência é uma conquista do amadurecimento. Segundo ele, o problema da depressão se refere à capacidade de a pessoa conseguir recompor, de maneira aceitável para ela mesma, os sentimentos (elementos bons e maus) encontrados em seu mundo pessoal.

Portanto, mundo pessoal se opõe completamente ao conceito de aparelho psíquico como lugar onde os conflitos acontecem. Enquanto Freud considera a depressão, como a neurose, o resultado de um jogo de forças internas que acontece dentro do próprio indivíduo, mais propriamente em seu psiquismo – movimentado desde muito cedo pelos mecanismos mentais de introjeção e projeção, e sempre *independente* da realidade externa –, Winnicott concebe que a capacidade para deprimir-se, a depressão comum e até mesmo a doença depressiva se constituem em uma possibilidade do amadurecimento que, para ser analisada, deve levar em conta o mundo pessoal da pessoa. Com esse novo enfoque, a preocupação de um tratamento da depressão não deve ser a identificação do conflito entre bom e mau, pois este é inerente à natureza humana, mas sim a compreensão de como esse embate afetou a realidade interna da pessoa e quais mecanismos de defesa foram empregados para administrar o mundo pessoal/interno.

Diferentemente de Freud, Winnicott entende que a estruturação da personalidade não é algo dado e pronto, mas uma conquista, resultado da experiência conjunta com o ambiente na resolução das tarefas do amadurecimento. Até que alcance o estatuto de unidade, não se pode falar da existência de uma pessoa que seja capaz de enfrentar conflitos psíquicos, problemas relativos à ambivalência e à sexualidade como propunha Freud. Menos ainda seria possível imaginar os mecanismos mentais de introjeção e projeção como orientadores da vida psíquica, pois, para Winnicott, tudo o que diz respeito ao amadurecimento pessoal está ligado à elaboração imaginativa e passa ao largo dos processos intelectuais e mentais.¹² Todos esses elementos que compõem a dificuldade de viver e conviver só se tornam viáveis para a experiência pessoal quando a tarefa básica da constituição de um si-mesmo e da externalidade for realizada. As dificuldades reais do viver iniciam-se exatamente a partir desse ponto. Superadas as dificuldades primitivas, o bebê (a criança ou a pessoa) poderá

ser profundo. O crescimento do mundo interno reflete essa nova possibilidade do existir.

7. Tarefas maternas: base para a noção de valor, afeto e liberdade para ser

Destacar a importância das tarefas de *sobrevivência* e *sustentação da situação no tempo* no contexto da teoria do amadurecimento pessoal me parece adequado nesse instante em razão da familiarização do leitor com a teoria do estágio do concernimento. Da mesma forma que nos estágios iniciais as tarefas maternas que incluem segurar, manejar e apresentar objetos são as que, combinadas com as tendências inatas do bebê, garantem a continuidade de ser do bebê e promovem a integração do eu em uma unidade, as tarefas maternas do estágio do concernimento não só participam como condição para que as conquistas do estágio sejam alcançadas, como também têm uma função específica em termos do fortalecimento do ego e da integração. E, da mesma forma que as tarefas maternas iniciais facilitam a passagem do bebê do estágio da dependência absoluta para o da dependência relativa, as tarefas de *sobrevivência* e *sustentação do tempo* são as que sedimentam o caminho rumo ao relacionamento interpessoal e à independência relativa. A mãe, quando pode realizar a primeira tarefa do estágio do concernimento, ou seja, *sobreviver ao uso* do bebê, contribui, entre outras coisas, para que a conquista da separação entre fatos e fantasias se confirme; realizando a segunda tarefa (sustentar a situação no tempo), colabora para a temporalização do bebê.

Ao falar do uso de um objeto de amor e de sua sobrevivência, chegamos, como diz Winnicott, “à base da existência do indivíduo e ao aspecto mais fundamental da relação objetal”, um pressuposto enunciado por ele como: “o que é bom está sempre sendo destruído” (Winnicott, 1986j[1970]/1999, p. 275). Como entender isso? Qual a relação entre a qualidade de ser bom do objeto e seu envolvimento com o aspecto destrutivo da natureza humana? A teoria da agressividade/destrutividade de Winnicott e o entrelaçamento desta com a teoria do amadurecimento pessoal apresentada neste capítulo delinearam a relação entre a destrutividade inerente à natureza humana e o objeto amado, de um modo incompadecido até o compadecido. Dada essa sequência de exposição, foi possível ver como a agressividade (em seus diferentes modos de

apresentação) é, como Winnicott atestou, *evidência de vida*, tem um valor positivo e, por isso, permeia a relação de uma pessoa com aquilo que é externo a ela (outras pessoas e realidade externa), em especial com um objeto sentido como bom (a mãe). De tudo isso se viu que o “objeto de amor sofre por ser amado” e não “apenas quando é odiado” (Winnicott, 1945d/2000, p. 232), e quando o objeto sobrevive ao uso (no qual a destrutividade está implícita), adquire um valor. A questão que permanece é entender qual a relação entre o objeto bom a ser destruído e a possibilidade de um indivíduo aproveitar essas forças agressivas para a tarefa de viver, amar, brincar e, finalmente, trabalhar de maneira construtiva.

Segundo Winnicott, transformar em bem um dano causado a um objeto só é possível graças ao *valor* que a coisa amada e destruída adquire quando sobrevive. Quando aquilo que é bom sobrevive, a sobrevivência dá-se em razão das qualidades e propriedades do objeto, e não por aquilo que a pessoa que usou o objeto faz ou deixa de fazer. Ao sobreviver por sua própria característica, o objeto que já era amado passará a ser amado e valorizado de uma nova maneira – a responsabilidade e o cuidado farão parte do relacionamento com esse objeto. A afeição terá seu lugar. O bebê (criança ou pessoa) continuará amando o objeto, mas poderá destruí-lo em sua fantasia inconsciente; essa possibilidade conquistada graças à sobrevivência da mãe contribui para a criação e manutenção da realidade como algo externo a ele (bebê).

Assim, é a sobrevivência da mãe que certifica que ela é separada e independente do bebê (confirma a existência de uma realidade externa), e que não depende da ação de reparação, remendo ou curativo realizados por ele com a intenção de recompensar o que foi feito. É a sobrevivência da mãe, submetida a todo tipo de sentimento, que capacita o bebê e pessoas de todos os tipos e idades a perceberem: que a vontade de destruir não tem inicialmente nada a ver com raiva, mas sim com o amor primitivo; que a destruição acontece na fantasia inconsciente ou no “sonho pessoal” e, assim, o objeto é destruído apenas na realidade interna pessoal; que a realidade se torna mais real e o impulso pessoal de exploração primitivo menos perigoso; e que, principalmente, há esperança em relação ao mundo interno. A sobrevivência da mãe incentiva e libera a vida instintiva. Em vez de inibição e retraimento, é possível arriscar-se em direção ao relacionamento com a realidade externa, enriquecê-la e ser enriquecido por ela. Descobrir-se capaz de reparar e restituir contribui somente para a confiança pessoal do bebê de que é possível ser bom ou mau e usar os

instintos livremente. Por isso, a pessoa que repara é a que é beneficiada pela ação e não aquela que sobrevive.

A tarefa de sustentar a situação no tempo também tem um papel de destaque. É nesse estágio que, apoiado pelo ego auxiliar da mãe que sustenta a situação no tempo, o bebê terá um sentido pessoal de tempo alcançado pelo fortalecimento da integração. Passado, presente e futuro irão tornar-se coincidentes para ele. Assim que o bebê conquista a capacidade de sentir culpa e de tolerar esse sentimento, a essa integração *no tempo* se acrescenta a integração mais estática dos estágios iniciais. Um tempo circular passa a ter sentido. A pré-história do indivíduo (passado) passa a fazer parte do presente e o presente é o lugar de onde se poderão fazer as projeções para o futuro. Esse sentido de tempo auxiliará o bebê a aumentar o período em que pode manter viva a ideia da mãe em seu interior. Nunca se deve perder de vista, portanto, que a ampliação desse período de tempo e a consequente possibilidade de independência do bebê da mãe dependem em parte dos processos de amadurecimento e em parte do estado de organização do mundo interno.

Um comprometimento no estágio do concernimento em virtude de falhas maternas dificulta a separação entre fatos e fantasias, inibe a vida instintiva da pessoa, afeta a aquisição da temporalização, portanto a integração do bebê naquilo que Winnicott denominou pessoa inteira – um Eu Sou responsável pelo que fantasia, pensa e faz, capaz de assumir os conflitos interpessoais que farão parte de sua vida a partir de então. Essas razões por si só explicam a importância do ambiente (configuradas pelas tarefas maternas de sobrevivência e sustentação da situação no tempo) para que o bebê alcance as conquistas dessa fase intermediária do desenvolvimento pessoal, bem como confirmam a relevância da conquista do concernimento para o amadurecimento.

Alcançar essa posição de amadurecimento indica que a pessoa “adquiriu um *self*[si-mesmo] que pode conter conflitos de toda a espécie, referentes aos instintos e às necessidades refinadas do espírito, e também os conflitos relacionados ao meio” (Winnicott, 1986c[1969]/1999, p. 230). Portanto, ser integrado e maduro para Winnicott não significa ter encontrado a *paz* e muito menos estar livre de conflitos e problemas. Ao contrário, mesmo depois de ser capaz de tolerar a culpa originada pelo reconhecimento do elemento destrutivo no relacionamento excitado, será o impulso amoroso primitivo – isto é, a destrutividade presente tanto no amar como no odiar – que continuará “a fornecer as bases para as dificuldades inerentes à vida”, que são “próprias das pessoas saudáveis

(Winnicott, 1988/1990, p. 99). Winnicott comenta que, diferentemente do que se pensa quando se observa o sofrimento dos pacientes psicóticos portadores de distúrbios derivados da época da estruturação da personalidade, as pessoas que alcançaram o concernimento são as que compartilham “o maior sofrimento no universo humano”, que pode ser descrito como “o sofrimento das pessoas normais ou saudáveis ou maduras” (Winnicott, 1988/1990, p. 100).

8. Capacidade para deprimir-se e valor da depressão

Qual é, porém, o elemento que por excelência caracteriza a conquista do concernimento e permite pensar que há saúde na tristeza? O humor deprimido – que funciona como um abafador da vitalidade pessoal enquanto a pessoa está às voltas com a guerra em seu mundo interno – é o elemento que mostra que a capacidade para deprimir-se foi alcançada. Essa experiência de ser capaz de apresentar uma mudança de humor reativo e de deprimir-se – uma possibilidade natural em amadurecimentos saudáveis – é tão fundamental para Winnicott que ele a considera uma condição para que a integração do indivíduo se concretize. A esse respeito determina que

[...] a natureza humana não é capaz da totalidade, exceto em termos do humor depressivo e do reconhecimento do conflito na realidade psíquica interna do indivíduo, e de uma disposição de postergar a resolução do conflito e de tolerar o desconforto desse humor. (Winnicott, 1986c[1969]/1999, p. 235)

Aceitar e tolerar a destrutividade inerente ao impulso amoroso primitivo e ser capaz de viver uma experiência de tristeza, arrependimento, culpa e concernimento – em decorrência da consciência disso – é indicativo de amadurecimento e constitui a tese diferencial de Winnicott a respeito do tema da agressividade. Ele sabe que é relativamente fácil chegar à destrutividade que existe em nós quando ela está ligada à raiva perante a frustração, ao ódio em relação a algo que desaprovamos ou quando é uma reação ao medo. O difícil, em sua opinião, é assumir a plena responsabilidade pela destrutividade, que é pessoal e inerente a uma relação com um objeto sentido como bom. Para o autor, esse aspecto concentra grande parte da dificuldade enfrentada pela pessoa em seu viver. Por isso, ele entende que a capacidade de uma pessoa para tolerar e o quanto ela pode tolerar dessa destrutividade conta sobre o seu grau de

integração.

A capacidade que uma pessoa tem de sentir-se deprimida como consequência de uma conquista do amadurecimento é considerada a partir dessa proposição. Para Winnicott, ser capaz de deprimir-se é decorrente da capacidade de o bebê (criança ou pessoa) assumir como pessoal tudo o que há de bom e mau em sua realidade psíquica. Por isso, pode ser relacionada à conquista do concernimento e é observada tanto na experiência do luto como nas depressões reativas (simples ou patológica). A preocupação de Winnicott em destacar a capacidade para deprimir-se como uma conquista do amadurecimento – só observável a partir de determinado momento do amadurecimento – se deve à necessidade de contrapor-se à ideia tradicional segundo a qual deprimir-se é uma capacidade inata do ser humano.

Pensar a capacidade para deprimir-se sob esse prisma traz sérias consequências para a compreensão da depressão e dos diferentes tipos de depressão; a mais importante é o fato de existir *valor na depressão*. Essa tese winnicottiana se baseia exatamente na noção de amadurecimento conquistado e integração bem estabelecida, permitindo dizer que é necessário *ser amadurecido* para poder deprimir-se. Segundo Winnicott, um estado depressivo seguido de um luto ou mudança de humor em decorrência de a pessoa ser capaz de se responsabilizar “pelos sentimentos e ideias que pertencem ao *estar vivo*” (Winnicott, 1984c[1960]/1999, p. 71) indica força do ego, estabelecimento do si-mesmo e a descoberta da identidade pessoal.

Winnicott pôde – a partir da certeza de que nada é estático e garantido por si só em termos de amadurecimento pessoal – estender essa tese tanto para um amadurecimento que segue seu curso (portanto, com fortalecimento da integração e do eu mais garantidos) como para amadurecimentos que sofreram distorções em algum momento antes ou após a integração do eu em uma unidade. Seguindo essa orientação, os diferentes tipos de depressão foram alinhados entre a psicose e a neurose, de acordo com a maior ou menor integração e força do ego; está aqui o ponto de diferença entre as depressões psicóticas e as depressões reativas patológicas. As primeiras estão relacionadas a dificuldades em conquistar e ter o concernimento estabelecido, e as segundas referidas aos problemas relativos ao mundo interno após a conquista do concernimento e que, por isso, são reprimidos.

Para esclarecer esse seu ponto de vista, Winnicott definiu três situações em que se pode associar o humor depressivo ao estágio do

concernimento. A primeira, quando um estado de ânimo depressivo se apresenta como uma perda de vitalidade, decorrente do controle sobre os instintos assim que a integração em uma unidade acontece e o bebê entende que a mãe é uma pessoa como ele. Essa situação acontece bem no início do estágio, muito antes de o círculo benigno ter sido conquistado.

A segunda situação, por meio de uma ansiedade depressiva, que revela a dúvida normal e saudável da pessoa a respeito do que passa em seu mundo pessoal antes que seja possível separar o que é bom do que é ruim e organizar um padrão temporário para lidar com tudo o que há em seu mundo interno (objetos, forças e fenômenos). Refere-se a todas as infinitas vezes em que o bebê entra em um estado de contemplação para reordenar seu mundo pessoal após a conquista do concernimento. Essas duas situações, embora denotem um rebaixamento vital, certo distanciamento do mundo e alteração de humor, não devem ser consideradas doença. O estado depressivo quando experienciado nessa forma simples traduz a capacidade para deprimir-se como uma conquista da saúde. Fortalece a integração e tem a preocupação e responsabilidade como evidência de amadurecimento.

Uma terceira situação é observada quando a dúvida sobre os fenômenos internos é de tal ordem que há a necessidade da descida de uma cobertura temporária sobre o mundo interno para que a pessoa tenha tempo para recompor seu mundo interno. É o caso em que, segundo Winnicott, os fenômenos do mundo interno “criam problemas”; situação na qual a criança abafa o mundo interno e passa a funcionar em um baixo nível de vitalidade. Para ele, isso representa uma “exacerbação da causa anterior” (1988/1990, p. 106) e, por isso, alcança o grau de um estado patológico. Nesses casos, o estado de humor é o da depressão no sentido de doença. Em geral, estão associadas às depressões reativas complicadas por ansiedades nos relacionamentos interpessoais que, por serem tão intoleráveis, não podem ser aceitos e reconhecidos como parte do si-mesmo e por isso são total ou parcialmente reprimidos. Denota problemas ao longo do estágio do concernimento.

9. Modo de deprimir-se – indicativo de maturidade pessoal e força do ego

A integração em uma unidade é, como foi dito anteriormente, a condição primordial para que o estágio do concernimento seja alcançado;

por sua vez, a conquista do concernimento, que promove o senso de culpa, é a base da capacidade para deprimir-se. De posse dessas capacidades – integração e concernimento –, a pessoa pode deprimir-se, ou seja, experienciar o humor depressivo e, assim, sob uma atitude de contemplação, distanciar-se temporariamente do mundo externo enquanto busca uma “resolução” para a “guerra” entre os elementos bons e maus contidos em seu mundo pessoal. Compreender a capacidade para deprimir-se, portanto, a depressão, como uma conquista do amadurecimento tem relação com o conceito de força do ego, isto é, com o estado de integração alcançado por uma pessoa em seu desenvolvimento pessoal, pois, para Winnicott, é a presença do humor deprimido que possibilita pensar que o ego individual não está rompido ou, dizendo de outra maneira, uma certa integridade do eu está mantida.

A depressão pode variar em intensidade, de um estado de depressão simples, muitas vezes nem identificado como tal, até uma depressão mais profunda, como uma experiência arrebatadora. Entretanto, como informa Winnicott, não é a intensidade da depressão em si que deve preocupar um analista, mas o modo como ela se manifesta clinicamente. O que precisa ser observado para a avaliação e diagnóstico da depressão é o modo de organização do estado depressivo e o uso mais ou menos rígido das defesas antidepressivas. De modo específico, diante de um paciente deprimido, o analista deve examinar a força do ego e a maturidade pessoal do paciente. São estes os elementos que determinam as diferenças nos quadros depressivos. As depressões e estados deprimidos quando relacionados à conquista do concernimento permitem pensar em integração, força do ego e estrutura da personalidade não distorcida.

1. Outra razão que explica o fato de Winnicott recorrentemente usar termos consagrados da psicanálise tradicional, às vezes até já questionados ou redescritos por ele, baseia-se na preocupação do autor em facilitar a comunicação com a comunidade psicanalítica.
2. Apenas recordando, é nesse estágio e também em decorrência de uma falha do ambiente que a tendência antissocial – um modo de ser reativo da pessoa que busca recuperar um ambiente anteriormente experienciado como bom e que foi perdido – se instala.
3. Esse é mais um ponto que permite avaliar as diferenças entre Freud e Winnicott. Potência e aceitação da potência não podem ser descritas para Winnicott somente a partir do desenvolvimento da sexualidade. A potência de uma pessoa está ligada à esperança em poder recuperar-se da culpa causada pelas ideias destrutivas por meio de um ato reparador. Descobrir a capacidade de reparação e transformá-la em uma

ação construtiva só acontece na presença de uma mãe que sustenta a situação no tempo e sobrevive.

4. Desse estágio em diante, Winnicott faz, eventualmente, uso do termo sadismo oral quando se refere à destrutividade primitiva, especialmente nos momentos em que traça algum paralelo entre sua teoria e a teoria freudiana. Adotaremos o termo destrutividade indistintamente, por considerá-lo mais fiel à linguagem winnicottiana.
5. Essa expressão pressupõe uma extensão temporal que não deve ser medida linearmente, mas pautada pela sequência de acontecimentos interpessoais entre a mãe e o bebê nessa fase.
6. A tese segundo a qual toda criança potencialmente tem uma fonte própria de culpa que não é inata e uma moralidade que se constitui na relação com a mãe, independentemente de leis e regras, realça a diferença entre a psicanálise winnicottiana e a freudiana. Para Freud, “o sentimento de culpa é pouco mais do que uma qualidade especial, ansiedade sentida por causa do conflito entre o amor e ódio” (Winnicott, 1958o[1956]/1990, p. 20), cuja data de início está relacionada ao complexo edipiano, portanto a uma moralidade externa.
7. Winnicott e Freud têm opiniões diferentes no que se refere à origem do sentimento de culpa que gera a ambivalência. Para Freud, esse processo está ligado à primeira infância e ao complexo de Édipo. Em sua teoria da culpa e ambivalência, Freud não considerou os objetivos destrutivos do impulso amoroso primitivo nem os impulsos agressivos que se fundem ao impulso erótico.
8. Essa observação diz respeito à possibilidade sempre presente de algo impedir o amadurecimento saudável. A partir do momento em que conquista a culpa pessoal, os impedimentos aconteceriam em razão do mundo interno da criança. É sempre bom lembrar que o amadurecimento pode ser retardado ou deturpado a qualquer momento.
9. O objeto bom que fundamenta o ambiente interno precisa ser incorporado. Ser incorporado é uma experiência mais primitiva do que ter um objeto introjetado. Se acontecer de o objeto ser introjetado no estágio do concernimento, será um processo mágico, e não o resultado da experiência instintiva. Em geral, quando há a introjeção do objeto bom antes que ele possa ser incorporado, isso pode indicar uma organização defensiva altamente patológica. O ambiente (seio-mãe) é idealizado, indicando uma desesperança quanto ao caos interno e à ausência de concernimento dos instintos (cf. 1955c[1954]/2000, pp. 372-373 e 1988/1990, p. 95).
10. Mais uma vez reafirmamos não fazer sentido focar a discussão nos pontos que dificultam o acontecimento do que seria esperado acontecer para além da ideia geral de que o amadurecimento pessoal é orientado pelo entrelaçamento entre as tendências herdadas e o ambiente. Winnicott deixa claro em seus textos que, mais do que a observação de bebês, foi a análise de pacientes psicóticos que lhe permitiu construir essa teoria do amadurecimento.
11. Ver item 8 do Capítulo 3.
12. Caso esses mecanismos sejam usados precocemente, indica que houve uma distorção do amadurecimento.

Capítulo 6

A teoria winnicottiana da depressão

Na saúde, a depressão é potencial, pertence ao âmago da personalidade e se constitui numa evidência de saúde. (Winnicott)

1. Introdução

Winnicott percebeu uma limitação na teoria freudiana em relação às patologias narcísicas – dentre as quais encontra-se a depressão – e iniciou uma pesquisa em psicanálise com o objetivo de ampliar o âmbito de atuação clínica da área. Partindo da ideia da dependência ambiental total de um lactente, ele mudou a teoria da etiologia do adoecer psíquico. Construiu uma teoria da saúde – a teoria do amadurecimento pessoal – que viabilizou a compreensão das possíveis distorções ou interrupções no amadurecimento, observadas clinicamente na organização de defesas como a psicose e o falso si-mesmo.

Winnicott envolveu-se nessa pesquisa em função de uma demanda clínica não atendida pela teoria freudiana. Posteriormente, foi motivado pela crença de que “a marcha da psicologia, por causa da psicanálise”, deveria ser “completar a teoria do transtorno psíquico [entendido como] um distúrbio do desenvolvimento pessoal” (Winnicott, 1989vo[1944]/1994, p. 408). Encerrou seu trabalho certo de ter realizado um acréscimo teórico e clínico para a psicanálise, em especial no que diz respeito à inclusão da depressão – enquanto uma patologia de etiologia psicológica comprovada – em moldes diferentes do proposto por Freud.

Segundo Winnicott, o desenvolvimento teórico da psicanálise como um todo e em relação à depressão se deu em três estágios. Primeiro, com o trabalho de Freud, que elucidou os distúrbios psíquicos e transtornos dos relacionamentos interpessoais relacionados às funções instintuais, à ambivalência e aos conflitos inconscientes. Em seguida, destaca a

contribuição kleiniana e assume que, da análise das fantasias conscientes e inconscientes a respeito do si-mesmo em uma relação dual, foi possível chegar à ideia de que a depressão e o sentimento de culpa inconsciente são expressões de dificuldades relativas aos sentimentos e afetos contidos no mundo interno. Como terceiro estágio, apresenta sua própria contribuição para a psicanálise afirmando: “o novo trabalho sobre a depressão naturalmente vinculou-se ao exame da integração da personalidade em si” e permitiu, a partir disso, “lidar com fenômenos da integração e apreciação da realidade nos desenvolvimentos transferenciais” (Winnicott, 1989vo[1944]/1994, p. 407), e esses fenômenos foram colocados em relação “com os instintos” (Winnicott, 1989vo[1944]/1994, p. 407), ou seja, com o impulso amoroso primitivo (instintivos e agressivos).

Para mostrar que a teoria winnicottiana da depressão superou as limitações freudianas no que diz respeito a essa patologia e, portanto, significou um acréscimo teórico e clínico para a psicanálise, foi apresentado, nos capítulos anteriores, os aspectos gerais da teoria do amadurecimento pessoal, em especial o estágio do concernimento, centrado na conquista da capacidade para deprimir-se, e destacados os pontos teóricos marcantes do distanciamento entre Winnicott e Freud.

Neste capítulo, fundamentarei esse objetivo mediante os seguintes passos: 1) apresentando a teoria winnicottiana da depressão e também as disposições depressivas como relativas à administração do mundo interno; 2) expondo a maneira como Winnicott diferencia a depressão reativa da depressão psicótica; 3) considerando a questão do diagnóstico e da classificação pela ótica de Winnicott; e 4) ilustrando os temas expostos com exemplos clínicos de Winnicott.

2. Teoria geral da depressão

Winnicott ofereceu outra lente para a observação dos fenômenos depressivos quando propôs que a *origem* da depressão está associada ao estágio do amadurecimento, em que a conquista do concernimento é a tarefa fundamental do bebê. Nesse estágio, a pessoa (unidade psique-soma), além de lidar com as tensões instintuais reconhecidas como pertencentes a ela, passa a ser atingida pelos sentimentos e afetos relativos às fantasias (conscientes e inconscientes), decorrentes do relacionamento entre duas pessoas.

A ideia central de Winnicott a respeito da experiência da depressão é

que ela, por mais intolerável, é sinal de saúde, porque revela que a unidade da personalidade foi alcançada. Ele defende que, mesmo nos casos nos quais uma pessoa deprimida apresenta um quadro clínico psiquiátrico e distúrbios afetivos severos, a integração está assinalada pelo humor depressivo e pelas defesas antidepressivas, que são um claro indício de certo estado de maturidade e força do ego. Como força do ego na linguagem de Winnicott está referida à integração, entende-se que uma pessoa que se deprime ou se defende da depressão mediante defesas antidepressivas está mostrando que a tendência inata no sentido da integração não foi interrompida. Seu mal-estar e desconforto são decorrentes da dificuldade de aceitar os sentimentos de seu mundo interno. Em geral, essa pessoa reconhece tais sentimentos, mas não os tolera.

Seguindo essa linha de pensamento, Winnicott afirma: “a depressão, mesmo que terrível, tem que ser respeitada como evidência de integração pessoal” (1971f[1967]/1999, p. 17). No entanto, mesmo admitindo haver saúde na depressão, ele adverte que a depressão tem caráter de doença relacionada a processos inconscientes, à culpa e ao elemento destrutivo inerente ao amor. Dessa maneira, ainda que seja “um fenômeno comum e quase universal”, diretamente relacionado ao luto e à capacidade de sentir culpa, “a depressão pertence à psicopatologia” e pode “ser severa, incapacitante, durar a vida inteira”. Só será, segundo ele acentua, um estado de humor passageiro para as pessoas “relativamente saudáveis” (cf. Winnicott, 1984c[1960]/1999, p. 68).

Por essa razão, Winnicott propõe que a depressão seja estudada com cuidado para que uma importante conquista do desenvolvimento emocional, a que dá peso e profundidade aos relacionamentos – *a capacidade para deprimir-se* – não seja considerada de modo negativo. A razão dessa ressalva está relacionada a dois fatos: 1) de acordo com a teoria do estágio do concernimento, quando alcança o concernimento e a capacidade para deprimir-se, a pessoa entra em um estado de recolhimento (parecido com um estado depressivo) toda vez que precisar de tempo para reordenar seu mundo interno. Esse estado de recolhimento se repete inúmeras vezes na existência das pessoas envolvidas e *preocupadas com a vida*, e que estão em constante experiência com outras pessoas; 2) períodos de ensimesmamento, retraimento e até mesmo disposições depressivas são comuns (e esperados) em pacientes que alcançam o concernimento na análise.

Entretanto, ainda quando se avaliam estados de depressão, é fundamental considerar a importância de atendimento especializado

(muitas vezes multidisciplinar, em consequência da associação com distúrbios psicossomáticos) a pessoas cuja depressão é sobrecarregada por resquícios de imaturidade, relativos ao amadurecimento tardio ou distorcido.

A depressão constitui um conceito amplo de distúrbio psíquico que abarca desde uma manifestação “quase normal” até um quadro “quase psicótico” (Winnicott, 1963c/1990, p. 199) e organizado por Winnicott em dois tipos principais – reativa (que pode ser simples e patológica) e psicótica. Diferenciar o tipo de depressão experienciado pelo paciente nessa extensa linha de manifestação é passo fundamental para a compreensão e o estabelecimento da forma de tratamento, seja para o psicólogo, seja para o analista ou o psiquiatra.

O diagnóstico diferencial entre as diversas manifestações de depressão só será possível mediante o conhecimento da história inicial do paciente e da avaliação do estado de maturidade pessoal da pessoa deprimida. É o conhecimento da experiência relacional da pessoa que possibilita saber se “a integração da personalidade pode tolerar a carga da doença depressiva” (Winnicott, 1963c/1990, p. 199). Melhor dizendo, a questão é saber se a pessoa que está envolvida em conflitos relativos à tarefa de “acomodar sua agressão e seus impulsos destrutivos” (Winnicott, 1963c/1990, p. 199) é capaz de suportar o peso da responsabilidade e da culpa sem precisar usar o tempo todo defesas antidepressivas ou a própria depressão para manter os instintos ameaçadores sob controle.

No âmbito da depressão quase normal, Winnicott inclui as pessoas consideradas saudáveis ou normais, aquelas que não têm dificuldades de reconhecer e assumir o conflito no mundo interno (o qual se mantém vivo e repleto de sentimentos bons e maus). São pessoas que têm condição de tolerar o desconforto associado ao humor depressivo e têm capacidade para esperar a resolução do conflito sem precisar, sistematicamente, lançar mão de mecanismos de defesa para justificar ou se livrar mais rapidamente desse desconforto. São, enfim, pessoas capazes de experienciar a totalidade da integração sem que isso as ameace, pois alcançaram a capacidade de separar fatos e fantasias, a capacidade de tolerar a destrutividade, bem como a capacidade para a ambivalência.

No âmbito do quase psicótico, ele inclui todas “as pessoas normais de tipo psicótico” (Winnicott, 1988/1990, p. 79). Para compreender essa radical afirmação de Winnicott, é preciso estar ciente que ele acredita haver uma gradação da normalidade tanto no sentido da neurose como também no da psicose e, claro, uma gradação da depressão (cf. Winnicott,

1965h[1959]/1990, p. 121). Portanto, pessoas normais de tipo psicótico são aquelas que, em alguma medida, tiveram o amadurecimento perturbado e distorcido, acarretando problemas na estruturação da personalidade, de modo a ser possível verificar aspectos esquizoides evidentes ou até mesmo um distúrbio neurótico encobridor de uma estrutura psicótica. Ainda que se possa observar nessas pessoas certo estado de integração do eu, e, quem sabe, vislumbrar nuances de uma unidade psicossomática que possibilitam a experiência da depressão, as distorções na estrutura da personalidade decorrentes de sucessivas interrupções e retomadas da continuidade de ser e de existir deixam sequelas e fazem com que essa integração seja frágil. Para melhor visualizar esse ponto, imagine a linha do amadurecimento como uma corda unida por múltiplos “nós”. Certamente, uma corda assim emendada é mais frágil e sujeita a romper-se do que uma com poucos “nós” ou nenhum.

Integração frágil, na linguagem de Winnicott, significa ego fraco, unidade psicossomática não consolidada ou pessoa incapaz de tolerar toda a gama de sentimentos e pensamentos característicos do viver. Pessoas com essa estrutura de personalidade são aquelas que, diante da necessidade de administrar os conflitos no mundo interno resultantes das experiências relacionais e instintivas com as outras pessoas, sentem-se ameaçadas e sucumbem aos temores de desintegração e/ou, quando, um pouco mais fortalecidas, não toleram a agressividade pessoal que reconhecem em si. Para essas pessoas, as defesas antidepressivas e os estados depressivos são experienciados como doença e podem se manifestar de diferentes maneiras.

Portanto, poder estabelecer as distinções entre os estados de depressão normal e de depressão psicótica não encerra o problema. Winnicott estende o assunto colocando a questão: “qual é a diferença entre o caso de hospital psiquiátrico, em que não há esperança, e a depressão menos severa que nós frequentemente conseguimos controlar”? A resposta a essa pergunta aponta para a significativa contribuição winnicottiana para a compreensão dos estados depressivos. Segundo seu entendimento, “não há diferença essencial entre as *psicologias* dos dois tipos de caso” (Winnicott, 1965o[1958]/2001, p. 81; o *itálico* é meu). Isto quer dizer que, em termos da teoria do amadurecimento pessoal, há uma única fase de desenvolvimento que deve ser considerada como crucial para tudo o que se refere à depressão em suas diferentes formas de apresentação.

E qual é essa fase? Para Winnicott, a psicologia dos estados depressivos está ligada a problemas ocorridos no estágio do

concernimento, relativos à conquista da capacidade para ser preocupado e ao estabelecimento e manutenção do círculo benigno. Portanto, relacionados à resolução da tarefa de integração dos impulsos agressivos e instintivos, o que significa a pessoa ser capaz de aceitar a destrutividade contida no impulso amoroso primitivo e de responsabilizar-se por ela. A integração dos impulsos instintivos e destrutivos, como se sabe, é alcançada de forma plena quando o círculo benigno se estabelece e é mantido intacto pelo ambiente até o fim do estágio do preocupimento. Apenas nessa condição a criança tem tempo para consolidar a capacidade de amar e odiar como aspectos do existir e do estar com outras pessoas, e elaborar o sentimento de culpa decorrente desses relacionamentos como uma conquista relacional.

Retomando rapidamente,¹ o desenvolvimento do estágio do preocupimento e a concretização das tarefas do amadurecimento referentes a ele são acontecimentos que envolvem duas pessoas já distintas e separadas: a mãe e o bebê. Esse fato traz ao bebê a consciência da dependência e a noção temporal de que ele e sua mãe tiveram e ainda terão uma forma de relacionamento na qual a destrutividade do bebê participa ativamente. Mesmo estando as dificuldades do bebê relacionadas às fantasias do mundo interno, o manejo materno é fundamental para que ele possa aceitar sua destrutividade, assimilar essa realidade e se tornar capaz de administrar seu mundo pessoal de forma construtiva e criativa, sem necessitar tolher demasiadamente seus impulsos mediante o uso de defesas. É a confiança em sua capacidade de reparação construtiva, de remendar o estrago, de pedir desculpas etc., construída gradativamente ao longo do estágio do preocupimento, que alimenta a esperança no relacionamento com o outro.

Se tudo caminha bem, a ansiedade quanto ao reconhecimento da destrutividade se transforma em um sentimento de culpa pessoal, não patológico, que se apresenta na forma de aceitação e responsabilidade por tudo aquilo que lhe diz respeito (fantasias, ideias, ações e sentimentos). A principal dificuldade para a dupla mãe-bebê finalizar as tarefas desse estágio de modo a assegurar essa conquista para a criança é a longa extensão dessa fase, que facilita o surgimento de intercorrências por parte do ambiente e/ou da realidade interna da criança. Por intercorrências ligadas ao ambiente, consideram-se as falhas maternas relativas às tarefas de sobreviver e sustentar a situação no tempo.

De modo geral, pode-se dizer que, quando ocorrem problemas no início do estágio (próximo à conquista da integração do eu), a distinção

entre fatos e fantasias fica prejudicada, e surgem ansiedades relacionadas à integração. Se as dificuldades acontecem próximo à confirmação da posição Eu Sou, irrompem problemas em relação à aceitação da destrutividade. E, no caso de os obstáculos aparecerem mais para o fim do estágio, dificuldades em relação à culpa se associam a problemas com a ambivalência.

Quando tudo corre bem, a capacidade para ser concernido é estabelecida e, assim, a *capacidade para deprimir-se*, para sofrer uma depressão ou para mudança de humor reativa é sinal de amadurecimento e capacidade para tolerar a integração. Nesse caso, a pessoa deprimida está temporariamente recolhida em seus sentimentos, em contemplação, acompanhando as fantasias conscientes e inconscientes, oriundas das experiências excitadas entre o eu e o objeto externo. As experiências instintivas, mesmo que perturbadoras e geradoras de dúvidas sobre o si-mesmo, não serão inibidas, pois não representam uma ameaça ao eu. O que se observa a partir de cada nova experiência é o fortalecimento do sentimento de realidade da experiência, a confirmação da unidade psicossomática e, em consequência, do mundo pessoal como o lugar de abrigo do inconsciente. O mundo pessoal/interno passa, ao mesmo tempo, a ser enriquecido e a enriquecer a realidade externa. A pessoa mostra-se viva, criativa e com possibilidade de contribuição para si, para o outro e para a sociedade.

Entretanto, quando o concernimento é alcançado, mas o círculo benigno não se estabelece ou é quebrado, a depressão se torna um padrão de defesa empregado pela pessoa para lidar com aspectos intoleráveis do mundo pessoal, uma forma de administrar os elementos de sua realidade interna (as fantasias) que ameaçam a integração ou geram uma culpa infundada. Nessa situação, a presença de uma quantidade relativamente grande de afetos inconscientes complicará a tarefa de elaboração dos fenômenos do mundo interno, trazendo problemas no estabelecimento de acordos com o princípio da realidade. A depressão, que por característica sempre incorpora os resultados das experiências instintivas, nesses casos, em vez de constituir uma experiência de fortalecimento do eu e da integração mediante a tolerância pelo o que está contido em sua realidade interna, configura uma dramatização do caos (relativo à integração), da cisão (relativa à personalidade e/ou ao ambiente) ou da dissociação (relativa à excessiva falta de comunicação entre os diversos elementos da personalidade) no mundo pessoal/interno.

Considero esse ponto o mais elucidativo para a distinção entre

depressão reativa e psicótica, pois relaciona a origem da depressão psicótica com os resquícios de imaturidade. Para Winnicott, esses estados defensivos – desintegração, cisão e dissociação –, embora utilizáveis por todas as pessoas normais, só se tornam significativos e constituem um modo de relação com a externalidade quando o cuidado materno primitivo falha em fornecer condições para que a camada protetora da ilusão onipotente tenha lugar no amadurecimento. Ou, ainda, quando a ilusão de onipotência foi garantida, mas a desilusão constituiu-se em uma passagem rápida para o lactente, muitas vezes acontecendo a exploração da inteligência do bebê. Falhas em relação à ilusão acrescentam problemas quanto ao relacionamento objetivo com os objetos e a realidade externa. Por sua vez, problemas relacionados com a desilusão podem ser observados pela forma como a pessoa lida com a ambivalência.² Winnicott diz que “o êxito da função de desilusão da mãe” pode ser medido “em termos da capacidade que a criança tenha de ambivalência” (Winnicott, 1989d[1965]/1994, p. 113). Contudo, para avaliar se o uso desses mecanismos de defesa acima citados é ou não rígido, não se pode perder de vista que a base para a ambivalência é a experiência de onipotência e a base para a desilusão é uma ilusão satisfatoriamente realizada. No entanto, para Winnicott, uma coisa é certa: a dramatização no ambiente da ambivalência “envolve a ideia de trauma” (Winnicott, 1989d[1965]/1994, p. 113), que deve sempre ser analisada sob a ótica da dependência ambiental.

Por essa razão, entende-se que as integrações, resultantes de adiamentos ou distorções no amadurecimento em razão da necessidade de o bebê precisar reagir às intrusões ambientais em vez de ser – contexto no qual a doença psicótica (que inclui vários tipos de depressão) e a defesa do falso si-mesmo se organizam –, contêm o que Winnicott denomina “impurezas”. Nos casos em que a imaturidade predomina em razão das “impurezas”, observa-se uma ampla variação no modo de experiência da depressão, com destaque especial para o fato de o humor deprimido não se apresentar como característica central.

O problema da depressão que contém impurezas está no fato de ela não poder ser experienciada como um aspecto de fortalecimento da integração e totalidade da pessoa, e do enriquecimento das relações entre o mundo pessoal/interno e a realidade compartilhada. Isso acontece, pois, mesmo que essa pessoa seja capaz de conter certa quantidade de culpa, portanto, de relacionar-se de modo responsável e relativamente construtivo com a realidade externa, a incapacidade de tolerar (assumir e suportar) a

destrutividade pessoal faz com as tensões geradas na realidade interna evoquem o temor de que a integração do eu e/ou da unidade psicossomática seja rompida.

Ocupar-se desses temores gera na pessoa um estado de baixa vitalidade, um retraimento perante a realidade externa e/ou um modo de inibição persistente (não saudável) dos instintos. Esse estado favorece a ocorrência de confusão interna,³ dificultando a separação entre fatos e fantasias, e ocasionando outro estado: culpa intolerável em relação às experiências vividas. O estado de confusão também pode ser favorecido quando a capacidade da pessoa para reparar e agir construtivamente ainda não foi solidificada ou foi perdida. Nessas situações, a pessoa fica constantemente em estado de dúvida a respeito da destrutividade contida em seu mundo interno. A baixa vitalidade permanente retira a espontaneidade pessoal, limitando o intercâmbio entre o mundo interno e externo, e a riqueza da experiência do viver compartilhado.

As depressões reativas e psicóticas têm em comum o fato de estarem relacionadas às fantasias inconscientes referidas ao relacionamento com o objeto (em um contexto dual) e de estarem ligadas ao profundo.⁴ Profundo se refere ao momento no qual a criança já constituída como uma unidade e separada da mãe torna-se consciente da dependência ambiental e capaz de fantasiar – em um processo que envolve a mente e a imaginação – em relação às experiências que ela viveu, vive e viverá com a mãe. É por isso que, segundo Winnicott, o importante em termos de psicologia da depressão é o conhecimento de que a pessoa deprimida conquistou *a capacidade de ser profunda*. Ou seja, distanciou-se dos problemas relativos ao que é primitivo – em que a questão principal estava referida ao *fato* (acontecido ou não) que facilitaria ou impediria a tendência ao amadurecimento agir na direção da conquista da integração e da personalização – e passou a se ocupar, mesmo que precariamente, com a questão do uso do objeto e a relação com a externalidade, nos quais os impulsos instintivos são atuantes.

A análise do profundo é a análise do mundo interno. Ela caracteriza a clínica winnicottiana. Vasculhando o mundo interno, o analista pode observar tudo o que existe na realidade interna da pessoa e que diz respeito a ela mesma, à sua imaginação sobre si mesma, ao objeto externo e ao resultado do relacionamento entre ambos no que se refere à sua destrutividade. Somente quando amadurecida em relação a isso, uma pessoa poderá experienciar ansiedades no relacionamento interpessoal – aquele em que mais de duas pessoas estão envolvidas. Por entender que os

problemas associados à depressão estão ligados aos conflitos no mundo interno relativos à aceitação ou não da destrutividade, mesmo quando existirem aspectos reprimidos, Winnicott compreende ser

[...] mais profundo citar relacionamentos mãe-criança do que relacionamentos triangulares, referir-se à ansiedade persecutória interna do que à sensação de perseguição externa; mecanismos de *splitting*, desintegração, e uma incapacidade de estabelecer contato me parecem mais profundos do que pode ser a ansiedade em um relacionamento. (Winnicott, 1958i[1957]/1990, p. 103)

A compreensão de que a depressão reflete a dificuldade da pessoa em admitir a destrutividade, que faz par com o amor nos relacionamentos pessoais, é crucial para o entendimento da teoria winnicottiana da depressão. Também é o ponto fundamental para mostrar o quanto Winnicott acrescentou em termos teóricos e clínicos à teoria psicanalítica da depressão, apesar das similitudes observadas entre ele, Freud e Klein. É preciso ficar claro que, embora nos estados depressivos estejam envolvidos problemas relativos à vida instintiva, a questão com o qual a pessoa deprimida se depara não está ligada à ansiedade de castração nem a questões edipianas. A depressão está ligada a sentimentos de paranoia associados à integração e ao estado de desconforto derivado do fato de a criança (pessoa) ter alcançado a unidade-eu (si-mesmo pessoal) e reconhecer que usa a mãe (outras pessoas e objetos) nos estados excitados, e que precisa dessa mãe (de outras pessoas) nos estados tranquilos. Enquanto as dificuldades associadas à integração geram, em especial, estados hipocondríacos e psicossomáticos, a consciência da dependência e do uso da mãe (decorrente da temporalização) pode culminar em problemas de direcionamento de amor e ódio para o mesmo objeto, ou seja, relativos à capacidade para a ambivalência.

Quando a depressão está associada à ambivalência, a situação é um pouco mais complexa, em razão dos diversos aspectos a serem avaliados. Winnicott entende que a separação entre os estágios do relacionamento dual e triangular, no que se refere à ambivalência, é “um tanto artificial” (Winnicott, 1958q/2001, p. 151). No entanto, afirma que essa diferença existe e só pode ser percebida quando se tem conhecimento da natureza da ansiedade envolvida.

Como a capacidade para a ambivalência – que é a capacidade para direcionar amor e ódio para uma mesma pessoa – é alcançada somente quando o círculo benigno é estabelecido e mantido (única situação em que o concernimento se torna um fenômeno estabelecido), entende-se que, nas

depressões reativas simples, a pessoa conquistou a capacidade para a ambivalência e não tem dificuldade de aceitar amar e odiar uma mesma pessoa, sendo capaz, portanto, de tolerar tudo o que existe em seu interior. A depressão, nesses casos, em geral é temporária, pois o que a pessoa precisa é de tempo para acomodar os resultados da nova experiência instintiva. Na depressão psicótica, ao contrário da depressão reativa simples, a capacidade para a ambivalência não foi alcançada ou foi perdida. Sendo assim, a pessoa usa mecanismos de *splitting* ou repressão para lidar com as ansiedades referentes ao fato de o amor e o ódio serem dirigidos a uma mesma pessoa.

Problemas com a ambivalência são intoleráveis e caracterizam um estado de amadurecimento mais estabelecido, no qual a criança adota a repressão para distanciar-se da dificuldade de aceitar e assumir como pessoal o que existe em seu mundo interno. Essa defesa é usada de modo mais sistemático na neurose e na depressão reativa patológica, que é aquela que surge quando, por qualquer razão, a oportunidade de reparação cessa, levantando dúvidas para a pessoa a respeito do que há em seu mundo interno. No entanto, existe uma diferença entre o conteúdo da repressão na neurose e na depressão reativa patológica que precisa ser conhecida. Na neurose, a ansiedade de castração (originada no conflito edipiano) é predominante e forma-se um inconsciente reprimido que precisará ser tornado consciente na análise; por sua vez, na depressão reativa patológica, o que se procura manter distante do mundo pessoal (o reprimido) é a dúvida a respeito do que predomina em seu mundo interno (o bom ou o mau), mesmo quando essa dúvida aparece nos relacionamentos interpessoais. Assim, enquanto na neurose verifica-se uma inibição dos instintos decorrente do esforço de manter oculto o conflito relativo à coexistência entre amor e ódio na relação triangular, na depressão, apesar de existirem aspectos reprimidos, o humor deprimido sinaliza que a problemática está relacionada ao direcionamento do amor e do ódio no relacionamento dual.

Ao distinguir entre a ansiedade de um neurótico e a de um depressivo, Winnicott estabeleceu ser a análise da depressão, por excelência, a análise do inconsciente originário (acontecido e parte esquecido ou não acontecido). E assim como as ansiedades depressivas são relativas ao relacionamento dual, o modelo para a situação analítica também deve ser o dual. O manejo, inclusive do tempo, e a sobrevivência do analista são as técnicas esperadas. Com elas constitui-se a transferência dual, similar ao que se passa entre a mãe e o bebê ao longo do estágio do concernimento.

Em certos casos (como a depressão reativa complicada pelo inconsciente reprimido), o trabalho terapêutico poderá ser iniciado pela análise dos relacionamentos interpessoais e dos aspectos reprimidos. Dependendo da direção que o trabalho analítico toma (em razão da clareza de diagnóstico),⁵ essa técnica pode se estender para a análise do primitivo – sendo o *holding* o modelo de cuidado.

Agora é possível entender a razão de a teoria do estágio do concernimento ser fundamental para a compreensão da depressão. De maneira geral, essa teoria adquire significância em razão de as variações mais saudáveis ou menos saudáveis das experiências depressivas só serem definidas a partir do conhecimento da posição da pessoa quanto à conquista da capacidade para o concernimento. De maneira mais específica, sua significância ocorre porque o conceito de concernimento (conquista da culpa pessoal) permite relacionar os elementos em confronto dentro do si-mesmo à vida instintiva e às defesas que se organizam, e são relativas a aspectos da afetividade.

A pessoa que alcançou a capacidade para ser concernida foi amparada de maneira adaptada pela mãe desde um momento bem primitivo (talvez desde a vida intrauterina), não teve problemas relativos à fusão dos impulsos agressivos e instintivos,⁶ distinguiu fatos e fantasias, e conquistou a capacidade para a ambivalência. Trata-se de uma pessoa que possui uma culpa reparadora e construtiva, parecida com sentimentos de responsabilidade e envolvimento pela vida e pelos relacionamentos interpessoais. Ou, então, é uma pessoa que, a despeito de dificuldades sofridas em algum momento, pôde experimentar a recuperação da tendência do amadurecimento na relação com o ambiente e tornar-se alguém que caminha pelo amadurecimento em direção à saúde, em termos de psicose e neurose, pois as bases para os relacionamentos interpessoais foram fundadas no período da dependência absoluta. Desse modo, está livre para um viver criativo, em que brincar, sonhar e trabalhar são realizados como uma expressão legítima da espontaneidade pessoal, fonte de plenitude e bem-estar. As dificuldades para essa pessoa serão inerentes ao viver e nunca relacionadas ao aflitivo problema do *vir-a-ser*, próprio das pessoas “mais esquizoides”, que nunca conseguiram “viver com base no verdadeiro eu ou na autoexpressão” (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 373).

No entanto, quando há problemas no amadurecimento e a conquista do concernimento não é alcançada – ou o concernimento é conquistado, mas o círculo benigno não é estabelecido ou quebrado –, as experiências

instintivas serão, em algum grau, ameaçadoras para o ego. A pessoa, embora reconheça que os impulsos agressivos e instintivos fazem parte do si-mesmo, não consegue tolerar a destrutividade⁷ própria da natureza. A depressão, em vez de reassegurar a integração, manifestará (dramatizará) a dúvida a respeito da possibilidade de a luta interior se resolver de modo a fortalecer a crença e a esperança a respeito de sua capacidade reparadora e construtiva, o que, em última instância, significa uma falta de esperança quanto aos relacionamentos objetivos.

3. Depressão – modo de administrar o mundo pessoal

Para Winnicott, a “causa principal do humor deprimido é uma nova experiência de destrutividade e de ideias destrutivas que desaparecem com o amor” (Winnicott, 1964e[1963]/1999, p. 65). Essa experiência de destrutividade é fruto da oposição entre sentimentos e ideias que ocorrem no interior da pessoa, relativas ao relacionamento entre ela e o mundo externo, e que buscam o predomínio dentro da personalidade. Por isso, a depressão está relacionada à tarefa pessoal de acomodar a agressão e os impulsos agressivos. Em seu entender, o período de depressão representa o tempo que a pessoa precisa para finalizar o rearranjo dos elementos internos bons e maus, acionados pelas experiências instintivas vividas com outra pessoa; é um período de contemplação interna, no qual a pessoa reavalia os elementos do seu mundo pessoal, cujo sentido de bom e mau foi constituído na relação mãe-bebê, ao longo do amadurecimento pessoal.⁸ O somatório de memórias armazenadas no mundo pessoal é o resultado da elaboração imaginativa da função corporal e da elaboração do cuidado materno.

Segundo Winnicott, a depressão representa “a consequência clínica” (Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 294) da administração do mundo interno, quando essa administração se torna muito difícil. De acordo com a teoria do amadurecimento pessoal, a administração do mundo interno é mais complexa nas situações em que a distorção do amadurecimento afetou a estrutura da personalidade e/ou a organização e força do ego da pessoa. Entre os casos em que a integração é resultante de distorções estão as pessoas de personalidade psicótica e as que sofreram perdas de conquistas não recuperadas. Para essas pessoas, a depressão e os mecanismos de defesa constituem um padrão pessoal da forma de se

relacionar com o mundo externo.

O conceito de administração do mundo pessoal é relevante para a análise da saúde e do adoecimento psíquico em geral, pois, de acordo com Winnicott, há uma estreita relação entre o modo com o qual a pessoa administra seu mundo interno e a maneira como administrará o mundo externo. Assim, quando o relacionamento da pessoa com o mundo externo for inibido e reprimido, vemos expresso (dramatizado) a maneira de a pessoa lidar com o fato de estar viva e saber que afeta os outros com a sua vitalidade e instintos.

Para o autor, a administração do mundo pessoal é tarefa vital de cada indivíduo que alcançou a integração, o alojamento da psique no corpo e, junto, a condição de saber-se responsável pelo que sente, pensa e faz, bem como a capacidade para perceber que existem coisas que são reais e outras que são fruto de sua fantasia; tudo isso precisa ser organizado depois de ser submetido à destrutividade que está presente em toda experiência de amor. A percepção da fantasia como resultado da elaboração do ativo relacionamento instintivo com o objeto real (inicialmente a mãe) traz o entendimento de que os sentimentos – bons e maus em seu mundo interno – referem-se a uma mesma pessoa. Quando a pessoa (criança ou bebê) percebe isso, duas coisas entram em questão: em primeiro lugar, se ela é capaz de suportar a integração, ou seja, aceitar e tolerar que tudo o que existe em sua realidade interna lhe diz respeito. Resolvido isso, entra em questão sua capacidade para tolerar sentir coisas boas e más dirigidas a alguém afetivamente significativo.

Há um longo período de amadurecimento entre as resoluções dessas duas questões (correspondente aos acontecimentos do estágio do concernimento), durante o qual muitas dificuldades podem ser acrescentadas. Se a provisão ambiental permanece, o mundo pessoal e o mundo externo compartilham experiências e enriquecem um ao outro. No entanto, quando a provisão ambiental foi ou se torna falha, a depressão e outras defesas antidepressivas se organizam como um padrão.

3.1 Estados depressivos e outros mecanismos de defesa

Winnicott apresenta uma variedade de mecanismos de defesas usados para administrar o mundo pessoal. Além da inibição dos instintos, do

controle generalizado e do humor depressivo, diretamente relacionados à depressão, cita a encapsulação (repressão), introjeção do objeto idealizado, projeção mágica do bom, projeção mágica do ruim, eliminação, negação etc. Todos esses mecanismos são usados como recursos para lidar com a dúvida que ressurgue a cada nova experiência instintiva em relação ao si-mesmo, à integração e ao que está no mundo interno. Quando intensa, essa dúvida dificulta que a pessoa espere o tempo necessário para que a situação se acomode como um resultado da elaboração imaginativa. A novidade em Winnicott é o fato de essas defesas serem aplicadas à imaginação (fantasia) da pessoa e não sobre uma energia pulsional que precisa de controle.

Aqui está mais um aspecto em que o distanciamento de Winnicott da metapsicologia freudiana pode ser observado. É também um ponto que mostra a importância de a ontologia winnicottiana ser explicitada para que sua teoria seja mais bem compreendida. O fato de os mecanismos de defesa serem aplicados à imaginação da pessoa confirma o mundo interno como o lugar onde acontecem os conflitos psíquicos e mostra que o inconsciente winnicottiano é parte da pessoa, tal como o consciente (aquilo que já foi admitido como pessoal). Assim, os mecanismos de projeção e repressão, por exemplo, não podem ser compreendidos como um modo de lidar com representações, mas devem ser entendidos como um tipo de relação estabelecido com quem convivemos, a partir da possibilidade ou impossibilidade, também constituída na relação, de reconhecermos, admitirmos, aceitarmos e nos responsabilizarmos por tudo aquilo que faz parte de nossa realidade psíquica. Portanto, tudo aquilo que é reprimido, projetado, negado etc. mostra que a pessoa está fugindo ou desviando o olhar daquilo que, de alguma forma, sabe ser parte dela (e permanece presente), mas que ainda não pode admitir.⁹

3.2 Brincar e sonhar

Na saúde, o intercâmbio (administração) entre o mundo interno e o mundo externo é realizado pelo brincar e o sonhar, indicando que as ideias destrutivas conscientes ou inconscientes e as reações a essas ideias aparecem no sonho e nas brincadeiras da criança, e são aí elaboradas e resolvidas. Para Winnicott, o sonho é um fenômeno da mesma ordem que o viver, devendo ambos, sob muitos aspectos, ser vistos como um mesmo fenômeno, uma vez que “o sonho ajusta-se ao relacionamento com objetos

no mundo real, e viver no mundo real ajusta-se ao mundo onírico” (Winnicott, 1971h/1975, p. 45). Nessa perspectiva, é importante definir que, para Winnicott, sonhar opõe-se, portanto, ao devaneio.

A capacidade para brincar é o primeiro indício de que o bebê alcançou a capacidade para simbolizar e, portanto, para ser profundo. O brincar de uma criança saudável revela a “fantasia completa da incorporação e eliminação, e do crescimento da personalidade pela ingestão imaginada” (Winnicott, 1958i[1957]/1990, p. 102), sendo desnecessário o emprego de mecanismos de defesa organizados para lidar com a realidade interna. Desse modo, quando tudo vai bem, o brincar é excitante não por causa dos instintos, mas pelo delicado envolvimento na mente da criança entre aquilo que é pessoal, subjetivo (quase alucinação), e aquilo que é objetivamente compartilhado.

Não há dúvidas quanto ao fato de que no brincar o corpo está envolvido. No entanto, no entendimento de Winnicott, brincar mantém a qualidade de ser prazeroso somente quando o despertar instintual não é excessivo a ponto de ameaçar o si-mesmo (eu) e o brincar em si.

A seu tempo amadurecido, o brincar evolui para um brincar compartilhado e deste para as experiências culturais. Experienciado assim, revela (em qualquer tempo) o inconsciente, entendido como o depositário das áreas mais ricas do si-mesmo pessoal e aquele que contribui para as experiências mais significativas da pessoa. Quando há dificuldades, o brincar se torna estereotipado, não criativo nem compartilhado. Pior que isso, uma vida não criativa produz um “sentimento de que nada tem significado, o sentimento de futilidade, de que nada importa” (Winnicott, 1986h[1970], p. 36).

O sonhar, por estar associado a um determinado grau de excitação corporal, é uma experiência concreta que oferece oportunidade para a criança experimentar em fantasia a sua destrutividade. Por vezes, quando os sonhos contêm alto grau de destrutividade, envolvem ameaça excessiva para objetos importantes ou precipitam o caos, a criança pode acordar gritando. À medida que amadurece, esta passa a ser capaz de controlar a intensidade da destrutividade contida na atividade onírica e estará, então, apta para brincar sozinha ou com outras crianças. Para Winnicott, sonhar é diferente do devaneio e indica amadurecimento. A pessoa que sonha está dormindo, e não alinhavando ideias como quando acordada. Por isso, quem sonha pode ser acordado, lembrar-se ou esquecer-se do sonho.

3.3 Ação construtiva

Uma alternativa importante para administrar a destrutividade contida na natureza humana, além do brincar e do sonhar, é a ação construtiva. O impulso destrutivo só será alcançado pela criança de uma forma construtiva quando a integração dos impulsos instintivos e agressivos for realizada em uma situação de maternagem que propicie a conquista do concernimento e da capacidade de responsabilizar-se pelo aspecto destrutivo de sua natureza. Nos momentos seguintes à conquista do concernimento, o brincar construtivo pode ser observado nas atividades de “faz de conta que ajuda” a mãe nas tarefas da casa, tão comum às crianças pequenas.

Esse brincar evolui com o amadurecimento, configurando-se em uma capacidade de trabalhar na vida adulta, também construtiva e contribuidora, tanto para si como para a sociedade. Embora Winnicott não tenha se estendido na análise das dificuldades profissionais relativas a problemas com a conquista do concernimento, ele deixa evidente que a impossibilidade de organizar uma vida profissional e torná-la prazerosa, construtiva e com sentido tem ligação com um modo específico de administração do mundo pessoal para as pessoas que enfrentaram problemas no estágio do concernimento. Esse aspecto traz importantes subsídios para a compreensão da relação entre a depressão e problemas com o trabalho.

Todos esses pontos se organizam quando lembramos que a base para o sonhar, o brincar compartilhado e a atividade construtiva (trabalho) é a esperança, existente no interior da pessoa, de que ela é capaz de converter em bem, na vida real, o que imagina mal na fantasia. Ou seja, é a capacidade para a reparação e a restituição, conquistadas quando o círculo benigno é estabelecido e mantido no estágio do concernimento. Essas condições mantêm viva a esperança de que há sentido em se relacionar com o outro.

3.4 Importância da precisão do diagnóstico para os estados depressivos

Em resumo, podemos dizer que a depressão é a patologia que nos leva ao estudo dos fenômenos internos, da profundidade e, como

Winnicott afirmou, é o estado clínico de adoecimento que revela a administração dos elementos bons e maus contidos no mundo pessoal. Como diagnóstico clínico, a importância da depressão está ligada ao fato de ela indicar que a pessoa conquistou a integração. Como estar integrado mostra a conquista da capacidade para ser profundo e a análise do profundo nos leva às raízes do impulso amoroso instintivo no momento da dependência primitiva – aquela que, por ser primordial, caracteriza a vida da pessoa, mas que nem sempre acontece sem marcas –, a depressão é um caminho para se conhecer a estrutura da personalidade da pessoa. Por sua vez, como a análise da depressão também impõe a necessidade de o trabalho analítico ser estendido para o estudo do funcionamento global do corpo – que tem os mecanismos mentais de projeção e introjeção como elaboração imaginativa das funções de ingestão e eliminação, entendidos como a elaboração dos resultados do que aconteceu no interior da pessoa¹⁰ –, a depressão também abre a possibilidade para se conhecer a força de ego da pessoa.

Como suportar a totalidade da integração é indício de aceitação do que há de mau e destrutivo no interior de uma pessoa, portanto indicativo de amadurecimento, o diagnóstico da depressão, segundo Winnicott, leva-nos, automaticamente, a considerar a estrutura da personalidade e a organização e força de ego da pessoa deprimida. E se a maneira como a personalidade foi construída e a força do ego consolidada em termos de senso de ser e de existir, são reveladas pelo modo como a pessoa administra o mundo pessoal, mais especificamente no modo como experiencia a depressão, conhecer os variados modos de deprimir-se torna possível a avaliação da estrutura da personalidade e a organização do ego do paciente.

4. Depressão reativa

Sob a denominação depressão reativa, incluem-se os estados depressivos experienciados pelas pessoas que alcançaram o concernimento, a capacidade para sentir tristeza e para reagir à perda de maneira organizada. Diz-se dessa pessoa que ela alcançou a capacidade para deprimir-se, uma conquista do amadurecimento que pressupõe um cuidadoso manejo materno nos momentos iniciais do estágio da dependência relativa, época em que delicadas passagens precisam ser realizadas até que a posição Eu Sou seja confirmada, tornando a pessoa

capaz de admitir e aceitar a destrutividade como pessoal.

A depressão reativa está associada, de modo geral, aos “impulsos destrutivos que acompanham os impulsos amorosos em relações bipessoais” (Winnicott, 1984i[1961]/1999, p. 97) e pode ser classificada em dois tipos: depressão reativa simples, caracterizada pelas fases depressivas em pessoas saudáveis, e depressão reativa patológica, que são os estados depressivos relativos à redução ou interrupção da oportunidade de construção e contribuição (da reparação), tornando difícil para a pessoa se responsabilizar pelos impulsos destrutivos. O humor deprimido é a defesa característica da depressão reativa, mas é possível que, em determinadas circunstâncias, seja associado a outros tipos de mecanismos de defesa como a repressão e a projeção.

A pessoa que se deprime, ou é capaz de usar defesas antidepressão, possui uma maior organização em seu mundo pessoal/interno, que é perceptível mediante o tipo de defesa ou o padrão de defesas adotadas perante situações conflituosas. Por ter alcançado profundidade em seu amadurecimento, conquistado um mundo interno/pessoal e já capaz de reconhecer o mundo externo como separado, essa pessoa sabe que os afetos, as emoções e as preocupações na qual está envolvida são, em alguma medida, decorrentes de sua própria concepção sobre as experiências interpessoais.

Em amadurecimentos na linha da saúde, a organização do mundo pessoal acontece por volta de um ano e, sendo uma conquista, capacita a pessoa a usar outros recursos de defesa sempre que o si-mesmo (eu) for afetado. Por isso, pessoas nesse estágio de amadurecimento não fazem prioritariamente uso de defesas primitivas, visto que essas defesas são próprias da fase em que a continuidade de ser e a integração são ameaçadas pelas falhas ambientais. Para marcar a diferença entre as fases de amadurecimento, o estado de maturidade da pessoa e a defesa usada, Winnicott se refere às defesas relativas à depressão como defesas secundárias.¹¹

Pelo teor de revelação do mundo pessoal e do relacionamento com a realidade externa, passível de ser observado nas defesas secundárias, que Winnicott considera que a depressão reativa e “talvez” a neurose sejam as patologias que possibilitam o acesso à “doença verdadeiramente interna”, a que “faz parte do intolerável conflito que é inerente à vida e ao viver” (Winnicott, 1965n[1962]/1990, p. 124), cotidianamente experienciado pelas pessoas sadias.

4.1 Depressão reativa simples

A depressão reativa simples é uma conquista do amadurecimento, alcançada sob certas condições relacionais e observada no retraimento e introspecção em relação ao que é externo; ocorre sempre que surgem sentimentos de culpa, preocupação ou arrependimento a respeito do resultado das experiências instintivas relacionadas ao amor e à destrutividade. É uma experiência de recolhimento passageira, consequência da “relativa inibição dos instintos em si mesmos” (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 369). Pode ser experienciada também via humor depressivo que, como uma nuvem, nubla e atenua o interior da pessoa. O humor depressivo funciona como um controle interno, provocando um estado de inércia que barra os instintos e a capacidade para o relacionamento com os objetos externos. Sempre que, para a pessoa deprimida, houver esperança no que existe em seu interior e em sua capacidade de reparação e restituição, o humor deprimido será suspenso gradativamente e a depressão passará espontaneamente.

Esperança em si e no outro é a condição definitiva para a recuperação da depressão reativa. Somente para quem foi possível construir, ao longo do estágio do concernimento, “relacionamentos pessoais, simpatias e antipatias, uma consciência pessoal, e esperanças para o futuro” (Winnicott, 1988/1990, p. 81), a depressão funciona como uma barreira entre o que se passa no interior da pessoa e os objetos externos, que impede que os instintos, sentimentos e pensamentos ainda não elaborados e organizados sejam precipitadamente colocados no exterior. A resolução desse impasse não é simples. Exige que a pessoa entre em contato com seus elementos internos maus e destrutivos, estabelecendo um arranjo entre estes e os elementos bons. Somente após um período de contemplação – cuja variação temporal depende tanto da oposição sentida (confronto entre o que é bom e mau) como da fantasia decorrente (resultado da elaboração imaginativa) – a pessoa teria condição de retornar do ensimesmamento e relacionar-se com o mundo externo.

Nesse tipo de depressão, o humor deprimido revela a integração e a saída da depressão indica uma confirmação da resolução do embate. Independentemente da intensidade do quadro depressivo e do conteúdo das ansiedades, sempre que assim acontecer, “a depressão se aproximando, continuando ou diminuindo, indica que a estrutura do ego suportou uma fase de crise”, demonstrando um “trunfo da integração” (Winnicott, 1964e[1963]/1999, p. 64). O fator diferencial é a pessoa suportar o estado

deprimido porque isso indica a capacidade de a pessoa tolerar (aceitar e responsabilizar-se) por tudo o que há em sua realidade interna.

Pode-se dizer que a pessoa que se deprime do modo acima descrito possui força de ego e maturidade pessoal, ou seja, uma personalidade construída sob a égide de experiências pessoais e ambientais favorecedoras do amadurecimento – circunstância em que “o indivíduo pode reunir-se e existir como unidade, não como defesa contra a ansiedade, mas como expressão do Eu Sou, eu estou vivo, eu sou eu mesmo” (Winnicott, 1971r/1975, p. 83). Ou simplesmente dizer que essas pessoas adquiriram o sentimento e a confiança pessoal de que viver, errar, aprender com os erros e consertar os erros é um exercício do estar aí e parte do contínuo amadurecimento.

Winnicott usou os conflitos políticos que aconteciam na cidade de Berlim antes da queda do muro para ilustrar o que ocorre no interior do indivíduo que alcançou a unidade-eu, um si-mesmo pessoal responsável por administrar e conter toda espécie de dificuldades que essa nova posição lhe apresenta, incluindo lidar com os impulsos instintivos e destrutivos, bem como com as necessidades afetivas e os conflitos relacionados ao meio. Para que essa comparação fizesse sentido, ele propôs um diagrama para ilustrar a pessoa: um círculo com uma linha no meio, no interior do qual estaria tudo o que se refere à pessoa em si e aos objetos externos com os quais ela se relaciona. A linha divisória do círculo simbolizaria a separação entre o bom e o mau, representando o espaço onde acontecem os conflitos pessoais, da mesma forma que o muro de Berlim simbolizava o lugar onde as tensões aconteciam.

Esse exemplo expressava a ideia de que, para se alcançar a paz, é necessário haver uma linha divisória, mesmo que simbólica, entre as forças oponentes, que funcionam postergando o conflito ou mantendo temporariamente distantes as forças opostas; trata-se de um período durante o qual as pessoas brincam, sonham, vivem ou perseguem a paz (administram conflitos). Como seu pensamento é orientado pela recuperação do amadurecimento e a conquista de uma posição de “paz” (entendida como a tolerância do estado de tensão) que permite o viver, ele previu que, no dia em que essas ideias estivessem sendo divulgadas, um exemplo melhor de linha divisória poderia surgir. Ele mesmo dá outros exemplos de situações políticas em que a existência de um muro, até mesmo imaginário, localiza os confrontos. No entanto, ao usar um exemplo político de divisão, seu objetivo era realçar que o denominador comum desse tipo de problema “é o estado de guerra potencial que existe

entre facções que aparecem aos pares” (Winnicott, 1986c[1969]/1999, p. 34), muito parecido, em seu entender, com o que acontece no mundo pessoal entre os elementos bons e maus, perseguidores e apoiadores do ego.

Pensando na pessoa como um círculo, temos que, perante uma nova experiência envolvendo o impulso amoroso primitivo, uma forma de ela administrar a dificuldade engendrada em seu mundo interno pela experiência instintiva é a descida de um nevoeiro (humor deprimido), que mantém temporariamente tudo lento e controla tudo. Esse nevoeiro vai ficando menos denso e, em certos locais, começa a desaparecer. É aqui que outros mecanismos de defesa do mundo interno podem, eventualmente, ser usados para ajudar na resolução do problema e facilitar o reinício da vida. Nessa situação, trocas acontecem entre o que está de um lado e do outro da linha divisória do círculo, até que o humor deprimido se dissipe.

Na analogia com a cidade de Berlim, a dissipação gradativa do nevoeiro promove o retorno da pessoa à experiência com o mundo externo, funcionando como uma fresta no muro de Berlim na época do natal, que permite rearranjos, como a fuga de um alemão de um lado para o outro. No exemplo humano, entretanto, a linha divisória pode mudar um pouco de lugar enquanto as coisas se acomodam, havendo períodos em que existirá predominância do que é bom ou mau no interior da pessoa, o que não acontece com o muro real. Esse aspecto, comum na elaboração da depressão reativa simples, pode se tornar um problema para aquelas pessoas que não toleram o que existe de destrutivo em seu mundo interno.

4.2 Tratamento da depressão reativa

Para as pessoas que se deprimem assim, não é necessário um modo especializado de atendimento. A única coisa que essa pessoa precisa é a permissão para que possa experienciar esse estado. A ajuda efetiva seria deixar que essa pessoa se ocupe de suas emoções e sentimentos com o intuito de compreender o que é de fato ameaçador e perseguidor. Para Winnicott, os casos de depressão simples deveriam ser “tratados” pelas pessoas que estão próximas do deprimido. Uma ajuda elementar consistiria em respeitar o estado de baixo ânimo da pessoa, sem exigências para que reaja e saia desse estado de letargia. Pessoas próximas poderiam demonstrar o entendimento da situação, cuidando temporariamente da pessoa e/ou das tarefas dela. Winnicott inclusive comenta que muitas

peessoas adoecem fisicamente como uma forma de terem permissão para ficarem afetivamente abatidas. Quando a depressão se manifesta como um adoecimento físico (resfriados, gripes e outros estados passageiros de indisposição física), fica mais fácil para os que convivem com a pessoa deprimida lidar com a situação, pois eles entendem a doença e sabem como cuidar da pessoa.

Segundo Winnicott, quando se ajuda o deprimido a “tolerar a depressão até que ela acabe espontaneamente” (Winnicott, 1964e[1963]/1999, p. 65), oferece-se a única condição para que uma recuperação satisfatória ocorra. As tentativas de retirar a pessoa do estado de baixa vitalidade, utilizando recursos externos (como medicamentos e distrações), estão fadadas ao fracasso. Também não ajuda uma atitude recriminatória, revelada pela impaciência ou pela expectativa de que a pessoa reanime-se e cuide da vida. O que a pessoa precisa, nesse momento de contemplação interior – da mesma forma que o bebê quando avalia o resultado das experiências excitadas –, é de tempo para que aconteça uma elaboração pessoal (digestão) da luta interna e a esperança em si e no outro seja renovada. Quando a reconstituição da ordem interna é alcançada, o humor deprimido se dissipa, pois a pessoa conseguiu reafirmar a confiança em sua capacidade construtiva e manteve a esperança no relacionamento com o mundo externo. A recuperação espontânea da depressão é a única que realmente faz sentido e a que possibilita o amadurecimento da pessoa. Sendo assim, o deprimido sai desse estado mais fortalecido, com maior estabilidade pessoal e mais sabedoria sobre tudo o que lhe diz respeito na situação vivida.

No entanto, se uma pessoa é arrancada de um estado deprimido por técnicas externas (medicamentos e tratamentos físicos), retira-se dela a oportunidade de passar por uma relevante experiência de vida. Essa pessoa poderá até retornar para a vida, porém terá perdido a oportunidade de entender o que aconteceu com ela. Os conflitos inconscientes relativos à culpa e à destrutividade permanecerão sem entendimento (não admitidos) e sujeitos a retornar a todo momento. Quando a experiência da depressão é interrompida por qualquer forma de tratamento que retire da pessoa a condição de perceber sua participação nesse adoecer, algo de pessoal se perde. A suposta “cura” não traz amadurecimento. É sentida como algo externo e impessoal, como a experiência vivida por Wolpert, o paciente literário citado na Introdução que, durante o segundo episódio depressivo, ressentia-se por não haver aprendido nada com a primeira depressão.

A depressão reativa simples não deve ser vista como uma doença

rara; o humor deprimido é um estado comum tanto em crianças como em adultos e precisa ser considerado em relação à capacidade que essas pessoas têm, quando não deprimidas, de agir construtivamente. É a relação entre deprimir-construir que expressa o amadurecimento e a capacidade de a pessoa responsabilizar-se pela destrutividade que está ligada ao viver, à raiva e à frustração. Qualquer alteração significativa na relação entre esses dois fenômenos pode indicar a presença de impurezas na personalidade da pessoa e/ou fragilidade na organização do ego.

Entretanto, quando experienciada da forma simples, descrita anteriormente, a depressão é, por si só, “um mecanismo de cura” (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 371), pois “traz dentro de si mesma o germe da recuperação” (Winnicott, 1964e[1963]/1999, p. 60), na medida em que mobiliza a capacidade de reparação, restituição e construtividade daquelas pessoas que toleram o desconforto. Winnicott diz que um estado de depressão com essas características indica que a pessoa conservou a unidade pessoal e tem um sentimento de envolvimento relativo a tudo o que se refere a ela e ao relacionamento com outra pessoa, porque uma pessoa saudável tem a capacidade para a felicidade e alegria de viver, sem precisar negar a seriedade e dificuldade que estão intimamente associadas a isso.

A ajuda às pessoas assim deprimidas só pode ser dada em relação ao problema imediato que ela identifica como desencadeador do desconforto (preocupação com algo específico, luto por alguém ou impedimento de ser construtivo), uma vez que “o peso da depressão deve resolver-se no interior da pessoa deprimida” (Winnicott, 1965o[1958]/2001, p. 83).

As depressões reativas simples só adquirem um caráter mais complexo quando associadas à ansiedade relativa à ambivalência no relacionamento interpessoal. Winnicott exemplifica essa situação com o caso o de uma garota de 14 anos que sofria uma depressão séria a ponto de interferir em seu desempenho escolar. Em uma entrevista psicoterapêutica de uma hora de duração, ela descreveu um pesadelo no qual sua mãe havia sido atropelada por um carro, cujo motorista usava um boné como o de seu pai. Winnicott interpretou que o intenso amor pelo pai explicava a ideia de morte da mãe, mas que, ao mesmo tempo, “havia uma relação sexual representada em termos violentos” (Winnicott, 1964e[1963]/1999, p. 63). A garota percebeu que a razão para o pesadelo era a tensão sexual e o amor. Aceitou o ódio em relação à mãe, a quem era muito dedicada, e seu humor mudou.

Para Winnicott, esse tipo de depressão é o mais simples, uma vez que

sonhar e recordar-se do sonho, relatando-o de modo apropriado, ou seja, de maneira que se tenha uma amostra da realidade interna, indica força de ego, portanto, que a pessoa é capaz de enfrentar as tensões internas envolvidas no sonho. Por pensar assim, ele afirma que, para essa garota, o que caracteriza o estado de depressão originado pelo sonho da morte da mãe é a necessidade de que haja ausência de vida, pois, se ela permanece viva, sua mãe sai ferida. Portanto, se ela fica deprimida e, conseqüentemente, tem sua instintualidade inibida, a mãe fica segura. Trata-se, portanto, “de um sentimento de culpa operando preventivamente” (Winnicott, 1964e[1963]/1999, p. 63). Segundo o autor, analisar o sonho dessa paciente falando de ódio reprimido e de desejo de morte na posição heterossexual, conduzindo a uma inibição dos instintos (por meio da repressão), ocultaria o que de fato é relevante nesse caso, ou seja, problemas com a destrutividade pessoal.

4.3 Depressão reativa patológica e experiência da perda

A depressão reativa patológica surge como uma reação à perda, e por isso a comparação com o luto torna mais clara sua compreensão. O importante a respeito desse tipo de depressão é saber que a doença não é provocada pela perda em si, mas pela incapacidade de a pessoa lidar com essa perda em razão da dificuldade em assumir como pessoais os sentimentos e afetos (bons e maus) experienciados na situação de perda.

Esse tipo de depressão pode ser decorrente da perda real de um objeto ou de uma situação – por exemplo, a depressão pós-menopausa – em que ocorrem uma interrupção na reparação e uma diminuição da oportunidade de construção e contribuição criativa, dificultando para a pessoa responsabilizar-se pelo impulsos destrutivos. É um tipo de situação em que se observam problemas tardios relativos ao estágio do concernimento e que leva a pessoa a encontrar alívio para a confusão que se estabelece no mundo interno pelo uso de outros mecanismos de defesa, como a repressão e a projeção. É por essa razão que Winnicott vê muita semelhança entre a depressão reativa patológica e a neurose.

A elaboração pessoal da depressão reativa patológica segue o mesmo modelo da depressão reativa simples. Entretanto, por sua semelhança com a neurose, muitas vezes é necessário o uso da técnica da interpretação própria da análise da transferência. A diferença entre a técnica de

atendimento para um paciente neurótico e um deprimido consiste em, no caso do paciente deprimido, o analista, além de interpretar, sobreviver à depressão para que o paciente tenha tempo de reordenar os elementos de sua realidade interna de tal forma que o analista interno sobreviva. O ponto de apoio para o diagnóstico de uma depressão reativa patológica é, como na depressão reativa simples, o analista reconhecer no paciente a capacidade de lidar com a culpa, a ambivalência e os impulsos agressivos sem haver ruptura na personalidade.

Embora Winnicott faça referências explícitas à teoria freudiana do luto, reconhecendo-a como a base para o desenvolvimento de sua teoria da depressão reativa à perda, existem diferenças importantes entre essas teorias. Essas divergências estão associadas à mudança paradigmática promovida por Winnicott na teoria psicanalítica, tornando explícita e central a ideia de ambiência facilitadora para que os processos inatos do bebê se desenvolvam. Dentro dessa nova perspectiva teórica, a avaliação da reação de uma pessoa à perda só pode ser feita pela avaliação do tipo de defesa invocado para lidar com a perda em si. É o tipo de reação à perda (mais ou menos madura, com o uso de defesas primárias ou secundárias) que indica como foi e como está sendo o relacionamento da pessoa com o ambiente.

De acordo com Winnicott, o luto é a forma mais madura de reagir à perda e deve ser visto como uma realização do amadurecimento, possível apenas após a conquista do concernimento. Estando essa condição garantida, o luto – que significa que o objeto perdido foi magicamente introjetado e submetido ao ódio – se manifesta por meio de sentimentos de tristeza e dor. O objeto introjetado entra em contato com os elementos persecutórios do mundo interno, que podem aumentar em virtude do fracasso do objeto em ter sobrevivido, enfraquecendo temporariamente as forças benignas e fazendo com que, por algum tempo, haja predomínio do ódio e da raiva. Para lidar com isso, há um amortecimento generalizado no mundo interno, variável conforme o objeto seja amado ou odiado, muito parecido com o que ocorre na depressão. No decorrer do luto, a pessoa pode temporariamente ser feliz, pelo fato de o objeto ter se tornado vivo em sua realidade interna. No entanto, como esse processo é demorado, o ódio pode reaparecer, fazendo com que o estado de tristeza retorne, ora sem causa óbvia, ora em virtude de eventos fortuitos ou datas que recordem a relação com o objeto, lembrando que o objeto desapareceu. Com tempo e saúde, a elaboração termina e o objeto internalizado se liberta do ódio; o indivíduo recupera, então, a capacidade de ser feliz, a

despeito da perda do objeto, porque este readquiriu vida em seu interior.

Winnicott entende que uma pessoa que não atingiu certo estado de amadurecimento não consegue realizar um processo tão complexo. Inclusive ressalta que, mesmo para aqueles que alcançaram esse estado de maturidade, certas condições são necessárias para a elaboração do processo de luto. Da parte do ambiente, este deve, como na depressão, permanecer sustentador durante o tempo em que a elaboração ocorre e, da parte da pessoa, ela precisa estar livre “da espécie de atitude que torna a tristeza impossível” (Winnicott, 1984f[1958]/1999, p. 150), ou seja, ser capaz de suportar a destrutividade e tolerar o estado de morte interna ocasionado pelo luto.

Sabe-se que parte do ódio dirigido ao objeto no luto pode ser reconhecida e aceita, porém é esperado que existam conteúdos inconscientes. No entanto, é sinal de amadurecimento o fato de predominar a consciência relativa ao ódio e à ambivalência em relação ao objeto perdido. O luto assim experienciado faz parte da resolução, no interior da pessoa, do “sentimento de responsabilidade pessoal pela morte, por causa das ideias destrutivas e impulsos que acompanham o amar” (Winnicott, 1963d/1990, p. 199), algo parecido com uma *culpa* pela pessoa enlutada eventualmente sentir, pensar ou imaginar coisas ruins a respeito da pessoa que se foi, mesmo que esses sentimentos sejam originados na falta que a pessoa lhe faz.

É fato que Winnicott conservou parte da estrutura da teoria freudiana do luto no desenvolvimento de sua teoria, mas é dado, também, que ele foi mais longe ao propor que a capacidade para o luto normal é uma conquista de um amadurecimento sem grandes distorções. Esse é o ponto definitivo para compreender todos os outros tipos de reação à perda e, em especial, todos os tipos de depressão. Quando associou a capacidade para o luto e para a depressão ao amadurecimento e, conseqüentemente, à condição de a integração suportar essas experiências, Winnicott resolveu o problema encontrado por Freud para explicar a “economia da dor” no luto e na melancolia. A “economia da dor” da depressão, em uma linguagem winnicottiana, está ligada ao estado de integração da pessoa (força do ego) que tolera, pelo tempo necessário, conter em seu interior o que há de ruim e persecutório. Um estado de integração, de força de ego que suporta isso, só é conquistado mediante cuidado ambiental que facilita que a personalidade da pessoa se estruture sem distorções. Nesse cenário, ambas as capacidades para afeição e para odiar, afetos relacionados à depressão, precisam ser compreendidas como uma aquisição do amadurecimento: a

capacidade para a ambivalência.

4.4 Diferença entre depressão reativa patológica e luto

Quando a reação à perda é uma depressão reativa patológica, pode-se pensar em falhas ambientais ao longo do estágio do concernimento, após a conquista da capacidade para ser concernido. Para Winnicott, é condição básica para a continuidade do amadurecimento saudável que o ambiente permaneça estável ainda por um longo período, mesmo quando os primeiros estágios do desenvolvimento emocional tenham sido satisfatórios, pois é durante esse tempo que a personalidade procurará “chegar a um acordo consigo mesma em todos os níveis de consciência” (Winnicott, 1988/1990, p. 70), isto é, na aceitação daquilo que lhe diz respeito.

Contudo, sabe-se que, na medida em que diminui o estado de preocupação materna primária e a mãe retoma a vida pessoal (que inclui o filho e tudo o mais que envolve seu mundo), pequenas falhas podem acontecer. Segundo Winnicott, é certo que existirão situações em que as dificuldades serão inevitáveis; no entanto, outras poderão ser evitadas se a mãe estiver atenta às necessidades da criança. Desse modo, ele acredita que um manejo cuidadoso no período em que a criança está envolvida na elaboração da destrutividade (que dura até mais ou menos dois anos) e da culpa (que vai até mais ou menos cinco anos) é o fator importante para amenizar as falhas ambientais.

Uma ordem de falhas comuns a esse período diz respeito a alterações na realidade externa, que ocorrem no mesmo momento em que a criança ou pessoa está sob a influência de uma crise em seu mundo interno relativas a sentimentos ou defesas que estão sendo usadas para administrar seu mundo pessoal. É o que o autor chama de coincidências. Winnicott comenta que, nesse período tão delicado do amadurecimento, fatos como separação dos pais, mudança de casa, de escola ou até mesmo um maior empenho dos pais no ensino de boas maneiras não devem acontecer caso a criança tenha pesadelos ou indique, por seu comportamento e brincadeiras, que está envolvida com aspectos relativos à destrutividade. Ele exemplifica essa situação ao descrever o caso Joan, reconhecido por ele mesmo como um exemplo “muito duro” dessa situação de coincidência, que usarei para mostrar que, na depressão reativa patológica, a dificuldade

está relacionada ao direcionamento do amor e do ódio para uma mesma pessoa.

Ele conta que Joan tinha quatro anos quando começou a ter medo de entrar em carros. Ela vinha sonhando há algum tempo com corridas de carros e, em seus sonhos, o pai, que tanto gostava, morria. Tudo poderia ter sido solucionado com o tempo caso ela não tivesse sofrido um acidente. Quando o pai comprou um carro e convidou a família para um piquenique, ela fez de tudo para que ele não entrasse no carro. Naturalmente o pai ignorou seus medos. No entanto, no caminho, houve uma colisão. Joan viu o pai deitado na estrada e correu para ele e o chutou com força dizendo: “acorde, acorde”. Infelizmente, ele estava morto. Ela ficou no local do acidente, e continuou em um estado de imobilização, incapaz de se mexer por um longo tempo. Posteriormente, ficava parada onde a colocavam e perdeu todo o interesse pelo o que estava fora, mal parecendo estar viva, em um estado em que, exceto pelo alimentar-se passivo, mostrava um alto controle sobre a vida interior. Ela estava em estado de depressão profunda. Mesmo em sessão, ela permanecia tempos em pé na sala, sem fazer nada. De acordo com Winnicott, Joan sentia-se responsável pela morte do pai, uma vez que a morte dele ocorrera em seu mundo de fantasia, e ela não tinha mais a visão tranquilizadora do pai vivo para desfazer essa fantasia. Como Winnicott disse, “o mundo interno e o externo haviam se tornado um só” (1996[1936]/1997, p. 82) e ela precisava manter ambos sob controle para conservar vivo o que ainda valia a pena. O tratamento avançou no dia em que ela chutou muito delicadamente uma parede e Winnicott lhe falou sobre o amor e a raiva que sentia pelo pai, enquanto vivo, e que agora estava morto. Após um ano de tratamento, ela retornou à escola e à vida normal.

Nesse exemplo vemos que, quando as coincidências acontecem, é necessário um maior grau de repressão da vida imaginativa e o processo de luto se efetua em um nível mais inconsciente do que no luto normal. No entanto, é evidente que a dificuldade enfrentada pela garota não estava relacionada à morte em si (a perda), mas à impossibilidade de tolerar os sentimentos reconhecidos em relação ao pai vivo, cuja morte provocou uma interrupção na possibilidade de reparação e, conseqüentemente, no apoio crescente à ideia de construtividade e de esperança em si e no outro.

Outra ordem de falha após a conquista do concernimento está ligada à situação em que um bom ambiente deixa de existir. É desfeito por alguma circunstância, que muitas vezes não pode ser controlada ou evitada pelos pais. A reação do bebê (criança) a esse tipo de perda indica uma anulação

da conquista do concernimento. Essa é a situação descrita no Capítulo 5 como quebra do círculo benigno. Quando há essa quebra, o luto, como forma de reação saudável à perda, não pode ser experienciado em virtude da fragmentação da integração e consequente enfraquecimento do ego.

Winnicott entende que a perda de uma situação ambiental no momento em que a criança já está envolvida e preocupada (concernida) provoca uma reversão ou interrupção do processo de amadurecimento. A integração em curso é anulada ou fraturada, de tal maneira que a vida instintiva torna-se inibida pela repressão do ódio ou, então, dissociada da relação geral da criança com os cuidados que lhe são oferecidos; nesse caso, a pessoa perde a capacidade para amar e a depressão adquire o sentido de uma defesa organizada.

Nesse tipo de situação, quanto mais próxima estiver a criança da capacidade para o luto, mais esperança haverá de que ela possa ser ajudada, “ainda que exista uma séria doença clínica” (Winnicott, 1984f[1958]/1999, p. 151).¹² Se a perda da mãe ou do ambiente ocorre em um momento mais distante dessa conquista – o que pode ser observado pelo uso de defesas primitivas –, nota-se maturidade insuficiente para a ocorrência do processo de luto (e também da depressão reativa). A perda, nesses casos, é mais obscura. Origina-se em uma fase anterior do desenvolvimento da pessoa, época em que é necessário pensar em privações que provocam reação à descontinuidade de ser, fazendo, inclusive, com que outras organizações defensivas se instalem na personalidade da pessoa, tais como regressão para fases anteriores e mais satisfatórias do desenvolvimento ou um estado de introversão patológica. Não é incomum ocorrer uma cisão da personalidade; a forma mais simples dessa cisão é a pessoa apresentar para o mundo um si-mesmo submisso e complacente, ao passo que a parte verdadeira deste é mantida em segredo (cf. Winnicott, 1965k[1950]/1999, p. 199).

5. Depressões psicóticas e neurose

Os estados depressivos relacionados a situações de perda, em que nem o luto nem a depressão reativa são possíveis, indicam que a ocasião em que a perda aconteceu foi em uma fase de amadurecimento na qual o bebê ou a criança ainda não era capaz de reagir a essa perda sem haver prejuízo e comprometimento da organização de sua personalidade ou, então, a natureza da perda promoveu uma desestabilização de conquistas

anteriormente alcançadas. Esses estados depressivos são englobados no conceito de depressão psicótica e as diferentes formas de manifestação das depressões psicóticas revelam o estado de imaturidade da pessoa.

No caso das situações de perda, nem sempre essa perda é de um objeto real, mas como se fosse de certos aspectos da própria boca, que para o bebê se tornam obscuros quando há uma separação precoce da mãe. Por vezes, é uma perda mais *profunda* e envolve toda a capacidade criativa da pessoa, de modo a ocorrer uma desesperança baseada na incapacidade de sair em busca do objeto, diferente da desesperança relativa à redescoberta do objeto perdido, como acontece na depressão reativa (cf. Winnicott, 1984f[1958]/1999, p. 151).

Nas depressões psicóticas, observamos, de maneira nítida, a superposição, “mistura e alternância” (Winnicott, 1963d/1990, p. 200), de estados depressivos, desde uma manifestação neurótica até uma doença psicótica, que faz a depressão se aproximar da esquizofrenia. São casos em que se pode observar “uma mistura de normalidade” (Winnicott, 1963d/1990, p. 198) em termos de psicose e neurose, pois as falhas ambientais podem ser relativas à estruturação da personalidade ou ao desfazimento da integração pela quebra do círculo benigno.

Para entender isso, é importante saber como Winnicott compreende a neurose. Por princípio, ele assume que a teoria da neurose foi uma contribuição direta de Freud para o universo da psicologia e julga que pouco acrescentou a essa teoria. Não há dúvida de que as semelhanças podem ser observadas, até porque ele também entende que, na época em que a neurose se instala, o conflito da criança está ligado à ambivalência no universo triádico. Entretanto, ao conceber a neurose como uma doença do estágio da independência relativa, Winnicott acrescentou algumas mudanças no modo de compreensão dessa patologia. O simples fato de relacioná-la a uma pessoa que alcançou muito em termos de amadurecimento realça a importância do desenvolvimento emocional pessoal sob o cuidado ambiental.

Quando Winnicott percebeu a importância do ambiente para o desenvolvimento emocional, uma mudança fundamental se operou em termos teóricos: ele deixou de acreditar que o estudo das neuroses e de suas origens pudesse ser a base para o entendimento de uma pessoa saudável. Apesar da mudança, ele continuou vendo o estudo da formação de sintomas neuróticos apresentados por pessoas relativamente saudáveis como um caminho de acesso para as ansiedades vividas na primeira infância (zero a dois anos). A importância das defesas neuróticas e da

depressão complicada pelo inconsciente reprimido consiste no fato de elas fornecerem condições para avaliar “a força e a qualidade das manifestações de saúde” (Winnicott, 1988/1990, p. 55), ou seja, a força do ego e a estrutura da personalidade construída pelo lactente dependente até o momento em que começa a andar. Assim, se por um lado as ansiedades e os sintomas neuróticos indicam a integração psicossomática, por outro lado, o grau de rigidez das defesas neuróticas seguramente sinaliza dificuldades anteriores no processo de amadurecimento pessoal.

Como se vê, para se tornar neurótico, é preciso ter conquistado muito em termos de saúde: a personalidade já está estruturada, a pessoa alcançou a capacidade para ter relações objetais e esta não foi perdida. Também fica implícito que o caráter do neurótico não está distorcido por ressentimentos ou por tendências psicopáticas melhor organizadas. Assim, quando Winnicott diz que “o importante a respeito da psiconeurose é que ela constitui um transtorno daquelas crianças que *são suficientemente sadias* para não serem psicóticas” (Winnicott, 1989vl[1961]/1994, p. 54; grifos meus), ele quer mostrar que a neurose é o distúrbio que não está diretamente associado à provisão ambiental, mas organizado a partir das dificuldades da criança na vivência e resolução das experiências instintivas. Por essa razão, a cura também não está condicionada a uma nova provisão ambiental, como ocorre na psicose e em alguns tipos de depressão. O tratamento clássico, ou seja, a análise de transferência tem lugar fundamental no tratamento da neurose.

Ainda que, na neurose organizada, seja evidente que a rigidez das defesas reflete distúrbios especificamente associados a conflitos e ansiedades originados na vida instintiva de uma pessoa capaz de experienciar relacionamentos interpessoais (com mais de duas pessoas), a definição winnicottiana de neurose como doença relacionada ao fracasso do ego em tolerar as consequências das tensões instintivas nos leva a considerar a ambiência inicial. Como Winnicott diz, “se há imaturidade na vida instintiva, existe o risco de doença no indivíduo, na personalidade, no caráter ou no comportamento” (Winnicott, 1971f[1967]/1999, p. 9).

É impossível compreender o que foi dito sem recordar que a capacidade de usar as experiências instintivas de um modo saudável e construtivo está associada à passagem, sem grandes conturbações, pelo estágio do concernimento; da mesma forma, não é possível desconsiderar que a maneira como uma pessoa experiencia o estágio do concernimento tem relação com as experiências armazenadas durante o estágio primitivo. Winnicott entende que o modo como as defesas neuróticas se organizam e

se tornam mais ou menos rígidas é sempre dependente “da história do indivíduo anterior à sua chegada ao estágio das relações triangulares” (Winnicott, 1963d/1990, p. 197). Por saber que carregar “impurezas” ao longo do amadurecimento da pessoa é a experiência mais comum, ele não acredita haver casos puros de neurose.

Winnicott julga que, quando o estado de repressão dos conteúdos intoleráveis (ansiedades) da realidade interna, oriundos das experiências instintivas, é tão organizado a ponto de afastar a pessoa do contato com os processos primitivos – ou seja, da destrutividade contida no impulso amoroso primitivo, como parte inerente do ser da pessoa –, as dificuldades anteriores à primeira infância contribuíram para que o ego fracassasse em lidar com as ansiedades próprias do relacionamento interpessoal. De outro modo, o que ocorre é que, embora com uma aparência de saúde, essa pessoa possui uma integração frágil, como uma linha unida por muitos “nós”, um ego fraco que se sustenta por defesas rígidas, impedindo um viver criativo e espontâneo.

Por tudo isso, ele acredita que há “um elo mais íntimo entre normalidade e psicose do que entre normalidade e neurose” (Winnicott, 1965n[1962]/1990, p. 121). A razão para tal está na possibilidade de recuperação, implícita nos estados psicóticos (casos em que a tendência ao amadurecimento pode sempre ser retomada sob provisão ambiental), e é mais difícil de surgir na neurose (doença relativa aos conflitos no mundo interno) em função da repressão. Assim, desde que uma nova situação ambiental lhe seja oferecida e o amadurecimento retomado, o psicótico tem condição de fortalecer a integração e enfrentar o confronto interno entre o que é bom e mau em seu mundo pessoal, tornando-se capaz também de suportar tudo o que há em sua realidade interna. Por sua vez, o neurótico, ao contornar a dificuldade em aceitar a destrutividade da natureza humana pela repressão – que de fato é um desvio e um fugir de algo percebido como pessoal e que, por ser tão intolerável, precisa ser tornado inacessível (inconsciente reprimido) –, torna sua vida ainda mais afetada por isso. Ou seja, o fato de o neurótico tentar manter distante algo tão presente torna sua vida e as relações interpessoais frequentemente afetadas por esse reprimido que ameaça retornar a qualquer momento. Por isso Winnicott trata a neurose como uma doença de difícil recuperação.

Na opinião dele, os lutos, quando vividos como uma depressão e/ou complicados pelo inconsciente reprimido, podem estar ocultando desordens fundamentais do desenvolvimento relativas ao período da lactância (primitivo) e/ou do desmame (profundo). Como ele mesmo diz,

na clínica é comum observar que, “à medida que nosso trabalho se torna mais profundo e abrangente, descobrimos elementos psicóticos em nossos pacientes neuróticos” (Winnicott, 1965ve[1963]/1999, p. 207). O fato de Winnicott ser orientado pela possibilidade da saúde lhe permite pressupor que uma lactância suficientemente bem conduzida e um desmame sem grandes atribulações permitiriam uma infância livre de perturbações neuróticas.

5.1 Depressão psicótica e neurose obsessiva

A neurose obsessiva é um exemplo claro de que a intersecção entre neurose e depressão remonta a resquícios de imaturidade. O caos no mundo externo provocado por um paciente deprimido (pelo uso excessivo de projeções ou agressividade desmedida) é visto por Winnicott como uma tentativa de esse paciente mostrar a confusão que há em seu mundo interno. Por outro lado, para pessoas que precisam ocultar o que há em seu mundo interior (manter inacessível aquilo que sabe existir) é comum ocorrer a adoção da obsessão pela ordem no mundo externo como defesa. O comportamento obsessivo nada mais é do que uma defesa contra a possibilidade de o mundo interno ser revelado, situação que é sempre evidente no caso da depressão. O problema desse tipo de defesa é que a ordem externa obsessiva é incapaz de curar a confusão existente no mundo interno, pois ela lida somente com a representação externa da negação do caos interior.

Quando houver distorção no amadurecimento, a arrumação compulsiva externa será um recurso substituto adotado pelo neurótico para a sequência saudável de resolução da guerra interior que se instala após as experiências instintivas (impulso e ideia destrutiva, seguido do senso de culpa e da ideia de reparação ou atividade construtiva), e que é observada na depressão reativa simples. O problema é que o obsessivo não tem um ego forte que o capacite a suportar a comoção envolvida na depressão. Impossibilitado de acomodar todos os sentimentos em seu mundo interno, especialmente os maus sentimentos, a confusão interna é inconscientemente reprimida e mantida assim para ocultar o triunfo (ou medo do triunfo) do mau sobre o bom, do ódio sobre o amor e da agressão sobre a capacidade de construção. O perfeccionismo do obsessivo é, então, uma tentativa de lidar antecipadamente com o ódio para impedir que a confusão instalada no mundo interno apareça no mundo externo.

A diferença entre um paciente deprimido e um obsessivo é que o primeiro é capaz de assumir (tolerar) o que há em seu interior e, sendo assim, o humor deprimido abafa essa confusão, dando-lhe tempo para acomodar os sentimentos. O relacionamento entre um deprimido e um obsessivo é, em geral, muito difícil, pois este último não consegue estar perto da pessoa deprimida que tanto se expõe em suas dramatizações. Contudo, é comum observarmos pessoas que circulam de uma depressão para uma obsessão. Isso acontece porque, por um lado, a pessoa se sente mais real no estado deprimido e, por outro, as obsessões passageiras lhe proporcionam um alívio temporário de tudo o que o humor depressivo significa. Ao observarmos pacientes deprimidos que se tornam obsessivos, e vice-versa, e outros que permanecem em uma ou outra categoria diagnóstica, conclui-se que a depressão nesses os casos não tem relação com a *capacidade para deprimir-se* conquistada em um amadurecimento saudável.

5.2 Diferença entre depressões reativas e depressões psicóticas

O fator para diferenciar depressões reativas – mesmo quando complicadas por repressão – de uma depressão com impurezas é o conhecimento de que as depressões reativas dizem respeito a sentimentos de desalento e *preocupação com*, que cotidianamente sentimos. Essa experiência faz parte, como Winnicott diz, do estado de dúvida e desespero que uma pessoa sente a respeito da própria vida e sobre a vida daqueles que lhe afetam, podendo, por isso, ser vinculada “com a experiência ordinária da vida” (Winnicott, 1965o[1958]/2001, p. 76), isto é, a tudo aquilo que faz parte da vida em si e que gostaríamos de ver respeitado.

Winnicott reserva um lugar especial para os sentimentos de dúvida e incerteza que caracterizam a depressão porque, para ele, “o sentimento de *dúvida* é muito próximo de seu oposto, a *crença*, e aproxima-se também de uma noção de valores, e da sensação de que há coisas que vale a pena preservar” (Winnicott, 1965o[1958]/2001, p. 77). Só se deprime de modo temporário e cotidiano aquele que possui profundidade no viver e se ocupa e se preocupa consigo e com o outro. Por isso, acredita Winnicott, os deprimidos são as pessoas “verdadeiramente responsáveis, que aceitam a realidade de seu próprio ódio, de sua maldade, de sua crueldade, de todas

essas coisas que coexistem com sua capacidade de amar e construir” (Winnicott, 1965o[1958]/2001, p. 76). Sob esse prisma, a depressão atinge as pessoas de valor. Elas sofrem de depressão, mas pior seria se fossem incapazes de sentir dúvida ou desalento. O estabelecimento e a manutenção da família são, para Winnicott, um exemplo de tarefa construtiva a que as pessoas que alcançaram a *capacidade para deprimir-se* se dedicam quando não deprimidas. Um estado de depressão originado da dúvida pode ser uma fonte de preocupação saudável, pois, quando estamos preocupados, verificamos as dificuldades, as dúvidas e os mal-estares que nos afetam tanto física como emocionalmente.

Uma situação diferente acontece nas depressões que contêm “impurezas”. Quando a depressão se caracteriza por um estado de humor permanentemente alterado – indicando que a agressão, a destrutividade e a ambivalência nos relacionamentos geram dúvidas e confusões que colocam em risco a integridade pessoal ou, então, precisaram ser reprimidas e tornadas inacessíveis pela incapacidade de a pessoa suportar a culpa pelos maus sentimentos contidos em seu mundo pessoal –, a pessoa vive sob um estado de confusão interna que lhe rouba a possibilidade de usufruir o tempo de recolhimento como recurso terapêutico. Isso, por sua vez, gera um estado de atuação (dramatização exterior do que se passa em seu interior por meio de preocupações hipocondríacas, doenças psicossomáticas, comportamentos agressivos, negação da depressão ou oscilação de humor) ou um estado de paralisação (depressão crônica e melancolia). O foco de preocupação da pessoa cuja depressão contém impurezas é, em última instância, ela mesma. Mesmo que no dia a dia ela consiga contornar as pequenas dificuldades da vida, está sempre muito vulnerável a qualquer falha pessoal ou externa, pois essas falhas levantam de forma desproporcional novas dúvidas sobre a vida e o sentido da vida. O temor dessas pessoas é que qualquer mínimo estado de confusão precipite um “estado caótico do qual não poderia haver recuperação” (Winnicott, 1965o[1958]/2001, p. 80).

O apoio ambiental cotidiano de amigos e parentes, que facilita a administração da depressão reativa simples, nem sempre está disponível para quem sofre de depressões impuras, pois, em geral, essas pessoas são desconfiadas e reservadas; tendem a mudar de moradias e empregos com frequência e sentem dificuldades para se relacionarem com novas pessoas e situações. No entanto, também é necessário considerar que esse apoio, embora seja um aspecto importante para o tratamento da depressão, nesse tipo de caso não seria suficiente, uma vez que, segundo Winnicott, a

depressão, quando assim caracterizada e experienciada, deve ser compreendida como um distúrbio da afetividade que precisa de atendimento especializado. Em última instância, o que está comprometido para aquele que sofre de depressão com impurezas é a sua capacidade para relacionar-se com objetos externos e usar a realidade externa como forma de enriquecimento do mundo pessoal, em razão das ansiedades variadas geradas em sua realidade interna após as experiências instintivas vividas com outra pessoa.

Por compreender que a *capacidade para deprimir-se* é uma conquista da saúde, alcançada no relacionamento dual com mãe, Winnicott deduziu que dificuldades em alcançar ou ter essa conquista estabelecida poderiam estar relacionadas a problemas nos estágios iniciais. Como o conceito de conquista saudável do concernimento pressupõe um amadurecimento anterior saudável – no qual o desmame saudável é um indício de uma amamentação bem-sucedida e a desilusão indica um bem-sucedido espaço para a ilusão –, esse autor constatou que, quando a integração é alcançada fora dessas circunstâncias, a psicose se torna o conceito apropriado para o estudo da depressão, pois, como ele mesmo diz, trata-se de um termo que “implica depressão de vários tipos e distúrbios do tipo maníaco-depressivo” (Winnicott, 1953a[1952]/2000, p. 307).

De acordo com a teoria do amadurecimento pessoal, a capacidade para relacionar-se com objetos é desenvolvida na presença de uma adaptação materna favorável, que precisa perdurar por um período suficientemente longo para não ser total ou parcialmente perdida. É uma das tarefas da primeira mamada teórica (com a integração e o alojamento da psique no corpo) e se caracteriza pela necessidade de a mãe apresentar o mundo ao bebê de maneira gradual. Para tanto, é preciso uma sequência em que, inicialmente, a apresentação do mundo comece com um suprimento da experiência de onipotência, ou seja, o bebê deve ter a ilusão de que criou o mundo. Essa ilusão constituirá um alicerce para que ele entre em acordo, no tempo apropriado, com tudo o que está fora do si-mesmo e se relacione de modo enriquecedor.

Um ambiente favorável é (mais uma vez dizendo) aquele em que não há imposição por parte do que é externo, no qual as privações e perdas provenientes do viver em si puderam ser absorvidas pela pessoa, sem ocasionar uma distorção na relação com o mundo externo. Como resultado, ter-se-ia a capacidade para o viver compartilhado. Para aqueles que alcançaram essa capacidade, a tarefa de usar aquilo que é externo e “de objetificar o subjetivo é tão fácil que o problema fundamental da

ilusão tende a perder-se” (Winnicott, 1948b/2000, p. 250). O estado deprimido estaria associado à consciência que se tem dos sentimentos pessoais. Aqueles que não contaram com essa sorte carregam a tendência a subjetivar o objetivo (como acontece com os esquizofrênicos) ou, então, são invadidos por ansiedades de intensidade e teor variável relativas à dificuldade em aceitar a destrutividade envolvida em suas experiências instintivas (como ocorre com os deprimidos, que carregam impurezas de amadurecimento).

Com isso, torna-se clara a seguinte afirmativa de Winnicott: “o lugar adequado para o estudo da esquizofrenia, da síndrome maníaco-depressiva e da melancolia é o berçário” (Winnicott, 1948b/2000, p. 250). Indo mais longe na consideração de problemas ocasionados por falhas na ambiência inicial e relativa, ele associa os problemas com a alimentação dos bebês a uma série de distúrbios, afirmando que “tais casos [distúrbios de alimentação] agrupam-se num único e grande universo: num extremo da escala estão as dificuldades de amamentação de bebês, e no outro, a melancolia, a toxicomania, a hipocondria e o suicídio” (Winnicott, 1958e[1936]/2000, p. 93).

Ao situar a precocidade da origem das depressões psicóticas, mais uma vez fica explicitada a oposição winnicottiana à ideia de que essas doenças estariam associadas ao complexo de Édipo. Vemos também que o entendimento desse tipo de depressão só é possível quando relacionado à “despersonalização, ou à desesperança quanto aos relacionamentos objetais”, ou ainda à “sensação de inutilidade que deriva do desenvolvimento de um falso-eu” (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 367). No artigo “O valor da depressão” (1964e[1963]/1999), Winnicott detalha as impurezas do humor deprimido, que apresentarei seguindo a ordenação do autor.

6. Depressões psicóticas – as impurezas do humor deprimido

6.1 Fracassos de organização do ego

Sob essa denominação, Winnicott agrupa os estados depressivos em que há a presença de elemento esquizoide difuso complicando a depressão. O estado clínico é chamado “depressão esquizoide” porque, apesar de ser

possível observar certa organização do ego, em função do humor depressivo, é nítida a tendência do paciente para a esquizofrenia. A ameaça de desintegração acompanha a pessoa, possibilitando defesas psicóticas de divisão, despersonalização, sentimentos de irrealidade e falta de contato com a realidade interna. Essa predisposição para a desintegração, associada ao fracasso na possibilidade de organizar defesas secundárias, indica uma integração tardia e frágil. Na figuração da integração da pessoa como um círculo, pode-se imaginar esse círculo fechado por uma linha emendada por muitos “nós”.

A compreensão desse tipo de depressão não pode ser auxiliada pela teoria do concernimento, pois sua problemática não está ligada à consciência adquirida da destrutividade, mas referida a conquistas de amadurecimento primitivas ainda não estabelecidas. Portanto, essas são pessoas que não conseguem administrar maus sentimentos, más ideias e maus pensamentos, pois não conquistaram a confiança em sua capacidade construtiva, tampouco a esperança no relacionamento com o outro. Por isso, quando a pessoa, a frágil integração ou o ego fraco é exposto aos resultados da experiência instintiva, há uma rendição das defesas e os impulsos destrutivos passam a agir sem controle. Nesse momento, uma confabulação mágica de ideias relativas ao acontecido ou imaginadas assume o lugar de uma ação efetiva na linha da restituição e da construtividade. Embora presente, o humor deprimido não é a característica principal dessa forma de depressão que, na maior parte das vezes, é reconhecida pela inacessibilidade da pessoa, a tendência à imobilidade e certa paralisia perante a vida.

Outra característica importante é que essas pessoas mantêm uma imprecisão ao distinguir a realidade interna da externa, bem como as concepções subjetivas das objetivas. Como há fraqueza de integração e falhas na parceria psique-soma, os limites da psique nem sempre correspondem aos do soma. Muitas vezes, o intelecto é usado para manter os relacionamentos com o que é externo.

Do ponto de vista do tratamento, o contexto analítico deve reproduzir o relacionamento dual, no qual o analista alternará entre as técnicas do *holding*, do manejo e da compreensão verbal. Ao longo da análise, o conhecimento de como aconteceu o desenvolvimento inicial dessa pessoa permitirá ao analista reconhecer as falhas ambientais, bem como a imaturidade e a confusão do paciente.

6.2 Delírios persecutórios

Correspondem ao agrupamento de pessoas que mantêm uma estrutura de ego (integração) que torna possível a depressão, mas são suscetíveis a delírios persecutórios. Esses delírios indicam que o paciente está usando fatores externos adversos ou a memória de traumas para aliviar-se das perseguições internas. O humor deprimido resulta, nesses casos, do acobertamento das perseguições internas.

Os elementos persecutórios que complicam a depressão conduzem a análise à destrutividade pessoal e aos resultados das experiências instintivas não aceitas pelo paciente integrado. Nas depressões reativas, a administração dessa agressividade ou ódio (comum à natureza humana) não causa maiores dificuldades para a pessoa em razão do amadurecimento conquistado. Mesmo que a pessoa se sinta temporariamente em dúvida sobre o que predomina em seu interior, a confiança em sua capacidade de reparação suporta a depressão e fortalece a esperança no relacionamento com o outro. Os elementos persecutórios costumam ser expressos no brincar infantil e, mais tarde, estarão disponíveis para uso apropriado no trabalho adulto.

Nos estados depressivos em que os perseguidores internos ameaçam a integração e a unidade psicossomática, a pessoa precisa encontrar meios de lidar com esses perseguidores sem perder a integração conquistada. Um meio de lidar com os perseguidores internos que não podem esperar para serem “excretados” como produto mau da reavaliação do mundo interno é eliminá-los magicamente pela projeção. Outro meio é usar como perseguidor algo percebido e reconhecido como mau no mundo externo imediato. Esse recurso oculta o sistema paranoide da pessoa. Outra maneira consiste em a pessoa aprender a levar o mundo externo a persegui-la. Ao fazer isso, obtém alívio da perseguição interna, sem precisar ficar exposto à loucura do delírio.

Winnicott considera que a origem desses delírios persecutórios muitas vezes está associada à integração e ao estabelecimento de um eu unitário, em virtude da hostilidade que isso representa para o não-eu, especialmente nas integrações tardias, nas quais a ameaça à integração é mais verdadeira. Contudo, em análise, muitas vezes é possível verificar que a “suscetibilidade à perseguição, à suspeita e à animosidade está presente desde o princípio, no momento em que a mãe falhou [...] em estabelecer a primeira relação com o bebê e em seus esforços iniciais para apresentar o

mundo a ele” (Winnicott, 1988/1990, p. 105). Em algumas situações, observa-se que a origem dos delírios persecutórios está vinculada à experiência de um nascimento traumático. Em todas essas situações, a defesa de um falso si-mesmo pode ser organizada para lidar com a inadaptabilidade do ambiente. Quando o falso si-mesmo é diagnosticado, a análise da destrutividade e da ambivalência baseada na teoria do concernimento não abrandará a ansiedade paranoide, pois as dificuldades são anteriores.

Clinicamente falando, o modo de vida paranoide pode aparecer cedo na experiência da pessoa. Uma criança que iniciou a vida sem nenhuma tendência persecutória aparente pode desenvolver um estado de “perseguição esperada” prontamente atribuída a alguma situação traumática (uma cirurgia de amígdalas ou coisa do gênero) ou a “uma coincidência fortuita de dois ou três fatores adversos” (Winnicott, 1988/1990, p. 105).

Seja como for, é preciso saber que a existência e o fortalecimento do que é sentido como mau no mundo interno – a ponto de agirem posteriormente como perseguidores internos, caso não sejam contidos, vencidos ou eliminados – estão associados às experiências de cuidado primitivo não adaptado às necessidades do bebê. A criança reconhece sua existência e ameaça pela sensação de dor ou doença e pela diminuição do limiar de tolerância ao desconforto sensorial.

Winnicott entende que a tendência de se sentir perseguido complica a depressão, uma vez que a torna “menos óbvia”, pois o “elemento de loucura (delírio de perseguição) desvia o sentimento de culpa que caracteriza os melancólicos e deprimidos” (Winnicott, 1965o[1958]/2001, p. 75). Quando os delírios de perseguição surgem no lugar da culpa, a pessoa não é capaz de avaliar realisticamente a participação e a responsabilidade pessoais nas experiências relacionais. Há uma tendência a distorcer as situações. Em vez de se abater pela culpa resultante da experiência, a pessoa se queixa de ser mal compreendida e estar sendo perseguida. Em consequência, por vezes se sente uma pessoa má e incapaz de imaginar uma forma de consertar uma situação. Outras vezes, vive lamuriando sobre a desconsideração com a qual se sente tratada por todos. Levando em conta a condição de recuperação, há mais esperança para aquelas pessoas em que a depressão não está associada a delírios de perseguição. Nesses casos, mesmo que eventualmente seja envolvida em tensões paranoicas, a pessoa *capaz de deprimir-se* é mais maleável para alternar entre o estado deprimido e o estado em que enfrenta os delírios de

perseguição. Entretanto, em termos de intervenção analítica, há pouca diferença de conduta em ambos os casos. O analista precisa sobreviver e oferecer tempo.

6.3 Depressão caracterizada em termos hipocondríacos

Winnicott inclui nessa categoria os pacientes que obtêm alívio das tensões internas por meio de doenças somáticas. Quando associada a delírios de perseguição (categoria anterior), a pessoa pode, além de imaginar doenças somáticas, produzi-las por meio de distorções de processos fisiológicos. Esses pacientes dramatizam a luta interna entre o que é bom e mau em termos corporais ou por meio de queixas físicas, de dor e desconforto, podendo até haver a exploração de uma doença física real. A imaturidade pessoal e a fragilidade do ego dessas pessoas são reveladas pela impossibilidade que têm de tolerar, em sua totalidade, o que há na realidade interna delas.

A diferença entre os delírios de perseguição dessas duas categorias é que, no primeiro tipo (item 6.2), a perseguição é projetada e vem de fora, do mundo externo, predominando o medo de ser fisicamente contagiada. No segundo tipo, a perseguição vem de dentro, do mundo interno, faz parte da personalidade da pessoa e é vivenciada por meio da percepção exagerada do funcionamento corporal, situação que gera preocupação quando a pessoa reconhece ou imagina haver alguma alteração no funcionamento do corpo.

A depressão, quando se manifesta dessa maneira, agrega dificuldades para os profissionais da área psíquica e médicos em geral, no que diz respeito ao diagnóstico e ao tratamento, pois, na presença de problemas físicos, esses profissionais são colocados em um “desvio”, distraem-se com as queixas corporais, ficando impedidos de “perceber a doença real que existe”, que é a depressão. Isso os leva, muitas vezes, a enveredar por “tratamentos físicos e procedimentos operacionais, quando o problema se encontra realmente na psique do paciente, e não no soma” (Winnicott, 1969g/1994, p. 428).

O estudo das ansiedades hipocondríacas se funde com o tema dos transtornos psicossomáticos, considerado por Winnicott como “o problema universal da interação sadia entre a psique e o soma, ou seja, entre a

personalidade de um indivíduo e o corpo em que a pessoa vive” (Winnicott, 1969g/1994, p. 427). Em termos de desenvolvimento emocional, no momento em que a unidade psicossomática é conquistada e passa a fazer sentido falar de um interior e exterior, inicia-se a preocupação do bebê com os fenômenos internos bons e maus, bem como com o seu corpo e a psique. Pela elaboração imaginativa, a saúde do corpo é notada e traduzida em termos de fantasia pela psique e, ao mesmo tempo, essa fantasia é percebida pelo corpo, havendo um reassseguramento de que tudo está bem. A saúde psíquica proporciona um saudável funcionamento corporal e, desse modo, a capacidade de ingerir, digerir e eliminar, tanto física como psíquica, fica garantida, o que seria o mesmo que dizer que, na saúde, o si-mesmo mantém uma aparente identidade com o corpo e seu funcionamento (cf. Winnicott, 1989vm[1969]/1994, p. 89).¹³

Quando o concernimento é conquistado e o círculo benigno estabelecido, o humor depressivo é suportado e as ansiedades hipocondríacas associadas à preocupação com as alterações internas – decorrentes das experiências de excitação e também das que envolvem raiva ou ódio – são passageiras e próximas da capacidade de “preocupar-se com o próprio corpo, sentir prazer com ele quando ele está bem e desejar que esteja bem quando se encontra doente” (Winnicott, 1944a/2000, p. 151). Por isso, nas fases depressivas de pessoas adultas e maduras, encontramos preocupações hipocondríacas relativas à saúde geral ou a alguma parte do funcionamento corporal. Nos casos em que as ansiedades depressivas se manifestam dessa maneira, traz mais benefício terapêutico esclarecer para o paciente que os desconfortos físicos estão associados a preocupações e ansiedades do que tentar reafirmar que a pessoa está bem fisicamente.

No entanto, em amadurecimentos com distorções, observa-se que um mal-estar físico ou doença são usados para expressar (projetar) o que não pode ser admitido no mundo interno da pessoa. A doença torna-se “idêntica à dúvida sobre si próprio” (Winnicott, 1988/1990, p. 115), isto é, uma dúvida sobre se o que predomina em seu interior é bom (apoiador do ego) ou mau (persecutório para o ego). Essa dúvida, somada à desconfiança de que há predomínio do mau e pouca capacidade para uma atitude construtiva, impede que o humor depressivo seja experienciado como tal e, portanto, tolerado enquanto dura o processo de reordenação interna. Para essas pessoas, as ansiedades hipocondríacas assumem proporções que ameaçam a unidade psicossomática; a saída é expor o caos interno mediante uma preocupação exagerada com a saúde ou com um

distúrbio corporal. Assim, o vômito, por exemplo, pode expressar o sentimento de culpa decorrente dos relacionamentos instintuais ou, até mesmo, ser sentido pela pessoa como uma traição ao si-mesmo verdadeiro, caso seja a expressão da raiva que o falso si-mesmo não deixa aparecer.

A capacidade para separar fato de fantasia é o diferencial clínico para avaliar o amadurecimento pessoal do paciente que está imerso em ansiedades depressivas vividas em termos de preocupações hipocondríacas e que vive dominado por doenças físicas.

As ansiedades hipocondríacas constituem o campo teórico no qual Winnicott mais contribuiu para a compreensão da depressão que envolve alterações na fisiologia do corpo e outros distúrbios somáticos. Como, para ele, as perturbações psicossomáticas têm raiz na etapa do desenvolvimento relativa à inserção da psique no corpo, é nesse universo de conhecimento que está a base para o estudo da imensa questão do inter-relacionamento entre os distúrbios físicos e psíquicos.

6.4 Defesa maníaca ou hipomania

A defesa maníaca é a tentativa individual de administrar o humor deprimido, surgido em razão das ansiedades depressivas; portanto, é uma defesa que se “organiza em relação às ansiedades vinculadas à depressão” (Winnicott, 1955c[1954]/2000, p. 367), no esforço de evitar o confronto produzido pela coexistência de amor, destrutividade e ódio no mundo interno. Segundo Winnicott, “faz parte da defesa maníaca do indivíduo a sua incapacidade de aceitar o significado pleno da realidade interna” (Winnicott, 1958k[1935]/2000, p. 199), apesar da conquista do concernimento, pois, ainda que tenha alcançado a capacidade para sentir culpa, o círculo benigno não foi estabelecido. Por isso, a capacidade de reparação e esperança naquilo que é bom não foi fortalecida, fazendo com que o reconhecimento da destrutividade pessoal em relação aos objetos sentidos como bons se torne sobremaneira penoso. Com isso, a pessoa se distancia do que sente como mau e destrutivo, negando a existência desses sentimentos, ideias ou pensamentos. Também não consegue se entregar às experiências da dúvida e do desalento, características da depressão, uma vez que não tolera tudo o que há em seu interior nem é capaz de “sentir culpa, responsabilidade e concernimento de um modo profundo” (Winnicott, 1949f[1947]/2000, p. 278). Pelas mesmas razões, o luto – que é uma realização do amadurecimento – não pode ser experienciado na

defesa maníaca.

Enquanto o estado depressivo manifesta a capacidade para a seriedade e a dúvida, mesmo quando se apresenta sob forma de doença física, na defesa maníaca a depressão fica oculta atrás de uma vivacidade geral, uma felicidade que nega tudo o que é sério e que está, de certa forma, associada “à ideia da primeira infância” (Winnicott, 1988/1990, p. 107), época em que tudo era mais simples e leve. Winnicott se refere à defesa maníaca como o “feriado da depressão” e entende que, nesse estado, cada detalhe da depressão – inércia, sensação de peso, escuridão e circunspeção – é suplantado por um oposto equivalente – vivacidade, leveza, luminosidade e frivolidade.

Embora seja uma defesa que facilita o relacionamento com o mundo externo em virtude da evitação do que traz peso para a vida, a pessoa que usa essa defesa não consegue “acreditar inteiramente na vivacidade que nega o desalento, justamente porque não acredita em sua própria capacidade de amar o objeto” (Winnicott, 1958k[1935]/2000, p. 202), pois, de acordo com a teoria do concernimento, a capacidade para amar, fazer algo construtivo e reparador só é real quando a destrutividade é reconhecida e baseada em uma culpa pessoal.

Outro aspecto da defesa maníaca que a caracteriza como uma depressão impura com resquícios de imaturidade é o fato de o relacionamento com o objeto externo não ser usado para enriquecer o mundo pessoal, mas sim para diminuir a tensão da realidade interna. As muitas maneiras com que a defesa maníaca se apresenta mostram isso nitidamente. Quando há negação da realidade interna, o que clinicamente se vê é a despreocupação com as coisas sérias. Quando há fuga da realidade interna para a realidade externa, um paciente faz com que a realidade externa expresse suas fantasias, outro devaneia e manipula onipotentemente a realidade, e há aquele que explora as possibilidades físicas da sexualidade e sensualidade, em atividades autoeróticas ou experiências homossexuais e heterossexuais compulsivas. Também é importante destacar que o quadro de defesa maníaca organizado traz associados muitos e variados distúrbios psicossomáticos.

Winnicott define como “artificial” (1958b[1950]/2000, p. 294) a atividade de negar a morte interna ou o humor depressivo, pois a negação da morte interna (luta interior) não deixa a pessoa chegar à destrutividade pessoal, impedindo que esta seja usada construtivamente na relação com o outro. Diferentemente do que acontece na oscilação maníaco-depressiva, em que há uma explosão de agressividade, na defesa maníaca a

agressividade negada aparece na forma de “desarrumação, desleixo, irritação e falta de perseverança construtiva” (Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 295).

No período do desenvolvimento infantil, a depressão¹⁴ surge como um problema físico ou um mal-estar inespecífico prontamente atendido por uma mãe atenta, e a negação da depressão pode ser diagnosticada pelo estado de “agitação ansiosa comum”, que corresponde aos estados de hipomania dos adultos. Quando a criança ainda está em desenvolvimento, esse estado de agitação infantil revela que o efeito do humor deprimido sobre o corpo ameaçou a conquista da capacidade para deprimir-se, mostrando que a negação do humor deprimido é uma organização defensiva para reter a depressão. A alternativa a essa negação seria o retrocesso no amadurecimento emocional para um estado antes da integração e do concernimento, o que equivaleria à loucura. Manter essa defesa é útil para a pessoa, mas, diz Winnicott, isso não é saúde, pois o preço que se paga para viver uma vida alegremente falsa é muito alto.

Winnicott acredita que o conceito de defesa maníaca funde-se ao conceito de falso si-mesmo (cf. Winnicott, 1971f[1967]/1999, p. 17), ambos organizados como defesa à ameaça da posição do Eu Sou ou à integração. A excitação e vivacidade usadas para negar a depressão correspondem ao falso si-mesmo, que tem a função de ocultar o verdadeiro si-mesmo que foi traumatizado.

Embora certo grau de defesa maníaca possa ser empregado por todo mundo na vida cotidiana, e este ser, inclusive, um estado clínico comum em crianças normais, Winnicott acredita ser impossível discutir, abstratamente, se a manipulação, o controle e a desvalorização onipotentes são um reassuramento normal por meio da realidade externa contra a morte interna (rádio sempre ligado e luzes acesas) ou se correspondem à “defesa maníaca anormal” (Winnicott, 1958k[1935]/2000, p. 202). Por esse entendimento, ele assinala que essa discussão só pode ser realizada na análise.

Assumir responsabilidades por tudo o que há em seu interior é, segundo Winnicott, sinal de saúde e amadurecimento; teoricamente falando, é indicação de um estado de integração, no qual não há necessidade de ocultar ou negar aspectos da realidade interna. O caso a seguir, descrito por Winnicott, ilustra bem essa questão. É também um bom exemplo da técnica de interpretação na transferência dual. Esse caso está inserido no texto “Agressão, culpa e reparação” (Winnicott, 1984c[1960]/1999, pp. 75 e 157).

Certo dia, um paciente que Winnicott atendia há dois anos, ao ver um gravador na sala do analista, comentou que gostaria de pensar que, quando seu tratamento terminasse, tudo o que acontecera com ele pudesse vir a ser valioso para o mundo. Winnicott entendeu que esse comentário poderia indicar que o paciente estava prestes a ter um acesso de destrutividade direcionado a ele (o que já vinha acontecendo), mas não falou nada. No entanto, próximo do fim da sessão, Winnicott observa que realmente o paciente havia alcançado uma nova forma de se relacionar com a inveja que sentia em relação ao fato de ele ser um bom analista. Winnicott nota que, agora, o paciente estava em contato com os sentimentos destrutivos surgidos na relação com ele, um objeto bom. Certo de que essas elaborações eram parte da experiência do paciente, Winnicott recordou-lhe da esperança construtiva revelada na fala relativa ao gravador, sem, no entanto, retomar a discussão do tema, pois o acontecido ao longo da sessão mostrava-se suficiente para a compreensão da interpretação. Winnicott afirma, então, que, quando ligou esses fatos, o paciente lhe disse que estava certo e que se sentia bem com isso, mas, caso a interpretação houvesse sido feita baseada na primeira observação, ou seja, o analista “tivesse tomado o seu *desejo* como indicação de que ele queria me[Winnicott] destruir” (Winnicott, 1984c [1960]/1999, p. 75; o *itálico* é meu), isso teria sido desastroso.

Winnicott realça que o paciente precisou alcançar primeiro o impulso destrutivo (em seu ritmo e de maneira própria) para que a ideia de contribuição lhe permitisse uma maior aproximação com a própria destrutividade. O fato de o paciente ter alcançado a destrutividade fica evidente na seguinte fala do autor: “o esforço construtivo é falso e desprovido de significado”, a menos que seja “precedido de uma aproximação em relação à destruição” (Winnicott, 1984c[1960]/1999, p. 75). Winnicott encerra a apresentação da sessão lembrando que a análise havia começado em razão da queixa do paciente em relação à falta de um fundamento em sua atividade profissional e à existência de um padrão de vida que fazia com que ele, embora desempenhasse bem suas tarefas e ficasse próximo do sucesso, sempre era tomado por um sentimento de futilidade, falsidade e pela necessidade de provar sua inutilidade.

6.5 Oscilação maníaco-depressiva

Winnicott diz que a oscilação maníaco-depressiva não oferece, como

a defesa maníaca, oportunidade de férias, pois se trata de uma “alternância de dois estados igualmente desconfortáveis, sendo irreal a mania, e a depressão intolerável” (Winnicott, 1989xd[1954]/1994, p. 334). O aspecto que caracteriza a oscilação maníaco-depressiva é a dissociação relativa aos estados de humor, impossibilitando o paciente de ficar em contato com a condição oposta. A dificuldade é administrar, por um lado, a agressividade não fundida e, por outro, os “elementos introjetados onipotentes” (Winnicott, 1965n[1962]/1990, p. 118) que periodicamente assumem a direção das ações da pessoa.

A presença dessa dissociação indica que a pessoa absorveu uma cisão da personalidade e a consequência disso é a excessiva falta de comunicação entre os estados de mania e depressão. Assim, o paciente fica deprimido quando tenta controlar uma tensão interna. No entanto, quando é ativado por algum aspecto da situação interna tensa, que foi introjetado onipotentemente, torna-se maníaco. Entretanto, o estado de mania decorrente dessa dissociação é diferente da defesa maníaca, na qual a agitação, manifestada de diversas maneiras, não passa de uma negação da morte no mundo interno. Na oscilação maníaco-depressiva, “a vivacidade do mundo interno toma conta e impulsiona” (Winnicott, 1958b[1950]/2000, p. 294) a pessoa, que pode se tornar arrogante, altiva, sarcástica e até mesmo muito agressiva, sem que haja um estímulo externo reconhecido e relacionado a essas atitudes.

Winnicott define a personalidade maníaco-depressiva como a mais comum entre as pessoas. É a que se estrutura a partir de certo grau de fusão dos instintos agressivos e destrutivos (o que pressupõe inconfiabilidade materna em algum nível), situação que torna a pessoa facilmente seduzida para experiência instintiva – sempre vivida como irreal – e, de modo oposto, impiedosamente agressiva. Essa agressividade, que só surge por oposição ou perseguição, não é pessoal, mas agrega valor para a pessoa pelo fato de trazer uma sensação de realidade e de que a pessoa está se relacionando. Para esse tipo de personalidade, a depressão é possível em virtude de certa integração alcançada, mas o próprio estado de oscilação deixa evidentes os resquícios de imaturidade relacionados a problemas de integração e/ou de ameaça ao Eu Sou, quando o concernimento é alcançado, mas não estabelecido.

Clinicamente, essas oscilações são perceptíveis pelo estado de ânimo do paciente, que ora está profundamente deprimido, inibido e desanimado (predominando a impressão de irrealidade do mundo externo), ora possui um estado de ânimo vivaz, uma certa “confiança” de que agora tudo vai

dar certo, sempre caracterizada por uma arrogância impenetrável, sem que seja possível estabelecer relação com alguma experiência concreta que justifique tal ânimo. Pouco tempo é necessário para observar que o aparente esforço construtivo originou-se de uma reação a uma oposição ou perseguição externa.

6.6 Exagero das fronteiras do ego

Refere-se a um estado de depressão decorrente do temor da perda das conquistas alcançadas, que surge quando ocorre a quebra do círculo benigno. Sendo desfeito esse círculo, a situação de confiabilidade e previsibilidade nas relações instintuais é perdida (ou extremamente ameaçada). As consequências para a criança são a inibição dos instintos, que acarreta um empobrecimento da personalidade, e, ao se efetivar a quebra do círculo, a perda da capacidade para sentir culpa. Essas consequências irão variar em intensidade de acordo com o estado de amadurecimento da pessoa no momento da quebra do círculo, bem como pelo fato de ser essa experiência temporária ou permanente. Quando essa quebra foi temporária e próxima ao período em que o círculo benigno foi conquistado – época em que a integração ainda é muito vulnerável –, o exagero das fronteiras do ego funciona como defesa que leva à organização da personalidade em um padrão depressivo, com alta inibição dos instintos, em razão do receio da “irrupção de mecanismos esquizoides de divisão” (Winnicott, 1964e[1963]/1999, p. 67). Se esse estado de inibição persistir por um longo período, pode “acabar se incorporando à personalidade do paciente” (Winnicott, 1964e[1963]/1999, p. 67). Nesse caso, um estado de baixa vitalidade será o modo de essa pessoa relacionar-se com a externalidade, fato que diminuirá a chance de enriquecimento da realidade interna.

6.7 Impurezas na melancolia e no mau humor

Winnicott adota o termo melancolia para classificar o estado depressivo no qual predomina a desesperança nos relacionamentos objetivos. Esse estado é organizado como defesa para um tipo de confusão no mundo interno, oriunda da impossibilidade de a pessoa lidar com uma situação que está além de seu amadurecimento e da organização do ego. Trata-se da depressão originada pela perda de um ambiente adaptado de

modo definitivo ou mudanças no ambiente que se estendem por um período prolongado, como no caso de morte ou doença da mãe ou de alguém da família.

Melancolia é, por isso, definida por Winnicott como “a forma organizada de depressão” (Winnicott, 1958o[1956]/1990, p. 24). É um estado de defesa inconscientemente organizado por pessoas que carregam um sentimento de culpa intolerável, que também é inexplicável, sempre exagerado e desconectado dos fatos reais. Representa uma tentativa de pôr ordem (administração) na confusão que há no mundo interno, desencadeada pela culpa e pela suspeita de que o ódio (mau) é maior que o amor (bom); assim, a melancolia deve ser entendida como a doença na qual a destrutividade e a ambivalência foram reconhecidas pela criança em seu amadurecimento, mas, em virtude de alguma circunstância, foram “profundamente reprimidas e tornadas inacessíveis” (Winnicott, 1965o[1958]/2001, p. 88). Apesar de o ódio e a destruição estarem sob controle, portanto não presente, o convívio com esse paciente é insuportável, pois o “humor é antissocial e destrutivo” (Winnicott, 1964e[1963]/1999, p. 67) em razão do esforço para manter afastados do mundo interno sentimentos (amor e ódio) que ameaçam reaparecer. Winnicott acredita que, quando traz para si responsabilidades que não lhe dizem respeito, o melancólico está evitando “entrar em contato com sua destrutividade pessoal” (Winnicott, 1958o[1956]/1990, p. 24). De acordo com a teoria winnicottiana, a situação em que o ódio é reprimido nessa intensidade está relacionada à quebra do círculo benigno.

Nesse ponto é possível mostrar que a diferença entre o modo de Winnicott e Freud compreenderem a melancolia está ligada à teoria da culpa e ao conceito de superego e de moralidade. Enquanto para Winnicott a culpa e a moral pessoal são constituídas no relacionamento dual entre o bebê e a mãe, devendo ser, portanto, consideradas conquistas do amadurecimento (e não relacionadas à ideia de transgressão e lei), para Freud a culpa, a moral e o superego estão associados ao conflito edipiano e baseados na proibição do desejo libidinal do incesto. Quando compreendeu essa diferença, Winnicott entendeu que Freud tratou do sentimento de culpa sem fazer referência aos impulsos destrutivos do impulso amoroso primitivo, que, em amadurecimentos saudáveis, se fundem aos instintivos.

7. Diagnóstico e classificação das doenças psíquicas

Ainda que classificar a depressão em reativa e psicótica facilite o diagnóstico, não seria correto considerar o problema do diagnóstico da depressão resolvido para Winnicott. Por mais que ele julgue fundamental planejar o trabalho terapêutico, para ele “não existem fronteiras claras entre os estados clínicos” (Winnicott, 1989vl[1961]/1994, p. 53). Entretanto, o autor entende que, inicialmente, é necessário “fingir” que essas fronteiras existem “a fim de chegar a algum lugar” (Winnicott, 1989vl[1961]/1994, p. 53). O “algum lugar” é a configuração inicial de um trabalho terapêutico, orientado pelo estado de amadurecimento do paciente, ou seja, pela avaliação da estrutura da personalidade e da organização e força do ego da pessoa.

Portanto, a ideia de sobreposição e inexistência de fronteiras entre os estados clínicos precisa estar evidente quando se considera uma classificação baseada na teoria do amadurecimento pessoal. O diagnóstico winnicottiano não é uma sentença judicial, mas uma forma de compreender e examinar a doença psíquica baseada na ideia da dependência ambiental absoluta na mais tenra infância. Quando a provisão ambiental é falha ou ausente, favorece a interrupção do amadurecimento pessoal e a organização de distúrbios do amadurecimento. Como se vê, o estar no mundo é sempre constituído de modo relacional, pois, desde muito cedo, há a participação, mesmo que incipiente, do mundo pessoal pela elaboração imaginativa.

Por isso, a organização dos quadros depressivos realizada por Winnicott não pode ser interpretada como uma classificação diagnóstica do tipo kraepeliano, pois não há nada de estático e determinista nessa ordenação. Ao contrário, deve ser vista e usada simplesmente como um panorama das possibilidades de entendimento do estado de saúde e amadurecimento de uma pessoa reveladas pelos estados depressivos em suas variadas formas.

Relacionar a psicose, a depressão e a neurose aos estágios de dependência absoluta, dependência relativa e independência relativa foi a maneira encontrada por Winnicott para afirmar que a importância da ambiência se relativiza, mas nunca termina. Sob esse ponto de vista, a maturidade pessoal está sempre à mercê de ser enriquecida, distorcida, ferida, quebrada ou simplesmente posta em questão (como acontece na forma mais saudável da depressão) pelo envolvimento mais ou menos responsável que cada pessoa tem com o outro. Por essa razão, Winnicott achou adequado considerar os distúrbios psíquicos “padrões de conciliação entre o êxito e o fracasso no estado de desenvolvimento emocional do

indivíduo” ou, ainda, “conciliações entre a imaturidade do indivíduo e reações sociais reais, tanto apoiadoras como retaliadoras” (Winnicott, 1963c/1990, p. 200), e não doenças no sentido clássico, definidas por sintomas.

Ao classificar os distúrbios psíquicos, Winnicott leva em conta o fato de grande parte daquilo que caracteriza uma pessoa (seu modo de ser, sentir, pensar e fantasiar) ter sido constituído no relacionamento com o outro, em uma situação de maior ou menor dependência. Para o autor, exceto as neuroses, todas as demais doenças psíquicas fazem “parte da formação da personalidade na meninice mais precoce e na infância, conjuntamente com a provisão ambiental que fracassa ou tem êxito em sua função de facilitar o processo de maturação do indivíduo” (Winnicott, 1963c/1990, p. 198).

Estabelecer o elo entre as doenças psíquicas e os estágios do desenvolvimento emocional da pessoa foi o principal passo de Winnicott para desconstruir a ideia de classificação dos distúrbios em entidades nosológicas fixas, predefinidas e sentenciais. Sendo assim, a doença psíquica está associada à estagnação do processo de desenvolvimento emocional e pessoal, em uma extensão em que seja possível observar a inabilidade da pessoa em relacionar-se – de modo condizente com a idade cronológica e o contexto social – com a realidade externa e objetiva em qualquer aspecto da existência.

Nesse contexto, os transtornos especificamente psíquicos não devem ser confundidos com as alterações psíquicas decorrentes de aspectos físicos do corpo nem problemas decorrentes do cérebro, em que a doença psíquica surge como consequência. Segundo Winnicott, a *doença psíquica propriamente dita* originariamente não surge de nenhuma alteração físico-corporal,¹⁵ ainda que muitas vezes se apresente como um transtorno psicossomático.

Ao traçar uma linha de desenvolvimento dos distúrbios psíquicos de acordo com a linha do amadurecimento, o autor procura caracterizar as doenças conforme a qualidade da provisão ou falha ambiental, observando se houve (e quando houve) alguma forma de transição de um distúrbio para outro, o que pode ser observado pelo tipo de defesa organizada.

Com a tese da dependência ambiental, a classificação dos distúrbios psíquicos foi revista e avaliada a partir de um ângulo menos determinista, resultado do aprofundamento dos estudos winnicottianos em três aspectos: 1) a ideia de um si-mesmo verdadeiro e falso; 2) o pensamento de ser a

delinquência e a psicopatia derivados da privação emocional percebida e real; 3) e o fato de a psicose estar associada a uma privação emocional primitiva. Esses aspectos, que surgiram de dados clínicos, levaram Winnicott a examinar a teoria psicanalítica tradicional e terminaram por se tornar a marca de sua teoria e o fundamento da mudança paradigmática realizada por ele.

Sob a ótica winnicottiana, portanto, a noção do estado de amadurecimento de um paciente que procura ajuda na área psicológica (ou seja, busca um diagnóstico) só pode ser concebida após o delineamento de como aconteceu o atendimento ambiental às necessidades do bebê nos estágios da dependência total (período em que o estabelecimento do indivíduo como uma pessoa separada da mãe estava em curso) e da dependência relativa (ocasião em que a conquista da capacidade para o concernimento se tornava uma possibilidade real).

Quando deslocou o diagnóstico do sintoma e considerou a qualidade experiencial da dupla mãe-bebê – primeiro em estado de fusão e depois como pessoas separadas –, Winnicott sentiu necessidade de um alargamento da técnica de atendimento psicanalítico. Sendo assim, considerou mais adequado para o atendimento da psicose e da depressão uma forma de atendimento inspirada no modelo do cuidado materno. Essa ideia, ao contrário do que possa parecer, exige maior conhecimento teórico e preparo técnico por parte do analista, à medida que pressupõe que este seja capaz de também avaliar as defesas que pertencem ao estágio primitivo. A escolha da técnica apropriada para cada caso só será decidida após uma avaliação por parte do analista da estrutura de personalidade e força de ego do paciente. Feito isso, o autor propõe: o *holding* para pessoas que ainda lutam para conquistar o eu pessoal; o manejo, baseado na transferência dual, para indivíduos imaturos e com impurezas no amadurecimento; e a análise da transferência clássica para aqueles que chegaram a um estado de relativa saúde mental (neurose e depressão reativa).

O preparo teórico do analista para compreender as distorções ambientais, bem como uma maior flexibilidade em relação à técnica a ser adotada, tornou-se uma condição para o trabalho clínico, pois, segundo Winnicott, o diagnóstico de um paciente vai se clareando à medida que o processo de análise prossegue. Por saber disso, argumenta que, embora seja “possível classificar as doenças em termos de colapso ambiental”, é mais orientador para o exercício clínico “estudá-las em termos da organização das defesas no indivíduo” (Winnicott, 1986k[1961]/1999, p.

XVI). Desse modo, diz ele, a base do diagnóstico psíquico “não deve ser a observação da sintomatologia”, mas uma avaliação “da organização da defesa, especialmente a sua rigidez generalizada ou local” (Winnicott, 1989vk[1965]/1994, p. 95). Mediante a organização das defesas, é possível verificar como aconteceu o desenvolvimento da pessoa e sua relação com a provisão ambiental nos momentos cruciais de dependência absoluta e relativa, observando quando houve a interrupção do amadurecimento pessoal.

Já em seu tempo, Winnicott esbarrou na realidade hoje tão viva e presente, de ser a depressão uma forma de adoecimento com múltiplas formas de manifestação clínica. E, em seu modo de entender, a depressão precisaria ser compreendida como um quadro específico e não apenas como um tipo de neurose. Dos estudos realizados sobre o tema, ele chegou à seguinte conclusão: a classificação dos estados psíquicos em apenas dois tipos – neurose e psicose – originalmente proposta por Freud é, como ele reiteradamente diz, “prática”, porém muito “simples”, “limitada”, “artificial” e “grosseira”. As doenças afetivas ou do humor representam para ele a principal justificativa para a proposta de uma classificação psicanalítica ampliada.

No artigo “Psiconeurose na infância” (1989vl[1961]/1994), Winnicott apresenta outros dois fatores que justificam a impossibilidade de se manter a classificação psicanalítica apenas em neurose e psicose. O primeiro deles se refere à expectativa persecutória (paranoia), que pode ocorrer na primeiríssima infância; o outro fator é a tendência antissocial, um tipo de dificuldade que pode se associar a outros tipos de distúrbios que, quando não curados, evoluem para a delinquência e a psicopatia.

Para marcar a extensão dos aspectos relativos ao diagnóstico da depressão, que inclui a classificação das organizações defensivas, Winnicott foi taxativo:

entre a neurose e a psicose há todo um território coberto pela palavra depressão. Quando digo entre, realmente quero dizer que na etiologia destas doenças os pontos de origem da depressão se situam entre os pontos de origem da esquizofrenia e da neurose. (Winnicott, 1963c/1990, p. 199)

A inexistência de fronteiras diagnósticas, tese defendida por Winnicott, se aplica como uma luva para os estados depressivos. O fato de a origem da depressão ser extensamente alinhada traz dificuldade tanto para o diagnóstico como para a distinção dos diferentes estados

depressivos. Para ele, no que se refere à depressão, o clínico pode esperar “todos os graus de superposição” (Winnicott, 1963c/1990, p. 199).

A crítica winnicottiana a uma classificação dos distúrbios psíquicos que desconsidere essa superposição se encontra nas páginas iniciais do livro *Natureza humana* (1988/1990), e atinge tanto a psiquiatria organicista como a psicologia acadêmica, ciências que, de acordo com o autor, por vezes desconsideram a multiplicidade de acontecimentos que envolvem as experiências do viver e do adoecer, adotando, por isso, um olhar unidirecional para o fato psíquico. Sobre a psiquiatria, ele diz: “as entidades nosológicas psiquiátricas estão classificadas e descritas de uma forma muito nítida, mas falsa”; quanto à psicologia, afirma: “os testes de aptidão ou personalidade são respeitados de modo exagerado” (Winnicott, 1988/1990, pp. 27-28). O tom do autor é enfático, talvez um pouco duro, mas a mensagem é simples: para Winnicott, nem a hereditariedade nem os fatores externos, e muito menos aspectos superficiais da psicologia infantil – embora todos importantes –, devem ser unidirecionalmente valorizados quando a saúde ou a doença psíquica está em foco.

Winnicott acompanhava os avanços das pesquisas bioquímicas e tinha noção exata do impasse que a clínica psicanalítica da depressão enfrentaria no futuro em razão disso. Ele presenciou o início do questionamento dos pressupostos teóricos da psicanálise para o tratamento da depressão e soube que a discordância a respeito do fator etiológico dos distúrbios psíquicos seria o elemento que tornaria difícil o diálogo entre psiquiatras e psicanalistas. Entretanto, apoiado em sua dupla formação profissional e, especialmente, em sua teoria do amadurecimento pessoal saudável, ele pôde prever que os atendimentos conjuntos (da psicologia com a medicina psiquiátrica e geral) seriam, em muitos casos, não apenas um fato na clínica da depressão, mas uma necessidade. Teoricamente, a proposição de atendimentos conjuntos é apoiada no conceito de elaboração imaginativa, afirmando ele que

[...] toda função corporal tem sua elaboração imaginativa e também os conflitos que se desenvolvem em associação com ideias, envolvem inibições e confusões na vida corporal; o crescimento nesse contexto não implica apenas transpor estágios devidos ao aumento da idade, mas também a administração de cada estágio à medida que surge, sem que se sofram muitas perdas no que se refere às bases instintivas do sentimento. (Winnicott, 1965t[1950]/2001, p. 36)

A presença de alterações funcionais e fisiológicas como consequência dos estados depressivos é aceita por Winnicott, mas usada pelo

psicanalista como um recurso para o diagnóstico diferencial – um critério auxiliar para avaliar o tipo de organização defensiva da pessoa, a estrutura da personalidade e a força do ego –, nunca o fator etiológico da depressão.

Segundo ele, o fato que tornaria possível o diálogo entre os profissionais das diferentes áreas médicas seria a crença no inconsciente. Em uma palestra proferida na conferência anual da *National Association for Mental Health*, Winnicott (1965vb/1999) comenta a necessidade de intersecção clínica para alguns casos de doenças psíquicas e argumenta sobre o preço que a área de saúde psíquica (refere-se aos psiquiatras) paga por desconsiderar ou negligenciar a pesquisa psicanalítica do inconsciente. Ele deixa evidente nessa palestra que está inteirado dos questionamentos sofridos pela psicanálise e, mesmo assim, reafirma sua convicção de atuar em uma área científica, dedicada à pesquisa e produtora de significativos resultados. Sem chamar para si a autoria, afirma existir “uma considerável contribuição” da psicanálise para o entendimento dos fenômenos depressivos que “está esperando ser levada do campo psicanalítico para o campo psiquiátrico” (Winnicott, 1965vb/1999, p. 176). Ao expor alguns aspectos de sua pesquisa, discute o que deve ser considerado o básico no tratamento da depressão: “a necessidade que as pessoas deprimidas têm de que se lhes permita ficarem deprimidas e serem mantidas vivas e cuidadas durante um período de tempo em que possam resolver seus próprios conflitos íntimos com ou sem psicoterapia” (Winnicott, 1965vb/1999, p. 176).

Por meio da pesquisa clínica em psicanálise e da teoria do concernimento, Winnicott antecipou resultados recentemente alcançados nas pesquisas quantitativas da depressão, que comprovam que 50% das depressões brandas ou moderadas regredem espontaneamente quando a pessoa recebe qualquer forma de apoio psicoterápico, estando medicada ou não. Embora ainda não seja possível concluir que a psicoterapia e medicamentos antidepressivos atuem sobre os mesmos mecanismos cerebrais, pesquisas (Beutel & Klimchak, 2004) com pacientes depressivos e grupo de controle mostram que, nesses dois grupos, a disfunção foi normalizada com diferenças mínimas no resultado. Observa-se também que a psicoterapia é capaz de influenciar certos circuitos cerebrais reguladores de forma mais certa que a maioria dos medicamentos que agem no cérebro.

Winnicott propunha que, em certos tipos de depressão, nenhuma forma de cuidado especializado seria necessária; as pesquisas quantitativas atuais demonstram que em pelo menos 50% delas o atendimento

psicoterápico é suficiente. Esses resultados permitem ver que a proporção de casos de depressão em que a medicação seria indicada é menor em relação aos casos em que bastaria à pessoa deprimida ter um tempo para administrar seu mundo pessoal.

Descritas a teoria do amadurecimento pessoal e a teoria da depressão, não surpreende ver que chegamos ao tempo anunciado por Winnicott na década de 40 do século passado. Cerca de 20 anos depois de iniciar seus estudos em psicanálise, ele previu que, quando a ciência médica pudesse controlar a parte física de certas condições comuns, tais como a gripe, o reumatismo e a hipertensão arterial, a depressão grave, a paranoia e a hipomania crônica surgiriam como patologias. Essa ideia, se associada ao seu pensamento de que o atendimento de pessoas com neurose estaria rumando firmemente para o fim – pelo fato de os casos de neurose estarem se tornando cada vez mais raros –, não deixa dúvida de que a depressão é o novo desafio da área psíquica.

8. Nota sobre o suicídio

Não seria possível encerrar um trabalho sobre depressão sem ao menos uma referência ao suicídio, tema que, sem dúvida, faz parte da preocupação dos que trabalham com essa patologia. Pela extensão do tema, não será possível abordá-lo de maneira aprofundada. Assim, apontaremos a direção dos estudos nas áreas pesquisadas e situaremos como Winnicott compreende o suicídio.¹⁶

Embora sejam entidades clínicas diferentes, depressão e suicídio frequentemente coexistem, influenciando-se mutuamente, a ponto de o suicídio ser avaliado como a mais séria complicação do distúrbio afetivo (Baptista, 2004, p. 91). Por essa razão, o risco de suicídio para pessoas deprimidas é considerado um dos fatores que mobiliza deprimidos, e também parentes e pessoas próximas ao deprimido, a procurarem atendimento especializado ao menor sinal de tristeza e alteração de humor.

Mesmo sendo o suicídio intensamente pesquisado, não há, ainda, resultados conclusivos na psiquiatria a respeito das razões que impelem as pessoas a tirarem a própria vida. Desse modo, o uso de antidepressivos e, em especial, a internação hospitalar para os casos nos quais o risco de suicídio se apresenta de maneira mais explícita têm sido adotados como medidas preventivas.

Na psicanálise de base freudiana, o ponto comum a todos os tipos de suicídio “seria a existência de uma frustração libidinal, em que o desejo não pode ser satisfeito e, de maneira mágica, a pessoa se vingaria obtendo como resultado a própria morte” (Capitão *apud* Baptista, 2004, p. 182). Isso se aplica também ao suicida depressivo que, de acordo com essa linha de raciocínio, não estaria tirando a própria vida, pois seu alvo é outro objeto ou pessoa que, por estar introjetada e identificada em seu próprio ego, dirige as ações destrutivas e de ódio para ela mesma. Para Freud, esse mecanismo era tão linear que ele chegou a afirmar que “a tendência do melancólico ao suicídio torna-se mais compreensível se considerarmos que o ressentimento do paciente atinge a um só golpe seu próprio ego e o objeto amado e odiado” (Freud, 1917[1916-1917]a/1996, p. 428).

E Winnicott, como entende o suicídio? Para ele, não há sentido compreender um conceito psicopatológico sem considerar a teoria do amadurecimento pessoal. Prevalece, como sempre, a ideia de que o comportamento ou ideação suicida tem suas raízes fincadas no momento do amadurecimento em que alguma falha da provisão materna impede a continuidade saudável. Sendo assim, suicídio, ideação suicida ou tendência suicida podem “estar presentes naquelas situações em que as interrupções do processo de amadurecimento, por serem tão prematuras, não permitiram que o indivíduo escapasse à psicose, na qual predomina a ansiedade de aniquilamento” (Faria, 2003, p. 93). Problemas associados ao suicídio podem se apresentar nos diferentes tipos de depressão, em especial naqueles em que há delírios de perseguição, transtornos psicossomáticos e hipocondríacos associados, e nos casos de tendência antissocial, sempre que misturados com a defesa do falso si-mesmo.

Winnicott associa o suicídio à defesa do falso si-mesmo, organizado quando o verdadeiro si-mesmo não pode emergir por falta de ambiência adaptada. Por vezes, o suicídio é a única defesa que resta contra a traição do verdadeiro si-mesmo. Nesse caso, o suicídio, organizado pelo falso si-mesmo, promove a destruição do si-mesmo total para evitar o aniquilamento do verdadeiro si-mesmo. O suicídio também pode ser uma forma de administrar um mundo interno confuso ou impregnado de elementos persecutórios, uma vez que a pessoa põe para fora o que considera bom e coloca dentro de si o que é ruim para, em seguida, destruir tudo. Sobre essa situação, Winnicott recorda a biografia de Philip Hesseltine, que, antes de fechar a porta da casa e ligar o gás, colocou o seu gato para fora.

De acordo com Faria, o elemento central nos casos de suicídio é a

“impossibilidade de o indivíduo sentir-se real” (2003, p. 168). Desse modo, para uma pessoa que vive acompanhada do sentimento de irrealidade e de futilidade, o suicídio pode ser considerado uma nova esperança de ser, de tornar o si-mesmo verdadeiro real ou ainda de preservar a realidade interna.

Para os pacientes com risco de suicídio em análise, Winnicott faz duas observações: 1) chama a atenção para o fato de a ameaça de suicídio por parte do paciente ser uma chantagem que faz com que o clínico “superproteja e forneça um supertratamento ao paciente, interferindo com o manejo humano” (Winnicott, 1965vb/1999, p. 176), que seria adequado apenas para o depressivo comum; 2) assinala que o suicídio, quando acontece, deve ser aceito como um acontecimento triste, e não como indicativo de falta de cuidado do psiquiatra.

Winnicott sempre admitiu o suicídio como um risco para a depressão, por isso indicou que o deprimido deveria ser cuidado e mantido vivo enquanto durasse a depressão. No entanto, essa certeza nunca ofuscou o fato de a depressão ser a doença que tem em si a perspectiva de saúde e que esse fato, mais que qualquer outra preocupação, deveria ser valorizado. Foi tratando de um paciente deprimido de 30 anos que Winnicott percebeu que, em um grande número de casos, o humor depressivo significa o mais próximo que uma pessoa pode chegar do verdadeiro si-mesmo – a única condição de uma existência plena de sentido e realidade.

1. A teoria completa e detalhada do estágio do concernimento foi apresentada nos Capítulos 4 e 5.
2. É importante lembrar que há dois momentos do amadurecimento relativos à ambivalência. O primeiro quando, em razão do cuidado materno, há uma fusão dos impulsos instintivos e agressivos, e o bebê conquista a ambivalência; e, mais tarde, caso o círculo benigno seja estabelecido, ele conquista a capacidade para a ambivalência.
3. A confusão na depressão psicótica pode ser associada ao que Winnicott chama de “confusão intermediária”, que pode acontecer em qualquer estágio do amadurecimento, desde que “se faça à atividade mental uma exigência a qual se encontra além do campo de ação do indivíduo no momento, seja por causa de problemas múltiplos, concomitantes, seja pelo fato de a tarefa achar-se além do que combina com o estado de desenvolvimento e organização do ego” (1989[1956]/1994, p. 27).
4. Winnicott discorda da ideia de que inicial e profundo sejam sinônimos, como acontecia com Klein e outros psicanalistas contemporâneos a ele. Inclusive, como já

comentamos no Capítulo 2, ele só conseguiu *usar* plenamente as ideias de Klein quando percebeu essa diferença. Com essas descobertas, ele chegou à tese da dependência total, que, quando não suprida, impede a constituição da pessoa como uma unidade-eu, em virtude da privação e, da mesma forma, desenvolveu a ideia da deprivação, que se refere à perda de uma situação satisfatória de cuidado e ao surgimento de comportamentos antissociais denunciando isso.

5. Winnicott entende que nem sempre é possível “fazer um diagnóstico correto de início (1965vd[1963]/1990, p. 208). Comenta que algumas depressões reativas patológicas acabam sendo mais graves do que se apresentavam de início, “tendendo eventualmente a revelar aspectos psicóticos à medida que a análise prossegue” (1965vd[1963]/1990, p. 208).
6. Tema relacionado à raiz da agressividade, apresentado no Capítulo 4. Relembramos que a fusão dos impulsos agressivos e instintivos acontece no estágio da dependência absoluta, mas, pelo fato de a agressividade inata ser variável, no sentido quantitativo (em razão das experiências realizadas na vida intrauterina), as experiências primitivas dos bebês recém-nascidos também serão variadas. Quando no estágio primitivo o cuidado materno é adaptativo, a quantidade de “resíduos de agressividade” não fundidos compõe a diferença entre as pessoas saudáveis. Situação diversa acontece quando a fusão dos instintos é parcial e resta, então, uma quantidade variável e significativa de agressão não fundida para ser controlada pela pessoa.
7. Para Winnicott, dar-se conta da destrutividade pessoal é elemento fundamental para o amadurecimento. Parte da possibilidade de tolerar a destrutividade é conquistada pela segurança na sobrevivência da mãe no momento da destruição do objeto subjetivo, que, conseqüentemente, facilitará a separação entre fatos e fantasias.
8. Segundo Loparic, a compreensão de Winnicott quanto ao sentido de bom e mau ser, em sua origem, “a expressão do encontro bem ou malsucedido entre objetos e expectativas do lactante” (Loparic, 1995, p. 51) é um exemplo de sua rejeição da metapsicologia, pois esse pensamento se contrapõe à ideia de bom e mau como projeções do conflito pulsional.
9. Loparic tratou dessas questões no artigo “Além do inconsciente: sobre a desconstrução heideggeriana da psicanálise” (2001a).
10. Diferentemente da teoria freudiana, o uso dos mecanismos mentais pelo paciente não é uma representação, mas sim o resultado concreto do que acontece em seu mundo interno. Após o período de contemplação, durante o qual é realizado a “digestão” dos elementos do mundo interno, a pessoa projeta o que sobrou dessa digestão: se sobraram coisas boas, projeta coisas boas; se coisas más, projeta coisas más.
11. Sobre o tema, ver *Família e desenvolvimento pessoal*, 1965a/2001, p. 11, e *Natureza humana*, 1988/1990, p. 128.
12. Quando a capacidade para ser concernido é alcançada em análise, o paciente está sujeito aos mesmos riscos de coincidência que uma criança em seu amadurecimento natural. Cabe ao analista, naquilo que lhe diga respeito, cuidar para que coincidências não aconteçam.
13. Winnicott diz que toda a complexa teoria da projeção e da introjeção, bem como os

conceitos desenvolvidos em termos do “objeto interno”, constituem um desenvolvimento do tema da identidade do corpo com a psique (cf. 1989vm[1969]/1994, p. 89).

14. Segundo Winnicott, na infância, o humor deprimido aparece como tal apenas nos casos em que a criança sofre uma privação – situação em que um ambiente bom deixa de existir em um momento no qual a criança já é capaz de perceber que ele existia e não existe mais. Configura-se, portanto, uma perda para a criança. No entanto, como ela é imatura para realizar o luto, a depressão se organiza. Os estados depressivos relacionados à privação serão descritos a seguir, nos itens 6.6 e 6.7.
15. Assumpção Júnior (*apud* Baptista, 2004) alerta que a depressão na terceira idade é mais heterogênea; por isso, torna-se necessária uma correta identificação dos sintomas, diferenciando-os das manifestações próprias do envelhecimento – por exemplo, a depressão como reação a perdas físicas e emocionais –, dos estados de depressão associados ou sobrepostos a quadros demenciais ou de outras doenças preexistentes.
16. Sobre a compreensão winnicottiana do suicídio, confira o trabalho de Flávio Del Matto Faria (2003).

Conclusão

[...] esta preocupação com a existência do ser humano é a base de qualquer desejo de curar que o analista possa ter. (Winnicott)

O objetivo deste estudo foi reconstruir e analisar a teoria winnicottiana da depressão, destacando sua relevância como uma teoria aplicável para o diagnóstico e tratamento dessa doença, na forma como se apresenta na clínica psicanalítica atual. Pelo entendimento de que o desenvolvimento teórico de Winnicott, em relação à depressão, foi impulsionado pelo reconhecimento das limitações da teoria psicanalítica freudiana, também foi intenção desse trabalho firmar a posição de ser a teoria winnicottiana do amadurecimento pessoal um acréscimo teórico e clínico para área psicanalítica.

Esta investigação foi pautada na observação do crescente aumento dos casos de depressão na clínica psicológica, na localização do impasse que envolve a clínica da depressão relacionado à sua etiologia e no questionamento generalizado a respeito da aplicabilidade das teorias psicológicas para o tratamento da depressão.

Para delimitar o campo de pesquisa, foi realizado um levantamento do tema da depressão nas áreas da psicologia, psicanálise e psiquiatria, do qual concluiu-se que a diversidade de posições e pesquisas na área da psicologia incrementa as dúvidas sobre a aplicabilidade terapêutica das teorias psicológicas, apesar de elas terem em comum o entendimento de que a etiologia da depressão não é orgânica. Verificou-se que a psicanálise freudiana é a área de pesquisa que possibilitou o diálogo com a psiquiatria, mas que também se tornou a área responsável pelo questionamento a respeito da aplicabilidade terapêutica de um tratamento orientado pela posição psicológica, em razão de as teses básicas dessa teoria serem criticadas como um todo e, de modo particular, como sustentadoras de uma clínica da depressão. E, por fim, viu-se que o interesse das pesquisas

atuais da depressão em psicanálise, psicologia e até mesmo psiquiatria está dirigido à compreensão do relacionamento inicial da mãe com o bebê, fazendo ressurgir o interesse pelos teóricos da relação de objeto.

Esses resultados confirmaram a necessidade de um estudo da teoria da depressão de Winnicott, autor que defende a posição da existência de um significado psicológico no humor, responsável inclusive pela evolução patológica de um quadro de depressão; também tornaram clara a importância de que as diferenças entre Winnicott, Freud, Klein e outros teóricos da relação de objeto sejam estabelecidas para que a originalidade de Winnicott, teórico que orienta seu trabalho sob outra base epistemológica, possa ser avaliada.

Para atender aos objetivos propostos, considere importante analisar a teoria da depressão de Freud, realçando as limitações apontadas por ele, e mostrei como Winnicott tratou essas limitações ao construir sua teoria. Essa discussão foi realizada sob a proposição de que as mudanças introduzidas por Winnicott na teoria psicanalítica constituem uma mudança paradigmática.

Assim estabelecido, fiz a sistematização da teoria winnicottiana do amadurecimento pessoal, adotando como ponto de referência a conquista da *capacidade para deprimir-se* como uma condição saudável para a continuidade do amadurecimento, sempre destacando as situações em que a depressão pode adquirir um caráter patológico. Finalmente, apresentei a classificação dos tipos de depressão propostos por Winnicott, considerando a ideia de ser a depressão uma forma de administração do mundo interno.

Da análise da teoria do amadurecimento pessoal é possível mostrar que os conceitos fundamentais para a compreensão da teoria winnicottiana da depressão como um acréscimo teórico e clínico para a área psicanalítica são:

- 1) a etiologia do adoecer psíquico relacionada à ideia de dependência ambiental, e não ao complexo de Édipo;
- 2) a constituição de um si-mesmo pessoal como condição para que o termo psicologia humana adquira sentido;
- 3) o conceito de mundo pessoal como o lugar onde os conflitos humanos acontecem em oposição ao conceito de aparelho psíquico freudiano, cuja economia interna é regida por um jogo de forças;

- 4) a ideia de os mecanismos de defesas serem aplicados sobre as fantasias pessoais (imaginação) relativas ao relacionamento com outra pessoa, e não sobre a libido;
- 5) a técnica da transferência dual, baseada no modelo de relação estabelecido entre a mãe e o bebê no estágio do concernimento, como a adequada para a clínica da depressão.

E, em relação à aplicabilidade da teoria winnicottiana para a clínica atual da depressão, é fundamental destacar também:

- 1) o conceito de existência psicossomática e adoecer psicossomático, sustentados pelo conceito de elaboração imaginativa, que trata do efeito da psique sobre o soma;
- 2) a ideia de um falso si-mesmo como defesa mais bem-sucedida e que, quando presente, dificulta o diagnóstico, pois altera e mistura os estados clínicos e as ideias de privação, ligada a falhas ambientais no estágio da unidade mãe-bebê, e de deprivação, relativa a falhas acontecidas quando a criança é capaz de percebê-las, como essenciais para orientar o diagnóstico clínico.

Desse estudo pode-se concluir que, para Winnicott, a depressão é uma doença relacional, ligada a problemas com a culpa e com a destrutividade inerente à natureza humana, cujo diagnóstico – que depende da avaliação da estrutura da personalidade constituída e da força do ego – precisa ser realizado à luz da linha do amadurecimento pessoal, pois assim é possível caracterizar a doença de acordo com as falhas ambientais, observar as defesas organizadas e estabelecer a forma de tratamento.

O “valor da depressão”, defendido por Winnicott, está ligado à noção de amadurecimento (integração), implícita quando o humor deprimido está presente. A pessoa saudável, que conquistou a *capacidade para deprimir-se*, é capaz de relacionar-se com a realidade externa, e, sabendo-se separada desta, é capaz de envolver-se com a vida, preocupar-se consigo e com os outros, e também responsabilizar-se pelos seus sentimentos, pensamentos e ações.

De forma geral, a depressão deve ser compreendida como uma forma particular e inconsciente de administração da realidade interna, na qual o humor deprimido abafa a luta interior – caracterizada pela dúvida a respeito da capacidade de reparação e construtividade da pessoa –, sempre deflagrada pela experiência instintiva. É um controle global sobre o mundo interno que pode inclusive afetar o corpo e, em alguns casos, toda a

fisiologia corporal pode ser alterada. Apesar de essas alterações fisiológicas poderem ser constatadas, a depressão é um transtorno psicossomático que não reage a intervenções realizadas exclusivamente sobre o corpo, pois o humor deprimido indica que a natureza do problema é psíquica.

A classificação em dois tipos de depressão – reativa (simples e patológica) e psicótica – é usada para indicar o estado de amadurecimento relativo à condição de a pessoa assumir como próprios os sentimentos existentes em seu mundo pessoal e um norteador para o diagnóstico e tratamento. Nas depressões reativas simples, o modo amadurecido de lidar com a responsabilidade, frustrações e perdas é revelado pela saída espontânea do estado de depressão. Nas depressões reativas patológicas, em razão dos conflitos inconscientes reprimidos, um atendimento psicanalítico se faz necessário. Nas depressões psicóticas (depressões com impurezas), a integração é observada pelo humor depressivo, mesmo quando negado, mas o estado de imaturidade relativo à incapacidade de tolerar todos os sentimentos envolvidos na relação com o mundo externo é denunciado pela necessidade de a pessoa manifestar a depressão via distúrbios físicos, pelo uso de defesas antidepressivas e de um humor antissocial. Esses são os casos em que a depressão pode manifestar-se associada a distúrbios psicossomáticos em que o atendimento conjunto, com outras áreas da medicina, pode se fazer necessário.

Todos esses elementos permitem concluir que a teoria winnicottiana da depressão traz subsídios para os clínicos da área compreenderem as diferentes formas de apresentação da depressão e para discernirem a necessidade de atendimentos simultâneos com a psiquiatria e outras áreas da medicina.

Referências*

- Abraham, K. (1948). Sobre la exploración y el tratamiento de la psicosis maniaco-depresiva y estados análogos. In A. Garma & L. Rascovsky, *Psicoanálisis de la melancolia*. Buenos Aires: El Ateneo. (Trabalho original publicado em 1911)
- Abraham, K. (1948). Breve estudio del desarrollo de la libido a la luz de los trastornos mentales. In A. Garma & L. Rascovsky, *Psicoanálisis de la melancolia*. Buenos Aires: El Ateneo. (Trabalho original publicado em 1924)
- Abram, J. (2000). *A linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Abram, J. (2003). *André Green e a Fundação Squiggle*. São Paulo: Roca.
- Allers, R. (1961). *Existentialism and Psychiatric*. Illinois: Thomas Book.
- Allers, R. (1970). *Freud: um estudo crítico da psicanálise*. Porto: Tavares Martins.
- Alonso-Fernandez, F. (1968). *Fundamentos de la psiquiatria actual*. Madrid: Editorial Paz Montalvo.
- Almeida, O. P. et al. (1996). *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- American Medical Association (2002). *Guia essencial da depressão*. São Paulo: Aquariana.
- Baptista, M. N. (2004). *Suicídio e depressões: atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Barron, J.; Eagle, M. & Wolitzky, D. (1992). *Interface of Psychoanalysis and Psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row.
- Becker, J. (1977). *Affective Disorders*. Morristown: General Learning Press.
- Benedek, T. & Anthony, J. (1975). *Depression and Human Existence*. Boston: Little, Brown and Company.
- Berlinck, M. (2000). *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta.
- Beutel E. M. & Klimchak, S. (2004). Drogas ou divã?. *Viver: mente & cérebro*, n. 14, 46-50.
- Bleichmar, H. (1987). *Depressão: um estudo psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bleichmar, N. (1992). *A psicanálise depois de Freud*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Braun, K. & Bock, J. (2004). Cicatrizes da infância. *Viver: mente & cérebro*, n. 14, 74-

- Casement, A. (2004). *Who owns psychoanalysis?* London: Karnac.
- Castro, D. S. P. (2008). Winnicott e o *Middle Group*: a diferença que faz diferença. *Natureza humana*, 10(1), 73-104.
- Catafesta, I. (1997). *A clínica e a pesquisa no final do século: Winnicott e a Universidade*. São Paulo: Lemos.
- Cole, J.; Schatzberg, A. F. & Frazier, S. (1978). *Depression: Biology, Psychodynamics, And Treatment*. New York: Plenum.
- Cintra, E. M. de U. (2000). *Pulsão de morte e narcisismo absoluto: estudo psicanalítico da depressão*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Cintra, E. M. de U. (2004). *Melanie Klein. Estilo e pensamento*. São Paulo: Escuta.
- Cordás, T. A. (2002). *Depressão: da bile negra aos neurotransmissores. Uma introdução histórica*. São Paulo: Lemos.
- Crews, F. (1995). *Freud's legacy in dispute*. New York: Review Books.
- Crews, F. (1998). *Unauthorized Freud: doubters confront a legend*. New York: Penguin.
- Davidoff, L. (2001). *Introdução à psicologia*. São Paulo: Makron.
- Davis, M. & Wallbridge, D. (1982). *Limite e espaço: uma introdução à obra de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Dias, E. (1998). *A teoria winnicottiana das psicoses*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Dias, E. (1999). A clínica das psicoses e a teoria do amadurecimento de Winnicott. *Revista Infante*, 7(1), 15-19.
- Dias, E. (2002a). A trajetória intelectual de Winnicott. *Natureza humana*, 4(1), 111-156.
- Dias, E. (2002b). Da sobrevivência do analista. *Natureza humana*, 4(2), 341-362.
- Dias, E. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Eagle, M. (1984). *Recent Developments in Psychoanalysis: A Critical Evaluation*. New York: McGraw-Hill.
- Ellenberger, H. (1970). *The Discovery of the Unconscious*. New York: BasicBooks.
- Faria, F. D. M. (2003). *O suicídio na obra de D. W. Winnicott: elementos para a formação de uma teoria winnicottiana do suicídio*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Flach, F. (1988). *Affective Disorders*. New York: W. W. Norton & Company.
- Fedida, P. (1999). *Depressão*. São Paulo: Escuta.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Freud, S. (1996). Além do princípio do prazer. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)

- Freud, S. (1996). Um caso de cura pelo hipnotismo. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1892-1893)
- Freud, S. (1996). Casos clínicos – Estudos sobre a histeria. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893-1895)
- Freud, S. (1996). Contribuições para uma discussão acerca do suicídio. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 11). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910)
- Freud, S. (1996). A dissecação da personalidade psíquica. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 22). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933[1932])
- Freud, S. (1996). A dissolução do complexo de Édipo. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924)
- Freud, S. (1996). Dois verbetes de enciclopédia. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923[1922])
- Freud, S. (1996). O ego e o id. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)
- Freud, S. (1996). Um estudo autobiográfico. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925[1924])
- Freud, S. (1996). Fixação em traumas: o inconsciente. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 16). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917[1916-1917]b)
- Freud, S. (1996). Fragmentos da análise de um caso de histeria. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905[1901])
- Freud, S. (1996). A história do movimento psicanalítico. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914a)
- Freud, S. (1996). O humor. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1927)
- Freud, S. (1996). O inconsciente. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915a)
- Freud, S. (1996). Inibições, sintomas e ansiedade. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926[1925]a)
- Freud, S. (1996). Os instintos e suas vicissitudes. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915b)

- Freud, S. (1996). Introdução à psicanálise e às neuroses de guerra. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 17). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919)
- Freud, S. (1996). Luto e melancolia. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917[1915])
- Freud, S. (1996). O método psicanalítico de Freud. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1904[1903])
- Freud, S. (1996). Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1906[1905])
- Freud, S. (1996). Neurose e psicose. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924[1923])
- Freud, S. (1996). Psicanálise. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926[1925]b)
- Freud, S. (1996). Psicanálise e psiquiatria. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 16). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917[1916-1917]c)
- Freud, S. (1996). Psicologia de grupo e a análise do ego. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1921)
- Freud, S. (1996). Rascunho B. A etiologia da neurose. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1950[1892-1899])
- Freud, S. (1996). Rascunho D. Sobre a etiologia e a teoria das principais neuroses. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1950[1894]a)
- Freud, S. (1996). Rascunho E. Como se origina a angústia. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1950[1894]b)
- Freud, S. (1996). Rascunho F. Coleção III. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1950[1894]c)
- Freud, S. (1996). Rascunho G. Melancolia. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1950[1895]a)
- Freud, S. (1996). Rascunho K. As neuroses de defesa. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1950[1895]b)
- Freud, S. (1996). Rascunho N. Notas III. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de*

- Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1950 [1897])
- Freud, S. (1996). A sexualidade na etiologia das neuroses. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1898)
- Freud, S. (1996). Sobre a psicoterapia. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905[1904])
- Freud, S. (1996). Sobre a transitoriedade. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916[1915])
- Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914b)
- Freud, S. (1996). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895[1894])
- Freud, S. (1996). A teoria da libido e o narcisismo. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 16). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917[1916-1917]a)
- Freud, S. (1996). Tratamento psíquico (ou anímico). In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905a)
- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905b)
- Fulgencio, L. (2001). *O método especulativo em Freud*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Fulgencio, L. (2002). A teoria da libido em Freud enquanto uma hipótese especulativa. *Agora: estudos em teoria psicanalítica*, 5(1), 101-111.
- Fulgencio, L. (2003) As especulações metapsicológicas de Freud. *Natureza humana*, 5(1), 129-173.
- Fulgencio, L. (2008). *O método especulativo em Freud*. São Paulo: Educ.
- Gaylin, W. (1994). *Psychodynamic Understanding of Depression – The Meaning of Despair*. New Jersey: Jason Aronson. (Trabalho original publicado em 1968)
- Gilbert, P. (1984). *Depression – From Psychology to Brain State*. London: Lawrence Erlbaum.
- Gilbert, P. (1992). *Depression – The Evolution of Powerlessness*. New York: Guilford.
- Green, A. (2003). Psicanálise contemporânea. *Revista francesa de psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 2001)
- Greenacre, P. (1953). *Affective Disorders – Psychoanalytic contribution to their study*.

- New York: International Universities Press.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Hassoun, J. (2002). *A crueldade melancólica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Haynal, A. (1976). *Depression and Creativity*. New York: International University Press.
- Haynal, A. (1993). *Psychoanalysis and The Sciences – Epistemology – History*. London: Karnac.
- Haynal, A. (1994). 100 Years of Psychoanalysis – Contributions to the History of psychoanalysis. *Cahiers Psychiatriques Genovais et Institutions Universitaires de Genève*.
- Healy, D. (2000). *The Anti-Depressant Era*. Cambridge: Harvard University Press. (Trabalho original publicado em 1997)
- Heidegger, M. (1995). *Ser e tempo* (2 vols.). Petrópolis: Vozes.
- Heidegger, M. (2001). *Seminários de Zollikon*. São Paulo: Educ.
- Holmes, D. (2001). *Psicologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hughes, J. M. (1990). *Reshaping the psychoanalytic domain*. Los Angeles: University of California Press.
- Jackson, S. (1986). *Melancholia and Depression – From Hippocratic Times to Modern Times*. New Haven: Yale University.
- Kuhn, T. (2000). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva.
- Laing, R. D. (1979). *A psiquiatria em questão*. Lisboa: Presença.
- Laneri-Laura, G. (1965). *Psiquiatria fenomenológica*. Buenos Aires: Troquel.
- Laplanche & Pontalis (2001). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Leal, M. L. de S. (2004). *Preocupação materna primária: um conceito de D. W. Winnicott*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Lipps, T. (2001). O conceito de inconsciente na psicologia. *Natureza humana*, 3(2), 335-356.
- Loparic, Z. (1995). Winnicott e o pensamento pós-metafísico. *Psicologia USP*, 6(2), 39-61.
- Loparic, Z. (1997a). Winnicott: uma psicanálise não-edipiana. *Revista de psicanálise*, 4(2), 375-387.
- Loparic, Z. (1997b). A máquina no homem. *Núcleo de estudos e pesquisas em psicanálise*, n. 7, 97-113.
- Loparic, Z. (1997c). Winnicott e Melanie Klein: conflito de paradigmas. In I. Catafesta (1997), *A clínica e a pesquisa no final do século: Winnicott e a Universidade*. São Paulo: Lemos.
- Loparic, Z. (1998). Psicanálise: uma leitura heideggeriana. *Veritas*, 43(1), 25-45.
- Loparic, Z. (1999a). Heidegger and Winnicott. *Natureza humana*, 1(1), 104-135.
- Loparic, Z. (1999b). A teoria winnicottiana do amadurecimento pessoal. *Revista*

Infanto, 7(1), 21-23.

- Loparic, Z. (1999c). O conceito de *trieb* na psicanálise e na filosofia. In A. J. T. Machado (1999). *Filosofia e psicanálise: um diálogo*. Porto Alegre: Edipuc.
- Loparic, Z. (2000). O animal humano. *Natureza humana*, 2(2), 351-397.
- Loparic, Z. (2001a). Além do inconsciente: sobre a desconstrução heideggeriana da psicanálise. *Natureza humana*, 3(1), 91-140.
- Loparic, Z. (2001b). Esboço do paradigma winnicottiano. *Cadernos de história e filosofia da ciência*, 11(2), 7-58.
- Loparic, Z. (2002). Binswanger, leitor de Heidegger: um equívoco produtivo? *Natureza humana*, 4(2), 383-413.
- Loparic, Z. (2003). *Sobre a responsabilidade*. Porto Alegre: Edipuc.
- Loparic, Z. (2004). *Heidegger*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lopez, I. J. J. (1950). *La angustia vital – patologia general psicossomática*. Madrid: Paz Montalvo.
- Lopez I. J. J. (1973). *Lecciones de psicologia médica*. Madrid: Paz Montalvo.
- May, R. et al. (1994). *Existence*. New Jersey: Jason Aronson. (Trabalho original publicado em 1958)
- Mello Filho, J. de (2001). *O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mendelson, M. (1974). *Psychoanalytic concepts of depression*. New York: Spectrum Publication Books.
- Monedero, C. (1973). *Psicopatologia general*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Moraes, A. A. R. E. (2002). A questão da necessidade e da ajuda: reflexões sobre patologia e transtornos da existência. In D. S. P. Castro (2002), *Existência e saúde*. São Bernardo do Campo: UMESP.
- Moraes, A. A. R. E. (2003). Visão histórica da questão corporal na depressão. In D. S. P. Castro (2003): *Corpo e existência*. São Bernardo do Campo: UMESP.
- Moraes, A. A. R. E. (2008). Winnicott e o *Middle Group*: a diferença que faz diferença. *Natureza humana*, 10(1), 73-104.
- Nesse, R. M. (1990). Evolutionary Explanations of Emotions. *Human nature*, 1(3), 261-289.
- Nesse, R. M. (2000). Is Depression an Adaptation? *Arch Gen Psychiatric*, v. 57, 14-20.
- Peres, U. T. (2003). *Depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Pessotti, I. (1999). *Os nomes da loucura*. São Paulo: Editora 34.
- Phillips, A. (1988). *Winnicott*. Cambridge: Harvard University Press.
- Piccino, J. D. (2002). *Críticas de Martin Heidegger à daseinsanálise psiquiátrica de Ludwig Binswanger*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Rudnytsky, P. (1991). *The Psychoanalytic Vocation – Rank, Winnicott, and the Legacy of Freud*. London: Yale University Press.

- Rudnytsky, P. (1993). *Transitional Objects and Potential Spaces*. New York: Columbia University Press.
- Rudnytsky, P. (1994). *Freud and Forbidden Knowledge*. New York: New York University Press.
- Rudnytsky, P. (2002). *Freud e Édipo*. São Paulo: Perspectiva.
- Schatzberg, A. (1985). *Common Treatment Problems in Depression*. Washington: American Psychiatric Press.
- Schultz, D. & Schultz, S. (1981). *História da psicologia moderna*. São Paulo: Cultrix.
- Shorter, E. (2001). *Uma história da psiquiatria: da era do manicômio à idade do prozac*. Lisboa: Climepsi.
- Solomon, A. (2002). *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Stein, E. (1988). *Seis estudos sobre “Ser e Tempo”*. Petrópolis: Vozes.
- Sulloway, F. (1992). *Freud, Biologist of the Mind – Beyond the Psychoanalytic legend*. Harvard: Harvard University Press.
- Tellenbach, H. (1980). *Melancholie*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Uchôa, D. (1963). *Psicodinâmica da depressão*. Tese para Professor Catedrático de Clínica Psiquiátrica da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Violante, M. L. (2002). *O (im)possível diálogo psicanálise e psiquiatria*. São Paulo: Via Lettera.
- Von Gebattel, V. E. (1969). *Imago Hominis – Contribuciones a una antropologia de la personalidad*. Madrid: Gredos.
- Winnicott, D. W. (1975). O brincar: a atividade criativa e a busca do eu (*self*). In D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971r)
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971a. Título original: Playing and Reality)
- Winnicott, D. W. (1975). O brincar: uma exposição teórica. In D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1968i[1967])
- Winnicott, D. W. (1975). A criatividade e suas origens. In D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971g)
- Winnicott, D. W. (1975). O inter-relacionamento em termos de identificações cruzadas. In D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1968g)
- Winnicott, D. W. (1975). Inter-relacionar-se independentemente do impulso instintual e em função de identificações cruzadas. In D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971l)
- Winnicott, D. W. (1975). Introdução (à obra *O brincar e a realidade*). In D. Winnicott

- (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971vb)
- Winnicott, D. W. (1975). A localização da experiência cultural. In D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967b)
- Winnicott, D. W. (1975). O lugar em que vivemos. In D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971q)
- Winnicott, D. W. (1975). O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967c)
- Winnicott, D. W. (1975). Sonhar, fantasiar e viver: uma história clínica que descreve uma dissociação primária. In D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971h)
- Winnicott, D. W. (1982). Alimentação. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1957e[1945])
- Winnicott, D. W. (1982). Alimentação do bebê. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1945c[1944])
- Winnicott, D. W. (1982). Apoio aos pais normais. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1945e[1944])
- Winnicott, D. W. (1982). O bebê como pessoa. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1949c)
- Winnicott, D. W. (1982). O bebê como uma organização em marcha. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1949b)
- Winnicott, D. W. (1982). Conheça seu filhinho. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1945b[1944])
- Winnicott, D. W. (1982). A criança e o sexo. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1947a)
- Winnicott, D. W. (1982). *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1964a. Título original: The Child, the Family, and the Outside World)
- Winnicott, D. W. (1982). As crianças e as outras pessoas. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1949n)
- Winnicott, D. W. (1982). O desmame. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1949k)

- Winnicott, D. W. (1982). Diagnóstico educacional. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1946a)
- Winnicott, D. W. (1982). Educação sexual nas escolas. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1949j)
- Winnicott, D. W. (1982). Que entendemos por uma criança normal?. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1946c)
- Winnicott, D. W. (1982). O filho único. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1957p[1945])
- Winnicott, D. W. (1982). O fim do processo digestivo. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1949e)
- Winnicott, D. W. (1982). Gêmeos. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1957s[1945])
- Winnicott, D. W. (1982). Um homem encara a maternidade. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1957n[1949])
- Winnicott, D. W. (1982). Instintos e dificuldades normais. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1957l[1950])
- Winnicott, D. W. (1982). A mãe, a professora e as necessidades da criança. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1953d[1951])
- Winnicott, D. W. (1982). Mais ideias sobre os bebês como pessoas. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1947b)
- Winnicott, D. W. (1982). A moralidade inata do bebê. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1949g)
- Winnicott, D. W. (1982). O mundo em pequenas doses. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1949m)
- Winnicott, D. W. (1982). Necessidades das crianças de menos de cinco anos. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1954b)
- Winnicott, D. W. (1982). Os padrões dele e os seus. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1945f[1944])
- Winnicott, D. W. (1982). E o pai?. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu*

- mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1945i[1944])
- Winnicott, D. W. (1982). Para onde vai o alimento. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1949l)
- Winnicott, D. W. (1982). Pormenores da alimentação do bebê pela mãe. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1949d)
- Winnicott, D. W. (1982). Por que as crianças brincam. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1942b)
- Winnicott, D. W. (1982). Por que os bebês choram?. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1945j[1944])
- Winnicott, D. W. (1982). Primeiras experiências de independência. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1957h[1955])
- Winnicott, D. W. (1982). Roubar e dizer mentiras. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1957r[1949])
- Winnicott, D. W. (1982). Sobre influenciar e ser influenciado. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1941a)
- Winnicott, D. W. (1982). Timidez e perturbações nervosas nas crianças. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1938b)
- Winnicott, D. W. (1982). Visitando crianças hospitalizadas. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. (Trabalho original publicado em 1952[1951])
- Winnicott, D. W. (1984). Caso 15 – Mark aos 12 anos. In D. Winnicott (1984/1971b), *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1965g)
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971b. Título original: Therapeutic Consultations in Child Psychiatry)
- Winnicott, D. W. (1984). Introdução (parte I de *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*). In D. Winnicott (1984/1971b), *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971vc)
- Winnicott, D. W. (1984). Introdução (parte II de *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*). In D. Winnicott (1984/1971b), *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971vd)
- Winnicott, D. W. (1984). Introdução (parte III de *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*). In D. Winnicott (1984/1971b), *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*.

- infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971ve)
- Winnicott, D. W. (1987). *The Piggie: o relato do tratamento psicanalítico de uma menina*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1977. Título original: The Piggie: An Account of the Psycho-Analytic Treatment of a Little Girl)
- Winnicott, D. W. (1988). A amamentação como forma de comunicação. In D. Winnicott (1988/1987a), *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1969b[1968])
- Winnicott, D. W. (1988). O ambiente saudável na infância. In D. Winnicott (1988/1987a), *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. Este artigo também se encontra em D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. O título, no entanto, é alterado para: A influência do desenvolvimento emocional sobre os problemas da alimentação. (Trabalho original publicado em 1968f[1967])
- Winnicott, D. W. (1988). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987a. Título original: Babies and their Mothers)
- Winnicott, D. W. (1988). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In D. Winnicott (1988/1987a), *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968d)
- Winnicott, D. W. (1988). A contribuição da psicanálise à obstetrícia. In D. Winnicott (1988/1987a), *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. Este artigo também se encontra em D. Winnicott (2001/1965a), *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1957f)
- Winnicott, D. W. (1988). A dependência nos cuidados infantis. In D. Winnicott (1988/1987a), *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1970a)
- Winnicott, D. W. (1988). A mãe dedicada comum. In D. Winnicott (1988/1987a), *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987e[1966])
- Winnicott, D. W. (1988). As origens do indivíduo. In D. Winnicott (1988/1987a), *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987c[1966])
- Winnicott, D. W. (1988). O recém-nascido e sua mãe. In D. Winnicott (1988/1987a), *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964c)
- Winnicott, D. W. (1988). Saber e aprender. In D. Winnicott (1988/1987a), *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1957m[1950])
- Winnicott, D. W. (1990). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965b. Título original: The Maturation Processes and the Facilitating Environment)
- Winnicott, D. W. (1990). A análise da criança no período de lactência. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1958h)

- Winnicott, D. W. (1990). Atendimento hospitalar como complemento de psicoterapia intensiva na adolescência. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965u[1963])
- Winnicott, D. W. (1990). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965h[1959])
- Winnicott, D. W. (1990). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965j[1963])
- Winnicott, D. W. (1990). Contratransferência. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960a[1959])
- Winnicott, D. W. (1990). Cordão: uma técnica de comunicação. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960b)
- Winnicott, D. W. (1990). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965r[1963])
- Winnicott, D. W. (1990). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963a[1962])
- Winnicott, D. W. (1990). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. Este artigo também se encontra em D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. O título, no entanto, é alterado para: O desenvolvimento da capacidade de envolvimento. (Trabalho original publicado em 1963b[1962])
- Winnicott, D. W. (1990). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965m[1960])
- Winnicott, D. W. (1990). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965vd[1963])
- Winnicott, D. W. (1990). Os doentes mentais na prática clínica. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963c)
- Winnicott, D. W. (1990). Enfoque pessoal da contribuição kleiniana. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965va[1962])

- Winnicott, D. W. (1990). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965n[1962])
- Winnicott, D. W. (1990). Introdução (à obra *O ambiente e os processos de maturação*). In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965vi)
- Winnicott, D. W. (1990). Moral e educação. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963d)
- Winnicott, D. W. (1990). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965d[1962])
- Winnicott, D. W. (1990). Provisão para a criança na saúde e na crise. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965vc[1962])
- Winnicott, D. W. (1990). A psicanálise do sentimento de culpa. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1958o[1956])
- Winnicott, D. W. (1990). Sobre a contribuição da observação direta da criança para a psicanálise. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1958i[1957])
- Winnicott, D. W. (1990). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960c)
- Winnicott, D. W. (1990). Treinamento para psiquiatria de crianças. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963g)
- Winnicott, D. W. (1990). Carta 4 – Ao editor, *British Medical Journal*. In D. Winnicott (1990/1987b), *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1945k)
- Winnicott, D. W. (1990). Carta 6 – Ao editor, *Times*. In D. Winnicott (1990/1987b), *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1946d)
- Winnicott, D. W. (1990). Carta 10 – Ao editor, *British Medical Journal*. In D. Winnicott (1990/1987b), *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1949p)
- Winnicott, D. W. (1990). Carta 12 – Ao editor, *Times*. In D. Winnicott (1990/1987b), *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1949q)
- Winnicott, D. W. (1990). Carta 46 – Ao editor, *Times*. In D. Winnicott (1990/1987b), *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1954i)
- Winnicott, D. W. (1990). Carta 50 – Ao editor, *Times*. In D. Winnicott (1990/1987b), *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1954j)

- Winnicott, D. W. (1990). Carta 87 – Ao editor, *New Society*. In D. Winnicott (1990/1987b), *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964k)
- Winnicott, D. W. (1990). Carta 88 – Ao *Observer*. In D. Winnicott (1990/1987b), *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964l)
- Winnicott, D. W. (1990). Carta 90 – Ao editor, *Observer*. In D. Winnicott (1990/1987b), *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964m)
- Winnicott, D. W. (1990). Carta 96 – Ao editor, *Times*. In D. Winnicott (1990/1987b), *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1966n)
- Winnicott, D. W. (1990). *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987b. Título original: The Spontaneous Gesture – Selected Letters)
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1988. Título original: Human Nature)
- Winnicott, D. W. (1994). Adendo à localização da experiência cultural. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989r[1967])
- Winnicott, D. W. (1994). Alucinação e desalucinação. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989l[1957])
- Winnicott, D. W. (1994). Ausência e presença de sentimento de culpa, ilustradas em duas pacientes. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989b)
- Winnicott, D. W. (1994). As bases para o *self* no corpo. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1971d[1970])
- Winnicott, D. W. (1994). O brincar e a cultura. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989vh[1968])
- Winnicott, D. W. (1994). Um caso de psiquiatria infantil que ilustra a reação retardada à perda. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965fa)
- Winnicott, D. W. (1994). Comentários sobre meu artigo “O uso de um objeto”. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989vu[1968])
- Winnicott, D. W. (1994). Comentário sobre neurose obsessiva e Frankie. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1966b[1965])
- Winnicott, D. W. (1994). Comentários sobre “On the concept of the ego”. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989xi[1960])

- Winnicott, D. W. (1994). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1968c[1967])
- Winnicott, D. W. (1994). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989d[1965])
- Winnicott, D. W. (1994). Contribuição para o simpósio sobre inveja e gratidão. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989xg[1969])
- Winnicott, D. W. (1994). Debate de “Grief and mourning in infancy”. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989xe[1959])
- Winnicott, D. W. (1994). Deduções a partir de uma entrevista psicoterapêutica com uma adolescente. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1964b)
- Winnicott, D. W. (1994). Desenvolvimento do tema do inconsciente da mãe, tal como descoberto na prática psicanalítica. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989e[1969])
- Winnicott, D. W. (1994). Desilusão precoce. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989g[1939])
- Winnicott, D. W. (1994). O destino do objeto transicional. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989i[1959])
- Winnicott, D. W. (1994). Distúrbios físicos e emocionais em uma adolescente. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989ve[1968])
- Winnicott, D. W. (1994). Duas notas sobre o uso do silêncio. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989vs[1963])
- Winnicott, D. W. (1994). Os elementos masculinos e femininos ex-cindidos encontrados em homens e mulheres. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1971va[1966])
- Winnicott, D. W. (1994). A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1966d[1964])
- Winnicott, D. W. (1994). A excitação na etiologia da trombose coronária. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989h[1957])
- Winnicott, D. W. (1994). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In D. Winnicott

- (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1970b[1969])
- Winnicott, D. W. (1994). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989a. Título original: Psycho-Analytic Explorations)
- Winnicott, D. W. (1994). Fisioterapia e relações humanas. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1969g)
- Winnicott, D. W. (1994). Fragmentos referentes a variedade de confusão clínica. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989j[1956])
- Winnicott, D. W. (1994). Ideias e definições. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989l)
- Winnicott, D. W. (1994). Ilustração clínica do uso do objeto. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989vt[1968])
- Winnicott, D. W. (1994). A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989m[1964])
- Winnicott, D. W. (1994). Individualização. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989n[1970])
- Winnicott, D. W. (1994). A interpretação da psicanálise. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989o[1968])
- Winnicott, D. W. (1994). Introdução a um simpósio sobre a contribuição psicanalítica à teoria da terapia do choque. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989vn[1944])
- Winnicott, D. W. (1994). O jogo do rabisco (*squiggle game*). In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1968k)
- Winnicott, D. W. (1994). A loucura da mãe tal como aparece no material clínico como fator estranho ao ego. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1972b[1969])
- Winnicott, D. W. (1994). O medo do colapso. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1974)
- Winnicott, D. W. (1994). Nada no centro. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989vc[1959])
- Winnicott, D. W. (1994). Notas sobre as implicações gerais da leucotomia. In D.

- Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989q[1951])
- Winnicott, D. W. (1994). Notas sobre o brincar. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989u)
- Winnicott, D. W. (1994). Nota sobre o relacionamento mãe-feto. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989va)
- Winnicott, D. W. (1994). Notas sobre retraimento e regressão. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989vb[1965])
- Winnicott, D. W. (1994). Uma nota sobre um caso envolvendo inveja. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989t[1963])
- Winnicott, D. W. (1994). Uma nova luz sobre o pensar infantil. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989s[1965])
- Winnicott, D. W. (1994). Nota crítica de *On Not Being Able to Paint*, de Marion Milner. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1951d)
- Winnicott, D. W. (1994). Obituário. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1948c)
- Winnicott, D. W. (1994). Observações adicionais sobre a teoria do relacionamento paterno-filial. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1962c[1961])
- Winnicott, D. W. (1994). O pensar e a formação de símbolos. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989vq)
- Winnicott, D. W. (1994). Perversões e fantasias pré-genital. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989vd[1963])
- Winnicott, D. W. (1994). Pós-escrito: D. W. W sobre D. W. W. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989f[1967])
- Winnicott, D. W. (1994). Prefácio a Susan Isaacs, de D. E. M. Gardner. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1969k)
- Winnicott, D. W. (1994). Primórdios de uma formulação de uma apreciação e crítica do enunciado kleiniano da inveja. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989xf[1962])
- Winnicott, D. W. (1994). Psicogênese de uma fantasia de espancamento. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- (Trabalho original publicado em 1989vj[1958])
- Winnicott, D. W. (1994). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989vk[1965])
- Winnicott, D. W. (1994). Psicose na infância. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989vl[1961])
- Winnicott, D. W. (1994). Raízes da agressão. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989xh[1968])
- Winnicott, D. W. (1994). Resenha de *Childhood and society book review*. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965vj)
- Winnicott, D. W. (1994). Resenha de *Envy and Gratitude*. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1959b)
- Winnicott, D. W. (1994). Resenha de *Indications for Child analysis and other papers*. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1969j)
- Winnicott, D. W. (1994). Resenha de *Letters of Sigmund Freud*. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1962e)
- Winnicott, D. W. (1994). Resenha de *Maternal Care and Mental Health*. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1953f)
- Winnicott, D. W. (1994). Resenha de *Memories, dreams, reflections*. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1964h)
- Winnicott, D. W. (1994). Resenha de *Psycho-Analytic of the Personality*. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1953i)
- Winnicott, D. W. (1994). Resenha de *The doctor, his patient and the illness*. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1958r)
- Winnicott, D. W. (1994). Saber e não saber: um exemplo clínico. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989p)
- Winnicott, D. W. (1994). Um sonho de D. W. W. relacionado a uma resenha de um livro de Jung. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989vv[1963])
- Winnicott, D. W. (1994). Terapia comportamental. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1969o)

- Winnicott, D. W. (1994). Terapia de choque. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1944b)
- Winnicott, D. W. (1994). Terapia física do transtorno mental: Leucotomia. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1949h)
- Winnicott, D. W. (1994). Terapia física do transtorno mental: Leucotomia: Leucotomia pré-frontal. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1956b)
- Winnicott, D. W. (1994). Terapia física do transtorno mental: Leucotomia pré-frontal. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1943c)
- Winnicott, D. W. (1994). Terapia física do transtorno mental: Terapia por convulsão. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1947c)
- Winnicott, D. W. (1994). Tipos de caráter: o temerário e o cauteloso. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989xd[1954])
- Winnicott, D. W. (1994). Tipos de efeitos psicológicos da terapia de choque. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989vo[1944])
- Winnicott, D. W. (1994). Transtorno psicossomático. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989vm[1969])
- Winnicott, D. W. (1994). Tratamento da doença mental pela indução de convulsões. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989vr[1943])
- Winnicott, D. W. (1994). Tratamento de choque do transtorno mental. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1943b)
- Winnicott, D. W. (1994). O uso da palavra uso. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989xb[1968])
- Winnicott, D. W. (1994). O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. Este artigo também se encontra em D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1969i[1968])
- Winnicott, D. W. (1994). O uso do objeto no contexto de *Moisés e o monoteísmo*. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989xa[1969])
- Winnicott, D. W. (1994). O valor da consulta terapêutica. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho

original publicado em 1968l[1965])

- Winnicott, D. W. (1997). Uma abordagem clínica aos problemas familiares: a família. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1996g[1959])
- Winnicott, D. W. (1997). Autismo. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1996c[1966])
- Winnicott, D. W. (1997). Breve comunicação sobre a enurese. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1930b)
- Winnicott, D. W. (1997). O cheiro. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1996m)
- Winnicott, D. W. (1997). Contribuição para uma discussão sobre a enurese. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1936b)
- Winnicott, D. W. (1997). O efeito da perda sobre as crianças. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1996j[1968])
- Winnicott, D. W. (1997). A etiologia da esquizofrenia infantil em termos do fracasso adaptativo. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1968a[1967])
- Winnicott, D. W. (1997). Um exemplo clínico de sintomatologia seguindo-se ao nascimento de um irmão. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1996h[1931])
- Winnicott, D. W. (1997). Formação em psiquiatria infantil: o departamento pediátrico da psicologia. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1961c)
- Winnicott, D. W. (1997). Higiene mental da criança pré-escolar. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1996l[1936])
- Winnicott, D. W. (1997). O infrator delinquente e habitual. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1996i)
- Winnicott, D. W. (1997). Introdução primária à realidade externa: os estágios iniciais. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1996o[1948])
- Winnicott, D. W. (1997). Necessidades ambientais: os estágios iniciais, dependência total e independência essencial. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1996k[1948])
- Winnicott, D. W. (1997). Notas sobre o fator tempo no tratamento. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1996n[1961])

- Winnicott, D. W. (1997). Para um estudo objetivo da natureza humana. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1945h)
- Winnicott, D. W. (1997). *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1996a. Título original: Thinking About Children)
- Winnicott, D. W. (1997). A professora, os pais e o médico. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1996p[1936])
- Winnicott, D. W. (1997). Psiquiatria infantil: o corpo enquanto afetado por fatores psicológicos. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1996e[1931])
- Winnicott, D. W. (1997). Psiquiatria infantil, serviço social e atendimento alternativo. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1996f[1970])
- Winnicott, D. W. (1997). O que sai da boca dos adolescentes In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1966i)
- Winnicott, D. W. (1997). Recusa a dormir nas crianças. In D. Winnicott (1997/1996a), *pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1968j)
- Winnicott, D. W. (1997). Sim, mas como saber se isso é verdade?. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1996q[1950])
- Winnicott, D. W. (1997). Sobre a neurose cardíaca nas crianças. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1996d[1966])
- Winnicott, D. W. (1997). Três revisões de livros sobre o autismo. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963h)
- Winnicott, D. W. (1997). Um vínculo entre a pediatria e a psicologia infantil: observações clínicas. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1969f[1968])
- Winnicott, D. W. (1999). Agora estão com cinco. In D. Winnicott (1999/1993a), *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes. Este artigo também se encontra em D. Winnicott (2001/1965a), *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. O título, no entanto, foi alterado para: A criança de cinco anos. (Trabalho original publicado em 1965q[1962])
- Winnicott, D. W. (1999). Ciúme. In D. Winnicott (1999/1993a), *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1993e[1960])
- Winnicott, D. W. (1999). A construção da confiança. In D. Winnicott (1999/1993a), *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1993b[1969])

- Winnicott, D. W. (1999). *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1993a. Título original: Talking to Parents)
- Winnicott, D. W. (1999). O desenvolvimento do sentido de certo e errado de uma criança. In D. Winnicott (1999/1993a), *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1993c[1962])
- Winnicott, D. W. (1999). Dizer não. In D. Winnicott (1999/1993a), *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1993f[1960])
- Winnicott, D. W. (1999). Madrastras e padrastos. In D. Winnicott (1999/1993a), *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1993g[1955])
- Winnicott, D. W. (1999). O que irrita?. In D. Winnicott (1999/1993a), *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1993i[1960])
- Winnicott, D. W. (1999). O que sabemos a respeito de bebês que chupam pano?. In D. Winnicott (1999/1993a), *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1993h[1956])
- Winnicott, D. W. (1999). Sentimento de culpa. In D. Winnicott (1999/1993a), *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1993d[1961])
- Winnicott, D. W. (1999). Agressão. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1957d[1939])
- Winnicott, D. W. (1999). Agressão, culpa e reparação. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. Este artigo também se encontra em D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984c[1960])
- Winnicott, D. W. (1999). Alguns aspectos psicológicos da delinquência juvenil. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. Este artigo também se encontra em D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. O título, no entanto, é alterado para: Aspectos da delinquência juvenil. (Trabalho original publicado em 1946b)
- Winnicott, D. W. (1999). O alicerce da saúde mental. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1951a)
- Winnicott, D. W. (1999). Alojamentos para crianças em tempo de guerra e em tempo de paz. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1948a)
- Winnicott, D. W. (1999). Assistência residencial como terapia. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984g[1970])
- Winnicott, D. W. (1999). A ausência de sentimento de culpa. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984b[1966])

- Winnicott, D. W. (1999). A criança desapossada e como ela pode ser compensada pela falta de vida familiar. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. Este artigo também se encontra em D. Winnicott (2001/1965a), *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. O título, no entanto, foi alterado para: Sobre a criança carente e de como ela pode ser compensada pela perda da vida familiar. (Trabalho original publicado em 1965k[1950])
- Winnicott, D. W. (1999). A criança evacuada. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1957g[1945])
- Winnicott, D. W. (1999). Crianças e suas mães. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1940a)
- Winnicott, D. W. (1999). Crianças na guerra. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1940b)
- Winnicott, D. W. (1999). Darão as escolas progressistas excesso de liberdade à criança?. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1969d[1965])
- Winnicott, D. W. (1999). De novo em casa. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1957j[1945])
- Winnicott, D. W. (1999). Dissociação revelada numa consulta terapêutica. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1966c)
- Winnicott, D. W. (1999). Evacuação de crianças pequenas. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1939b)
- Winnicott, D. W. (1999). Influências de grupo e a criança desajustada. O aspecto escolar. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. Este artigo também se encontra em D. Winnicott (2001/1965a), *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965s[1955])
- Winnicott, D. W. (1999). A juventude não dormirá. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964f)
- Winnicott, D. W. (1999). A luta para superar depressões. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1962a[1961])
- Winnicott, D. W. (1999). A mãe separada do filho. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1940c[1939])
- Winnicott, D. W. (1999). A perseguição que não houve. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1967j)

- Winnicott, D. W. (1999). *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984a. Título original: Deprivation and Delinquency)
- Winnicott, D. W. (1999). A psicologia da separação. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984f[1958])
- Winnicott, D. W. (1999). Psicoterapia dos distúrbios de caráter. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. Este artigo também se encontra em D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965ve[1963])
- Winnicott, D. W. (1999). Raízes da agressão. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. Este artigo também se encontra em D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. O título, no entanto, é alterado para: As raízes da agressividade. (Trabalho original publicado em 1964d)
- Winnicott, D. W. (1999). O regresso da criança evacuada. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1957q[1945])
- Winnicott, D. W. (1999). A tendência antissocial. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. Este artigo também se encontra em D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958c[1956])
- Winnicott, D. W. (1999). Tratamento em regime residencial para crianças difíceis. In D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1947)
- Winnicott, D. W. (1999). Algumas considerações sobre o significado da palavra democracia. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. Este artigo também se encontra em D. Winnicott (2001/1965a), *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1950a)
- Winnicott, D. W. (1999). O aprendizado infantil. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968b)
- Winnicott, D. W. (1999). O conceito de indivíduo saudável. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1971f[1967])
- Winnicott, D. W. (1999). A contribuição da mãe para a sociedade. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1957o)
- Winnicott, D. W. (1999). O conceito de falso *self*. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986e[1964])
- Winnicott, D. W. (1999). A criança no grupo familiar. In D. Winnicott (1999/1986b),

- Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986d[1966])
- Winnicott, D. W. (1999). A cura. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986f[1970])
- Winnicott, D. W. (1999). A delinquência como sinal de esperança. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968e[1967])
- Winnicott, D. W. (1999). Este feminismo. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986g[1964])
- Winnicott, D. W. (1999). A imaturidade do adolescente. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. Este artigo também se encontra em D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. O título, no entanto, é alterado para: Conceitos contemporâneos de desenvolvimento adolescente e suas implicações para a educação superior. (Trabalho original publicado em 1969c[1968])
- Winnicott, D. W. (1999). A liberdade. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984e[1969])
- Winnicott, D. W. (1999). O lugar da monarquia. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986j[1970])
- Winnicott, D. W. (1999). Morte e assassinato no processo do adolescente. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. Este artigo também se encontra em D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1969a)
- Winnicott, D. W. (1999). Os muros de Berlim. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986c[1969])
- Winnicott, D. W. (1999). O pensar e o inconsciente. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1945g)
- Winnicott, D. W. (1999). A pílula e a lua. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986i[1970])
- Winnicott, D. W. (1999). O preço de desconsiderar a pesquisa psicanalítica. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965vb)
- Winnicott, D. W. (1999). Psicanálise e ciência: amigas ou parentes?. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986k[1961])
- Winnicott, D. W. (1999). Sim, eu sou. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984h[1968])
- Winnicott, D. W. (1999). Tipos de psicoterapia. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. Este artigo também se encontra em D. Winnicott (1999/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. O

- título, no entanto, é alterado para: Variedades de psicoterapia. (Trabalho original publicado em 1984i[1961])
- Winnicott, D. W. (1999). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986b. Título original: Home Is Where We Start From)
- Winnicott, D. W. (1999). O valor da depressão. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964e[1963])
- Winnicott, D. W. (1999). Vivendo de modo criativo. In D. Winnicott (1999/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986h[1970])
- Winnicott, D. W. (2000). Agitação. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1931g)
- Winnicott, D. W. (2000). A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958b[1950])
- Winnicott, D. W. (2000). Ansiedade associada à insegurança. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958d[1952])
- Winnicott, D. W. (2000). O apetite e os problemas emocionais. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958e[1936])
- Winnicott, D. W. (2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1955d[1954])
- Winnicott, D. W. (2000). A capacidade para estar só. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958g[1957])
- Winnicott, D. W. (2000). Um caso tratado em casa. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1955b)
- Winnicott, D. W. (2000). A defesa maníaca. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958k[1935])
- Winnicott, D. W. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1945d)
- Winnicott, D. W. (2000). Formas clínicas da transferência. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1956a[1955])
- Winnicott, D. W. (2000). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958f[1949])

- Winnicott, D. W. (2000). A mente e sua relação com o psicossoma. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1954a[1949])
- Winnicott, D. W. (2000). Notas sobre normalidade e ansiedade. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1931p)
- Winnicott, D. W. (2000). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. Este artigo também se encontra em D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1953c[1951])
- Winnicott, D. W. (2000). A observação de bebês numa situação padronizada. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1941b)
- Winnicott, D. W. (2000). O ódio na contratransferência. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1949f[1947])
- Winnicott, D. W. (2000). Pediatria e neurose infantil. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958m[1956])
- Winnicott, D. W. (2000). Pediatria e psiquiatria. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1948b)
- Winnicott, D. W. (2000). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1955c[1954])
- Winnicott, D. W. (2000). Preocupação materna primária. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958n[1956])
- Winnicott, D. W. (2000). Psiconeuroses oculares da Infância. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1944a)
- Winnicott, D. W. (2000). Psicose e cuidados maternos. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1953a[1952])
- Winnicott, D. W. (2000). A reparação relativa à defesa organizada da mãe contra a depressão. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958p[1948])
- Winnicott, D. W. (2000). Retraimento e regressão. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. Este artigo também se encontra em D. Winnicott (2001/1986a), *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1955e[1954])
- Winnicott, D. W. (2000). *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de

- Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958a. Título original: Collected Papers – Through Pediatrics to Psycho-Analysis)
- Winnicott, D. W. (2000). A tolerância ao sintoma em pediatria – relato de um caso. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1953b)
- Winnicott, D. W. (2001). Aconselhando os pais. In D. Winnicott (2001/1965a), *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965c[1957])
- Winnicott, D. W. (2001). Adolescência: transpondo a zona das calmarias. In D. Winnicott (2001/1965a), *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1962a[1961])
- Winnicott, D. W. (2001). Atendimento de caso com crianças mentalmente perturbadas. In D. Winnicott (2001/1965a), *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965e[1959])
- Winnicott, D. W. (2001). Consequências da psicose parental para o desenvolvimento emocional da criança. In D. Winnicott (2001/1965a), *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1961a[1959])
- Winnicott, D. W. (2001). Crescimento e desenvolvimento na fase imatura. In D. Winnicott (2001/1965a), *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965t[1950])
- Winnicott, D. W. (2001). Definição teórica do campo da psiquiatria infantil. In D. Winnicott (2001/1965a), *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1958q)
- Winnicott, D. W. (2001). Os efeitos da psicose sobre a vida familiar. In D. Winnicott (2001/1965a), *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965l[1960])
- Winnicott, D. W. (2001). A família afetada pela patologia depressiva de um ou ambos os pais. In D. Winnicott (2001/1965a), *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965o[1958])
- Winnicott, D. W. (2001). Família e maturidade emocional. In D. Winnicott (2001/1965a), *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965p[1960])
- Winnicott, D. W. (2001). *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965a. Título original: The Family and Individual Development)
- Winnicott, D. W. (2001). Fatores de integração e desintegração na vida familiar. In D. Winnicott (2001/1965a), *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1961b[1957])
- Winnicott, D. W. (2001). Prefácio (à obra *A família e o desenvolvimento individual*). In D. Winnicott (2001/1965a), *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965vh)
- Winnicott, D. W. (2001). O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In D. Winnicott (2001/1965a), *A família e o*

- desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1958j)
- Winnicott, D. W. (2001). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In D. Winnicott (2001/1965a), *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965vf[1960])
- Winnicott, D. W. (2001). Segurança. In D. Winnicott (2001/1965a), *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. Este artigo também se encontra em D. Winnicott (1999/1993a), *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965vg[1960])
- Winnicott, D. W. (2001). Fragmento de uma análise. In D. Winnicott (2001/1986a), *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1972a)
- Winnicott, D. W. (2001). *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986a. Título original: Holding and Interpretation – Fragment of an Analysis)
- Wolpert, L. (2003). *Tristeza maligna: a anatomia da depressão*. São Paulo: Martins Fontes.
- Yalom, I. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: BasicBooks.

* As datas das publicações das obras de D. W. Winnicott seguem a classificação de Knud Hjulmand, publicada na revista *Natureza humana*, v. 1, n. 2, 1999. Também disponível em <http://www.winnicottnaturezahumana.com.br>.

Sobre a autora:



Ariadne Alvarenga Rezende
Engelberg de Moraes

Psicóloga clínica, mestre e doutora em
Psicologia Clínica pela PUC-SP.
Membro da Sociedade Brasileira de Psicanálise
Winnicottiana (SBPW). Membro do Grupo de
Pesquisa em Filosofia e Práticas Psicoterápicas
(GrupoFPP).
Professora no Centro Winnicott de São Paulo.
Editora adjunta da Revista Internacional de
Psicanálise Winnicottiana, *Winnkott e-Prints*.

Tem artigos publicados em livros e revistas.
Atende em consultório particular desde 1986.

© by DWW editorial para a edição em língua portuguesa

1ª. edição: janeiro 2015

ISBN: 978-85-62487-31-6 (on line)

Diretores: Elsa Oliveira Dias (elsadias@uol.com.br)

Zeljko Loparic (loparicz@uol.com.br)

Conselho editorial: Ana Lila Lejarraga (analejarraga@gmail.com)

André Macedo Duarte (andremacedoduarte@yahoo.com.br)

Ariadne de Moraes (ariadne.moraes@uol.com.br)

Caroline Vasconcelos Ribeiro (carolinevasconcelos@hotmail.com)

Conceição A. Serralha (serralhac@hotmail.com)

Cláudia Drucker (cdrucker@cfh.ufsc.br)

Eder Soares Santos (edersan@hotmail.com)

Oswaldo Giacoia Junior (ogiacioia@hotmail.com)

Róbson Ramos dos Reis (robsonramosdosreis@gmail.com)

Vera de Laurentiis (veralaurentiis@terra.com.br)

Coordenação editorial: Meire Cristina Gomes

Capa: Sandra Rosa

Revisão: Cláudia Guarnieri e Meire C. Gomes

Texto em conformidade com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária

Eliana Marciela Marquetis – CRB-8 nº 3573

Moraes, Ariadne Alvarenga de Rezende Engelberg de.

Depressão na obra de Winnicott [recurso eletrônico] / Ariadne
Alvarenga de Rezende Engelberg de Moraes. – São Paulo : DWW
Editorial, 2014.

v.: digital. - (Coleção Psicanálise Winnicottiana)

eISBN 978-85-62487-31-6 (on line)

1. Winnicott, D. W. (Donald Woods), 1896-1971. 2. Psicanálise. 3.
Depressão mental – Aspectos psicológicos. 4. Depressão mental. I. Título.

21. CDD 150.195
 157.3
 616.852 7

Índice para catálogo sistemático

Psicanálise	150.195
Depressão mental – Aspectos psicológicos	157.3



DWW editorial
Rua João Ramalho, 146 – Perdizes
CEP 05008-000 – São Paulo – SP
Tel.: (11) 3676-0635
E-mail: dwweditorial@sociedadewinnicott.com.br
www.dwweditorial.com.br

Edição digital: janeiro 2015

Arquivo ePub produzido pela **Simplíssimo Livros**
