



UNICAMP

DANIT ZEAVA FALBEL PONDÉ

O CONCEITO DE MEDO EM WINNICOTT

**CAMPINAS
2012**



Universidade Estadual de Campinas
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

DANIT ZEAVA FALBEL PONDÉ

O CONCEITO DE MEDO EM WINNICOTT

PROF. DR. ZELJKO LOPARIC

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas,
para obtenção do Título de Mestre em
Filosofia

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA POR DANIT ZEAVA FALBEL PONDÉ, E ORIENTADA PELO
PROF.DR. ZELJKO LOPARIC
CPG, ____/____/____**

**CAMPINAS
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
CECÍLIA MARIA JORGE NICOLAU – CRB8/3387 – BIBLIOTECA DO IFCH
UNICAMP

P773c	Pondé, Danit Zeava Falbel, 1962- O conceito de medo em Winnicott / Danit Zeava Falbel Pondé. -- Campinas, SP : [s. n.], 2012.
	Orientador: Zeljko Loparic. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.
	1. Winnicott, D. W. (Donald Woods), 1896-1971. 2. Medo. 3. Pânico. 4. Ansiedade. 5. Fobias. 6. Psicanálise. I. Loparic, Zeljko, 1939- II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Informação para Biblioteca Digital

Título em Inglês: The concept of fear in Winnicott

Palavras-chave em inglês:

Fear

Panic

Anxiety

Phobias

Psychoanalysis

Área de concentração: Filosofia

Titulação: Mestra em Filosofia

Banca examinadora:

Zeljko Loparic [Orientador]

Oswaldo Giacoia Junior

Ariadne Rezende Engelberg de Moraes

Data da defesa: 12-09-2012

Programa de Pós-Graduação: Filosofia



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, em sessão pública realizada em 12 de setembro de 2012, considerou a candidata Danit Zeava Falbel Ponde aprovada.

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação defendida e aprovada pela Comissão Julgadora.

Prof. Dr. Zeljko Loparic

Prof. Dr. Oswaldo Giacoia Junior

Profa. Dra. Ariadne A. R. E. de Moraes

Profa. Dra. Maria de Fatima Dias

Prof. Dr. Roseana Moraes Garcia

AGRADECIMENTOS

Ao professor Zeljko Loparic, pela sua orientação e presença acolhedora em todo o percurso deste trabalho.

Aos professores Osvaldo Giacóia e Ariadne Rezende Engelberg de Moraes, pelas suas importantes observações na qualificação.

À professora Elsa Dias, por sua importante contribuição teórica e prática na minha formação.

Ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas e à CAPES.

À minha amiga Lilian Wurzba, pela parceria constante e segura na correção do texto final.

Ao meu marido Luiz Felipe Pondé, e aos meus filhos, Noam Falbel Pondé e Dafna Falbel Pondé, por estarem junto comigo ao longo de todo este processo.

“Quando eu nasci, minha mãe deu a luz a mim e ao meu irmão gêmeo, o medo.”

Thomas Hobbes

RESUMO

Este trabalho discute o conceito de medo em D.W. Winnicott nas suas múltiplas faces partindo do pressuposto que os diferentes sentidos do conceito estão atrelados no âmbito etiológico à temporalidade do amadurecimento emocional. A revisão bibliográfica da obra do autor empreende a pesquisa centrada no termo medo ou a conceitos a ele associados tais como fobia, ansiedade, angústia, pânico, pavor noturno, terror, agonia impensável, pesadelo, etc. O percurso se divide na apresentação do conceito de medo no contexto dos binômios saúde-doença e normal-patológico, e na temporalidade do amadurecimento. Sob a perspectiva da primeira discussão, o medo se inscreve como fenômeno afetivo de ordem defensiva que como tal é recurso de enfrentamento e comunicação constituindo-se em material diagnóstico da condição emocional da pessoa. Nesta concepção, em detrimento de um preconceito estabelecido de estado psicopatológico, o medo atinge uma compreensão de condição existencial do ser humano. É fenômeno universal, cujo afeto ou não afeto, respeitando-se os diferentes contextos, matizes e níveis de intensidade marcam a distinção entre o normal e o patológico. Os medos, em sua tipologia, dizem respeito às etapas do amadurecimento emocional que abrange o que está acontecendo nas relações interpessoais entre o par mãe-filho na dependência absoluta, na dependência relativa e na formação triangular na independência relativa. Assim se configuram em medos relacionados à sobrevivência psíquica e à identidade, medos da separação da mãe, medos relativos à ambivalência amor-ódio e edípicos. Entende-se que o aprofundamento da pesquisa sobre o medo origina-se na observação e acompanhamento do sofrimento dos pacientes na clínica e, portanto, é para a prática clínica que este conhecimento se justifica e se destina.

Palavras-chave: Medo, Pânico, Fobia, Ansiedade, Psicanálise.

ABSTRACT

This work discusses the concept of fear in D.W. Winnicott in its multiple faces assuming that different meanings of the concept are associated, in etiologic sphere, to emotional maturational process. The bibliographical review of the author followed the term fear and its associated concepts such as phobia, anxiety, panic, night terror, unthinkable agony, nightmare, etc. The research script is divided into two moments: the presentation of the concept of fear in context of the opposition health-sickness and normal-pathology, and in the maturational process temporality. On the first moment, fear is seen as an affective defensive phenomenon that enables the person to face the world and communicate his/her emotional condition. Therefore it may be considered as diagnostic material. Thus, fear is not taken as a psychopathological prejudice, but as a tool that allow us to understand the existential condition of the human being as such. It is an universal phenomenon whose affection or non-affection, regarding its different contexts, grades and levels of intensity, reveals the normal or pathological condition of the person. On the second moment, the tipology of fear has its origins in the stages of emotional maturational process which comprehends interpersonal relations between mother and son in the absolute dependency, relative dependency and in triangular formation during relative independence. Such types of fear are then configurated as fear related to psychological survival and identity, fear of separation from the mother, fear related to love-hate ambivalence and the edipic complex. The research on fear, such as this one, has its origins in the clinical observation of patient suffering, and shall be oriented towards it, where it shall find its deeper justification.

Key words: fear, panic, phobia, anxiety, psychoanalysis

SUMÁRIO

Introdução	17
Capítulo I: O conceito de medo na perspectiva winnicottiana	37
I.1 O binômio saúde/doença	47
I.2 A classificação dos distúrbios	61
I.3 O normal e o patológico	66
I.4 O medo, o normal e o patológico	69
Capítulo II: O medo nos estágios de amadurecimento emocional	73
II.1 O medo na dependência absoluta	75
II.2 O medo na dependência relativa	99
II.3 O medo no estágio do concernimento	110
II.4 O medo no estágio das relações triangulares	124
II.5 O medo na adolescência	129
II.6 O medo na fase adulta	133
II.6.1 O medo da dependência e o medo da mulher	133
II.6.2 Os medos da mãe	135
Considerações Finais	139
Referências	147
Índice remissivo de casos clínicos	159

INTRODUÇÃO

O tema a ser desenvolvido neste projeto foi escolhido diante da expressiva presença identificada na prática clínica. Os pacientes frequentemente trazem, para o consultório, seus medos suscitados por uma gama de objetos determinados, tais como medo de avião, de cachorro, de insetos e de escuridão. Ali também manifestam aqueles de origem mais abstrata que, entre outros, podem ser: o medo da morte, do abandono, da dependência de outros e, até mesmo, medo de si mesmo. A pluralidade de atribuições de sentido, nas multifacetadas expressões deste afeto em diferentes pessoas, não retira, mas, pelo contrário, confirma seu caráter universal de manifestação compartilhada por todo e qualquer ser humano através dos tempos. Na própria relação entre terapeuta e paciente, esta condição de compreensão configura-se como *sine qua non* desdobrando-se em empatia para o necessário trabalho de acompanhamento das questões implicadas.

A proposição do medo como um afeto humano relaciona-se à ideia de que sua vivência está intimamente ligada aos efeitos, de forma tal, que é através destes que se pode mensurar o grau de seu impacto tanto no psiquismo como no cotidiano da pessoa. No dia a dia, aquilata-se a potência desta afetividade através da quantidade e grau de restrições que se impõem, traduzindo-se em mobilizações e imobilizações na vida das pessoas. Neste sentido, parte do reconhecimento atual da importância deste fenômeno subsidia a versão mais contemporânea, a conhecida Síndrome do Pânico, assunto recorrente nas produções das ciências médicas e psicológicas. Em termos estatísticos, o DSM-IV (2002, p. 423-429) informa que, em amostras clínicas, o transtorno de pânico é diagnosticado em pelo menos 10% dos indivíduos encaminhados para consultas de saúde mental. No contexto da clínica médica, as porcentagens variam de 10% a 30% em clínicas de neurologia,

otorrinolaringologia e doenças respiratórias, e até 60% nos consultórios de cardiologia, considerando que aos episódios de pânico estão associados numerosos sintomas fisiológicos tais como tontura, arritmia cardíaca, asma, doença pulmonar, entre outros. O Transtorno do Pânico é um exemplo paradigmático como manifestação insidiosa de medo, uma vez que, por constituir-se caracteristicamente em ataques súbitos e recorrentes aparentemente “vindos do nada”, ou seja, sem aparente associação causal externa, transforma-se na pauta principal do cotidiano de quem o vivencia. Sob a condição de preocupação e ameaça, a pessoa se vê obrigada a mudar significativamente seus comportamentos no sentido de tentar evitar novos ataques ou mesmo todas as implicações a eles associadas.

No entanto, o medo vem se constituído em foco temático para muitos saberes tendo percorrido todo um caminho de apropriações de sentido antes de chegar no campo da saúde, do qual a Psicanálise faz parte. Sob a forma de fenômeno social datado e contextualizado historicamente, pode-se encontrar um estudo sobre o tema na obra de Jean Delumeau, *O Medo no Ocidente*, na qual se percorre os diferentes contextos e significados que circunscreveram a relação dos homens com o medo. Desde a Antiguidade até a Renascença, a valentia individual era exaltada como justificativa do valor e poder dos heróis e líderes que dirigiam a sociedade. No reverso da medalha, o medo estava associado à vergonha, à covardia e ao comum, presentes naqueles que eram subalternos. Mesmo após a Revolução Francesa, o discurso ideológico falava do heroísmo do povo que conquistou à força seu direito à coragem. O medo, no entanto, permanecia escondido como sentimento vergonhoso não merecedor de atenção. Pouco a pouco foi se livrando deste enquadre através da literatura, produções filosóficas e obras artísticas, num movimento de “naturalização”, ou seja, se consolidando como tema de preocupação focado na busca da verdade psicológica. A normalização, como fenômeno universal, é acompanhada pela compreensão da necessidade de segurança como base fundamental da afetividade e moral humanas. Distintos dos animais, que não antecipam sua própria morte, os homens se inscrevem como seres únicos na terra a ter consciência de sua irredutível condição de finitude. Contrariamente ao medo imutável do animal circunscrito à problemática de ser

devorado, o medo humano, “filho da imaginação” (DELUMEAU, 1978, p.22), é diversificado e mutante.

Dando continuidade nesta perspectiva do medo como fenômeno social, Zygmunt Bauman atualiza seus sentidos na sociedade pós-moderna, entendendo que, sob os efeitos de contextos sociais atuais, tais como a globalização, terrorismo e desemprego, o homem se vê impotente e fragilizado diante da qualidade “líquida” do ambiente que o circunda. Da família mais próxima até as instituições sociais mais distantes, nas quais o indivíduo está inserido e com as quais se relaciona, compõem este ambiente marcado pelas transformações tecnológicas, relacionais e sociais, constantes somente no seu aspecto mutante. Imbuídas de um espírito moderno de busca pela própria felicidade através de meios e esforços individuais, as pessoas deparam-se com vitórias cada vez mais temporárias. Estas mudanças impõem a elas a necessidade de exercícios adaptativos num universo onde as próprias “regras do jogo” são cambiantes. A atmosfera de instabilidade gera a insegurança, insegurança de não ser mais útil ou fazer parte da comunidade de consumidores importantes. Vive-se, então, sob o espectro do medo da exclusão, uma espécie de morte metafórica. Da mesma forma, após a Segunda Guerra Mundial e seus adventos, holocausto e Hiroshima, o reconhecimento da banalização do “mal”, advindos da identificação da capacidade de qualquer um ser mal sem os devidos sinais de psicopatia esperados, implicam na desconfiança sobre o outro. Certamente isto subsidia a superficialidade e fragilidade nos laços relacionais, produto da instalação de um ciclo “maligno”. As profecias apocalípticas também ganham espaço na formatação de um medo do inimaginável, à medida que se sabe concretamente que a tecnologia humana atual é suficientemente poderosa para acabar com toda e qualquer vida no planeta. Enfim, estes medos evidenciam o quanto o homem e a sociedade continuam às voltas com o embate entre a liberdade e a segurança, duas condições essenciais da existência humana, sem que elas sejam necessariamente compatíveis.

Atualmente, o medo se inscreve como objeto de estudo cada vez mais presente no discurso patologizante e medicável, cuja perspectiva se impõe como um olhar unilateral sobre o que é humano. As ciências neurológicas apontam o conjunto funcional entre

cerebelo, limbo e bulbo como o promotor e condição determinante para o sentimento do medo. Os etólogos e simpatizantes de Darwin, grosso modo, assinalam o aprimoramento evolutivo deste apetrecho diante das necessidades de sobrevivência. Sob a ótica do instintual e biológico no homem, faz-se uma correspondência equivocada com a condição dos animais. Assim, o instintual arvora-se como marco originário do medo humano.

No discurso médico, a busca do desvelar as causas e almejar a eliminação da sintomatologia faz parte do fluxo curador. Entretanto, esta equação causa-efeito, focada num sentido linear, delineia-se simplista diante da complexidade do psiquismo humano, no qual se sabe imperar o inter-jogo entre fantasia e realidade, o consciente e inconsciente, e o dentro e fora. O medo, ainda que caracteristicamente possa ser contextualizado e datado como fenômeno social, mantém sua impertinência e persistência nas vivências humanas indicando que sua compreensão resvala na consideração de fatores intrapsíquicos, inter-relacionais e ambientais que circunscrevem o existir humano.

No desenvolvimento da teoria psicanalítica, Sigmund Freud aborda as questões ligadas ao medo sob o nome de “angústia”. Como identifica Laplanche e Pontalis (1983, p.62), está posta uma questão a respeito da palavra *angst*, à medida que o sentido em alemão e o atribuído no uso freudiano não são coincidentes. As expressões coloquiais como *ich habe angst vor...* traduz-se como “tenho medo de”. No entanto, a distinção entre medo, como sendo uma manifestação direcionada a um objeto determinado, e a angústia pela ausência de objeto não se ajusta às formulações de Freud. Da mesma forma, complicada é a tradução de *furcht* que seria medo ou temor, mas que também pode ser receio. Nas traduções francesas da obra de Freud, encontra-se a tradução de *angst* por angústia, ao passo que nas traduções inglesas de sua obra, encontra-se a tradução de *angst* por ansiedade. No entanto, a nebulosidade terminológica entre os termos “angústia” e “ansiedade” se perpetua também em nossa língua.¹ Enquanto por “angústia” parece haver maior ênfase no sentido de dor psíquica e emprestar ao termo um caráter existencial, “ansiedade” parece dar uma conotação de expectativa e de agitação interna. De qualquer

¹ Sobre Freud, e mais especificamente sobre o desenvolvimento em sua obra sobre o tema do medo e afins, utilizou-se como referência o livro *Fobia* de Aline Camargo Gurfinkel.

forma, segundo Gurfinkel (2006, p.81), a definição e distinção dos termos não se trata apenas de problema de tradução: “se por um lado, a angústia/ansiedade é uma experiência subjetiva comum a todos seres humanos e, portanto, presente na linguagem cotidiana, a transposição desta experiência para uma palavra ou um conceito, por outro, não é tarefa simples”. Na tentativa de definir angústia, então, Freud remete seu entendimento a uma situação inicial pertencente tanto à pré-história de cada indivíduo, como à pré-história da humanidade, ligada significativamente à separação da mãe que ocorre no nascimento, o que confere à apreensão a ideia de uma angústia originária. Em suas palavras:

Acreditamos que, no caso do afeto da angústia, sabemos qual é a vivência original que ele repete. Acreditamos ser no ato do nascimento que ocorre a combinação de sensações desprazíveis, impulsos de descarga e sensações corporais, a qual se tornou protótipo dos efeitos de um perigo mortal, e que desde então tem sido repetida por nós como o estado de ansiedade. (FREUD, *apud* GURFINKEL, 2006, p. 78)

Sob sua perspectiva, Freud acredita ser a angústia o maior flagelo do neurótico, muito embora não seja somente um sofrimento pertencente a ele. A angústia realística, de caráter racional e inteligível, em oposição à angústia neurótica, refere-se à reação diante da percepção de um perigo externo e que, portanto, está associado à tentativa de fuga como uma pulsão de autoconservação. Mesmo que associadas à estratégia de sobrevivência, pesa sobre as angústias ditas realísticas as seguintes considerações negativas:

Ela não é, no entanto, uma manifestação vantajosa, já que, diante de uma situação de perigo, o melhor a fazer seria a luta ou a fuga, e não a reação de angústia. A angústia é, assim, sempre inapropriada; o que vale nela é o “estado de preparação” para o aumento de atenção sensorial e motora. (GURFINKEL, 2006, p.81)

Ao longo de sua obra, Freud desenvolve seu entendimento sobre a angústia neurótica que se manifesta de duas formas: a angústia expectante, ou aquela pautada por um sentimento de apreensão que pode vir a se ligar a qualquer material afim, e a fobia vinculada a determinados objetos e situações. Também dois foram os modelos de entendimento sobre a angústia. Em seu texto de 1926, “Inibição, Sintoma e Angústia”, no

qual denominou a segunda teoria da angústia, Freud superou a compreensão dada na primeira teoria sobre a angústia de 1917. Neste primeiro modelo, esta foi considerada como resultado, ou seja, uma manifestação subjetiva do fato de uma quantidade de energia não ser dominada. Tratava-se, portanto, de uma explicação econômica, equacionável da seguinte forma: “em certos indivíduos que se expõe à excitação não consumada, a libido desaparece e a ansiedade surge em seu lugar como ansiedade expectante ou na forma de ataques de angústia” (FREUD, *apud* GURFINKEL, 2006, p. 83). Apreende-se nesta compreensão como as ansiedades estão intrinsicamente vinculadas com a limitação sexual.

Na nova formulação, Freud acrescentou, implicitamente, na expressão “sinal de angústia”, a ideia de um motivo de defesa do ego. Segundo Laplanche e Pontalis (1983, p. 632):

Expressão introduzida por Freud na remodelação de sua teoria de angústia (1926) para designar um dispositivo que o ego põe em ação perante uma situação de perigo, de forma a evitar ser submergido pelo afluxo das excitações. O sinal da angústia reproduz de forma atenuada a reação de angústia vivida primitivamente numa situação traumática, o que permite desencadear operações de defesa.

Por comparação ao termo anterior, a expressão “angústia automática”, também desenvolvida neste texto de 1926, designa uma reação do indivíduo sempre que se encontra numa situação traumática, ou seja, num afluxo de excitações tal que é incapaz de dominar.

Segundo Laplanche (*apud* GURFINKEL, 2006, p. 85), este segundo modelo de angústia dá uma ideia de funcionalidade, ou seja, a angústia passa a ser um sinal ou um símbolo de experiências passadas que ela repete. Outra diferença é a determinação do perigo vinculada à causa traumática anterior, considerando que estes perigos estão relacionados sempre à separação, à perda de um objeto amado ou à perda de seu amor. O processo seria assim entendido:

Esta perda produz insatisfação, e com o acúmulo de desejos insatisfeitos surge o desamparo: a situação traumática é descendente direta do estado de tensão acumulada. Alguns perigos específicos que desencadeiam a situação traumática podem ser o nascimento, a perda da mãe como objeto, a perda do pênis, do amor do objeto e do amor do

superego. O perigo de castração era o mais familiar, na psicanálise de então, dentre os acima enumerados. (GURFINKEL, 2006, p. 88)

São três aspectos os apontados por Laplanche (*apud* GURFINKEL) como significativos a respeito do desenvolvimento da segunda teoria da angústia: a angústia na sua relação com o processo defensivo, angústia na sua relação com o ego sendo este o lugar ou o originador da angústia, a pressuposição de um perigo real na origem da angústia.²

Sobre as fobias, encontramos em Laplanche e Pontalis (1983), sob o verbete “histeria de angústia”, o desenvolvimento do tema, apontando sua relação direta com a compreensão que Freud desenvolveu através do caso Hans. Este caso é modelo na compreensão sobre a neurose infantil e a fobia. O caso é descrito através dos relatos fornecidos pelo pai que cuidou terapeuticamente do filho, seguindo as instruções de Freud. Aos três anos Hans demonstrava grande interesse por “pipis” e fazia muitas pesquisas sobre o tema, atribuindo pipis a animais, objetos e à sua própria mãe. Aos 3 anos e meio, a mãe ameaçou-o ao pegá-lo se masturbando: “vou chamar o Dr. A para cortar fora o seu pipi” (ponto de origem do complexo de castração). Sua irmã nasce, ele sente ciúmes e, ao mesmo tempo, curiosidade sobre as questões do nascimento, a origem dos bebês. Aos quatro anos manifesta alguns impulsos sexuais querendo dormir com uma menina de 14 anos, se apaixona por outra, pede à mãe para por a mão em seu pipi e, apesar das repressões da mãe, se masturba. Logo após, com 5 anos, começa a ter sonhos nos quais diz ter pensado que a mãe tinha ido embora, chora e começa a mostrar sinais de ansiedade em relação à separação da mãe, precisa dormir com ela e se sente assustado de sair à rua sem ela. Neste ponto, Freud identifica o aumento da intensidade de afeição por sua mãe como ponto de origem de ansiedades com caráter erótico reprimido. Num passeio, Hans manifesta, pela primeira vez, seu medo de que o cavalo o mordesse. O garoto produz uma fantasia na qual havia duas girafas e uma gritava porque ele tinha tomado posse da outra. Freud interpreta o confronto com o pai diante de seu desejo de posse da mãe. Hans elabora o que Freud chama de duas teorias sexuais: em uma fantasia força a passagem em um espaço proibido, em

² Estes aspectos serão brevemente retomados no primeiro capítulo deste trabalho, quando se procura fazer algumas distinções entre a compreensão freudiana e a winnicottiana.

outra, quebra uma janela da carruagem da estrada de ferro. Nos dois casos figura a punição e a posição de cúmplice do pai. A fobia ganhou outro contorno pela explicação de Hans que disse ter medo dos cavalos caindo e que incorporou os medos de tudo que pudesse provocar estas quedas. Hans passa a se ocupar com o complexo de “*lumf*” (evacuar) associado às fantasias da sexualidade infantil. Volta a se preocupar com a irmã, associando o nascimento/parto ao processo de evacuação. Em uma nova fantasia, um bombeiro desparafusou a banheira em que estava e bateu em seu estômago com uma grande broca, que foi interpretada como fantasia de procriação distorcida pela ansiedade em relação a ter tido pensamentos de afogar a irmã e medo de ser revidado por seus maus pensamentos. Surgiu, então, a fantasia de bater nos cavalos, expressando a agressividade contida na sexualidade, seja pela hostilidade ao pai, seja pelo componente sádico da pulsão sexual. O fim da análise se dá com duas soluções criadas por Hans: na primeira, receberia do bombeiro um pênis maior, superando assim seu medo de castração; na segunda, iria se casar com a mãe e ter muitos filhos, mas seu pai também não ficaria sozinho, pois se casaria com a própria mãe. O entendimento do distúrbio envolveu a repressão de seus componentes sexuais e certa dose de sublimação, concomitante à supressão primitiva dos sentimentos hostis e ciumentos em relação ao pai e dos impulsos sádicos em relação à mãe, que redundaram numa vazão incontrolável por ocasião do aumento da excitação e da privação da mãe dando origem à fobia.

Alguns pontos principais da perspectiva freudiana sobre a fobia são: fobia é neurose, remete à sexualidade infantil e o sintoma fóbico é expressão simbólica de um conflito psíquico, não se refere ao atual, mas sim ao infantil, sexual e recalcado. O foco da compreensão reside no fato de que as angústias neuróticas estariam ligadas a objetos e situações como forma de histeria de conversão. Freud distingue três grupos de fobias: no primeiro grupo, estariam os medos relacionados a objetos e situações que trazem em si algum perigo e que se teme de forma geral, como a fobia de cobras; no segundo, a situação de perigo não é tão explícita, como nas fobias de viagens, solidão, multidões; no terceiro, as situações temidas são ilógicas, como na agorafobia, sendo difícil captar a relação com um perigo. Para Freud, as fobias podem estar presentes logo na infância, como as relacionadas

à escuridão, trovoadas, animais, porém as fobias de trens ou agorafobia são fobias mais adultas.

No primeiro desenvolvimento sobre a angústia, a ideia inicial, então, é que, no recalçamento, o representante pulsional é deslocado e a libido transformada em angústia, formando as fobias, como no caso Hans que tinha fobia de cavalos. Mais tarde, em sua nova concepção,

a angústia das fobias de animais é o medo da castração do ego, ao passo que a angústia da agorafobia refere-se ao medo da tentação sexual, também vinculado – como ameaça de castigo – ao da castração. Na fobia, portanto, é sempre a angústia do ego que é primária, e que põe em movimento a regressão, não sendo ela originária da libido recalçada. (GURFINKEL, 2006, p. 95)

Grosso modo, isto muda o vetor de seu entendimento à medida que não é a repressão que produz as ansiedades, são as ansiedades que produziram a repressão ou, dito de outra forma, no caso de Hans, o medo de cavalo era um medo realístico provindo de um perigo real ou sentido como tal, um medo não transformado de castração. No caso de Hans, era o medo que o cavalo arrancasse fora os seus genitais com os dentes. Assim, na fobia, se dá um processo no qual o ego, diante do perigo da castração, emite o sinal de angústia e, concomitantemente, inibe o investimento instintual, formando-se o sintoma fóbico que passa a ser dirigido de forma distorcida a um objeto diferente, assim diminuindo o conflito ambivalente e o próprio afeto da angústia.

Nas formulações psicanalíticas posteriores de Melanie Klein, encontram-se entendimentos importantes sobre o tema das ansiedades e medo. Mais precisamente em seu texto de 1948, “Sobre a Teoria da Ansiedade e da Culpa”, a autora retoma a questão remetendo à etiologia das ansiedades as fantasias e impulsos sádicos já existentes nos estágios mais iniciais do desenvolvimento. Através dos mecanismos de projeção e introjeção que, grosso modo, referem-se a projetar o que é interno como sendo de fora e, no sentido inverso, introjetar o que há fora como sendo pertencente ao interno, gradativamente estabelecem-se, dentro do ego, objetos sentidos como extremamente bons que convivem lado a lado com objetos sentidos como extremamente assustadores e persecutórios. Estas

figuras, então, se formam a partir das fantasias e dos impulsos agressivos de maneira tal a se constituírem internamente da projeção do próprio conteúdo agressivo do bebê, configuração que é fonte de ansiedade. A esta condição acrescenta-se a culpa derivada dos impulsos agressivos do bebê contra seu objeto amado, a mãe, tanto externamente como internamente. Mais especificamente, o bebê sente que a frustração produzida pelo seio é a resposta por seus impulsos destrutivos contra ele. Daí a formulação do medo da retaliação no qual se conjugam dois aspectos: externamente, o seio atacado fica sendo representante da pulsão de morte pela projeção dos conteúdos agressivos, o que lhe confere um *status* persecutório e hostil; internamente, configura-se num seio mau, perigoso pela ameaça ao que é sentido como bom, mas também pela vinculação de seus conteúdos ao que é sentido como medo dos próprios impulsos destrutivos.

Viu-se que o entendimento de Freud a respeito do medo da morte está associado ao medo da castração, uma vez que este não reconhece ser possível ao inconsciente qualquer registro do que se possa entender como morte ou aniquilamento, não se inscrevendo, portanto, como matéria de ansiedade originária. A concepção de Klein é subsidiada por sua compreensão de que há um medo unívoco, seja este o medo do aniquilamento do *self* e sua associação com o medo da morte. Para a autora, a ansiedade primária está associada à pulsão de morte cujos efeitos internos se aquilam pelo sentido de perigo e ameaça de vida. Segundo esta concepção, desde o início o medo da morte se imiscui no superego, considerando que o bebê, que projeta seus impulsos devoradores, formula na mente um primeiro objeto, o seio materno, como devorador. À medida que devorar também significa internalizar o conteúdo devorado, no ego coexistem objetos devorados e devoradores. A condição descreve um perigo primário, no qual estão sendo consideradas as ansiedades advindas do temor de que o seio bom seja destruído pelas figuras destruidoras internalizadas do pai e mãe devoradores, que equivalem ao medo da morte. Mais tarde, o mesmo tratamento psíquico será dado ao pênis e ao pai. Mas, o essencial desta condição é que as figuras internas, assustadoras e persecutórias, tornam-se as representantes da pulsão de morte, enquanto o conteúdo bom internalizado sob a ideia do seio bom, aquele que nutre e ajuda, é representante da pulsão de vida, e esta é a configuração descrita para os primeiros meses de vida na posição esquizo-paranoide. Desde

seu nascimento, então, o bebê vive uma condição de desamparo frente aos perigos internos e externos, fomentados por esta luta entre os conteúdos pertencentes à pulsão de vida e os conteúdos pertencentes à pulsão de morte. Este é o panorama e conteúdo central da perspectiva kleiniana sobre o medo do aniquilamento.

Ainda segundo sua teoria, posteriormente, no desenvolvimento emocional do bebê, existe a integração destes conteúdos cindidos, os conteúdos sentidos como bons e maus. Dito de outra forma, ocorre uma síntese entre o amor e o ódio em relação ao objeto de amor agora percebido como pessoa inteira, situação que dá origem à ansiedade depressiva, à culpa e ao desejo de reparar o objeto de amor danificado, descrevendo-se a fase da posição depressiva. A possibilidade reparatória só é possível a partir do predomínio dos sentimentos de amor sobre os impulsos destrutivos. Destaca-se, neste ponto, o quanto os fundamentos desta concepção distanciam-se da formulação freudiana baseada no entendimento das ansiedades como vinculadas somente à agressividade como elemento da sexualidade infantil. Em Klein, o inter-jogo e interação do que ocorre entre as fontes internas e externas de ansiedades reforçam tanto a distinção entre agressividade e libido como suas implicações no que tange ao entendimento sobre o desenvolvimento emocional, como especificamente ao entendimento sobre o medo. Em suas palavras:

No decorrer deste trabalho deixei claro o ponto que sustento de que a pulsão de morte (impulsos destrutivos) é o fator primário na gênese da ansiedade. Ficou, no entanto, também implícito, na minha exposição dos processos que conduzem à ansiedade a à culpa, que o objeto primário contra o qual se dirigem os impulsos destrutivos é o objeto da libido, e que o que causa a ansiedade e culpa é, portanto, a interação entre a agressividade e a libido – em última análise, a fusão, assim como a polaridade, das duas pulsões. Outro aspecto dessa interação é a mitigação dos impulsos destrutivos pela libido. Um nível ótimo na interação entre libido e agressividade implica que a ansiedade proveniente da perene atividade da pulsão de morte, embora jamais eliminada, é contrabalançada e mantida à distância pela força da pulsão de vida. (KLEIN, 1991, p. 63)

Dentre os aspectos mais importantes da teoria de Freud sobre as ansiedades, destacam-se dois aspectos de sua teorização: é a excitação libidinal não satisfeita que se converte em ansiedade; o conteúdo mais arcaico da ansiedade está vinculado com a

sensação de perigo experimentada pelo bebê de que suas necessidades não sejam satisfeitas porque a mãe está ausente. Esta ansiedade de separação é por ele associada ao medo de castração. Por sua vez, os aspectos mais importantes da teorização de Klein postulam as ansiedades como decorrentes das vivências e fantasias associadas aos impulsos destrutivos pertencentes à pulsão de morte inerente ao bebê desde seu nascimento, apontando o afeto sempre presente de sentido de perigo e ameaça de um medo de aniquilamento. No entanto, estes impulsos destrutivos fazem parte de uma agressividade original que não pertence à libido. A interação de parte da agressividade, ou não com a libido, é resultado do inter-jogo psíquico das projeções e introjeções realizadas durante o desenvolvimento emocional.

É nesse contexto da pesquisa teórica clínica psicanalítica, ou mesmo, a partir de uma releitura desta somada às suas próprias experiências clínicas e observações teóricas delas retiradas, que Donald Woods Winnicott (1896-1971) desenvolve sua concepção sobre o amadurecimento emocional do qual se extraiu o objeto temático desta pesquisa. Em um mapeamento sobre este assunto na obra deste pediatra e psicanalista inglês, foi possível vislumbrar uma perspectiva original que amplia o olhar sobre o medo ao abarcar considerações sobre estes múltiplos fatores e suas imbricações. Seus pressupostos permitem aprofundar não somente o conhecimento sobre os possíveis formatos e causalidades que delimitam tal fenômeno, como também sua função e importância na composição de uma estrutura psíquica. Enfim, é desenvolvida uma ideia do medo como uma experiência que fala de uma forma possível de viver, uma condição de existência, o que se arvora no reconhecimento deste afeto dentro de um *status* diferente do apenas reconhecido estado psicopatológico. Este entendimento justifica a interlocução do conceito de medo com a sua perspectiva sobre o binômio saúde/doença e normal/ patológico, mesmo porque é por esta perspectiva subsidiado. Em razão disto, o trabalho está dividido em dois capítulos.

No primeiro capítulo, “O Conceito de Medo em Winnicott”, o foco central abrange as especificidades do conceito de medo dentro de seu constructo teórico-clínico, desenvolvendo-se este estudo apoiado em três aspectos relevantes. O primeiro aspecto se refere ao estudo do conceito através dos fundamentos próprios de Winnicott que abarcam as temáticas da temporalidade, dependência do ambiente cuidador, o desenvolvimento

emocional, entre outros que se destacam de seu pensamento. O segundo aspecto se refere à necessidade de distinção entre suas formulações e as pertencentes à psicanálise tradicional, colocando seu entendimento em discussão com algumas referências teóricas anteriores. Concomitantemente, buscou-se orientar a pesquisa no sentido de “limpar” o conceito de medo no que tange às suas diferenças dos conceitos de angústia, ansiedade, fobia a ele associados, seja dentro de sua própria obra, seja na comparação com os conceitos tradicionais da psicanálise. O terceiro aspecto abrange a interlocução do conceito de medo com a visão de Winnicott sobre o que se refere à saúde/doença e normal/patológico, o que implicou a necessidade de realizar, dentro do capítulo, um aprofundamento teórico sobre esta perspectiva.

O segundo capítulo, “O medo na Teoria do Amadurecimento Emocional”, segue a orientação de mapear os significados apreendidos sobre o conceito de medo dentro da linha temporal do amadurecimento emocional, compreendendo que as variâncias se referem diretamente às cambiantes experiências que ocorrem em cada estágio. Os estágios, portanto, são etapas deste processo, no qual se compreende um universo específico de vivências baseadas nas relações de intercâmbio entre o bebê (criança, jovem, adulto) e de quem dele cuida, marcando assim as diferenças dos conteúdos relacionados ao medo. No desenvolvimento, é acompanhado o mapeamento dos medos pertencentes aos estágios iniciais, ao estágio de dependência relativa, ao estágio do concernimento, ao estágio edípico, ao estágio da adolescência e à fase adulta.

A fim de cumprir com o objetivo principal proposto nesta pesquisa, qual seja, o de aprofundamento na perspectiva de Winnicott sobre o tema, procurou-se analisar todos os textos que falam especificamente sobre o tema como também aqueles que tratam de temas correlatos, tais como a questão da segurança/insegurança e o estudo sobre as fobias. Da mesma forma, parte dos textos sobre casos clínicos foram incluídos como exemplos ao longo do estudo. Na obra de Winnicott, é grande o acervo de casos clínicos nos quais se encontram referências aos medos dos pacientes, justificando-se, assim, a elaboração de um índice remissivo que, pela própria elaboração, revela a gama diversificada de seus

significados correspondentes aos conteúdos históricos pessoais dos casos. Este índice, também, pode se revelar útil no amparo de futuras pesquisas.

De um modo geral, desde suas primeiras publicações, a obra de Winnicott acrescentou fundamentos na ciência psicanalítica cujas temáticas vêm sendo estudadas nos meios psicanalíticos de pesquisa até hoje. No Brasil, alguns de seus conceitos têm sido amplamente utilizados na clínica terapêutica ou mesmo por outros profissionais da saúde mental que encontram em seus pressupostos teóricos-clínicos um ferramental consistente no acompanhamento psicoterapêutico ou assistencial dado aos pacientes. Entre os comentadores de sua obra, estão profissionais de vários segmentos do saber que articulam proposições de interlocução de sua obra com a filosofia, a psicanálise tradicional, a pedagogia, a psicopedagogia, a educação, a assistência social, entre outros. Apesar desta inserção da perspectiva winnicottiana nos meios acadêmicos científicos e psicanalíticos, não foram encontradas pesquisas científicas, artigos ou livros que tratem centralmente sobre a temática do medo. Por outro lado, no entanto, há referências às suas formulações em algumas produções dedicadas ao tema ou aos conceitos a ele associados, incluindo um especial interesse sobre os medos mais primitivos tais como o medo do colapso, medo de morrer ou medo da loucura. Em produções mais contemporâneas sobre o conceito de fobia segundo a perspectiva freudiana, configura-se um cenário no qual, em alguns trabalhos, seu entendimento é convocado para contribuir no aprofundamento sobre o assunto. Cita-se o trabalho de Gurfinkel que, por trazer à discussão o desenvolvimento da perspectiva freudiana sobre fobias, conceito de angústia e ansiedade, e também realizar algumas observações sobre a contribuição winnicottiana, provê a este trabalho uma orientação naquilo que as duas compreensões se encontram ou divergem em relação ao tema. De forma particular, Gutfreind incrementa a discussão ao realizar uma análise sobre a análise de Freud do caso Hans colocando em relevância aspectos sobre a prática clínica de forma a destacar considerações clínicas desenvolvidas por Winnicott. Destaca-se, assim, sua proposta de reatualização analítica sobre o caso Hans tomando como referência o contínuo desenvolvimento da pesquisa psicanalítica à qual Winnicott pertence. Santos, por sua vez, em sua tese a respeito do conceito de angústia em Freud e Winnicott, auxilia referencialmente este trabalho tanto pela realização de uma construção minuciosa de

interlocução entre os autores, no que tange à diferenciação entre angústia de castração e angústia impensável, como por corroborar o desenvolvimento presente nesta pesquisa sobre as diferentes ordens de sentido existentes na matéria da angústia. Bogomoletz, psicanalista tradutor de algumas obras de Winnicott, aporta um diferencial a este trabalho, não só pelo consistente conhecimento que lhe permite articular um diálogo entre os principais nomes da psicanálise como Freud, Klein, Lacan e Winnicott, como pela sua apropriação criativa e pessoal da perspectiva winnicottiana presente em sua formulação de um distúrbio da “perda perdida”. A releitura do acervo já produzido concomitante às observações clínicas é uma práxis respeitada e desejável no campo da pesquisa científica psicanalítica, pois amplia e atualiza o corpo do conhecimento da área. Da mesma forma, e neste mesmo sentido, é que se pode atribuir relevância à contribuição de Dias a este trabalho, cuja obra sobre Winnicott e experiência clínica arvorou-se em referência em vários pontos do desenvolvimento desta pesquisa, assim como fundamental para toda e qualquer incursão que se faça a respeito da obra deste autor. Neste ponto de introdução ao tema, foca-se sua contribuição no que tange ao aprofundamento sobre o conceito de confiabilidade ambiental como um dos aspectos essenciais extraídos do pensamento winnicottiano a respeito de seu *status* de condicionalidade determinante na saúde ou adoecimento psíquico. Assim, percebe-se que mesmo não se constituindo como objeto central destes estudos, o tema do medo se encontra presente em várias discussões, cujas principais reflexões são norteadoras nesta pesquisa.

Também Gurfinkel, em seu trabalho sobre fobia segundo a perspectiva freudiana, tece alguns comentários sobre a contribuição winnicottiana ao entendimento das fobias. Entre os aspectos da obra por ela colocados em relevância, está o entendimento de Winnicott sobre o tema da vertigem e do medo de altura que são por ele associados a problemas nos cuidados maternos. O reconhecimento por Winnicott da vital importância da relação mãe e bebê, como sendo de uma dimensão anterior a qualquer experiência pulsional ou relação objetal derivada desta qualidade experiencial, engendra um entendimento cujos “pressupostos conduzem a um novo ângulo para a compreensão do problema da angústia e, por decorrência, de certas fobias, levantando proposições originais quanto ao manejo clínico destas situações” (GURFINKEL, 2006, p. 137). Outro aspecto destacado pela autora se refere à reflexão contida no artigo “Medo do Colapso”, na qual associa-se aos

fenômenos psicóticos um medo como defesa contra um colapso no estabelecimento do *self* unitário diante de falhas numa situação de dependência, tal qual se associa na neurose as ansiedades de castração subjacentes às defesas. Outros medos por ela entendidos como “comuns” estão associados no artigo de Winnicott ao medo do colapso, como medo de morrer, medo do vazio, medo da loucura. Diz a autora:

Este autor [Winnicott], ao desenvolver sua pesquisa em torno dos estágios iniciais do desenvolvimento emocional, contribui com o estudo das fobias ao distinguir metapsicologicamente um tipo específico de angústia que pode estar encoberta por medos encontrados comumente na clínica em quadros considerados em geral ligados à neurose. (GURFINKEL, 2006, p.138)

Outro ponto correlato ao colapso destacado pela autora se refere ao sentimento de vazio cujo entendimento de Winnicott estabelece uma relação entre oralidade e angústia e desta derivam distúrbios da aprendizagem e alimentação. Na dependência inicial, um padrão de falhas maternas impede ao bebê a experiência do vazio como base a partir da qual se pode experienciar algo. A resultante não tolerância ao vazio lança a pessoa num exaustivo círculo de temor ao vazio, mas, ao mesmo tempo, de busca compulsiva do vazio, uma forma de regressão à dependência para descongelamento da situação.³

Ponto central para o entendimento sobre os medos primitivos, o conceito de “agonia impensável” ou “angústia impensável”, de Winnicott, remete ao que se passa com o bebê diante da ocorrência de falhas maternas no cuidar em sua fase inicial de dependência absoluta que implica a vivência de uma ameaça de aniquilamento. A partir daí, o processo de amadurecimento emocional do bebê fica distorcido pela quebra na continuidade de ser, uma vez que cabe a este reagir para sobreviver. Ele o faz erigindo defesas muito primitivas que são as agonias impensáveis. Etiologicamente, portanto, estas são defesas de outra ordem de significado que as organizadas como reações diante de frustrações cuja natureza implica um maior amadurecimento. Dias, aponta claramente esta distinção:

³ Neste ponto introdutório somente se destaca as observações da autora. A teoria de Winnicott a este respeito será desenvolvida no capítulo II.1

As angústias impensáveis, como se pode ver, não estão referidas a conteúdos de uma existência já fundada (como no caso da angústia de castração), elas ameaçam a própria existência do indivíduo, remetem ao perigo extremo de o indivíduo cair fora da existência, de que a existência enquanto tal não se dê ou se perca. (DIAS, 1998, p. 255)

Santos, em sua pesquisa centrada na distinção dos conceitos de angústia de Freud e Winnicott, entende que a perspectiva de Winnicott nos leva a reconhecer que existe uma angústia muito mais primordial, arcaica, presente ao ser humano. Em suas palavras:

Assim como Freud, também Winnicott construiu suas teorias a partir de verificações empíricas dos casos clínicos com os quais trabalhou ao longo de sua vida. Esses casos permitiram-lhe ver o que realmente deveria se passar com o ser humano, para que ele tivesse um amadurecimento bem sucedido. Logo, é por falarmos de ser humano, que essas falhas no seu amadurecimento podem sempre aparecer. É por isso que também nos parece ser possível pensar que todo ser humano é permeado pela angústia. (SANTOS, 2008, p. 106)

No entanto, em termos etiológicos, sabe-se que a angústia de castração se refere à ameaça de castração que, posteriormente, na fase fálica, é acrescida da relação amor/ódio vivenciado no triângulo amoroso, compondo o complexo edípico. Segundo Winnicott, a angústia de castração e o complexo de Édipo não deixam de ser importantes para a psicanálise, contudo, perdem seu *status* central no cenário das afecções psíquicas. Todavia, o autor procura compreender qual a relação existente entre as angústias impensáveis e a angústia de castração, concluindo que há uma relação paradoxal entre as duas, na qual, por um lado, não há nenhuma relação, e por outro, há uma completa relação. Retomando os termos etiológicos, não há relação, porquanto as angústias impensáveis surgem no início do existir, ou seja, quando ainda o bebê está tentando se integrar em uma unidade, ao passo que a angústia de castração, segundo Winnicott, só é plausível ser pensada numa condição em que o bebê já adquiriu o sentido de unidade, distinguindo o EU do NÃO-EU, e é capaz de relacionar-se com outro percebido como inteiro. Assim, fica claro que ocorrem em momentos diferentes do processo do amadurecimento emocional.

Por outro lado, aponta o autor, do ponto de vista semântico, a angústia de castração se relaciona com as angústias impensáveis. Isso quer

dizer que, com relação à mudança no tempo e no espaço, é possível estabelecer uma certa relação entre elas. Para isso, é preciso pressupor que a angústia surge a partir de um nada e se desenvolve em outras formas de angústia que mascaram essa angústia inicial e essencial com a qual se defronta o existir humano. Dito de outra forma, a angústia surge como uma forma de reação à volta a um estado de não-integração, isto é, os modos sob os quais ela se apresenta é uma forma de reação à ameaça de aniquilamento trazida à tona pelos traumas invasivos e por falta de cuidados suficientemente bons nos momentos adequados. (SANTOS, 2008, p. 107)

A ideia subjacente a esta colocação do autor é que o padrão suficientemente bom de cuidado materno provê condições seguras para que o bebê continue em seu processo de amadurecimento, assim ocultando possíveis angústias do início do existir humano que, por não se tornarem recorrentes, não tem consequências nefastas. A condição de continuidade de ser é retomada sem que haja distorções. No entanto, o viver por si só é repleto de experiências. No futuro, mais amadurecido e diante de outros contextos, outras angústias são vivenciadas.

Essas angústias, agora, que não têm mais o mesmo caráter de aniquilamento da possibilidade de continuar-a-ser como outrora, mas que remetem ao conflito (psíquico) de já ser, já existir como uma pessoa total. Portanto, parece-nos que a angústia, de uma fase a outra do amadurecimento humano, muda de sentido; porém, ela permanece como um momento primordial que foi ocultado ou esquecido do começar a existir humano. (SANTOS, 2008, p. 107)

Outra contribuição vem de Bogomoletz, na sua apropriação pessoal sobre a perspectiva de Winnicott que versa sobre o sentimento de desamparo vivenciado pela criança diante da privação dos cuidados maternos.⁴ Em seu depoimento pessoal colabora no aprofundamento dos conhecimentos a respeito dos medos, uma vez que sua descrição do que chamou “a perda perdida” é autobiográfica. Soube, através da tia, que em sua história, aos 3 anos de idade, sua mãe passou a sofrer de uma forte depressão por ocasião da morte trágica de sua avó. O autor descreve o quanto o desejo de morrer fez parte de sua vida por

⁴ O conceito de privação será desenvolvido no corpo do trabalho. Por ora, é importante reter que, diferente da privação, a deprivação se constitui num trauma de perda dos cuidados maternos em momento posterior do desenvolvimento emocional, quando o bebê já sabe algo de si e de sua mãe.

muito tempo até que, através de um paciente, descobre que persistia em si mesmo não um desejo de morrer, mas uma descrença na possibilidade de continuar vivo. Entre os principais sintomas descritos nesta síndrome destacam-se dois: o “desamparo” básico, como um medo devido à perda de confiança no amparo anterior, e uma eterna espera pela grande catástrofe projetada no futuro, mas que, no entanto, como elucida Winnicott, refere-se a uma catástrofe já ocorrida no passado sem que esta ocorrência tenha podido ser integrada pela imaturidade do ego. Daí a ideia da perda (da mãe) perdida (vivência não realizada). Em suas palavras, aponta a contribuição de Winnicott ao trabalho de Lacan sobre a criança e o espelho:

A perda fica “perdida”, pois o desastre não houve – e memória dele não há. O desgosto que a mãe expressa diz à criança que ela é a causa, a origem, e o destinatário de tal sentimento. O mesmo vale para a pura e simples ausência de expressão. Winnicott é veemente ao descrever o efeito devastador do “espelho vazio”, típico da mãe deprimida. Com isso o vínculo de afeto da criança, o vínculo primário, a confiança básica, se quebra, ou no mínimo se danifica. (BOGOMOLETZ, 2005, p. 3)⁵

Persiste a similaridade, ou melhor dizendo, a continuidade da perspectiva sobre a qualidade do ambiente cuidador como foco principal da perspectiva de Winnicott subjacente às formulações sobre as angústias, as ansiedades, os medos associadas às vivências de ameaça de aniquilamento e desamparo. O medo surge defensivamente diante do comprometimento desta qualidade ambiental. Mas, então, que qualidade é esta? Dias, em seu artigo “Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica”, apreende o significado daquilo que se espera como essencial ao se pensar a respeito do entorno do bebê e, por correspondência, do paciente no *setting* clínico. No uso coloquial, confiabilidade é a qualidade que designa o caráter daquela pessoa com o qual se sabe que se pode contar, em diversificadas situações: “quando acreditamos que fará o que prometeu ou que não fará mau uso do que lhe dissemos num momento de intimidade; ou de quem, capaz de reconhecer que alguém se encontra indefeso, não abusa nem se aproveita de um estado de

⁵ Esta colocação se encontra na comunicação realizada pelo autor em 25/08/2010, por ocasião de um Colóquio da SBPW, portanto não se encontrando em material editado. No entanto, suas ideias estão explicitadas no artigo “Holocausto: A Mega-Fabricação do Desamparo”, publicado na Revista do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, em Dezembro de 1998.

fragilidade, distração ou incapacidade do outro” (DIAS, 2011, p. 15). Na teoria, respeitando-se os limites e especificidades do termo ao longo do processo de amadurecimento, este significado geral corresponde à noção do que Winnicott tinha em mente acerca do ambiente. Esta qualidade é tão mais essencial à medida que, ao longo e na linha temporal do amadurecimento emocional, este aspecto, localizado nos cuidados maternos nas fases iniciais, migra para a realidade interna daquele bebê que vai se firmando em suas próprias pernas. Assim se constitui a capacidade de acreditar em..., de confiar, sem a qual é uma tarefa hercúlea estabelecer o vínculo na práxis terapêutica. Como afirma Dias (2011, p. 27):

Se o ambiente falha em prover o bebê de confiança na realidade de si-mesmo e do mundo, o indivíduo não alcança a capacidade de acreditar em..., de confiar. O resultado é uma desconfiança básica, uma inconsistência que torna tudo irreal. O indivíduo não pode entregar-se aos acontecimentos da vida e fica todo o tempo tomando conta do ambiente, à espreita de uma invasão ou tomando conta do frágil si-mesmo, sempre passível de ser perdido, aniquilado.

Assim, retirado das muitas observações clínicas realizadas por Winnicott ao longo de sua obra, o conceito de medo se transfigura em seu caráter respeitando o material trazido na vivência de seus 60.000 pacientes. A construção teórica por ele realizada deste material e seus inúmeros casos clínicos ilustrativos são relevantes por estarem colados naquilo que é mais humano: seu sofrimento. O conceito de medo, então, como foco temático, desenvolve-se através do acompanhamento terapêutico e, sobretudo, é para este fim que se destina. No entanto, se por um lado se arregimenta como matéria de conhecimento e, portanto, elucidando possíveis fenômenos comportamentais trazidos pelos pacientes, por outro, é no respeito a seus sentidos que se norteia a práxis clínica. Em outras palavras, seguindo o pensamento winnicottiano, não se trata de elucidação e interpretação de seus sentidos. Pelo contrário, em reconhecendo o âmbito etiológico do conceito do medo que remete aos diferentes significados traumáticos, trata-se de como prover, no ser e fazer terapêutico, a facilitação ambiental na qualidade necessária para que haja a retomada do amadurecimento emocional, do sentido de viver, do continuar a ser, tema pertencente a todo e qualquer ser humano.

CAPÍTULO I

O CONCEITO DE MEDO NA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA

Ao longo da obra de Winnicott são recorrentes as referências sobre o tema do medo (*fear*), quer seja nos seus desenvolvimentos teórico-práticos, quer seja na exposição de casos clínicos. Sob este conceito conjugam-se associações correlatas que aparecem na obra como temor (*to be afraid*), terror noturno (*pavor nocturnus*), pânico (*panics*) e fobia (*phobias*). Através de uma perspectiva particular, que privilegia a emergência do fenômeno do afeto, Winnicott ancora sua compreensão nos diferentes contextos resgatados na história pessoal do vasto universo de seus aproximadamente 60.000 pacientes. Ainda que não se possa demonstrar a relevância do assunto via tratamento estatístico do número de casos nos quais surge o tema do medo, ela se torna tangível quando se observa sua presença nos diversos discursos e a força de seu impacto na vida das pessoas. Crianças, jovens e adultos, sob diversas condições psíquicas e clínicas, expressaram diretamente seus medos e consequentes constrangimentos no viver ao psicanalista. E é deste material que o autor tece sua perspectiva que, distante de ser unívoca, está em concordância com os diferentes matizes que compõem o conceito.

À primeira vista, a recorrência sobre a experiência do medo, na fala de tantos personagens reais ao longo da obra de Winnicott, enuncia uma possível ideia inicial. Sem ainda complicar com categorizações sobre o que é normal ou o que é patológico, depreende-se do montante fenomenológico que, ao menos, está se falando do medo como algo na ordem do comum. Mesmo que de diferentes formas, intensidades e significados,

parece ser formatada a evidência de que qualquer pessoa passa por esta experiência e é por ela afetada em algum momento da vida. Sob esta perspectiva delinea-se o afeto do medo como condição universal da natureza humana.

Entretanto, Winnicott não concordará com um pressuposto de universalidade ancorado no instintual, propondo uma outra forma de compreender a experiência do medo humano. Neste sentido, ele entende necessário resgatar as primeiras experiências humanas: as do bebê.

O início de vida é marcado pela dependência absoluta de cuidados da mãe que tem como tarefa suprir, ao mesmo tempo, as necessidades físicas e emocionais. O bom cuidado ao bebê é aquele adaptado, nesta fase, totalmente a estas necessidades proporcionando as bases para o desenvolvimento do amadurecimento emocional. Neste momento inicial, o par mãe-bebê é caracteristicamente composto por dois, mas fusionado em um. O bebê não sabe nada de si e nem se sabe separado da mãe. Esta, na condição de saber-se separada, já durante a gravidez, desenvolve o que Winnicott denomina “preocupação materna primária”⁶ que, devido ao resgate de experiências próprias de ter sido cuidada, torna-a habilitada a disponibilizar, compreender e satisfazer estas demandas iniciais.

O dia a dia deste par pode parecer, aos olhos dos demais, como simples, afinal seu dia divide-se entre mamadas, trocas de fraldas, banhos e sonecas. Compreende-se, certamente, que é fundamental à saúde psíquica do bebê que o nível de estímulos não passe disto e que a mãe deve ser protegida de outro tipo de preocupações para nele focar suas atenções. Entretanto, a despeito desta simplicidade, sob o olhar perscrutador de Winnicott, esta rotina desvela-se cheia de nuances em uma dinâmica de intercâmbio entre o par que lança as bases da estrutura psíquica do bebê.

No início, o bebê tem um diminuto repertório composto pelas experiências intrauterinas e as relativas ao parto englobando os movimentos e sensações desta primeira

⁶ Esta é a denominação que Winnicott dá à condição psicológica especial da mãe saudável na qual há um aumento de sensibilidade em tudo que concerne ao bebê. Esta fase, que se inicia na gestação, só termina algum tempo depois do parto.

fase. Após o nascimento, tudo que se refere ao bebê será advindo da inter-relação com a mãe e pelo padrão de cuidado e ambiente que esta proporciona. Sob condição inata própria, possivelmente de origem hereditária, o bebê possui, e é impulsionado, pelos seus estados excitados e tranquilos. Neste momento, o padrão de cuidado materno diz respeito a considerações sobre adequação a este ritmo próprio de movimento do filho. Doravante, entre o par, os movimentos sintônicos compõem o universo de experiências que podem ser por ele integradas e, portanto, facilitam o desenvolvimento do amadurecimento emocional. Ao inverso, os descompassos são sentidos como vivências aniquiladoras e invasivas, por conseguinte, situações que provocam reações, as quais, se repetidas numa espécie de padrão, implicam na formulação de defesas.

Assim se está num contexto inicial no qual a mãe deseja conhecer seu filho e este, por sua vez, necessita ser conhecido. Suas necessidades, tanto quanto envolvem a alimentação, abrangem amor e compreensão.

O choro, presente desde o início da vida, é a expressão ruidosa mais frequente nos bebês. É uma forma de comunicação especialmente importante, uma vez que pode estar incluindo desde manifestação de prazer até um aviso de dificuldade e pedido de ajuda à mãe (cf. WINNICOTT, 1982). Por um lado, então, pode significar uma expressão de saúde e vigor como um primeiro exercício físico que envolve a excitação com utilização funcional do corpo e os próprios ruídos. Por outro, no entanto, o valor do choro deve ser reconhecido como primeiro método próprio de lidar com as dificuldades que se vê envolvido o bebê. Trata-se aqui de um recurso tranquilizador diante de sentimentos de insegurança e ansiedade que afetam o bebê e primeira possibilidade de solicitar auxílio caso necessário.

Através do choro expressam-se dor, raiva e pesar. Entre outras possíveis dores ocasionais como cólicas e dor de ouvido, a sensação de fome é a dor primeira e mais comumente sentida pelos bebês. Com o tempo se observa que a excitação e os sentidos do bebê ficam aguçados, ao captar os movimentos envolvidos nos preparativos de sua alimentação, e se manifestam através deste choro de dor, que será rapidamente esquecido caso resulte numa alimentação satisfatória.

Submetido à temporalidade e movimentos próprios da rotina, observa-se que a qualidade do choro adquire o significado da dor da apreensão. Ou seja, o bebê paulatinamente começa a fazer a associação entre as poucas circunstâncias que o envolvem como, por exemplo, a fome e alimentação, ser despido e o banho, ficar sujo e ser despido. Em todas estas circunstâncias, enfim, o bebê será manuseado e levado de um lado a outro, perderá calor, etc. A novidade, em termos de aquisição do bebê, é a capacidade de esperar a dor advinda da experiência de que em poucos minutos será perturbado, ou seja, passará por um colapso de toda sua tranquilidade. Winnicott explica estes primeiros momentos nos quais o bebê sente medo e chora:

A base do choro de medo é a dor, e é por isso que o pranto soa da mesma maneira em ambos os casos, mas agora é uma dor recordada e que ele já espera ver repetida. Depois de um bebê ter conhecido qualquer sensação dolorosamente aguda, poderá chorar de medo quando acontece qualquer outra que o ameace de voltar a ter essa mesma sensação. E logo começa a ter ideias, algumas assustadoras, e então volta a chorar porque alguma coisa recordou ao bebê a dor, embora essa alguma coisa seja agora imaginária. (WINNICOTT, 1945j[1944]/ 1982, p.68)

Este trecho, aparentemente simples, da articulação teórica de Winnicott sobre o medo, encerra as bases mais fundamentais sobre o seu entendimento do tema. O primeiro aspecto que se apreende deste parágrafo refere-se à questão da temporalidade na sua concepção desenvolvimentista sobre o amadurecimento emocional humano⁷. Este tema é amplamente discutido em toda sua obra, permeando sua visão particular sobre a natureza humana com implicações diretas na conceituação sobre o binômio saúde/doença e subsidiando a formulação do diagnóstico e propostas técnicas terapêuticas.

“O ser humano é uma amostra no tempo da natureza humana” (WINNICOTT, 1988/1990, p.29). Nesta afirmação, Winnicott enfatiza a inscrição temporal

⁷ Esta citação, retirada do texto “Porque choram os bebês”, apresenta a formulação e o uso do termo “medo” sob a premissa de que se está falando de um bebê mais amadurecido em termos de desenvolvimento emocional, cujo nível de repertório experiencial é distinto de um bebê em seus momentos iniciais de vida extrauterina. Somente sob esta perspectiva temporal que se pode compreender as colocações a respeito das primeiras evidências do funcionamento da memória e das primeiras ideias e fantasias formuladas pelo bebê e sua associação com o tema do medo.

da condição humana que concerne tanto ao âmbito físico/fisiológico, quanto, sobretudo em sua especificidade psicanalítica, ao desenvolvimento emocional.

Similar ao valor inato do potencial físico/fisiológico de crescimento, o desenvolvimento emocional tem como marco zero o potencial inato para o amadurecimento. Entretanto, uma vez mantidas as condições normais de saúde e alimentação, o físico/fisiológico desenvolve-se sob a égide do fator cronológico. Por sua vez, o aspecto emocional do ser humano tem seu desenvolvimento marcado pela provisão e adequação ambiental de cuidados concernentes à satisfação das necessidades do bebê e à facilitação na sua evolução.

Estabelece-se uma linha de tempo do amadurecimento emocional que vai desde uma condição inicial, de dependência absoluta dos cuidados maternos, à dependência relativa e ao encaminhamento a uma condição de independência destes cuidados. Está-se falando da vivência, via relações interpessoais, de experiências que se consolidam em conquistas que se integram à psique do indivíduo e servem de base para as próximas. Neste sentido, esta perspectiva sobre o desenvolvimento emocional ultrapassa o critério cronológico de categorização para o critério que engloba necessidades emocionais de cuidado/ambiente e acúmulo experiencial.

A concepção de saúde está ancorada na compatibilidade entre amadurecimento emocional e idade cronológica. Uma vez que facilitada pela provisão ambiental, presume-se uma continuidade no crescimento e evolução emocional do indivíduo. Em contrapartida, a concepção de doença supõe a interrupção no desenvolvimento, uma espécie de bloqueio cuja etiologia aponta para o fracasso ambiental na adaptação dos cuidados às necessidades e capacidades do bebê.

O caminho norteador percorrido por este estudo do medo foi o de acompanhar a linha temporal do desenvolvimento emocional do indivíduo. Esta escolha se deveu a hipótese de que este conceito tem uma amplitude de significados ancorados na fenomenologia de sua origem como defesa. Esta fenomenologia diz respeito à concretude do que está acontecendo nas relações interpessoais entre o par fusionado na dependência absoluta entre mãe e filho, na dependência relativa e na formação triangular na

independência. Os medos, em sua tipologia, dizem respeito a estas etapas e se configuram em medos relacionados à sobrevivência psíquica e à identidade, medos da separação da mãe, medos relativos à ambivalência e edípicos.

Ao longo do percurso traçado neste estudo da perspectiva winnicottiana sobre o medo, consolida-se a necessidade de proximidade, se não o paralelismo, deste conceito de medo com o da ansiedade. Mesmo porque, os dois conceitos estão presentes lado a lado nos diversos artigos escritos a respeito do tema do medo. Inicialmente, no entanto, é preciso fazer a distinção do que Winnicott compreende por ansiedade, uma vez que seu entendimento é distinto do significado que se revestiu anteriormente nas formulações freudianas.

Em seu artigo “Memórias do Nascimento, Trauma do Nascimento e Ansiedade”, apresentado à Sociedade Psicanalítica Britânica em 1949, Winnicott coloca seu estranhamento a respeito das afirmações freudianas que vinculam as ansiedades como determinadas pelo trauma do nascimento. Em seu entender, este olhar seria reduutivo do que chama experiência do nascimento e das ansiedades. Ou seja, se determinada pela condição traumática, a ansiedade perderia a configuração como possibilidade mesmo para os bebês que nascem naturalmente, ou estaria implícito que o bebê não teria como mostrar que está ansioso. Sua distinção se atém à questão de ansiedade no que se refere ao significado relacionado ao inconsciente reprimido, uma vez que diz “não consigo pensar em um bebê ansioso ao nascer, pois não existe repressão nem inconsciente reprimido nesse estágio tão inicial” (WINNICOTT, 1958f/2000, p. 262). Ele retoma a discussão criticando a citação de Freud no texto “Para Além do Princípio do Prazer”:

A Angst denota uma certa condição de expectativa ligada ao perigo⁸ e à preparação para este, mesmo que este último não seja conhecido. No entanto, ele não parece dizer o que eu tinha em mente, ou seja, que o indivíduo deve ter alcançado um certo grau de maturidade e a capacidade para a repressão antes que o termo “ansiedade” possa ser adequadamente empregado. (WINNICOTT, 1958f/2000, p. 262)

⁸ Na tradução do inglês para o português desta edição a palavra utilizada “*danger*”, na versão original, foi traduzida como “medo”. Coloco a palavra perigo que me parece mais apropriada.

Em texto anterior, de 1941, “A Observação de Bebês numa Situação Padronizada”, Winnicott ancora a discussão muito baseado no que foi escrito por Freud em 1926: “a ansiedade surge a respeito de algo”. Nesta discussão, a proposta de Winnicott é deixar claro que existem dois aspectos implícitos nesta colocação: “aquilo que acontece no corpo e na mente em estado de ansiedade, e o algo a respeito do qual a ansiedade ocorre.” (WINNICOTT, 1941b/2000, p. 120)

Foi em suas extensas observações sobre o comportamento dos bebês numa situação padrão que Winnicott teceu sua construção teórica sobre a ansiedade e as questões implícitas em sua etiologia, que estão vinculadas ao contexto que abarca a dependência relativa e o estágio do concernimento. A situação padrão consiste em deixar uma espátula ao alcance do bebê e aguardar sua movimentação. É esperado como padrão que ele a observe, hesite em pegá-la, aceite seu desejo pela espátula, pegue-a e depois passe a fazer livremente experiências com ela. Em seguida, que faça experiências em deixá-la cair. Para a reflexão sobre a ansiedade, o foco está na discussão sobre o período de hesitação, ainda que seja normal sua ocorrência.

Sobre este tema, Winnicott está discutindo com a concepção freudiana que se atém à questão da repressão. Ou seja, segundo a psicanálise tradicional a hesitação normal é explicada por referência à atitude parental, um provável gesto reprovador ou algo já internalizado pela criança ao ponto de ser significativo ao ego e, portanto, reconhecido como ameaçador. O ponto importante para Winnicott é o de demonstrar que a capacidade de fantasiar está presente muito antes do estado edipiano, foco das discussões freudianas. Para isto, na afirmação de Freud o que lhe interessa é este “algo”.

Este “algo”, a respeito do qual a ansiedade ocorre na hesitação, pode estar falando de uma experiência que o bebê passou, mas também pode ocorrer a existência na mente do bebê de uma fantasia que, em termos paralelos, é equivalente à memória do bebê que passou pela proibição real da mãe. Em outros termos, a hesitação significa que o bebê espera fazer aparecer uma mãe zangada ou retaliadora em consequência de seu ato, independente de ter passado por uma experiência de proibição. A hesitação pode ser um comportamento apreendido por repreensão parental. Mas inclui-se a possibilidade de que o

bebê possa estar fantasiando e entrar em conflito expresso na hesitação, apesar da mãe tolerante. Na situação-padrão os conteúdos de sua fantasia podem estar associados à espátula, que encerra em si a possibilidade de estar representando o seio ou, até mesmo, uma vaga ideia do que é um pênis, mas, também, representam pessoas. “O que vemos é a consequência do fato de que o impulso do bebê para estender o braço e agarrar está sujeito a um controle capaz inclusive de provocar a sua negação temporária” (WINNICOTT, 1941b/2000, p. 124).

Depreende-se de toda esta discussão que o que Winnicott entende por ansiedade é diferente da concepção freudiana vinculada ao inconsciente reprimido. Esta diferenciação é essencial à medida que descola da condição de traumática a origem da ansiedade, o que confere maior autonomia tanto à sua etiologia como à sua interpretação. É preciso considerar que, a partir de um momento no desenvolvimento emocional, algo sempre está acontecendo ou sendo elaborado pelos bebês, crianças ou adultos, portanto as ansiedades fazem parte do estar diante de várias situações no estar vivo. No entanto, a distinção sobre a ansiedade é claramente marcante no que se refere ao início do amadurecimento emocional.⁹ Ou seja, neste contexto é impossível, dada a imaturidade do bebê, se falar em ansiedade de cunho dos conflitos do inconsciente reprimido. Nas etapas iniciais existe um inconsciente originário que se está formando pelo acúmulo das experiências que vão sendo integradas sob a condição essencial dos cuidados maternos. Um padrão traumático provoca a perda da continuidade de ser, o que leva a um estado de “agonias impensáveis”, portanto, de cunho qualitativo muito distante das ansiedades tal como entendidas por Freud¹⁰.

⁹ Assim como o termo medo, o termo ansiedade percorre a obra de Winnicott com distintos sentidos. É fundamental reter como ideia central que o termo ansiedade (*anxiety*) encerra dois tipos diversos de entendimento submetidos à linha temporal do amadurecimento emocional. O primeiro significado remete às angústias primitivas. Mais tarde, em sua obra, este sentido se arvora num conceito de agonia impensável, conceito original na psicanálise. O segundo significado abarca aquilo que se entende como ansiedade e medo. Então, numa primeira conceituação, prevalece a distinção agonia/não agonia.

¹⁰ Em Freud apreende-se o caráter objetal associado às ansiedades, sejam estas de castração ou de separação, no qual está implícito a relação sujeito-objeto. Por sua vez, em Winnicott, não existe ainda sujeito e nem relação objetal como possibilidade de descrição sobre o bebê que pode vir a sofrer uma agonia impensável. O “impensável” do termo remete ao primitivismo da condição de alguém que ainda não pensa. Neste ponto do desenvolvimento, o bebê não está ainda capacitado ao exercício da representação.

No momento em que está se dando a constituição do si mesmo, a ansiedade não é ansiedade de castração ou de separação, mas, sim, angústia quanto à possibilidade de aniquilamento do si-mesmo-incipiente. (DIAS, 2003, p. 84)

Outro ponto de discussão fala a respeito da fisiologia da ansiedade, ou aquilo que acontece no corpo e na mente em estado de ansiedade. Winnicott aponta as dificuldades inerentes em se falar de uma fisiologia da ansiedade, uma vez que são inúmeros os sintomas possíveis a ela relacionados.¹¹ Podem lhe ser atribuídos sintomas de palidez, náusea, vômito, diarreia, taquicardia, entre muitos outros. Mas, do seu ponto de vista, esta associação fica impossibilitada ou mesmo banalizada se junto aos sintomas físicos não forem consideradas as fantasias, a raiva, a frustração e as defesas da criança. Diz o autor:

Existe uma fisiologia do medo, bem como da excitação e do ódio, mas não existe uma fisiologia da ansiedade, já que as manifestações deste fenômeno complexo dependem de um jogo de forças, na fantasia, entre medo, ódio, amor, excitação, etc., e esse jogo é próprio de cada indivíduo. (WINNICOTT, 1988/1990, p. 73)

O paralelismo existe em termos etiológicos, entretanto, parece se configurar que as ansiedades têm uma natureza mais difusa, ao passo que o medo, em sua formação organizada de defesa, ganha consistência pela natureza de seu foco. De outra forma, Winnicott tenta separar os dois conceitos:

Parece que o termo “ansioso” pode ser aplicado quando um indivíduo vê-se às voltas com alguma experiência física (excitação, raiva, medo ou qualquer outra) que ele não pode nem evitar nem entender. Ou seja, ele desconhece a parte maior das causas de seu estado. Com o termo “desconhece” refiro-me ao inconsciente reprimido. Caso ele tome conhecimento do que está ocorrendo, ele não sentirá mais ansiedade e sim excitação, medo, raiva, etc. (WINNICOTT, 1958f/2000, p. 262)

¹¹ A dificuldade em se falar da fisiologia da ansiedade deve considerar também a questão da agonia impensável, uma vez que este estado sendo primitivo não pode ser traduzido pelos estados excitados, irrequietações ou sintomas fisiológicos diversos.

Em outros artigos, inclusos os casos clínicos, é comum que aponte a ansiedade da criança através da presença dos medos por ela expressos. Em seu artigo “Notas sobre Normalidade e Ansiedade”, de 1931, Winnicott já postulava que a ansiedade é normal na infância, pertencendo à história de qualquer criança. Ilustra com um caso:

Em meu consultório no hospital entra uma mãe carregando um bebê (menino) de dois meses e trazendo pela mão uma menina de dois anos. A menina parecia assustada, e disse bem alto: “ele não vai cortar a garganta dele, vai?” Ela temia que eu fosse cortar a garganta do bebê. [...] Por alguns momentos minha atitude óbvia de boas intenções conseguiu tranquilizá-la, mas em seguida o medo voltou a se manifestar: “ele não vai cortar a garganta dele, vai?” “Não, mas vai cortar a sua se você não ficar quieta”, disse a mãe, exasperada. Essa nova luz sobre a situação não pareceu afetar a menina, mas em menos de um minuto ela disse: “quero pipi”, e teve que ser levada correndo ao banheiro. [...] Superficialmente, aparece o amor da menina pelo irmãozinho, a esperança de que ele não seja machucado, e um pedido de reassuramento pela mãe. Mais profundamente encontra-se o desejo de machucar, devido ao ciúme inconsciente acompanhado do medo de ser ferida da mesma maneira, representado, na consciência, pela ansiedade. Isto não apareceu em nenhum estado mental manifesto mas num sintoma físico, ou seja, num desejo urgente de urinar. (WINNICOTT, 1931p/2000, p. 60-61)

Parece se configurar uma equação na qual o medo se arvora como recurso de expressão, comunicando o estado de ansiedade subjacente. À qualidade sintomática do medo agrega-se o sentido defensivo, uma vez que impedem o predomínio das ansiedades subjacentes. Neste sentido, Winnicott retoma a compreensão dada por Freud sobre as defesas como sintomas que significam algo e que têm valor para os pacientes. No entanto, defesa, no pensamento de Winnicott, não se restringe a defesas do ego relativas à psicose e que, portanto, guardam seu sentido defensivo em relação às ansiedades da vida instintual como a repressão. Fica claro que, para o autor, não se pode falar em defesa egoica quando ainda não existe um ego constituído, condição das fases iniciais do amadurecimento, ou porque na doença não foi constituído um ego capaz de defender-se. O caráter defensivo é mantido no que tange à proteção das agonias impensáveis, no entanto, redundando em distorção ou paralização na continuidade do amadurecimento emocional, impedindo a integração num ego. A psicose é em si uma organização defensiva no sentido

de prover a invulnerabilidade diante da ameaça proveniente da imprevisibilidade ambiental aniquiladora. Nas palavras de Winnicott (1965h/1983, p. 124): “estamos chegando à ideia de que na psicose há defesas muito primitivas que são trazidas à ação e organizadas por causa de anormalidades ambientais”.

Para o prosseguimento deste estudo, antes de adentrar nas questões centrais referentes ao conceito de medo winnicottiano, considera-se importante seguir com o desenvolvimento sobre a concepção particular deste pensador sobre o binômio saúde/doença. Vale ressaltar que este tema aporta subsídios para se entender sua compreensão plural no que concerne ao afeto do medo.

I.1 O BINÔMIO SAÚDE/DOENÇA

Neste tópico se pretende desenvolver a perspectiva winnicottiana sobre o binômio saúde/doença, considerando que esta ganha contorno particular e inovador à medida em que seus fundamentos implicam a modificação do olhar médico-clínico (psiquiátrico) cuja formulação, com ênfase quantitativa, propõe uma equação sobre o normal e o patológico baseada nos comportamentos sintomatológicos do indivíduo. Implicam, também, a modificação do olhar psicanalítico tradicional cujo enunciado negativo da saúde (não doença) está ancorado na ausência de defesas rígidas e fixações concomitantes à atribuição de força egoica ao indivíduo.

No pensamento winnicottiano, a saúde emerge como uma categoria autônoma associada à teoria do amadurecimento, ou seja, conforme suas próprias palavras: “em termos de desenvolvimento, pode-se dizer que a saúde significa uma maturidade relativa à idade do indivíduo” (WINNICOTT, 1971f/2005d, p. 4). Sob esta compreensão, então, a doença está ligada à interrupção daquilo que é inerente à natureza humana enquanto potencialidade, à sua tendência ao amadurecimento.

Esta discussão, portanto, muda o foco centrado nas questões intrapsíquicas para as inter-relacionais, enfatizando o ambiente como o facilitador para o desenvolvimento desta potencialidade. A ideia define o meio ambiente satisfatório como aquele que faz

ajustes progressivos adaptados diretamente aos diferentes graus de necessidades e dependência do indivíduo ao longo do seu desenvolvimento.

Reitera-se a importância da compreensão temporal da natureza humana, uma vez que as falhas ambientais serão traumáticas nas fases mais primitivas de maior dependência aportando interrupções ao processo, contudo serão facilitadoras para o processo de amadurecimento se ocorridas gradativamente nos momentos posteriores na dependência relativa rumo à independência.

A concepção de saúde de Winnicott considera a capacidade que o indivíduo tem de se identificar com o ambiente sem sacrifício de sua espontaneidade, ou seja, sem submeter-se. A possibilidade de usufruir de experiências no mundo, sentir-se real, entre outras, ligadas a esta capacidade que aportam qualidade e sentido no viver, são proposições que envolvem a questão ontológica, existencial humana, ultrapassando a discriminação do normal regrado pelo ambiente classificador. Neste sentido, um de seus conceitos paradigmáticos, o conceito de falso *self*, transita na saúde na sua faceta civilizatória, mas também transita na doença como casca protetora do núcleo do verdadeiro *self*, uma defesa frente a um mundo externo ameaçador com qual o indivíduo só pode se relacionar “falsamente”, ou seja, submetido às imposições externas ambientais.

Entre outras, considerações ligadas ao particular entendimento de Winnicott sobre o tema da saúde/doença apontam sua preocupação em desenvolver outro sistema classificatório dos distúrbios psíquicos que considere a sutileza, a diversidade, a flexibilidade e a adaptabilidade configuradas no processo do viver humano. Esta procura criteriosa engendra um quadro formado por psicose, tendência antissocial, depressão e neurose, correspondendo aos pontos de origem (ruptura/falha ambiental) na linha do tempo do amadurecimento emocional do indivíduo. Sob este olhar, então, o homem não é portador de uma doença, como uma entidade nosológica estática. O homem é um ser temporal, num processo contínuo de devir, o que fala da sua condição potencial natural à saúde, ou seja, existe a possibilidade de ultrapassar o paralisado na linha do amadurecimento e continuar o processo de desenvolvimento emocional.

Debruçando-se no entendimento sobre a “natureza humana”, ideia já bastante controversa no campo científico (psicanalítico) dominado pelo determinismo cultural nas questões de conflito psíquico, Winnicott se depara com a vigência de uma apreensão do homem fragmentada entre vários saberes, onde prevalece ainda a dicotomia mental/físico. O cenário desta realidade está bem descrito em seu questionamento:

Mas onde encontrar esta criança?

O corpo da criança pertence ao pediatra. Sua alma pertence ao sacerdote. Sua psique é propriedade da psicologia dinâmica. O intelecto pertence ao psicólogo. A mente, ao filósofo. A psiquiatria reivindica os distúrbios da mente. A hereditariedade é propriedade do geneticista. A ecologia se atribui direitos sobre o meio ambiente. As ciências sociais estudam as estruturas da família e sua reação com a sociedade e a criança. A economia examina as pressões e tensões devidas a necessidades conflitantes. A lei se apresenta para regular e humanizar a vingança pública contra comportamentos antissociais. (WINNICOTT, 1988/1990, p. 25)

Frente a esta multiplicidade de saberes que estudam o ser humano, Winnicott encontra, na abordagem que foca o desenvolvimento do indivíduo, aquela que pode conjugar e dar unidade a estes diferentes pontos de vista. Loparic (2000, p. 352) aprofunda o sentido do termo “animal humano”, utilizado por Winnicott, para designar o homem, seja adulto ou criança, em seus estudos sobre sua natureza:

O objeto que confere unidade a essas diferentes áreas de estudo é, diz Winnicott, o “animal humano”. O termo pode causar estranheza. O senso comum vê o ser humano como animal racional. Chamá-lo de animal humano parece sugerir uma conotação biologizante que incomoda. O aspecto “físico” da natureza humana é certamente central nas considerações de Winnicott, mas, conforme mostrarei adiante, esse não deve ser identificado, sem mais nem menos, com o aspecto “biológico”. Fica mais fácil entender a escolha terminológica do autor se notarmos que o termo “animal” é derivado do adjetivo latino animal, o que respira.

Ultrapassando a dicotomia vigente mente/físico, Winnicott problematiza o binômio saúde/doença sob um tríplice ponto de vista: o soma, a psique e a mente. O que existe em oposição é o soma e a psique. A este respeito coloca: “existe também um inter-

relacionamento de complexidade crescente entre um e outra, e uma organização deste relacionamento proveniente daquilo que chamamos mente” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 29). Segundo Loparic, na obra de Winnicott apreende-se dois sentidos em seu entendimento sobre a psique. Num primeiro sentido, a psique pode ser descrita como a própria elaboração imaginativa do funcionamento físico composto pelo somatório das partes e funções corporais e os sentimentos. Em outro sentido, é considerada, por Winnicott, como o produto final desta elaboração imaginativa, ou seja, nascendo a partir deste material disposto em uma organização. (cf. LOPARIC, 2000, p. 362)

Desta explicação compreende-se, primeiramente, que a mente é uma especificidade do funcionamento do psicossoma, não fazendo sentido a classificação do distúrbio psíquico, aquele sem comprometimento físico/intelectual, como “doença mental”. Também se entende o quanto tanto a psique como o intelecto estão ancorados no soma, isto é, em certas partes do cérebro. O inter-relacionamento entre psique e soma envolve um campo de influência de mão dupla. Reconhece-se os efeitos na psique dos problemas físicos de saúde, mas, também, reconhece-se os efeitos físicos dos problemas ou tensões normais de desenvolvimento emocional. A este respeito, diz Loparic (2000, p. 360): “em suma, a natureza humana não é um composto cartesiano, uma unidade inverossímil de mente espiritual (racional) e de um corpo físico, mas um psique-soma, com a mente florescendo na beira do funcionamento psicossomático”.

A saúde física “requer uma hereditariedade (*nature*) e uma criação (*nurture*) suficientemente boas” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 29); a saúde da psique está relacionada com a maturidade emocional correspondente à idade do indivíduo; a saúde intelectual é um termo sem sentido, uma vez que remete à sua dependência ao bom funcionamento cerebral. Winnicott (1988/1990, p. 43), então, equaciona da seguinte forma: “o desenvolvimento emocional sadio fornece à criança um sentido para a saúde física, assim como a saúde física lhe provê um reassseguramento que é de grande valia para o desenvolvimento emocional”.

Neste relacionamento, psique e soma, cabe também fazer outra leitura, ou seja, às vezes a psique pode estar doente por falhas no desenvolvimento emocional à revelia de

um perfeito funcionamento cerebral. Já em sua especificidade, o desenvolvimento intelectual não é comparável com o do soma ou da psique, como dito anteriormente, pelo fato de seu comprometimento direto com a qualidade do tecido cerebral. A identificação de uma doença mental em crianças com bom tecido cerebral é compreendida como um sintoma através do qual se identifica as manifestações precoces da psicose. De qualquer forma, não “se pode dizer do intelecto que, nele, saúde seja maturidade e maturidade seja saúde” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 32). Se na saúde a mente funciona correspondendo à qualidade do tecido cerebral, isto se deve ao satisfatório desenvolvimento emocional. Por outro lado, não há reciprocidade no inverso, ou seja, o distúrbio psíquico pode coexistir com um pleno funcionamento intelectual. Estas sutilezas da compreensão do relacionamento imbricado e complexo entre estas instâncias e a problematização da saúde/doença podem ser exemplificadas no seguinte trecho:

Em todos os casos, entretanto, o bom ou mau estado de saúde da psique deve ser avaliado. Num extremo teremos uma criança com quociente de inteligência de 80, gozando de boa saúde física e apresentando inclusive um desenvolvimento emocional saudável – tornando-se até mesmo uma pessoa interessante e de valor, com um bom caráter e merecedora de confiança, capaz até mesmo de tornar-se um bom cônjuge e de criar bem os seus filhos. No outro extremo, teremos a criança com um intelecto excepcional (QI 140 ou mais) que, apesar de possivelmente talentosa e de grande valor, pode estar extremamente doente, se seu desenvolvimento emocional foi perturbado, estando sujeita a crises psicóticas, apresentando um caráter indigno de confiança, e com poucas probabilidades de vir um dia a cuidar de si mesma.” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 31)

Contudo, a discussão sobre a saúde não se atém às dimensões biológicas e psicológicas, uma vez que estas mesmas dimensões estão interligadas diretamente com a dimensão ecológica¹². Winnicott, já em sua descrição da saúde física, aponta como elemento determinante a *nurture*, a criação, sem a qual a criança não sobrevive ou fica comprometida fisicamente. Entretanto, é na saúde psíquica que este ambiente representado

¹² O termo ecológico aqui empregado foca o tema das condições ambientais considerando suas qualidades na facilitação do desenvolvimento emocional. Portanto, não existe qualquer associação com o uso político, social, etc., que tem sido apropriado ao termo na atualidade.

pela mãe suficientemente boa se projeta como determinante, pois facilitador do desenvolvimento maturacional do bebê, que no início da vida se encontra em sua forma potencial. Aqui não está em questão a óbvia necessidade de alimentação, mas a necessidade que o bebê tem de contato que vem com a amamentação e os demais cuidados físicos.

A mãe-ambiente oferece, com seus cuidados advindos da sintonia adaptativa em relação ao seu bebê, a estabilidade ambiental necessária para que o bebê possa realizar suas tarefas de integração, personalização e primeira relação de objeto, como também desenvolva a crença da ilusão de onipotência.¹³ Este meio ambiente facilitador pode ser descrito, resumidamente, pela sustentação (*holding*), manejo (*handling*) e apresentação de objeto (*object-presenting*). Mas a complexidade do entendimento deste ambiente inclui a ideia de uma adaptação afinada com o percurso do desenvolvimento emocional do bebê, importando uma evolução gradativa para a desadaptação que se faz necessária ao amadurecimento emocional deste. Desta forma, se as falhas ambientais no início do estágio primitivo são responsáveis pela reação traduzidas em organizações de defesa contra as agonias primitivas, as falhas ambientais em tempos posteriores serão facilitadoras do desenvolvimento maturacional.

Nos primeiros estágios, a dependência absoluta é um fato, e isso significa que o fracasso ambiental (a expressão que uso é “não suficientemente bom”) prenuncia o desastre pessoal. Conforme a dependência se torna relativa, o fracasso ambiental deixa de ser necessário e imediatamente desastroso, e os fracassos graduados de adaptação assumem seu lugar como características positivas da função ambiental. (WINNICOTT, 1996f[1970]/2005c, p. 236)

Este desenvolvimento é um processo contínuo de forma tal que “nenhuma fase pode ser suprimida ou impedida sem efeitos perniciosos”, segundo Winnicott (1947b/1982, p. 95). O contexto temporal prioriza a compreensão da saúde como um processo bem sucedido evolutivo, no qual não houve entraves ou desvios. Em sua teorização é possível

¹³ Os conceitos de integração, personalização e primeira relação de objeto serão desenvolvidos no capítulo II. No entanto, por ora, é importante reter que a ilusão de onipotência do bebê se refere à possibilidade de ilusão que o bebê tem de que o seio faz parte dele, como se estivesse sob o seu controle mágico. Possibilidade esta proporcionada pela adaptação quase que integral da mãe no início do desenvolvimento. (Cf. WINNICOTT, 1953c[1951]/ 2000, p. 327)

elencar vários aspectos implicados na compreensão temporal que estão ligados à temática saúde/doença:

- A) O aspecto etiológico do ponto de origem da falha ambiental na linha do tempo do amadurecimento que implica diretamente uma diferente natureza do distúrbio psíquico. É esta ideia que subsidia a classificação dos distúrbios e os diferentes significados do medo, que posteriormente serão desenvolvidos neste trabalho.
- B) O aspecto temporal do cotidiano oferecido pelo ambiente facilitador. Ou seja, os cuidados maternos são pensados em termos de um padrão de preocupação que se traduz numa sucessão de cuidados. Portanto, a provisão ambiental suficientemente boa é aquela que se mantém estável num padrão em termos de adaptação às necessidades e confiabilidade. Winnicott (1982, p. 376) diz que “a saúde mental, portanto, é um produto do cuidado contínuo que torna possível uma continuidade do crescimento emocional pessoal”. O inverso, o ambiente não suficientemente bom, é aquele que não consegue manter esta provisão.

Esta consideração temporal relevante diz respeito à sintonia entre o par mãe/bebê que importa gradativos ajustes finos na adequação dos cuidados de acordo com as respectivas necessidades características de cada estágio emocional. O nível de adaptação materna ao bebê, inicialmente em 100% na dependência absoluta, diminui gradativamente engendrando uma desadaptação adaptativa compatível ao amadurecimento emocional cujas falhas maternas promovem a possibilidade de novas conquistas emocionais da criança em desenvolvimento rumo à maior autonomia. Ou seja,

No começo, pode-se atribuir valor total ao fator ambiental, que se situa em segundo lugar apenas em relação às tendências herdadas do bebê. À medida que a criança adquire autonomia e uma identidade, que se sente real e percebe objetivamente o meio ambiente como fenômeno separado, assim também o meio ambiente se torna (na saúde) cada vez mais relegado ao segundo plano. (WINNICOTT, 1968c[1967]/2005b, p.152)

O ambiente criado e os cuidados proporcionados pela adaptação da mãe suficientemente boa a seu bebê são materializados no estabelecimento de uma rotina. Levando-se em conta as demandas do bebê, os afazeres cotidianos com seus horários e

preparos repetitivos vão, paulatinamente, tecendo um repertório de conhecimento experiencial do bebê. Posteriormente, nos prenúncios da inscrição na temporalidade, o bebê passa a reconhecer os sons, cheiros e movimentações relativas às atividades que lhe concernem. Mais adiante, o bebê consegue fazer associações a partir de outras coisas. Neste ponto, então, entende-se que a grande relevância da rotina está na sustentação do aspecto da previsibilidade dos acontecimentos que tanto permite a aquisição de mecanismos de apreensão da experiência, quanto a evolução de capacidade de elaboração e, conseqüentemente, integração da mesma na psique. A rotina relaciona-se intrinsecamente à promoção de confiabilidade no ambiente, situação que sustenta a estrutura e continuidade de ser do bebê pelo acúmulo desta confiabilidade incorporada.

No que importa ao tema aqui trabalhado, a inscrição na temporalidade fica claramente evidenciada entre a sensação de dor e, na saúde, posteriores recordações, expectativas e associações de dor que são a matéria-prima do medo. É a partir da experiência própria e a repetição ao longo do tempo que o bebê começa a fazer a ligação entre os acontecimentos e, portanto, pode recordar a mesma experiência ou outra coisa poderá remetê-lo a esta recordação. Aqui se está falando do repertório pessoal do bebê ancorado nas situações que vivencia, ou seja, nas experiências de desconforto pela incerteza do atendimento. O sentimento de medo configura-se atrelado à vivência de dor em ordem temporal cronológica posterior, entretanto, entre a sensação de dor e o medo ao longo do desenvolvimento emocional, podem se interpor as posteriores capacidades mentais/intelectuais adquiridas de ter recordações e “ideias” e fazer associações que passam a reproduzir o evento ao qual estão vinculadas. Estas também compõem a matéria-prima para a formação do sentimento de medo. Nesta perspectiva, fica claro que o sentimento de medo não pertence ao início na ordem sequencial. Da mesma forma, depreende-se que sua formação é reativa, ou seja, compõe-se numa forma de lidar com a expectativa de repetição da sensação/acontecimento negativo. A partir deste ponto se esboça a ideia central de Winnicott sobre o medo como uma defesa.

- C) O aspecto de precariedade que subjaz tanto à condição de saúde como à condição de doença, uma vez que o homem é entendido como um ser num

processo contínuo. Esta proposição, na doença, fala da possibilidade de se ultrapassar a paralisação na linha do amadurecimento e, portanto, a retomada do processo.

Todavia, a saúde também não é um estado estanque, carregando em si qualidades sintomáticas. Entre exemplos extraídos da vivência humana desta situação de precariedade, situam-se tanto a possibilidade da criança saudável regredir, por ocasião do nascimento do irmãozinho, como também a possibilidade do indivíduo saudável “perder o chão” frente a uma grande adversidade. Esta flexibilidade é desejável, “a saúde é tolerante com a doença; na verdade, a saúde tem muito a ganhar quando se mantém em contato com a doença em todos os seus aspectos” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 17).

Dentro deste tipo de entendimento sobre o que é saúde e o que é a doença, Winnicott reúne, em consideração única, estes três aspectos, formulados acima separadamente.

O desenvolvimento emocional é precário, e quando vai bem existe muita dor e também muita alegria, e o elemento sorte também conta. Nós podemos ver que em alguns casos a provisão ambiental é suficientemente boa. Surgem dificuldades a toda hora, mas um esforço especial de adaptação às necessidades, realizado suficientemente cedo, pode reparar os danos. A criança começa a reunir evidências de que quando as coisas estão terríveis elas podem ser consertadas, que alguém (como nós diríamos e como a criança aprende a dizer) está preocupado. Podemos ignorar os detalhes de sintomas e as categorias que pertencem à psiquiatria adulta, praticada nos hospitais psiquiátricos. Aqui, nós afirmamos, está a saúde. A saúde talvez fuja pela janela amanhã, mas o diagnóstico hoje é de SAÚDE [...] No outro extremo da linha nós vemos a doença; isto é, nós vemos a provisão ambiental que não consegue se manter, quer porque existem deficiências no campo da confiabilidade, quer porque as tensões e provocações da criança em crescimento (e depois das crianças) exigem demais dos seres humanos que formam coletivamente o meio ambiente emocional. Em consequência, os inumeráveis danos e momentos de agonia na vida da criança não estão sendo reparados todo o tempo – em vez disso, eles estão formando uma acumulação de injúrias, contra as quais a criança precisa construir defesas. Aqui está a doença no sentido psiquiátrico, um desastre em preparação, mesmo quando o corpo é sadio e está funcionando bem. (WINNICOTT, 1966f[1970]/2005c, p. 237)

Outra perspectiva se impõe na problematização do que é saúde ou doença no pensamento winnicottiano, lançada em seu questionamento “O que é a vida?” (1988/1990, p.18). Sua resposta a esta questão não gira em torno das questões da sexualidade, orientação focada pela psicanálise tradicional, mas enfatiza a proposição existencial, o SER. A saúde emocional, em seu entender, conjuga a possibilidade de ser com a capacidade de sentir-se real. Soares Neto (2007, p. 357) aponta o pensamento winnicottiano: “saúde é uma relação espontânea e criativa do indivíduo com ambiente, vivida numa área de transição que representa o não-eu, sem se impor como realidade opressiva”.

Este olhar qualitativo para o viver humano explicita sua crítica à abordagem da saúde ligada apenas ao regrado pelo ambiente externo com seus parâmetros sobre a aparência ideal e um bom funcionamento. Sua percepção de detalhes, no que concerne à diversidade de possibilidades existenciais, identifica as carapaças defensivas daqueles que, em detrimento de um “*being*” (ser), estão no registro do “*doing*” (fazer). Estes indivíduos podem até ser reconhecidos como um sucesso adaptativo no cotidiano à medida em que este fazer confere um aspecto de normalidade. Entretanto, este fazer orientado para o que dele se espera é vazio de sentido, constituindo-se no derivado de uma organização defensiva, o falso *self*, erigida para a proteção do núcleo verdadeiro, verdadeiro *self*, que guarda as verdadeiras potencialidades do indivíduo. Esta nova formulação categórica entre verdadeiro e falso *self* é tematizada por Winnicott (1971f/2005d, p. 16-17):

Nesta difícil categoria, há um caso onde o colapso potencial domina a cena, o qual talvez não nos dê muito problema. (Mas nada é muito nítido nos assuntos humanos; e quem poderia dizer onde é que termina a saúde e se inicia a doença?) Refiro-me às pessoas que tiveram que organizar inconscientemente uma fachada, um falso self para lidar com o mundo, tendo essa fachada se transformado numa defesa contra o verdadeiro self. (O verdadeiro self foi traumatizado e não pode mais ser encontrado, pelo risco de ser novamente ferido). A organização de um falso self é facilmente aceita na sociedade, embora ela pague um alto preço por isso. Do nosso ponto de vista, embora o falso self seja uma defesa eficaz, não é um componente da saúde.

Então, qualitativamente pensando, saúde é ter a possibilidade de viver suas próprias experiências de forma criativa e espontânea e ser responsável por elas, experimentando um sentido de realidade “segura”, sem o medo interno de um possível colapso. Soares Neto (2007, p. 358) repete as palavras de Abram sobre o pensamento winnicottiano, considerando que saúde:

É ter movimentos que criam contato com o ambiente, ter a ilusão de sentir-se independente e ser capaz de assumir os cuidados consigo mesmo. É alcançar o desenvolvimento dos potenciais numa experiência pessoal de relacionamento com o ambiente, dominada pelo sentimento de preenchimento interior, de realidade e sentido existencial. E que desemboca no sentimento precioso, inestimável e absolutamente insubstituível de que a vida vale a pena.

Winnicott se contrapõe à concepção da saúde pela negativa, ou seja, à ausência de patologia como sendo indicativa de saúde. Este modelo é o seguido tanto pela medicina como pela psicanálise tradicional freudiana. Sua busca por outros critérios conferem sensibilidade no entendimento psicanalítico da condição psíquica humana. A saúde está associada à possibilidade do exercício existencial de certas capacidades e qualidades: a continuidade de ser. Se em termos de constituição psíquica, ninguém tem o privilégio da saúde e nem a condenação pela doença, é porque sua percepção contempla o reconhecimento da multiplicidade de fatores, incluindo a sorte, que age sobre este processo de contínuo devir do amadurecimento emocional humano. Dias (2003, p. 85) esclarece esta perspectiva:

A concepção de saúde como ausência de doença e, no caso, como ausência de sintoma neurótico, desconsidera que o estado saudável deve ter uma qualidade própria, que não pode ser descrita apenas negativamente, e que há uma “saúde” que é sintomática, construída defensivamente, estando carregada de medo das várias loucuras que atravessam a vida de qualquer pessoa. Por isso, é de suma importância reconhecer abertamente, diz Winnicott “que a ausência de doença psiconeurótica pode ser saúde, mas não é vida” (1967b, p.137).

Da mesma forma, Winnicott tece críticas às orientações da psiquiatria que, em seu entendimento, resguardam simetria no que tange ao referencial qualitativo

empobrecedor a respeito da concepção de saúde e doença. Em seu artigo “Autismo”, de 1966, fica clara a sua posição de dúvida a respeito das nomenclaturas psiquiátricas formuladas diante de um quadro sintomático, sendo esta uma prática comum da psiquiatria e de médicos fisicamente orientados, pois estes “gostam de pensar em termos de doenças que dão uma aparência organizada aos livros didáticos” (WINNICOTT, 1996c[1966]/2005c, p. 180). Esta prática, diz o autor, engendra uma espécie de montagem artificial de um “cenário” através do qual facilmente e, portanto, com certa vantagem para formulação pragmática do diagnóstico, muitos sintomas e comportamentos são interpretados e enquadrados numa nova doença. É preciso reconhecer que esta orientação traz respostas imediatas às demandas tanto daqueles que são chamados a dar conta destas pessoas como aos pacientes, ou aqueles que fazem parte de seu ambiente emocional e que, portanto, diariamente enfrentam as dificuldades inerentes ao lidar com o adoecimento e conflitos pessoais que este suscita. Estas vantagens são, no entanto, obscurecidas por desvantagens, estas mais difíceis de serem apreendidas.

Na clínica, pode-se observar o quanto muitos pacientes adultos chegam à terapia trazendo, à frente de suas questões, o nome do distúrbio que lhe foi nominado pelo psiquiatra, como se esta nomenclatura tudo pudesse dizer a seu respeito. A partir daí, ele não é o fulano e sim a sua doença, seja o transtorno bipolar, a depressão e assim por diante. A própria nomenclatura promove um distanciamento do que é mais essencial ser visto, a pessoa, sua história, suas relações, ou seja, tudo que compõe o universo de sua personalidade. Para Winnicott, estas nomenclaturas não dão conta dos multiformes aspectos das “coisas” psicológicas, simplesmente porque estas não se revelam e desvelam da mesma forma clara que a fisiologia e a anatomia.

O que eu gostaria de dizer é que alguém que esteve envolvido como eu estive, por várias décadas, nos mínimos detalhes da história da mãe sobre ela mesma e seu bebê, encontra todos os graus da organização de uma sintomatologia que, quando inteiramente organizada e estabelecida, pode receber o nome de autismo. Para cada caso de autismo que encontrei na minha prática, encontrei centenas de casos em que havia uma tendência que foi compensada, mas que poderia ter produzido o quadro autista. (WINNICOTT, 1996c[1966]/2005c, p. 180)

No que importa a questão da doença e saúde, então, está-se diante de uma reflexão sobre o grau do adoecimento, no qual são considerados os diversos matizes e nuances da doença, delineando um panorama que vai de casos de sintomatologia mais leves aos casos mais extremos. As afirmativas trazidas no artigo concentram-se sobre o autismo, mas podem, no entanto, ser estendidas à compreensão de outras psicopatologias.

Sempre me pareceu que os graus menores de perturbação da mente que estou tentando descrever são comuns, e que graus ainda menores de perturbação são na verdade muito comuns. Um certo grau desta mesma perturbação é de fato universal. Em outras palavras, o que estou tentando transmitir é que esta doença do autismo não existe, e que este é um termo clínico que descreve os extremos menos comuns de um fenômeno universal. (WINNICOTT, 1996c[1966]/2005c, p. 185)

Considerações a respeito do contexto do desenvolvimento emocional em que está inserida a criança e o grau dos sintomas que se manifestam são marcos fundamentais para o diagnóstico e a interpretação diante do normal ou do patológico. As defesas podem ser entendidas como recursos essenciais e pontuais à medida em que são esperadas, dada a etapa do crescimento físico-emocional. Num primeiro olhar, mais voltado para o entorno ambiental do bebê, é de fácil apreensão que o viver cotidiano acontece, ou seja, muitas coisas se passam de forma natural nas relações de cuidado e, portanto, é impossível que falhas não estejam entre essas coisas que acontecem. Isto porque o que se espera do(s) cuidador (es) é o comprometimento emocional pessoal e não a perfeição que pertence ao que há de mais impessoal, técnico e, assim, distante do humano. Quando se fala na organização de defesas em distúrbios importantes, tais como a psicose, está-se falando em uma organização, dada a intensidade das ansiedades intoleráveis na forma de agonias impensáveis diante de um grau de falha, não só pela intensidade, mas, sobretudo, pela sua frequência, o que configura um padrão de falha. Por outro ângulo, o do que está acontecendo propriamente à criança em desenvolvimento, inúmeras são as tensões inerentes a seu crescimento que, por si só, é formado por experiências novas e cambiantes. O “bebê é uma organização em marcha”, diz Winnicott (1949b/1982, p. 29), e, portanto, parte do que acontece a ele relaciona-se com esta tendência inata que o impele para frente

em seu crescimento e desenvolvimento envolvendo-o em necessidades e experiências emocionais diferenciadas a cada etapa em direção à construção paulatina de sua personalidade. Winnicott (1949b/1982, p. 29), ao falar com as mães, explica de forma muito simples o que isto significa em termos assistenciais:

Por exemplo, se você acabou de colocar um bulbo na estufa de plantas, sabe perfeitamente que não precisa interferir para que o bulbo se desenvolva e converta num narciso. Você providenciará o tipo exato de terra e conservará a planta regada na dose certa; o resto vem naturalmente, porque o bulbo possui vida em si mesmo. Ora, a assistência às crianças é muito mais complicada do que a assistência de um bulbo de narciso, mas o exemplo serve ao meu objetivo porque, tanto no bulbo quanto na criança, algo está em marcha que não é da sua responsabilidade.

Ao longo e até o fim da vida, este movimento para frente impulsionado por esta “centelha vital”, como diz Winnicott, envolve a pessoa desde a mais tenra infância em experiências a serem integradas e que, portanto, implicam a contrapartida de dificuldades emocionais a elas associadas. Basicamente estas questões vinculam-se a: 1) aquisição e progressivo choque entre aquilo que é mais subjetivo e íntimo pertencente à realidade interna e à realidade externa dos fatos fornecidos e compartilhados com os outros, dos quais derivam problemas do embate sobre o que é sentido como pessoal, genuíno, e o que é da ordem da submissão; 2) as gradativas experiências instintuais de motilidade infantil, presentes desde o início nos estados excitados, começam a ser acompanhadas de exercícios da agressividade e posteriores pensamentos destrutivos, mergulhando a criança no dilema com seus próprios impulsos e seus efeitos sobre quem dela cuida; 3) as ansiedades recrudescem com a crescente constituição do mundo interno, donde provêm ansiedades sobre o controle dos fenômenos internos, mais especificamente os sentimentos de amor e ódio nas relações interpessoais.

Observa-se o quanto se está diametralmente em posição contrária daqueles que subentendem o mundo infantil como um mundo protegido dos sofrimentos, que supõem pertencentes à maturidade adulta e as dificuldades em seu embate com o cotidiano social. Winnicott procura oferecer bases sólidas de apoio para o entendimento daquilo que são as dificuldades infantis na conquista da sobrevivência psíquica, portanto, construção da

unidade que tão somente estará apta para se inter-relacionar com os outros e o exterior. As dificuldades se estendem à estabilização desta unidade integrada e prosseguem diante das vivências que pertencem ao viver. “A vida é normalmente difícil” (WINNICOTT, 1946c/1982, p. 147), o que a compreende como um todo, desde a sua chegada, na concepção e primeiros momentos ainda intrauterinos, ao último suspiro, por ocasião da morte. Nenhuma criança (adulto) escapa de ter suas dificuldades reveladas pelos sintomas, entretanto não é destas dificuldades que estes se constituem enquanto sintomas de doença, mas sim quando estes sintomas não estão cumprindo sua tarefa e, portanto, são motivos de incômodo tanto para a criança quanto para a mãe cuidadora.

Uma criança normal pode empregar qualquer dos recursos (ou todos) que a natureza forneceu para a defesa contra angústia e o conflito intolerável. Os recursos empregados (em saúde) estão relacionados com o tipo de auxílio que estiver ao alcance. A anormalidade revela-se numa limitação e numa rigidez na capacidade infantil para empregar sintomas, e uma relativa carência de relação entre os sintomas e o que se pode esperar como auxílio. Naturalmente, é preciso admitir-se o fato de que nos primeiros tempos da infância, é reduzida a capacidade para discernir qual o tipo de auxílio que está ao alcance, e uma correspondente necessidade para estreita adaptação por parte da mãe. (WINNICOTT, 1946c/1982, p.143)

Estas são as bases que subsidiam o quadro dos distúrbios psíquicos esboçado por Winnicott, tendo em conta os novos critérios fundamentados em sua teoria. Entendendo que este quadro sofreu alterações ao longo de sua obra, neste trabalho será esboçado o resultado final de suas pesquisas.

I.2 A CLASSIFICAÇÃO DOS DISTÚRBIOS

Uma vez que o pilar fundamental da visão winnicottiana enfatiza a condição ontológica de ser-no-mundo do homem, as questões psicopatológicas humanas deslocam-se da ênfase da dimensão das ocorrências intrapsíquicas para o registro das ocorrências (ou não ocorrências) inter-relacionais entre o indivíduo e seu ambiente. A esse respeito diz Winnicott (1996f[1970]/2005c, p. 237):

Agora nós temos duas categorias: as afortunadas, com uma provisão ambiental suficientemente boa em termos de adaptação às necessidades, e as desafortunadas, que são realmente “pobres”, cuja provisão ambiental na prática é insuficiente, por uma razão ou outra. Conforme essas crianças da última categoria crescem, elas demonstram, através de suas defesas rigidamente organizadas, que levam consigo as impensáveis agonias associadas a um desajustamento ambiental repetido ou frequentemente repetido.

Este entendimento, então, identifica a qualidade dos cuidados maternos, compreendendo a relação de dependência que acompanha o bebê desde o seu nascimento (inclui-se também as vivências uterinas e do parto). É certo que esta dependência fala da equação entre as necessidades do bebê e adaptação materna ao atendimento destas que, ao longo do tempo, sofre alterações de acordo com os fatores hereditários de crescimento e os diferentes estágios do desenvolvimento emocional. Se no início o grau adaptativo deve ser muito grande, os demais estágios preconizam uma adaptação “desadaptativa”, ou seja, com o natural e gradativo “afastamento” da mãe, permitindo com isso a continuidade no desenvolvimento de seu filho. Neste sentido, Winnicott (1965h/1983, p. 126) afirma que:

O membro infantil do “par materno-infantil” se desenvolve no sentido de sua individualidade desde que o ambiente não falhe em suas várias funções essenciais, funções que mudam em sua ênfase e se desenvolvem em suas qualidades à medida em que o crescimento do indivíduo prossegue.

Os estágios de dependência absoluta, dependência relativa e independência são formulados não no sentido cronológico automático do crescimento físico (idade), cujos aspectos, principalmente nos estágios iniciais, estão encobertos, mas no sentido do ajuste sintônico que deve existir entre este par mãe/bebê sobre o qual paira a “sombra” da possibilidade de fracasso e sua implicação no desenvolvimento emocional.

Em termos de distúrbios psíquicos, é com este significado que se entrelaça a dimensão temporal à qualidade adaptativa provisional do ambiente. A etiologia do distúrbio psíquico fica ligada à origem da falha ambiental na linha do tempo no desenvolvimento emocional. Em detrimento de toda uma classificação clínica anterior em bases nosológicas,

é com esta ideia que o autor lança as bases para a sistematização classificatória dos distúrbios psíquicos. Winnicott (1965h/1983, p. 124) sugere que

no estudo de uma psicose se deve tentar fazer uma classificação do meio e dos tipos de anormalidades ambientais, e do ponto no desenvolvimento do indivíduo em que essas anormalidades atuam, e que tentar classificar indivíduos doentes na base do quadro clínico que eles apresentam não leva a resultados úteis.

Nesta classificação, num dos extremos encontra-se a neurose, que é aplicada na identificação da existência de conflitos psíquicos num indivíduo cuja provisão ambiental suficientemente boa foi facilitadora de um desenvolvimento emocional. Portanto, mesmo lançando mão de alguns mecanismos defensivos frente às dificuldades inerentes do viver em sociedade e consequentes pressões e tensões neste convívio, está-se deparando com uma personalidade intacta, “em termos de desenvolvimento, que a personalidade foi construída e mantida e que a capacidade para relações objetivas está intacta” (WINNICOTT, 1965h/1983, p. 119). Neste caso, os temas recorrentes destes conflitos são bastante estudados pela psicanálise tradicional freudiana, cujas formulações – complexo de Édipo e teoria da sexualidade – são referências pertinentes como chaves de compreensão. Estes indivíduos, embora carreguem elementos de defesas primitivas, assim como todas as pessoas as tem, fazem parte daqueles que tiveram cuidados suficientes nos primeiros estágios. Podem ter fracassos e sucessos em seu trânsito e envolvimento nos diversos temas do mundo, mas podem fazê-lo à medida em que não precisam voltar-se à própria sobrevivência psíquica.

Em outro extremo, localiza-se a psicose. Neste caso, algo saiu errado nas fases mais precoces do desenvolvimento emocional do indivíduo. Aponta-se, precisamente nestes casos, a perspectiva de uma história pregressa de falha ambiental, isto é, uma provisão ambiental insuficiente às necessidades do bebê nos estágios mais precoces, de forma a ter solapado as bases fundantes de sua personalidade. Em contraposição ao polo anterior, a neurose, aqui está se falando daquele que não se constituiu como sujeito: “os pacientes

desta categoria jamais foram suficientemente saudáveis para se tornarem psiconeuróticos” (WINNICOTT, 1984i/2005d, p. 96).

A ideia central deste entendimento sobre a psicose a define como sendo uma organização defensiva erigida pelo bebê diante de anormalidades ambientais sucessivas. Este bebê, em sua imaturidade emocional correspondente ao estágio anterior à aquisição do reconhecimento do “EU SOU”, encontra-se, pois, sem identidade e recursos egoicos, desenvolvendo a única organização defensiva que lhe é possível: a psicose. Se a continuidade de um ambiente saudável, suficientemente bom, é favorecedor da continuidade de ser do bebê, no inverso as falhas ambientais são traumatizantes pela quebra desta experiência instando o bebê a reagir. A precocidade da instalação incipiente de um fazer (uso precoce do intelecto, desenvolvimento do falso *self*), em detrimento da possibilidade relaxada de ser, fala deste estado de alerta do bebê que fica atestado com o que ocorre à sua volta neste ambiente imprevisível.

Pensando sobre estas cicatrizes traumáticas, que ocorrem num estágio em que o bebê nem sabe de si e, portanto, nem sabe que ocorreram, Lobo (2007, p. 90) nos fornece uma descrição sensível:

Aprendemos que, no início da vida, os bebês são seres imaturos continuamente ameaçados de sofrer uma ansiedade inimaginável, não registram o que é bom ou adaptativo, mas reagem, e, portanto, percebem e registram cada falha da confiabilidade. Essas falhas de provisão básica se constituem em um trauma, cada reação sendo uma interrupção no vir a ser do lactente e uma ruptura no self. [...] As marcas invisíveis são feitas na alma, referidas a estas vivências de desamparo, precocemente experienciadas que, não podendo ser inscritas, não podem ser reprimidas. As marcas dizem respeito àquilo que não faz parte do inconsciente recalcado, que age como resto não representado e que se conserva como impressão e apresenta-se como intensidade.

A psicose, enquanto um sistema complexo de defesas, visa defender e prevenir a ocorrência da agonia impensável novamente. Winnicott (1974/2005b, p.72) desenvolve um enunciado simples sobre este tema: “afirmo que o medo clínico do colapso é o medo de um colapso que já foi experienciado. Ele é um medo da agonia original que provocou a organização da defesa que o paciente apresenta como síndrome da doença”. Se, por um

lado, estas defesas recobrem o bebê com um manto de invulnerabilidade – e aí temos que considerar diferentes graus e natureza –, por outro, impedem o prosseguimento maturacional, ou seja, a organização do ego. Neste sistema são identificadas sutis predominâncias de diferentes organizações de defesas que permitem um quadro composto por autismo ou esquizofrenia infantil, esquizofrenia latente, personalidade tipo falso *self* e personalidade esquizoide.

Continuando o quadro classificatório dos distúrbios, Winnicott distancia-se mais ainda da psicanálise tradicional ao identificar uma categoria intermediária, esta composta por aqueles que tiveram no início uma provisão suficiente, mas, por alguma razão, deixaram de tê-lo. Uma vez que estas falhas ambientais ocorrem num momento posterior na linha do tempo do desenvolvimento emocional, diferentes são as falhas traumatizantes e implicações nas condições existenciais do indivíduo. Assim, entre a neurose e a psicose existem as categorias da depressão e a tendência antissocial.

Mais próxima da psicose, pela sua etiologia na linha do tempo, a tendência antissocial está relacionada a uma falha ambiental que ocorre no estágio da dependência relativa, quando já há a percepção, por parte da criança, de que houve uma falha. Em termos de linha do amadurecimento emocional, houve uma constituição de um EU, já diferenciado do ambiente, e, portanto, o bebê é reconhecedor de sua existência e daquilo que ocorre no ambiente em relação a si. Esta falha ambiental, nomeada como “deprivação”, fala de uma provisão ambiental que, apesar de tida como certa pela criança, foi interrompida. Esta interrupção solapa a confiança já depositada no ambiente implicando uma reação à falha ambiental que, por sua vez, também interrompe a experiência de continuidade de ser.

Nestas condições existenciais encontram-se várias crianças ditas mal-ajustadas e delinquentes. Sob esta nova ótica entende-se que estas, em suas ações antissociais tais como mentiras e roubos, nada mais fazem do que reclamar aquilo que de direito lhe foi tirado. Estas ações são reivindicatórias na busca de reconhecimento do ocorrido e correção da falha ambiental, e que só ocorrem pela existência de esperança da criança na possibilidade deste resgate.

Contrariamente, num segundo tempo, ou seja, após a cristalização de ganhos secundários, este tipo de tendência se consolida em termos de psicopatia. Neste caso, os atos delinquentes não são revestidos deste significado nem tampouco passíveis de reparação por parte do ambiente. É importante observar que, mesmo fazendo parte de uma classificação, a tendência antissocial não é um diagnóstico de distúrbio psíquico, mas de distúrbio de caráter, podendo estar acoplada à personalidade normal, neurótica ou psicótica.

A depressão também pode estar situada intermediariamente entre os extremos da psicose e neurose, sendo de diferentes tipos, localizando-se as falhas ambientais no estágio mais avançado da dependência relativa que é conhecido como estágio do concernimento. Nesta fase, as falhas ambientais relacionam-se à capacidade de sustentar no tempo e de sobreviver da mãe. Esta sobrevivência presume uma atitude materna de não retaliação aos impulsos instintuais agressivos da criança, como também na aceitação das atitudes de reparação da criança por estes atos agressivos. Este padrão de cuidado da mãe, sustentado no tempo, estabelece o ciclo benigno, pilar dos sentimentos de responsabilização e culpa, bem como de confiabilidade e aceitação de si do ambiente, que permitem um trânsito no mundo com espontaneidade.

Realizada a classificação dos distúrbios, impõe-se ainda uma questão bastante central que envolve a discussão do binômio saúde/doença: a necessidade do discernimento e detalhamento entre o que, no entendimento de Winnicott, configura-se como normal e o que é patológico.

I.3 O NORMAL E O PATOLÓGICO

Sabe-se que estes conceitos, no que concerne desde sua elaboração à sua utilização, são frutos implicados diretamente na contextualização cultural que provê, como fonte intelectual, a chave interpretativa que embasa a separação entre um e outro. O tema até hoje suscita debates polêmicos apropriados por vários saberes científicos tais como a filosofia, a sociologia e, no campo da saúde, a psicologia. Depreende-se destes debates as dificuldades inerentes a esta conceituação que envolve o perigo da normatização,

imprecisão e a relativização conceitual.¹⁴ No entanto, em quaisquer discussões sobre o âmbito dos fenômenos psíquicos não se pode passar sem um maior esclarecimento sobre as questões concretas experienciais que o envolvem e, por tabela, um entendimento que possa fazer a discriminação entre quais se encontram dentro de um enquadre normal e quais são da ordem do patológico. Outrossim, este tema é recorrente e explicitado ao longo da obra de Winnicott, especificamente no que se refere ao seu entendimento particular sobre saúde e doença que o diferencia das proposições da psiquiatria.

Em 1931, no início de sua carreira psicanalítica, Winnicott escreve o artigo “Nota sobre a Normalidade e Ansiedade”, no qual desenvolve sua apreensão sobre o normal e o anormal. Inicia pautando-se na compreensão da normalidade como uma média que, extraída da mensuração de determinada constante em uma amostra, passa a ser a base comparativa e esperada para qualquer teste amostral sob as mesmas variáveis. Mas esta lógica pressupõe uma equação categórica na qual quaisquer desvios desta normalidade apontam a anormalidade. Winnicott entende que, por um lado, é possível utilizar-se deste instrumental via transposição às medidas de desenvolvimento do âmbito psíquico. Contudo, esta lógica que a subjaz é desmontável.

Tais comparações podem nos fornecer informações muito interessantes, mas há uma complicação que pode surgir que pode atrapalhar o cálculo – uma complicação raramente mencionada na literatura pediátrica. Mesmo que de um ponto de vista puramente físico qualquer desvio da saúde possa ser considerado anormal, não é necessariamente verdade que a diminuição física da saúde devida à pressão e à tensão emocionais indique uma anormalidade. Tal ponto de vista um tanto alarmante exige uma elucidação. (WINNICOTT, 1931p/2000, p. 57)

Winnicott aponta como exemplo, bastante comum de ocorrer, o transtorno da criança de dois ou três anos que apresenta sintomas físicos tais como magreza, palidez, náusea, congestão nasal, enurese, entre outros, demonstrando-se infeliz e irritada durante o processo gestacional da mãe e nascimento de um irmão. Traz como ilustração o caso de Joan, menina de dois anos e cinco meses, que era filha única até seus treze meses quando

¹⁴ Em Ferrater Mora sob o verbete “normativo” encontra-se esta discussão.

nasceu seu irmão. A menina passou a ter tais sintomas, além de ataques de ansiedade, quando a mãe a deixava. Não queria comer, não falava com ninguém, à noite acordava gritando, tinha medo de animais. Em relação ao irmão apontava seu intenso incômodo. Mordia, beliscava, não o deixava brincar e nem ninguém podia falar dele que interferia. Sob um olhar linear centrado no físico, tais sinais redundariam numa busca por fatores orgânicos. Entretanto, o autor usa este caso para justificar sua afirmativa de que às vezes, diante deste tipo de situação, pode ser mais normal para a criança estar doente do que estar bem.

A fim de ilustrar esse “mal-estar normal” apresentei um exemplo bem óbvio, desses que podem ser observados em qualquer consultório onde sejam atendidas crianças desde o nascimento até a idade escolar. Mas esta situação emocional específica tem apenas uma certa frequência, enquanto que toda criança vivencia situações similares, ou mesmo mais perturbadoras, situações emocionais internas e externas que ela deve atravessar e descobrir meios de lidar com elas, modificá-las ou tolerá-las. Quando não ocorrem situações reais, as situações imaginadas sempre existem – e de fato são estas muitas vezes mais poderosas – e não é necessariamente normal a criança que passa os primeiros anos de sua vida sem dar mostras, no retardo do desenvolvimento físico ou nas complicações de sua saúde física, da existência de conflitos emocionais. (WINNICOTT, 1931p/2000, p. 59)

O autor junta a esta colocação seu entendimento peculiar de que em termos experienciais esta vivência, completa de sofrimento, comunicação e modificação diante da situação conflitiva, aportou a Joan o enriquecimento no valor de sua personalidade. Se não houvesse o bebê, a saúde de Joan teria sido preservada, mas, em contrapartida, esta experiência real na idade adequada teria sido perdida.

Winnicott elabora uma espécie de quadro que entrecruza o normal e o patológico com os sintomas, sejam eles inexistentes ou manifestos. Neste quadro identifica primeiramente o grupo de crianças normais que, como a do exemplo acima, pode apresentar uma diversidade de sintomas diante do que ele chama das dificuldades normais da vida, advindas dos conflitos inerentes às relações humanas do viver e do gerenciamento da vida instintiva. Existem, portanto, os múltiplos sintomas, mas não se configura o patológico. A este respeito diz ele:

Assim, somos impelidos para a ideia de que existem dois significados para a palavra normal. Um é útil ao psicólogo, que necessita de um padrão e tem de chamar de anormal a tudo que é imperfeito. O outro é útil aos médicos, pais e professores quando querem descrever uma criança que parece estar fadada, finalmente, a converter-se num membro satisfatório da sociedade, apesar do fato de estarem nitidamente presentes sintomas e problemas de comportamento inconvenientes. (WINNICOTT, 1946c/1982, p. 142)

Em seguida, pode-se reconhecer e agrupar as pessoas que apresentam a organização defensiva contra ansiedades intoleráveis manifestas através de sintomas que são visivelmente reconhecidos, diagnosticados e tratados, como bem exemplifica a psicose. Nestes casos identifica-se a correspondência entre o patológico e o quadro sintomático.

Em outra categoria, a inexistência de sintomas em uma criança, que *a priori* pode ser entendida como sinal de saúde, pode encobrir um estado latente e potencial de quadro patológico. Como já dito anteriormente, munido pelo seu repertório de atendimentos na pediatria e psicanálise, Winnicott entende que dificuldades e consequentes sintomas são esperados, pelo menos em um grau mínimo que seja. A ausência de sintomas pode estar configurando uma perfeita adaptação da pessoa, criança ou adulto, ao padrão das exigências familiares e sociais, ou seja, um comportamento de total submissão. Esta é a condição existencial de uma organização de falso *self* cuja instabilidade é suscetível a futuros colapsos. Nestes casos é a inexistência de sintomas que é patológica.

I.4 O MEDO, O NORMAL E O PATOLÓGICO

A compreensão sobre o que é normal e o que é patológico coteja o entendimento sobre o fenômeno afetivo do medo. Especificamente, Winnicott (1957l[1950]/1982, p. 114) afirma que:

As crianças pequenas não tem de estar doentes para se atemorizarem com cães, médicos e a escuridão, ou serem imaginativas a respeito de sons e sombras, e formas vagas ao cair da noite; e não tem de estar doentes para serem suscetíveis de cólicas, vômitos ou ficarem esverdeadas quando se excitam por qualquer coisa; não tem de estar doentes para recusar, durante uma ou duas semanas, travar relações com o

pai que adoram ou dizer “tá” a uma tia; e não tem de estar doentes para quererem meter a nova irmãzinha na lata do lixo, ou serem cruéis com o gato, num enorme esforço para evitar odiarem o bebê.

Sob esta perspectiva, os comportamentos infantis que compreendem o nervosismo e a timidez são matéria de diagnóstico se avaliados em relação à idade da criança, sua história pessoal e contextos de sua sintomatologia. Tais fenômenos afetivos conservam um aspecto considerável de saúde, uma vez que é a ausência de uma certa timidez num primeiro encontro com o médico que Winnicott identifica como um possível sinal de distúrbio psicológico. Diante do desconhecido, num ambiente diferente e junto a alguém estranho a seu convívio, é improvável esperar-se da criança uma aproximação descuidada e direta. “As crianças mais normais são medrosas, fazem-me exigências como processo e técnica para se tranquilizarem. São capazes até de dizer que preferem ir para o pai, etc.” (WINNICOTT, 1938b/1982, p. 242) Neste sentido normal, apreende-se a consideração do fenômeno do medo como um recurso ao qual toda criança ou pessoa deve estar apta a ter e poder comunicar. Quando adquirida, a aptidão de ter o medo aponta a possibilidade do exercício defensivo de jogar no externo, seja em pessoas, coisas ou ambientes, os conteúdos próprios sentidos como maldosos. Tal estratégia provê alívio às questões emocionais e temores presentes no conteúdo interior da criança. A criança que não pode ter medo é porque não pode se deixar levar a entrar em contato com esta possibilidade, “ela não pode arriscar-se a encontrá-las fora, não pode deixar que a sua imaginação a arraste” (WINNICOTT, 1938b/1982, p. 242).

A expressão do medo carrega a força comunicativa daquilo que por ser visto, num segundo tempo, poder ser cuidado. A não comunicação do medo que é sentido envolve ou um fingimento ou uma tentativa via esforço pessoal de munir-se de maior coragem. Para o observador pouco cuidadoso, tal comportamento é entendido como fruto da sensatez, coragem e saúde da criança e, certamente, muitas vezes reforçado. Contudo, estar apto a ter medo e comunicá-lo, mesmo que espelhe um lado mais doentio nos casos intensos, fala de uma possibilidade. Do contrário, a ausência do medo, para além de sinalizar a doença, representa um enorme risco à integridade física pelo vácuo nas noções de limite, riscos e ameaça. Winnicott apresenta um caso clínico elucidativo sobre esta

questão. É o caso de Simon, menino de oito anos de idade, trazido à sua clínica com a queixa principal em torno de seus distúrbios do apetite. Simon não possuía nenhum apetite ou demonstrava desejo ou gosto especial por qualquer comida que fosse. O diagnóstico de Winnicott foi formulado centrado na inibição da voracidade resultante de traumas no desmame concomitante à identificação de ansiedades de características psicóticas. Esta condição fala de uma dinâmica emocional que se utiliza “da dúvida quanto à comida para esconder a dúvida sobre o amor” (WINNICOTT, 1958e/2000, p. 99). Entretanto, no relato descritivo sobre Simon e sua história pessoal, a ausência de medo (*lack of fear*) também foi identificada como sintoma perturbante e perigoso.

A ausência de medo no menino deve ser vista, assim creio, como um sintoma, especialmente por tê-lo posto em perigo. Três graves acidentes já lhe aconteceram, e ele de algum modo contribuiu para que acontecessem. Certa vez, em pequeno, enfiou uma vareta no olho. Um pouco mais tarde meteu-se com o mecanismo de uma máquina de costura, e num terceiro momento sofreu uma queda feia e precisou levar pontos no couro cabeludo. O mais notável a seu respeito é que ele já sabia o que gostaria de ser quando crescesse desde um ano de idade. De fato, já nessa época ele começou a ter a ambição de voar. Nessa idade ele saía voando de cima de uma mesa sem medo algum, pondo em perigo os seus membros e a sua vida. Sempre acreditou que poderia voar como um pássaro e, mesmo antes de aprender a nadar, mergulhava de uma boa altura sem medo algum. (WINNICOTT, 1958e/2000, p.100)

Ao brincar, Simon pendia a ter brincadeiras normais, mas pouco criativas segundo Winnicott. Repetia um brincar com coisas que estão dentro da realidade tais como construções e navios. Seu interesse literário também recaía sobre coisas do mundo como animais, plantas, grandes feitos e conhecimentos gerais. Esta tipificação subsidiou o entendimento de Winnicott que identificava neste brincar uma “certa fuga da fantasia para a realidade” (1958e/2000, p. 100). E essas tentativas de controle, via fuga da fantasia, foram evidenciadas em seu dia a dia, quando, temeroso de seus pesadelos recorrentes com animais, ouviram-no rezando: “Deus, não deixe que eu tenha pesadelos” (WINNICOTT, 1958e/2000, p. 100)

Considerando as ansiedades existentes, Winnicott acreditou ser uma primeira formulação simplista dizer que Simon tinha medo de ter medo (*afraid to be afraid*). Dada a

complexidade das condições psicológicas de Simon, Winnicott (1958e/2000, p. 101) entendeu que “seria possível dizer que ele vive dentro de seu mundo interno, onde o controle é mágico, e que ele tem tanta intenção de morrer voando de cima da mesa quanto as pessoas comuns que voam em seus sonhos”.

Apesar dos pais dizerem que jamais Simon havia manifestado medo, durante o resgate de sua história pessoal, a mãe lembrou-se de um episódio traumático no qual Simon demonstrou-se aterrorizado com o farfalhar de papel quando tinha entre um mês e meio e dois meses. Berrava demonstrando o quanto lhe era insuportável este barulho, a ponto da mãe, sensível à qualidade anormal da intensidade deste medo, tomar providências cuidadosas para que estes não fossem reproduzidos em seu quarto.

Certamente o caso de Simon apresentado por Winnicott é complexo, inclusive no que tange às observações e descrições das manifestações ausentes ou evidentes de seus medos. Delineia-se um quadro de medos com diferentes qualidades uma vez que estes respondem a ansiedades diferentes, como exemplifica o terror mais primitivo, forma de defesa diante de ansiedades psicóticas evidenciadas por ocasião de uma ocorrência ambiental abrupta com o barulho de papel; os pesadelos com animais que podem morder, forma de defesa mais elaborada referente à ameaça mais primitiva de bocas ameaçadoras; a ausência de medo como dificuldade diante das ansiedades na elaboração de seus conteúdos internos e representante da fuga da fantasia.

Em detrimento dos diferentes significados que adiante será desenvolvido neste trabalho, o que fica claro é a relevância do fenômeno do medo como material diagnóstico. Esta compreensão leva em consideração as diferentes nuances de suas manifestações, respeitando-se sempre a noção de casuística que contextualiza, caracteriza e dá sentido ao entendimento e que, portanto, oferece condições para a conclusão a respeito da normalidade ou anormalidade do caso.

CAPITULO II

O MEDO NOS ESTÁGIOS DO AMADURECIMENTO EMOCIONAL

Doravante procurar-se-á desenvolver o estudo sobre o conceito de medo winnicottiano, entendendo que seus diferentes significados são etiologicamente determinados, acompanhando, portanto, as experiências características de cada etapa, os estágios (*stages*) do processo ao longo do qual se dá o desenvolvimento emocional. O estudo pioneiro de Dias sobre a teoria do amadurecimento de Winnicott fornece uma descrição bastante precisa sobre estes estágios, sendo, portanto, fonte de referência na orientação deste estudo. O quadro por ela organizado, através do mapeamento dos diversos artigos na obra de Winnicott, propõe a descrição das etapas segundo as principais vivências que a caracterizam.

Dos estágios primitivos, de dependência absoluta, fazem parte: 1) a solidão essencial, a experiência do nascimento e o estágio da primeira mamada teórica. Dos estágios iniciais de dependência relativa participam: 2) o estágio da desilusão e de início dos processos mentais; 3) o estágio da transicionalidade; 4) o uso do objeto; e 5) o estágio do EU SOU. Após isto o bebê caminha “rumo à independência”: 6) estágio do concernimento. Em seguida, vêm os estágios de independência relativa; 7) o estágio edípico; 8) o da latência; 9) a adolescência 10) o início da idade adulta; 11) a adultez; e 12) a velhice e a morte. (DIAS, 2003, p.97-98)

Em uma breve análise desta categorização winnicottiana parece certo que o uso recorrente da palavra dependência ou independência na descrição das fases guarda a ênfase da compreensão do desenvolvimento emocional como um processo inter-relacional no qual

a existência de um outro é dita “absoluta” como condição essencial no seu marco inicial, mas que ao longo do processo nunca deixa de ter importância, daí “relativa”. Esta condição essencial da dependência absoluta não somente fala da dependência dos cuidados para a sobrevivência, mas também do estatuto fusionado do bebê com a mãe na unidade do par mãe/bebê. O “divisor de águas” na qualidade inter-relacional é dado no estágio do EU SOU, no momento que passa a ter uma identidade separada da mãe. Neste estágio o bebê conquista o estatuto de unidade alcançando um sentimento identitário de ser real a partir do qual passa a relacionar-se de forma pessoal com a vida e as múltiplas experiências que esta oferece.

O processo do amadurecimento está desmembrado em estágios, em que cada estágio compreende uma série de conquistas a serem alcançadas condizentes em grau de complexidade com o nível de maturidade emocional necessária para sua realização, o que pressupõe que determinadas tarefas não poderão ser realizadas caso outras anteriores não o sejam. Esta premissa é particularmente determinante nas etapas mais primitivas, nas quais as bases da personalidade e da saúde psíquica são fundadas. Muito embora o processo pressuponha uma construção gradativa neste caminho desdobrado pelos estágios do amadurecimento, este processo não é tão linear e progressivo como à primeira vista parece ser. Isto porque uma parcela do que ocorre nos diferentes estágios pode se dar em superposição e porque o processo de amadurecimento envolve a contínua integração de experiências e, portanto, “nenhuma conquista fornece título de garantia: tendo sido alcançada, pode ser perdida, outra vez alcançada e perdida de novo” (DIAS, 2003, p.101).

Em concordância com este quadro, o conceito de medo será estudado por etapas, subdividindo o trabalho da seguinte forma: o medo na dependência absoluta, o medo na dependência relativa, o medo no estágio do concernimento e, por fim, o medo na independência relativa, destacando-se o medo no estágio das relações triangulares, o medo na adolescência e o medo dos adultos.

II. 1 O MEDO NA DEPENDÊNCIA ABSOLUTA

Pretende-se neste capítulo desenvolver a concepção de Winnicott sobre o afeto do medo cuja origem remonta a traumas ocorridos nos estados mais primitivos, sejam estes compreendidos pelo estágio pré-natal, o nascimento e a primeira mamada teórica.

Sob a perspectiva de Winnicott, a linha temporal do amadurecimento emocional humano tem como marco inicial a concepção que, em algum momento indefinido, é seguida por um “primeiro despertar” (*first awakening*), emergindo de um estado de “não-estar-vivo” (*unaliveness*). Em que pese a discussão bastante cara à filosofia a respeito do emergir da vida de um estado do “nada”, do “não-ser” ou “inorgânico”, para o orgânico, o ser e a vida, e de forma outra também presente nas formulações dos instintos de Vida e Morte em Freud, Winnicott, no entanto, se atém sobre a compreensão em termos psicológicos que sirva como uma referência sobre o que acontece e é relevante ao bebê.

Nos primórdios da vida, o autor atribui uma condição de solidão essencial (*essential aloneness*). Esta condição é fundamental, no entanto reserva um significado paradoxal no que tange à posição ambivalente mais radical a respeito da qualidade relacional do ser humano. Isto porque este princípio do bebê só é possível na condição de máxima dependência num momento no qual “a continuidade do ser do novo indivíduo é destituída de qualquer conhecimento sobre a existência do ambiente e do amor nele contido” (WINNICOTT, 1988/1990, p.154). De um ponto de vista, esta necessidade de continuidade de ser do bebê é provida pela mais ativa adaptação de forma a garantir que o ambiente não seja pressentido como existente e se arvore quanto “intrusão” (*impingement*) diante da qual o bebê possa vir a reagir, então perturbando este estado de continuidade. Sob este ângulo, a dependência original é dita dupla (*double dependence*) porque não é ainda percebida. Entretanto, se é possível pensar no bebê separadamente, poderia ser dito que ele, pelo inerente desconhecimento de sua dependência, guarda uma condição de independência absoluta¹⁵ que, para além desta fase inaugural, jamais será totalmente reproduzida. De acordo com Winnicott (1988/1990, p. 154), “apesar disso, pela vida afora do indivíduo continua a haver uma solidão fundamental, inerente e inalterável, ao lado da

¹⁵ Winnicott fala em “independência essencial” (1996k[1948]/2005c, p. 51).

qual continua existindo a inconsciência sobre as condições indispensáveis a este estado de solidão”. Daí por diante, todas as possíveis experiências ou tentativas de ficar sozinho passam pela possibilidade de ultrapassar as ansiedades relativas à solidão, estas advindas da forma na qual ao longo do processo de desenvolvimento emocional se estabeleceram e são sentidas as relações interpessoais. No entanto, esta possibilidade fica resguardada nos exercícios de voltar-se para si e ficar sozinho que apontam a capacidade de estar só desenvolvida no interior dos indivíduos saudáveis.

Esta discussão é tanto mais significativa à medida que se presta, especificamente neste trabalho, como ampliação do entendimento sobre o desejo e o medo da morte trazido na clínica pelos pacientes. A ideia de Winnicott envolve o reconhecimento de que após o despertar nem o bebê e, por correspondência, nem um adulto podem efetivamente ter condições de se preocupar ou apreender o que é a morte na sua faceta do não orgânico, uma vez que esta experiência não consta em seu repertório. O imaginário atribuído ao estado de não estar vivo, diz ele, versa sobre a possibilidade de paz que se acredita possível reeditar num ponto máximo de retorno ao início. Entretanto, na linha da vida, este tipo de condição só pôde e foi experienciado no estado da solidão pré-dependente, ou seja, quando a solidão é um fato e ainda nada se sabe da dependência. “O estado anterior ao da solidão é um estado de não-estar-vivo, sendo que o desejo de estar morto é em geral um disfarce para o desejo de ainda-não-estar-vivo”. (WINNICOTT, 1988/1990, p.154) Assim, se, em termos do que é observável, o ser humano emerge a partir do inorgânico, sob o “ponto de vista do indivíduo e da experiência individual (que constitui a psicologia), o indivíduo emerge não do inorgânico mas da solidão.” (*Ibid.*, p.155).

Tudo que acontecer a partir deste despertar é significativo, inserindo-se como experiência no universo de repertório acumulativo do bebê. Ainda que sejam experiências, sabe-se que estas se resumem na capacidade do bebê de ter sensações e de reter na memória seus movimentos corporais quando, por exemplo, “nada” no útero da mãe. Todavia, o aspecto mais relevante em termos de saúde psicológica do bebê neste estágio de maior dependência, válido tanto para a vida intrauterina como pós-nascimento, é o quanto

este seu universo pode continuar a ser um acúmulo de experiências que nasçam a partir de si mesmo em detrimento de outras que possam vir a ser causadas pelo ambiente.

Winnicott esboça um diagrama e emprega a analogia com uma bolha para explicar o que está acontecendo nesta fase com o conjunto ambiente-indivíduo (*environmente-individual set-up*) e o quanto os intercâmbios dentro deste conjunto estão diretamente ligados na possibilidade de saúde ou doença, pois vinculam-se à necessidade de continuidade de ser do bebê. Nas formulações sobre a bolha, considerando-se uma situação tal que a pressão externa à bolha seja igual àquela do seu interior, sabe-se que esta pode continuar existindo. Analogamente, em uma situação de adaptação ambiental, o bebê pode seguir existindo. Caso contrário, uma pressão externa maior ou menor que a da bolha, ela passa a ter que reagir modificando-se ao ambiente para poder igualar-se e subsistir, o que em termos do bebê significa interrupção do ser pela reação à intrusão. As imagens paralelamente esboçadas no diagrama do bebê no ventre materno o mostram, em primeira fase, no seu estado inicial de isolamento. Supondo uma adaptação ativa, ao movimentar-se pelos seus próprios impulsos, o bebê encontra o ambiente. Este acontecimento, desta forma realizado repetidamente, constitui-se num padrão de relacionamento no qual o acúmulo de experiências é sentido como real e fazendo parte da vida do bebê. Numa situação inversa, na qual o movimento é realizado pelo ambiente, isto é considerado uma intrusão, uma vez que o bebê é impingido a reagir. Esta vivência, se repetida, também pode estabelecer um padrão de relacionamento, no entanto a reação à intrusão retira o sentido de verdadeiro e real do viver que pode ser recuperado somente através do retorno do bebê ao isolamento e à quietude.

Por meio desta simples representação esquemática é possível mostrar que a influência ambiental pode iniciar-se numa etapa muitíssimo precoce, determinando se a pessoa, ao buscar uma confirmação de que a vida vale a pena, irá partir à procura de experiências, ou se retrairá, fugindo do mundo. A rigidez ou inadaptabilidade da mãe (devidas à ansiedade ou a um estado depressivo) podem, portanto, tornar-se evidentes para o bebê antes mesmo que este tenha nascido. (WINNICOTT, 1988/1990, p. 149)

As considerações a respeito daquilo que é vivenciado a partir de si mesmo, na sua espontaneidade, ou mobilizado em função das demandas ambientais através da reatividade, estendem-se por ocasião do nascimento, a ponto de serem perceptíveis as diferenças entre o bebê que nasce naturalmente, ao termo do seu período dentro do ventre, e aquele que nasce antes, prematuro, ou depois do momento no qual já se encontra preparado. A despeito das complicações que estão envolvidas e podem influenciar a situação, e, portanto, podem fugir ao encaminhamento natural do parto, é imprescindível que este tipo de reflexão sirva como referência para muitos que tomam decisões aleatórias a respeito deste evento por desconsiderar, em algum nível, que o bebê está condicionalmente arrolado na situação e que esta é muito significativa em termos experienciais ao bebê. De qualquer forma, o bebê chega ao nascimento capaz de possuir e reter experiências, e mesmo constituir defesas diante de situações traumáticas, considerando-se os momentos nos quais o ambiente não está maximamente adaptado e as próprias condições do nascimento, que por si só envolvem uma mudança brusca no nível de adaptação corporal ao bebê e do bebê. Não se pode esquecer que, para este, o processo do nascimento já implica a existência de um tônus pessoal para dar conta de uma série de movimentos e cambiantes posições e, certamente, muitas sensações são intrusivas evocando reações e interrupções da continuidade de seu ser. Além disto, as mudanças no âmbito corporal abrangem a passagem de uma continência total intrauterina para uma sustentação parcial extrauterina e pela introdução de outras determinações biológicas tais como a primeira que é a respiração.

A ênfase dada por Winnicott, tomando o nascimento natural como aquele que ocorre no momento certo para o bebê e, portanto, sem antecipações e adiamentos, coloca em relevância a condição de predisposição do bebê, ou seja, a conjugação de sua condição emocional e aptidão biológica. Do ponto de vista do bebê, é significativo, dentro de uma matriz de responsabilidade mesmo que ainda incipiente, sentir que é o seu próprio impulso que o empurra progressivamente ao término. A antecipação implica em considerações sobre sua falta de maturidade e consequentes dificuldades em enfrentar as demandas extrauterinas. Os adiamentos, se em graus de extensão temporal para além das possibilidades de tolerância do bebê, jogam o bebê num importante grau de sofrimento principalmente por ser “apanhado por uma espera indefinida ou ‘infinita’” (WINNICOTT,

1988/1990, p.167). Clinicamente, atribuem-se a estes traumas as dificuldades de pacientes que, precocemente e com rigidez, preocupam-se com as questões temporais e, de forma intelectual, procuram tecer apoios na rotina para se reassegurarem ou tolerarem as demoras. Ainda muitas coisas vão acontecer a este bebê que nasceu, mas é mister pontuar que muito já aconteceu e que, antes mesmo de colocar a cabeça para fora, o bebê pode dar mostras do que lhe ocorreu.

A morte, para um bebê nos estágios iniciais, significa algo bem definido, ou seja, a perda do ser em razão de uma reação prolongada contra a intrusão ambiental (o fracasso total da adaptação suficientemente boa). Não há necessidade de ir além desse ponto, forçando a teoria a dar conta de um conhecimento infantil do não-estar-vivo, conhecimento inevitavelmente absurdo, pois implicaria num grau muito elevado de desenvolvimento que por hipótese ainda não teria ocorrido. (WINNICOTT, 1988/1990, p. 156)

Após o nascimento, fora do útero materno, o *tour de force* entre a espontaneidade e a reatividade ficam mais evidentes à medida que o bebê passa a ter que se “haver, mais diretamente, com os modos de ser da mãe e com os estados emocionais dela” (DIAS, 2003, p. 160). Trata-se de saber o que a mobiliza no seu cuidar do bebê. Se forem suas próprias ansiedades em detrimento das necessidades variáveis do bebê, ocorrerão as intrusões e conseqüentes reações que provocam a quebra da continuidade de ser deste. Se, ao contrário, estiver adaptada para aguardar e acolher o gesto espontâneo do bebê, promoverá experiências de contato sentidas pelo bebê como reais, vindo a fazer parte do material experiencial integrado em sua personalidade.

Este tipo de olhar para o desenvolvimento emocional e saúde psíquica do bebê segue respaldando o entendimento da etapa denominada como primeira mamada teórica que compreende o conjunto das primeiras experiências concretas de amamentação. Muito embora a amamentação esteja no centro desta atividade, a etapa corresponde à totalidade de cuidados concretos e ambientais que a mãe provê ao seu bebê, vistos sob a qualidade de contato humano em que esta primeira relação se dá, inaugurando uma relação de mutualidade. “O mais importante aqui é a qualidade do contato humano, a realidade das experiências que estão sendo providas ao bebê por meio do ato da amamentação” (DIAS,

2003, p.165). O bebê tem necessidades básicas, físicas e emocionais, que precisam ser satisfeitas e o amor da mãe é algo que se espera traduzir-se no atendimento a estas necessidades de maneira a deixar claro que o bebê é importante em sua vida. De forma simples, Winnicott destaca a importância e as impressões que estes primeiros cuidados consolidam na vida do indivíduo:

Tudo isso quer dizer que aquilo que começa no período inicial da infância nunca está terminado. Em todas as crianças isso continua acontecendo todo o tempo, consolidando posições, que sempre podem ser perdidas e recuperadas. Assim, se podemos afirmar alguma coisa sobre o desenvolvimento inicial, é que estamos falando sobre algo que continua todo o tempo. Se mostramos por que é importante para um bebê que goste de seu banho, estamos mostrando também por que é importante que as crianças tomem banho de mar e por que é importante que as deixemos tomar banho e que as deixemos mergulhar e usar sabonetes, etc, mais tarde. Isso não é algo novo, mas algo que se associa à importância do banho, no início. (WINNICOTT, 1996p[1936]/2005c, p. 46)

No que concerne diretamente ao que está acontecendo entre mãe e filho na amamentação, Winnicott descreve uma vivência que se dá, na saúde, da seguinte forma: em determinado momento, após o nascimento, o bebê começa a ficar com fome.¹⁶ Ele está pronto a aceitar alguma coisa, muito embora não faça a mínima ideia do que isto seja e se volta para a mãe que está lá com seu seio a oferecer. “O bebê olha, enxerga e sente as coisas que estão lá, e isso estimula o bebê, que estimula o seio e tudo aquilo que é fisiológico, e isso é muito verdadeiro, mas não é suficiente.” (WINNICOTT, 1996k[1948]/2005c, p. 52) Para além desta sintonia fisiológica, é a sintonia emocional provida pela mãe suficientemente boa, e seu cuidadoso e respeitoso manejo de contato com o bebê, que é a base fundamental das relações com a realidade externa. Neste compasso é facilitado ao bebê ter e usufruir sua capacidade de alucinar o seio que será encontrado na mãe, ou seja, ela consegue “dar ao bebê a ilusão de que aquilo que ele consegue e toma e encontra é aquilo que ele criou a partir de seus próprios sentimentos, de seu poder de alucinar” (*Ibid.*). A possibilidade de vivenciar a experiência repetida de “ilusão de onipotência” é

¹⁶ Muito embora esteja em destaque o que seria a primeira mamada factualmente falando, a vivência deverá ser repetida inúmeras vezes ao longo do período de amamentação.

enriquecedora do mundo de coisas que pertencem ao bebê, seu mundo subjetivo. A contrapartida se dá com a imposição da realidade externa, como aquela que acontece quando as mães ansiosas, ou por outros motivos, seguem restritamente as orientações dos pediatras e manuais. Neste caso fica inviabilizada, ou ao menos consideravelmente reduzida, a possibilidade de comunicação entre o par existente na “experiência de mutualidade” (*experience of mutuality*), só restando ao bebê submeter-se para adaptar-se ao que vem da realidade externa. As sequelas são observadas com o empobrecimento da sua capacidade imaginativa e, na sequência, da riqueza de seu mundo. Em distúrbios de ordem psicótica observa-se a cisão da personalidade na qual o indivíduo oscila distintamente entre experiências de total submissão à realidade e experiências de ordem totalmente imaginária.

Em termos maturacionais, dentro da linha temporal no estágio da dependência absoluta, Winnicott compreende que o bebê está às voltas com três tarefas básicas, todas elas derivadas de sua necessidade primordial de continuar a ser e ocorrendo concomitantemente, mesmo porque guardam uma relação de interdependência.¹⁷ Estas tarefas são: a) temporalização e espacialização, que correspondem ao movimento de integração do bebê das suas experiências na ordem do espaço-tempo; b) a personalização (*indwelling*), ou seja, o alojamento da psique no corpo; c) realização que compreende o início do relacionamento objetal (*object relating*) do qual gradativamente se constitui a criação e as relações com a realidade externa.

Quando tudo ocorre bem, o bebê defronta-se com essas tarefas de modo mais ou menos concomitante, visto que para dar início a um sentido de real e poder habitar num mundo real, subjetivo de início, o bebê precisa estar sendo introduzido na ordem do espaço e do tempo. A espacialização se inicia pelo processo gradual de alojamento da psique no corpo, tornando esse corpo, seguro nos braços da mãe, a primeira morada. Residindo no corpo, o bebê pode começar a ocupar espaço, a dar concretude à presença, a ter distâncias e proximidades e aceder ao caráter transitório daquilo que envelhece e morre. Espaço e tempo não são objetos a serem encontrados; são na medida que se articulam e constituem mundos, a condição de possibilidade para que algum objeto seja encontrado. (DIAS, 2003, p.167)

¹⁷ Sigo aqui a organização orientada por Dias em seu estudo sobre a teoria do amadurecimento. Segundo a autora esta será a ordem preconizada por Winnicott em seu artigo “O medo do colapso”.

Estas tarefas são desenvolvidas e bem sucedidas a partir da contrapartida facilitadora ambiental dada por atribuições de cuidado correspondentes à mãe. Cabe a esta as tarefas: a) sustentação (*holding*), que versa sobre a forma de segurar e sustentar o bebê que corresponde à integração do bebê no espaço tempo; b) manejo (*handling*), que faz parte do *holding*, mas que conjuga os aspectos mais específicos do segurar e cuidados físicos dado ao bebê e que, por isto, facilitam o alojamento da psique no corpo; c) apresentação dos objetos (*object-presenting*), que fala da mãe apresentando o mundo ao bebê. A primeira mamada teórica exemplifica esta tarefa materna e o quanto esta amalgama a forma através da qual ele estabelece contato com o mundo.

O nível absoluto da dependência em que o bebê está se desenvolvendo sem saber nada de si, e, portanto, amparado e ligado ao ego-auxiliar da mãe, envolve a compreensão de que o conjunto e a forma dos cuidados por ela proporcionados constituem-se no ambiente total e no mundo no qual ele habita. De modo tal que “quando as coisas vão bem o lactente não tem meios de saber o que está sendo provido adequadamente e o que está prevenido” (WINNICOTT, 1960c/1983, p. 51). Este mundo inicial é subjetivo e caracteristicamente deve ser confiável para satisfazer a condição da necessidade fundamental do bebê, que é continuar a ser. Neste ponto o *status* da confiabilidade está intrinsicamente ligado à previsibilidade do ambiente, no que tange à sua possibilidade de oferecer constância, rotinas, regularidades e proteção a quaisquer movimentos que se intrometam neste *continuum* e que, como consequência, possam provocar reações e, indiretamente, a sua interrupção. “Quando as coisas não vão bem é que o lactente se torna perceptivo, não de uma falha do cuidado materno, mas dos resultados, quaisquer que sejam, dessa falha; quer dizer, o lactente se torna consciente de reagir a alguma irritação.” (*Ibid.*, p. 51)

As falhas são exclusivamente de ordem ambientais neste estágio de extrema dependência do bebê, e reverberam diretamente no comprometimento da maturação do ego ou na distorção em certos aspectos vitais do seu desenvolvimento emocional. Os eventos traumáticos aportam sofrimento máximo que se constituem em experiências de ansiedades impensáveis (*unthinkable anxieties*) cuja intensidade reacional interrompe a continuidade

de seu ser.¹⁸ Assim, esta qualidade de ansiedade se relaciona diretamente com a ameaça de aniquilamento e estão associadas a sofrimentos de qualidade e intensidade psicótica. Para Winnicott (1960c/1983, p. 47), “a alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila. Ser e aniquilamento são as duas alternativas. O ambiente tem por isso como principal função a redução ao mínimo de irritações a que o lactente deva reagir com o consequente aniquilamento do ser pessoal”.

É imprescindível observar que o bebê se encontra ainda numa fase muito inicial no que tange à consolidação do estado de ser que emergiu a partir do não-ser. Assim, encontra-se muito suscetível e próximo do ponto negativo da vida, o que pode vir a ocorrer em qualquer situação na qual a mãe falhe em atender quaisquer de suas necessidades. Esta falha pode ter uma leitura temporal, ou seja, uma falha quando a mãe demora um tempo maior do que o tolerável à criança em atendê-la. Na equação montada por Winnicott, supõe-se um tempo x no qual o bebê pode esperar e reter na memória a presença da mãe. Supondo que esta demore $x+y$ em atender seu bebê, este ficará aflito pelo desconforto propriamente e tanto mais porque a memória de sua mãe se dilui. Mas se esta mãe voltar dentro deste tempo tolerável, ele ainda guarda a possibilidade de se recompor e retomar seu movimento de continuidade de ser. Entretanto se o tempo de intervalo for $x+y+z$, nem mesmo o retorno da mãe servirá para que este bebê retome este sentido. A memória da mãe se apagou e a ele é impingido o recomeço a partir do zero, tendo perdido um ponto do qual retomar. “O apagamento da memória da presença é um dos traumas específicos que aparecem na etiologia das patologias psicóticas.” (DIAS, 2003, p. 198) Configura-se, neste caso, uma agonia impensável vinculada com a perda daquilo que é real. Nota-se também que, neste caso, a matéria do trauma não se refere a algo que tenha acontecido como um susto, uma intrusão pelo oferecimento precipitado do seio pela mãe, etc. O trauma versa por aquilo que era esperado, mas que não aconteceu. Da mesma maneira, quando em considerações sobre a forma em que se dá a amamentação se “o bebê fizer o gesto e a mãe estiver ausente, distraída ou concentrada em si mesma, o gesto ficará parado no vazio, à espera de algo que não vem” (DIAS, 2003, p. 172). A qualidade do não acontecido é ainda

¹⁸ Ao longo da obra, as ansiedades impensáveis também serão encontradas por outro nome como agonias impensáveis (*unthinkable agonies*) e agonias primitivas (*primitive agonies*).

mais pernicioso em sua negatividade em termos traumáticos, uma vez que este material, por não fazer parte da experiência de onipotência do bebê, não pode fazer parte do conjunto acumulativo que alimenta o inconsciente originário do bebê. Este material acaba ficando como que perdido, guardado no inconsciente do não-acontecido, sendo “necessário pensar não em traumas, mas em nada acontecendo quando algo poderia proveitosamente ter acontecido” (WINNICOTT, 1974/2005b, p. 75).

O descompasso temporal entre a capacidade do bebê de manter em seu mundo subjetivo a mãe e a presença real da mãe se inscreve como falha ambiental e consequente vivência de agonia impensável. No entanto, Winnicott atribui a essa situação o medo da violência que se observa clinicamente em alguns pacientes. Diz ele (1971a/1975, p. 39):

Trata-se de uma questão de dias, horas ou minutos. Antes que certo limite seja atingido, a mãe ainda está viva; depois de transposto o limite, ela morreu. Entrementes, há um precioso momento de raiva, rapidamente perdida, porém, ou nunca experimentada, talvez, sempre potencial e trazendo consigo o medo da violência.

Segundo Dias (2003, p.188), isto “consiste em que o potencial agressivo de certas crianças deriva de reações traumáticas que foram nelas provocadas pelas invasões ambientais”. A ideia que subjaz a este entendimento é de que a raiva sentida por ocasião do trauma, pela imaturidade, não pode ser experimentada e nem dela o bebê teve consciência. Mais uma vez se está falando de algo não acontecido: a raiva. Na clínica, por sua vez, sob os cuidados terapêuticos e existindo a confiabilidade, as falhas do analista podem ser usadas para o exercício desta raiva que neste espaço pode ser finalmente vivida e reatualizada.

As ansiedades psicóticas são fruto da privação (*privation*) etiológicamente vinculada às falhas ambientais ocorridas na dependência absoluta e, assim, guardando pertinência às tarefas nas quais o bebê está envolvido nesta etapa. Em seu texto “O medo do colapso” (*Fear of Breakdown*), cuja composição se atribui a 1963, Winnicott faz uma lista dupla na qual elenca as agonias primitivas às defesas que a elas estão associadas. Antes de listá-las, no entanto, cabe ressaltar a observação que o autor faz no que tange à

mudança nominal dos termos empregados de ansiedade para agonia, considerando que o termo ansiedade “não é uma palavra suficientemente forte” (WINNICOTT, 1974/2005b, p. 72) para dar conta do sofrimento e do estado emocional que estão envolvidos.

1. Retorno a um estado não-integrado (*unintegrated-state*) (Defesa: desintegração)¹⁹
 2. Cair para sempre (Defesa: sustentar-se/*self holding*)
 3. Perda do conluio psicossomático, fracasso da personalização (Defesa: despersonalização)
 4. Perda do senso do real (Defesa: exploração do narcisismo primário, etc.)
 5. Perda da capacidade de relacionar-se com objetos (Defesa: estados autistas relacionados apenas a fenômenos do self)²⁰
- E assim por diante. (WINNICOTT, 1974/2005b, p. 72)

Não é de forma impensada que Winnicott opta por elaborar esta lista elencando as agonias primitivas e as defesas a ela relacionadas. Trata-se do anúncio de sua ideia central: “o que vemos clinicamente é sempre uma organização de defesa (*defence organisation*), até mesmo no autismo da esquizofrenia infantil. A agonia subjacente é impensável” (WINNICOTT, 1974/2005b, p. 72). Este enunciado subsidia suas afirmações sobre o que significaria psiquicamente a vivência do caos:

O caos aparece pela primeira vez na história do desenvolvimento emocional através das interrupções reativas do ser, especialmente quando tais interrupções são longas demais. O caos é, primeiramente, uma quebra na linha do ser, e a recuperação ocorre através de uma revivência da continuidade; se a perturbação ultrapassa um limite possível de ser tolerado, de acordo com as experiências anteriores de continuidade de ser, ocorre que devido às leis elementares de economia, uma quantidade de caos passa a fazer parte da constituição do indivíduo. (WINNICOTT, 1988/ 1990, p.157)

Entretanto, se visto sob outro ângulo, o caos representa um certo grau de organização, uma outra alternativa para a ordem no momento em que esta sucumbe.

¹⁹ Este estado corresponde ao que seria o colapso total no qual nenhuma integração é mantida.

²⁰ Com exceção do que ocorre na desintegração, nas demais ansiedades, uma certa integração é mantida.

Arvora-se num estado possível, erigido como organização defensiva, constituindo-se, portanto, numa própria ordem diante das ansiedades que são intoleráveis ao indivíduo.

Este corolário do pensamento winnicottiano é tão mais significativo quanto esclarece a que nível e que condição existencial muitos pacientes chegam na clínica, uma vez que seus distúrbios constituem-se deste tipo de material e importam diretamente no estudo sobre o medo.

É preciso ter em vista que em seguida às experiências traumáticas se erguem as organizações defensivas que visam proteger o bebê de passar novamente pela experiência da ansiedade impensável. Estas organizações defensivas, respeitadas as diferenças etiológicas na linha temporal da ocorrência traumática no desenvolvimento emocional, estabelecem-se no sentido da invulnerabilidade como uma espécie de blindagem ao imprevisível que redunde em sofrimento. Exemplo paradigmático do sucesso defensivo de invulnerabilidade é o autismo infantil. Outros exemplos clínicos englobam patologias relacionadas à psicose, como a esquizofrenia, à personalidade falso *self*, à personalidade esquizoide, etc. Em todas estas organizações defensivas, a característica fundamental é a fragilidade da organização do ego ou, dito de outro modo, a integração é frágil.

O autismo é uma organização de defesa altamente sofisticada. O que nós vemos é a invulnerabilidade. Foi acontecendo um aumento gradual da invulnerabilidade e, no caso de uma criança autista estabilizada, é o meio ambiente, e não a criança, que sofre. As pessoas do meio ambiente podem sofrer imensamente. A criança leva consigo a memória (perdida) da ansiedade impensável, e a doença é uma estrutura mental complexa, uma garantia contra a recorrência das condições da ansiedade impensável. (WINNICOTT, 1968^a[1967]/2005c, p. 195)

Uma vez que fica clara a condição inicial de fragilidade e dependência emocional do bebê no que se refere aos cuidados maternos, subentende-se que fica difícil pensar em um bebê que tenha sido tão bem cuidado que não tenha experienciado alguns momentos de tensão excessiva em sua personalidade no ponto de integração em que se encontrava. Se assim fosse, então, significaria que todo o bebê é louco? Winnicott (1989k[1965]/2005b, p. 96) responde:

Tem-se de conceder, contudo, que muito grosseiramente falando, existem dois tipos de seres humanos, quais sejam, aqueles que não têm consigo uma experiência significativa de colapso mental na primeiríssima infância e aqueles que a têm, e que, portanto, dela precisam fugir, flertar com ela e temê-la, e até certo ponto, estar sempre preocupados com sua ameaça.

Assim, relacionado ao tema do medo, é comum defrontar-se na clínica com pacientes que são acometidos por estados de pânico. Sob a compreensão nosológica psiquiátrica compilada no DSM IV (GABBARD, 2007), esta patologia, especificamente “transtorno do pânico”, é definida pela ocorrência de ataques de pânico. Estes são carregados por sensações físicas intensas que vão desde palpitações cardíacas, tremores, sudorese, dores no peito, náusea, até sentimentos de irrealidade e medos de perder o controle, ficar louco, medo de doença clínica, medo do medo, entre tantos outros.²¹ A própria classificação sob o nome de “transtorno” enfatiza a condição mobilizadora desta patologia e seus impactos ameaçadores e paralisantes no cotidiano do indivíduo. Nesta perspectiva, os medos presentes no transtorno são consequência dos sintomas de ansiedade da própria pessoa. Os estudos científicos apresentam teses de que estes medos se vinculem tanto a considerações adaptativas ancestrais, como ao elevado índice de composição genética hereditária. De forma geral, o tratamento orientado sob esta perspectiva foca-se diretamente no entendimento e eliminação destes sintomas. Em contraposição a este olhar nosológico sobre o transtorno, Winnicott (1968c[1967]/2005b, p. 155) coloca seu particular entendimento sobre a questão:

Clinicamente, o estado que é chamado de “pânico” facilmente se torna uma característica. O estudo direto deste é improdutivo, porque o pânico é, ele próprio, uma defesa. Vale a pena encarar o pânico como um horror organizado disposto em torno de uma situação fóbica, cujo objetivo (na organização de defesa) é proteger o indivíduo contra novos exemplos do imprevisível.

²¹ Em “Psicopatologia dos ataques de pânico”, encontra-se a interessante pesquisa sobre o desenvolvimento e elaboração da categoria que atualmente nomina-se “Transtorno de Pânico”, cap.6.

Então, em sua compreensão, o pânico é uma organização defensiva contra a ansiedade impensável atrelada à questão da imprevisibilidade.²² O mundo subjetivo em que vive o bebê em seus estágios iniciais constitui-se num lugar que guarda o aspecto do inviolável, o seu cerne que, adiante na vida, pode até mesmo ser como um refúgio ao qual pode retornar em seus momentos de relaxamento. Entretanto, este lugar é constituído a partir dos cuidados maternos e da estabilidade do clima emocional em que se dão as experiências. Para Winnicott, a pior espécie de maternagem que pode vir a ser vivenciada por um bebê é aquela da mãe tantalizante ou caótica que seguidamente alterna os dados ambientais de forma a desorientar as experiências do que é vivido e impedir a gradativa construção do esperado. A instabilidade inviabiliza a instauração da rotina, dos hábitos, do reconhecimento e do sentimento de segurança no bebê, inclusive abrindo espaço para que o bebê comece a prematuramente adquirir a percepção de que existe a exterioridade e de sua dependência. Dias (2003, p. 206) lembra um dos casos muitos estudados pela psicanálise e particularmente citado como paradigmático deste tipo de maternagem e seus efeitos:

Uma característica do estado de pânico é o pavor de lugares abertos, enormes sem contorno e o sentimento de perder todas as referências. Em vários momentos de seu diário, Renée, a garota esquizofrênica tratada por M.A. Sechehaye, fala de seu sentimento de irrealidade; ela se via numa “imensidão sem limites” ou o “casarão da escola tornava-se imenso” ou “a rua tornava-se infinita”.

No entanto, as experiências de mutualidade entre o par constelam um universo comunicativo de mão dupla, ou seja, do bebê à mãe e da mãe ao bebê. A mãe é viva, o que significa dizer que possui uma forma relacional da qual não se espera uma constância robótica e impessoal. Subentende-se que os estados de ânimo da mãe, desde que mantidos dentro de condições toleráveis, são parte importante do que os bebês experimentam através

²² Apenas com o objetivo de ilustrar a diferença entre as interpretações de Freud e Winnicott sobre o pânico, cita-se um exemplo de caso de neurose de angústia em Freud: “Homem, 42 anos; 3 filhos, de 17, 16 e 13 anos. Bem até 6 anos atrás. Nesta época, depois da morte de seu pai, crise súbita de angústia (*Angstanfall*) com fraquezas cardíacas, temor hipocondríaco de um câncer de língua; muitos meses mais tarde, segundo acesso com cianose, pulso intermitente, medo da morte, etc., desde então, fraqueza, vertigens, agorafobia, um pouco de dispepsia. Caso de neurose de angústia simples, acompanhada de sintomas cardíacos depois de emoções. Entretanto, o coito interrompido parece ter sido bem tolerado durante dez anos.” Freud, carta de 6/10/1893 para Fliess. (PEREIRA, 2003, p.70)

dos cuidados, das manipulações, do segurar e do que podem sentir a respeito de sua personalidade. De qualquer forma, o que está em jogo é a consistência da mãe, a sua forma pessoal espontânea e viva colocada ali na relação e nos fazeres com o bebê. Este, por sua vez, por mais inicial que seja seu desenvolvimento emocional, sabe distinguir os gestos espontâneos dos gestos estudados nascidos da elaboração mental. Vê-se que muito embora diametralmente oposta da maternagem tantalizante, a maternagem destituída de “tônus pessoal”, quando vivenciada nos estágios iniciais, também pode se constituir num ambiente insuficientemente bom para a saúde psíquica do bebê. A este respeito, Dias (2003, p. 211) nos traz um de seus casos que subsidiam o entendimento sobre medo:

Uma paciente minha me relata que a sua mãe tivera sempre uma expressão inalterável, eternamente plácida; jamais se irritava ou manifestava qualquer outro tipo de emoção. Lembra-se de, muito menina, espreitar o rosto da mãe tentando desesperadamente saber o que acontecia ali dentro. Por essa época, sentia-se inteiramente perdida e foi tomada pelo temor de que sua mãe morresse repentinamente; pensava, então, mas sem coragem de pedir, que seria bom se a mãe lhe deixasse uma lista completa de tudo o que ela devia e podia fazer, e tudo o que não podia. Essa moça desenvolveu uma alta sensibilidade e um sentido de ameaça para qualquer tipo de alteração na fisionomia das pessoas ou nas circunstâncias.

De forma geral, independentemente de suas multifacetadas, o estado de medo é uma defesa²³, e o estado de pânico, entre estas, pode ser remontado a um medo da loucura (*fear of madness*). Em que pese a imprecisão do uso do termo loucura, depreende-se que, neste contexto, loucura significa o colapso das defesas do ego²⁴, ou seja, um inundar-se pelas ansiedades impensáveis primitivas. O medo da loucura é também denominado por Winnicott como medo do colapso em seu texto “A psicologia da loucura: uma contribuição da Psicanálise”, trabalho preparado para a Sociedade Psicanalítica Britânica, em 1965. Neste texto, o autor afirma que o medo da loucura engloba várias modalidades de

²³ Respeitar a distinção entre o significado de defesa para Winnicott das formulações freudianas que se atém à defesa no sentido de recursos egoicos num contexto dos conflitos edípicos.

²⁴ Neste caso também entenda-se ego de forma diferente que a formulação freudiana, uma vez que se está considerando o estado de organização integrado possível correspondente ao contexto no amadurecimento emocional.

expressão, tais como medo da incontinência, medo de gritar em público, pânico, medo de ter medo, medo de morrer ou mesmo medo de morrer sozinho, e diversas outras modalidades bastante graves que guardam em comum escaparem de um funcionamento lógico. A ideia central de sua compreensão é de que este é um medo do retorno da loucura que resguarda o fato de que esta já foi experienciada no estágio muito inicial da vida emocional. Portanto, o que está em jogo é o medo do retorno da loucura.

Posso agora enunciar a minha afirmação principal, e ela se revela muito simples. Afirmo que o medo clínico do colapso é o medo do colapso que já foi experienciado. Ele é um medo da agonia original que provocou a organização de defesa que o paciente apresenta como síndrome da doença. (WINNICOTT, 1974/2005b, p. 72)

Entretanto, é importante considerar que a loucura nunca foi experimentada na sua plenitude, uma vez que o colapso implica em ansiedades impensáveis, acompanhadas de sofrimento atroz, em torno das quais rapidamente erguem-se organizações de defesa. Portanto, embora a loucura seja potencialmente o fato acontecido, a vivência ocorre no nível da ameaça da loucura. Segundo Winnicott (1989k[1965]/2005b, p. 99-100),

Não é realmente verdadeiro dizer que o paciente está tentando recordar a loucura que houve em torno da qual defesas se organizaram. A razão disto ser assim é que, no lugar original em que as defesas se organizaram, a loucura não foi experienciada, porque, pela natureza do que está sendo debatido, o indivíduo não foi capaz de experienciá-la. Surgiu um estado de coisas a envolver um colapso de defesas, defesas que foram apropriadas na idade e no setting do indivíduo. O apoio do ego por parte de uma figura genitorial tem de ser levado em consideração aqui, com referência a ter sido ele um apoio confiável ou inconfiável. No caso mais simples possível, houve, portanto, uma fração de segundo em que a ameaça da loucura foi experienciada, mas a ansiedade neste nível é impensável. Sua intensidade acha-se mais além da descrição e novas defesas organizam-se imediatamente, de maneira que a loucura, de fato, não foi experienciada. Por outro lado, contudo, ela foi potencialmente um fato.

Outro ponto central deste axioma é que a defesa, o medo da loucura, encerra em si mesmo a busca de recordar através do experienciar. A persistência neste estado se deve

ao fato de que esta experiência não pôde ser efetivamente vivida de forma organizada dada a imaturidade do ego no momento de seu acontecimento, portanto o ego não foi capaz de integrá-la. Winnicott (1974/2005b, p. 73) diz que “neste contexto especial, o inconsciente quer dizer que a integração do ego não é capaz de abranger algo. O ego é imaturo demais para reunir todos os fenômenos dentro da área de onipotência pessoal.”

Grosso modo, pode ser dito que efetivamente a experiência não aconteceu. O indivíduo busca compulsivamente no futuro o detalhe passado que ainda não foi experienciado. Precisa viver o que não foi vivido. Fica aprisionado no conflito²⁵ entre o medo de ser louco e a necessidade de sê-lo, pois somente no reviver é que pode lembrar da loucura original. Há uma configuração na qual a pessoa não fica liberada para ser enquanto não experimentar o atendimento da necessidade primitiva.

Pode valer a pena utilizar um símbolo, X, e dizer que o bebê ou a criança pequena possuem uma organização do ego apropriada ao estágio de desenvolvimento e que algo acontece, tal como uma reação a uma invasão ou choque (um fator externo que se permitiu passar, por causa de um funcionamento ambiental falho), e que então ocorre um estado de coisas chamado X. Este estado pode resultar em uma reorganização das defesas. Isso pode acontecer uma ou muitas vezes, ou muitas vezes em um determinado padrão. Da organização da defesa fica-se com um quadro clínico e o diagnóstico é efetuado com base na organização defensiva. Esta, por sua vez, depende até certo ponto, para suas características, de uma contribuição oriunda do meio ambiente. O que é absolutamente pessoal ao indivíduo é X. (WINNICOTT, 1989k[1965]/2005b, p.100)

Em termos de implicações no *setting* analítico e da cura, faz-se necessário chegar ao âmago desta questão, ou seja, sustentar a possibilidade do indivíduo “enlouquecer” sem a utilização de ferramentas lógicas de entendimento da situação. A cura só poderá ser possível se o paciente puder experimentar o colapso e ser capaz de tolerar e lidar com as ansiedades envolvidas. Pelo fato de que o trauma não aconteceu em termos de possibilidade experiencial, também não será via lembranças que poderá ser ultrapassado, pois “a experiência original da agonia primitiva não pode cair no passado a menos que o

²⁵ O uso da palavra “conflito” não é remetido ao significado usual psicanalítico de conflito edípico, mas num significados de tensão entre movimentos opostos.

ego possa primeiro reuni-la dentro de sua própria e atual experiência temporal e do controle onipotente agora (presumindo a função de apoio do ego auxiliar da mãe ou analista)” (WINNICOTT, 1974/2005b, p. 73). Retomando o axioma de Winnicott (1989k[1965]/2005b, p. 101) sobre o X,

O indivíduo que chega a estas coisas no curso de um tratamento está repetidamente tentando alcançar X, mas, naturalmente, ele só pode chegar tão perto quanto a nova força do ego, mais o apoio ao ego na transferência, possa tornar possível. A continuação da análise significa que o paciente continuamente chega a novas experiências na direção que leva a X e, da maneira que descrevi, essas experiências não podem ser lembradas como lembranças. Elas tem de ser vividas no relacionamento transferencial e, clinicamente, aparecem como loucuras localizadas.

O medo da loucura assim formulado remete a uma condição existencial de um viver que é assolado pela preocupação com a sobrevivência psíquica, perpassado pela incerteza de ser, que se observa na condição dos indivíduos diagnosticados como *border line*. E, portanto, totalmente à parte de formulações conscientes e reflexivas. Neste sentido, distingue-se da ideia comum de um medo da loucura no qual prevalece preocupações com as dificuldades da doença em si e das implicações sociais que ela aporta tanto ao doente como aos que o cercam, ou mesmo do fato de um colapso mental que “a comunidade teme e, portanto, odeia” (WINNICOTT, 1989k[1965]/2005b, p. 99). Sendo o evento traumático anterior à cristalização da ideia de um EU no indivíduo, a essência do conteúdo patológico da defesa organizada e o quadro clínico remetem a esta origem. Em termos de etiologia no desenvolvimento emocional, é a possibilidade de integração em um EU que está em jogo, à medida que o padrão de como as coisas acontecem promoveu sucessivas interrupções na continuidade de ser do bebê.

É possível dizer que o mais importante é o trauma representado pela necessidade de reagir. A reação, nesse estágio de desenvolvimento humano, significa uma perda temporária de identidade. Isto provoca um sentimento extremo de insegurança, e situa-se na base de expectativa de novos exemplos de perda de continuidade do ser, e mesmo de uma desesperança congênita (embora não herdada) quanto à possibilidade de alcançar uma vida pessoal. (WINNICOTT, 1958f/2000, p. 265)

Outras modalidades de medo resguardam similaridade etiológica e na materialidade psíquica em sua formulação defensiva, como exemplifica o medo da morte (*fear of death*). Winnicott (1974/2005b, p. 74) aplica a mesma fórmula compreensiva:

Quando o medo da morte constitui um sintoma significativo, a promessa de uma vida futura fracassa em proporcionar alívio e a razão para isso é que o paciente possui uma compulsão a procurar a morte. Novamente, é a morte que aconteceu, mas que não foi experienciada, que é a buscada.

Neste caso, a morte que aconteceu certamente não é concreta em termos fisiológicos, no entanto reserva um sentido de morte psíquica traduzida pela ideia de aniquilamento. Winnicott empresta de um paciente a expressão sobre esta condição que denominou “morte fenomenal”. Desta forma, o que fica em evidência é o sentimento de descontinuidade de ser advindo de um padrão de interrupções pelas reações automáticas diante de invasões traumáticas. Winnicott traz, como exemplo desta sintomatologia, o caso de uma paciente esquizofrênica cuja temática do suicídio era recorrente. O autor resgata sua história pessoal já conturbada bem no início, por uma condição reacional de percepção prematura diante do pânico materno ainda na gestação da filha, e por complicações no parto, por uma placenta prévia não-diagnosticada. Winnicott (1974/2005b, p. 74) comenta:

Entendo agora, pela primeira vez, o que minha paciente esquizofrênica (que se matou) queria dizer quando falou: “Tudo o que lhe peço é que me ajude a cometer suicídio pela razão certa e não pela razão errada”. Não consegui fazê-lo e ela se matou no desespero de encontrar a solução. Seu objetivo (como agora percebemos) era obter de mim a declaração de que já morrera na primeiríssima infância.

Esta é a natureza do sofrimento atroz subjacente ao desejo e movimento que envolve o suicídio, situação em que se encontram muitos pacientes na clínica. O suicídio, encarado como uma possibilidade de solução, nada mais é que um ato de desespero.

Variação sobre a mesma compreensão, o medo do vazio (*fear of emptiness*) fala de um vazio que precisa ser experienciado, uma vez que na imaturidade emocional este aconteceu e não pôde ser apreendido. O vazio parece apontar uma situação na qual aquilo

que, em termos de cuidado e contrapartida emocional do bebê, era preciso acontecer, de fato não foi realizado, jogando o bebê no nada. Então, nesta situação, o que está em questão não é um trauma, este sim que poderia ser efetivamente lembrado, mas “em nada acontecendo quando algo poderia proveitosamente ter acontecido” (WINNICOTT, 1974/2005b, p. 75). É importante notar-se que este vazio do não acontecido inscreve-se em situação posterior em termos de situação “traumática” e, portanto, é distinto do vazio pré-requisito do preenchimento, este sim antecedente ao acontecimento. A experiência real do vazio implica maturidade emocional e se configura como “base de toda aprendizagem, (assim como do comer). Mas se o vazio não é experienciado como tal, desde o começo, ele aparece então como um estado que é temido, mas, contudo, compulsivamente buscado” (*Ibid.*, p. 75) O medo do vazio como defesa passa a organizar uma condição de “vazio controlado” que se manifesta clinicamente em não comer, não aprender ou, pelo contrário, empreende um preenchimento voraz compulsivo.

Em termos de desenvolvimento do constructo teórico a respeito do tema do medo, é possível reconhecer que o entendimento de Winnicott, acima explicitado, sobre o medo da loucura faz parte dos artigos principais a este respeito: “O medo do colapso” (1963) e “A psicologia da loucura” (1965). Estes dois trabalhos contém grande parte da elaboração mais tardia e completa sobre o tema.

Neste último texto, o autor afirma que o medo da loucura engloba várias modalidades de expressão tais como medo da incontinência, medo de gritar em público, pânico, medo de ter medo, medo de morrer ou mesmo medo de morrer sozinho, e diversas outras modalidades bastante graves que guardam em comum terem “um elemento que se acha fora do funcionamento da lógica” (WINNICOTT, 1989k[1965]/2005b, p. 98). Minha paciente de 50 anos chegou trazendo diversos medos muito graves, entre estes: medo de ficar sozinha, medo de ser abandonada pelo marido, medo de sair à rua, medo de transportes públicos, medo de perder a mãe, medo de áreas verdes e selvagens (mato), etc. Entretanto, destacou-se entre estes um medo de morrer, mas que por ela foi explicitado como um medo de morrer sozinha. Ela dizia que tinha medo de que, ao morrer sozinha, seu corpo não seria achado e por isso não seria enterrada, ficando então sujeita a vagar entre o

céu e a terra. A morte, neste caso, não se constitui como uma solução para a sua condição de precariedade que, aqui, é metaforizada no limbo. Os dados resgatados da história pessoal da paciente descrevem uma infância muito sofrida e empobrecida no que tange aos relacionamentos afetivos e aos cuidados maternos recebidos, corroborando o entendimento de seu profundo sentimento de desamparo que a fazia a todo custo evitar ficar sozinha. Winnicott (1989k[1965]/2005b, p. 98) descreve:

Um paciente, por exemplo, pode ser dominado por um medo de morrer que nada tem a ver com o medo da morte, mas é inteiramente uma questão de um medo de morrer sem que ninguém se encontre junto a ele na ocasião, isto é, sem ninguém junto a ele que se interesse por alguma maneira derivada diretamente do relacionamento parento-filial muito inicial. Pacientes desse tipo podem organizar a vida de maneira a jamais se acharem sós.

No entanto, em seu artigo “Ansiedade associada à insegurança”, de 1952, Winnicott já apresentava um particular entendimento sobre a questão. Nele o autor propõe discutir e relacionar o medo das alturas e o medo de cair, associando-os à sua observação de que a ansiedade mais antiga guarda relação direta no se sentir segurado de um modo inseguro pela mãe cuidadora. Neste sentido, aponta as ressonâncias de falha no manejo no cuidar da mãe, como ponto de origem das ansiedades, que categorizava na época em três:

[...] não integração, que se transforma num sentimento de desintegração, ausência de relacionamento entre psique e soma, que resultará no sentimento de despersonalização, e a sensação de que o centro de gravidade da consciência foi trasladado do cerne para a casca, do indivíduo para o cuidado, para a técnica. (WINNICOTT, 1958d/2000, p. 165)

Winnicott começa a desenvolver este tema nos seguintes termos. No início, não se pode falar no bebê como uma unidade distinta de sua mãe e seus cuidados, de forma tal que declara “isso que chamam de bebê não existe” (1958d/2000, p.165). O centro da gravidade do indivíduo está na situação global. Dependente dos cuidados via técnicas, da sustentação (*holding*) e do manejo (*handling*), que a casca passa a se formar e o núcleo se individualiza. O início é marcado pelas potenciais ansiedades descritas. Também faz parte do

crescimento um contínuo em ansiedades: paranoides, após a primeira integração no eu, e depressivas, após os primeiros acontecimentos instintivos, cujos efeitos nefastos em termos de persecutoriedade serão neutralizados pelas técnicas do cuidado suficientemente bom. Assim, é inerente ao crescimento enfrentar a dor e a ansiedade vinculadas aos vários fenômenos que envolvem tanto o próprio amadurecimento emocional como as falhas nas técnicas do cuidar. De forma gradativa e adaptativa, o ambiente passa a falhar mais, porém, também maior é a capacidade do bebê de enfrentá-las. Então, a situação clínica do medo da loucura é um “medo da ausência de ansiedade na regressão a um estado não integrado, ou à falta de sentimento de viver dentro do corpo, entre as outras ansiedades” (WINNICOTT, 1958d/2000, p. 167). Ou seja, o medo é de que não haja ansiedade, como se voltasse a um ponto zero, onde nada há e de lá não se pudesse retornar. A capacidade de sentir ansiedade é colocada à prova e a possibilidade de sentir ansiedade é um alívio temporário. Depreende-se neste ponto a distinção entre duas condições distintas: quando não há a ansiedade se está diante de uma condição de total aniquilamento, ou retorno a uma não integração que, após o início, só é possível como desintegração²⁶; a capacidade de sentir ansiedade se inscreve como uma conquista inerente ao amadurecimento emocional.²⁷

É frequente presumir-se que, na saúde, o indivíduo encontra-se sempre integrado, vivendo dentro do próprio corpo e sentindo que o mundo é real. No entanto, muito do que chamamos sanidade é, de fato, um sintoma, carregando dentro de si o medo, ou a negação da loucura, o medo ou a negação da capacidade inata de todo indivíduo de estar não-integrado, despersonalizado e sentindo que o mundo não é real. A falta de sono em quantidade suficiente produz tais efeitos em qualquer pessoa. (WINNICOTT, 1958k/2000, p. 205)

Esta situação clínica se relaciona aos quadros histéricos e seus respectivos sintomas de vertigem, medo de cair e de alturas. Muito embora façam parte da neurose,

²⁶ Considerar que ao longo da vida ainda podem ser experimentados alguns momentos de relaxamento ou de devanear, no entanto não possui a mesma qualidade da não-integração.

²⁷ No mesmo texto, Winnicott explica que se está considerando o fato de que inicialmente, quando ocorre uma falha na técnica do cuidar, o bebê entra em estado de não integração, ou perde o contato com o corpo, ou traslada-se do conteúdo para o continente sem qualquer dor. Mais tarde é que se encontram a dor e a ansiedade vinculadas aos vários fenômenos resultantes das falhas no cuidar.

parecem resguardar questões trazidas da infância inicial. Da mesma forma que na psicose, esta loucura temida na histeria precisa ser alcançada para remissão dos sintomas. Como diz Winnicott (1958d/2000, p. 167):

A análise dos pacientes histéricos (no sentido popular do termo) é a análise da loucura temida mas não alcançada sem o fornecimento de um novo exemplo de cuidar, um cuidar melhor, na análise, que o experimentado na infância do paciente. Não nos esqueçamos, porém: a análise realmente deve alcançar a loucura, ainda que o diagnóstico continue sendo o da neurose, não da psicose.

No entanto, é importante resguardar a discriminação entre o estado de não-integração (*unintegration*) e a desintegração (*disintegration*). O estado de não integração é um estado primário que calça a possibilidade de integração. Neste início, o bebê, composto pelas suas experiências de motilidade e percepções sensoriais, pode vivenciar, em seus momentos de repouso, este estado de ser em pedaços. Parte desta possibilidade vem de sua própria imaturidade e grande parte vem da sustentação materna. A mãe, ao exercer a dupla função de cuidadora e ambiente, provê a segurança e a unidade dada pelo seu próprio segurar bem no colo, que permite a criança vivenciar, sem ansiedade, a não integração e a reintegração. Aos poucos, inserida no vetor de crescimento emocional, a integração ganha maior estabilidade e o bebê, portanto, se vê cada vez mais constituído numa unidade. A partir deste ponto, não se pode mais identificar as rupturas na continuidade de ser com o estado de não integração. Se o estado de não integração está associado ao relaxamento, a possibilidade de ser em repouso, a contrapartida negativa da integração é a desintegração. Em termos de significado, a integração está associada a uma ordem estabelecida e ao sentimento de sanidade. A desintegração, enquanto perda desta ordem, produz uma sensação de enlouquecimento associando-se ao caos. Winnicott (1988/1990, p. 157) aponta esta associação: “a não integração, o estado primário, não é caótica. A desintegração, sim, é caótica, pois representa uma alternativa para a ordem e podemos dizer que ela é uma organização defensiva grosseira, uma defesa contra as ansiedades trazidas pela integração.”

Por sua vez, o medo da desintegração (*fear of disintegration*) se inscreve como defesa patológica de alerta diante da possibilidade da desintegração. Na saúde, a

desintegração, ainda que muito dolorida, pode ser tolerada em vivências de repouso, relaxamento e sonho, uma vez que está associada ao impulso e criatividade que emerge no estado não integrado. Mesmo assim, a desintegração não é um estado que se sustente por si só e representa um momento estacionário no desenvolvimento emocional. As defesas organizadas contra a desintegração como o medo acabam por constranger o viver e limitar as possibilidades criativas, uma vez que “o indivíduo passa a carregar consigo o sentimento de um perigo inominável que é preciso evitar a qualquer custo” (DIAS, p.196). Entretanto, a ideia central relevante na desintegração, e defesas a ela vinculadas, é seu vínculo direto com as ansiedades pertencentes à integração. Dias (*Ibid.*) aponta que o medo da desintegração é um dos aspectos centrais das patologias psicóticas de tipo esquizofrênico. No entanto, é um medo que ganha outros contornos durante o amadurecimento emocional, como descreve Winnicott (1945d/2000, p. 231) a respeito do medo de desintegração no estágio do concernimento:

Neste ponto eu poderia mencionar o terror da desintegração como oposto à simples aceitação da não integração primária. Quando o indivíduo alcança o estágio do concernimento, ele não pode mais esquecer as consequências de seus impulsos ou das partes de seu eu, tais como a boca que morde, os olhos que apunhalam, os gritos que perfuram, a garganta que suga, etc. A desintegração implica numa rendição aos impulsos, que passam a agir sem controle. Posteriormente, isto provoca a ideia de impulsos igualmente descontrolados (pois estão dissociados) dirigidos contra o eu.

No contexto da linha temporal, é preciso contextualizar que as vivências instintuais²⁸ primitivas, dada a condição de imaturidade e não integração inicial do bebê, são tão externas a ele como as provenientes do ambiente. Neste contexto, na verdade, não há diferenciação entre o externo e o interno, portanto, mais uma condição que corrobora o entendimento de que o bebê não se reconhece como a fonte própria de tensões e impulsos instintuais. Somente através do cuidado da mãe suficientemente boa, estas tensões são transformadas em experiências totais que podem ser integradas. Caso contrário, continuam sendo sentidas como externas e, portanto, configuram-se em intrusões, “podendo, ainda,

²⁸ O conceito de instintualidade winnicotiano usado como referência nesta pesquisa encontra-se elaborado no livro de Dias (2003, p.174-190).

tornar-se perseguidoras, chegando a estabelecer uma disposição paranoide” (DIAS, 2003, p. 177). Gradativamente, num contexto de amadurecimento emocional, vai se consolidando no bebê o reconhecimento de que os impulsos instintuais e seus movimentos são pertencentes a si mesmo e não são ambientais, de forma que, posteriormente, já sob um *status* de unidade, tenha que dar conta do seu comportamento, preocupando-se com os efeitos destes sobre si e sobre a mãe. Nesta etapa do desenvolvimento, o bebê está mais amadurecido via realização das tarefas basais da dependência absoluta, cujas conquistas calçam o estabelecimento de uma nova etapa de relação com o ambiente, subsidiada por uma qualidade de dependência relativa.

II.2 O MEDO NA DEPENDÊNCIA RELATIVA

Neste tópico pretende-se desenvolver a perspectiva de Winnicott sobre os significados do medo na etapa conhecida como dependência relativa, considerando que nesta fase inaugura-se outra configuração nas relações entre o bebê e sua mãe e, por consequência, outras resoluções são evocadas no sentido da continuidade do processo do amadurecimento emocional.

Na saúde, o bebê chega neste estágio mais amadurecido emocionalmente tendo conquistado maior consistência em seu processo rumo à integração e provido de um repertório experiencial que já pode ser dito como próprio, embora ainda não por ele reconhecido como tal. Entretanto, a dependência do bebê da mãe, mesmo que dita relativa, ainda é característica das etapas iniciais do amadurecimento, de modo que a saúde emocional do bebê está ainda intimamente ligada ao padrão de cuidados da mãe, não estando descartados os perigos da psicose. Este estágio denominado de “dependência relativa” abrange a configuração da relação dual do par mãe-bebê que deve ultrapassar a formação fusionada da anterior dependência absoluta no que tange à matéria e qualidade dos cuidados maternos e às necessidades do bebê. A própria condição de dependência, outrora desconhecida do bebê, aos poucos vai sendo por ele reconhecida, o que traz implicações diretas em termos de ansiedade e recursos a serem utilizados à medida que se

coloca como necessária a sua capacidade de aguardar os cuidados e de “fazer saber ao ambiente quando necessita de atenção” (WINNICOTT, 1958j/2005a, p. 6).

Da mesma forma, outras tarefas se impõem nesta etapa do processo que deve culminar no estabelecimento de uma identidade unitária no bebê, uma personalidade integrada, mesmo que sempre se preserve a possibilidade de regressos à dependência anterior diante de algumas situações. A dependência relativa compreende o estágio de desilusão, desmame, o início das funções mentais, a transicionalidade, o estágio do uso do objeto e o estágio do EU SOU, as quais devem ser entendidas como tarefas a serem conquistadas.

Antes de focar a matéria específica que se pretende neste estudo sobre o medo, que se relaciona às ansiedades, faz-se necessário dar um panorama geral do que está acontecendo ao bebê em termos de amadurecimento emocional que permita entender o contexto e a envergadura das tarefas que estão nele implicadas.

Num contexto temporal, após um padrão de total adaptação por parte da mãe suficientemente boa na dependência absoluta, esta começa gradativamente a cometer falhas à medida tanto da retomada de seus próprios interesses nas outras coisas de sua vida, como das possibilidades maturacionais já adquiridas pelo bebê. Esta desadaptação é considerada ativa, uma vez que é necessária para que o bebê consiga desfusionar-se, separar-se da mãe e continuar o seu processo maturacional. Esta desadaptação promove a desilusão do bebê, ou seja uma quebra em sua ilusão onipotente de que o mundo é criado por ele. Inserido na rotina e sob um contexto de pequenas falhas, vai se formatando sua compreensão de que o mundo é independente. O desmame, como processo vinculado à desilusão, também reforça a orientação neste sentido.

Apesar da primeira forma desta compreensão não se dar de forma mental, paulatinamente os processos mentais também passam a se inscrever nas suas especificidades ajudando o bebê tanto a preencher estas lacunas da desadaptação como a entender, tolerar e prever a sucessão de movimentos pertencentes aos cuidados rotineiros que estão sendo realizados pela mãe. Então, num primeiro aspecto, esta função mental abarca a possibilidade de catalogar, categorizar e comparar o que está acontecendo em seu

entorno. Outro aspecto, no entanto, pode compreender o pensar como um substituto materno, “neste sentido a mente alia-se à mãe e a alivia de parte de suas funções” (WINNICOTT, 1958j/2005a, p. 9). A partir do funcionamento mental também se esclarece no bebê o quanto necessita de sua mãe, imprimindo, assim, a percepção em relação à sua condição de dependência.

O bebê pensa consigo mesmo (enquanto grita) que tem realmente razão em fazê-lo, porque os ruídos que escuta fora de cena indicam que algo está vindo que atenderá exatamente suas necessidades. Ele também tem suas lembranças. Pode gritar, mas não está aflito, porque manteve a esperança, sabendo (por reunir dois mais dois) que o alívio se acha à mão, o alívio quanto a uma necessidade premente e a um senso de ameaça de onipotência. Este desenvolvimento da compreensão que o bebê tem, do que está se passando, resulta da crescente habilidade da mãe em falhar no adaptar-se às necessidades do seu bebê. (WINNICOTT, 1989s[1965]/2005b, p.122)

No entanto, se a desadaptação materna for rápida demais, configura-se uma situação na qual o bebê acaba dando conta mentalmente da situação através do uso exacerbado de sua compreensão como substituto aos cuidados e adaptação materna. Neste caso, o bebê passa a tomar conta de si mesmo, de forma a encobrir a privação materna.

Enquanto o pensar é um aspecto da imaginação criativa do indivíduo, ele pode tornar-se explorado na economia individual, em defesa contra a ansiedade arcaica e contra o caos, e contra tendências desintegradoras ou lembranças de colapso desintegrador relacionado com a privação. (WINNICOTT, 1989s[1965]/2005b, p.123)

Por sua vez, a transicionalidade conjuga o entendimento particular que Winnicott dá à continuidade do sentimento de ilusão iniciado na primeira mamada teórica, a partir do qual foi gradativamente construído o mundo subjetivo. Nesta fase inicial viu-se que, sob a tutela da mãe que também apresentou o mundo em pequenas doses, o bebê iniciou o relacionamento com o mundo de forma tal que acredita ser seu criador. Em relevo está o aspecto criativo e não submisso com o qual se iniciou esta primeira relação com o mundo, dotando de um significado real as muitas experiências espontâneas que o bebê teve. É certo que a desadaptação materna promove a transformação na qualidade onipotente

desta ilusão, no entanto na saúde os sentimentos de criatividade e espontaneidade não são perdidos inscrevendo-se num *continuum* dos fenômenos transicionais do bebê, do brincar das crianças e das experiências culturais dos jovens e adultos. Estes fenômenos transicionais posicionam-se como fenômenos intermediários entre o mundo subjetivamente concebido e a realidade objetivamente percebida, realidade esta que chega a partir do momento que o bebê integrado e separado se dá conta de um mundo anterior e independente dele. Estes fenômenos e objetos podem ser vistos quando o bebê está “chupando os dedos ou adotando uma técnica de mexer o rosto ou murmurando um som ou agarrando um pano” (WINNICOTT, 1988/1990, p.126). A experiência transicional começa com o próprio bebê ainda sendo o objeto, assim estendendo a ilusão de onipotência no exercício do controle mágico. Mais tarde, a adoção de um objeto transicional e a manipulação desta sua primeira posse por si só demonstra que algo do mundo externo está participando na possibilidade experiencial do bebê, configurando-se numa paulatina limitação do controle mágico do mundo subjetivo. Neste sentido, está criado um espaço potencial, um mundo cuja realidade transitória é formada com parte do mundo subjetivo e parte da realidade e a partir da qual se relaciona com o objeto.

No entanto, no sentido do amadurecimento emocional, é a etapa do uso do objeto (*use of an object*) que se configura num divisor de águas no que tange à transformação da qualidade da natureza do objeto, seja esta “uma mudança no sentido de realidade desse objeto o que implica a criação de um outro mundo que não o subjetivo ou o espaço potencial” (DIAS, 2003, p. 244). Isto significa que para usar o objeto é preciso, primeiramente, que o bebê compreenda que o objeto em si mesmo é externo, separado e independente, e, portanto, fora de seu controle onipotente. Daí a necessidade de expulsão do objeto do mundo subjetivo do bebê que se faz via destruição (*destruction*), sendo que “a destruição desempenha o seu papel na construção da realidade, situando o objeto fora do self” (WINNICOTT, 1969i[1968]/2005b, p.175).

É importante notar que não se trata apenas do sujeito destruir o objeto porque este está situado fora da área de controle onipotente. É igualmente importante enunciar isto ao contrário e dizer que é a destruição do objeto que o situa fora da área de controle onipotente do sujeito. Destas

maneiras, o objeto desenvolve sua própria autonomia e vida, e (se sobrevive) contribui para o sujeito, de acordo com suas próprias propriedades. (WINNICOTT, 1969i[1968]/2005b, p.174)

Entretanto, não se trata de uma destruição de caráter instintual, muito embora venha misturada com os impulsos da instintualidade primitiva ainda neste momento não integrada. Da mesma forma, não se pode atribuir a esta destrutividade um significado de frustração, raiva, ciúme ou qualquer que seja o valor instintual. Trata-se de um impulso real de destruir (cf. DIAS, p. 247) que, ao ser experimentado, provê o sentido de externalidade. Contudo, esta experiência precisa da contrapartida do objeto no sentido de que este sobreviva. Sobreviver, neste caso, reveste-se do significado da permanência na atitude igual, sem retaliar, sem se modificar em sua qualidade e, assim, permanecendo confiável. Somente após a sobrevivência do objeto é que se configura a possibilidade do uso do objeto. Caso contrário, a experiência fica perdida, como Winnicott (1989n[1970]/2005b, p. 221) exemplifica na análise de duas situações distintas:

Um: um bebê dá um chute no seio da mãe. Ela fica satisfeita por seu bebê estar vivo e dando pontapés, embora talvez doa e ela não se permita ser machucada por brincadeira. Dois: um bebê chuta o seio da mãe, mas esta mãe tem a ideia fixa de que golpes no seio causam câncer. Ela reage, porque não aprova o pontapé e isto sobrepõe-se ao que quer que o chute possa significar para o bebê. A criança defrontou-se com uma atitude moralista e dar pontapés não pode ser explorado como maneira de situar o mundo ao qual ele pertence, que é o lado de fora. E agora é impossível para o menino ou menina sentirem-se preocupados, porque o código moral da mãe ergueu-se como um bloqueio ao crescimento natural no bebê de um senso de certo e errado, e de culpa e pesar.

Esta perspectiva foi desenvolvida por Winnicott em seu artigo “O uso de um objeto”, lido perante a Sociedade Psicanalítica de Nova Iorque, em 12 de novembro de 1968, cujo teor colocou em cheque as raízes da agressão assim como eram compreendidas pela psicanálise tradicional. Até então, à agressão era atribuído um caráter pulsional instintual, vinculado como reação do indivíduo diante das frustrações impingidas no confronto com a realidade. A apreensão de Winnicott fundamenta uma destrutividade que, para além das qualidades já descritas acima, possui um propósito construtivo no sentido de

possibilita a discriminação entre fato e fantasia, uma vez que o objeto, por ser expelido do mundo subjetivo, passa a ser considerado pelas suas qualidades inerentes e não pelas projeções que nele são depositadas. As afirmações de Winnicott acabam por criar um debate acirrado dentro da Sociedade Psicanalítica, a ponto de o autor sentir-se impingido a esclarecer algumas de suas colocações, fazendo-o no artigo de 05 de Dezembro de 1968 “Comentários sobre meu artigo ‘O uso de um objeto’”, no qual responde às indagações a respeito da destrutividade. Sob um viés bastante filosófico, ele faz uma analogia: “para chegar rapidamente à ideia que tenho em mente poder-se-ia usar com proveito a ideia do fogo que sai da boca do dragão. Cito Plínio, que (prestando tributo ao fogo) indaga: ‘quem pode dizer se, em essência, o fogo é construtivo ou destrutivo?’” (WINNICOTT, 1969i[1968]/2005b, p.185). O que está em questão é seu entendimento de que neste estágio ainda inicial a destrutividade carrega em si a qualidade viva destrutiva, que nada mais é que um sintoma de estar vivo, que nada tem a ver com raiva ou frustração. “Esta premência destrutiva muito inicial, portanto, tem uma função positiva vital (quando, pela sobrevivência do objeto, ela funciona), a saber, a objetivização do objeto (o analista na transferência).” (*Ibid.*, p.186)

A tarefa da mãe nesta etapa se relaciona à capacidade de sobreviver a estes ataques destrutivos primitivos de seu bebê. A não sobrevivência, por sua vez, pode ter efeitos inibitórios na agressividade da criança, uma vez que é este padrão de reação por parte dela que dota de sentido destrutivo os impulsos do bebê. Dito de outro modo, a destruição está vinculada à labilidade daquele ao qual o movimento impulsivo se direciona, a mãe, portanto, não dizendo respeito ao propósito dos impulsos que partem do bebê. A recepção materna qualifica o bebê como deve entender seus próprios impulsos.

No outro extremo, o bebê que encontra um padrão de reação ou retaliação ambiental progride de maneira inteiramente diferente. Este bebê acha que a reação partida do meio ambiente é a realidade do que deveria ser o seu próprio impulso provocativo (ou agressivo, ou destrutivo). Este tipo de bebê nunca pode experienciar, possuir ou ser movido por esta raiz pessoal para a agressão ou a fantasia destrutiva, e, portanto, nunca pode convertê-la na destruição da fantasia inconsciente do objeto libidinizado. (WINNICOTT, 1969i[1968]/2005b, p.190)

Para ilustrar seu pensamento, Winnicott traz o caso de um paciente de 50 anos extremamente não agressivo, mas fato que não o incomodava. Os sintomas dos quais se queixava eram a falta de criatividade e compulsões imprevisíveis que assumiam a forma de blasfêmia: “é como se tivesse de pensar em algo que é sagrado ou santo ou puro, e cuspir sobre algo ou sujá-lo. Ele é muitíssimo uma vítima da fobia do pecado contra o Espírito Santo” (WINNICOTT, 2005b, p. 183). Em sua história pessoal foi resgatado um padrão ambiental no qual o pai era fraco e a mãe forte, situação que lhe impôs, desde a mais inicial infância, o impasse a respeito do controle de sua agressão. A fúria da mãe é que era usada para o exercício deste controle, mas ao fazê-lo ficava sem a possibilidade de usar a mãe como refúgio. Na terapia “tem muita tendência a entender mal as interpretações e a reconstruir o que foi dito em termos de um convite no sentido da agressão real” (*Ibid.*), e o ser agressivo é tudo que não quer tornar-se. Winnicott traz uma sessão completa na qual o paciente volta a este ponto, fazendo uma citação de Blake – “Temo a fúria de meu vento” (*Ibid.*) –, continuando a debater o fato de que Blake tinha todos os medos primitivos de agressão contra a figura da mãe.

Ali estava Blake ou um homem semelhante a Blake. Há duas alternativas. Uma é que ele nunca solta gases e, portanto, retém a crença de que seu vento é infinitamente poderoso e destrutivo, ou seja, produtor de um meio ambiente retaliatório. A alternativa, este homem do tipo de Blake, não podia atingir. Não podia soltar gases, assumindo os riscos nisso envolvidos e, talvez, descobrindo que o mundo e as pessoas imediatas que o rodeavam não se haviam alterado. Meu paciente encontra-se nesta posição em que sempre protege a mãe, por ter de preservá-la a fim de poder ter qualquer descanso ou relaxamento. Dessa maneira não tem conhecimento de que a mãe poderia sobreviver a seu ato impulsivo. Um pai forte capacita a criança a correr o risco, ao se pôr no caminho ou se achar lá para corrigir as coisas ou impedi-las através de sua fúria. O resultado em meu paciente, como é costumeiro nestes casos, foi que ele teve de adotar o autocontrole dos impulsos em uma etapa muito inicial, antes de estar preparado para fazê-lo com base em uma figura paterna introjetada. Isto significa que tornou-se inibido, e esta inibição teve de ser de toda espontaneidade e impulso, no caso de alguma partícula do impulso poder ser destrutiva. A inibição maciça necessariamente envolveu o seu gesto criativo, de maneira que ele ficou inibido, não- agressivo e não- criativo. (*Ibid.*)

Neste caso, interpreta Winnicott, as blasfêmias se arvoram em tentativas de evocar um pai substituto, o Deus todo poderoso, um pai furioso que, enquanto tal, pudesse exercer o papel de controle da agressividade. No entanto, como diz, estas tentativas são “canhestras” na provocação de um Deus vingador sob o contexto do homem moderno agnóstico e, ademais, não podem alterar o fato de que seu pai era o membro fraco do casal.

Este caso é tão mais ilustrativo quanto introduz a questão das ansiedades que estão envolvidas neste contexto de separação mãe-bebê. As ansiedades envolvem o reconhecimento de que a integração aponta o sentimento de unidade e, por isto mesmo, o indivíduo, que antes só existia aos olhos do observador externo, passa a existir com uma membrana limitante, o que é NÃO-EU é externo e passa a ser repudiado. Depois da integração, a criança atinge o *status* unitário com pronome pessoal EU ao qual pertence “um dentro” que pode reunir suas experiências, edificando uma configuração pessoal. Antes da integração, para o bebê, o mundo externo não está diferenciado. Após a integração, o mundo se impõe como um NÃO-EU. “Minha opinião é de que o momento do EU SOU seja um momento cru: o novo indivíduo sente-se infinitamente exposto. Esse momento só pode ser suportado – ou, talvez arriscado – quando há alguém envolvendo a criança com seus braços.” (WINNICOTT, 1965s/2005a, p. 216)

Na linha temporal do desenvolvimento emocional, a integração no EU é seguida de um EU SOU que, por sua vez, dá sentido ao posterior sentimento a conquistar de EU FAÇO. Mas em toda esta linha potencial de desenvolvimento emocional anuncia-se a necessidade de cobertura dos cuidados maternos, especificamente neste momento inicial do EU, como suporte à emergência das ansiedades paranoides inerentes à diferenciação do mundo em EU e os possíveis ataques do repudiado NÃO-EU. Em termos de configuração, no início se tem o par fusionado mãe-bebê, no qual preside a união de parte com parte. A conquista da integração pressupõe que o bebê precise ser capaz de perder a segurança proporcionada por esta fusão e passe a perceber a mãe e todos os outros objetos como NÃO-EU. Nas palavras de Winnicott (1984h[1968]/2005d, p. 43): “se eu sou, então o caso é que consegui agrupar isto e aquilo e reivindiquei que isto sou eu, e que repudiei todo o

resto; ao repudiar o não-eu, insultei o mundo, por assim dizer, e posso aguardar um ataque.”

No que tange à relação objetal, no estágio anterior, o bebê, por não ter consciência da mãe, relaciona-se com objeto de forma parcial. É a gradual integração que possibilita o reconhecimento de que o seio, o ambiente e os cuidados maternos se integrem numa figura inteira da mãe.

Nesta gradual conquista de integração também estão em pauta os exercícios de agressividade inata que movimentam o bebê que ocupam posição de destaque na possibilidade de expulsão do objeto do mundo subjetivo e na separação. A motilidade inicial de caráter inerente ao bebê, com seus pontapés e pancadas, constituem-se em exercícios de prazer muscular cuja experiência é enriquecida pelo dar de encontro com algo. Carente de qualquer substância intencional e foco inicial, estes impulsos de agressividade formatam as primeiras experiências de exploração que, ao longo do tempo, ajudam na distinção entre o EU e o NÃO-EU. Por outro lado, à medida que ganham substância em termos de direcionamento, manifestando-se como, por exemplo, expressões de raiva, acabam também substanciando o conteúdo das ansiedades paranoides. Para entender a magnitude das questões envolvidas na conquista desta distinção EU e NÃO-EU, pode-se lançar mão da compreensão sobre o que ocorre no par na situação recorrente da mamada. A voracidade é um termo representativo da ideia fusional entre agressão e amor. Pode-se falar de uma voracidade teórica no estágio inicial, que pode ser dolorosa e perigosa, no entanto, só o é por acaso, uma vez que o bebê não tem intencionalidade outra que buscar a satisfação de suas necessidades. Contudo, ao longo do tempo, a mamada também vira uma situação de exercício e de experiências enriquecidas pelo dar e receber entre o par. Em termos do desenvolvimento emocional, o bebê, incompadecido²⁹ do primeiro estágio, dá vazão aos seus movimentos excitados e necessidades sem se preocupar. Na gradual integração, a distinção entre o EU e o NÃO-EU é envolvida em ansiedades paranoides subsidiadas por um rudimentar medo de retaliação, que promove a

²⁹ Esta denominação encerra precisamente a ideia de que o bebê, nesta etapa, ainda não “considera importante o fato de que o que ele destrói quando excitado é a mesma coisa que ele valoriza nos calmos intervalos entre as excitações” (WINNICOTT, 1958b/2000, p. 290).

possibilidade do bebê ir adiante na conquista da capacidade de se preocupar com o objeto amado. Esta capacidade provê a proteção dos objetos amados da explosão desmedida do amor primordial implacável na satisfação dos instintos. O estágio implacável dá lugar ao estágio da preocupação.

A respeito da disposição paranoide envolvida na integração, é da ordem da normalidade que a integração traga consigo a expectativa do ataque e que esta disposição seja temporária, porquanto se conte com a adaptação materna na proteção do bebê em relação ao mundo externo. Entretanto, na patologia, ou seja, quando este estado ocorre tardiamente ao desenvolvimento normal, o que se pode observar é justamente a relação inversa. A expectativa de ataque provoca um ataque defensivo que na verdade exerce a função de integrador. Assim, o padrão paranoide se constitui como defesa ao mesmo tempo que possibilita a integração, a reunião num EU só como hostilidade ao NÃO-EU.

SER implica em uma atitude para com aquilo que é NÃO-EU. Poder-se-ia dizer que o momento de SOU é imediatamente seguido por uma expectativa de invasão ou intrusão que produz reação, ou, em outras palavras, de uma destruição do estado de SOU. Essenciais ao estado de SOU são os processos inatos do indivíduo e a continuidade desses processos no tempo, e a reação à invasão ou choque rompe a continuidade do ser. Um fracasso ambiental no momento crítico traz ameaça de desintegração, e um novo padrão defensivo situa-se ao longo da linha de reação à invasão ou choque, o qual é a base da personalidade paranoide. (A perseguição real, repetida, constitui parte essencial desta defesa inconfortável). (WINNICOTT, 1989xd[1954]/2005b, p. 332)

O medo da retaliação, portanto, passa a dominar a cena a partir da aquisição, por parte do bebê, do sentimento que existe um EU que poderá ser independente da mãe. Neste ponto do desenvolvimento emocional se funda o princípio da percepção do bebê sobre sua condição de dependente que, por sua vez, o impulsiona no sentido da conquista da independência.

De volta ao âmbito do desenvolvimento emocional do indivíduo, o bebê excitado se vê envolto por impulsos agressivos que se manifestam entre pontapés, gritos e desejos de morder, assim, imediatamente o mundo parece estar repleto de bocas mordentes,

dentos, garras e todo tipo de ameaças. O papel protetor da mãe é imprescindível e duplo em sua função de encobrir os medos do bebê, medos estes de si mesmo e do mundo. Os cuidados maternos envolvidos na adaptação a esta situação se constituem basicamente em aceitar, não se perturbar e não retaliar essas manifestações impulsivas. É a tarefa de sobrevivência da mãe. A mãe mágica vai se transmutando num ser que compreende e que reage aos impulsos. A atitude consistente e a confiabilidade geral da mãe diluem os medos de retaliação mágicos e consolidam os sentimentos de segurança do bebê. Portanto, por um lado, a função da mãe é proteger o bebê do inesperado, de um mundo que não é conhecido e de uma série de situações intrusivas; por outro, a função também é proteger a criança de seus próprios impulsos e dos efeitos que estes possam produzir. Numa criança, o sentido de segurança abarca estes dois lados, calçando a possibilidade de cada vez mais experimentar e se movimentar com liberdade.

Ao longo deste processo e de forma gradativa, constituiu-se no bebê o reconhecimento de que é a fonte de seus próprios impulsos. Deriva desta condição a preocupação incipiente de como manejá-los. No entanto, esta capacidade de controle não é algo do inato. Desta forma, assim como são incipientes os impulsos, assim são os métodos iniciais imperfeitos e extremos, “e a criança muitas vezes tem de ser salva da operação excessivamente bem sucedida dos mecanismos de controle” (WINNICOTT, 1996[1936]/2005c, p. 86).

Por exemplo, um bebê de 9 meses pode ficar apavorado com seu impulso de morder, na verdade de comer a sua mãe, e é comum que ele próprio se desmame, ou inclusive recuse todas as mamadeiras, especialmente se alguma frustração externa real, como o desmame, uma mudança de cuidadora ou tentativas novas e especiais de treinar hábitos de higiene coincide com sua crise de medo. (*Ibid.*)

Neste ponto, na saúde, após ter conquistado todas as posições associadas às tarefas da dependência relativa, o bebê está no rumo de sua independência relativa, que se inicia com o estágio do concernimento.

II.3 O MEDO NO ESTÁGIO DO CONCERNIMENTO

Neste item se pretende desenvolver o entendimento de Winnicott sobre o medo na etapa compreendida como estágio do concernimento, considerando que neste contexto o bebê, tendo conquistado o sentido de uma unidade identitária, tem como tarefa continuar a manejar sua recém-integrada agressividade em impulsos instintivos de forma a considerar seus efeitos sobre a mãe, aquela que ama e quem dele cuida, e também sobre os efeitos destes impulsos sobre si mesmo.

Na linha do desenvolvimento emocional, subjaz o particular entendimento do autor de que a agressividade se caracteriza como um fenômeno que não é isolado. Assim, todo e qualquer problema desta ordem que é identificado se refere ao que ocorre no âmbito relacional. Mais precisamente, os problemas da agressividade são referentes à repressão ou negação de sua existência. Na linha temporal, a agressividade, no início, é uma potência inata, que se expressa na motilidade caracteristicamente sem propósito. A partir daí seu desenvolvimento se refere ao que está acontecendo inter-relacionalmente no par mãe-bebê. Na saúde, integra-se fazendo parte do amor, assim participando da vida instintiva do bebê como força motriz de seus comportamentos propositais direcionados primeiramente à mãe. Na doença, pelo contrário, a grande parte não fusionada sobra reverberando em atos agressivos e sem nenhuma intencionalidade, que são reconhecidos nas compulsões. Na continuidade deste processo, o bebê está amadurecido via retroalimentação de seu repertório de experiências físicas e não físicas, a ponto de perceber seus próprios movimentos tanto quanto reconhecer a personalidade de sua mãe. Este é o cenário condicional para que o bebê dê os primeiros passos no que vai fundamentar sua forma pessoal de se inter-relacionar no mundo e consigo mesmo. Neste primeiro ato, isto se dará exclusivamente nesta relação dual com a mãe, mais tarde num triângulo e assim por diante em esferas cada vez mais sociais, família, escola, etc.

A destruição torna-se uma responsabilidade do ego, quando este já está integrado e organizado a ponto de existir a raiva e, conseqüentemente, o temor à retaliação. Quanto mais cedo detectarmos a presença de raiva e medo, poderemos reconhecer também a presença daqueles dois desenvolvimentos do ego antes dos quais não faz sentido

falamos de sentimentos de raiva no indivíduo. (WINNICOTT, 1958b/2000, p. 296)

As ansiedades da criança nesta fase adquirem uma maior complexidade e são chamadas de ansiedades depressivas. Estas envolvem preocupações com os efeitos sobre a mãe de seus impulsos destrutivos que são a matéria-prima da culpa. Mas também envolvem preocupações com os efeitos sobre si das experiências de excitação e aquelas motivadas pelo ódio ou raiva, que são as ansiedades hipocondríacas e paranoides. Assim, a criança está diante de um conflito:

A satisfação do impulso faz com que ela se sinta bem, e isto cria e sustenta sua confiança em si própria e no que ela poderá esperar da vida. Ao mesmo tempo ela terá de reconhecer os seus ataques de cólera, ao fim dos quais ela se sente repleta de coisas ruins ou malignas persecutórias. Essas coisas ou forças más, encontrando-se dentro dela, criam uma ameaça a partir do interior à sua pessoa e também às coisas boas que formam a base de sua confiança na vida. (WINNICOTT, 1958b/2000, p. 292)

A condição de dependência passa à de relacionamento com a mãe, e isto só é possível agora quando esta já se configurou como uma pessoa externa e porque o bebê já distingue o que é fato de fantasia. Desta condição deriva diretamente a necessidade e possibilidade de assumir responsabilidades diante de seus próprios impulsos e sentimentos destrutivos. “A sua administração do mundo externo dependerá da administração do mundo interno”, diz Winnicott (1958b/2000, p. 292). A possibilidade de fazer reparações arregimenta-se como solução a este impasse, caso contrário a criança poderia sucumbir com o peso da culpa e do medo de que seus movimentos ou mesmo suas ideias destrutivas fossem aquelas que pudessem destruir o objeto amado. A liberdade para sentir e experimentar o amor instintivo se faz possível à medida que na relação entre a mãe e o bebê se repita inúmeras vezes o ciclo machucar-curar, gradualmente estabelecendo a confiança do bebê na possibilidade de construção. O círculo benigno tem a seguinte configuração:

Um relacionamento entre o bebê e sua mãe complicado pela experiência instintiva. Um tênue vislumbre das consequências (buraco). Uma elaboração interna, com uma triagem dos resultados da experiência.

Uma capacidade de dar, devida à separação entre o bom e o ruim internos. Reparação. (WINNICOTT, 1955e[1954]/2000, p.365)

Se o ciclo benigno, formado pelas experiências de reparação e restituição, for rompido por falhas ambientais ou pela primazia de conteúdos destrutivos e maus no mundo interno do bebê, várias serão as consequências, dentre elas: inibição da capacidade de amar ou do instinto, dissociação da pessoa entre os estados excitados e tranquilos, não possibilidade de alcançar um sentimento de tranquilidade e consequente perda da capacidade de brincar (trabalhar) construtivamente. De acordo com Winnicott (1958b/2000, p. 291):

Na saúde é possível à criança dar conta da culpa, e com a ajuda de uma mãe viva e atenta (que incorpora um fator temporal) torna-se capaz de descobrir um anseio pessoal por dar, construir e reparar. Assim, uma boa parte da agressividade transforma-se em funções sociais, e é desta forma que ela se manifesta. Ao sentir-se abandonada (quando não há quem aceite uma oferenda ou reconheça uma tentativa de reparação), essa transformação quebra e a agressividade reaparece.

A partir da integração se constitui um EU com conteúdo interno construído com base no repertório adquirido através das experiências e fantasias associadas a elas. Em constante processo de rearranjo, este mundo interno é composto, grosso modo, por conteúdos maus ou sentidos como tal, advindos de experiências instintivas insatisfatórias, e conteúdos bons provenientes de experiências satisfatórias. Os elementos do mundo interno, se sentidos como bons, são apoiadores do EU, enquanto que os maus são sentidos como persecutórios. Estes elementos mesclam-se no mundo interno até atingirem um equilíbrio associado com o estabelecimento de controle via eliminação dos conteúdos. Aqui se está falando tanto de uma eliminação fisiológica pelos processos digestivos como pela elaboração imaginativa das funções corporais. Sob esta perspectiva, Winnicott estabelece associações diretas com sintomas fisiológicos, tais como a diarreia. Para ele:

A experiência com crianças e adultos mostra que se trata amiúde de um processo que acompanha um medo inconsciente a alguma coisa definida, coisa que se encontra dentro e que irá causar danos ao indivíduo, caso seja mantido dentro. O indivíduo pode saber de seu temor aos

impulsos, mas isto, ainda que verdadeiro, é apenas parte da história, porque é verdade também que ele teme inconscientemente certas coisas ruins que existem em algum lugar à sua espera. “Algum lugar” significa tanto dentro quanto fora dele – em geral, simultaneamente dentro e fora. Obviamente, tais fantasias podem, em certos casos e em certa medida, ser conscientes, dando colorido às descrições que o hipocondríaco faz de suas dores e sensações. (WINNICOTT, 1941b/2000, p. 123)

Este entendimento se baseia na ideia central de que o bebê, desde muito cedo, produz fantasias a respeito de suas experiências. Estas certamente não estão ainda ligadas à representação verbal, mas têm conteúdo e são emocionalmente ricas. Elas inauguram a vida fantasiosa posterior. Entretanto, a subjetividade carrega em si o poder mágico da criação não atrelado à realidade. Seus conteúdos destrutivos, portanto, são poderosos. Pode-se retomar, neste ponto, a experiência padrão realizada por Winnicott do bebê com a espátula. Como estudado anteriormente a fase 1 compreende o período de hesitação da criança em pegar na espátula. Os efeitos da ansiedade são expressos como ilustra Winnicott com o caso da bebê de sete meses que, na situação-padrão, teve dois ataques de asma concomitantes às duas hesitações em pegar a espátula:

No meu caso especial, apresentado para ilustrar as implicações da técnica, o controle incide inclusive sobre os brônquios. Seria interessante discutir a importância relativa do controle dos brônquios enquanto órgãos (o deslocamento do controle, digamos bexiga) e da expiração ou da respiração, que seria expelida na ausência do controle. A expiração pode ser sentida pelo bebê como algo maligno, se houver sido associada a uma ideia perigosa – por exemplo, à ideia de pegar algo lá dentro. Para o bebê, tão próximo ao corpo da mãe e aos conteúdos do seio, que ele concretamente pega, a ideia de pegar algo lá dentro não é de nenhum modo impossível, e o medo de pegar algo de dentro do corpo da mãe poderia facilmente associar-se, na sua mente, à ideia de não respirar. (WINNICOTT, 1941b/2000, p.124)

Nesta situação, o pegar na espátula e as hesitações anormais nesta movimentação estão vinculadas aos conflitos ou à existência “na mente da criança de uma fantasia paralela à memória que outro bebê tem de sua mãe realmente proibidora” (WINNICOTT, 1941b/2000, p.121). Na segunda etapa da situação, o bebê brinca com a espátula, sentindo-se possuidor dela, podendo dominá-la, usá-la a seu bel-prazer como

extensão de sua personalidade. As observações a respeito desta etapa dão indícios desta capacidade. A terceira etapa corresponde em deixar a espátula cair, pegar novamente e deixar cair novamente e assim sucessivamente até que perca o interesse ou mude de brincadeira. Esta etapa é compreendida por Winnicott como relacionada ao medo de perder a mãe enquanto posse interna valiosa, uma vez que, diante do afastamento da mãe, a criança está tendo que se haver não somente com a perda real concreta, mas com a perda, na mente, desta mãe que, ainda parte do mundo interno e externo, é tão essencial à sua vida. Então, o bebê que joga a espátula para longe,

não está apenas livrando-se de uma mãe externa e interna que acirrou sua agressividade e está sendo expelida, mas que pode ser trazida de volta: em minha opinião, o bebê está ao mesmo tempo externalizando uma mãe interna cuja perda teme, a fim de demonstrar a si mesmo que essa mãe interna, agora representada pelo brinquedo no chão, não desapareceu de seu mundo interno, não foi destruída pelo ato de incorporação, continua amiga e ainda quer brincar. Desta forma, a criança realiza uma revisão em seus relacionamentos com pessoas e coisas tanto interna quanto externamente. (WINNICOTT, 1941b/2000, p.131)

Assim, começar, a partir da integração e sustentação da mãe, a distinguir os fatos e fantasias é imperativo para a possibilidade de encontrar um equilíbrio e não sucumbir à força do fantasioso. Para a eliminação dos elementos sentidos como ruins, a criança pode usar recursos como dar pontapés, cuspir, emitir gases, etc., nos quais se observa a convergência como atos físicos dramáticos de expulsão deste conteúdo. No entanto, mais radicalmente, pode haver tentativas de suicídio na mais tenra infância. Neste sentido, a criança não quer se matar propriamente, inclusive pode acreditar que depois vai viver limpa tendo eliminado os elementos ruins de si mesma. Infelizmente, na realidade isto não é o que ocorre.

Muito dos casos clínicos de Winnicott se referem à temática dos efeitos psicossomáticos da fantasia destrutiva e na tentativa de sua eliminação. Em um desses casos, Winnicott se vê diante da impossibilidade de diagnosticar as causas fisiológicas de uma dor de barriga recorrente em um menino de um ano e meio. Em sua história, quando o pai marinheiro se ausentava, o menino sofria o recrudescimento dos sintomas. Quando

voltava, a criança ficava mais tranquila, mas mesmo assim com sintomas. Quando novamente se ausentou, a criança teve dores fortes, o que fez com que a mãe atenta pedisse que o pai voltasse. A ansiedade envolvida no caso dizia respeito ao fato do menino, a despeito de estabelecer um bom pai interno, temer que a mãe má e invejosa pudesse separá-lo dele. Em função da doença, o menino consegue testar o amor e cuidado real materno. No entanto, a nova partida do pai lança novamente a hipótese fantasiosa de que este estaria morto e talvez pela mãe. O retorno do pai, a pedido da mãe, proveu o reasseguramento necessário ao menino. O fato de que as fantasias de morte do pai não se concretizaram na realidade possibilitou o começo da distinção entre o real e os sentimentos de ameaça e desastre que experimentava. Se o pai realmente tivesse morrido, estabelecer-se-ia uma situação muito ruim na qual o menino, por medo de deixar seu mundo interno criar vida, teria de adotar mecanismos de controle rígidos sobre ele, como através de delírios de perseguição ou depressão. (cf. WINNICOTT, 1996[1936]/2005c, p.77-78)

Em outro caso, no entanto, Winnicott traz um exemplo ilustrando os efeitos de quando ocorre a coincidência entre uma crise emocional e suas fantasias com a realidade:

Quando Joan estava com 4 anos, ela começou a ter medo de entrar em carros. Ela sonhava com corridas de carro e, em seus sonhos, o pai morria. Isso não era muito incomum, e acho que tudo ficaria bem se ela não tivesse se envolvido num acidente. Ela havia tentado fazer com que o pai não entrasse no carro, mas seus medos foram ignorados (muito naturalmente) e ela foi com a família para um piquenique. No caminho, houve uma colisão. Ela viu o pai deitado na estrada e correu para ele e o chutou com força dizendo “Acorde! Acorde!” Mas, infelizmente, ele estava morto. (WINNICOTT, 1996[1936]/2005c, p. 82)

A coincidência entre fantasia e realidade provocou a perda de qualquer vivacidade na menina que se sentia responsável pela morte do pai. Sua energia passou a ser drenada pela tentativa de controlar o mundo externo e seu mundo interno de fantasia. A perda da vivacidade é o resultado deste estabelecimento rígido de controle. Este caso reitera a colocação de que quando uma criança estiver em momentos de crise emocional, tendo ataques de terrores noturnos ou de cólera, certamente estes não são os melhores momentos para que haja quaisquer tipos de mudanças no lar (troca de babás, separação dos pais,

mudança de casa, etc.), para que estes fatos não venham a ser entendidos como desastres por ela provocados.

Neste ponto é preciso considerar que o mundo interno começa a operar entre o bebê e a mãe. As ansiedades e medos infantis relacionados com a expectativa de aprovação e desaprovação materna estão associadas às fantasias que tem ou não ligação com um fato ocorrido, demonstrando, neste ponto, que doravante o que ocorrer com o bebê também é operado pelo seu mundo interno. Neste sentido, resgata-se que a conquista da integração marca o ingresso da criança numa relação com a mãe de dependência relativa. Na facilitação do desenvolvimento emocional, a mãe tem como tarefa a desadaptação adaptativa. A sobrevivência aos possíveis ataques destrutivos, e, depois, o recebimento de seus atos reparatórios, provê a gradual construção, por parte da criança, da tolerância às ansiedades em relação aos próprios elementos destrutivos. Esta tolerância é chamada “senso de culpa”. Entretanto, neste estágio de desenvolvimento emocional, nem tudo depende da mãe, pois o mundo interno do bebê, com seu repertório próprio advindo das experiências anteriores, também é parte responsável na dinâmica do relacionamento interpessoal. O mundo interno já aponta o que há de mais pessoal do bebê. Nesta fase, então, o bebê está às voltas com o lidar com os fenômenos internos sentidos como maus. A necessidade de controlá-los é imperativa sob pena de se tornarem um grande empecilho na qualidade e segurança em se relacionar com os objetos amados e o mundo. Assim Winnicott (1977/1987, p. 99) resume esta situação:

[...] quando as forças cruéis ou destrutivas ameaçam dominar as forças do amor, o indivíduo tem de fazer alguma coisa para salvar-se, e uma das coisas que ele faz é por para fora o seu íntimo, dramatizar exteriormente o mundo interior, representar ele próprio o papel destrutivo e provocar seu controle por uma autoridade externa. O controle pode ser estabelecido, desse modo, na fantasia dramatizada, sem sufocação séria dos instintos, ao passo que o controle interno necessitaria ser geralmente aplicado e resultaria num estado de coisas conhecido clinicamente como depressão.

Retomando, então, as questões fisiológicas, a barriga, entre outras regiões do corpo, é depositária principal da ideia nascente de que existe um mundo interno na criança. Assim, quando se fala do estágio pós-integração num EU e na entrada do estágio de

concernimento, está-se falando a respeito das capacidades de elaboração, digestão e excreção de tudo que entra. A ingestão e a excreção guardam uma grande ligação.

A continência urinária, entre outras, é uma parte essencial da relação da criança com os pais. Muitos são os aspectos envolvidos e muitas são as forças operantes por trás do molhar a cama na enurese. Esta é uma forma que a criança encontra para expressar emoções de ódio, amor e reparação, como também podem estar envolvidas tentativas de colocar o mau para fora. Pode estar relacionada à depressão latente ou mesmo se constituir em tentativa de preencher um buraco que é resultado da fantasia de ter esvaziado a mãe. De qualquer forma, fica evidente sua relação com ansiedades relacionadas à fantasia sobre a figura dos pais reais ou internos. Assim como outros processos corporais, a enurese está envolvida em experiências sensuais englobando excitação, satisfação, prazer, gratificação, raiva pela frustração, etc. Considerando-se a satisfação e prazer envolvidos, as experiências corporais constituem-se em uma espécie de manejo do medo, significando a bondade no mundo e a internalização de pessoas boas dentro de si. Assim, mesmo numa análise de uma criança considerada segura, pode ocorrer uma enurese temporária, como evidência de que o sentimento geral de culpa está se tornando menos esmagador. Nesta perspectiva, contrariamente ao sentido comum de fracasso no estabelecimento de controle esfínteriano como problema, a enurese é um sinal de melhora, de desenvolvimento emocional. O treino do controle, portanto, pode se arvorar em um perigo real, por transformar o amor em ódio dentro do bebê antes da estabilização de sua crença em objetos bons via satisfação primitiva. A recepção e apreciação da mãe pelo produto excretado do filho, distintas de considerações fisiológicas, são considerações amorosas pelo produto do filho. A impressão marcante no bebê da excreção como presente para a mãe, prepara o caminho para o desenvolvimento do controle esfínteriano, outro presente que dará a mãe. Segundo Winnicott (1936b/2005c, p. 145), “mesmo que no curso da vida de um indivíduo nunca tenha ocorrido a enurese – o que é improvável – ainda existiria o medo da incontinência”.

Ligado a questões de incontinência, Winnicott traz o caso ilustrativo de uma menina de 20 meses que passou a apresentar medos irracionais, associados ao treinamento no penico, que se desenvolveram em medos de tudo que se movesse. Ataques de pânico

muito mobilizadores eram frequentes. Em sua história pessoal, a criança, desde os doze meses, tinha sido cuidada por uma jovem *au-pair* que desenvolveu sintomas psiquiátricos obsessivos agudos. Esta jovem via-se muito perturbada em qualquer situação de sujeira e experiências de excreção da criança, o que nesta foi imprimindo medo de qualquer coisa que se movesse e, entre outros, de tomar banho por haver defecado na água. A criança passou a se preocupar com todo tipo de deslocamento de ideias de fezes tal como sujeiras, lama e coisas no chão. Apresentava o sintoma de incontinência, mas não reconhecia que as fezes eram suas. Concomitantemente, a gravidez e nascimento do irmão, quando tinha 14 meses, acabou também aportando dificuldades na compreensão sobre a barriga crescendo. Em sua percepção, Winnicott identificou a perda da conexão entre o vínculo da ingestão e excreção apontado tanto pela perda de significado das fezes como por sua preocupação com barrigas. Seus sintomas desapareceram por completo após a instrução dada por Winnicott (1984j[1961]/2002, p. 233) aos pais de fazer esta conexão sobre a barriga dizendo: “o interior, onde são feitos os bebês daquilo que você come”.

A ingestão, a excreção e a gravidez, representam temas importantes das fantasias infantis e devem ser considerados como tal. No sintoma da constipação, por exemplo, as fezes endurecidas estão associadas ao elemento persecutório, que a criança ainda é incapaz de se livrar. O medo excessivo destes elementos persecutórios depositado nas fezes acaba atrapalhando o processo excretório. Segundo o autor, o medo das fezes está implicitamente presente nos médicos e enfermeiras que receitam uma série de processos artificiais na eliminação fecal, impedindo a dinâmica natural do lidar com estes elementos na criança.

Winnicott (1996p[1936]/2005c, p. 93) traz um outro caso que explicita as questões que envolvem as tentativas de eliminação, mas desta vez expressas no medo de vomitar:

Eu conheço uma menina cuja infância foi dominada por sentimentos de culpa e (mais consistentemente) por um medo de vomitar e que, dos 6 aos 10 anos, ficava sentada durante horas no vaso sanitário, numa tentativa de colocar para fora todas as partículas das fezes. Tudo o que havia dentro era ruim para ela. As fezes concretas, que podiam ser

expelidas, representavam toda a profunda fantasia inconsciente intangível, ou a realidade interna, que era muito menos facilmente eliminada. Mais tarde, no curso da análise, foi feita uma tentativa correspondente de eliminar o que era psiquicamente ruim, os efeitos da operação do ódio na fantasia inconsciente, e depois o próprio ódio, de modo que restasse apenas a capacidade de amar. Finalmente ela passou a ter menos medo do seu ódio, e conseguiu utilizá-lo como uma fonte de energia no trabalho e no lazer. A análise, se lhe tivesse sido oferecida na época de seus medos infantis iniciais, teria lhe poupado trinta anos de preocupação obsessiva.

O estudo da agressividade e suas manifestações levam ao que Winnicott compreende como uma psicologia total. Ou seja, implica uma perspectiva que leve em consideração que,

ser roubado é o mesmo que roubar, e é tão agressivo quanto. Ser fraco é tão agressivo quanto o ataque do forte ao fraco. Assassinato e suicídio são fundamentalmente a mesma coisa. E o mais difícil de tudo isso, possuir é tão agressivo quanto apoderar-se vorazmente. Na verdade, o possuir e o apossar-se formam uma unidade psicológica, cada qual ficando incompleto sem o outro. (WINNICOTT, 1958b/2000, p. 288)

Esta afirmação clarifica a raiz como o inter-jogo que existe em determinados tipos de comportamento agressivo que algumas crianças possuem ou mesmo do seu oposto, um comportamento muito intimidado. Estes dois aspectos, que parecem opostos, reservam a mesma origem, ou seja, a resolução mágica dos elementos persecutórios na projeção para o mundo externo. Algumas resolvem a ilusão persecutória agredindo ou fazendo maldades, assim gerando o controle externo via punição. A criança inibida, por sua vez, sofre com medo pela expectativa de perseguição. Na realidade, praticamente pedem para ser intimidadas, comportamento que geralmente produz os vitimizadores entre seus companheiros. Esta dinâmica é que marca o fenômeno do Bullying nas escolas, no qual se evidencia a relação de complementaridade existente entre vítima e vitimizador. A vítima é aquela cuja luta com suas fantasias persecutórias internas levam-na, por medo, a relações com outras crianças nas quais preside uma espécie de sensualização do sofrimento e submissão. Por outro lado, os vitimizadores são aqueles cujas lutas com o conteúdo persecutório interno estabelecem uma relação na qual se sensualiza a dominação e a

crueldade. De forma inequívoca, estas duas estratégias psíquicas inconscientes são sintomas de que existem perseguições inconscientes e ocultas, e, assim, muito mais aterradoras, operando na criança. Mas, embora esta seja a descrição de doença, este padrão pode ser encontrado nesta fase de desenvolvimento de quase todas as crianças. Entretanto, Winnicott aponta o diferencial dos efeitos deste tipo de conteúdo persecutório no recrudescimento de sintomas quando se manifestam em comportamentos antissociais:

Elas se metem em encrencas facilmente, e talvez tenham de ser expulsas, mas na verdade estão doentes. Ou, elas podem manejar as coisas de forma comparativamente fácil até se envolverem (talvez por acidente) em alguma trama ou escapada de menor importância. As outras que estão envolvidas na travessura são punidas, e para elas o mundo retornou ao normal, mas, para a criança que estamos discutindo, foi aberto um reservatório de sentimentos de culpa. Elas podem adoecer com diarreia, ou uma crise biliar, ou podem ser levadas pelo medo a atacar uma pessoa de autoridade ou danificar alguma parte dos prédios escolares. Estas manifestações de medo precisam ser tratadas com habilidade. (WINNICOTT, 1996p[1936]/2005c, p. 99)

É preciso levar em conta que desde cedo a criança é afetada por emoções tremendas e que, portanto, também é da ordem do normal comportamentos de nervosismo e inibidos. No enfrentamento de situações desconhecidas, a ausência de timidez, relacionada à ausência de medo, aponta certos tipos de distúrbios psicológicos. A criança deve ser apta a ter medo, uma vez que este medo representa a capacidade de obter alívio para a maldade interior ao identificá-las no externo, seja em outras pessoas, seja nas coisas ou situações. A criança sem medos pode estar reforçando sua coragem, estar mentindo ou estar doente. Não explicitar seus medos, ou mesmo não senti-los, acarreta a impossibilidade de serem tranquilizados pela gradativa comprovação da realidade. Na doença, a incapacidade de sentir medos comuns e necessários está relacionada à relativa ausência de sentido de realidade, o que pode tornar a vida bastante precária. Nestes casos, a ausência de medo pode ser entendida como um sintoma significativo à medida que coloca em risco a vida da criança.

Viu-se que, no entendimento sobre o que é normal ou patológico na concepção de Winnicott, as crianças normalmente sadias apresentam toda a espécie de sintomas. São

recorrentes temporários problemas com alimentação, enurese, vômitos, explosões de cólera e atitudes desafiadoras. Da mesma forma, não precisam estar doentes para se atemorizarem com escuridão, cães, médicos ou tecer ideias temerárias sobre as sombras e sons desconhecidos. Reconhece-se que isto tudo advém dos instintos e dos terríveis sentimentos que os acompanham, inclusive das ideias que elaboram todos os processos corporais, ou seja, a elaboração imaginativa. Além disto, com a crescente complexidade, devido ao crescimento emocional, a criança se vê diante de conflitos em função destes instintos. Às primeiras associações essencialmente orais pertencentes à voracidade, agregam-se associações mais amplas dos desejos libidinais de amor e ódio, e são da ordem do normal as ansiedades subjacentes a estes contextos.

Entretanto, também na fase da dependência relativa pode acontecer uma tragédia do ponto de vista da criança: a privação. Deste ponto de vista significa que as coisas “iam bem, mas de repente começaram a não ir tão bem assim” (WINNICOTT, 1968e[1967]/2005d, p. 82), ou seja, a criança não tem mais algo que, anteriormente, tinha. Esta situação se deve a uma modificação ambiental que altera a vida inteira da criança e esta modificação acontece quando a criança de alguma forma se dá conta do que está acontecendo. A criança que passa por uma privação sofre inicialmente uma agonia impensável, a qual se reorganiza gradualmente até atingir um estado neutro. Neste estado neutro se deixa levar, submetendo-se a tudo sem discordar e sem reivindicar, o que para muitos adultos se constitui em uma condição satisfatória. No entanto, ao retomar a esperança, por algum motivo a criança se sente inconscientemente impulsionada a voltar ao ponto anterior à privação, antes da organização do estado neutro. Este impulso é a atitude antissocial e pode ser identificado no roubo, na mentira ou na atitude indolente, entre outras. Em termos clínicos a criança se torna difícil.

No caso Piggie, uma das obras mais importantes de Winnicott, pelo caráter de manual da clínica que propõe, está-se diante do relato do tratamento psicanalítico de uma menina composto por 17 sessões. Piggie, apelido de Gabrielle, tinha 2 anos e quatro meses quando entrou pela primeira vez na sala de Winnicott. Marcante foi sua primeira comunicação a ele: “eu sou tímida demais” (WINNICOTT, 1993a/1999, p. 25). Através

desta frase a menina anunciava suas perdas, principalmente no sentido do ambiente que a constrangeu ao recolhimento. À noite, sofria de terrores envolvendo fantasias persecutórias sobre uma mãe preta, o papai preto, um dito bebê-car e, ocasionalmente, a própria Piggie preta. Em sua história pessoal, após um bom período no qual tudo ia bem, quando tinha aproximadamente 1 ano, a mãe ficou grávida. O período de gestação, sem muitos pormenores, foi para a própria mãe um período difícil. Esta condição da mãe por si só aponta uma mudança na qualidade ambiental, situação recrudescida pelo nascimento da irmã. A partir deste momento, Piggie começou a sofrer de ansiedades, perdendo a espontaneidade no brincar, e começou a ter pesadelos.

Desde as primeiras entrevistas, Winnicott comenta seu entendimento sobre a questão e o diagnóstico sobre a etiologia dos sintomas e adoecimento da menina. Sob sua perspectiva, Piggie passou por uma desilusão materna, poderia ser dito uma deprivação menor, uma vez que a mãe boa continuou parcialmente presente ao tentar refazer a situação. A perda do ambiente e de cuidados ocorreu no momento da gestação e nascimento da irmã. Na fase inicial de dependência relativa, esta falha enfraqueceu o sentido de identidade recém conquistado no EU integrado.

Mais especificamente ao estudo aqui desenvolvido, é relevante a compreensão do autor sobre a timidez anunciada pela menina, que em seu entender explicita um medo de colapso da comunicação³⁰. Neste sentido, é preciso retomar o conceito de comunicação elaborado por Winnicott, o qual não se reduz aos aspectos verbais. Pelo contrário, a comunicação tem como base um início análogo a um “beco sem saída”, “é secreta, silenciosa e não simbólica” (LOPARIC, 1999b, p. 372). Mas, sobretudo, subjaz a esta dinâmica do par, uma disposição materna dita devocional na qual a mãe entende e atende às necessidades de seu filho neste momento de total dependência. De certo que outros modos de comunicação advirão ao longo do desenvolvimento emocional, no entanto é o caráter da confiabilidade ambiental inscrito na comunicação que permanece o mesmo, e é dele que Piggie se vê deprivada. Por um lado, no anúncio da própria timidez, Piggie dá

³⁰ Esta compreensão se baseia nas colocações do prof. Loparic feitas em sala de aula durante seu curso do Caso Piggie, ministrado em 2009 no Centro Winnicott de São Paulo.

abertura para Winnicott, assim demonstrando esperança de que possa ser compreendida. Entretanto, por outro, a questão está posta como problemática.

Outros aspectos da compreensão de Winnicott, as fantasias persecutórias da mãe preta, apontam a disposição paranoide que se desenvolveu como provável forma para não atacar a mãe, considerando que não pôde ter forças para odiar e nem canalizar este ódio para fora. A perda da vivacidade para brincar indica as reverberações desta perda em termos instintuais. Da mesma forma, o nascimento da irmã a lançou precocemente sobre questões de ordem sexual, à complexidade edípica, sem que fosse madura emocionalmente para enfrentar. A ambivalência e rivalidade para com a mãe não podiam ser toleradas, incrementando as ansiedades subjacentes aos terrores noturnos. Seus problemas pré-edípicos e edípicos nas relações com os pais redundaram em impossibilidade de vivenciar e assumir a sua própria agressividade. Esta agressividade se voltou contra si mesma. Seus constantes comportamentos como bebê mostravam a busca de voltar à posição anterior ao trauma. Ao longo do processo, acompanha-se o desenvolvimento de uma relação na qual o analista passa a ser usado como integrador desta instintualidade que ficou ameaçada. Através de brincadeiras e dramatizações, o ódio no *setting* terapêutico pôde ser experimentado e, por isso, integrado.

Ao longo do estágio de concernimento, o bebê assistido pela sobrevivência materna conquista a capacidade de se preocupar e, com isto, manejar seus próprios impulsos no que tange aos relacionamentos interpessoais dentro do contexto ainda restrito entre ele e sua mãe. Concomitantemente, então, foi construído um senso de valor moral próprio a partir do relacionar os impulsos construtivos com as ansiedades destrutivas. Doravante, pode distinguir entre o que é certo e errado, o agradável e desagradável, sem submeter-se de modo artificial às proposições morais externas. Logo mais, na linha temporal, o cenário de suas experiências contará com a ampliação deste universo relacional com o ingresso da figura do pai. A este estágio dá-se o nome do estágio edípico.

II.4 O MEDO NO ESTÁGIO DAS RELAÇÕES TRIANGULARES

Dando prosseguimento à pesquisa sobre o medo, este tópico pretende desenvolver o estudo deste fenômeno contextualizando-o no estágio das relações triangulares entre filho, mãe e pai, compreendido como pertencente à independência relativa. Sobre esta etapa muitos estudos foram empreendidos pela psicanálise tradicional iniciada por Freud, que subsidiaram parte do entendimento de Winnicott sobre o que está acontecendo no âmbito emocional da criança no que tange ao fenômeno do medo. Entretanto, o autor realiza algumas considerações que ampliam esta perspectiva.

O conflito entre o amor e o ódio, e os consequentes sentimentos de culpa e medo de perder aquilo que é amado, vivenciado no seu relacionamento apenas com a mãe, passam adiante a serem sentidos pelo relacionamento com ambos os pais. Muitos dos medos infantis estão relacionados a ideias e excitações sexuais e aos consequentes conflitos mentais conscientes e inconscientes que estes aportam. Nesta fase de independência relativa, a criança pode se ver tendo que lidar com intensos sentimentos de raiva e medo em algumas situações, como quando vê seus pais dormindo juntos, por ocasião do nascimento de irmão, ao receber informação sexual indesejada ou assistir uma briga de adultos. Estas situações disparam sentimentos intoleráveis de ansiedade e excitação, uma vez que dão margem a sentimentos que a criança não consegue tolerar ou lidar.³¹ O sono pode ser perturbado por terrores noturnos, assim como pode ser que a criança fique muito agitada. Outros sintomas envolvem dores de cabeça, dificuldade na alimentação, magreza, palidez, entre outros que apontam a intensidade das ansiedades neuróticas da criança.

Neste ponto, não se está mais estudando o bebê, mas a criança entre aproximadamente 2 e 5 anos que é capaz de andar. Esta chega com todo um repertório anterior adquirido via elaboração imaginativa das experiências oral, uretral e anal, ou

³¹ Notar que a qualidade das ansiedades pertencentes a esta fase distam, em seu caráter de relação objetal, da qualidade de agonia impensável vivenciada pelo bebê na falha ambiental na dependência absoluta. Dito de outra forma, não há mais sentido em se falar em luta (*agon*) pela sobrevivência psíquica quando já existe sujeito que, como tal, se relaciona com um objeto.

descrito como ingestão e excreção. Estas são as fases pré-genitais.³² A fase genital propriamente dita se distingue em dois momentos. Um primeiro momento fálico, no qual ocorre a ereção e a sensibilização dos órgãos genitais, mas que surge a respeito ou da pessoa amada ou através de ideias de rivalidade a respeito da pessoa amada. Nesta fase fálica, os comportamentos exibicionistas estão de acordo com a fantasia da potência recém-adquirida sem, contudo, haver o comprometimento num desempenho real. Entretanto, na segunda fase genital há um ganho objetivo declarado, no menino, de penetrar e engravidar direcionado à pessoa real. A menina excitada genitalmente tem em mente um homem e é seu pênis que deseja. Esta condição obviamente não condiz com a possibilidade de *performance* real, o que implica a necessidade de tolerar as tremendas frustrações envolvidas. Na saúde, o medo da castração pelo genitor rival é uma alternativa amortizadora para esta angústia da impotência. A construção trágica do Complexo de Édipo aponta as forças operantes da fantasia e do funcionamento corporal. Uma vez que a união sexual com a mãe implica na morte do pai, a castração simbólica via castigo da cegueira ou o sofrimento com a ansiedade de castração suspendem o desfecho trágico trazendo alívio psicológico ao menino. Winnicott (1988/1990, p. 68) diz que:

O Complexo de Édipo representa assim um ganho em saúde. A doença não deriva do Complexo de Édipo, mas da repressão das ideias e inibição das funções que se referem ao doloroso conflito expresso pelo termo ambivalência, como, por exemplo, quando o menino se percebe odiando e desejando matar e temendo o pai que ele ama e em quem confia, porque está apaixonado pela esposa do pai.

Enquanto no auge da tensão sexual do menino este sofre do medo da castração do pai, na menina a fase correspondente tem a ver com o conflito provocado pela rivalidade com sua mãe. Fato complicado, uma vez que esta mãe é a mesma que cuida e se constitui na fonte original de toda a configuração do que é o mundo físico da criança. Nesta perspectiva, Winnicott (1947a/1982, p. 170) afirma que “ao mesmo tempo, a menina sofre

³² Na fase anterior pertencente à dependência relativa e estágio do concernimento, ditas fases pré-genitais, os estados excitados de ansiedade e os medos estão associados à fisiologia do trato digestivo, ou seja, de natureza digestiva. Na fase genital, no entanto, as ansiedades e medos são associadas à fisiologia do trato genital.

temores com respeito a seu corpo, medo de castração como o menino, e medo de que o seu corpo seja atacado por figuras hostis de mãe, em represália pelo seu desejo de roubar os bebês à sua mãe e muito mais”.

Nesta fase do desenvolvimento emocional, as crianças, na saúde, estão em posição de terem suas próprias dificuldades advindas do conflito dos sentimentos ambivalentes de amor e ódio pelas pessoas amadas, que se equaciona na formação triangular mãe, pai e filho. Apesar de seu ódio da terceira pessoa, a criança já é capaz de identificação com qualquer um dos pais. No caso do menino, por exemplo, pode odiar porque conta com o reconhecimento de que o pai já é amado e é capaz de se sobreviver, castigar e perdoar. Também é característico na criança o desenvolvimento satisfatório do uso dos símbolos. A demarcação entre o material consciente e inconsciente fica mais nítida, e a realidade psíquica inconsciente aparece via representação simbólica em sonhos e brincadeiras. O ambiente estável familiar oferece a confiabilidade necessária para que a criança experimente as comparações entre o material imaginativo-onírico e a realidade. As ansiedades neuróticas relacionam-se, então, aos conflitos intoleráveis que ocorrem mesmo no ambiente mais satisfatório advindos de ideias e sonhos contendo seus impulsos contraditórios de amor e ódio, impulsos de destruir e desejo de conservar, posições heterossexuais e homossexuais e identificações com os pais.³³ Estas ansiedades são de se esperar e fazem parte da normalidade. Cabe aos pais suportar os aparentemente incoerentes comportamentos da criança, sustentados pela maturidade do reconhecimento da diferença entre fantasia e realidade. Na criança são comuns momentos de desconfiança e recusa da comida de casa, momentos alternados de afeto e violência, atos de bondade e maldade com bichos e irmãos, ter acessos de manha e pesadelos e recusa de consolo, ter medo de coisas e ser bravo. Enfim, todo o tipo de comportamentos contraditórios que fazem parte do lidar com conflitos e tensões internas pertencentes ao domínio pessoal de sua realidade psíquica interna.

³³ O caso Hans de Freud é paradigmático no entendimento das ansiedades neuróticas. No caso, a fobia de Hans de cavalos foi associada aos seus conflitos com a emergente preocupação genital e a posição de rivalidade com o pai pelo amor da mãe.

Uma dificuldade abordada por Winnicott se refere aos terrores noturnos ou à recusa em dormir das crianças que podem se configurar como problemáticas no cotidiano familiar. A recusa em dormir deve ser entendida como um medo de dormir uma vez que o que a criança quer é se manter acordada deliberadamente. Apesar do ato de permanecer acordada ser consciente a um determinado nível, é preciso decifrar a motivação inconsciente que a está levando a não poder enfrentar o sonho, ou o ficar sozinha na cama, etc. O conteúdo ansiogênico que está envolvido na perturbação do sono pode ter etiologia diversa, uma vez que este fenômeno pode ocorrer muito antes do estágio edípico. Assim, as ansiedades subjacentes podem estar associadas a agonias impensáveis na máxima dependência do *holding* materno, nas ansiedades paranoides, depressivas e, por fim, neuróticas. Para Winnicott (1968j/2005c, p. 62),

A chave para as perturbações do sono é a ansiedade. A criança tem sonhos intoleráveis que provocam o alívio de um despertar, ou então existe o medo de dormir em virtude dos sonhos que constituem uma ameaça, ou sensações físicas muito assustadoras acompanham o estado de sono ou a fase crepuscular antes do sono, sensações que são na verdade memórias corporais de experiências passadas, datando talvez do período inicial de fracassos específicos da sustentação (*holding*) que acompanha o cuidado suficientemente bom; ou há problemas muito reais na transição do estado de vigília para o sonho, problemas que são comumente resolvidos pelo uso de um objeto ou técnica pessoal conhecida (tal como chupar o dedo e suas elaborações) que fazem a criança atravessar este momento perigoso em que o espaço de tempo pode ser tão facilmente preenchido com fenômenos aleatórios.

As perturbações do sono são esperadas em algum nível no plano da normalidade, entretanto uma possível indicação de sua faceta sintomática é observada à medida que se arvora num valor de incomodo recorrente no cotidiano familiar, expressando-se quando uma criança não quer dormir e nem tentar a fazê-lo, ou só quer dormir em meio aos ruídos familiares, ou com a mãe ao lado, ou acorda no momento em que os pais vão dormir. Podem estar associadas com outros medos que apontam o afeto das ansiedades na criança, como no caso trazido por Winnicott (1996l[1936]/2005c, p. 84):

Alan, de cinco anos e meio de idade, chegou a mim em virtude de nervosismo. Ele estava bem até os dois anos e meio, quando ficou aterrorizado. Presenciou um terrível temporal e, depois disso, passou a gaguejar. Ele superou isso, mas desde aquela época apresenta um novo rol de sintomas a cada tensão exterior. De fato ele gradualmente ficou mais sensível a mágoas reais cada vez menores, e recentemente viu uma bola de couro para treino de pugilistas por uma janela e ficou aterrorizado com isso, que ele pensou ser o rosto de alguém olhando para ele. Ele tem piscado muito desde este susto, também passou a ter medo de muitas coisas e faz compulsivamente barulhos com a garganta. Além disso, ele não pisa do lado de fora da porta. À noite, também ele fica acordado e sua profusamente. De manhã ele levanta relutantemente e sentindo-se infeliz.

Apesar do aspecto comum de algumas ansiedades neuróticas, algumas defesas se organizam em função de certos aspectos intoleráveis destas ansiedades. São estes padrões de defesa que constituem a neurose organizada. A defesa chamada de repressão joga no inconsciente alguns dos conteúdos intoleráveis implicando a perda de parte dos impulsos instintuais da criança no relacionamento com os objetos. A criança pode se ver assustada com as excitações corporais de forma a reprimir a fantasia como defesa. Entretanto, estas podem criar problemas de ordem psicossomática, os ditos sintomas de conversão, as ansiedades hipocondríacas ou, ainda, levar a rituais obsessivos, numa tentativa de amenizar a culpa pelo conflito entre o amor e o ódio.

Outra defesa comum são as fobias que podem se expressar através de medos de coisas, bichos e até mesmo de pessoas, principalmente direcionados aos elementos mais próximos de seu universo cultural e cotidiano. Como visto, nas fantasias, coisas terríveis acontecem ou ameaçam a criança e, assim, o sentimento de que elas aconteçam fora dela e possa evitá-las se constitui numa defesa. Uma fobia deste tipo pode resguardar a criança, por exemplo, de temas relacionados à rivalidade entre irmãos e o medo dos irmãos odiados. Winnicott apresenta, entre outros, um caso interessante ocorrido com a entrada em cena da figura do pai:

Um menino de quatorze meses estava sendo alimentado pela primeira vez por seu pai, que lhe deu peixe. A mãe reagiu a isto neuroticamente, sentindo um momentâneo ciúme, e disse ao marido: “não lhe dê peixe. Vai fazer-lhe mal.” Naquela noite o menino vomitou, e em seguida desenvolveu uma interessante fobia que durou algumas semanas.

Ele passou a detestar peixe, e também ovos e bananas. (WINNICOTT, 1958e/2000, p. 109)

Muitas outras defesas podem ser erguidas e a riqueza e flexibilidade em sua utilização, concomitantemente a uma relativa repressão e baixa perda inibitória, apontam saúde no indivíduo em comparação à rigidez de organização defensiva, característica da doença.

Relativo ao estudo da sexualidade infantil, o fenômeno da masturbação é significativo como indicador de saúde ou doença. Nesta fase da criança, a masturbação comum é saudável e nada mais é que o emprego e exercício dos recursos naturais, um movimento exploratório usado para a garantia contra frustrações, raivas, ódios e medos. Se compulsiva pode estar sinalizando que a criança está enfrentando um excessivo nível de ansiedades. Entretanto, a masturbação compulsiva pode ser identificada em momentos anteriores e ser expressa pelo atrito entre coxas, roer as unhas, balançar-se, rodar a cabeça, chupar o dedo e uma série de outros movimentos parecidos que dão prova de grandes ansiedades na criança ou no bebê. Nestes casos este é um sintoma empregado pela criança quando está enfrentando uma ansiedade psicótica relacionada ao medo da desintegração da personalidade, da perda do contato com o corpo ou mesmo da perda do contato com a realidade externa.

Com a entrada no período de latência, os impactos desses conflitos ficam amenizados até a fase da adolescência, quando retornam com maior intensidade.

II.5 O MEDO NA ADOLESCÊNCIA

Neste item se pretende desenvolver o estudo do medo na fase da adolescência, considerando que neste período são retomadas algumas questões emocionais no ponto que foram deixadas de lado na fase da latência com o incremento dos aspectos da puberdade que se configura numa ameaça que domina a cena.

Neste sentido, há o retorno dos impactos conflituosos e o adolescente retoma as tendências contraditórias presentes na criança de 2 a 5 anos. É certo que em casos menos

saudáveis, a suscetibilidade extrema à agressão, presente nesta fase, corresponde ao que ocorre no mundo da fantasia pessoal e pode levar ao suicídio ou à busca por perseguição. Isto remonta a questões anteriores e distorções no desenvolvimento emocional deixadas em suspenso no período de latência. Isto porque subsistem no adolescente os padrões “doentios associados a falhas do amadurecimento em nível edípico ou pré-edípico” (WINNICOTT, 1954d/2005c, p. 117) que foram fixados. Para ilustrar a retomada e atualização das questões emocionais etiologicamente associadas as fases iniciais, Winnicott (1989d[1965]/2005b, p.107-108) traz um caso de uma adolescente e seu entendimento sobre sua patologia:

Phyllis me foi trazida, com a idade de 16 anos, por causa de dificuldades de personalidade que ainda não se haviam organizado em uma configuração de enfermidade. No decurso de uma importante entrevista psicoterapêutica, disse ela: “sempre sinto que me acho de pé ou sentada no pináculo de uma torre de igreja. Quando olho em volta, não encontro apoio em parte alguma e estou apenas me equilibrando”. De modo claro esta ansiedade poderia achar-se relacionada a um medo de um aspecto inconfiável das experiências infantis de Phyllis; poderia referir-se a algum tipo de fracasso de sustentação por parte da mãe, numa época em que Phyllis era imatura no sentido de ser dependente. Ora, acontece que tenho notas deste caso, tomadas quando Phyllis me foi trazida, ainda criança pequena, na realidade com um ano e nove meses de idade, quando sua mãe achava-se com seis meses de gravidez. [...] Por qualquer que fosse a causa, Phyllis tornou-se altamente perturbada na ocasião em que a mãe achava-se grávida. Tem-se de presumir que ficou ciente de uma ameaça de “ansiedade impensável”, a ansiedade primitiva ou arcaica que bebês bem cuidados não experienciam na realidade, antes de se acharem aparelhados para lidar com o fracasso ambiental através do autocuidado. [...] Eu soubera da reação desta criança à ameaça na ocasião, e foi interessante para mim receber da Phyllis de 16 anos a versão sofisticada desta percepção da ameaça à sua existência que pertencia à idade de um ano e nove meses. Toda sua vida ela se sentira como se estivesse apenas se equilibrando. As palavras “no pináculo de uma torre de igreja” não acrescentam nada de importância geral, mas as palavras “de pé ou sentada” possivelmente derivam de suas experiências reais no colo da mãe antes de seu segundo aniversário, data por volta da qual a irmã nasceu.

Na normalidade, as fantasias sexuais inconscientes e a rivalidade associada à escolha objetal são retomadas, agora com as forças potenciais em acordo com as fantasias e possibilidades de desempenho.

No adolescente, o sentimento de culpa, vinculado aos impulsos agressivos associados ao relacionamento objetal, dada a situação, é terrível e são precisos anos de maturação para conseguir equilibrar as forças contraditórias e a responsabilidade por elas. O fato é que a maturidade sexual não é acompanhada da maturidade emocional e, segundo Winnicott (1969c[1968]/2005d, p. 156), “a imaturidade é um elemento essencial da saúde durante a adolescência”. O adolescente ainda não pode conhecer a satisfação que pode ser obtida no trabalho, em projetos de contribuição social, situações reparatórias que ajudam a diminuir o medo interno, o impulso suicida e a propensão a acidentes. Enquanto esta maturidade não chega, e esta é uma questão de tempo, cabe aos pais responsabilizarem-se por eles e assumirem seu papel de fornecedores de dados de realidade via confronto.

Mais uma vez se trata da tarefa de sobrevivência dos pais, inclusive com o acréscimo de tolerar o próprio medo relacionado aos exercícios arriscados de liberdade efetuados pelo filho. É importante reconhecer que grande parte das reivindicações e experiências contra a segurança que os adolescentes realizam advém justamente das boas condições de desenvolvimento emocional que lhes foram proporcionadas pelos cuidados na infância. Estas condições facilitadoras iniciais é que calçaram a liberdade de experimentar sem os efeitos constrangedores e repressores de sua vivacidade e personalidade.

É comum identificar-se que, caracteristicamente nesta faixa etária, o comportamento oscila entre a rebeldia, no sentido de experimentação da independência, e a regressão de dependência. Mas, sobretudo, o que fica evidenciado na compreensão sobre o adolescente é de que se está às voltas com um indivíduo isolado, sendo esta condição a partir da qual ele se relaciona com o mundo. Este isolamento aponta o reviver da fase essencial inicial da infância na qual antes de se separar da mãe, vivia em seu mundo subjetivo criado pelos cuidados maternos. Segundo Winnicott (1962a/2005a, p. 118), esta condição é válida mesmo quando fazem parte de um grupo:

Os grupos de adolescentes jovens são ajuntamentos de indivíduos isolados que procuram formar um agregado por meio da identidade de gostos. São capazes de agrupar-se quando são atacados enquanto grupo, mas esta é uma organização paranoide de reação ao ataque. Cessada a

perseguição, o grupo constitui-se novamente num agregado de indivíduos isolados.

A partir deste isolamento é frequente que seus movimentos impulsivos proporcionem vivências exploradoras e arriscadas, constituindo-se para o observador em experiências contra a segurança. Paradoxalmente, são os próprios pais que mais temem pela vida de seus filhos aqueles que muitas vezes estão colocados na situação de ter que “bançar” estes movimentos do jovem contra a segurança. Mas estes movimentos são possíveis à medida que o adolescente põe em prática seus recursos no sentido de atender suas necessidades específicas que abrangem:

A necessidade de evitar falsa solução. A necessidade de sentir-se real, ou de tolerar a absoluta falta de sentimento. A necessidade de ser rebelde num contexto que, confiadamente, acolha também a dependência. A necessidade de aguilhoar repetidamente a sociedade de modo que o antagonismo desta faça-se manifesto, e possa ser rebatido por um contra-antagonismo. (WINNICOTT, 1962a/2005a, p.124)

Esta lista de necessidades, se olhada de forma acurada, aponta o quanto o padrão de normalidade do adolescente envolve algumas ansiedades que estão presentes nos distúrbios emocionais associados às fases dependentes iniciais. A oposição adolescente em relação à falsa-solução denuncia as dificuldades psicóticas em aceitar o meio-termo e as ansiedades psiconeuróticas oriundas dos conflitos da ambivalência amor/ódio nas relações. O sentir-se real guarda relação com as ansiedades psicóticas associadas à despersonalização. Por sua vez, os desafios e a rebeldia correspondem à atitude antissocial na delinquência.

De qualquer forma, os adolescentes, quando saudáveis, não podem deixar de experimentar suas potencialidades que, se no âmbito da responsabilização social, ainda são pré-potentes, no âmbito da realização correspondem à possibilidade real de relacionar-se sexualmente e de matar. Apropriado destes novos sentimentos tão fortes quanto amedrontadores, o adolescente empreende suas “aventuras” na busca da estabilização da autonomia, mas, ao mesmo tempo, ainda testando a existência dos controles externos. A

oposição paternal continua no seu duplo papel protetivo de “chão” para o crescimento emocional e de controle. Os medos, então, relacionam-se centralmente às questões da sexualidade e as mudanças corporais, e às questões da identidade em relação ao grupo ao qual pertence. É preciso tempo para que o adolescente possa exercitar estas potencialidades, elaborar suas ansiedades e emergir desta condição como um adulto responsável pelos seus atos. Em termos de desenvolvimento emocional se está falando da fase adulta.

II.6 O MEDO NA FASE ADULTA

Neste tópico se pretende desenvolver o entendimento de Winnicott sobre os medos pertencentes à fase adulta, considerando que, se por um lado, na saúde o indivíduo encontra-se apropriado de um sentido pessoal de estar vivo e ser capaz de realizar e se responsabilizar por suas realizações, por outro, esta condição sempre encerra a possibilidade de retorno a fases emocionais anteriores diante de situações sentidas como ameaçadoras.

Os medos catalogados por Winnicott nesta fase pertencem a dois tipos de etiologia: o medo da dependência e o medo da mulher, cuja origem remonta à fase da dependência inicial – o medo sentido pelas mães e, por correspondência, o medo sentido pelo analista, que se refere às questões emocionais vivenciadas na maternidade. E que, portanto, também pertencem ao repertório inicial através do qual a mãe revivencia sua própria experiência de ter sido cuidada pela mãe.

II.6.1 O MEDO DA DEPENDÊNCIA E O MEDO DA MULHER

O reconhecimento da própria condição de dependência se revela significativa, como se pode observar na clínica através do medo da dependência dos pacientes em relação ao analista ao longo do processo terapêutico. Assim como na relação bebê-mãe, o paciente se vê em risco ao ficar dependente do analista na regressão. O risco não está somente relacionado com a possibilidade do analista vir a faltar por algum fato da ordem do incontrolável, como morte e adoecimento. Trata-se do risco de que subitamente ele seja

incapaz de compreender o que se passa com o paciente, seja em seus medos de desintegração, de aniquilamento ou outras ansiedades psicóticas. Dito de outra forma, no início há uma dependência absoluta do bebê e quando este começa a compreender isso, passa a desenvolver um medo da mãe primitiva. Esta é sentida como sendo detentora de grandes poderes sobre ele, seja para o bem, através da adequação dos cuidados, seja para o mal, por meio das experiências insatisfatórias advindas de falhas.

No início a mãe que falha não é percebida desta forma. De fato, o reconhecimento de uma dependência absoluta da mãe e de sua capacidade para a preocupação maternal primária, seja este ou não o nome que se lhe dê, é algo pertencente a uma sofisticação extrema, e a um estágio nem sempre alcançável mesmo por adultos. O fracasso generalizado em reconhecer a dependência absoluta no início contribui para o temor à MULHER no qual tomam parte tanto homens quanto mulheres. (WINNICOTT, 1958n[1956]/2000, p. 404)

Transposto ao pensamento sobre o âmbito social, Winnicott afirma que este é um ponto nodal implícito em sentimentos difusos de medo da dependência ou mesmo na forma de medo da mulher, ou de uma mulher. De qualquer maneira, medos que ganham forma a partir do medo da dominação. Este medo da dominação, inversamente ao que se espera, não provê a liberdade ou mesmo opera recursos no evitar da dominação. Muito pelo contrário, pode ser o que instrumentaliza a atração por uma dominação específica. Na psicologia do ditador pode se falar da instalação de um ciclo vicioso de atuação e imposição de sujeição na tentativa de controle sobre a dominação da mãe ainda temida inconscientemente. As dificuldades de reconhecimento da envergadura do papel da mãe devotada ao bebê e de sua contribuição direta no desenvolvimento emocional do indivíduo reverberam em sensações de medo que se constitui em obstáculo à saúde completa dos indivíduos e de sua somatória grupal em sociedade. Em suas palavras:

Muitos estudiosos da história social têm sustentado que o medo à mulher é uma causa poderosa do aparentemente ilógico comportamento dos seres humanos em grupos, mas raramente se averiguam suas verdadeiras raízes. Observando as suas causas profundas na história de cada indivíduo, esse medo à mulher resulta ser um medo a reconhecer o fato da dependência, a dependência inicial da infância mais remota. Há,

portanto, boas razões sociais para instigar as pesquisas sobre as primeiras fases das relações entre o bebê e a mãe. (WINNICOTT, 1964g/1982, p.11)

II.6.2 OS MEDOS DA MÃE

Não se pode deixar de considerar neste estudo o lado da mãe, uma vez que esta é parte integrante e determinante desde o início das condições facilitadoras do desenvolvimento emocional da criança. Muitos são os medos que a acompanham no processo da maternidade, mesmo porque muitos destes medos se relacionam diretamente com a forma pela qual foi cuidada pela própria mãe e as fantasias sobre esta relação. De forma geral, já é bastante reconhecido pela medicina que existe na mãe o medo do parto e, então, muitas são as medidas tomadas no sentido de proporcionar conforto, confiabilidade e relaxamento neste momento. Entretanto, os medos da mãe são bastante anteriores e já se fazem presentes nas questões relacionadas às fantasias conscientes e inconscientes a respeito do filho. Winnicott (1989va/2005b, p. 127) fala a respeito:

O relacionamento mãe-feto também pode ser enunciado com vantagens nos seguintes termos: se a capacidade biológica da mãe em produzir um bebê vivo íntegro e real é representada por 100%, sua capacidade psicológica pode ser enunciada como uma porcentagem aproximada. Por isto quero dizer que mãe alguma é 100% capaz de produzir na fantasia uma criança viva e total.

Ainda dentro da barriga, o bebê é um desconhecido e as fantasias a respeito das inúmeras deformidades possíveis alimentam o medo do bebê. Se este nasce realmente com defeito ou deformidade, o efeito pode ser muito prejudicial por não haver tranquilização destes temores na incapacidade de produzir um ser humano 100%. Em relação a estes temores, a amamentação e os cuidados ao bebê podem ser uma segunda chance à medida que proporcionam à mãe o sentimento que a criança é real, desfazendo os temores iniciais.

O que incrementa a reflexão sobre os temores da mãe em relação ao bebê tem a ver com o reconhecimento de que a mãe que ama seu bebê também sente ódio por ele desde o início. Muitos são os motivos elencados para tal sentimento em relação ao bebê. Estes

englobam: o perigo ou ferimentos ao corpo que este envolve durante a gestação, parto e amamentação; suas enormes demandas de amor e adaptação à mãe sem o menor reconhecimento nos acertos desta, mas com decepção e sentimentos de vingança nas suas falhas; ser uma interferência às ocupações anteriores da mãe e obstáculo em relação à possibilidade da mãe realizar outras atividades; comportamentos agressivos, desconfiados, impiedosos para com ela; sentimentos de que o bebê é produzido para satisfazer o desejo de sua própria mãe de que o tenha, entre outros citados pelo autor. (Cf. WINNICOTT, 1949f/2000, p.285-286)

Distante daquela imagem idealizada de uma mãe que só ama, Winnicott descreve uma mãe que possui sentimentos ambivalentes em relação ao seu próprio filho. O sentimento de ódio contra o filho precisa ser reconhecido e tolerado, mas, sobretudo, não pode ser expresso ao filho. Por temor às suas próprias reações em relação ao filho, a mãe pode não conseguir odiá-lo adequadamente, podendo até mesmo estabelecer uma relação masoquista com o filho. A questão da sobrevivência, tarefa da mãe diante dos movimentos de instintualidade agressiva do bebê, aponta a constatação da existência do sentimento de ódio na mãe, mas não atuante.

Muitas são as ansiedades e medos maternos referentes à amamentação. Uma das ansiedades pode ser subsidiada pelo medo de que se o lactente não estiver satisfeito ela será atacada ou destruída. Dar de mamar em excesso sinaliza este medo de que o bebê é algo perigoso, pois, satisfeito, ele volta ao estado de repouso e a mãe pode relaxar.

O próprio termo “mãe suficientemente boa” explicita as questões inerentes ao que é mais humano e, portanto, em oposição à perfeição que só se pode esperar de produtos tecnológicos. São os sentimentos que animam a relação mãe e filho, e o desenrolar dos cuidados deve ser permeado por eles e não pela consecução de técnicas advindas de manuais do que é certo. Winnicott (1949n/1982, p. 118) explica sobre a tendência a este medo culposo das mães: “a dificuldade está em que a mãe tende, naturalmente, a ter medo

da sua responsabilidade e foge, com a maior facilidade, para os manuais, as regras e os regulamentos”³⁴.

Ao longo de sua obra, Winnicott sedimenta seu entendimento sobre a importância da saúde emocional da mãe no que tange aos efeitos sobre o desenvolvimento emocional da criança. Rende tributo a uma paciente sobre o desenvolvimento de sua percepção sobre a condição inicial do bebê em relação aos cuidados maternos e a analogia com a bolha descrita na dependência absoluta. Diz ele (1958f/2000, p. 264) que “essa paciente tinha uma mãe deprimida, notavelmente rígida que, depois do nascimento, passou a segurar o bebê com muita força, com medo de deixá-lo cair. E é esta a razão pela qual a descrição foi feita em termos de pressão”.

Um dos aspectos de cuidado inicial ao bebê se refere à apresentação do mundo em pequenas doses, ou seja, estabelecendo uma barreira de proteção ao externo, impedindo reações que rompam com a continuidade de ser do bebê. Entretanto, se a mãe sente medo em relação a algo do externo significa que algo furou a barreira e imediatamente faz mal ao bebê. Winnicott observou que durante os bombardeios da Segunda Guerra Mundial, os bebês não tinham medo das bombas, mas eram afetados pelo estado de pânico das mães.

Parece certo entender que as mães carregam uma ambivalência também no que tange ao desenvolvimento dos filhos. Por um lado, mais consciente, suas expectativas vêm na direção de que o filho cresça, saia do cercado, vá à escola, enfim, conheça o mundo externo. No entanto, contraditoriamente, no nível mais inconsciente, a mãe tem dificuldades em renunciar ao seu papel maternal. A ida da criança à escola pode ser vivenciada por algumas mães como um alívio. Para mães um tanto deprimidas, o medo do vazio do lar e de si mesma ressurgem comprometendo a tranquilidade do ir à escola do filho, que percebe estes sentimentos na mãe. Se muito afetada, a mãe também pode preencher este vazio achando outra alternativa de preocupação, o que resulta na luta por parte da criança em voltar a ser o centro das atenções maternas quando retornar ao lar. Esta dinâmica pode estar presente na recusa da criança à escola, que é bastante comum.

³⁴ É possível encontrar material esclarecedor sobre as dificuldades das mães no relato do desencontro de uma delas com a maternidade e seu filho em WINNICOTT, 1969f[1968]/2005c, p.225-226.

Os medos da mãe podem ser esclarecedores no que tange aos medos dos analistas, uma vez que no *setting* terapêutico este irá encontrar-se numa posição equiparável à dela, inclusive diante do “incompadecimento” dos pacientes psicóticos ou dos pacientes regredidos. É preciso considerar que “em uma regressão profunda o paciente não tem como identificar-se com o analista ou apreciar seu ponto de vista, da mesma forma que um feto ou um bebê recém nascido é incapaz de sentir empatia pela mãe” (WINNICOTT, 1949f/2000, p. 286). Assim como a mãe deve tolerar seu ódio contra o bebê, sem nada fazer a respeito, da mesma forma o analista precisa entrar em contato com este seu conteúdo também sem retaliar o paciente. A questão se configura em problemática se o analista não reconhecer seus temores a respeito de suas reações em relação ao paciente ou medos do paciente, o que resulta na impossibilidade de entrar em contato com este ódio. Este tipo de configuração é tão mais pernicioso, uma vez que “não podemos esperar que um paciente psicótico em análise consiga tolerar seu ódio pelo analista a não ser que o analista possa odiá-lo” (1949f/2000, p. 287).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente pesquisa foi desenvolvido o mapeamento do significado do medo acompanhando a apreensão de seus diversos matizes e significados ao longo dos diferentes estágios que compreendem o amadurecimento emocional. Para tanto, utilizou-se como referência para interlocução a perspectiva de Winnicott sobre os binômios saúde/doença e normal/patológico, considerando que esta aporta um contorno particular e inovador ao entendimento deste fenômeno do afeto humano. Os fundamentos que norteiam esta perspectiva implicam na modificação do olhar médico-clínico (psiquiátrico) cuja formulação com ênfase quantitativa propõe uma equação sobre o normal e o patológico baseada nos comportamentos sintomatológicos do indivíduo. Implicam, também, na modificação do olhar psicanalítico tradicional cujo enunciado negativo da saúde (não doença) está ancorado na ausência de defesas rígidas e fixações concomitantes à atribuição de força egoica ao indivíduo.

No pensamento winnicottiano, a saúde emerge como uma categoria autônoma associada à teoria do amadurecimento, ou seja, conforme suas próprias palavras (WINNICOTT, 1958j/2005a, p. 4), “em termos de desenvolvimento, pode-se dizer que a saúde significa uma maturidade relativa à idade do indivíduo”. Sob esta compreensão, então, a doença está ligada à interrupção daquilo que é inerente à natureza humana enquanto potencialidade: sua tendência ao amadurecimento. Esta discussão, portanto, além de superar o paradigma médico-clínico, também ultrapassa o aporte metapsicológico da psicanálise tradicional, mudando o foco centrado nas questões intrapsíquicas para as inter-

relacionais, enfatizando o ambiente como o facilitador para o desenvolvimento desta potencialidade. A ideia define o meio ambiente satisfatório como aquele que faz ajustes progressivos adaptados diretamente aos diferentes graus de necessidades e dependência do indivíduo ao longo do seu desenvolvimento. Reitera-se a importância da compreensão temporal da natureza humana, uma vez que as falhas ambientais serão traumáticas nas fases mais primitivas de maior dependência implicando em interrupções ao processo, contudo serão facilitadoras para o processo de amadurecimento se ocorridas gradativamente nos momentos posteriores na dependência relativa rumo à independência.

A concepção de saúde de Winnicott considera a capacidade que o indivíduo tem de se identificar com o ambiente sem sacrifício de sua espontaneidade, ou seja, sem submeter-se. A possibilidade de usufruir de experiências no mundo, sentir-se real, entre outras, ligadas a esta capacidade que se traduzem em qualidade e sentido no viver são proposições que envolvem a questão ontológica, existencial humana, ultrapassando a discriminação do normal regrado pelo ambiente classificador.

Entre outras, considerações ligadas ao particular entendimento de Winnicott sobre o tema da saúde/doença apontam sua preocupação em desenvolver outro sistema classificatório dos distúrbios psíquicos que considere a sutileza, diversidade, flexibilidade e adaptabilidade configuradas no processo do viver humano. Esta procura criteriosa engendra um quadro formado por psicose, tendência antissocial, depressão e neurose, correspondendo aos pontos de origem (ruptura/falha ambiental) na linha do tempo do amadurecimento emocional do indivíduo. Sob este olhar, então, o homem não é portador de uma doença, como uma entidade nosológica, estática. O homem é um ser temporal, num processo contínuo de devir, o que fala da sua condição potencial natural à saúde, ou seja, existe a possibilidade de ultrapassar o paralisado na linha do amadurecimento e continuar o processo de desenvolvimento emocional.

Contrariamente ao postulado por outras perspectivas, o conceito de medo em Winnicott não concorda com uma origem inata de etiologia instintiva como a atribuída ao animal que o possui como um equipamento para a sobrevivência. O indivíduo nasce e a partir daí são suas experiências no mundo e com o mundo que formam seu repertório.

Posteriormente, este repertório experiencial é acrescido do conjunto de ideias e associações a respeito da experiência: as fantasias. As ansiedades envolvidas nas experiências relacionais e instintuais, fantasias e emoções da criança são da ordem do normal, desde que os cuidados e o ambiente realizem sua tarefa de sustentação e manejo. Caso contrário, dos conflitos surgem as organizações defensivas e as defesas das quais o medo faz parte. O conceito de medo winnicottiano aponta para uma condição existencial, à medida que estabelece uma possibilidade do indivíduo continuar existindo, amenizando as ansiedades intoleráveis.

Ao longo do estudo percebe-se que existe uma lógica etiológica na formação dos distintos medos que incide no diferencial em seu teor e intensidade. Esta configuração diferencial confere ao medo o *status* daquele que porta uma mensagem e que, portanto, deve ser considerado na formulação diagnóstica. À sua manifestação subjaz uma ansiedade que, de forma geral, faz parte da normalidade. Mesmo na doença aponta uma possibilidade, pois passível de cuidado. Neste entendimento, é a ausência de medo que indica adoecimento. Esta condição confere ao medo o caráter de conquista. No entanto, mesmo sob uma observação ainda superficial é possível diferenciar o significado de seu afeto naquele indivíduo que convive com medo daquele que sente alguns medos. Desta forma, é imperativo compreender que o sentido de segurança é construído nas fases iniciais através do padrão de confiabilidade no qual os cuidados ambientais maternos foram dados. Compreende-se o sentido de segurança como aquele que abrange tanto a crença em si mesmo como a crença nos outros. Sem esta conquista, não se pode falar em segurança e, por consequência, nem em medo como um recurso de alerta diante de uma ameaça à segurança. Após a aquisição de segurança, os próprios movimentos rumo à liberdade de ser e de se expressar em sua personalidade se inscrevem numa linha temporal de batalha contra a segurança total provida inicialmente apenas pelo ambiente.

Retomando o desenvolvimento do conceito do medo ao longo da linha temporal do desenvolvimento emocional, identifica-se que, sobretudo, seu entendimento parte do pressuposto fundamental de que o bebê nasce numa condição de dependência de algo que lhe é anterior, sua mãe, apesar de nada saber sobre isto. Os estágios de desenvolvimento

emocional marcam as distintas bases e formas pelas e através das quais se estabelecem as relações entre o bebê e o mundo, e como estas graduam de importância no que tange ao aspecto da sobrevivência e sentido de existência. A continuidade de ser, de seguir no desenvolvimento emocional que no nascimento é apenas potencial, é condição *sine qua non* de saúde psíquica. Situação contrária, as fraturas nesta continuidade implicam em distorções estruturais ou não, dependendo de sua etiologia temporal. Quando prematuras, estas fraturas implicam a não instalação de um sentido identitário no indivíduo. O indivíduo segue em seu desenvolvimento físico, mas este não é acompanhado pelo desenvolvimento emocional.

Os medos associados ao início do amadurecimento emocional são defesas relacionadas às agonias impensáveis da condição de extrema vulnerabilidade do bebê que, nestas rupturas, vivencia o aniquilamento. O medo da loucura, o medo da morte, o medo do colapso, o pânico, entre outros, e o quadro sintomático a eles associados, manifestam o estado precário que corresponde a esta não aquisição de um sentido de existência. Se, por um lado, a analogia com o bulbo feita por Winnicott esclarece o aspecto potencial do início da vida, a ideia da bolha por ele utilizada contextualiza o caráter intrinsecamente frágil das fases iniciais. Nesta configuração, o significado do medo dista em muito a qualificação de sentido atribuído a um sentimento. Muito embora se constituam como uma defesa, não remetem à capacidade de sentir medo. Isto porque esses medos possuem um conteúdo agônico muito colado nas impossibilidades da condição instável de uma pessoa com recursos diminutos e que ainda não alcançou o sentido de ser. Condição esta que fica explícita na fala dos pacientes que giram em torno dos temas morte, vazio, enlouquecimento, desequilíbrio, falta de chão, limbo, entre outros.

Ao longo do desenvolvimento emocional, à medida que a integração começa a dar um contorno estável ao qual se possa inferir o *status* de unidade, a dependência começa a se relativizar. As falhas gradativas maternas são promotoras e facilitadoras de novas conquistas, entre elas a capacidade de acionar recursos para dar conta de si mesmo diante destas falhas. De fundamental importância, no entanto, é que neste contexto ocorre a separação do par e o bebê começa a se dar conta de sua existência como separada da mãe.

Os medos, sejam normais ou patológicos, pertencentes a esta etapa estão relacionados a estabilização deste novo *status* identitário a partir do qual se inaugura outra modalidade de relação com o outro, com as coisas e com o mundo, condição provida pelos cuidados e sobrevivência materna. A partir deste ponto maturacional, seja este de que existe a unidade, o aspecto da segurança entra no cenário. Dito de outro modo, o medo se arvora numa possível defesa, um recurso de alerta diante do sentido de ameaça à segurança que a pessoa pode e está experimentando. De certo que a estas ameaças correspondem ansiedades paranoides referentes ao que é esperado do externo como contrapartida pelos movimentos de separação compondo-se no conteúdo do medo de desintegração e de retaliação. Em seguida, no entanto, o externo e o interno ficam paulatinamente mais consistentes, impondo às experiências relacionais o incremento da elaboração dos efeitos dos impulsos instintuais que, sob a forma de sentimentos, excitações, raiva, amor, estão integrados em seus movimentos. O medo compõe-se, então, das ansiedades depressivas subjacentes aos exercícios relacionais provindas de duas fontes de ameaça à segurança: o si mesmo e o externo. Viu-se que o “*locus*” do mundo interno para a criança, neste ponto do amadurecimento emocional, é a barriga, cujas trocas com o mundo externo são explicitadas pelo processo digestivo, de forma que se associa ao medo toda uma gama de efeitos psicossomáticos, delineando o que Winnicott chama de “fisiologia do medo”. No que tange à distinção entre o normal e o patológico, doravante parece válido tomar como base o sentido de valor do incômodo aos medos pertencentes a esta fase, uma vez que se acredita normal que existam e se expressem numa variedade de manifestações como pesadelos, enureses, etc. à medida que a criança esteja elaborando os conteúdos ansiógenos de seus conflitos. Nesta perspectiva, tanto o incômodo tem valor por ser uma mensagem, como sua intensidade, e as restrições que impõe à pessoa e ao seu entorno são um termômetro na sinalização do aspecto patológico.

Do estágio edípico em diante, os medos passam a considerar o triângulo, filho, mãe e pai, nas relações interpessoais, havendo o incremento do conteúdo genital/sexual como matéria prima nos conflitos e ansiedades neuróticas a eles associadas. O medo da castração é uma defesa, à medida que amortiza os efeitos perniciosos da pré-potência sexual da criança e as frustrações que ensejam. As fobias, por sua vez, constituem-se, ao

deslocar para algum objeto externo, numa forma de dar conta dos conflitos internos expulsando e amenizando os efeitos dos conteúdos sentidos como mal. Ambos se inscrevem na continuidade de sentido de medo como recurso defensivo diante da ameaça à segurança que vem tanto de dentro como de fora.

Na adolescência, revisitam-se algumas características da dependência absoluta identificadas nos distúrbios psicóticos, ao mesmo tempo há a retomada do tema sexual, agora sob o signo da potência. Os medos que pertencem a esta etapa também retomam uma configuração identitária, considerando que esta fase de meio de caminho é um não ser criança e um não ser adulto. Do isolamento recorrente emergem os impulsos que realizam experiências contra a segurança, mas não são estas experiências as temidas pelos jovens, mas sim pelos seus pais. Os medos dos jovens estão associados ao tema da identidade pessoal e de pertença ao grupo.

Os medos adultos, elencados por Winnicott, são dois: o medo da dependência associado ao medo da mulher e o medo da maternidade que, sem dúvida alguma, apontam para trás, ou seja, para as marcas originadas na totalidade da experiência infantil vivida na relação com a própria mãe nas fases iniciais. No medo da dependência, o padrão de cuidados maternos recebidos incide diretamente na possibilidade de experimentar a independência sem cair na armadilha de eleger alguém como líder absoluto de seus atos, ou seja, viver reativamente ou submisso sob a ditadura referencial de outro que não o si mesmo. O sentido de segurança ou bem não foi conquistado ou bem se encontra distorcido. No medo da maternidade, está-se num contexto onde é preciso lembrar que toda mulher carrega dentro de si a filha, a mãe e a avó. Inscrita na linha do tempo destes cuidados transgeracionais, a nova mãe resgata as ansiedades pertencentes não só ao padrão de como foi cuidada, mas de como se identifica com a mãe e reatualiza questões trazidas nesta linha de sucessão. Não é incomum, tanto quanto se possa imaginar, os episódios psicóticos ou de depressão psicótica puerperal das novas mães. Neste ponto, estes medos parecem resguardar maior ênfase do sentido identitário.

Destacou-se o tema do medo da obra de Winnicott acreditando que este estudo não só tem relevância por ampliar e aprofundar o entendimento sobre o fenômeno em seu

aspecto teórico, mas, sobretudo, porque este conhecimento é essencial no que tange ao subsídio da prática clínica. O fazer psicanalítico é por essência um cuidado àquele que, diante das dificuldades inerentes à sua vida, vem em busca de ajuda. As falhas, os traumas, as vicissitudes já ocorreram e na forma do medo se expressam, comunicando a condição em que o paciente se encontra e em que ponto de sua história pessoal teve origem o adoecimento. O medo como defesa não se constitui no problema, mas sim na solução; portanto, não cabe como terapêutica o treino antifóbico, ou qualquer prática no sentido de eliminá-lo. Os medos são material de diagnóstico, são a ponta do *iceberg*, cabendo ao analista considerá-los na formulação diagnóstica que norteia o acompanhamento terapêutico ao paciente. O paciente é uma totalidade, do qual os medos fazem parte, e é cuidando desta totalidade que eles se vão, pelo menos em sua forma mais recrudescida, simplesmente por não serem mais necessários.

A obra de Winnicott sobre este tema é vasta, incluindo-se o número de casos clínicos que ilustram as diversas apresentações do fenômeno do medo na vida cotidiana dos pacientes que por ele foram atendidos. Para contemplar de igual forma a profundidade com a qual Winnicott tratou este assunto, e não sendo possível fazê-lo no corpo do trabalho, foi elaborada uma lista de índice remissivo de todos os casos clínicos nos quais de alguma forma o fenômeno do medo tenha sido encontrado. À revelia das muitas ordenações possíveis, este índice remissivo foi elaborado a partir da nomenclatura do medo encontrado no texto, tomando como exemplo, a fobia de chapéu, medo de animais, e assim por diante. Acredita-se, com esta relação, poder facilitar a pesquisa para outros estudos sobre o tema.

A despeito de se ter realizado neste trabalho o objetivo a que se propôs, qual seja o de mapear os diversos significados do medo na obra de Winnicott, entende-se que esta seria uma primeira etapa na compreensão do fenômeno no que tange a interlocução com outros saberes. Quanto à Psicanálise, no capítulo sobre o conceito de medo, de forma breve se fez uma comparação com a perspectiva freudiana, tentando apontar algumas diferenças básicas, uma vez que se compreende que, apesar de se estar numa linha de estudos psicanalíticos, os usos conceituais destes dois autores são diferentes. Acredita-se de grande validade continuar o estudo no sentido de apontar as convergências e divergências

existentes no pensamento destes dois autores sobre o tema, como forma de aprofundar o esclarecimento sobre o fenômeno, incluindo-se as repercussões destes diferentes olhares sobre a clínica.

Da mesma maneira, este estudo pode apoiar a elaboração de diálogo com a filosofia, à medida que este saber comunga com a psicanálise o interesse em entender as questões humanas. Entre os pensadores filosóficos, Heidegger tem sido fonte de interlocução de alguns trabalhos sobre o pensamento de Winnicott, à medida que algumas aproximações têm podido ser realizadas, subsidiadas pelos conceitos sobre a temporalidade, a acontecência, a existência, entre outros. No que concerne ao tema do medo, este filósofo desenvolveu uma concepção própria que abrange os conceitos de temor e angústia que, portanto, configura um cenário profícuo para o estabelecimento de um estudo comparativo entre os dois pensadores.

REFERÊNCIAS

- APA. (2002) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.
- BAUMAN, Z. (2006) *Liquid Fear*. Cambridge: Polity Press.
- BECKER, E. (2007) *A Negação da Morte*. Rio de Janeiro: Record.
- BEZERRA JR,B.: ORTEGA, F. (2007) *Winnicott e seus interlocutores*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- BOGOMOLETZ, D. Holocausto (1998) A Mega Fabricação do Desamparo. *Revista do círculo psicanalítico do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro.
- DELUMEAU, J. (1978) *La peur en Occident*. Paris: Fayard.
- DIAS,E.O. (1998) A Teoria das Psicoses em D.W.Winnicott. Tese de Doutorado, São Paulo, PUC-SP.
- _____ (2003) *A teoria do amadurecimento de D.W.Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____ (2011) *Sobre a confiabilidade e outros estudos*. São Paulo: DWW editorial.
- FREUD, S. (1976) Inibição, Sintoma e Angústia. In: *E.S., XX*. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1976) Duas Histórias Clínicas: O pequeno Hans e o Homem dos ratos. In: *E.S., X*. Rio de Janeiro: Imago.
- GABBARD, G. O.; BECK, J. S.; HOLMES (2007) *J. Compêndio de Psicoterapia de Oxford*. Porto Alegre: Artmed.
- GURFINKEL, A.C. (2006) *Fobia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

GUTFREIND, C. (2008) *As duas análises de uma fobia em um menino de cinco anos: O Pequeno Hans*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

HEIDEGGER, M. (1983) *Conferências e escritos filosóficos*. São Paulo: Abril Cultural.

_____ (1988) *Ser e Tempo*. Petrópolis: Vozes.

JASPERS, K. (1979) *Psicopatologia Geral*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, v 1.

_____ (1989) *Philosophie*. Berlim: Springer-Verlag.

KLEIN, M. (1991) *Inveja e Gratidão e outros trabalhos 1946-1963*. Rio de Janeiro: Imago.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, B. (1983) *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

LINS, M.I.A.L.; LUZ, R. (1998) *D.W.Winnicott Experiência Clínica & Experiência Estética*. Rio de Janeiro: Revinter.

LOBO, S. (2007) As marcas invisíveis. In: *Espaço Potencial Winnicott diversidade e interlocução*. São Paulo: Landy.

LOPARIC, Z. (1996) Winnicott: uma psicanálise não edipiana. *Percursos*, São Paulo, 17, p. 41-47.

LOPARIC, Z. (1999a) É dizível o inconsciente? *Natureza humana*, São Paulo, 1 (2), p. 323-385.

LOPARIC, Z. (1999b) Heidegger and Winnicott. *Natureza Humana*, São Paulo, 1 (1), p.103-135.

LOPARIC, Z. (2000) O “animal humano”. *Natureza Humana*, São Paulo, 2 (2), p. 351-397.

LOPARIC, Z. (2007) Origem em Heidegger e Winnicott. *Natureza Humana*, São Paulo, 9 (1), p. 243-273.

MORA, J.F. (1988) *Diccionario da Filosofia*. Madrid, Alianza Editorial.

PEREIRA, M.E.C. (2003) *Psicopatologia dos ataques de pânico*. São Paulo, Escuta.

SANTOS, E.S. (2008) Angústia do ser e angústia de ser: um estudo sobre a mudança de paradigma na teoria da angústia em Freud, Winnicott e Heidegger. Dissertação de Mestrado, Campinas, Unicamp.

SANTOS, E. S. (2010) *Winnicott e Heidegger: Aproximações e distanciamentos*. São Paulo: DWW Editorial.

SOARES, J.NETO (2007) A saúde entre norma social e vivido subjetivo: Winnicott e Gadamer. In: *Winnicott e seus interlocutores*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

WINNICOTT, D.W. (1975) *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1971a).

_____ (1982) *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: LTC Editora (Trabalho original publicado em 1964a).

_____ (1983) *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed (Trabalho original publicado em 1965b).

_____ (1983) Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: D.Winnicott (1983/1965b) *O ambiente e os processos de maturação*. (1ª edição, pp.38-54). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1960c).

_____ (1983) O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In: D.Winnicott (1983/1965b) *O ambiente e os processos de maturação*. (1ª edição, pp.70-78). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1963b [1962]).

_____ (1983) Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?. In: D.Winnicott (1983/1965b) *O ambiente e os processos de maturação*. (1ª edição, pp.114-127). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1965h).

_____ (1983) Cordão: uma técnica de comunicação. In: D.Winnicott (1983/1965b) *O ambiente e os processos de maturação*. (1ª edição, pp.140-151). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1960b).

_____ (1983) Enfoque pessoal da contribuição Kleiniana. In: D.Winnicott (1983/1965b) *O ambiente e os processos de maturação*. (1ª edição, pp. 156-162). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1965va [1962]).

_____ (1983) Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: D.Winnicott (1983/1965b) *O ambiente e os processos de maturação*. (1ª edição, pp.163-174). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1965j [1963]).

_____ (1983) Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In: D.Winnicott (1983/1965b) *O ambiente e os processos de maturação*. (1ª edição, pp.207-217). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1965vd [1963]).

_____ (1983) Atendimento hospitalar como complemento de psicoterapia intensiva na adolescência. In: D.Winnicott (1983/1965b) *O ambiente e os processos de maturação*. (1ª

edição, pp.218-224). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1965v [1963]).

WINNICOTT,D.W. (1984) *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971b).

_____ (1984) ‘Eliza’ aos 7 anos e meio. In: D.Winnicott (1984/1971b) *Consultas terapêuticas*. (1ª edição, pp.52-74). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1968k).

_____ (1984) ‘Bob’ aos 6 anos. In: D.Winnicott (1984/1971b) *Consultas terapêuticas*. (1ª edição, pp.75-99). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1965i).

_____ (1984) ‘Rosemary’ aos 10 anos. In: D.Winnicott (1984/1971b) *Consultas terapêuticas*. (1ª edição, pp.116-120). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1962b).

_____ (1984) ‘Charles’ aos 9 anos. In: D.Winnicott (1984/1971b) *Consultas terapêuticas*. (1ª edição, pp.140-158). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971e).

_____ (1984) ‘Hesta’ aos 16 anos. In: D.Winnicott (1984/1971b) *Consultas terapêuticas*. (1ª edição, pp.188-205). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971j).

_____ (1984) ‘Milton’ aos 8 anos. In: D.Winnicott (1984/1971b) *Consultas terapêuticas*. (1ª edição, pp. 206-227). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971s).

_____ (1984) ‘Cecil’ aos 21 meses, na primeira consulta. In: D.Winnicott (1984/1971b) *Consultas terapêuticas*. (1ª edição, pp. 253-285). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1963f).

_____ (1984) ‘Mark’ aos 12 anos. In: D.Winnicott (1984/1971b) *Consultas terapêuticas*. (1ª edição, pp. 286-310). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1965g).

_____ (1984) ‘Peter’ aos 13 anos. In: D.Winnicott (1984/1971b) *Consultas terapêuticas*. (1ª edição, pp.311-330). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971p).

_____ (1984) ‘Jason’ aos 8 anos e 9 meses. In: D.Winnicott (1984/1971b) *Consultas terapêuticas*. (1ª edição, pp.361-397). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971m)

_____ (1987) *The Piggie. Um relato de tratamento de uma menina*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1977).

_____ (1990) *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1988).

WINNICOTT, D.W. (1999) *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1993a)

_____ (2000) *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958a).

_____ (2000) Nota sobre normalidade e ansiedade. In: D.Winnicott (2000/1958a) *Da pediatria à psicanálise*. (1ª edição, pp. 57-76) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1931p).

_____ (2000) Agitação. In: D.Winnicott (2000/1958a) *Da pediatria à psicanálise* (1ª edição, pp. 77-87). Rio de Janeiro Imago. (Trabalho original publicado em 1931g).

_____ (2000) O apetite e os problemas emocionais. In: D.Winnicott (2000/1958a) *Da pediatria à psicanálise*. (1ª edição, pp.92-111). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958e)

_____ (2000) A observação de bebês numa situação padronizada. In: D.Winnicott (2000/1958a) *Da pediatria à psicanálise*. (1ª edição, pp.112-132). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1941b).

_____ (2000) Consultas no departamento infantil. In: D.Winnicott (2000/1958a) *Da pediatria à psicanálise*. (1ª edição, pp.133-147). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1942a).

_____ (2000) Ansiedade associada a insegurança. In: D.Winnicott (2000/1958a) *Da pediatria à psicanálise* (1ª edição, pp. 163-167). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958d).

_____ (2000) Tolerância ao sintoma em pediatria: relatório de um caso. In: D.Winnicott (2000/1958a) *Da pediatria à psicanálise*. (1ª edição, pp.-168-186). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1953b).

_____ (2000) Um caso tratado em casa. In: D.Winnicott (2000/1958a) *Da pediatria à psicanálise*. (1ª edição, pp.187-196). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1955b).

_____ (2000) A defesa maníaca. In: D.Winnicott (2000/1958a) *Da pediatria à psicanálise*. (1ª edição, pp.199-217). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958k).

_____ (2000) Desenvolvimento emocional primitivo. In: D.Winnicott (2000/1958a) *Da pediatria à psicanálise*. (1ª edição, pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1945d).

WINNICOTT, D.W. (2000) Pediatria e psiquiatria. In: D.Winnicott (2000/1958a) *Da pediatria à psicanálise*. (1ª edição, pp. 233-253). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1948b).

_____ (2000) Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: D.Winnicott (2000/1958a) *Da pediatria à psicanálise*. (1ª edição, pp. 254-276). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958f).

_____ (2000) O ódio na contratransferência. In: D.Winnicott (2000/1958a) *Da pediatria à psicanálise*. (1ª edição, pp. 277-287). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1949f).

_____ (2000) A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: D.Winnicott (2000/1958a) *Da pediatria à psicanálise*. (1ª edição, pp. 288-304). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958b).

_____ (2000) Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: D.Winnicott (2000/1958a) *Da pediatria à psicanálise*. (1ª edição, pp. 316-331). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1953c [1951]).

_____ (2000) A mente e sua relação com o psicossoma. In: D.Winnicott (2000/1958a) *Da pediatria à psicanálise*. (1ª edição, pp. 332-346). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1954a)

_____ (2000) Retraimento e regressão. In: D.Winnicott (2000/1958a) *Da pediatria à psicanálise*. (1ª edição, pp. 347-373). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1955e [1954]).

_____ (2000) A preocupação materna primária. In: D.Winnicott (2000/1958a) *Da pediatria à psicanálise*. (1ª edição, pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958n [1956]).

_____ (2000) Pediatria e neurose da infância. In: D.Winnicott (2000/1958a) *Da pediatria à psicanálise*. (1ª edição, pp. 417-423). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958m [1956]).

_____ (2002) *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984a)

_____ (2002) Crianças e suas mães. In: D.Winnicott (2002/1984a) *Privação e delinquência*. (3ª edição, pp. 11-18). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1940a)

WINNICOTT, D.W. (2002) Agressão e suas raízes. In: D.Winnicott (2002/1984a) *Privação e delinquência*. (3ª edição, pp.93-110). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964d)

_____ (2002) A ausência de um sentimento de culpa. In: D.Winnicott (2002/1984a) *Privação e delinquência*. (3ª edição, pp.119-126). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984b).

_____ (2002) A tendência anti-social. In: D.Winnicott (2002/1984a) *Privação e delinquência*. (3ª edição, pp.135-147). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1958c [1956])

_____ (2002) A luta para superar depressões. In: D.Winnicott (2002/1984a) *Privação e delinquência*. (3ª edição, pp. 163-176). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1962a [1961]).

_____ (2002) A criança desapossada e como pode ser compensada pela falta de vida familiar. In: D.Winnicott (2002/1984a) *Privação e delinquência*. (3ª edição, pp. 195-214) São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965k [1950]).

_____ (2002) Comentários sobre “Report f the Comitee on punishment in prisons and borstals”. In: D.Winnicott (2002/1984a) *Privação e delinquência*. (3ª edição, pp.229-236). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984j [1961]).

_____ (2005a) *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965a).

_____ (2005a) O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In: D.Winnicott (2005a/1965a) *A família e o desenvolvimento individual*. (3ª edição, pp. 3-28). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1958j).

_____ (2005a) Segurança. In: D.Winnicott (2005a/1965a) *A família e o desenvolvimento individual*. (3ª edição, pp.43-48). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965vg [1960]).

_____ (2005a) Fatores de integração e desintegração na vida familiar. In: D.Winnicott (2005a/1965a) *A família e o desenvolvimento individual*. (3ª edição, pp. 59-72). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1961b).

_____ (2005a) Consequências da psicose parental para o desenvolvimento emocional da criança. In: D.Winnicott (2005a/1965a) *A família e o desenvolvimento individual*. (3ª edição, pp.101-114). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1961a).

WINNICOTT, D.W. (2005a) Adolescência. In: D.Winnicott (2005a/1965a) *A família e o desenvolvimento individual*. (3ª edição, pp.115-127). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1962a).

_____ (2005a) Definição teórica do campo da psiquiatria infantil. In: D.Winnicott (2005a/1965a) *A família e o desenvolvimento individual*. (3ª edição, pp.141-152). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1958q).

_____ (2005a) Influências de grupo e a criança desajustada. In: D.Winnicott (2005a/1965a) *A família e o desenvolvimento individual*. (3ª edição, pp.213-225). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965s).

_____ (2005b) *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989a).

_____ (2005b) Psicose na infância. In: D.Winnicott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp. 53-58). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989vl [1961]).

_____ (2005b) O medo do colapso. In: D.Winnicott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp. 70-76). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1974).

_____ (2005b) A psicologia da loucura. Uma contribuição da psicanálise. In: D.Winnicott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp.94-101). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989k [1965]).

_____ (2005b) O Conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In: D.Winnicott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp. 102-115). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989d [1965]).

_____ (2005b) Uma nova luz sobre o pensar infantil. In: D.Winnicott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp. 119-123). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989s [1965]).

_____ (2005b) Comentários sobre neurose obsessiva e Frankie. In: D.Winnocott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp. 124-126). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1966b [1965]).

_____ (2005b) Nota sobre o relacionamento mãe-feto. In: D.Winnicott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp. 127-128). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989va).

WINNICOTT, D.W. (2005b) O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In: D.Winnicott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp. 151-156). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1968c [1967]).

_____ (2005b) A interpretação na psicanálise. In: D.Winnicott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp.163-166). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original em 1989° [1968]).

_____ (2005b) Sobre “o uso de um objeto”. In: D.Winnicott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp. 170-191). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1969i [1968]).

_____ (2005b) Comentários sobre meu artigo “O uso de um objeto”. In: D.Winnicott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp.185-186). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989vu [1968]).

_____ (2005b) A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: D.Winnicott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp. 195-202). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1970b [1969]).

_____ (2005b) Sobre as bases para o self no corpo. In: D.Winnicott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp. 203-218). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1971d [1970]).

_____ (2005b) Individuação. In: D.Winnicott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp. 219-222). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989n [1970]).

_____ (2005b) O jogo do rabisco. In: D.Winnicott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp. 230-243). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1968k).

_____ (2005b) O valor da consulta terapêutica. In: D.Winnicott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp.244-248). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1968l [1965]).

_____ (2005b) Deduções a partir de uma entrevista terapêutica com uma adolescente. In: D.Winnicott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp.249-259). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1964b).

_____ (2005b) Um caso de psiquiatria infantil que ilustra a reação retardada à perda. In: D.Winnicott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp. 260-282). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1965f).

WINNICOTT, D.W. (2005b) Distúrbios físicos e emocionais em uma adolescente. In: D.Winnicott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp. 283-286). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989ve [1968]).

_____ (2005b) Michael Balint. In: D.Winnicott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp. 331-337). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989xd [1954]).

_____ (2005b) Tratamento da doença mental pela indução de convulsões. In: D.Winnicott (2005b/1989a) *Explorações psicanalíticas*. (2ª edição, pp. 394-397). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989vn [1943]).

_____ (2005c) *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1996a).

_____ (2005c) Introdução primária a realidade externa: os estágios iniciais. In: D.Winnicott (2005c/1996a) *Pensando sobre crianças*. (2ª edição, pp.45-50). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1996p [1936]).

_____ (2005c) Necessidades ambientais; os estágios iniciais, dependência total e independência essencial. In: D.Winnicott (2005c/1996a) *Pensando sobre crianças*. (2ª edição, pp.51-58). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1996k [1948]).

_____ (2005c) Recusa a dormir nas crianças. In: D.Winnicott (2005c/1996a) *Pensando sobre crianças*. (2ª edição, pp. 61-63). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1968j).

_____ (2005c) Higiene mental da criança pré-escolar. In: D.Winnicott (2005c/1996a) *Pensando sobre crianças*. (2ª edição, pp. 75-88). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1996l [1936]).

_____ (2005c) A professora, os pais e o médico. In: D.Winnicott (2005c/1996a) *Pensando sobre crianças*. (2ª edição, pp. 89-100). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1996p [1936]).

_____ (2005c) Notas sobre um garotinho. In: D.Winnicott (2005c/1996a) *Pensando sobre crianças*. (2ª edição, pp. 107-109). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1938a).

_____ (2005c) O cheiro. In: D.Winnicott (2005c/1996a) *Pensando sobre crianças*. (2ª edição, pp.109-112). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1996m).

_____ (2005c) Duas crianças adotadas. In: D.Winnicott (2005c/1957b) *Pensando sobre crianças*. (2ª edição, pp. 115-125). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1954d).

WINNICOTT, D.W. (2005c) Contribuição para uma discussão sobre a enurese. In: D.Winnicott (2005b/1936) *Pensando sobre crianças*. (2ª edição, pp. 143-146). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1936b)

_____ (2005c) Urticária papular e dinâmica da sensação cutânea. In: D.Winnicott (2005c/1996a) *Pensando sobre crianças*. (2ª edição, pp. 147-156). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1934c).

_____ (2005c) Psiquiatria infantil: o corpo enquanto afetado por fatores psicológicos. In: D.Winnicott (2005c/1996a) *Pensando sobre crianças*. (2ª edição, pp. 162-163). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1996e [1931]).

_____ (2005c) Sobre a neurose cardíaca nas crianças. In: D.Winnicott (2005c/1996a) *Pensando sobre crianças*. (2ª edição, pp.164-174). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1996d [1966]).

_____ (2005c) Autismo. In: D.Winnicott (2005c/1996a) *Pensando sobre crianças*. (2ª edição, pp. 179-192). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1996c [1966]).

_____ (2005c) A etiologia da esquizofrenia infantil em termos do fracasso adaptativo. In: D.Winnicott (2005c/1986b) *Pensando sobre crianças*. (2ª edição, pp. 193-196). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1968a [1967]).

_____ (2005c) Um vínculo entre a pediatria e a psicologia infantil: observações clínicas. In: D.Winnicott (2005c/1996a) *Pensando sobre crianças*. (2ª edição, pp. 220-234). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1969f [1968]).

_____ (2005c) Psiquiatria infantil, serviço social e atendimento alternativo. In: D.Winnicott (2005c/1996a) *Pensando sobre crianças*. (2ª edição, pp. 235-238). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1996f [1970]).

_____ (2005d) *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986b).

_____ (2005d) O conceito de indivíduo saudável. In: D.Winnicott (2005d/1986b) *Tudo começa em casa*. (4ª edição, pp. 3-22). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1971f).

_____ (2005d) Sum: Eu sou. In: D.winnicott (2005d/1986b) *Tudo começa em casa*. (4ª edição, pp. 41-51). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984h [1968]).

WINNICOTT, D.W. (2005d) O conceito de falso-self. In: D.Winnicott (2005d/1986b) *Tudo começa em casa*. (4ª edição, pp.53-58). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986e [1964]).

_____ (2005d) O valor da depressão. In: D.Winnicott (2005d/1986b) *Tudo começa em casa*. (4ª edição, pp. 59-68). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964e [1963]).

_____ (2005d) A delinquência como sinal de esperança. In: D.Winnicott (2005d/1986b) *Tudo começa em casa*. (4ª edição, pp. 82-91). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968e [1967]).

_____ (2005d) Tipos de psicoterapia. In: D.Winnicott (2005d/1986b) *Tudo começa em casa*. (4ª edição, pp.93-104). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984i).

_____ (2005d) A contribuição da mãe para a sociedade. In: D.Winnicott (2005d/1986b) *Tudo começa em casa*. (4ª edição, pp. 117-122). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1957o).

_____ (2005d) A criança no grupo familiar. In: D.Winnicott (2005d/1986b) *Tudo começa em casa*. (4ª edição, pp. 123-136). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986d [1966]).

_____ (2005d) A imaturidade do adolescente. In: D.Winnicott (2005d/1971a) *Tudo começa em casa*. (4ª edição, pp. 143-163). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1969c [1968]).

_____ (2010) *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986a [1972/55]).

ÍNDICE REMISSIVO DE CASOS CLÍNICOS³⁵

ANSIEDADE, garoto, 1 ano e meio. (WINNICOTT, 1996l [1936]/2005c, p.77-78). *Pensando sobre crianças.*

ANSIEDADE, Lawrence, 2 anos e 9 meses. (WINNICOTT, 1958e/2000, p.109-110). *Da pediatria à psicanálise.*

ANSIEDADE, Margaret, 7 meses. (WINNICOTT, 1958a/2000, p.117-119). *Da pediatria a psicanálise.*

AUSÊNCIA DE MEDO, Simon, 8 anos. (WINNICOTT, 1958e/2000, p.99-103). *Da pediatria à psicanálise.*

CLAUSTROFOBIA, menina, s/i. (WINNICOTT, 1948b/2000, p.247-248). *Da pediatria à psicanálise.*

FOBIA DE CHAPÉU, Linda, 10 meses. (WINNICOTT, 1969f [1970]/2005c, p.229-230). *Pensando sobre crianças.*

FOBIA DE CHAPÉU, L., 7 anos e meio. (WINNICOTT, 1968k/2005b, p.233-243). *Explorações Psicanalíticas.*

FOBIA DE CHAPÉUS/MEDO DE COISAS, Eliza, 7 anos e meio. (WINNICOTT, 1968k/1984, p.52-74). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil.*

³⁵ Este índice remissivo foi elaborado respeitando-se as normas de citações cujo formato compreende a data knud do artigo consultado e o ano da edição do livro consultado e as páginas da citação do livro. A data knud se refere ao trabalho elaborado por Knud Hjulmand do Departamento de Psicologia da Universidade de Copenhagen que compilou numa lista a totalidade dos trabalhos publicados por Winnicott. No entanto, optou-se neste índice a manter os livros nos quais se encontram as citações no intuito de facilitar a pesquisa.

FOBIA DE ELEVADORES, Frankie, 5 anos e meio. (WINNICOTT, 1966b [1965]/2005b, p.124-126). *Explorações Psicanalíticas*.

FOBIA DE SE FERIR/FOBIA A MÉDICOS, Philip, 9 anos. (WINNICOTT, 1953b/2000, p.171-186). *Da pediatria à psicanálise*.

FOBIA DO PECADO DO ESPÍRITO SANTO, homem, 50 anos. (WINNICOTT, 1969i [1968]/2005b, p.183-185). *Explorações Psicanalíticas*.

FOBIA DE PEIXE, menino 14 meses. (WINNICOTT, 1958e/2000, p.109). *Da pediatria à psicanálise*.

FOBIA DE PEIXE, menino, 14 meses. (WINNICOTT, 1934c/2005c, p.150). *Pensando sobre crianças*.

FOBIA DE PUDINS, Milton, 8 anos. (WINNICOTT, 1971b/1984, p.206-227). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*.

FOBIA DE RATOS, mulher, s/i. (WINNICOTT, 1989o [1968]/2005b, p.165). *Explorações Psicanalíticas*.

FOTOFOBIA, Rosemary, 10 anos. (WINNICOTT, 1962b/1971b, p.116-120). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*.

MEDO, Phyllis, 16 anos. (WINNICOTT, 1938a/2005c, p.107-109). *Pensando sobre crianças*.

MEDO, menina, 2 anos e meio. (WINNICOTT, 1964b/2005b, p.246). *Explorações Psicanalíticas*.

MEDO, adulto, s/i. (WINNICOTT, 1986d [1966]/2005d, p.131). *Tudo começa em casa*.

MEDO, menina 2 anos. (WINNICOTT, 1931p/2000, p.60-61). *Da pediatria a psicanálise*.

MEDOS/SUSTOS, Lily, 8 anos. (WINNICOTT, 1931g/2000, p.83-84). *Da pediatria à psicanálise*.

MEDO DE ANIMAIS, Joan, 2 anos e 5 meses. (WINNICOTT, 1931p/2000, p.58). *Da pediatria à psicanálise*.

MEDO DE COMER, Mollie, 8 anos. (WINNICOTT, 1971d [1970]/2005b, p.217-218). *Explorações Psicanalíticas.*

MEDO CULPOSO, Claire Rayner, adulta, s/i. (WINNICOTT, 1993a/1999, p.109-119). *Conversando com os pais.*

MEDO DE DEMÔNIO, Jason, 8 anos e nove meses. (WINNICOTT, 1971m/1984, p.361-397). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil.*

MEDO DE DESASTRES (MÃE), menino, 8 anos. (WINNICOTT, 1996p [1936]/2005c, p.90). *Pensando sobre crianças.*

MEDO DE DESINTEGRAÇÃO, mulher, s/i. (WINNICOTT, 1965vd [1963], p.212-214). *O ambiente e os processos de maturação.*

MEDO DE DESTRUIÇÃO DO CÉREBRO, mulher, 25 anos. (WINNICOTT, 1989vr [1943]/2005b, p.394-397). *Explorações Psicanalíticas.*

MEDO DE DOENÇA VENÉREA, jovem mulher. (WINNICOTT, 1962a [1961]/2002, p.167). *Privação e Delinquência.*

MEDO DE ENTRAR EM CARROS, Joan, 4 anos. (WINNICOTT, 1996l [1936]/2005b, p.82). *Pensando sobre crianças.*

MEDO DE ENVOLVIMENTO COM A MÃE, Jane, 17 anos. (WINNICOTT, 1964b/2005b, p.250-259). *Explorações Psicanalíticas.*

MEDO DE IR PARA CAMA, Kathleen, 5 anos. (WINNICOTT, 1955b/2000, p.187-196). *Da pediatria à psicanálise.*

MEDO DE IR PARA O COLO DO PAI, Veronica, 1 anos e 5 meses. (WINNICOTT, 1931p/2000, p.62-63). *Da pediatria à psicanálise.*

MEDO DE MÉDICOS, Gertie, 17 anos. (WINNICOTT, 1942a/2000, p.143-144). *Da pediatria à psicanálise.*

MEDO DE MORRER, adolescente, 14 anos. (WINNICOTT, 1989ve [1968]/2005b, p.283-286). *Explorações Psicanalíticas.*

MEDO DE MORRER, menino, 10 anos. (WINNICOTT, 1986e [1964]/2005d, p.55-56). *Tudo começa em casa.*

MEDO DE PERDA DE IDENTIDADE, mulher, meia idade. (WINNICOTT, 1971a/1975, p.45-58). *O brincar e a realidade.*

MEDO DE PERNILONGOS E ARANHAS, Charles, 9 anos. (WINNICOTT, 1971e/1984, p.140-158). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil.*

MEDO DE SANGUE, menino, s/i. (WINNICOTT, 1931g/2000, p.71). *Da pediatria à psicanálise.*

MEDO DE SEPARAÇÃO, Tony, 7 anos. (WINNICOTT, 1961a/2005a, p.110). *A família e o desenvolvimento individual.*

MEDO DE SER ESVAZIADO/MEDO DE ALGO, David, 8 anos. (WINNICOTT, 1958k/2000, p.210-213). *Da pediatria à psicanálise.*

MEDO DE SER LÉSBICA, Hesta, 16 anos. (WINNICOTT, 1971j/1984, p.188-205). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil.*

MEDO DE SER PERSEGUIDO POR UM HOMEM/MEDOS ESPECIAIS, adulto, s/i. (WINNICOTT, 1955e [1954]/2000, p.347-353). *Da pediatria à psicanálise.*

MEDO DE SER TRANCAFIADO, Edward, 11 anos. (WINNICOTT, 1934c/2005c, p.159-160). *Pensando sobre crianças.*

MEDO DE SI MESMA, menina, s/i. (WINNICOTT, 1996d [1966]/2005c, p.169-170). *Pensando sobre crianças.*

MEDO DE SUICÍDIO, Charlotte, 30 anos. (WINNICOTT, 1958k/2000, p.213-214). *Da pediatria à psicanálise.*

MEDO DE SUICÍDIO/MEDO DE ADOECER, Mathilda, 39 anos. (WINNICOTT, 1958k/2000, p.214-216). *Da pediatria à psicanálise.*

MEDO DE TER O IMPULSO DE COMER A FILHA (MÃE)/MEDO DA LOUCURA DA FILHA (PAIS ADOTIVOS), Ester, s/i. (WINNICOTT, 1961a/2005a, p.102-106). *A família e o desenvolvimento individual.*

MEDO DA VIOLÊNCIA EM SI PRÓPRIO, Peter, 13 anos. (WINNICOTT, 1971p/1984, p.311-330). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil.*

MEDO DE VOMITAR/ MEDO DO ÓDIO, menina, s/i. (WINNICOTT, 1996p [1936]/2005c, p.93). *Pensando sobre crianças.*

MEDO E DESCONFIANÇA DA BONDADE DA MÃE, garoto, idade escolar. (WINNICOTT, 1938a/2005c, p.107-108). *Pensando sobre crianças.*

MEDOS IRRACIONAIS, Rosamund, 20 meses. (WINNICOTT, 1969f [1968]/2005c, p.230-234). *Pensando sobre crianças.*

INIBIÇÃO, garota, 4 anos. (WINNICOTT, 1996l [1936]/2005c, p.83). *Pensando sobre crianças.*

NERVOSISMO, menina, 11 anos. (WINNICOTT, 1996p [1936]/2005c, p.98). *Pensando sobre crianças.*

PÂNICO/MEDOS (MÃE), Bob, 6 anos. (WINNICOTT, 1965i/1984, p.75-99). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil.*

PÂNICO/MEDOS/TEMORES, Patrick, s/i. (WINNICOTT, 1965f/2005b, p.260-281). *Explorações psicanalíticas.*

PÂNICO/TERROR, menino, 10 anos. (WINNICOTT, 1942a/2000, p.144-145). *Da pediatria à psicanálise.*

PARANÓIA, menino, s/i. (WINNICOTT, 1996p [1936]/2005c, p.97). *Pensando sobre crianças.*

PARANÓIA/MEDOS VAGOS/MEDO DE ÔNIBUS, Margaret, 10 anos. (WINNICOTT, 1954d/2005c, p.120-123). *Pensando sobre crianças.*

PAVOR/MEDO VAGO, Tom, 5 anos e 10 meses. (WINNICOTT, 1996m/2005c, p.109-112). *Pensando sobre crianças.*

PERSEGUIÇÃO, menina, s/i. (WINNICOTT, 1996p [1936]/2005c, p.98-99). *Pensando sobre crianças.*

PESADELOS, menina, 8 anos. (WINNICOTT, 1938a/2005c, p.109). *Pensando sobre crianças.*

PESADELOS, adolescente, 14 anos. (WINNICOTT, 1964e [1963]/2005d, p.63). *Tudo começa em casa.*

PESADELOS, srta. H., 50 anos. (WINNICOTT, 1958f/2000, p.259-260). *Da pediatria à psicanálise.*

PESADELOS, menino, 12 anos. (WINNICOTT, 1963b [1962]/1983, p.75). *O ambiente e os processos de maturação.*

PESADELOS/FOBIA DE MÉDICOS, Cecil, 21 meses. (WINNICOTT, 1963f/1984, p.253-285). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil.*

TEMOR DA VIOLÊNCIA, rapaz, 15 anos. (WINNICOTT, 1965v [1963]/1983, p.222-223). *O ambiente e os processos de maturação.*

TERROR, Eddie, 21 meses. (WINNICOTT, 1949a/2002, p.15-18). *Privação e Delinquência.*

TERROR, garoto, 2 anos e meio. (WINNICOTT, 1965k [1950]/2002, p.199). *Privação e Delinquência.*

TERROR, menino, 2 anos e meio. (WINNICOTT, 1965k [1950]/2005a, p.197). *A família e o desenvolvimento individual.*

TERROR, Lilian, 2 anos e meio. (WINNICOTT, 1931p/2000, p.61-62). *Da pediatria à psicanálise.*

TERROR/MEDO/FOBIA, Alan, 5 anos. (WINNICOTT, 1996l [1936]/2005c, p.84). *Pensando sobre crianças.*

TERRORES NOTURNOS, Peggy, 10 anos. (WINNICOTT, 1931p/2000, p.64-65). *Da pediatria à psicanálise.*

TERRORES NOTURNOS/MEDO DE FICAR SOZINHA/FOBIAS, Rosina, 13 anos. (WINNICOTT, 1931p/2000, p.65-68). *Da pediatria à psicanálise.*

TIMIDEZ/MEDO DA PERDA DE CONTATO, menino, 7 anos. (WINNICOTT, 1960b/1983, p.140-142). *O ambiente e os processos de maturação.*

TIMIDEZ, menina, 10 anos. (WINNICOTT, 1938b/1982, p.20-241). *A criança e seu mundo.*