

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC - SP**

**JADNA CLÉIA DE ARAÚJO BARROS**

**O LUGAR DO TRAUMA NO ADOECIMENTO DE PACIENTES  
DIFÍCEIS: UMA CONTRIBUIÇÃO DE WINNICOTT**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**São Paulo  
2016**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC - SP**

**JADNA CLÉIA DE ARAÚJO BARROS**

**O LUGAR DO TRAUMA NO ADOECIMENTO DE PACIENTES  
DIFÍCEIS: UMA CONTRIBUIÇÃO DE WINNICOTT**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação do Prof. Dr. Luís Cláudio Mendonça Figueiredo.

**São Paulo**

**2016**

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos a reprodução total ou parcial desta Dissertação de Mestrado por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura

---

Data 21/07/2016

e-mail: jadmacleia@hotmail.com

B277

Barros, Jadna Cléia de Araújo

O lugar do trauma no adoecimento de pacientes difíceis: uma contribuição de Winnicott/ Jadna Cléia de Araújo Barros – São Paulo: s.n., 2016.

136 p.; il. 30 cm.

Referências 129-136

Orientador: Prof. Dr. Luís Cláudio Mendonça Figueiredo  
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, 2016.

1. Teoria do Desenvolvimento Emocional Primitivo
2. Colapso
3. Trauma
4. Borderline
5. Análise modificada

CDD 157.9

**Banca Examinadora**

---

---

---

**“Onde não há jardim, as flores nascem de um secreto investimento em formas improváveis.”  
(Carlos Drummond de Andrade)**

## **DEDICATÓRIA**

**Aos meus pacientes, que, como mestres, permitem-me um rico aprendizado.**

## **AGRADECIMENTOS**

**Agradeço a todos aqueles que sempre estiveram ao meu lado dizendo: “vai dar certo”, de maneira especial à minha amiga-irmã Fidalma Monteiro, à prima Josefa Brito e às tias Olindina Barros e Ivonete Barros pelo apoio e presença carinhosa.**

**Aos meus amigos queridos que sempre me estimularam a acreditar em minha capacidade de ir em busca de minhas realização pessoais.**

**Ao meu orientador Prof. Dr. Luís Cláudio Figueiredo pela confiança e estímulo em compartilhar seus conhecimentos e ensinamentos.**

**Aos professores Dra. Elisa Maria de Uihôa Cintra e Dr. Ricardo Telles de Deus pelas palavras de apoio e estímulo em prosseguir nessa linha de pesquisa, acrescentando valiosas sugestões por ocasião de minha qualificação.**

**Aos meus mestres inspiradores desta pesquisa Ana Lúcia Omena, Anna-Maria Bittencourt, Lamartine Guedes e Selma Marinho.**

**À Cláudia Perrota e à Rosana Portela pelas revisões realizadas.**

**Agradeço também ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, pelo auxílio financeiro concedido para a realização desta pesquisa.**

Barros, Jadna Cléia de Araújo. **O lugar do trauma no adoecimento de pacientes difíceis: uma contribuição de Winnicott.** 136 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). São Paulo, 2016.

## RESUMO

Esta pesquisa, de natureza teórica, teve como objetivo discutir o trauma em relação à teoria do desenvolvimento emocional primitivo proposta na obra de D. W. Winnicott, bem como a associação com o adoecimento dos pacientes ditos difíceis. Para tanto, foi apresentada inicialmente a teoria do desenvolvimento maturacional nos seus aspectos gerais, enfatizando-se a importância atribuída pelo autor à função ambiental nos primórdios da vida humana e, conseqüentemente, às falhas maternas que, ao se estabelecerem como um padrão, contribuem para o surgimento de diversas formas de padecimento psíquico. Buscou-se, então, explicitar as contribuições de Winnicott para o campo da nosografia psicanalítica, trazendo a classificação e caracterização de algumas manifestações patológicas, com destaque para as formas de adoecimento originárias de falhas ambientais precoces. Em seguida, ganha destaque a evolução do conceito de trauma na obra do autor, com a sistematização de suas proposições desde a primeira referência ao termo, em 1931, até a última discussão, realizada em texto de 1969. Na parte final, foi abordado o manejo e suas especificidades na clínica do trauma, enfatizando-se a análise modificada e a regressão à dependência absoluta, de modo a se ressaltar a importância da adaptação do ambiente analítico às necessidades fundamentais do paciente.

**Palavras-chave:** Teoria do desenvolvimento emocional primitivo, colapso, trauma, *borderline*, análise modificada.

Barros, Jadna Cléia de Araújo. **The role of trauma in the illnesses of difficult patients: a Winnicott's contribution.** 136 p. Dissertation (Masters in Clinical Psychology) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). São Paulo, 2016.

## **ABSTRACT**

This research, of theoretical nature, had as objective to discuss the trauma related to the theory of primitive emotional development proposed on the work of D. W. Winnicott, as well as the association with the illnesses of patients called difficult. For this purpose, the theory of maturational development was initially presented in its general aspects, emphasizing the importance assigned by the author to the environmental function during human life beginning and, consequently, the motherly flaws which, being established as a pattern, contribute to the emergence of several forms of psychic suffering. It was sought, then, to express Winnicott's contributions to the field of psychoanalytic nosography, mentioning the classification and characterization of some pathological manifestations, highlighting the forms of illnesses originated from early environmental flaws. Thereafter, the evolution of the trauma concept stands out in the author's work, with the systematization of his propositions from the first reference to the term, in 1931, until the last discussion, held in a 1969 text. In the final part, the handling and its specificities in trauma practice were approached, emphasizing the modified analysis and the regression to absolute dependence, as to highlight the importance of adaptation in analytical environment to the fundamental needs of the patient.

**Keywords:** Theory of primitive emotional development, collapse, trauma, borderline, modified analysis.

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 1 ASPECTOS PRIMORDIAIS DA PRODUÇÃO TEÓRICO-CLÍNICA DE WINNICOTT .....</b>	<b>19</b>
1.1 A teoria do desenvolvimento emocional primitivo .....	20
<b>CAPÍTULO 2 CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA EM WINNICOTT .....</b>	<b>37</b>
2.1 Neurose .....	40
2.2 Psicose .....	42
2.2.1 Esquizofrenia infantil ou autismo .....	44
2.2.2 Esquizofrenia latente .....	45
2.3 Depressão.....	46
2.4 Tendência antissocial.....	51
2.5 Esquizoidia.....	52
2.6 <i>Borderline</i> .....	55
2.7 Classificação de acordo com as relações de dependência.....	62
<b>CAPÍTULO 3 O TRAUMA EM WINNICOTT .....</b>	<b>65</b>
3.1 Considerações sobre o trauma em Freud e Ferenczi .....	65
3.2 Panorama do trauma em Winnicott.....	70
3.2.1 Publicações de 1931 a 1956 .....	70
3.2.1.1 Sobre normalidade e ansiedade (1931) .....	70
3.2.1.2 Trauma do nascimento e ansiedade (1949) .....	72
3.2.1.3 Trauma decorrente da inconstância do ambiente levando à hiperatividade mental (1949) .....	73
3.2.1.4 Trauma decorrente de privação (1956).....	74
3.2.2 Publicações dos anos 1960.....	75
3.2.2.1 Trauma decorrente da interrupção na continuidade do ser (1960) / Trauma como quebra na continuidade da existência (1967) .....	75
3.2.2.2 Trauma associado a agonias impensáveis (1962) .....	76
3.2.2.3 Trauma como falha na provisão ambiental (1963) .....	83
3.2.2.4 Trauma por imprevisibilidade no cuidado ao lactente (1963) .....	85
3.2.2.5 Trauma como violação do <i>self</i> (1963) .....	87
3.2.2.6 Trauma relacionado ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família (1965) .....	90

3.2.2.7 Trauma por morte da mãe (1963) .....	94
3.2.2.8 Trauma como ausência da mãe por tempo excessivo (1967).....	94
3.2.2.9 Trauma em “O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva” (1967) .....	98
3.2.2.10 Trauma “a experiência mãe-bebê de mutualidade” (1969).....	100
3.2.2.11 Loucura da mãe como trauma (1969) .....	102
3. 3. Masud Khan e Roussilon em diálogo com Winnicott .....	104
<b>CAPÍTULO 4 ANÁLISE MODIFICADA .....</b>	<b>115</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>126</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>129</b>

## INTRODUÇÃO

É consenso que as transformações socioculturais e tecnológicas determinam nossas experiências subjetivas, delineando novos elementos que passam a integrar novas estruturas psíquicas. Compreender o alcance dessas transformações se configura como um desafio para o campo psicanalítico, pois estamos frente a manifestações contemporâneas de sofrimento mais complexas do que aquelas contempladas pela psicanálise clássica.

De fato, cada época é circunscrita por signos e características que marcam o indivíduo de forma singular, atravessando sua constituição psíquica e gerando marcas em sua história pessoal.

Nesse sentido, Bauman (2001) adverte que a sociedade atual se apresenta em uma configuração muito mais fluida, com limites borrados. Trata-se de uma realidade esvaziada de sua substância, levando comumente à vivência de um sentimento de vazio. A ausência de bases consistentes e fidedignas impele o sujeito a intentar formas de reassseguramento em um contexto nebuloso e precário, no qual as definições são engendradas de forma circunstancial.

Os pilares da sociedade, tais como a lei e a família, se tornaram fluidos e há uma intensificação do individualismo, forjando um contexto no qual os valores da liberdade e da autonomia prevalecem. Quando tudo se torna relativo e provisório os sujeitos passam a viver intensamente o agora, sem se preocupar com o outro e o futuro (BAUMAN, 2001, p. 81).

A sociedade globalizada tributa ao sujeito o custo psíquico de habitar um mundo competitivo, marcado pelo individualismo e pela insegurança, advindos da deterioração dos valores morais e éticos. Tal custo gera aumento do desamparo, deixando-o sem espaço para preservar sua identidade e para exercer plenamente sua subjetividade. Nas palavras de Cintra (2006):

Sofremos diariamente uma espécie de morte oblíqua, uma série de pequenos assassinatos e suicídios diminutos e anônimos que nunca são publicados nos jornais; é uma multidão incessante de depreciações, condenações e autorrecriações a que ficamos sujeitos desde o nascimento. São formas sutis de matar ou

morrer que levam a diferentes graus de dor, depressão, melancolia e muitas vezes ao suicídio (CINTRA, 2006, p. 49).

As rupturas são marcas inerentes à globalização, cujo traço é evidenciado também pelo esgarçamento dos vínculos, além do autocentramento e esvaziamento das trocas afetivas genuínas, com a conseqüente desconsideração da alteridade.

Figueiredo (2005) acentua o mal-estar na inapetência pela vida, no senso de futilidade e de irrealidade, na incapacidade de formar vínculos afetivos sólidos e saudáveis. O excesso de ansiedade provoca uma inaptidão para uma vida prazerosa, ao mesmo tempo em que o objeto primário excita demais e acolhe de menos. Assim, defesas são organizadas contra o excesso de excitação e exercem a função de proteção do objeto, apontando para a necessidade de formas de cuidados que não tenham a dimensão do excesso e da invasão. Essa conjuntura provoca no sujeito uma sensação de vazio, causada pelo desligamento do sentimento de existir.

De fato, a clínica da atualidade tem apresentado um tipo de demanda relacionado a angústias profundas, que se expressam nas depressões, na falta de sentido e nos sentimentos de futilidade. Temos então deparado com o aumento de pacientes que se apresentam em grave sofrimento psíquico diante de sentimentos de abandono, desamparo e fragilidade egoica, demandando esforços para que sobrevivam psicicamente antes de vir a ter algum desejo (SAFRA, 2004). A questão da psicanálise desloca-se, então, da falta e da busca de prazer para a busca de sentido da vida, apontando para a necessidade de reformulações no campo teórico-clínico-conceitual da área, frente a essas novas modalidades de sofrimento humano, algumas decorrentes de experiências traumáticas precoces.

Para Safra (2009), a frequência da manifestação do quadro *borderline* decorre do processo de globalização, que provoca despedaçamentos do sentido da vida e desenraizamento do ser humano. De acordo com suas palavras, “muitos são aqueles que tentam equilibrar-se em suas cercas, em fiapos de sentidos, fugindo do abismo da não-existência e do não-sentido” (SAFRA, 2009, p. 6).

Vaisberg (2004) reitera que, nesse contexto, faz-se necessária uma clínica capaz de lidar com aspectos ligados às falhas ambientais ocorridas quando ainda não havia presença pessoal para experienciar e simbolizar acontecimentos que vieram a comprometer a continuidade do ser e o desenvolvimento emocional. Os casos difíceis inspiram reflexões pelos impasses que engendram no cotidiano da clínica em função dos limites da analisabilidade que esses pacientes conferem à situação analítica.

Apresento esse cenário como pano de fundo da conjuntura sociocultural na qual os modos de subjetivação são ordenados, aspecto que me levou a refletir sobre qual seriam as formas de atuação apropriadas diante de sofrimentos tão radicais e da ameaça de perda da unidade egoica presentes nos casos considerados difíceis, que carrega consigo vivências traumáticas.

Estimulada a buscar contribuições teórico-clínicas que pudessem lançar um olhar inovador acerca desses casos, cheguei a D. W. Winnicott, autor que, em sua originalidade, traz importantes reflexões também acerca do trauma, relacionando-o ao ambiente e aos processos de constituição do ser. No rastro de Freud, Winnicott se interessou pelas questões do campo cultural e ambiental, destacando em toda a sua obra que “o desenvolvimento emocional do ser humano acontece no ambiente e desse depende impreterivelmente para sobreviver” (WINNICOTT, 1988, p.150). Por isso, adverte que o bebê é um fenômeno complexo que compreende seu potencial e o meio ambiente. (WINNICOTT, 1969/1994).

O processo de constituição psíquica do ser humano demanda a presença de outro humano. As organizações psíquicas primitivas somente se realizam na presença de alguém significativo que possibilite a constituição do *self*. É relevante destacar a importância das relações objetais no desenvolvimento emocional da criança, como parte fundamental do processo de tornar-se humano. O bebê se humaniza quando é visto pela mãe como alteridade singular, através do amor e do cuidado respeitoso. Há uma premência por relações íntimas e genuínas, que são importantes para o crescimento psíquico e para dar significação à experiência humana. É, pois, impossível estar no mundo sem o outro, aquele que viabiliza a nossa existência.

As ideias de Winnicott têm sido, inclusive, referência para compreensão de pacientes denominados *borderline*. A literatura psicanalítica

utiliza uma vasta terminologia para caracterizar esses casos: casos limites, casos difíceis, fronteiros, pacientes difíceis, pacientes limites, limítrofes e estados limites. Vários teóricos se referem a quadros clínicos mais amplos do que os apresentados pela tríade psicopatológica clássica, dentre eles, Deutsch e o conceito de personalidade “como se”; Kohut e a “personalidade narcísica”; Balint e os “sujeitos possuidores da falha básica”, e Winnicott com a “personalidade falso *self*”. Para Winnicott, correspondem a um sujeito prisioneiro de sua infância remota, que ainda não é uma *whole person* (WINNICOTT, 1955/1956, p.460) – ou seja, ainda não conseguiu experimentar a própria vida, de modo a se sentir como ser humano real, total e singular; não possui, pois, o sentimento de estar vivo, nem uma imagem interna estável de si mesmo.

A clínica psicanalítica dos casos difíceis, cuja matiz é demarcada por sentimentos de despersonalização, desrealização e desintegração, vem então apresentando um tipo de demanda relacionado a angústias primitivas que se expressam nas depressões, na falta de sentido e nos sentimentos de vazio e futilidade - sofrimentos que comprometem a qualidade do viver e do sentir. Assim, o sofrimento humano decorrente de experiências traumáticas precoces é motivo de atenção e preocupação profissional.

Ao mesmo tempo em que essa realidade nos apresenta novos desafios, abre portas a outras formas de adoecimento, cujos parâmetros etiológicos são compatíveis com graves perturbações na constituição da subjetividade humana em detrimento de vivências legítimas da própria realidade psíquica.

Ancorada em Winnicott, proponho então uma investigação acerca da formação do eu e de suas distorções vinculadas a traumas precoces decorrentes das formas de presença dos objetos primários nos períodos iniciais da vida. Busco analisar aqui as funções exercidas por esses objetos frente às necessidades primitivas da criança, bem como as falhas ocorridas no processo de desenvolvimento emocional, mais especificamente, em situações traumatogênicas que possam resultar em formas de adoecimentos compatíveis com os pacientes limite.

Essa pesquisa consiste então no estudo do lugar do trauma no adoecimento de “pacientes difíceis” e intenta lançar luz sobre seus aspectos

psicopatológicos ancorados no aporte teórico e clínico de D. W. Winnicott. Compreende uma pesquisa de natureza teórica realizada através de uma leitura minuciosa e sistemática da produção científica desse psicanalista inglês. O intuito é compreender o conceito essencial de trauma que se encontra disperso na extensão de toda a obra do autor, demandando a necessidade de sistematização para averiguar suas relações com as formas de adoecimento dos pacientes ditos difíceis.

A compreensão geral de suas ideias será construída por meio de consultas diretas às suas obras e a obras secundárias de alguns estudiosos da sua teoria que têm contribuído de forma significativa para expandir o pensamento winnicottiano. Dentre eles: Jan Abram (2008), Adam Phillips (1988), Elsa Dias (1998), Naffah Neto (2007-2010), Lejarraga (2012-2015), Forlenza Neto (2004-2012) e Plastino (2014).

O trabalho está organizado em quatro capítulos. No primeiro, busco explicitar aspectos gerais da teoria do desenvolvimento emocional primitivo formulada por Winnicott, a partir dos estágios de dependência absoluta, dependência relativa e independência relativa, e das tarefas básicas de integração, alojamento da psique no corpo e apresentação do mundo. Há um destaque especial à dependência original e à função do ambiente sustentador para o desenvolvimento da confiança na figura materna. Em seguida, o foco se desloca para a relevância dos erros e fracassos advindos da ambiência, através da adaptação inadequada às necessidades da criança, provocados por falhas maternas, resultando em intrusões ambientais originárias de reações no lactente que interrompem a continuidade de ser.

No segundo capítulo, trago as contribuições de Winnicott à classificação diagnóstica psicanalítica organizada ao longo de sua prática clínica, introduzindo novas ideias sobre o conceito de saúde psíquica e as formas de adoecimento. De forma geral, o autor descreve um grupo diversificado de formas de adoecimento, apresentando a seguinte categoria classificatória das doenças psíquicas: neurose, psicose, depressão, esquizoidia, *borderline*, patologia falso *self* e tendência antissocial. Além dessas divisões, apresenta contribuições complementares à classificação patológica específica dos aspectos funcionais, acrescentando categorizações de acordo com as relações

de dependência e com o gradiente de integração egoica, aspectos também abordados neste capítulo.

O terceiro capítulo traz as formulações teóricas fundamentais acerca da temática do trauma e a evolução desse conceito, observando a ordem cronológica das produções teóricas do autor e a sistematização de suas proposições desde a primeira referência ao termo, em 1931, até a última discussão, realizada em texto de 1969.

No quarto e último capítulo, intitulado “Análise modificada”, discuto a necessidade de o analista sustentar a regressão à dependência no caso de pacientes que passaram por experiências de colapso nos primórdios da existência, denominados casos difíceis por Winnicott, no intuito de viabilizar a integração do trauma ao *self* e constitui-lo como uma vivência pertinente ao passado, passível de simbolização. Assim, a análise modificada ganha o estatuto de uma ferramenta terapêutica que permite uma ampliação do campo de atuação da psicanálise.

Nas considerações finais, aponto a importância de novos estudos sobre esse tema tão rico e que, por sua importância, demanda novas articulações teórico-clínicas.

## **CAPÍTULO 1 ASPECTOS PRIMORDIAIS DA PRODUÇÃO TEÓRICO-CLÍNICA DE WINNICOTT**

A carreira de pediatra de Winnicott lhe proporcionou uma rica experiência clínica, permitindo-lhe descrever processos pertinentes à díade mãe-bebê e resgatar o valor potencial da família na promoção do desenvolvimento infantil.

Em toda a sua obra, o autor afirma a importância de um ambiente provisional e enfatiza que falhas excessivas no atendimento às necessidades básicas da criança podem comprometer o processo maturacional e a constituição psíquica, que somente podem se efetivar a partir da experiência inicial de confiabilidade no ambiente e continuidade dos vínculos afetivos.

A teoria do desenvolvimento emocional figura, então, como um horizonte através do qual Winnicott procura entender o processo do acontecer humano. Destaca que a tendência inata à integração se associa à premissa de que o indivíduo deve se constituir como pessoa na presença de um ambiente sustentador, de modo a conseguir se relacionar com o outro e com a realidade externa. Assim, a dependência inicial absoluta dos cuidados e da presença de outrem é condição imprescindível para o existir, para a continuidade do ser e para gerar sentimentos de confiabilidade e segurança.

Ainda que nos apresente uma classificação psicopatológica, a psicanálise de Winnicott tem como ponto central a compreensão da constituição do psiquismo, deixando em segundo plano as divisões nosológicas. O foco permanece na constituição do sujeito enquanto ser humano e no percurso da formação psíquica, enquanto as distorções são tratadas através do entendimento das problemáticas e falhas do ambiente, que podem levar à vivência de experiências traumáticas, modificando comportamentos e comprometendo o desenvolvimento físico e psíquico.

De fato, sua prática clínica confirma que algumas crianças apresentam adoecimentos psíquicos relacionados a etapas primitivas do desenvolvimento emocional, mais especificamente à relação mãe-bebê em estágios muito precoces, fato que o levou a direcionar sua atenção a essas fases da vida.

Na perspectiva winnicottiana, o sofrimento humano não tem origem apenas física, mas psicogênica e psicossomática. Como se verá mais adiante, o autor aponta, então, o início da vida e os cuidados maternos dispensados ao bebê como básicos no processo de amadurecimento pessoal e nas formas do adoecer psíquico.

### **1.1 A teoria do desenvolvimento emocional primitivo**

A teoria do desenvolvimento emocional figura como contribuição central no horizonte teórico proposto por Winnicott e apresenta um campo conceitual inovador, inserindo possibilidades ampliadas de pesquisa.

Concebida através de estudos da relação primitiva mãe-bebê, das influências do meio e da análise da relação transferencial, o princípio básico da teoria do desenvolvimento emocional é de que existe uma tendência herdada em direção ao crescimento e ao amadurecimento, rumo à integração no tempo e no espaço, ganhando destaque, como condição fundamental, a função facilitadora e estruturante da ambiência.

Winnicott (1963/2000) postula o reconhecimento da dependência inerente à condição humana, cuja jornada principia com um estado de dependência absoluta em direção a uma independência relativa. O processo de maturação se torna viável se o ambiente funciona como alicerce para as tendências inatas do bebê à integração, personalização e realização. Para o psicanalista inglês, ainda no ambiente intrauterino, o lactente já possui memórias correspondentes à continuidade da existência e defesas precárias contra intrusões ambientais. As vivências no ambiente fetal possibilitam um estado de ser rudimentar, um sentido incipiente dessa continuidade no tempo e no espaço.

O nascimento coloca o lactente numa condição de dependência total, pois seu desamparo e sua necessidade de cuidados físicos e emocionais, advindos de um ambiente facilitador, se configuram como condição básica para sua sobrevivência e desenvolvimento. Nessa fase, o potencial herdado necessita, então, de um meio adequado para tornar-se realidade, através de uma maternagem provisional:

Na infância precoce, porém, coisas boas e más que acontecem à criança estão na verdade bem fora do seu alcance [...] o apoio do ego proporcionado pelos cuidados maternos permite que a criança viva e se desenvolva apesar de não ser ainda capaz de controlar – ou de se sentir responsável – pelo que há de bom ou de ruim no ambiente (WINNICOTT, 1961/2000, p. 81).

O autor postula um estado de não integração primária natural que denota a ausência de reunião das partes do bebê em um si-mesmo, correspondendo a uma ausência de integração psicossomática, temporal e espacial. Essa condição carrega na sua essência uma área de amorfia, pois a não integração é acompanhada por uma não consciência. Neste momento, o bebê é um conjunto não organizado de fenômenos sensório-motores, uma junção de fragmentos e sensações que o leva a se entregar a um ambiente em que pode permanecer em pedaços de forma segura, sem se sentir fragmentado. Ao afirmar que “o bebê não existe”, Winnicott revela uma valiosa descoberta, antevendo os cuidados essenciais a esse ser. E acrescenta “a unidade não é o indivíduo. A unidade é a estrutura ambiente-indivíduo. O centro da gravidade do ser não se coloca no indivíduo, mas sim no todo da estrutura” (WINNICOTT, 1952/2000, p. 99). Através dos cuidados ambientais, a mãe ajuda a juntar suas partes, mantendo-o inteiro e, assim, aos poucos, ele começa a reunir-se em uma experiência. O amparo materno constitui, pois, o centro da experiência da criança, para que evolua de um estado de não integração para uma integração estruturada.

Por isso, para Winnicott, não é possível descrever o bebê sem o meio ambiente. O bebê é um fenômeno complexo composto pelo seu potencial herdado e pela ambiência, sendo que é a adaptação materna adequada que possibilitará a sensação de continuidade da existência e a emergência do psiquismo, que se dá através da elaboração das experiências corpóreas.

Importante destacar que é somente a partir da não integração que as diversas formas de integração podem ser viáveis. Assim, as experiências de continuidade e descontinuidade, vivenciadas desde o espaço intrauterino e associadas à alternância de períodos de integração com períodos de não integração, servem como esteio para a organização de um senso de unidade de si. O sentimento de continuidade do ser corresponde a uma sensação difusa de

seguir existindo. A experiência de um senso de existência, ao longo do tempo, sedimentará a base para a estabilidade egoica do sujeito.

Winnicott (1988) assinala dois estados do bebê – tranquilos e excitados – que se relacionam a diferentes aspectos do cuidado ambiental. Nos estados tranquilos, a criança descansa e permanece não integrada, em um relaxamento próprio de quem se sente bem sustentado, podendo, desse modo, se entregar aos cuidados maternos. Aqui, a mãe ambiente impede o imprevisível e provisiona a sustentação e o manejo global. Somente através de um estado de tranquilidade, o impulso pode ser sentido como real e transformar-se em uma experiência pessoal. Esses momentos de repouso e alheamento permitem o desenvolvimento da capacidade para estar só na presença de alguém, através da qual a criança constata a existência de uma vida própria e uma capacidade para existir sem precisar reagir às eventualidades externas, nem agir ou se movimentar em direção a algum interesse. Caso o indivíduo não conquiste essa capacidade, por não ter tido a oportunidade de vivenciar a solidão acompanhada, experimenta o estar só como “solidão sem”, ou uma espécie de vazio afetivo.

A confiança na mãe, desenvolvida a partir da repetição regular da experiência de sustentação, configura-se, pois, como condição básica para a vivência de situações relaxadas, de tranquilidade, trazendo ao bebê sensações de segurança e confiança. Assim, ele consegue passar com facilidade da experiência excitada para a tranquila. A associação dessas experiências se torna um padrão e modela a base para a capacidade de “acreditar em” (WINNICOTT, 1968/1987).

Por sua vez, os estados excitados estão relacionados ao princípio do estabelecimento do contato com a realidade, observando as raízes da agressividade. Os impulsos que excitam o bebê advêm da motilidade e da instintualidade - campo para o desenvolvimento da sexualidade que se refere ao conjunto de excitações gerais e locais. A criança experiencia, pois, seus impulsos instintivos a partir de uma tensão que se transforma rapidamente em uma urgência; ou seja, é arrebatada por uma perspectiva indefinida em relação à existência de objetos internos ou externos que impulsionam a “encontrar algo em algum lugar.”

A experiência que o bebê vive do funcionamento, das sensações e dos movimentos do corpo ganha um sentido ao ser imaginativamente elaborada.

Desde o início da vida, as funções corporais da criança, motoras, sensoriais e instintuais são organizadas e integradas pelas experiências do ego através da elaboração imaginativa, que corresponde ao trabalho no qual os impulsos instintivos, as sensações e os movimentos serão personalizados e integrados, ganhando um sentido. Em virtude dessa função de organização, as experiências são reunidas, evitando, assim, o risco de se perderem.

Para Winnicott (1988), o desenvolvimento da psique inicia com a elaboração imaginativa das funções somáticas; porém, sua função principal é a interligação de eventos passados com a consciência presente e as expectativas futuras. Trata-se de uma função psíquica primária, que inclui o que não é verbalizado, ou seja, é anterior às operações mentais de representação e simbolização, constituindo-se como base necessária para que a imaginação possa ser uma aquisição do processo de desenvolvimento emocional. É importante ressaltar que essa função também necessita de cuidados suficientemente bons para sua realização. Um corpo elaborado imaginativamente é um corpo vivo de uma criança que se move, que busca algo. Tudo o que tiver sendo experienciado no corpo e por meio do corpo está sendo personalizado através da imaginação elaborativa. No entanto, a elaboração imaginativa também desenvolve tarefas psíquicas mais sofisticadas ao longo do processo de amadurecimento, por exemplo, as operações intelectuais e a temporalização, que associa vivências passadas e futuras, traçando uma história pessoal e desenvolvendo um mundo interno e externo.

O processo maturacional tem início, então, na fase de dependência absoluta, durante a qual a integração se torna possível a partir do estado de não integração associado a condições favoráveis ofertadas por uma ambiência suficientemente boa. Nesse estágio, o neonato está imerso em sensações, sem condições de decifrá-las. A elaboração imaginativa de elementos, sentimentos e funções somáticas é a primeira tarefa da psique e implica em vitalidade física. Mas, para realizá-la, o pediatra e psicanalista inglês evidencia a importância dos cuidados iniciais:

A razão pela qual essa característica especial dos cuidados aos bebês deve ser mencionada, [...] é que angústias muito fortes são experimentadas nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional, antes que os sentidos estejam organizados, e que ali exista algo que possa ser chamado de um ego autônomo (WINNICOTT, 1956/2000, p. 31).

Nessa configuração inicial da vida, é imprescindível, portanto, uma adaptação ativa às necessidades do bebê. O cuidado materno a partir do qual o bebê é mantido aquecido, abraçado, banhado, embalado e nomeado tende a reunir a personalidade a partir do interior, ou seja, “reúne os diversos pedaços do bebê em uma pessoa capaz de ser ocasionalmente um ser inteiro com uma mãe que junte seus pedaços” (WINNICOTT, 1945/1981, p. 151). Se o ambiente é adaptativo aos fatores constitucionais, as características idiossincráticas e reais da criança fluem com facilidade.

O ambiente capacitado para fornecer as condições primordiais de sustentação é considerado como mãe-ambiente, possuidora de uma vital importância e características específicas, como deixar o recém-nascido vivenciar sua onipotência e proporcionar continuidade de cuidados visando à obtenção de estabilidade. Uma mãe suficientemente disponível e afetiva permite que o bebê confie no ambiente. Winnicott pontua que “o verdadeiro desenvolvimento somente é possível a partir da crença no ambiente” (1965/1994, p.104). A emergência da confiança se fundamenta, pois, na estabilidade do ambiente e depende de relações contínuas e regulares que possibilitem a previsibilidade e protejam o bebê de impactos internos e externos e da impermanência ambiental para além da sua tolerância.

A relevância dos cuidados ambientais é postulada como fator proeminente para o estudo da constituição psíquica nos primórdios da vida em direção a uma identidade unitária. A consistência do cuidado materno como meio para o desenvolvimento maturacional permite que a criança “comece a existir, construa um ego pessoal, tenha experiências e enfrente as dificuldades inerentes à vida” (WINNICOTT, 1956/2000, p. 304). O bebê que sente tudo isso como real se torna capacitado a ter um *self*.

A adaptação adequada é consequente do que Winnicott denomina *preocupação materna primária*, capacidade empática, vivenciada pela mãe, que antecede o nascimento e prossegue até alguns meses de vida da criança. Trata-

se de uma circunstância de extrema sensibilidade que capacita a mãe a exercer uma função de entorno, de sustentação egoica que permite a constituição de um espaço de importância primordial para o desenvolvimento de um sentido de continuidade de existência. A mãe é “biologicamente condicionada para sua tarefa de lidar de modo todo especial com as necessidades do recém-nascido” (WINNICOTT, 1956, p. 400).

Nas palavras de Winnicott, a mãe disponível deve:

[...] oferecer um *setting* para a constituição do bebê, com vistas a que ele comece a se fazer evidente para que as tendências de desenvolvimento comecem a desabrochar e para que o bebê experiencie um movimento espontâneo e se torne o proprietário das sensações que são próprias a esta precoce fase da vida (WINNICOTT, 1956/2000, p. 303).

Outra terminologia utilizada por Winnicott para se referir a essa condição especial é *mãe devotada comum*. O estado indiferenciado entre a dupla mãe-bebê permite que se confundam, num contexto de mutualidade. Na experiência de mutualidade, dá-se uma comunicação mãe-bebê em termos fisiológicos através do ritmo respiratório, batimentos cardíacos, mudança de posição e calor do seio, ou seja, predominantemente corporal – uma sintonia de corpos vivos. Nesse contexto, surge uma intercomunicação silenciosa, de confiabilidade, a partir da experiência de intimidade entre a dupla mãe-bebê.

A relação mãe-bebê pode ser promotora de um ambiente que funcione como suporte ao longo do processo de desenvolvimento, através de uma adaptação ativa. Porém, em situações divergentes, a mãe precisa ser saudável psiquicamente para conseguir entrar nesse estado e dele sair no momento adequado, qual seja, à medida que a criança começa a desenvolver recursos próprios.

Nesse estágio de fusão original, o amor é indissociável da agressividade, sendo sempre ambivalente. O impulso amoroso primitivo corresponde ao amor instintivo em que apetite e excitação se encontram indiferenciados e marcados pela destrutividade. Aqui, a voracidade é a marca central, por isso Winnicott sugere a denominação “amor boca”. Movida por sua tensão instintual, a criança se projeta em direção ao seio materno de forma rude e brutal, para fazer contato, amar e devorar a mãe. Os impulsos desse amor

primitivo são impiedosos, pois nessa etapa a criança ainda não tem noção nem intenção de causar danos. A qualidade destrutiva desse amor é, na verdade, uma forma de expressão da vivacidade da criança. Ao ser tomado por um impulso excitado, o bebê ama a mãe com um amor que devora, consome e machuca.

O termo mãe suficientemente boa não traduz um ambiente ideal; ao contrário, inclui também falhas inevitáveis e passíveis de serem cometidas pelo ser humano - significa um ambiente que dê sustentação ao bebê e permita a continuidade da existência sem interrupções graves por um tempo considerável.

Na saúde, as perturbações ambientais até certo grau constituem um estímulo valioso, mas para além desse grau tais perturbações são contraproducentes na medida em que dão margem a reações. Nesse estágio tão inicial do desenvolvimento ainda não há força suficiente do ego para que ocorra uma reação sem perda de identidade (WINNICOTT, 1949/2000, p. 263).

De acordo com essa perspectiva, ao apresentar uma teoria sobre os primórdios do processo de constituição egoica, destacando a importância primordial dos cuidados humanos contingentes para a formação da subjetividade, Winnicott (1960/1990) apresenta também a relevância dos erros e fracassos advindos da ambiência.

Winnicott (1965/1983) assinala:

Existe tanta diferença entre o começo de um bebê cuja mãe pode desempenhar essa tarefa suficientemente bem e o de um bebê cuja mãe não o possa, que não há validade nenhuma em se descrever bebês nos estágios iniciais a não ser relacionando-os com o funcionamento das mães. Quando a mãe não é suficientemente boa, a criança não é capaz de começar a maturação do ego, ou então, ao fazê-lo, o desenvolvimento do ego ocorre necessariamente distorcido em certos aspectos vitalmente importantes. (WINNICOTT, 1965/1983, p. 56)

O processo de desenvolvimento emocional tem início após a concepção e prossegue por toda a vida até o momento da morte natural do indivíduo. É desdobrado em estágios primitivos de dependência absoluta, de dependência relativa e rumo à independência. Essas etapas correspondem às bases nas quais são sedimentados os alicerces fundamentais da personalidade

e da saúde psíquica. Winnicott (1963/2000) ressalta, porém, que a independência nunca será absoluta, ou seja, mesmo na idade adulta, o indivíduo nunca será totalmente independente do meio ambiente.

Para referir-se à sequência das primeiras experiências concretas de amamentação, o autor utiliza o termo *primeira mamada teórica*, período que corresponde aos primeiros meses de vida da criança, em que a atividade de amamentação é central para o início do contato com a realidade e o princípio de sua constituição psíquica.

A primeira mamada teórica é representada na vida real pela soma das experiências iniciais de muitas mamadas. Após a primeira mamada teórica, o bebê começa a ter material com o qual criar. É possível dizer que aos poucos o bebê se torna capaz de alucinar o mamilo no momento em que a mãe está pronta para oferecê-lo. As memórias são constituídas a partir de inúmeras impressões sensoriais, associadas à atividade de amamentação e ao encontro do objeto. No decorrer do tempo, surge um estado no qual o bebê sente confiança em que o objeto de desejo pode ser encontrado, e isto significa que o bebê gradualmente passa a tolerar a ausência do objeto. Desta forma inicia-se no bebê a concepção da realidade externa, um lugar de onde os objetos aparecem e no qual desaparecem. Através da magia do desejo, podemos dizer que o bebê tem a ilusão de possuir uma força criativa mágica, e a onipotência existe como um fato, através da sensível adaptação da mãe. O reconhecimento gradual que o bebê faz da ausência de controle mágico sobre a realidade externa tem como base a onipotência inicial transformadora em fato pela técnica adaptativa da mãe (WINNICOTT, 1956/2000, p. 403).

Na primeira mamada teórica, há então a primazia da relação mãe-bebê, pois é a partir dela que se estabelece um registro mnêmico que servirá de base para a experiência alucinatória do objeto. É também através da tarefa de amamentação que são estabelecidos os primórdios da relação com a realidade externa, da qual a mãe é a representante primeira. Ganha destaque, aqui, a qualidade do contato mãe-bebê, ou seja, o início de uma comunicação muito especial. Nas palavras de Winnicott (1968/1987, p.188): “[...] quando mãe e bebê entram em sintonia na situação de alimentação, estão lançadas as bases de um relacionamento humano. É a partir daí que se estabelece o padrão de capacidade da criança de relacionar-se com os objetos e com o mundo”.

Esse processo de sintonia fina permite que a criança desenvolva a ilusão de criar o objeto, permitindo, assim, a criação de um espaço de

experimentação denominado área de ilusão que viabiliza o fenômeno da onipotência, imprescindível nessa etapa da vida.

Através da adaptação quase completa da mãe, é proporcionada ao bebê a experiência de ilusão de onipotência. Em outras palavras, o seio é criado e recriado pelo bebê inúmeras vezes, de acordo com sua necessidade. Assim, desenvolve-se um fenômeno subjetivo, através do qual a mãe coloca o seio real exatamente no momento em que a criança está pronta para criá-lo. A adaptação da mãe, suficientemente boa às necessidades do seu bebê, lhe proporciona a ilusão de que existe uma realidade externa compatível com a sua capacidade de criar. O domínio da ilusão fundamenta o início da experiência.

Nesse processo, a necessidade da criança revela um potencial criativo. Winnicott (1988) se refere à criatividade primária, posto que o impulso criativo é primitivo e espontâneo. Na primeira mamada teórica, o lactente realiza um gesto para alcançar algo em decorrência da tensão instintiva e da sua vitalidade. Ao ser provido de cuidados necessários, dotado de criatividade primária e apoiado na tensão instintiva, o bebê realiza um movimento em direção a um suposto objeto, quando ainda nem desconfia da existência de algo: dá-se, então, o gesto espontâneo, que indica que o lactente está buscando algo. Se a figura materna responde a esse gesto de forma adaptativa, o bebê acredita que a ação materna é resultado do seu gesto, vivendo, assim, a experiência de criar o que encontra. O mundo criado pelo bebê advém, pois, daquilo que lhe é apresentado quando ele realiza um gesto espontâneo.

A mãe deve sustentar a situação no tempo, aguardando qualquer demanda por parte do bebê. A repetição desses cuidados desenvolve a capacidade de confiar no ambiente. Nessa fase, é importante ressaltar a continuidade e monotonia dos cuidados maternos, pois tudo aquilo que surge em uma etapa muito precoce necessita de tempo para se estabelecer e se tornar estável.

A capacidade que a mãe tem de ir ao encontro das necessidades do bebê permite que sua trajetória de vida seja relativamente contínua: permite-lhe, também vivenciar situações de não integração ou relaxadas, a partir da confiança que deposita na realidade do fato de o segurarem bem. O bebê passa, então, da integração ao conforto descontraído da não integração, e o acúmulo dessas experiências torna-se um padrão e forma a

base para as expectativas do bebê. Ele passa a acreditar na confiabilidade dos processos internos que levam à integração em uma unidade (WINNICOTT, 1968/2000, p. 8).

O processo maturacional afetivo comporta três tarefas básicas, a saber: a integração, o alojamento da psique no corpo e a tarefa de apresentação do mundo.

A integração ocorre inicialmente de forma alternada, em períodos curtos, até tornar-se um fato na vida da criança, quando esta alcança uma existência unitária e a dimensão de temporalidade. Esse processo representa uma aquisição básica e reúne um conjunto de experiências possibilitadas pela provisão ambiental, de modo que a criança pode se relacionar com a realidade externa buscando uma unidade como indicativo de saúde psíquica. Nas palavras de Winnicott (1962/1983):

[...] A integração está intimamente ligada à função ambiental de *holding*. O objetivo da integração é a unidade. Inicialmente existe o eu de que faz parte “tudo aquilo que não é eu”. Posteriormente temos o “eu sou”, eu existo, eu reúno experiências e me enriqueço, tendo uma interação introjetiva e projetiva com o “não eu”, o mundo real da realidade fragmentada. (WINNICOTT, 1962/1983, p. 60)

O processo de integração se inicia logo no começo da vida e continua durante todo o percurso do ser humano. Trata-se, pois, de um processo contínuo e precário, com flutuações frequentes. Uma das tarefas do processo de integração é o *holding*, que alcança toda a sensibilidade da mãe em sua relação com o bebê, nas formas visual, auditiva, cutânea, no segurar que evita a queda. Segundo Winnicott (1960/1983), o termo *holding*:

[...] é usado não apenas para o segurar físico do bebê, mas também a provisão total anterior ao conceito de *viver com*. Refere-se à relação espacial ou em três dimensões com o fator tempo gradualmente adicionado. Isso se superpõe, mas na verdade se inicia antes das experiências instintivas que com o tempo determinaram as relações objetais. Inclui a elaboração de experiências que são inerentes à existência, tais como o *completar* (e, portanto, o *não completar*) de processos, que de fora podem parecer puramente fisiológicos, mas que fazem parte da psicologia da criança e ocorrem em um campo psicológico complexo, determinado pela consciência e pela empatia materna. (WINNICOTT, 1960/1983, p. 44)

A fase de *holding* compreende o processo primário, a identificação primária, o autoerotismo e o narcisismo primário como realidades vivas. A partir dessa etapa, outros processos são desencadeados, como o despertar da inteligência e a sensação de ter a mente separada da psique, contribuindo para a organização do conteúdo psíquico pessoal e o desenvolvimento da função simbólica. O cuidado materno através da sustentação física e emocional permite que experiências de situações potencialmente fragmentadoras se configurem como um sentimento de continuidade do ser, que é a base da força egoica.

O *holding*, então, protege da agressão fisiológica, leva em conta a sensibilidade cutânea do bebê, tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, sensibilidade à queda (ação da gravidade) e a falta de conhecimento do lactente da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo. Também inclui a rotina completa do cuidado dia e noite e acompanha as mudanças instantâneas do dia a dia, inerentes ao crescimento e desenvolvimento do bebê, tanto físico como psicológico (WINNICOTT, 1960/1983, p. 48).

Em síntese, o *holding* é uma tarefa materna que implica em sustentar fisicamente o bebê no estágio de dependência absoluta, no sentido de prover cuidados contínuos e previsíveis para que ele possa desenvolver sua identidade pessoal e o senso do si-mesmo, enfim, a sensação de sentir-se seguro e sustentado no tempo de forma contínua.

Se a criança não recebe o *holding* como cuidado fundamental e não registra a sensação de ser segurado com confiabilidade, é lançada no campo das agonias impensáveis, acompanhadas de sensações de despedaçamento, queda permanente e perda do senso de realidade. Adiante, retornaremos ao tema das agonias primitivas.

Na sequência, a personalização corresponde ao alojamento da psique no corpo e permite estabelecer uma coesão entre psiquismo e soma, possibilitando que operem como uma dimensão unitária. O tipo de cuidado materno correspondente é o *handling*, ou seja, toque, manuseio e manipulação adequados que permitem que se estabeleça um conluio psicossomático.

Para Winnicott (1969/1999), um ambiente facilitador possui condições suficientes para garantir o processo de desenvolvimento infantil e reúne elementos básicos para a instalação da confiança, que, por sua vez, é

dependente da confiabilidade no meio. “[...] o segurar (*holding*) e manusear (*handling*) trazem à tona toda a questão da confiabilidade humana” (1969/1999, p.141).

As vivências sensório-motoras, entre a díade mãe-bebê, associadas às modulações apresentadas pelo ambiente como escuridão-luminosidade, frio-calor, conforto-desconforto, permitem a organização da sensorialidade através da pele, imprescindível para a delimitação das fronteiras corporais e psíquicas. A pele é resultante da qualidade desse contato, tornando-se o revestimento dos limites das fronteiras de diferenciação eu-não-eu. Através dessas vivências, o bebê começa a se relacionar com o corpo e com as funções da pele como membrana limitante. Conforme já ressaltado, Winnicott (1963/1983) denomina esse tipo de comunicação corporal como pré-verbal ou experiência de mutualidade. Essa comunicação ocorre no nível de sensações, em um momento pressimbólico, por intermédio da reciprocidade no contato físico. Dá-se, então, uma forma de conhecimento através da fisiologia dos corpos vivos, por meio da qual o bebê registra os efeitos da confiabilidade e torna possível o alojamento do psiquismo no corpo de forma lenta e gradual.

Ao contrário, se a ambiência não é responsiva, a criança não atinge o senso do si-mesmo, nem o contato verdadeiro com a realidade externa, ou seja, nunca percebe com clareza o que é externo e o que é interno. O afrouxamento ou a perda da conexão saudável entre o psiquismo e o corpo apresenta como consequência um estado de desconforto psicossomático. A perda de contato com o funcionamento corporal acarreta a sensação de estranhamento, através da qual algumas partes são sentidas como se não pertencessem ao próprio corpo.

O cuidado materno correspondente à terceira tarefa, a apresentação dos objetos, representa o início do contato com a realidade externa e a percepção dos objetos a ela pertencentes. O desenvolvimento da capacidade de se relacionar com objetos depende do sentimento de “continuar sendo”, bem como de uma provisão ambiental permanente durante todo o processo de constituição psíquica que possibilita a experiência de criar o objeto.

Nessa etapa, a adaptação absoluta do ambiente permite ao bebê a preservação da ilusão de onipotência e do seu mundo subjetivo. O objeto subjetivo tem como principal característica a confiabilidade ambiental, pois é

criado pela criança no momento da sua necessidade e possui a dimensão exata da sua capacidade de recepção, sendo, naquele momento, assimilado como parte integrante do bebê. Nas palavras de Winnicott (1963/1983):

De início, o relacionamento é com o objeto subjetivo, e é uma longa jornada até o desenvolvimento e estabelecimento da capacidade de se relacionar com um objeto que é percebido objetivamente e que tem a possibilidade de ter uma existência separada, uma existência exterior ao controle onipotente do indivíduo. (WINNICOTT, 1963/1983, p. 202).

É importante destacar a riqueza da complexidade das funções exercidas pela figura paterna, posto que o pai faz parte do ambiente em que a criança se desenvolve, apesar de não participar diretamente da relação dual entre a mãe e o bebê. Sua presença e disponibilidade são de alta relevância, pois assume facetas diferenciadas, ao longo do processo de desenvolvimento emocional. O pai é o ambiente do ambiente, ou seja, é o suporte afetivo da mãe nas etapas de dependência absoluta e relativa. Na fase de dependência absoluta, a função paterna consiste em dar sustentação, ou, de forma mais precisa, em proteger a mãe das perturbações externas que possam comprometer a disponibilidade da figura materna à preocupação materna primária. Assim, o pai ajuda a compor o ambiente total no qual o bebê se desenvolve e participa da vida do filho como mãe substituta. A sustentação da díade mãe-bebê persiste durante o período de dependência relativa. A utilização do pai como modelo para a integração do lactente prenuncia o estatuto do ser unitário que deverá ser alcançado pela criança, que começa, então, a discernir aspectos da participação paterna como firmeza e ordem.

Na **fase de dependência relativa**, o infante começa a tomar consciência dos detalhes do cuidado materno e da própria dependência, em função do desenvolvimento da capacidade de discriminação dos aspectos do ambiente circundante. O bebê é confrontado com a irrupção da realidade objetiva através da transformação do objeto subjetivo – criação própria e manipulável – em objeto objetivo, fora da sua área de onipotência. Assim, a criança emprega sua capacidade de imaginação para criar um símbolo da figura materna, utilizando o suporte dos traços da externalidade. Nessas condições, não será invadida por um sentido de realidade externa sem uma preparação adequada, e

a seu tempo, para aceitá-la. A capacidade de se relacionar com objetos é, pois, decorrente de uma adaptação materna suficientemente boa.

Nas palavras de Winnicott (1960/1983):

A mãe suficientemente boa alimenta a onipotência do lactente, e o faz repetidamente. Um *self* verdadeiro começa a ter vida, através da força dada ao fraco ego do lactente pela complementação dada pela mãe às expressões de onipotência do lactente. (WINNICOTT, 1960/1983, p. 133)

A onipotência do bebê é resultante da experiência de ilusão, que, por sua vez, estabelece uma ponte com a realidade no momento da primeira mamada teórica, quando o bebê tem a ilusão de que o que ele encontra ali foi criado por ele, ou seja, o infante acredita ter criado a realidade. Como vimos, se a mãe oferece o seio e se adapta à necessidade do bebê, há uma coincidência entre sua necessidade e seu gesto criativo, isto é, o bebê cria aquilo que encontra. A qualidade do contato criativo com o mundo indica que a vida vale a pena e permite o início da experiência de ser em contato com a realidade. Essa experiência estabelece o sentimento de ser real que a criança poderá vir a ter do mundo e de si própria, integrando as bases da saúde psíquica. Ao contrário, se ela não tem a oportunidade de ter um contato criativo com a realidade, constitui-se uma relação de submissão que origina a sensação de inutilidade. Desse modo, o contato com a realidade perde o sentido, e as experiências não se tornam significativas, não se estabelecem como experiências pessoais, pois são desprovidas de pessoalidade.

É, então, necessária uma sólida experiência de ilusão e onipotência para que a criança consiga, aos poucos, instaurar experiências de transicionalidade. É fundamental que o bebê participe da experiência de criar o mundo para que sua capacidade criativa se desenvolva como uma contribuição pessoal em sua inter-relação com o ambiente, com a subsequente ideia de construção de valor e de sentido da vida.

O encontro com o mundo compartilhado é, pois, pleno de descobertas, desenvolvendo a criatividade da criança e permitindo o sentido do real, imprescindível ao sentido de externalidade. A transicionalidade inaugura a conquista de outro sentido de realidade, que possibilitará a instauração de uma área específica da experiência. Na fase transicional, a criança continua a viver

em um mundo subjetivo, porém, com o comprometimento da onipotência, alguns aspectos da realidade externa passam a interferir na experiência. A tendência ao amadurecimento direciona a criança rumo à realidade compartilhada, na qual poderá se relacionar sob a perspectiva da objetividade.

A transicionalidade corresponde ao momento em que o bebê vivencia a transição de sua realidade interna para a externalidade, transportando-o do mundo criado por ele para o mundo externo. Nessa fase, a mãe proporciona a perda da ilusão mágica de que a externalidade corresponde ao mundo da criação onipotente da criança. Ao internalizar seu primeiro objeto criado, outra demanda se apresenta - a de estabelecer contato com uma realidade que se contrapõe um pouco mais à força vital da criança, permitindo o exercício da sua criatividade.

O objeto subjetivo somente se desenvolve em direção à transicionalidade se sair da área de controle onipotente da criança. Ao emergir da área na qual foi construída a realidade do mundo subjetivo, dá continuidade à ilusão a partir de modificações graduais na onipotência, constituindo, assim, o início do processo de simbolização. Os fenômenos transicionais representam, pois, a transição da jornada entre a realidade subjetivamente concebida e a realidade objetivamente percebida. Ao ser destruído na fantasia, sobrevivendo no mundo externo, o objeto poderá ser redescoberto fora da área de onipotência da criança. Ao sobreviver, pode ser amado pelo infante, tornando-se valioso por ter sobrevivido à destruição, desenvolvendo vida própria e autonomia e se relacionando com a criança conforme suas próprias características. Dito de outra forma, o objeto pode ser percebido na sua alteridade.

Ao passar de um estado fusional com a mãe para um estágio de separação, a criança desenvolve a percepção da existência de objetos e fenômenos situados fora do alcance de seu controle onipotente. Winnicott (1951/1971) pontua que, nessa etapa, o bebê adota objetos de especial importância e a esses denomina de objetos transicionais ou de primeira posse não-eu, que dão suporte à ilusão de encontrar um apoio suportivo na realidade. Nesse campo de ilusão, há uma justaposição entre aquilo que a criança imagina e o que a mãe apresenta, configurando-se, assim, uma área intermediária entre a subjetividade e a externalidade.

O mundo transicional requer tempo para se organizar como uma conquista, pois necessita de cuidado materno concreto que sustente a

continuidade do processo de desenvolvimento emocional. O fracasso materno em manter vivo o mundo subjetivo resulta em surgimento de desesperança quanto às relações objetais, pois o interesse pelo objeto arrefece, e o infante sente que perdeu algo de importante ou que algo permanece ali, destituído de significado.

A terceira área de experiência, também denominada espaço potencial, é o lugar onde o indivíduo pode repousar e desfrutar, ou seja, viver temporariamente reservado da tarefa de distinguir entre fantasia e fatos. Diante de condições ambientais suficientemente boas, essa área é disponibilizada para a criatividade e para o exercício da capacidade de simbolizar e brincar. O espaço transicional que se forma entre a díade mãe-bebê, no momento da separação, evita que esta seja traumática. No entanto, se é precário, resulta em prejuízo na constituição do objeto, o que, por sua vez, implica em uma relação precária de alteridade. O prejuízo na constituição do objeto resulta em um comprometimento no processo de desenvolvimento e amadurecimento do eu. A ausência do objeto ocasiona uma fragmentação no ego, ou seja, a perda do outro significa a perda de si e é experienciada como seu desaparecimento no psiquismo, pois a criança ainda não possui recursos internos para lidar com a perda. O colapso na transicionalidade é provocado pela experiência de separações precoces, pelo abandono na mais tenra infância e pelo esmaecimento da imago materna.

Com o início da separação eu/não eu, a alteridade e a empatia começam a se desenvolver. À medida que a integração egoica evolui, a criança vai necessitando, cada vez menos, da presença materna. Os objetos transicionais entram em cena para criar o espaço inaugural de separação entre a dupla mãe-bebê; sendo considerados como símbolo de separação e união, surgem do apego da criança a certos objetos escolhidos por ela mesma. São investidos de uma importância especial e tratados com imenso carinho, mas também com certa brutalidade. Por certo tempo, são insubstituíveis e indispensáveis, principalmente em momentos de tensão e angústia. Com o tempo, serão esquecidos e relegados ao limbo, perdendo seu significado.

A delimitação das fronteiras internas e externas é necessária para o surgimento do símbolo, produto da confluência entre o mundo interno e a externalidade, resultado da qualidade das experiências íntimas que vão determinar a capacidade para a simbolização. Se a realidade externa se torna

predominante, a imaginação é prejudicada, e a criança suporta os eventos da realidade externa da forma como eles se apresentam; ou seja, há um prejuízo na experiência transicional. A capacidade de simbolização é um processo sofisticado que exige um nível de desenvolvimento avançado para lidar com ausências, e somente é viável no momento em que a criança tolera a alteridade. O comprometimento na capacidade de simbolização provoca fracasso em manter vivo o objeto interno, pois há um superinvestimento na realidade externa na tentativa de se manter ligado ao objeto, cuja perda significa a perda de si. O prejuízo no estabelecimento dos limites interno-externo implica imaturidade emocional e vulnerabilidade psíquica.

À medida que a integração egoica evolui, a criança vai necessitando da presença materna cada vez menos. Nesse contexto, destaca-se a importância de uma desadaptação graduada, de acordo com as necessidades da criança, devendo, então, ocorrer pequenas falhas no cuidado materno, desde que proporcionais à sua maturidade crescente. A desadaptação materna é imprescindível para o início da ruptura entre a díade mãe-bebê e permite a integração em um eu separado e unitário, capaz de firmar relações com a externalidade. O processo de desilusão do infante é fundado nas bases da capacidade para a ilusão de onipotência, pertinente à experiência de criar o mundo.

No **estágio rumo à independência**, a criança se torna gradativamente apta a enfrentar o mundo e suas complexidades e capacitada para uma existência pessoal satisfatória, fundamentada em um mundo interno sólido, sedimentado nas suas próprias experiências. Na saúde, o longo percurso do processo de desenvolvimento emocional resulta na integração egoica alcançada através da conquista do estágio de identidade unitária que, por sua vez, permite a inserção do indivíduo no campo das relações interpessoais e carrega consigo a capacidade ambivalente para o amor e o ódio.

Nesse período, o bebê consegue sobreviver sem o cuidado real adaptado às suas necessidades, pois a acumulação de memórias de uma maternagem adequada já foi incorporada, ou seja, houve a introjeção dos aspectos de cuidado. A conquista da identidade unitária precede as etapas seguintes, tais como, o complexo de Édipo, a latência, a adolescência, a idade adulta, a velhice e a morte.

## CAPÍTULO 2 CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA EM WINNICOTT

A classificação diagnóstica psicanalítica elaborada por Winnicott difere, em alguns aspectos, da organização apresentada por Freud. O psicanalista inglês estabelece contornos pessoais a partir de um aporte teórico singular, introduzindo novas ideias sobre o conceito de saúde psíquica, para, somente *a posteriori*, desenvolver um pensamento acerca das patologias e das formas de adoecimento psíquico.

Como vimos, sua concepção de saúde fundamenta-se no processo de desenvolvimento pessoal. E é a partir dessa premissa que delimita alguns parâmetros de uma condição saudável de vida, a saber: saúde considerada em termos de desenvolvimento emocional, implicando maturidade psíquica compatível com a idade cronológica do indivíduo; desenvolvimento saudável, tendo como suporte uma atitude ambiental correspondente ao estágio de maturidade pessoal; saúde e doença descritos não apenas em termos individuais, mas em consonância com ações ambientais apoiadoras ou antagônicas.

Ao descrever um indivíduo saudável, Winnicott enfatiza a importância de “sentir-se real e adquirir um senso de *self* e um senso de ser”. Acrescenta a necessidade de se utilizar critérios mais sutis, como o conceito positivo de saúde para falar desse tema, como “liberdade de ilusão, capacidade para ter confiança e fé, constância e confiabilidade objetal e riqueza de realidade psíquica pessoal” (WINNICOTT, 1967/1983, p.7-8). A conquista de uma experiência de vida subjetiva proporciona a oportunidade de o indivíduo se constituir, estabelecer sua identidade e ser um membro criativo e vitalizado, preservando sua espontaneidade pessoal. Essa sutileza pode ser percebida ainda na necessidade de uma sustentação eficaz que possibilite ao bebê habitar seu próprio corpo, integrando sensações, partes, movimentos e fragmentos que o compõem em uma unidade, com o propósito de construir uma história pessoal ao longo do tempo, à qual possa ser atribuída um sentido próprio e uma continuidade, propiciando um sentimento de habitar o mundo de forma efetiva.

Winnicott reafirma as contribuições e as limitações da classificação psicanalítica tradicional no tocante aos aspectos nosográficos. No entanto, apesar de ampliar alguns aspectos clássicos, o psicanalista inglês reitera a

relevância de todo o construto teórico freudiano ao afirmar que “alguns podem pensar que, ao expor um método de classificação que inclui o ambiente, estou deixando de lado tudo que a psicanálise conseguiu no estudo do indivíduo” (WINNICOTT, 1965/1983, p.125).

A psicopatologia winnicottiana é maturacional e não sintomatológica. Na obra *O ambiente e os processos de maturação*, o autor propõe uma forma de investigar a classificação dos distúrbios mentais a partir do processo de desenvolvimento emocional. O diagnóstico não é realizado a partir de sintomas peculiares, mas baseado nas dificuldades em atingir as conquistas específicas de cada etapa de maturidade psíquica. A natureza do sofrimento que acomete o indivíduo encontra-se diretamente relacionada à fase do processo de desenvolvimento em que o distúrbio foi originado e à natureza da tarefa básica envolvida no fracasso ambiental.

Winnicott ressalta a importância do diagnóstico nos seus aspectos mais variados, dentre eles, como fundamentação do trabalho analítico e base do seu planejamento, ou seja, o diagnóstico é considerado como embasamento para a ação. A continuidade de sua elaboração no decurso do tratamento e a necessidade de um diagnóstico individual e social, que observe as condições ambientais do paciente, também são destacadas no processo de classificação diagnóstica. Ao defrontar-se com algum tipo de caso que apresente erro, Winnicott aponta para a modificação na forma de intervenção clínica, de acordo com as necessidades do paciente relativas a etapas de dependência durante o processo de desenvolvimento emocional. Acrescenta ainda que o diagnóstico não é hermético, podendo sofrer alterações no curso do tratamento, pautadas sempre nas demandas do paciente.

É bastante esclarecedora sua afirmação de que não há intenção de rotular tipos de personalidade de forma especulativa. As doenças são classificadas como distorções e precariedades relativas à natureza humana. Não são definidos quadros clínicos patológicos de forma rígida, mas são relacionadas alternâncias entre sintomatologias diferenciadas em um período de tempo determinado. Faz-se necessária, então, uma classificação da especificidade do distúrbio para a compreensão de alguns fenômenos e para a orientação do tratamento, de acordo com as carências do indivíduo. Para Winnicott, o quadro

clínico de uma pessoa mentalmente doente pode variar de acordo com o suporte ambiental, mesmo quando a doença permanece temporariamente inalterada.

A proposta de classificação diagnóstica de Winnicott não pode deixar de levar em consideração, portanto, a premissa de que o desenvolvimento psíquico do ser humano, ao longo da vida, ocorre em estreita relação com a interferência do meio no qual está inserido. A partir dessa afirmação, podemos inferir que o indivíduo não se encontra dicotomizado das problemáticas cotidianas, tampouco das propostas globais de desenvolvimento do seu meio vivente. O autor ressalta “a necessidade de uma classificação e de uma reavaliação do fator ambiental na forma como isso afeta em sentido positivo ou negativo o desenvolvimento psíquico e a integração num si-mesmo” (WINNICOTT, 1959/1983, p.127).

Através da avaliação desses fatores, associados à escuta clínica, o psicanalista britânico consegue reunir informações que possibilitam esboçar a evolução do distúrbio no decurso da linha vital do indivíduo e, assim, esclarecer sua hipótese diagnóstica e alterá-la, se necessário, a partir da observação criteriosa da trajetória de vida do paciente. Observamos, ainda, uma possível permuta entre modalidades diferenciadas de organização psíquica e a possibilidade de superposição de distúrbios mentais.

Considerando a concepção processual da natureza humana e sua característica de temporalização, é importante enfatizar que o nível de desenvolvimento em estágios posteriores encontra-se diretamente relacionado a níveis de etapas anteriores, que deverão associar-se a avaliações das anormalidades ambientais. Nesse panorama, o caráter processual do acontecer humano e um olhar especial para sua singularidade ganham contornos significativos.

A fenomenologia dos distúrbios mentais se encontra intimamente ligada a distorções na realização de algumas tarefas básicas, pertinentes ao percurso do processo de desenvolvimento psíquico em relação ao seu aspecto temporal. As especificidades de cada distúrbio psíquico estão relacionadas ao padrão traumatogênico determinado pela ambiência, resultando em um caráter patologizante.

Dias (2008) pontua que o princípio norteador da classificação diagnóstica em Winnicott observa critérios relativos à trajetória maturacional, na

qual a origem do distúrbio demarca seu eixo principal. Winnicott (1959/1964) acentua, pois, a importância da delimitação do fator etiológico do distúrbio psíquico no transcurso da linha vital que acompanha o percurso maturacional do indivíduo.

A importância da natureza do evento traumático em relação à etapa do desenvolvimento emocional é fator determinante no campo da classificação das diversas patologias relacionadas pelo autor, que, de forma geral, descreve um grupo diversificado de formas de adoecimento, apresentando a seguinte categoria classificatória das doenças psíquicas: neurose, psicose, depressão, esquizoidia, organização limítrofe, tendência antissocial. Além dessas divisões, Winnicott apresenta contribuições complementares à classificação patológica específica dos aspectos funcionais, acrescentando categorizações de acordo com as relações de dependência e com o gradiente de integração egoica, que serão aqui apresentadas.

## **2.1 Neurose**

Winnicott (1959/1964) adota a orientação fornecida pela psicanálise freudiana ao utilizar esse termo para especificar uma afecção calcada nas ansiedades agrupadas em torno das fantasias e dos conflitos inconscientes relacionados à configuração edípica. Segundo esse autor:

Neurose é o termo empregado para descrever a doença das pessoas que ficam doentes no estágio do complexo de Édipo, no estágio de experimentar relacionamentos entre três pessoas totais. Os conflitos originados desses relacionamentos levam a medidas defensivas que, se se tornam organizadas em um estado relativamente rígido, se qualificam com o rótulo de neurose (WINNICOTT, 1963/1996, p. 197)

O termo neurose é utilizado por Winnicott para classificar distúrbios relativos aos estágios vitais de indivíduos que atravessaram as etapas primeiras e alcançaram um estatuto unitário, encontrando-se às voltas com as relações interpessoais, de forma mais específica, com a conflitiva edípica e as problemáticas inerentes às relações triangulares.

Nessa fase, a criança experimenta o conflito amor-ódio em relação às figuras pertinentes ao romance familiar. Winnicott também destaca a importância da ambiência que, com sua sustentação e continuidade, será provedora de uma base sólida que permitirá a vivência de tais sentimentos. Na saúde, essas defesas não formam padrões rígidos, mas devem permitir a tolerância de alguns níveis de ansiedade em períodos de excitação exagerada, sobretudo a ansiedade de castração. Nas palavras de Winnicott:

O psiconeurótico funciona, aparentemente, a partir da consciência, sentindo-se pouco à vontade com o que se encontra fora do alcance da mesma. O desejo de conhecer a si próprio parece ser uma das características do psiconeurótico. Para essas pessoas, a análise traz um aumento de autoconsciência, e uma tolerância maior para com o que é desconhecido (WINNICOTT, 1963/1983, p. 77).

A neurose pressupõe, pois, um psiquismo estruturado. Assim, a organização defensiva estruturada contra a ansiedade de castração aparece como principal sintoma nesse tipo de constituição psíquica, diferentemente da ansiedade de aniquilamento, que pressupõe um tipo de sofrimento diferenciado que será mais bem detalhado logo adiante. Para Winnicott, o sofrimento neurótico implica na transição entre o percurso de excitações instintuais e o processo de integração. O inconsciente recalcado é uma das marcas do sujeito neurótico, sendo, então, sua constituição psíquica organizada em torno de ansiedades provenientes de ideações fantasmáticas e problemáticas específicas de relações interpessoais.

Assim, a psicose apresenta defesas organizadas em torno de ansiedades e conflitos de pessoas que atingiram o complexo de Édipo, ou seja, o indivíduo atingiu um estágio do desenvolvimento emocional condizente com a primazia da genitalidade e das etapas pertinentes à configuração edípica, organizando defesas contra a ansiedade de castração. Ao evidenciar a repressão como principal defesa, a neurose apresenta ainda mecanismos defensivos inibitórios dos instintos, sentimento de culpa decorrente de conflitos ambivalentes entre amor e ódio, fobias rigidamente organizadas e manifestações corporais relacionadas a conflitos emocionais.

A classificação das psiconeuroses é realizada a partir dos mecanismos defensivos que o indivíduo organiza no intuito de evitar a ansiedade, tais como fobias, histerias de conversão e neurose obsessiva.

## **2.2 Psicose**

Winnicott introduz a questão ambiental como fundamentação principal do transtorno psicótico, de forma mais específica, falhas ambientais nos cuidados essenciais na primeiríssima infância, ou seja, o distúrbio é associado ao fracasso ambiental da sustentação materna em estágios primitivos. A psicose implica, pois, em uma organização defensiva contra agonias primitivas e impensáveis, cuja defesa é a cisão.

A falta de apoio materno gera consequências graves, como surgimento de defesas com o objetivo de evitar a desintegração, ansiedades de aniquilamento e colapso de defesas. Quando se repetem, estabelecendo um padrão, as falhas ambientais comprometem o caminho em direção à maturidade, interrompendo o processo de desenvolvimento emocional e dando origem a um distúrbio psicótico, cuja graduação é decorrente da etapa do estágio inicial em que a criança foi traumatizada.

Para Winnicott, a essência das ansiedades psicóticas pertence à esquizofrenia e ao aparecimento de elementos esquizoides ocultos em uma personalidade não psicótica. As ansiedades psicóticas se apresentam em algumas variedades, tais como desintegração, cair para sempre, não ter conexão com o corpo e sentir-se desorientado. São consequentes da revivescência das agonias impensáveis, que aterrorizam o infante, ainda sem ferramentas para com elas lidar e necessitando, então, da mãe para “filtrá-las” e protegê-lo de intrusões indesejáveis e de um mundo que ainda é desconhecido. A confiabilidade no ambiente viabiliza o crescimento emocional, e a capacidade adaptativa materna de se colocar no lugar do bebê e reconhecer suas necessidades impede que esse tipo de ansiedade ganhe força; porém, se a mãe falha nessa tarefa, a criança não inicia o processo de maturação egoica, ou, ao fazê-lo, sofre distorções no desenvolvimento emocional em aspectos vitalmente importantes.

Os pacientes psicóticos (e as pessoas normais do tipo psicótico) pouco se interessam por ganhar autoconsciência, preferindo viver os sentimentos e as experiências místicas, e suspeitando do autoconhecimento intelectual ou mesmo desprezando-o. Estes pacientes não esperam que a análise os torne mais conscientes, mas aos poucos podem vir a ter esperanças de que lhes seja possível sentir-se reais (WINNICOTT, 1963/1983, p. 77).

Winnicott (1959/1964) aponta uma mudança radical quanto à etiologia da psicose em relação à teoria psicanalítica clássica, ao introduzir, mais uma vez, a questão ambiental como fundamento básico para o distúrbio psicótico; de forma mais específica, a origem da afecção proveniente de falhas ambientais na etapa primitiva do desenvolvimento humano.

No estágio de dependência absoluta, como vimos, o infante se encontra totalmente dependente de cuidados ambientais provisionais que garantem a continuidade de sua existência, sem a devida consciência desse processo. Aqui, a unidade é constituída pela díade mãe-bebê, ou seja, não há fator externo, no plano da experiência do bebê - a mãe faz parte da criança. No entanto, se ocorre um padrão de distorções no cuidado ambiental, falhas no desenvolvimento psíquico são provocadas de forma imediata, desenvolvendo distúrbios psicóticos em decorrência dessas falhas:

O diagnóstico é feito quando o ambiente não consegue ocultar ou resolver as distorções do desenvolvimento emocional, levando a criança a organizar-se em torno de uma linha de defesa que se torna reconhecível como uma entidade patológica. Esta teoria parte do princípio de que as bases da saúde mental são lançadas na primeira infância pelas técnicas utilizadas com naturalidade por uma mãe preocupada em cuidar do seu filho (WINNICOTT, 1953/2000, p. 305).

É importante ressaltar que, nessa etapa do desenvolvimento, a realização das tarefas básicas de integração exige a adaptação quase total por parte da mãe, que deverá cumprir a função vital de facilitar os processos de constituição egoica, na qual a realidade dos objetos concebidos subjetivamente deve ser prioritariamente respeitada como forma de acesso à realidade compartilhada. Ainda não existe no bebê um quantum de integração suficiente que possibilite a ele experimentar algo fora da sua área de onipotência. A falha adaptativa promove a percepção de uma existência diferenciada através de uma

distorção ambiental provocada por uma presença intrusiva ou por uma ausência demasiada.

Nesse sentido, a falha da provisão elementar básica inicial perturba os processos de maturação, ou evita que eles contribuam para o crescimento emocional da criança, e é esta falha do processo de maturação, integração etc., que constitui o estado de doença que chamamos de psicótico (WINNICOTT, 1963/1983, p. 232).

A reação à intrusão ambiental impõe ao bebê uma interrupção na continuidade de sua existência. E, ao reagir, o infante não “consegue ser”. Essa reação implica um esforço no sentido de proteger o núcleo potencial do *self* da intrusão do ambiente, através de um regresso ao isolamento que aciona mecanismos defensivos.

A seguir, apresentam-se sinteticamente dois tipos de psicose descritos por Winnicott.

### **2.2.1 Esquizofrenia infantil ou autismo**

Para Winnicott (1967/2005), o autismo é uma organização que visa à invulnerabilidade. Trata-se de uma forma de defesa que tem o objetivo de impedir que o trauma volte a ser vivenciado; assim, o autista deixa de sofrer, pois atingiu a invulnerabilidade. O indivíduo transporta consigo a lembrança de uma agonia impensável, de ter sofrido um aniquilamento em algum momento da sua vida. Ao alcançar algum nível de estabilidade e uma defesa eficiente contra a dor, assume o custo de uma ausência quase total de participação na vida.

Na etiologia do autismo, o elemento decisivo é o tipo e o momento da falha ambiental. O distúrbio pode, então, ocorrer no início da vida, quando não haverá muito o que defender, pois o sentimento de continuidade se restringe a sensações primitivas, tais como o ritmo previsível e estereotipado do balanceio. No entanto, o transtorno pode começar mais tarde. Um exemplo típico é a chegada de um irmão para uma criança de aproximadamente doze meses, quando esta se encontra no estágio de transição da relação de objeto para o uso do objeto, ou seja, está às voltas com a destrutividade que gera a externalidade, e com a necessidade de renunciar ao não-eu para conseguir constituir o eu sou.

Essa etapa implica em uma perspectiva de perseguição, e a criança se sente muito exposta, requerendo um cuidado especial da figura materna confiável (WINNICOTT, 1967/2005).

Winnicott (1966/2005) apresenta três tipos de atitudes maternas associadas ao surgimento do autismo. Inicialmente, o ódio inconsciente da mãe pela criança, encoberto por formações reativas; em segundo lugar, a incapacidade materna para um envolvimento total com seu bebê e, finalmente, a loucura materna que atinge a criança.

Para o autor, o aspecto primordial da falha ambiental nos casos de autismo é o segurar insatisfatório, que não inspira confiança e compromete o desenvolvimento emocional. No entanto, a característica específica da falha é o ódio inconsciente da mãe pelo lactente. A criança consegue suportar o fato de ser odiada, ou seja, é capaz de lidar com a ambivalência dos afetos maternos, porém, o que compromete sua maturidade emocional é o ódio inconsciente e reprimido da mãe, com o qual a criança entra em contato através das formações reativas, quando a mãe demonstra uma ternura especial justamente no momento em que sente ódio pelo bebê. A criança se esforça, então, para regressar ao momento anterior ao seu nascimento e, assim, corresponder ao desejo inconsciente da mãe de que ela estivesse morta.

Outro tipo de falha ambiental se refere à incapacidade materna para construir um envolvimento total com seu filho, ainda que seja durante um espaço mínimo de tempo, ou seja, parte da personalidade materna não consegue envolver-se com o bebê durante a gravidez ou nas etapas iniciais do desenvolvimento.

### **2.2.2 Esquizofrenia latente**

A esquizofrenia latente remete à necessidade de se considerar os problemas potenciais de um trauma, aqueles que poderão se manifestar a posteriori, sob a tensão da adolescência, da vida adulta ou da independência. Apresenta uma falha ambiental que se expressa em um primeiro momento de forma oculta e carrega consigo a possibilidade de problemas futuros.

Em alguns casos, o indivíduo é aparentemente saudável, conforme afirma Winnicott (1962/1983):

Há muitas variedades clínicas de esquizofrenia latente em crianças que passam por normais ou que podem mesmo mostrar um brilho especial do intelecto ou grande precocidade. A doença em tais casos se revela na fragilidade do “êxito”. Pressão e tensão próprias de estágios posteriores podem desencadear uma doença. (WINNICOTT, 1962/1983, p. 57-58)

### 2.3 Depressão

Os distúrbios depressivos se apresentam em um espectro amplo, em diversos graus de superposição que variam do quase normal ao propriamente psicótico. Na extremidade normal da depressão, encontram-se as formas de adoecimento que implicam em maturidade emocional e em certo grau de integração do *self*. A integração da personalidade implica que o indivíduo pode tolerar a carga da doença, ou seja, acomodar sua agressividade e seus impulsos destrutivos que acompanham o amor. Na saúde, a depressão é o preço pago pela integração, pois o humor deprimido está relacionado à capacidade de se sentir responsável, culpado, de sentir arrependimento ou alegria quando a vida está bem. A depressão é, assim, considerada uma evidência de força egoica, de estabelecimento do *self*, de descoberta de uma identidade pessoal, enfim, de integração pessoal.

Podemos afirmar, então, que a depressão tem valor. O período depressivo representa um período de contemplação interna, um tempo necessário para organizar os elementos internos bons e maus mobilizados pelas experiências instintivas. Nesse sentido, o indivíduo pode sair fortalecido, mais estável e mais sábio de uma depressão. Winnicott apresenta sentidos variados para o termo depressão, apresentando-o, inclusive, como um estágio normal do desenvolvimento psíquico pertinente ao campo da saúde:

Na saúde, a depressão é potencial, pertence ao âmago da personalidade e se constitui numa evidência de saúde. Essa depressão torna-se manifesta na capacidade para uma certa seriedade, e também por meio de dúvidas que podem facilmente tomar a forma de uma vaga doença física. Ela também aparece na forma de depressão negada, que está oculta na felicidade e na incansável atividade e vivacidade geral, associadas em nossas mentes à ideia da primeira infância; normalmente, na vida total da criança, o jogo maníaco-depressivo surge e desaparece na vivacidade infantil pontuado por momentos de

extrema aflição ou frustração alternados por fases de extrema alegria (WINNICOTT, 1963/1983, p. 107).

Ao declarar a importância das experiências instintivas no processo de desenvolvimento emocional, Winnicott apresenta a noção de ciclo benigno como conceito significativo para uma melhor compreensão dos quadros depressivos. Os impulsos instintivos portam consigo o amor impiedoso pelos objetos e o conseqüente sentimento de culpa. Todavia, a presença consistente da mãe apazigua esse sentimento e apresenta oportunidades para um processo reparatório, o que, por sua vez, permite a liberação da vida instintiva do bebê. Quando a confiança nesse ciclo benigno prevalece, o sentimento de culpa se transforma em preocupação e responsabilidade por esses impulsos. No entanto, se o círculo benigno é quebrado, o desenvolvimento emocional é interrompido e um círculo maligno se instala, caracterizado pelo fracasso materno em proporcionar oportunidades confiáveis para uma atitude reparatória. A criança perde a capacidade de sentir culpa, comprometendo, assim, a trajetória do desenvolvimento emocional em direção ao envolvimento, à preocupação e à responsabilidade. O infante poderá produzir um tipo de ansiedade que não contribui para o crescimento do seu mundo interno. Dá-se, então, a dissolução da capacidade para o sentimento de culpa, inibição dos instintos e sua substituição por angústias e defesas cruas, como a desintegração e a cisão entre objetos bons e maus, o que faz com que o amor perca seu componente agressivo e o ódio assuma uma forma agressiva.

A denominação depressão reativa agrega problemas pertinentes à aquisição da capacidade para o concernimento, para sentir tristeza e para reagir à perda de forma organizada, ou seja, a integração da vida instintual inerente à destrutividade específica da natureza humana decorrente do simples fato de estar vivo e precisar manter-se vivo. Após a aquisição do estatuto unitário “eu sou”, a problemática primordial é centralizada nos aspectos construtivos e destrutivos pertinentes à natureza humana, à conquista da ambivalência. As perturbações instaladas em decorrência de desconfiança e descontinuidade impedem a aquisição da conquista de um estatuto unitário.

Por sua vez, a depressão psicótica é decorrente de uma perda precoce ocorrida em uma etapa do amadurecimento na qual a criança não

possuía condições de reagir a essa perda sem um enorme prejuízo e comprometimento da sua organização egoica; ou ainda de uma perda que provocou uma desestabilização nas conquistas já alcançadas. Uma separação precoce da mãe, por exemplo, compromete toda a capacidade criativa do infante, sucedendo uma desesperança decorrente da incapacidade para ir em busca do objeto. Quando o humor se conserva permanentemente alterado, há indícios de que a agressividade, a destrutividade e a ambivalência, nas relações objetais, conduzem a confusões que põem em risco a integridade pessoal e precisam ser reprimidas pela incapacidade do indivíduo em suportar a culpa advinda pelos maus sentimentos abrigados em seu mundo interno. Assim, aquele que sofre de depressão tem comprometida sua capacidade de se relacionar com objetos internos e fazer uso da realidade externa para o enriquecimento do seu mundo pessoal em razão das ansiedades engendradas em sua realidade interna.

A depressão é, pois, um fenômeno frequente, relacionado ao luto, à incapacidade de suportar o sentimento de culpa e as ansiedades hipocondríacas. As impurezas do humor deprimido são apresentadas por Winnicott (1958/2005) em várias categorias. A primeira corresponde aos fracassos na organização egoica, porém, pressupõe que certo nível de integração do ego é conservado, apesar da ameaça de desintegração (esquizoidia). Os fracassos na organização egoica apontam uma propensão do paciente para a esquizofrenia em um estado mais primitivo. Diante da possibilidade de desintegração, as defesas psicóticas são marcantes e acarretam sentimentos de irrealidade, cisão, falta de contato com o mundo interno e despersonalização.

A segunda condição é referente a pacientes dotados de uma estrutura egoica que possibilita a depressão acompanhada de delírios persecutórios, cuja raiz se encontra em projeções defensivas. A presença desses delírios “indica que o paciente está usando fatores externos adversos ou utilizando a memória de traumas para obter alívio do embate das perseguições internas, cujo acobertamento resulta em humor deprimido” (WINNICOTT, 1963/1983, p. 66).

A terceira posição menciona os hipocondríacos, cujo alívio das tensões internas é obtido pela permissão da expressão de doenças psicossomáticas ou de sua produção através da distorção de processos fisiológicos.

A quarta condição se expressa pela defesa maníaca que realiza uma negação da depressão. As características da depressão, como circunspecção, inércia, letargia e sensação de peso são substituídas por sentimentos opostos como frivolidade, vitalidade, alegria e leveza, dentre outros. O retorno inevitável da depressão conduz o paciente a um alto grau de padecimento psíquico.

Já a oscilação maníaco-depressiva, na quinta posição, promove alternâncias entre depressão e defesa maníaca. Nesse quadro, “o paciente está deprimido por controlar uma tensão interna quando fora do estado maníaco, por ter sido possuído e ativado por algum aspecto da situação interna tensa” (WINNICOTT, 1963/1983, p. 67).

O “exagero das fronteiras do ego” corresponde ao medo da irrupção de mecanismos esquizoides de cisão. A resultante é a organização brutal de uma personalidade em um padrão depressivo que pode estender-se por um longo período e, assim, incorporar-se à personalidade do indivíduo.

A sétima posição remete ao “retorno do reprimido” nos quadros de melancolia e mau humor. Ainda que haja controle sobre o ódio e a destruição, o quadro clínico, produzido pelo controle excessivo, se torna insuportável para as pessoas que convivem com o paciente, haja vista que seu humor é destrutivo, ainda que o ódio não se faça presente.

No seu aspecto patológico, a depressão se apresenta como um estado de inércia que controla tudo e impede a expressão dos instintos e a capacidade de se relacionar com objetos externos. A depressão se configura como um quadro clínico situado entre a neurose e a esquizofrenia: “Entre a neurose e a esquizofrenia há todo um território coberto pela palavra depressão [...] na etiologia desta doença os pontos de origem da depressão situam-se entre os pontos de origem da esquizofrenia e os da neurose” (WINNICOTT, 1963/1983, p.199).

Em outro trabalho, nomeado *A família afetada pela patologia depressiva de um ou ambos os pais* (1958/2005), Winnicott relaciona vários tipos de depressão, a saber:

1. Melancolia severa;
2. Depressão alternada com mania;
3. Depressão manifesta como negação da depressão (estado hipomaníaco);

4. Depressão crônica, com ansiedade paranoide;
5. Fases de depressão em indivíduos normais;
6. Depressão reativa associada ao luto.

Essa classificação apresenta características universais a todos os quadros clínicos depressivos, sendo a principal delas o fato de o paciente acolher minimamente a responsabilidade pelos aspectos agressivos e destrutivos de sua personalidade. A capacidade de abrigar em si mesmo certa carga de culpa (parte desta inconsciente) possibilita a realização de atividades construtivas, ou seja, a capacidade de deprimir-se permite à criança a possibilidade de preocupar-se consigo mesma e com suas relações objetais (concernimento). A aquisição do sentimento de culpa advém dos impulsos destrutivos que acompanham as relações amorosas. Assim, ao impulso de dar, reparar e amar com maturidade, associa-se a oportunidade de agir de forma construtiva pertinente ao processo de desenvolvimento emocional.

Quanto à classificação apresentada, a melancolia equivale ao extremo mais grave. A destrutividade e a ambivalência amor-ódio referentes às relações objetais se encontram em processo de conquista durante o processo de crescimento pessoal e são posteriormente reprimidas. Assim, o estado de culpa não é mais acessível à consciência. A melancolia carrega consigo a responsabilidade por todos os males do mundo.

Nos casos mais leves, observa-se a capacidade de aceitação, às vezes, de forma inconsciente, da responsabilidade pela instintualidade pessoal, pela agressividade e destrutividade humanas. As depressões reativas demandam uma observação acurada da história de vida do indivíduo no intuito de averiguar se houve integração egoica suficiente para suportar o encargo da depressão.

O transcurso do luto refere-se ao sentimento de responsabilidade individual pela morte e resulta dos impulsos agressivos e ações destrutivas que convivem com os vínculos afetivos.

As depressões ligadas a patologias psicóticas ou próximas à psicose, como a esquizoidia, a melancolia e as depressões maníaco depressivas situam-se em outro extremo da classificação. Há a possibilidade da emergência de um eu incipiente ativado prematuramente para a consciência da dependência e do

seu desamparo frente a sua instintualidade. Assim, mesmo nos quadros de depressões psicóticas, subentende-se certa integração egoica, ainda que precária ou defensiva, para a conquista da capacidade de preocupar-se com as consequências da destrutividade individual. Winnicott (1963/1983) acrescenta que o estágio de concernimento ou posição depressiva depende do incremento da temporalização, da diferenciação entre realidade externa e fantasia e, principalmente, de certo quantum de integração pessoal.

O espectro da depressão compreende ainda aspectos paranoides e persecutórios. A depressão paranoide se configura como uma dificuldade acrescida aos quadros depressivos ou esquizofrênicos: a ideação paranoide. Esses elementos são mantidos na personalidade e originam um estado hipocondríaco, apresentando questões referentes à voracidade inerente ao impulso instintual, agressividade peculiar ao amor primitivo, mas que não foi integrada pela criança. Faz-se necessária, então, uma compensação entre os aspectos construtivos e destrutivos da personalidade.

#### **2.4 Tendência antissocial**

Para Winnicott, a tendência antissocial não é propriamente um diagnóstico, mas um tipo de comportamento que pode ocorrer nas mais diversas idades, associado a qualquer distúrbio, ou seja, “a tendência antissocial pode ser encontrada em um indivíduo normal ou em um que seja neurótico ou psicótico.” (WINNICOTT, 1956/2000, p. 49).

A tendência antissocial comporta um sofrimento proveniente de uma privação, ou seja, a criança teve algo suficientemente bom e depois perdeu. No entanto, na ocasião dessa perda, possuía maturidade suficiente para percebê-la, além de identificá-la como advinda do meio ambiente, carregando consigo a lógica de que o ambiente lhe deve algo. Sua especificidade remete a uma transição entre uma provisão ambiental suficiente no início e outra que falha, posteriormente, em um estágio em que o indivíduo ainda não adquiriu capacidade para estabelecer um ambiente interno, tornando-se independente.

A etiologia desse quadro é atribuída, pois, a falhas ambientais. Nas palavras de Winnicott (1956/2000, p. 501):

Uma característica essencial é que o bebê tenha atingido a capacidade de perceber que a causa do desastre está em um fracasso ambiental. [...] O estado de maturidade do si-mesmo que permite uma percepção desse tipo determina o desenvolvimento de uma tendência antissocial em vez de uma doença psicótica.

Esse distúrbio de caráter causa uma compulsão a reclamar coisas através do furto e da destrutividade, além de indicar que a estrutura egoica consegue reunir a energia que fica retida no bloqueio do processo de desenvolvimento para habilitar a criança a encontrar uma pessoa que, em condições favoráveis, possa reparar o dano, ao invés de continuar a busca por objetos substitutos.

A despeito dos problemas e comportamentos advindos desse distúrbio, é importante destacar seus aspectos positivos, dentre eles a esperança, portadora de uma expectativa de mudança e tentativa de recuperar a confiança perdida no meio ambiente, decorrente de decepções e insuficiências.

Em casos graves de tendência antissocial, o indivíduo apresenta estados depressivos ou dissociativos no intuito de mascarar a realidade caótica na qual está inserido. Em casos extremos, se esse distúrbio não é reconhecido e não tratado pelo ambiente responsável pela falha, poderá progredir para um quadro de psicopatia.

## 2.5 Esquizoidia

A classificação nosográfica winnicottiana apresenta-se acrescida de termos diferenciados da psicanálise tradicional, tais como esquizoide e *borderline*, os quais designam dois tipos complexos de organização defensiva, caracterizados por defesas primitivas.

Em 1952, no artigo *Psicose e cuidados maternos*, Winnicott define a esquizoidia como uma forma de retraimento empregada como defesa diante de um ambiente invasivo. Esse retraimento leva ao isolamento, à inacessibilidade, invulnerabilidade e anulação do sentimento de ser diante do outro; por isso, o indivíduo precisa se isolar para se recuperar desse sentimento.

Para Winnicott (1962), características esquizoides podem estar ocultas em uma loucura secreta que precisa ser alcançada e alterada através da análise. A esquizoidia provoca dificuldades na relação com a realidade compartilhada, pois o sentido de realidade se restringe à subjetividade, dificultando a tarefa de viver na externalidade. As defesas estão relacionadas a angústias impensáveis.

Diante das falhas ambientais, pode ocorrer uma introversão patológica defensiva, ou seja, a criança se direciona rumo ao seu mundo interno de forma permanente. O sentimento de perseguição externa é neutralizado pela não integração, e o infante utiliza seu controle onipotente para movimentar-se no seu mundo íntimo, que é um mundo de magia. Para relacionar-se com a externalidade, ainda que de forma precária, o esquizoide dispõe do falso *self* cindido.

Há uma fragilidade na delimitação de fronteiras entre o que é subjetivamente concebido e aquilo que é objetivamente percebido. A realidade compartilhada permanece, assim, como um fenômeno subjetivo, mecanismo defensivo caracterizado por um delírio de onipotência estabelecido contra qualquer tipo de presença efetivamente real. Ao ter de operar com coisas do mundo objetivo, impossíveis de serem subjetivadas, o indivíduo se sente dominado pelo mundo e pela realidade externa, retraindo-se, isolando-se e retirando-se de contato. O isolamento é imprescindível para recuperar seu sentimento de ser, pois a presença do outro o domina, provocando sobressalto. Parece viver sempre em estado de alerta em relação a invasões.

O fracasso na tarefa da primeira mamada teórica, que deveria ser a inauguração do contato com a realidade, não foi capaz de proteger o lactente das invasões da realidade externa, impedindo a construção do sentimento de confiança, decorrente da falta de espacialização e temporalização. O senso do real de si e do mundo, através da identificação com o objeto subjetivo, não foi estabelecido. Acrescente-se a esses tipos de sofrimentos psíquicos a dificuldade de o indivíduo encontrar um lugar no mundo que possa sentir como efetivamente seu, carregando sempre consigo a sensação de ser estrangeiro. O indivíduo não consegue entender o verdadeiro sentido da palavra familiaridade, pois precisa se defender de viver em um mundo compartilhado, pela dificuldade de confiar. A fragilidade da experiência do sentido de externalidade implica, ainda,

dificuldades na experiência de ilusão da onipotência e na sua constituição egoica.

Winnicott (1962/1983) destaca que esses indivíduos apresentam uma personalidade normal em alguns aspectos, com elementos esquizoides que são socializados de acordo com a cultura em que estão inseridos. Essa problemática pode estar relacionada a algumas formas de falhas no processo de integração psíquica, correlacionadas às tarefas de *holding*, *handling* e apresentação da externalidade.

A instalação de um padrão de fragmentação do ser é decorrente, pois, de reações às falhas ambientais, podendo levar ao desenvolvimento de patologias psíquicas. Ao contrário, a integração está relacionada à função ambiental de segurança, cuja conquista implica no desenvolvimento de um “eu unitário” possuidor de uma força egoica resultante de uma adaptação materna ativa.

Naffah Neto (2010) pontua que a dinâmica de recolhimento esquizoide é resultante de intrusões advindas de um ambiente imprevisível e ameaçador. O uso de um falso *self* precário que sofre desintegrações diante do aumento das demandas do ambiente provoca bastante sofrimento.

De fato, quando as falhas ambientais são muito intensas, o bebê não consegue estabelecer nenhuma experiência subjetiva; o único contato possível é através do falso *self* cindido com objetos exteriores. Assim, o indivíduo passa a proteger-se através de uma casca e permanece sem qualquer contato com elementos subjetivos.

Para Naffah Neto (2010), o falso *self* cindido dos esquizoides sofre desintegração diante de perdas traumáticas impossíveis de serem elaboradas. O mundo subjetivo fica exposto a invasões ambientais pela perda do escudo protetor. Assim, o esquizoide eleva a quantidade de cisões, no intuito de defender seu *self* verdadeiro de agonias impensáveis.

Para ilustrar esse quadro clínico, Winnicott relata detalhadamente, na obra intitulada *Holding e Interpretação* (2001) a análise do paciente B, cujos cuidados maternos foram realizados sob o imperativo da perfeição, pelo excesso de presença e pelo bloqueio de sua espontaneidade, provocando um padrão de vida separado de seus impulsos e excitações. A fala do paciente, rebuscada e calculada, o impedia da excitação que acompanha o livre tagarelar. Retomando

sua história, relatada em análise, ficamos sabendo que a amamentação de B foi ajustada ao ideal de perfeição de sua mãe, e não às suas próprias necessidades. Além disso, B não contava com a continuidade da presença viva da mãe, pois ela se ausentava subitamente ao preocupar-se com outras coisas. Sabemos também que o paciente sugou o polegar até os 11 anos, levando Winnicott a supor que isso demonstrava a necessidade de B em aferrar-se ao objeto transicional como tentativa de defesa e controle sobre a mãe.

O processo analítico de B contemplou nuances das suas experiências de excitação. A compreensão de suas necessidades, bem como do seu estado de retraimento, retirou o paciente de sua autossuficiência, podendo, assim, regredir e entregar-se aos cuidados do analista, no intuito de corrigir seu passado traumatizante. Com o tempo, o paciente deixou de associar seu contato com a realidade externa à necessidade de perfeição e pôde expressar seus impulsos, suportando os efeitos de sua agressividade no ambiente externo.

## **2.6 *Borderline***

O interesse de Winnicott em desenvolver um idioma pessoal para o estudo dos pacientes fronteirios remete a Freud, quando este, em 1914, apresenta a temática da dependência e da fragilidade egoicas. Nas palavras de Winnicott (1960/2000):

Freud foi capaz de descobrir a sexualidade infantil em uma nova visão porque ele a reconstruiu a partir do seu trabalho analítico com pacientes neuróticos. Ao estender seu trabalho para cobrir o tratamento de pacientes psicóticos *borderline*, foi possível para nós reconstruir a dinâmica da dependência infantil e da infância, e o cuidado materno que satisfaz essa dependência (WINNICOTT, 1960/2000, p. 53).

O psicanalista inglês compreende o estudo dos pacientes *borderline* como tema relevante para a psicanálise naquela conjuntura, e declara que o trabalho com esses casos o impeliu a formular a teoria do desenvolvimento emocional por englobar as etapas primitivas da vida humana. Seus posicionamentos acerca da temática da dependência infantil foram forjados, então, durante o tratamento de pacientes fronteirios, ao observar que a

regressão à dependência era uma questão crucial, além do exame de relações transferenciais e contratransferenciais marcantes.

Porém, as caracterizações desse quadro clínico não se encontram de forma organizada no decorrer da produção teórica de Winnicott. Ao assinalar que esses pacientes podem apresentar sintomas e inibições típicas de quadros neuróticos ou depressivos, observa certa proximidade entre limítrofe e psicótico, ressaltando que sua etiologia repousa nas falhas ambientais traumáticas em etapas primitivas do desenvolvimento emocional e da constituição psíquica.

No artigo intitulado *O uso de um objeto e os relacionamentos através de identificações* (1968/1975), publicado na obra póstuma *O Brincar e a Realidade*, o psicanalista inglês faz importantes referências ao termo fronteiro:

Pela expressão “borderline” quero significar o tipo de caso em que o cerne do distúrbio do paciente é psicótico, mas o paciente está de posse de uma organização psiconeurótica suficiente para apresentar uma psicose, ou um distúrbio psicossomático, quando a ansiedade central psicótica ameaça irromper de forma crua (WINNICOTT, 1968/1975, p. 122).

Para Winnicott, o *borderline* é um indivíduo que vive nas fronteiras entre a neurose e a psicose, podendo apresentar uma psicodinâmica equivalente a do neurótico em períodos saudáveis, quando o falso *self* assume sua função adaptativa e defensiva. Em períodos mais críticos, quando o falso *self* sofre desintegrações, esse indivíduo pode ser invadido pelo mundo e submergir em sintomas psicóticos diversificados. No entanto, a psicose, contida por sintomas neuróticos ou psicossomáticos alicerçados em um funcionamento adaptativo falso *self*, sempre ameaça irromper de forma crua.

A configuração fronteira se refere a um quadro clínico relacionado a falhas ambientais em fases iniciais do processo de amadurecimento psíquico que tem seu curso “congelado”, ou seja, ocorre um congelamento da situação de falha ambiental original em decorrência de falhas na integração, frente a cuidados insuficientes e inconstantes. O *borderline*, assim, desenvolve um alto grau de desconfiança em relação ao ambiente e carrega em seu bojo o caos como particularidade.

Trata-se de uma patologia que reflete um lado obscuro da personalidade, mais próximo da psicose, e outro lado neurótico, mais estruturado

de acordo com as perspectivas do ambiente. Essa assertiva sugere a cisão entre falso e verdadeiro *self*, característica primordial da organização fronteira. Como vimos, na ausência de uma adaptação ativa suficientemente boa da figura materna ocorrem cisões que engendram a raiz espontânea do *self* verdadeiro e permanecem incomunicáveis em decorrência da interferência do falso *self* ligado à realidade externa.

Dias (1988), em sua tese intitulada *A teoria das psicoses em D. W. Winnicott*, apresenta o fronteiroço como um tipo de organização psicótica defensiva. Para a autora, os fronteiroços são indivíduos firmemente ancorados na realidade externa em decorrência da perda do seu mundo subjetivo, que, não sendo legitimado, apaga-se ou se torna persecutório. A ancoragem na realidade externa desenvolve uma característica relevante em aprender o que se espera dele (indivíduo) e obter êxito na extrema exigência consigo mesmo, na especialidade em ser organizado e detalhista, além do ajuste exagerado ao tempo cronológico.

Trata-se de um quadro clínico que apresenta composições variadas de defesas primárias, a saber, predominância da organização defensiva falso *self*, presença de defesa contra agonias inomináveis de perder o contato com objetos - decorrentes de dificuldades de comunicação entre a díade mãe-bebê no estágio de dependência absoluta - e fuga obsessiva da desorganização ou desintegração.

Quando o núcleo central do ego é perturbado por ansiedades psicóticas, observa-se então um ocultamento do *self* central, seguido de uma organização defensiva falso *self*:

O indivíduo, então, se desenvolve como uma extensão da casca e não no cerne, e como uma extensão do meio ambiente invasor. O que resta de um cerne fica ocultado, sendo difícil achá-lo mesmo em uma análise muito profunda. O indivíduo, neste caso, existe por não ser encontrado. O verdadeiro *self* fica oculto e temos que lidar clinicamente com o complexo falso *self*, cuja função é manter o verdadeiro *self* oculto (WINNICOTT, 1950/1955, p. 365).

Para Dias(1988) a organização falso *self* possui sua etiologia na primeira mamada teórica, durante os momentos excitados da relação objetual, quando a figura materna não se adapta às necessidades do bebê, ao contrário,

é o bebê que se adapta e se submete às condições do ambiente, passando a cuidar de si mesmo. O ambiente não é caótico - de maneira oposta, é excessivamente ordenado. A mãe controla e comanda tudo, porém, sua incapacidade para regredir e adaptar-se à fase de não-integração obriga o bebê à submissão às condições ambientais. A falsa identidade desenvolvida pela submissão impede o indivíduo de atingir a sofisticação de ter uma vontade própria. Ele precisa mimetizar o outro, pois não possui "bússola" interna; ocorre um desenraizamento de si mesmo e somente sabe o que sentir e como deve agir de acordo com o meio. Assim, sua existência passa despercebida até para ele mesmo, e qualquer situação que convoque à individualidade é vivenciada como sobressalto ou ameaça.

A formação de um falso *self* patológico transcorre quando a criança interrompe a sua continuidade de ser para reagir a uma mãe incapacitada para atender às suas necessidades básicas conforme seu tempo e sua singularidade. Assim, quando o bebê não encontra no ambiente um suporte suficiente para formar seu mundo subjetivo que expresse seu gesto espontâneo, o falso *self* fingido faz-se necessário para protegê-lo do ambiente caótico, ameaçador e imprevisível.

Quando a organização falso *self* é rigidamente articulada, nem o próprio indivíduo percebe o que foi perdido, o que falta e o que poderia ter acontecido. Em casos extremos, o verdadeiro *self* permanece tão oculto que a espontaneidade desaparece completamente e a submissão, ancorada no mimetismo, transforma-se no traço principal. Em um menor grau de cisão, pode acontecer uma vida quase pessoal através da imitação. As organizações defensivas falso *self* são classificadas por Winnicott (1960/1983) em uma gradação de acordo com diferentes graus de cisão e das formas como a equação reatividade-espontaneidade se manifesta na vida do indivíduo:

1. No primeiro grau, o falso *self* se estabelece como real, usurpando as funções do verdadeiro *self*, que permanece oculto. É vivenciado como genuíno enquanto o verdadeiro *self* encontra-se encoberto por uma vida secreta, perdendo quase que completamente o contato com a realidade. Essa gradação de falso *self* expressa alta adaptabilidade à realidade externa, atingida em detrimento de uma subjetividade fecunda e criativa. É deflagrada uma ocultação maciça do *self* verdadeiro, enquanto a realidade do falso *self* se torna imperativa

da submissão do indivíduo ao ambiente. O falso *self* cindido opera como pessoa total e o indivíduo, amedrontado e inseguro, esconde a precariedade da sua personalidade. Esse indivíduo não possui ferramentas para lidar com a complexidade da vida e dos relacionamentos e corre o risco de colapso diante de situações que exigem escolhas e direcionamentos pessoais. Em sua maior gravidade, a artificialidade das vivências impede que façam parte da sua personalidade e conservem um sentido de continuidade no tempo. A defesa que preserva o verdadeiro *self* impede que o indivíduo aprenda com a experiência e construa sua história pessoal. As implicações clínicas se configuram como irritabilidade excessiva e sensação de ausência de sentido; assim, o indivíduo sobrevive em um estado “fora de si”, defendendo-se sempre de alguma invasão.

2. Em uma segunda gradação, o falso *self* pode exercer a função defensiva ao *self* espontâneo, escondendo-o e lhe proporcionando uma vida secreta. O verdadeiro *self* é apreendido como uma potencialidade, e os sinais de espontaneidade e criatividade representam o intento de preservar o indivíduo a despeito das condições ambientais. Nesse grau de falso *self*, observa-se uma diminuta integração egoica que proporciona a capacidade de distinção mínima entre a vida interna e os aspectos ambientais. O indivíduo tem pouca esperança de consolidar uma comunicação verdadeira. O contato com a realidade dá-se de forma invasiva, e a criança cresce reagindo, submetendo-se ao ambiente.

3. O terceiro grau de falso *self* busca no ambiente condições que possibilitem ao verdadeiro *self* emergir e encontrar a possibilidade de recuperar sua espontaneidade. A criança assume o cuidado de si mesma diante de uma falha ambiental e passa a se ocupar prematuramente, antes de atingida a maturidade necessária. Há uma falha de sentido decorrente de uma desadaptação brusca. A atividade mental da criança se transforma em êxito adaptativo através da exacerbação do intelecto que assume o cuidado vicariamente em relação a um ambiente insuficiente. A proximidade da normalidade está relacionada à consciência da existência do *self* verdadeiro. Apesar de apresentar uma maior proximidade da normalidade, evidencia sintomas mais graves, dentre eles o risco potencial de suicídio quando o verdadeiro *self* se encontra ameaçado de aniquilação. A sintomatologia grave compreende uma tentativa de proteger a parte saudável da personalidade, ou seja, o *self* verdadeiro.

4. A quarta gradação de falso *self* se estabelece com base nas identificações e retrata as peculiaridades das figuras cuidadoras, enquanto o verdadeiro *self* desfruta de um espaço de expressão. O falso *self* pode adquirir uma integridade falsa a partir dos padrões ambientais, diante da qual não se sente real nem experimenta a vida, pois há uma carência de espontaneidade.

5. Na saúde, o falso *self* se expressa como uma organização constituída por atitudes sociais educadas, de polidez, reserva e boas maneiras, apropriadas a uma sociabilidade construtiva. Essa adaptabilidade faz-se necessária para a convivência social e para o declínio da onipotência do indivíduo, no intuito de conquistar um lugar no meio social e possibilitar um convívio de acordo com as regras da civilização, fazendo uso de certo gradiente de submissão. Configura-se como um aspecto útil, pois a realidade compartilhada contribui para a manutenção da coletividade, frente à qual o indivíduo faz concessões e adaptações em consequência do desenvolvimento emocional, ao descobrir a existência da externalidade com suas peculiares regras e normas de condutas.

A etiologia do falso *self* é determinada por falhas adaptativas que podem provocar cisões no psiquismo do indivíduo e seduzi-lo para uma vida ilegítima. A preponderância de um padrão de reações que impedem a ação espontânea pode originar um falso *self*, desenvolvido sobre um alicerce de submissão que impede a aquisição da independência peculiar à maturidade, conseguindo, somente uma pseudomaturidade em um meio ambiente psicótico (WINNICOTT, 1952/2000).

O falso *self* se instala também através da alta atividade intelectual, quando a mente transforma o centro de gravidade pessoal em identidade falsa. O funcionamento intelectual assume a tarefa de prever e controlar todo o campo de atuação. O indivíduo tenta monitorar cada detalhe, para que nada escape ao seu controle. Opera sempre pelo raciocínio advindo do seu potencial intelectual e, assim, se perde na eterna busca de si mesmo, que nunca alcança. A forte tendência para a mente se afirmar como o lugar do falso *self* se torna possível através da cisão entre a atividade intelectual e a existência psicossomática. O indivíduo se utiliza de um intelecto apurado na tentativa de resolver seu problema pessoal. O mundo ao seu derredor tem conhecimento do seu alto êxito

profissional e não reconhece seu distúrbio; no entanto, quanto mais o indivíduo é bem-sucedido, mais se sente falso:

Quando ocorre uma dupla anormalidade, (1) o falso *self* organizado para ocultar o *self* verdadeiro, e (2) uma tentativa por parte do indivíduo para resolver o problema pessoal pelo uso de um intelecto apurado resulta um quadro clínico peculiar que muito facilmente engana. O mundo pode observar êxito acadêmico de alto grau e pode achar difícil acreditar no distúrbio do indivíduo em questão, que, quanto mais é bem-sucedido, mais se sente falso (WINNICOTT, 1960/1982, p.132).

O lema “sempre alerta” rege o funcionamento falso *self*. A incapacidade para o repouso se transforma em uma batalha sem tréguas para evitar o contato com a agonia, que torna o indivíduo sempre vigilante e desperto. Sua imaginação é utilizada como alternativa eficaz na tentativa de evitar imprevistos. O estado confusional é consequente do funcionamento mental organizado defensivamente contra um ambiente inicial invasivo. O intelecto passa a existir por conta própria, e o psiquismo é seduzido para transformar-se nesta mente, rompendo, assim, a integração psicossomática. No fundo, o indivíduo cobiça escapar desse funcionamento mental torturante. Conforme Winnicott (1949/2000):

Aqui, no crescimento excessivo da função mental em reação a uma maternagem errática, percebemos que surge uma oposição entre a mente e o psicossoma, pois em reação a esse ambiente anormal o pensamento do indivíduo assume o poder e passa a cuidar do psicossoma, enquanto na saúde é o ambiente que se encarrega de fazê-lo. Na saúde a mente não usurpa as funções do ambiente. Ela permite que ocorra a compreensão e, por vezes, a utilização de suas falhas relativas. (WINNICOTT, 1949/2000, p. 336)

Na sequência, Winnicott apresenta outras contribuições à classificação patológica específica de alguns aspectos funcionais, consideradas fundamentais para demonstrar a natureza de algumas formas de adoecimento. Essas contribuições são apresentadas a partir da trajetória percorrida pelo autor de acordo com as relações de dependência, com o gradiente de integração psíquica e com as distorções do ambiente.

## 2.7 Classificação de acordo com as relações de dependência

Na perspectiva winnicottiana, como vimos, a dependência do ambiente é fundamental para a classificação de algumas formas de adoecimento psíquico. Conforme relatado anteriormente, separações precoces na fase de dependência, por um tempo superior à capacidade da criança de manter vivas as memórias da figura materna, produzem um estado traumático, pois, a continuidade das relações objetais do bebê é interrompida, comprometendo, assim, o transcurso do seu processo de desenvolvimento emocional. No artigo intitulado *Provisão para a criança na saúde e na crise* (1962/1983), o psicanalista inglês detalha a progressão da dependência absoluta para a independência relativa, relacionando-a a cada forma de adoecimento:

Podemos considerar os graus de dependência em uma série: A) Dependência extrema: as condições precisam ser suficientemente boas, senão o lactente não pode iniciar seu desenvolvimento inato. Falha ambiental: deficiência mental não orgânica, esquizofrenia da infância, predisposição à doença mental hospitalizável mais tarde. B) Dependência: as falhas nas condições traumatizam de fato, mas já há uma pessoa para ser traumatizada. C) Mesclas dependência-independência: a criança já faz experimentações de independência, mas precisa que seja possível reexperimentar a dependência. Falha ambiental: dependência patológica. D) Independência-dependência: há o domínio da independência. Falha ambiental: arrogância, surtos de violência. E) Independência: significa a internalização do ambiente e uma capacidade da criança de cuidar de si mesma. Falha ambiental: não necessariamente prejudicial. F) Sentido social: o indivíduo pode se identificar com adultos, com grupos sociais e com a sociedade, sem perda demasiada do impulso pessoal e da originalidade ou sem perda demasiada dos impulsos agressivos e destrutivos que encontraram, presumidamente, expressão satisfatória em formas deslocadas. Falha ambiental: falta parcial de responsabilidade do indivíduo como pai ou mãe ou como figura paterna na sociedade (WINNICOTT, 1962/1983, p. 64).

A história do desenvolvimento emocional de uma criança é, de fato, bastante complexa. Se a hereditariedade é considerada a partir do início da vida, basicamente, na perspectiva winnicottiana, uma provisão ambiental suficiente poderá apresentar uma perspectiva de prevenção da doença psicótica. É, pois, imprescindível que haja, para cada infante, alguém com tempo e inclinação para atender a suas necessidades básicas.

Essa classificação proposta por Winnicott se articula às anteriores, partindo do relacionamento inicial com a realidade externa no momento do primeiro contato humano significativo, qual seja, na interação com a mãe-ambiente.

[...] alguns bebês têm a sorte de contar com uma mãe cuja adaptação ativa inicial à necessidade foi suficientemente boa. Isto os capacita a terem a ilusão de realmente encontrar aquilo que eles criaram (alucinaram). Eventualmente, depois que a capacidade para o relacionamento foi estabelecida, esses bebês podem dar o próximo passo rumo ao reconhecimento da solidão essencial do ser humano. Mais cedo ou mais tarde, um desses bebês crescerá e dirá: “Eu sei que não há nenhum contato direto entre a realidade externa e eu mesmo, há apenas uma ilusão de contato, um fenômeno intermediário que funciona muito bem para mim quando eu não estou muito cansado”. Bebês que tiveram experiências um pouco menos afortunadas veem-se realmente aflitos pela ideia de que não há contato direto com a realidade externa. Pesa sobre eles o tempo todo uma ameaça de perda da capacidade de se relacionar. Para eles, o problema filosófico se torna e permanece sendo vital, uma questão de vida ou morte, de comer ou passar fome, de alcançar o amor ou perpetuar o isolamento. Os bebês ainda menos afortunados, aos quais o mundo foi apresentado de forma confusa, crescem sem qualquer capacidade de ilusão de contato com a realidade externa; ou então essa capacidade é tão frágil que facilmente se quebra num momento de frustração, dando margem ao desenvolvimento de uma doença esquizoide (WINNICOTT, 1949/2000, p. 135).

Em 1954, no texto *Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico*, Winnicott (1954/2000) apresenta outra forma de classificação de indivíduos em categorias diferenciadas. O primeiro grupo é formado por pacientes que funcionam como pessoas inteiras e têm suas dificuldades localizadas no campo dos relacionamentos interpessoais, ou seja, no curso normal da vida. O segundo, por indivíduos que tiveram seu processo de integração iniciado e atingiram o estágio de concernimento, mas não o conquistaram efetivamente, não tendo ocorrido a aquisição do estatuto de ser unitário, nem da ambivalência amor-ódio. E, por fim, o terceiro, cujos pacientes apresentam dificuldades nas etapas primitivas do desenvolvimento emocional, anteriores ao estabelecimento da personalidade – aqui, a estrutura pessoal não atingiu uma integração sólida.

Em um artigo posterior, intitulado *O conceito de indivíduo saudável* (1967/2000), Winnicott propõe nova divisão em três grupos de indivíduos: o

primeiro é composto por aqueles que não foram desapontados na infância e são candidatos a viver com alegria e usufruir a vida; o segundo, o grupo intermediário, é formado por pessoas que carregam consigo a experiência de ansiedades impensáveis, tendo, então, desenvolvido organizações defensivas que as impedem de recordá-las. Há muitos indivíduos que atingem certo grau de sucesso em esconder uma necessidade de se direcionar ao colapso, porém, não o alcançam, a não ser que fatores ambientais o deflagrem, surgindo, desse modo, a oportunidade de adoecer ou vir a ter um colapso que os aproxime daquilo que é terrível e impensável. Por fim, há aqueles que sofreram experiências traumáticas decorrentes de falhas ambientais e carregam consigo registros mnêmicos desse estado traumático. Esses indivíduos são aspirantes a levar vidas tensas e tempestuosas, além de serem propensos a desenvolver formas graves de adoecimento. A perda da ancoragem em relação ao processo de desenvolvimento emocional e a organização excessivamente rígida de defesas impedem os movimentos posteriores através do congelamento.

## CAPÍTULO 3 O TRAUMA EM WINNICOTT

Antes de apresentar minuciosamente a evolução do conceito de trauma na obra de Winnicott, detém-se, com brevidade, na maneira como esse conceito foi compreendido inicialmente por Freud e também por Ferenczi – este, assim como Winnicott, acentuou a importância do ambiente na constituição psíquica, caracterizando falhas graves no cuidar que podem gerar traumas.

### 3.1 Considerações sobre o trauma em Freud e Ferenczi

O conceito de trauma psíquico permeia todo o percurso da psicanálise e domina vários momentos da cena teórica, apresentando significativa evolução ao longo desse trajeto. Inicialmente, surge ligado à teoria da sedução, para, em seguida, deslocar-se em direção ao papel das fantasias sexuais infantis e à angústia do desamparo.

No período inicial, entre 1893 e 1900, Freud considerava o trauma como hipótese etiológica da neurose, centrando-se na ideia de traumatismo sexual precoce. A partir de sua pesquisa sobre o fenômeno histérico, elaborou a teoria da sedução traumática, afirmando o caráter sexual do trauma através de uma vivência sexual passiva em uma fase pré-sexual. A concepção freudiana de trauma se baseia em dois elementos: seu caráter sexual e sua significação *après coup*. Aqui, não se pode desconsiderar o aspecto econômico, ao contrário, é necessário que se leve em conta a presença de uma excitação incontrolável, proveniente das memórias do acontecimento traumático em sua ressignificação no momento atual. Nessa teoria, Freud destaca o papel da inscrição das experiências infantis, a destituição da memória, com a consequente inacessibilidade da experiência, e a importância do traço mnêmico na constituição psíquica.

As formulações teóricas referentes à época do surgimento da psicanálise apresentam componentes fundamentais da constituição do trauma em dois tempos. No primeiro, a sedução sexual é realizada por uma figura parental sobre a criança e recalcada por esta, configurando um núcleo patogênico. Assim, a cena que produz impacto vem de fora, e o papel da criança

é passivo, de alguém impotente, que consente. O núcleo traumático encontra-se, assim, associado à imaturidade da criança que não possui condições psíquicas de elaborar o trauma diante do confronto com a sexualidade adulta. Nesse contexto, o caráter sexual da sedução do adulto não é percebido pela criança. No segundo momento, em decorrência do desenvolvimento sexual do sujeito na fase da puberdade, outra cena proporciona recordações da primeira. A reativação das lembranças provoca forte excitação que faz transbordar as defesas psíquicas; ou seja, o aparato psíquico é invadido por um sentimento mais intenso que sua capacidade de domínio. Dá-se a conversão em trauma, ou seja, a segunda experiência, atualizada, imprime um caráter traumático. A lembrança não sofre inibição e atualiza os efeitos do momento do seu registro, provocando o surgimento de sintomas, como forma de colocar em cena uma representação patogênica.

Freud (1893/1996) acrescenta que não é qualquer impressão que se transforma em trauma psíquico, mas somente algumas, cuja gravidade representa uma ameaça à vida, provocando terror. Assim, diante da inviabilidade da fluidez do excesso traumático, o afeto permanece desligado, configurando-se como um corpo estranho, ou seja, as reverberações psíquicas das experiências traumáticas acarretam a reprodução de uma cena através da insurgência de marcas que não foram alcançadas por ligações psíquicas. O fator externo invade o sujeito com um excesso de excitações que o psiquismo não consegue descarregar, gerando um episódio traumático.

Na carta a Fliess N. 69, escrita em 1897, Freud (1897/1950, p. 348) passa a questionar a importância da realidade externa nas cenas de sedução relatadas por pacientes histéricas. Nessa missiva, Freud reconhece a inviabilidade da distinção entre realidade e ficção investida de afeto no inconsciente e, a partir daí, se afasta progressivamente da teoria da sedução traumática. Assim, abandona o modelo da causalidade mecânica e da temporalidade linear em favor de um modelo dialético de causalidade. Inicia-se, então, um período de transição cujo foco se desloca para os conteúdos intrapsíquicos, a partir do desenvolvimento da noção de fantasia inconsciente, compreendida como fachada psíquica, no intuito de bloquear o percurso de algumas lembranças que associam coisas experimentadas e ouvidas, referentes a acontecimentos passados. Nesse contexto, a realidade psíquica se afigura

como expressão verdadeira dos desejos inconscientes, ou seja, as fantasias ganham um contorno mais expressivo.

Na teoria freudiana do trauma, o fator econômico se configura como fio condutor. Ao defini-lo de forma quantitativa - como um excesso de excitação que não foi apreendido pela função associativa – Freud (1920-1926) o considera como uma experiência que acrescenta estímulos excessivos impossíveis de serem elaborados, resultando em perturbações psíquicas. O conceito de trauma se apresenta como estruturante do sujeito, de forma mais específica, através da fantasia de ameaça de castração e da sua relação com a conflitiva edipiana. Refere-se à angústia e à formação de sintomas, sendo da ordem do excesso, pois as angústias se encontram presentes nas experiências que não conseguem ser representadas.

O terceiro momento da elaboração freudiana do traumatismo é demarcado pela publicação do artigo “Inibição, sintoma e angústia” (1926/1996), em que Freud articula angústia, ameaça e trauma. Aqui, as dimensões internas e externas se tornam mais integradas, e o conceito de trauma obtém um contorno pulsional e interssistêmico, porém, conserva a essência econômica, com destaque para a presença de uma excitação interior excessiva, que necessita, então, de uma barreira protetora, ou seja, de recursos psíquicos que suportem os estímulos externos.

De fato, ao longo de sua obra, Freud ressalta a importância da reciprocidade e a função dos investimentos libidinais da figura materna na criança, em etapas iniciais da vida, como fator de proteção contra os impactos advindos de experiências traumáticas. Apresenta reflexões acerca de estímulos excessivos que invadem o psiquismo, ameaçando romper a barreira protetora, e destaca a importância da vinculação entre essa energia e as representações psíquicas.

Em Freud (1920-1939), o desamparo comparece vinculado à condição prematura do ser humano, que nasce incapaz de sobreviver sem os cuidados do ambiente externo. Assim, atribui valor de destaque ao objeto externo, posto que é imprescindível o cuidado e o amor dispensados à criança pelas figuras parentais nos primórdios da vida. Neste momento, evidencia o trauma como resultante de experiências de desamparo, ou seja, a condição traumática é determinada pela sensação de desamparo vivenciada pelo sujeito

frente a vivências traumatogênicas. O trauma passa, dessa forma, a se relacionar ao objeto angustiante, por sua presença interna ou externa e por sua ausência. O modelo adotado é o da separação do objeto primordial, considerado como impossível de ser reencontrado. Os efeitos patogênicos da situação traumática se configuram como tentativas de formação de vínculos fracassados. A tentativa de recriar, de forma imagética, o vínculo com o objeto para sempre perdido encobre a experiência de separação e protege o ego da memória da depressão resultante da separação do objeto primário.

Em síntese, a noção de desamparo compreende a relação interpessoal do sujeito com o outro, apontando para a dependência infantil dos cuidados externos. O terceiro momento do trauma em Freud (1920-1939), em que articula desamparo e trauma, conduz a reflexões sobre a importância da relação mãe-bebê, temática aprofundada por Ferenczi.

O trauma sempre mereceu destaque nas teorizações de Ferenczi, posto que, em sua visão, o processo de constituição psíquica sofre reflexos de acontecimentos traumáticos catastróficos, provocando clivagens e repetição dos signos traumáticos. Para esse psicanalista, o trauma advém de um abuso provocado por um adulto, nem sempre de cunho sexual, cuja violência é imprevisível e incompreensível para a criança, causando medo acentuado frente à autoridade esmagadora do adulto.

O confronto entre o erotismo passional do adulto e o erotismo lúdico, associado à ternura infantil, provoca uma “confusão de línguas” que impede que a criança sinta confiança e segurança no adulto frente ao desrespeito às suas necessidades de ternura. A confusão aponta, então, para um desencontro entre a confiança depositada no adulto como provedor de cuidados e a postura de um adulto insensível que desconsidera as demandas infantis.

A impossibilidade de dar sentido ao evento por parte da criança suscita o desmentido. Ao procurar um entendimento do ocorrido com o auxílio de outro adulto e encontrar como resposta o silêncio, a negação e a desautorização, a criança não consegue dar um sentido para a experiência em decorrência da precariedade de seus recursos psíquicos.

Ocorre, dessa maneira, uma comoção psíquica em reação ao trauma, descrita por Ferenczi (1931/1992) como uma agonia física e psíquica que suscita uma dor insuportável. Essa comoção remete ao terror e à morte. Diante de

tamanha dor, a criança se isola de si mesma, afastando-se de seu corpo e do seu psiquismo. O desprazer provocado por essa dor requisita uma válvula de escape que libere a angústia, através da autodestruição. Surge, então, uma desorientação que protege da dor psíquica, porém, anula a consciência.

O choque ocasionado pela comoção traumática equipara-se à aniquilação do sentimento de si, da habilidade de agir, pensar e resistir em defesa de si mesmo. Diante desse estado de quase morte, originado pela comoção traumática, a criança se identifica com o agressor, obedecendo-o e descuidando-se de si mesma. Ao anular uma parte de si, incorpora o agressor e se identifica com sua culpa. Por sua vez, a identificação com o agressor promove o desenvolvimento de características intelectuais e psíquicas de um adulto maduro na criança – uma progressão traumática – que a transforma num “bebê sábio”, termo utilizado pelo autor para caracterizar um amadurecimento prematuro que a faz abdicar da sua infância e passar a cuidar de si e dos outros.

O terror causado pelo trauma acarreta a utilização de uma defesa denominada por Ferenczi (1931/1992) de autoclivagem narcísica, através da qual um fragmento egoico é apropriado pelo agressor de forma violenta, convertendo-se em culpado e amadurecido artificialmente, e outra parte do ego permanece secreta ou aniquilada. Essa clivagem implica em uma transformação substancial no eu infantil, acompanhada de uma destruição parcial ou total do eu preliminar. Ocorre uma mudança total, que altera completamente os dois fragmentos egoicos. Assim, a criança que foi negligenciada em sua parte infantil renuncia a uma parte de si, se autodestruindo para conseguir sobreviver. A clivagem aniquila sua espontaneidade e a parcela sobrevivente é usurpada pelo sentimento de culpa do invasor, tornando-se prematuramente amadurecida e sábia.

Em *Confusão de línguas entre adultos e crianças* (1933/1992), o autor ressalta que o ego da criança fica debilitado pela clivagem, por não poder elaborar o acontecido. Logo, o processo de simbolização fica comprometido pelo efeito da não inscrição, impossibilitando a representação verbal do acontecido e a atenuação da angústia. A parte amadurecida da criança se converte, tornando-se submissa e obediente, o que a ajuda a retomar o equilíbrio destruído pelo trauma. Porém, o autor ressalta ainda que os escombros aniquilados do idioma

da ternura podem regressar diante de um ambiente acolhedor, capaz de escutar essa tamanha dor que não pode ser integrada.

Em síntese, podemos dizer que, diante da presença de pacientes que ultrapassam a fronteira de demarcação do território edipiano, Ferenczi demonstra interesse pelo tratamento de pacientes difíceis e propõe a necessidade de variações na técnica<sup>1</sup>, com o objetivo de suprir falhas na estrutura egoica de pacientes traumatizados precocemente. De peculiar sensibilidade clínica, utiliza como ação norteadora o tato psicológico e se direciona rumo à exploração das fases mais precoces do desenvolvimento humano e dos primórdios da vida psíquica, objeto de estudo primordial de Winnicott.

## **3.2 Panorama do trauma em Winnicott**

### **3.2.1 Publicações de 1931 a 1956**

Os artigos aqui relacionados serão apresentados de acordo com a ordem cronológica de suas publicações. Inicialmente serão apresentados os artigos publicados entre as décadas de trinta a cinquenta:

#### **3.2.1.1 Sobre normalidade e ansiedade (1931)**

Em artigo publicado em 1931, Winnicott salienta a relação entre ansiedade e normalidade, elucidando o comprometimento da saúde física em decorrência de pressões e tensões emocionais.

As crianças vivenciam conflitos emocionais e situações perturbadoras que as ajudam a desvendar formas de enfrentá-las, tolerá-las ou modificá-las, sejam elas reais ou fantasiosas. A ansiedade proveniente, frequentemente é

---

<sup>1</sup> Em 1919, diante da estagnação de alguns de seus processos de análise e da resistência de pacientes graves, Ferenczi passou a questionar os limites da palavra na técnica psicanalítica. Focado nas posturas corporais e nos gestos dos seus pacientes, desenvolveu então a técnica ativa, no intuito de elevar a tensão interna e causar uma redistribuição da energia libidinal que pudesse acessar o conteúdo recalado. Posteriormente, Ferenczi abandonou essa técnica, pois percebeu suas contraindicações e limitações, sugerindo a elasticidade da técnica, segundo a qual o analista deve ceder às tendências do paciente. Essa nova postura analítica, baseada na elasticidade e no tato, propicia manifestações catárticas que expressam experiências traumáticas precoces desestruturantes e agonias psíquicas que não puderam ser verbalizadas.

provocada ou acompanhada de sintomas físicos, dentre os quais se destacam pesadelos, reação excessiva a alguma circunstância cotidiana, agitação e compulsão a fazer algo. A maioria desses sintomas pode ser utilizada de forma inconsciente pela criança para satisfação de desejos inconscientes ou para neutralização de sentimentos de culpa.

O autor assinala que doenças físicas podem alterar significativamente o estado psíquico da criança, como as doenças cerebrais, que são capazes de produzir alterações comportamentais em graus diferenciados, comprometendo o bem-estar, a inteligência, a estabilidade emocional e a confiabilidade da criança. É importante ressaltar ainda que doenças físicas podem ser mascaradas por sintomas de ansiedade, como estados febris e dores, ou seja, adoecer pode adquirir um significado simbólico, algumas vezes, carregado de culpa.

Winnicott enfatiza a importância de algumas habilidades necessárias ao pediatra que acompanha a criança, no sentido de considerar processos subjacentes a certas formas de adoecimento, evitando se ater, apenas, àquelas causadas por fatores orgânicos. Um profissional mais afinado com a psicologia deve considerar que experiências de perda e frustração específicas da idade, juntamente com o processo de educação, podem desenvolver autonomia e autoconfiança.

Em seguida, o autor relata fragmentos de casos clínicos envolvendo crianças que apresentaram sentimentos de ansiedade diante de transformações ambientais. Dentre eles, trazemos aqui o caso de Verônica.

Winnicott caracteriza Verônica como “um bebê normal”, porém, por volta de um ano e cinco meses de idade, sua mãe precisou ser hospitalizada durante um mês. Quando chegou para atendimento, a mãe já estava de volta há um mês, e preocupava-se com o fato de a filha estar muito nervosa, acordando à noite com frequência para chamá-la, além de se alimentar muito pouco e vomitar em seguida.

Winnicott conta que, no período da internação hospitalar, Verônica foi cuidada por uma amiga solteira da mãe, de quarenta e três anos que, embora parecesse uma mulher bem comum, de certa forma afeiçoada à criança, a tratava com certa crueldade: “Por exemplo, havia sempre uma correia sobre a mesa, como uma ameaça permanente, que seria usada caso a criança não

comesse” (1931/2000, p. 45). A mãe ficou sabendo pelos vizinhos que, durante as refeições, a filha berrava, recusando a comida.

Durante o período em que esteve com essa mulher, Verônica foi se tornando cada vez mais nervosa, inclusive, rejeitava o pai, temendo estar em seus braços, o que nunca acontecera antes. Então, “quando a mãe voltou para casa, tentou desfazer o mal que havia sido feito, mas teve êxito apenas parcial. Levou algum tempo até que a menina aceitasse o colo do pai sem medo e voltasse a brincar sozinha com prazer” (1931/2000, p. 46).

Além da falta de apetite, razão da consulta, a pequena Verônica também apresentava dificuldades com as funções excretórias: “Enquanto anteriormente a micção havia sido normal, agora ocorre uma urgência e uma frequência maiores durante o dia, e enurese especialmente à noite. Surgiu também uma constipação persistente”. Na segunda sessão com Winnicott, a mãe contou que a criança sentia dor ao urinar, e que por três dias se recusou a defecar, além de entrar em pânico diante de qualquer tentativa de lavar sua região perineal; isso porque a mulher costumava enfiar o dedo no ânus da menina para que evacuasse: “Nem tente mostrar a ela um pote de vaselina” (1931, p. 46).

Neste caso, fica evidente o quanto o trauma produz consequências negativas, tendo ocorrido em decorrência da ausência materna por um período demasiadamente longo e também da forma inadequada como Verônica fora cuidada pela substituta. Mesmo a mãe tendo retornado, alguns problemas persistiram, sendo necessário um tempo para que ela conseguisse retomar seu espaço na vida psíquica da criança e para a remissão completa dos sintomas.

### **3.2.1.2 Trauma do nascimento e ansiedade (1949)**

Neste artigo, Winnicott (1949/2000) vai adiante, destacando a importância das memórias corporais primitivas nas experiências iniciais da vida do bebê, ao afirmar que já se observa uma existência pessoal e certa capacidade para ter experiências. O armazenamento das lembranças vivenciadas no útero permite um sentimento de continuidade, considerado como um início que necessita ser preservado. Na saúde, as perturbações vivenciadas pelo feto se

configuram como um estímulo valioso até certo grau, podendo se tornar contraproducentes ao provocarem reações.

O autor postula três modalidades de nascimento, a saber, a experiência normal e duas gradações de nascimento traumático. Na primeira delas, a mais comum, os efeitos podem ser anulados por um manejo adequado. As outras, definitivamente traumáticas, resultam em marcas indelévels, sendo que o fator adverso pode ser tão intenso que o indivíduo não consegue avançar em seu processo de desenvolvimento pessoal.

O trauma do nascimento somente ganha sentido diante da intercorrência de problemas que ocasionem invasões ambientais e provoquem antecipação ou adiamento do nascimento, de modo a extrapolar os limites de tolerância do bebê, originando reações subsequentes. Aqui, ocorre uma memorização e catalogação pelo bebê de cada detalhe da invasão e de suas próprias reações diante da situação de nascimento traumático. A presença de dificuldades pode ser traumática em graus diferenciados, em conformidade com a capacidade do feto para suportá-las. O traumático pode ainda estar vinculado ao desenvolvimento intrauterino, dada a relevância da sustentação do bebê nesse ambiente.

### **3.2.1.3 Trauma decorrente da inconstância do ambiente levando à hiperatividade mental (1949)**

Aqui, o autor explora a ideia de que uma das raízes da mente é o funcionamento do psicossoma, sempre às voltas com as ameaças à continuidade do ser que acompanham cada falha de adaptação ambiental ativa. Afirma que certos aspectos da falha materna levam a uma hiperatividade do funcionamento mental através da oposição entre a mente e o soma. Em reação a esse ambiente não provisional, o pensamento do indivíduo assume o poder e passa a cuidar do psicossoma, ou seja, a mente usurpa as funções ambientais.

Essa situação traumática origina distorções graves decorrentes das falhas ambientais, além das reações do indivíduo numa tentativa de manter as intrusões distantes. Esse funcionamento mental pode se tornar supostamente mais importante que o psiquismo e desenvolver defesas com o objetivo de proteger a psique. Uma organização defensiva é produzida pelo intelecto na forma de perseguições primárias, podendo gerar, inclusive, uma confusão de

perseguições diante da qual o intelecto fracassa em organizá-las e desenvolve uma aparente deficiência mental.

O crescimento exacerbado da função mental em reação a uma maternagem insatisfatória provoca um estado confusional, no qual a mãe é substituída e se torna desnecessária. Esse estado é extremamente desconfortável, pois ocorre uma ruptura do relacionamento íntimo existente entre o psicossoma, configurando, assim, um fenômeno patológico.

#### **3.2.1.4 Trauma decorrente de privação (1956)**

Um novo conceito se esboça na obra winnicottiana, ressaltando que os cuidados ambientais devem ser suficientemente bons para que o desenvolvimento psíquico se torne um fato, e que a função do ambiente facilite o processo maturacional, evitando distorções, Winnicott (1956/2000) acrescenta que os fracassos dessa provisão, derivados de privações, podem levar a um quadro antissocial, ocasionando distúrbios de caráter ou um quadro de psicopatia. A privação, dessa forma, inclui o trauma específico e a situação traumática que se prolonga no tempo.

Nesses casos, o fracasso da ambiência se dá em uma etapa em que já há certo grau de integração egoica que possibilita ao indivíduo a percepção da falha ambiental. Winnicott (1956/2000, p.125) pontua que “a base da tendência antissocial está em uma experiência inicial que se perdeu”. Sem dúvida, é essencial que o bebê tenha atingido a capacidade de perceber que a causa do desastre reside em uma falha ou fracasso ambiental. Em outras palavras, há uma percepção correta da criança de que ocorreu uma falha real de apoio ao ego em alguma fase do desenvolvimento emocional, provocando uma interrupção na continuidade da linha da vida e, assim, gerando um trauma. Há, pois, certo êxito no processo de organização egoica, porém, o ambiente falha em um estágio em que a criança ainda não é capaz de estabelecer um mundo interno e tornar-se independente. Dá-se, então, uma perda ambiental abrupta e radical, que leva a criança a um quadro antissocial, podendo progredir para um distúrbio de caráter, levando-a à delinquência e à reincidência.

A reação a esses distúrbios ocupa o lugar do processo maturacional, ou seja, o processo de desenvolvimento emocional fica retido em alguma fase em decorrência da falha ambiental.

Em síntese, o fracasso da ambiência em se adaptar às necessidades primárias do lactente, durante a fase de dependência relativa, se coloca como pano de fundo do desajuste ambiental, e a criança desenvolve uma tendência antissocial que se origina de uma deprivação provocada pelo ambiente, isto é, uma falha significativa ocorreu em relação às necessidades essenciais da criança, que se manifesta através de exigências de dinheiro, preocupação e tempo, do furto e da destrutividade.

A busca de formas de chegar ao trauma original demonstra que a criança precisa retornar ao estado de coisas existentes antes do trauma de deprivação, resultante da associação entre a falha ambiental original e da raiva associada, o que libera o curso do desenvolvimento em direção ao crescimento emocional.

O conhecimento correto de que a causa do problema é externa e não interna, é responsável pela distorção da personalidade e pelo impulso para buscar uma cura através de novos suprimentos ambientais. O estado de maturidade do ego, possibilitando uma percepção, determina o desenvolvimento de uma tendência antissocial, em vez de uma doença psicótica (WINNICOTT, 1956/2000, p. 145).

Assim, é o ambiente que deve oferecer uma nova oportunidade à ligação egoica, posto que a criança percebeu que foi o fracasso ambiental no apoio egoico que redundou na tendência antissocial.

### **3.2.2 Publicações dos anos 1960**

Na sequência serão relacionados os artigos publicados na década de sessenta.

#### **3.2.2.1 Trauma decorrente da interrupção na continuidade do ser (1960) / Trauma como quebra na continuidade da existência (1967)**

Em ambos os textos, Winnicott (1960,1967) parte da ideia central de que o desenvolvimento psíquico depende da continuidade da linha da vida, que se inicia antes do nascimento concreto da criança. Continuidade na qual está

implícita a ideia de que tudo aquilo que fez parte da experiência cumulativa da vida do ser humano está preservado, ainda que fora do alcance de sua consciência. É somente sobre a continuidade do existir que o sentido de ser, de sentir-se real pode se estabelecer como característica da personalidade.

Um corte no fio de continuidade da existência pode ocorrer em decorrência de perturbações ambientais que impõem reações por parte do bebê, empurrando-o para fora do estado de ser. Ao reagir, o bebê não está sendo. A linha da vida não deve ser perturbada, portanto, por uma quantidade de reações maior do que aquela que pode ser experimentada sem que sobrevenha uma perda do sentimento de continuidade, pois nessa etapa tão primitiva do desenvolvimento ainda não há força suficiente do ego para que ocorram reações sem perda desse sentimento.

Winnicott retoma um artigo de 1953, destacando que, quando ocorre um trauma, há uma ruptura no continuar a ser do bebê; se essa ruptura ocorre como um padrão, as sensações causadas pelas intrusões e pelas reações do lactente a elas se transformam em fatores adversos ao desenvolvimento emocional.

O trauma implica que o bebê experimentou uma ruptura na continuidade da vida, de modo que defesas primitivas agora se organizaram contra a repetição da ansiedade impensável ou contra o retorno do agudo estado confusional próprio da desintegração da estrutura nascente do ego (WINNICOTT, 1953/1975, p. 135).

### **3.2.2.2 Trauma associado a agonias impensáveis (1962)**

Em 1962, Winnicott se refere a agonias inomináveis por não haver palavras possíveis para traduzi-las; impensáveis por se reportarem a uma etapa pré-verbal, pré-representacional, pré-simbólica, enfim, preliminar à capacidade pertinente ao surgimento de mecanismos psíquicos. Sobrevêm quando ainda não há um ego minimamente estruturado para experienciá-las, ou seja, o bebê ainda não existe, atura o trauma sem poder dar conta da experiência e, por não conhecer os fatores externos, sofre agonias de aniquilamento.

É importante salientar a relevância do conceito de experiência, que, conforme Dias (2003), não se apresenta definido de forma clara, variando de acordo com a fase do desenvolvimento emocional a qual Winnicott se refere. Assim, o conceito de experiência nos estados primordiais é diferente do conceito na etapa em que há uma unidade subjetiva constituída. Em uma carta a Money-Kyrle, escrita em 1952, Winnicott assevera que:

[...] a experiência implica em um tráfegar constante na ilusão, uma repetida procura da interação entre a criatividade e aquilo que o mundo tem a oferecer. A experiência é uma conquista da maturidade egoica para a qual o ambiente fornece um ingrediente indispensável (WINNICOTT, 1952/1994, p. 38).

A aquisição da capacidade de viver experiências é fornecida pelo ambiente suficientemente bom, que se adapta ao ritmo do bebê para que ele possa criar o mundo conforme lhe é apresentado. Assim, o gesto espontâneo pode se efetivar, e o sentimento de onipotência da criança lhe possibilita o sentido pessoal da existência, ou de viver a experiência de continuidade de ser. A capacidade para a experiência se relaciona à espontaneidade, à criatividade originária, enfim, ao ser.

As agonias impensáveis são decorrentes, pois, de falhas ambientais e das reações do indivíduo a essas falhas. Portanto, as agonias fazem parte do trauma juntamente com as defesas organizadas contra elas. Essas agonias afetam a criança em sua essência, no seu âmago e atingem o núcleo incipiente do seu *self*. Uma ameaça ao isolamento do *self* verdadeiro implica em angústia intensa, pois “é o núcleo central do ego que é afetado e esta é a natureza real da angústia impensável” (WINNICOTT, 1960/1989, p. 46).

Nessa etapa do desenvolvimento, o infante é um “ser imaturo que está continuamente a pique de sofrer uma ansiedade inimaginável” (WINNICOTT, 1962/1983, p. 56). Essa agonia impensável, pois, não pode ser abarcada pela criatividade primária nem pela elaboração imaginativa das funções corporais da criança, pode ser evitada pela função materna de se colocar no lugar do bebê e atender às suas necessidades. As vivências traumáticas provocam angústias de aniquilamento e levam também à organização de defesas primárias de caráter psicótico, ameaçando a comunicação com o núcleo isolado do *self*. São angústias que carregam consigo

a temível “fantasia de estar totalmente descoberto, de ser infinitamente explorado” (WINNICOTT, 1963/1989, p. 163).

Em 1960, Winnicott associa as agonias impensáveis a segurar mal o lactente, acarretando uma tensão inquietante que origina sensações de partir-se em pedaços, de cair para sempre. Essas agonias estão associadas a traumas ocorridos durante a etapa da realização de tarefas concernentes à primeira mamada teórica, gerando interrupção no processo de desenvolvimento emocional.

O autor apresenta, ainda, uma caracterização detalhada das várias agonias inomináveis.

Inicia com o **cair para sempre**. Trata-se da agonia ligada ao sentimento de ser segurado, continuamente, de maneira inadequada ou insegura, na fase de dependência absoluta. A criança pode então ter sensações de queda infinita, pois o cuidado materno não proporcionou a experiência de ter sido envolvido de maneira firme pelos braços da mãe. A consequência dessa falta de suporte pode ser uma inibição dos movimentos, pois o indivíduo que sustenta a si mesmo possui uma tensão corporal, nunca relaxa e aparenta extrema fragilidade. Ademais, sente a ameaça de se desintegrar, caso relaxe da eterna vigília. A inibição do movimento decorre do receio de acontecer algo imprevisível, com a consequente perda de controle.

O segurar simples dos começos se expande para “segurar a situação no tempo”. Se o segurar falha na sua totalidade, o infante se sente caindo para fora do “mundo que assegura a presença consistente e real das coisas” (DIAS, 1998, p. 262) ou caindo fora de um tempo determinado, em que as coisas têm começo, meio e fim.

Caracteriza então a **perda da coesão psicossomática**. Como já ressaltado, o termo personalização se refere à conquista do alojamento da psique no corpo. A ausência dessa conquista propicia sentimentos de irrealidade, estranhamento e falta de familiaridade em relação ao próprio corpo, impedindo conexões consigo mesmo. O indivíduo não reside em seu corpo ou reside de forma precária; seus sentimentos, satisfações ou disfunções não são vivenciados como parte do seu *self*. A coesão psicossomática é vinculada às tarefas de orientação espaço-temporal. Essa aquisição propicia a sensação de que o corpo se torna a morada do *self*, adquirindo consistência, ocupando

espaço e sendo reconhecido. Sem essa conquista, a criança não alcança a percepção de dentro-fora e não consegue se consolidar como um eu que possui uma membrana limitante. O medo da perda da conexão psicossomática consiste em uma agonia primitiva que produz uma organização defensiva, com o risco implícito de desligamento total do conluio psicossomático e a retirada para uma realidade em que o intelecto age de forma exacerbada.

No que se refere ao que Winnicott denomina **retorno a um estado de não-integração**, destaca que o oposto da integração é uma deficiência na integração ou a desintegração a partir de um estado de integração. Trata-se de algo intolerável, “é uma das ansiedades mais inconcebíveis da infância” (WINNICOTT, 1966/1989, p. 9) que pode ser evitada pelo cuidado materno. Quando o estado primário de não-integração foi vivenciado com insegurança, sem sustentação, causando na criança a ameaça do imprevisível, o retorno a esse estado se torna impensável.

O termo desintegração é usado pelo autor para retratar uma defesa sofisticada que representa a produção ativa de um estado caótico formado contra a não-integração e caracterizado por ansiedades arcaicas. A desintegração é caótica por representar uma alternativa para a ordem; pode-se dizer que equivale a uma organização defensiva grosseira, uma defesa contra ansiedades primárias: “A desintegração, depois que o indivíduo atingiu o status de unidade, consiste num desfazer organizado da integração, produzido e mantido em razão de ansiedades intoleráveis na vivência de totalidade” (DIAS, 1988, p. 159). Falhas no cuidado satisfatório levam à desintegração e não ao retorno à não-integração. A desintegração é sentida como uma ameaça, corresponde a um estado confusional organizado, posto que somente pode ocorrer após alguma integração ter sido alcançada. Dito de outra forma, o sentimento de ameaça somente é possível porque há ali uma pessoa capaz de senti-lo, ou seja, há uma integração minimamente estruturada capaz de experimentar as ansiedades associadas à desintegração.

Winnicott fala ainda da **perda do sentido da realidade**. Na visão do autor, o senso de realidade é fundamentado no assentamento da confiabilidade, quando atos silenciosos, em momentos pré-verbais e pré-representacionais vivenciados pela díade mãe-bebê, estabelecem a confiança no ambiente, permitindo o encontro com a realidade externa. A confiança dá sustentação às

possibilidades humanas e deve se fazer sempre presente na vida cotidiana, pois, caso não se instale como alicerce, o indivíduo não consegue entregar-se aos eventos da vida e adota uma postura de controle do ambiente, comprometendo sua espontaneidade. A possibilidade de uma vida plena é amparada na confiança na consistência da presença materna. Somente assim se pode estabelecer uma crença na externalidade e na certeza de que o mundo pode ser encontrado.

O autor ressalta que, durante um período de ausência materna, a criança pode manter viva a imagem de sua presença durante certo tempo. Porém, se a mãe se ausenta durante um período superior ao que a criança é capaz de sustentar, a imagem da presença se esmaece, começa a morrer e se desmancha, gerando uma formação traumática.

Quanto à **perda da capacidade de se relacionar com objetos**, em texto de 1947, Winnicott já afirmava que a adaptação suficiente da figura materna às necessidades do bebê permite o encontro de objetos de forma criativa. Importante lembrar que, como assinala o autor, o processo de desenvolvimento emocional impulsiona a criança a se relacionar com objetos depois de uma maturação relativamente sofisticada, ou seja, da conquista do estatuto unitário “eu sou”. Parte da vida saudável de uma criança está, pois, diretamente ligada ao relacionamento com objetos internos e externos, sendo fundamental para a estruturação do ego e construção do sujeito. É através do contato significativo com a mãe que a criança inicia o contato consigo mesma.

A perda da esperança na capacidade de se relacionar com objetos origina-se de falhas na tarefa de apresentação do mundo ao bebê. Como consequência, uma parte do indivíduo se relaciona com o mundo subjetivo e a outra reage de forma submissa ao mundo externo. Assim, a criança não consegue funcionar como pessoa total, pois a ligação entre os mundos subjetivo e objetivo não se concretizou.

Winnicott (1965/1994) destaca que repetições de falhas ambientais, no momento em que o infante ainda não possui uma estrutura egoica, capaz de compreender e representar o acontecido, despertam ansiedades inomináveis que interrompem a sensação de continuidade do ser, ou seja, a existência pessoal.

O autor (1963/1994) utiliza o termo agonia para caracterizar o fenômeno de morte antecipada do sujeito. A morte psíquica aconteceu, mas não foi vivenciada, pois o sujeito não tinha maturidade suficiente no momento, resultando em um estado de aniquilamento. O sentimento de continuidade do ser é, então, interrompido pelas reações às intrusões decorrentes de falhas no ambiente facilitador.

As grandes falhas no cuidado em etapas primitivas originam algo comparado ao nada, à experiência de colapso, caracterizado pelas agonias citadas acima. A angústia em sua vertente traumática é retratada por Winnicott (1963/1994) através do conceito de agonias impensáveis, como um afeto cuja elaboração psíquica foi impossibilitada. Essas agonias implicam em vivências decorrentes da quebra da perspectiva de se sentir existindo. Ocorre, desse modo, a necessidade de reação por parte da criança, sendo organizadas defesas primitivas contra agonias impensáveis. Instala-se, assim, um estado confusional em consequência da desintegração da estrutura egoica ainda incipiente. A incipiência egoica instala a impossibilidade de tolerar intrusão sem a decorrente perda da identidade. Nesse contexto, a criança assume uma condição defensiva contra as agonias inomináveis provenientes da situação de imprevisibilidade. Instala-se, dessa forma, um padrão de reação ao imprevisível e prevalece um tempo de descontinuidade diante da inviabilidade do acúmulo de experiências que possam vivenciar uma noção de passado, presente e futuro. Para Winnicott “uma criança que não cria o mundo [...] não tem futuro” (1963/1994, p.143).

A ruptura vivenciada pela criança como agonia impensável tipifica um tempo vazio que inviabiliza qualquer possibilidade de articulação temporal entre o antes e o depois. Dá-se, então, uma difusão em um eterno presente que impede a criança da sensação de temporalidade, ou seja, a continuidade do tempo é interrompida.

O trauma é evidenciado pela experiência de uma ruptura na continuidade do existir, de forma que ocorre uma reação e uma organização de mecanismos de defesa primitivos que se constituem contra a repetição das agonias primitivas.

O colapso implica no fracasso de uma organização defensiva acompanhado pelo temor e está associado a um fator ambiental que não pôde ser conduzido à área de onipotência da criança, o que pode vir a provocar

ameaças de aniquilamento que, por sua vez, provocam agonias impensáveis e estabelecem defesas na tentativa de evitar o colapso.

O medo do colapso remete ao efeito de traumas precoces e devastadores, decorrentes de marcas gravemente profundas e mutilações na experiência do ser. Winnicott (1963/1994) enfatiza que o colapso temido ocorreu no passado, caracterizando-se como um evento que não pode ser experimentado; isto é, o afeto correspondente não pôde ser sentido, resultando no seu surgimento sob a forma de colapso, em uma situação de transbordamento. Consiste, pois, em uma inscrição de algo que ocorreu, mas que não encontrou lugar, deixando um vazio - o colapso deixa uma marca que não pode ser representada no inconsciente e corresponde ao medo de morte psíquica, de calamidade iminente, da incontinência de ações perigosas e incontroláveis. Estamos diante, aqui, de uma situação de fracasso ambiental, associada a angústias impensáveis.

O autor se refere a experiências de morte psíquica como um “nada central”, como o centro do sujeito no qual existe um nada, um estado de apatia e falta de orientação. Há um *self* dissociado que corresponde a um vácuo no centro do si-mesmo, um estado de nada. São frequentes, nesses casos, sensação de vazio, de falta de sentido e a certeza de não ter com quem contar.

Winnicott (1953/1988) aponta consequências da necessidade de uma reação prematura por parte da criança; dentre elas, uma progressão traumática cujas implicações clínicas são a sensação de vazio, de que nada aconteceu quando algo importante deveria ter acontecido e a sensação de não existência, quando o colapso já aconteceu e uma defesa contra ele se originou. Dentre os resultados frente à reação à intrusão de fatores externos, destacam-se o funcionamento exacerbado do intelecto apartado da psique, ou seja, o intelecto coleciona intrusões às quais teve de reagir e as arquiva em sequência, protegendo a psique até que se estabeleça a continuidade de ser. O segundo resultado implica na formação do falso *self* diante da imposição de reações ao ambiente caracterizadas pela inviabilidade de usufruir do espaço transicional de relaxamento entre o eu e a externalidade.

O trauma ocorre, pois, diante da perda de confiança no ambiente, o que provoca uma ruptura na continuidade de ser. Assim, as defesas primitivas se articulam contra a recorrência de angústias impensáveis e contra o retorno do

estado confusional agudo, peculiar à desintegração da estrutura nascente do eu (WINNICOTT, 1967/1975, p.135).

### **3.2.2.3 Trauma como falha na provisão ambiental (1963)**

Neste artigo, Winnicott classifica os distúrbios de acordo com o grau de distorção do ambiente ou pela sua deficiência reconhecida como etiologicamente significativa. Destaca três pontos importantes no processo de desenvolvimento emocional, a saber, a hereditariedade, o ambiente que apoia, falha ou traumatiza e, por último, o indivíduo, vivendo, crescendo e se desenvolvendo. Como já vimos, a hereditariedade é entendida como tendência inerente do indivíduo a crescer, se relacionar com objetos, se integrar e amadurecer.

O entendimento da importância do ambiente requer um conhecimento acurado do momento presente e dos estágios de dependência. No início da vida, há uma concentração dos fenômenos ambientais, posto que é da mãe que o bebê começa a surgir como unidade anatômica e fisiológica. Ou seja, o membro infantil da díade mãe-bebê se desenvolve em direção à sua individualidade, desde que tenha um início suficientemente bom e o ambiente não falhe em suas várias funções essenciais, funções que mudam em sua ênfase e se desenvolvem em suas qualidades à medida que o crescimento da criança prossegue. Nesse contexto, a maturidade se torna possível se o indivíduo possui capacidade para participar na criação e manutenção do ambiente local.

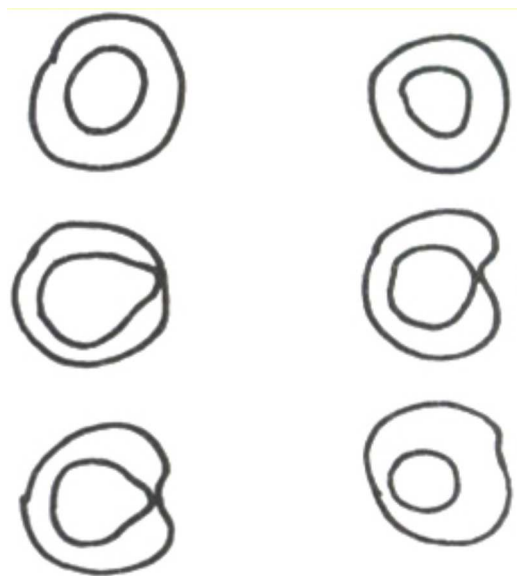
Como citado anteriormente, o aporte teórico de Winnicott apresenta como um dos seus pilares básicos a preponderância atribuída ao papel do meio ambiente na saúde mental do indivíduo. Nas palavras de Winnicott: “Muitas vezes, o fator ambiental não é um trauma isolado, mas um padrão de influências que distorcem; o oposto, de fato, do ambiente favorável que permite a maturação do indivíduo” (WINNICOTT, 1959/1964, p. 126-27).

Nessa perspectiva, ao apresentar uma teoria sobre os primórdios do processo de constituição egoica, postulando a importância primordial dos cuidados humanos suficientes para a formação da subjetividade, o autor apresenta também a relevância dos erros e fracassos advindos da ambiência.

A alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila. Ser e aniquilamento são as duas alternativas. O ambiente tem isso como principal função a redução ao mínimo de invasões a que a criança deva reagir com o conseqüente aniquilamento do ser pessoal (WINNICOTT, 1960/1990, p. 47).

A intrusão é traumática porque obriga a criança a reagir, em vez de continuar a existir - ao reagir, não “está sendo”. Se a reação à intrusão se torna um padrão na vida da criança, ocorre uma parada na tendência natural ao desenvolvimento e na possibilidade de integrar-se em uma unidade pessoal dotada de um si-mesmo, com um passado, um presente e um futuro. Ocorre, então, uma interrupção no processo de desenvolvimento emocional.

Winnicott (1949/2000) se refere à noção de intrusão (*impingement*) como o fracasso na adaptação ativa da mãe às necessidades do seu bebê durante a etapa de dependência absoluta. Uma mãe pode ser intrusiva, apesar do amor e delicadeza dedicados ao seu filho, se não consegue reconhecer suas necessidades básicas em cada momento específico de sua constituição psíquica.



**Fonte:** Winnicott, D. W. **Da pediatria à psicanálise:** obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

A ilustração acima demonstra como o recém-nascido é afetado pelas influências do ambiente. Como vimos anteriormente, a mãe dedicada deve exercer a tarefa de atender prontamente às necessidades da criança em determinado espaço de tempo. Assim, ao procurar o seio, o bebê faminto necessita que este se encontre disponível. A primeira figura representa a criança

indo ao encontro do seio, que se afigura como ambiente. Se esse movimento for acolhido pela mãe, dá-se o início da formação de um *self* verdadeiro. Se a ambiência não é responsiva, a troca figurará como uma intrusão. A criança se sente invadida pelo ambiente se a figura materna não acolhe seu gesto espontâneo. Se a falta de resposta se repete e a mãe substitui o gesto do bebê pelo seu próprio gesto, a intrusão ocasiona uma resposta reativa por parte do bebê, conforme a segunda figura. A última figura retrata o retorno ao isolamento, decorrente da inabilidade materna em responder às necessidades do infante.

As falhas ambientais duradouras ou recorrentes promovem na criança a vivência de angústias arcaicas impensáveis que se afiguram como traumatogênicas quando se tornam impeditivas do desenvolvimento emocional. As angústias inesperadas e impensáveis despertam reações defensivas primitivas, com o objetivo de proteger o bebê de sofrer forte influência do ambiente ou ser devassado.

Winnicott (1965/1994) associa o trauma também ao caráter repetitivo das invasões, vinculado ao comportamento caótico do ambiente. Acrescenta ainda que é decorrente de repetições de falhas ambientais no momento em que o infante ainda não possui uma estrutura egoica capaz de compreender e representar o acontecido, despertando ansiedades inomináveis que interrompem a sensação de continuidade do ser, ou seja, sua existência pessoal.

#### **3.2.2.4 Trauma por imprevisibilidade no cuidado ao lactente (1963)**

Winnicott enfatiza constantemente em sua obra que, quando a ambiência é responsiva, a criança cresce a seu modo. As condições ambientais iniciais adotam um alto grau de adaptação, até que, gradualmente, ocorre uma série de falhas, sempre de acordo com as necessidades crescentes do bebê em direção à realidade externa, de modo que consiga caminhar no sentido do estabelecimento de uma identidade pessoal.

Neste texto, acrescenta que, no desenvolvimento dos fenômenos que constituem a realidade psíquica interna do bebê, surgem elementos positivos e negativos, benignos ou persecutórios, originários de satisfações e frustrações pertinentes à experiência do viver. A realidade interna da criança se transforma no seu mundo pessoal em crescimento, situado dentro e fora do *self*, instalado

recentemente como uma unidade protegida por uma membrana protetora. Assim, se estabelece uma troca permanente entre o que está dentro e o que está fora, de modo que seu mundo externo é enriquecido pelo potencial interno, e o interior se complementa com o que é pertinente ao exterior. À medida que a criança se desenvolve, o conteúdo de sua vida pessoal não fica restrito somente a ela, ao mesmo tempo em que o *self* se comunica com o ambiente.

No entanto, se ocorrem falhas na confiabilidade durante o processo de desenvolvimento emocional, provocando reações que se configuram em interrupções no vir a ser da criança e uma conseqüente ruptura no seu *self*, ocorre uma formação traumática. O trauma corresponde, então, a uma reação à não confiabilidade no ambiente.

A confiabilidade é constituída na fase de dependência absoluta e necessita ser sustentada na fase de dependência relativa para que aconteça o desenvolvimento saudável da criança. Trata-se de um traço essencial e silencioso, perceptível no exercício dos cuidados maternos. O principal traço da confiabilidade reside no cuidado materno para que o lactente tenha preservada sua continuidade da existência, através da introdução e manutenção da área de ilusão de onipotência. Assim, é permitido ao bebê habitar durante o tempo necessário um mundo subjetivo sobre o qual exerce controle mágico e onipotente, ou seja, as experiências ocorrem no momento exato da necessidade do bebê (DIAS, 2011).

No mundo subjetivo, tudo que chega à criança tem a marca do objeto subjetivo. Esses objetos possuem uma natureza específica e não provocam sobressaltos, não surpreendem, chegam no momento exato da sua necessidade e possuem o porte exato e correspondente à capacidade do bebê para assimilá-los como parte integrante. Dias (2011) pontua que a forma de presença desses objetos não denuncia sua existência externa e, assim, não obriga o infante a reagir e interromper a continuidade de sua existência.

Se o apoio materno vai ao encontro das necessidades básicas do bebê durante seu crescimento maturacional, torna-se possível a continuidade de sua trajetória pessoal, permitindo que o infante experiencie situações favoráveis ou fragmentárias baseadas na confiança existente no fato concreto da sustentação ambiental e das etapas contínuas de integração que lhe são propiciadas. O mundo do bebê é constituído da totalidade dos cuidados

maternos. A mãe-ambiente providencia que o mundo da criança permaneça consistente, regular e constante - é assim que se origina a capacidade de confiar. Nesse contexto, a palavra-chave é previsibilidade, cuja importância já foi destacada anteriormente.

Ao contrário, se o ambiente fracassa na provisão da confiança ao mundo interno e externo, a criança não conquista a capacidade de “acreditar em”, “de confiar em”. Resulta, então, em uma desconfiança básica, em uma inconsistência que torna tudo irreal (DIAS, 2011). A criança não consegue se lançar nas intercorrências da vida e desenvolve um estado de alerta, à espreita de qualquer invasão, tentando proteger seu *self* ainda precário, ameaçado de ser aniquilado.

Diante de ambientes que abandonam o bebê aos seus próprios recursos, impedindo a crença necessária na presença substancial do ambiente suportivo e no fato de o mundo ser encontrável, a imagem da presença materna não adquire consistência, se esmaece e começa a morrer. O apagamento da memória da imago materna gera agonias impensáveis, seguidas de sensações de aniquilamento e loucura, como vimos anteriormente.

As reações automáticas às falhas da realidade externa rompem a linha de vida da criança. Os bebês que foram desapontados em etapas precoces não adquirem uma confiabilidade pessoal, que é um ingrediente vital rumo ao sentido da independência. Eles carregam consigo a experiência da ansiedade impensável e conhecem a agonia da desintegração, sabem o que é ser deixado cair eternamente ou sentir-se em uma desunião psicossomática.

### **3.2.2.5 Trauma como violação do *self* (1963)**

Nesta outra publicação, também de 1963, o autor lembra mais uma vez que o desenvolvimento maturacional se dá a partir de uma tendência inata fundamental que conduz o ser humano, desde a sua criação até sua morte, em um projeto de crescimento pessoal. O desenvolvimento psíquico autêntico somente acontece a partir do núcleo mais íntimo e pessoal. Para tanto, é necessária uma ambiência adaptável às necessidades específicas de cada estágio desse processo; do contrário, há distorções no *self*. As consequências de um apoio defeituoso ao *self* podem ser avassaladoras, interrompendo as

tendências fundamentais ao desenvolvimento emocional. De fato, como vimos anteriormente, as falhas ambientais contínuas geram agonias inomináveis que formam um padrão de descontinuidade e fragmentação do ser.

O autor sugere, ainda, que cada indivíduo é isolado, pois há um núcleo que permanece sem se comunicar, que é desconhecido e nunca será realmente encontrado: “No centro de cada pessoa há um elemento não comunicável, que é sagrado e necessita ser preservado” (1963/1983, p.170). Uma das bases do *self* é a percepção incipiente da continuidade de ser desde a vida intrauterina, em que o feto vive sensações e impulsos que são a base do *self* que irá se formar. A continuidade de ser é uma das dimensões da constituição do *self* alcançada quando o meio ambiente obtém estabilidade e não acarreta necessidades de reações a invasões que possibilitam a continuidade da existência. Existe algo no indivíduo que nunca poderá ser comunicado em palavras, que está relacionado aos primórdios dos processos comunicativos, cuja forma de expressão é o silêncio. Trata-se de uma privacidade que nunca deve ser devassada, pois representa algo de mais íntimo do indivíduo, sendo que a ninguém é dado o direito de penetrar ou desvelar. São partes da criatura humana que, de tão próximas da essência do seu ser, pertencem somente a ela.

O termo *self* se refere, dentre outros sentidos, ao estatuto unitário atingido pelo indivíduo no estágio de separação, resultando no “eu sou”, formado por uma série de conquistas no processo de integração, estabelecendo-se de maneira mais consistente na fase em que o bebê alcança uma identidade.

É importante lembrar que, em algumas situações, Winnicott utiliza o termo *self* para se referir ao estatuto unitário alcançado na etapa do desenvolvimento “eu sou”, ou seja, à conquista da unidade em uma identidade estabelecida. Trata-se de uma aquisição que é resultado de um demorado processo de integração, cujo início equivale ao *self* primitivo e não integrado. Aos poucos, com o desenvolvimento emocional, proporcionado por uma ambiência contingente, aspectos da personalidade vão sendo integrados. Depois de algumas experiências de expulsão da criança do seu âmbito de onipotência, após ter objetivado e se separado da mãe, o bebê pode se separar do ambiente total e atingir a etapa “eu sou”. Esse estatuto não é um todo coeso, sem fraturas ou conflitos – é uma conquista que corresponde ao sentimento de ser real, de

existir como identidade. Não constitui um fim em si mesma, mas uma posição a partir da qual a vida pode ser vivida.

A constituição do *self* é uma necessidade, pois o que rege a existência do ser humano no início e no decorrer da vida é a necessidade de ser e continuar a ser, de sentir-se real e habitar um mundo real: “Todo o processo de integração caminha para a constituição do *self* unitário” (WINNICOTT, 1960/1990, p. 87).

Em texto anterior, o autor já destacava:

O centro da gravidade do ser não começa no indivíduo. Está na organização total. Através de um cuidado suficientemente bom da criança, da técnica, do *holding* e do manejo geral, a casca é gradualmente conquistada e o cerne pode começar a ser um indivíduo [...]. Sem uma técnica de cuidado materno suficientemente boa, o novo ser não tem qualquer chance. Com uma técnica suficientemente boa, o centro de gravidade que está na organização meio ambiente-indivíduo tem a possibilidade de se alojar no centro, no cerne, em vez de na casca (WINNICOTT, 1952/1989, p. 208).

No tocante à origem do *self* verdadeiro, é importante ter em mente que a mãe suficientemente boa responde à onipotência do seu bebê. A força advinda das vivências onipotentes da criança dá ao ego, ainda incipiente, a possibilidade da existência de um *self* verdadeiro a partir de certo nível de organização mental.

Na saúde, o bebê é preparado, antes do nascimento, para alguma invasão ambiental. Passa, então, pela experiência de um retorno natural da reação para um estado de não mais ter de reagir, que é o único estado em que o *self* pode começar a existir. A adaptação ativa da ambiência às necessidades do bebê o torna capaz de viver em estado de isolamento tranquilo. Ao fazer um movimento espontâneo, o bebê faz também a descoberta do meio ambiente sem que haja perda de sentido do *self*. Se o ambiente se torna invasor, uma atitude reativa se impõe. Então, o sentido de *self* se perde e somente pode ser recuperado pelo retorno do *self* ao isolamento.

Se ocorrem falhas ambientais duradouras ou recorrentes, é afigurada uma organização traumática que paralisa o desenvolvimento. Diante de angústias intensas e confusões agudas, reações defensivas são ativadas, isolando o cerne do ser e interrompendo o fluir da continuidade do existir. Tais defesas isolam o núcleo do *self* e o protegem de ser devassado. No entanto,

esse isolamento pode ser tão intenso que o indivíduo perderá o contato com seu *self* verdadeiro.

No centro de cada pessoa há um elemento não comunicável, e isto é sagrado e merece muito ser preservado [...] eu diria que as experiências traumáticas que levam à organização das defesas primitivas fazem parte da ameaça ao núcleo isolado, da ameaça dele ser encontrado, alterado, e de se comunicar com ele [...] estupro, ser devorado por canibais, isso são bagatelas comparadas com a violação do núcleo do *self* (WINNICOTT, 1963/1990, p. 170).

### **3.2.2.6 Trauma relacionado ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família (1965)**

Neste artigo, Winnicott (1965/1994) relaciona o papel da família na proteção contra o trauma. Salienta que ela deve funcionar em consonância com as necessidades prementes da criança, surgidas da dependência e do fato de que o processo de desenvolvimento emocional somente se realiza na presença de um meio ambiente facilitador. Destaca a função da mãe como membro familiar que possui habilidades para fazer o que é necessário, em razão do relacionamento total com o bebê. Ressalta ainda a importância de possuir uma família e desenvolver uma confiança plena nos seus membros como condição para o processo de amadurecimento individual.

Mais uma vez, defende que o trauma acontece em decorrência do fracasso na proteção à criança, como falha materna na primeiríssima infância. As crianças experienciam ansiedades arcaicas em contato com a realidade antes de se encontrarem aparelhados para lidar com falhas ambientais através da conquista da introjeção da maternagem que pode conduzir ao desenvolvimento da capacidade para o autocuidado. Essas experiências provocam percepção de ameaça à sua existência e ansiedades referentes à sensação de queda eterna, desintegração, despersonalização e desorientação.

Neste artigo, Winnicott vai além em suas observações sobre o trauma e apresenta ainda cinco significados para o fenômeno, relacionados numa ordem que parte das etapas mais primitivas e segue rumo aos estágios mais evoluídos, indicando que o trauma varia de significado de acordo com o estágio do desenvolvimento emocional da criança.

O primeiro significado de trauma se refere ao estágio de dependência absoluta e acarreta um colapso na área da confiabilidade. O resultado se mostra no fracasso total ou relativo do estabelecimento da estrutura básica da personalidade e organização egoica. Esse tipo de trauma corresponde a falhas ambientais no atendimento às necessidades básicas da criança, a ser e continuar a existir. Ocorre, pois, uma quebra do sentimento de confiança básica. No estágio de dependência absoluta, como vimos, a criança não percebe a existência do ambiente, registrando apenas os efeitos da confiabilidade. O ambiente confiável é previsível na resposta às necessidades primárias do infante, preservando a continuidade de sua existência. A confiabilidade sentida é registrada como do próprio bebê e do seu mundo subjetivo. No entanto, se o ambiente é imprevisível, comportando-se de forma caótica, insensível às necessidades do bebê ainda dependente, ocorre uma quebra na confiabilidade no seu mundo subjetivo e em si mesmo; nas palavras de Winnicott (1965/1994, p.113): “O trauma implica em colapso no âmbito da confiabilidade do ambiente previsível médio, decorrente do fracasso da adaptação ambiental”.

O segundo significado de trauma é relativo ao estágio de dependência relativa, no qual a criança necessita seguir rumo a uma relação com o mundo objetivo, se distanciando da sua área de onipotência de forma gradual. O percurso em direção ao crescimento individual associado à possibilidade de relacionamento com o mundo objetivo como externo ao bebê necessita ser viabilizado e sustentado pelos cuidados ambientais contingentes. Nessa etapa do desenvolvimento, a adaptação ambiental quase absoluta deve se transformar em adaptação relativa, falhando gradativamente em direção à desadaptação. Deve ocorrer, pois, um fracasso adaptativo graduado.

O estudo do trauma envolve o investigador em um estudo da história natural do meio ambiente relativa a um indivíduo em desenvolvimento. O meio ambiente é adaptativo e, depois, desadaptativo; a mudança da adaptação para a desadaptação está intimamente relacionada ao amadurecimento de cada indivíduo e, dessa maneira, ao gradual desenvolvimento, nesse indivíduo, dos complexos mecanismos mentais que acabam por tornar possível uma mudança da dependência no sentido da independência. Dessa maneira, existe um aspecto normal do trauma. A mãe está sempre “traumatizando”, dentro de um arcabouço de adaptação e, desse modo, o bebê passa da

dependência absoluta para a dependência relativa. Mas o resultado não é como o do trauma, por causa da capacidade que a mãe tem de sentir a capacidade do bebê, momento a momento, de empregar novos mecanismos mentais. O senso que o bebê tem de não-eu depende do fato do funcionamento da mãe neste campo de cuidado maternal (WINNICOTT, 1965/1994, p.113-14).

O exercício pleno da função materna adaptativa exige que “a mãe esteja sempre “traumatizando” seu bebê dentro da pauta de adaptação, pois é assim que a criança passa da dependência absoluta para a dependência relativa” (WINNICOTT, 1965/1994, p.114). Entretanto, haverá trauma se a mãe não falhar ao seu bebê, se não introduzir pequenas falhas adaptativas graduadas, em doses limitadas, de acordo com a capacidade da criança de tolerar a descontinuidade.

Dias (1988) enfatiza que o trauma também ocorre se a criança, tendo avançado em seu processo de crescimento pessoal, necessita voltar a uma etapa anterior e a mãe não consegue identificar essa necessidade. O bebê então se apavora e fica retido no seu desenvolvimento, configurando, assim, uma formação traumática.

O terceiro significado de trauma alude à quebra de fé - “o trauma, no sentido mais popular do termo, implica uma quebra de fé” (WINNICOTT, 1965/1994, p.114). Na fase em que a criança já atingiu certo nível de desenvolvimento e adquiriu capacidade para confiar no ambiente em consequência de cuidados suficientes, pode ocorrer um trauma causado por fracassos ambientais que suprimem a confiabilidade conquistada pelo bebê. Assim, o ambiente atravessa suas defesas e sobrevém um colapso da fé. Nessa etapa, a criança já alcançou a consciência da externalidade, a separação “eu-não eu”, já consegue usar objetos e fazer distinção das falhas ambientais; ou seja, já alcançou uma identidade unitária. Se a provisão ambiental fracassa repentinamente e a criança não tem maturidade suficiente para demonstrar uma reação legítima de raiva e ódio, nem capacidade para defender-se, forma-se uma organização traumática. A criança pode atacar o ambiente na esperança de obter sustentação, e podem ocorrer distorções de personalidade e de caráter. Em uma direção mais grave, pode suceder uma perda quase total da confiança e da esperança.

O quarto significado de trauma se refere a um momento do processo de desenvolvimento emocional em que a integração das forças instintuais foi obtida através do concernimento. O desenvolvimento da capacidade de concernimento assume uma longa duração, desde a etapa em que a criança alcança algum grau de integração até o estabelecimento de sua consistência, aproximadamente aos cinco anos, fase na qual seu mundo interno se encontra mais organizado, se tudo correr bem, e a culpa e a ambivalência amor-ódio forem suportadas. Conforme ressaltado anteriormente, o concernimento se refere a uma “ansiedade que levou a ideias e atos reparatórios bem sucedidos, deixando de ser sentida como incômodo ou pesar para se tornar um sentimento de responsabilidade, consideração e cuidado.” (LEJARRAGA, 2010 p. 70). Assim, o indivíduo é uma pessoa total que se relaciona com pessoas totais. Quando a criança saudável pode desenvolver uma neurose em decorrência da intensidade das tensões instintuais e o ambiente não pode lhe dar sustentação suficiente, ocorre uma falha traumática e essa criança é submetida a um intenso sofrimento; porém, seu processo de desenvolvimento emocional não será interrompido. No entanto, quanto mais a criança tiver avançado no seu processo maturacional, maior será a intensidade do seu sofrimento. Nos relacionamentos referentes à conflitiva edipiana, a criança necessita experienciar a confiabilidade pessoal nos pais, no intuito de constituir uma realidade psíquica que transforme a fantasia em experiência compatível com o relacionamento pessoal real.

O último significado de trauma é correlacionado à invasão abrupta de acontecimentos externos:

O trauma é a destruição da pureza da experiência individual por uma demasiada intrusão súbita ou imprevisível de fatos reais e pela geração de ódio no indivíduo, ódio do objeto bom experienciado não como como ódio, mas delirantemente como sendo odiado (WINNICOTT, 1965/1994, p.114).

A intrusão inesperada de um fato real prejudica a pureza da experiência pessoal pela sobrecarga de decepções, produzindo ressentimento e amargura. O indivíduo pode também se defender maciçamente ao projetar o ódio para fora, desenvolvendo aspectos paranoides da personalidade.

### **3.2.2.7 Trauma por morte da mãe (1963)**

Aqui, Winnicott (1963/1983) trata da ausência da figura materna. Parte da ideia de que a criança somente alcança uma apresentação menos confusa da realidade se receber cuidados ambientais de uma mãe devotada à tarefa de cuidar, para que seu processo de desenvolvimento psíquico não sofra distorções que possam causar aflição e produzir raiva e desilusão, destacando que, nesse contexto, se desenvolvem capacidades que habilitam a criança a lidar com a perda. Em casos de ausência materna, porém, o pai pode ser um bom substituto, auxiliando na criação de um lar seguro e confiante. É importante também considerar fatores ambientais como a presença de uma equipe de apoio como substituta da figura materna.

Aborda ainda as organizações traumáticas possíveis diante da morte súbita e precoce da mãe, antes de a criança adquirir a capacidade de manter viva sua lembrança, afirmando que, neste caso, a continuidade das relações objetais da criança sofreu uma interrupção, detendo o processo de desenvolvimento primitivo.

### **3.2.2.8 Trauma como ausência da mãe por tempo excessivo (1967)**

Nesta publicação de 1967, o autor traz outra faceta da falha ambiental, elaborando uma equação relativa ao tempo de ausência da mãe.

Destaca então que o começo da formação de uma imagem do objeto na realidade psíquica do bebê é condição significativa para manter viva a imago materna com o auxílio concedido pela disponibilidade da figura materna, separada e concreta, associada aos cuidados disponibilizados à criança.

O sentimento de que a mãe existe dura  $x$  minutos. Se a mãe ficar distante mais do que  $x$  minutos, então a imago se esmaece e, juntamente com ela, cessa a capacidade de o bebê utilizar o símbolo da união. O bebê fica aflito, mas essa aflição é logo corrigida, pois a mãe retorna em  $x+y$  minutos. Em  $x+y$  minutos, o bebê não se alterou. Em  $x+y+z$ , o bebê ficou traumatizado. Em  $x+y+z$  minutos, o retorno da mãe não corrige o estado alterado do bebê. O trauma implica que o bebê experimentou uma ruptura na continuidade da vida, de modo que defesas primitivas agora se organizaram contra a repetição da “ansiedade impensável” ou contra o retorno do agudo estado confusional próprio da desintegração da estrutura nascente do ego (WINNICOTT, 1960/1983, p. 129).

Ao internalizar o primeiro objeto criado pelo bebê, outra demanda se apresenta, a de estabelecer contato com uma realidade que se contraponha um pouco mais à sua força vital e permita o exercício da sua criatividade. Quanto mais o objeto subjetivo permanece na sua memória, mais a criança pode utilizá-lo para negar criativamente a parte externa da realidade à qual é menos adaptada. Essa negação da objetividade não possui caráter delirante, pois conta com a participação materna e não apresenta desafios quanto às características internas ou externas das coisas.

Conforme já vimos, o objeto subjetivo somente se desenvolve em direção à transicionalidade se sair da área de controle onipotente do indivíduo, ou seja, de ser objeto subjetivamente concebido para ser objeto objetivamente percebido como parte da externalidade. Ao ser destruído na fantasia, sobrevivendo no mundo externo, o objeto poderá ser redescoberto fora da área de onipotência da criança. Ao poder sobreviver, o objeto externo pode ser amado pelo infante, tornando-se valioso por ter sobrevivido à destruição, desenvolvendo vida própria e autonomia e se relacionando com a criança conforme suas próprias características. Dito de outra forma, o objeto pode ser percebido na sua alteridade. Nessa etapa, a criança é inserida no campo da transicionalidade.

Ao passar de um estado fusional com a mãe para um estágio de separação, a criança desenvolve a percepção da existência de objetos e fenômenos situados fora do alcance de seu controle onipotente. Winnicott (1951/1975) pontua que, nessa etapa, o bebê adota objetos de especial importância, os quais o autor denomina objetos transicionais ou primeira posse não-eu. Tais objetos possibilitam a ilusão de encontrar um apoio suportivo na realidade. Nesse campo de ilusão, há uma justaposição entre aquilo que a criança imagina e o que a mãe apresenta, configurando-se uma área intermediária entre a subjetividade e a externalidade.

O espaço transicional que se forma entre a díade mãe-bebê no momento da separação evita que esta seja traumática. O êxito desse processo exige que o objeto sobreviva aos ataques da criança, o que possibilita sua destruição no campo subjetivo. No entanto, se o acesso à transicionalidade permanece transitório e efêmero, não ocorre a garantia de que o objeto sobreviva aos ataques do bebê. O espaço transicional precário resulta em prejuízo na

constituição do objeto, o que, por sua vez, implica em uma relação precária de alteridade. O prejuízo na constituição do objeto implica um comprometimento no processo de desenvolvimento e amadurecimento do eu. A ausência do objeto ocasiona uma fragmentação no ego, pois a perda do outro significa a perda de si e é experienciada como um desaparecimento no psiquismo, já que a criança ainda não possui recursos internos para lidar com a perda. Assim, o colapso na transicionalidade é provocado pela experiência de separações precoces, no abandono na mais tenra infância e no esmaecimento da imago materna.

Não há uma modificação imediata no psiquismo da criança quando sua mãe se ausenta, pois ela possui uma imagem da mãe e uma representação interna que permanece viva durante um certo tempo. Porém, se a mãe se ausenta por um período de tempo além do limite, a representação interna se esmaece em decorrência de sua impossibilidade de ser sustentada por uma ambiência confiável até o momento em que essas representações possam ser mantidas sem um suporte durante o processo de desenvolvimento. Esse padrão de esmaecimento se instala, portanto, quando o objeto externo extrapola o limite temporal de ausência que a criança pode suportar.

A inadequação do tempo das respostas das provisões ambientais é vivenciada pela criança como intrusão ou abandono. Se o tempo ótimo de espera é extrapolado, a representação da imago materna na realidade psíquica da criança dificilmente se mantém viva. Essas intercorrências exigem reações por parte do bebê e provocam ruptura na experiência de continuidade do existir, acionando defesas primitivas diante da ameaça de desintegração e configurando uma experiência traumática. O trauma provoca uma ruptura na continuidade da vida do bebê, pois as defesas primitivas se organizam contra a repetição das ansiedades impensáveis ou contra o retorno do estado confusional advindo da desintegração na estrutura nascente do ego.

No período de dependência absoluta, a comunicação mãe-bebê acontece de forma afetiva, não verbal. Com o início da diferenciação eu não-eu, a alteridade e a empatia se desenvolvem. Na fase de reconhecimento verbal, surge o objeto transicional, ou seja, o bebê vai adquirindo a capacidade de reconhecer o objeto não-eu. À medida que a integração egoica evolui, a criança vai necessitando da presença materna cada vez menos. Assim, o objeto vai perdendo sua qualidade subjetiva e adquire contornos objetivos, o que contribui

para o desenvolvimento da capacidade simbólica. A capacidade de simbolização é um processo sofisticado, exigindo um nível de desenvolvimento avançado, que consiga lidar com ausências. O processo de simbolização somente é viável no momento em que a criança tolera a alteridade.

A delimitação das fronteiras externas-internas é necessária para o surgimento do símbolo. O símbolo é aquilo que une o interno e o externo. A existência de uma delimitação mínima entre as fronteiras pressupõe um espaço mínimo entre elas. Tal espaço intermediário é resultante do empenho em manter separadas as realidades interna e externa, produto da confluência entre o mundo interno e a externalidade e resultante da qualidade das experiências íntimas que vão determinar a capacidade para simbolização.

Se a realidade externa se torna predominante, a imaginação é prejudicada, e a criança suporta os eventos da realidade externa da forma como eles se apresentam; há, pois, um prejuízo na experiência transicional. O comprometimento na transicionalidade provoca fracasso em manter vivo o objeto interno. Há um superinvestimento na realidade externa na tentativa de se manter ligado ao objeto, pois a perda do objeto significa a perda de si. O prejuízo no estabelecimento dos limites interno-externo implica imaturidade e vulnerabilidade psíquica.

Em uma obra tardia, Winnicott (1951/1975) apresenta uma paciente que manifesta uma sintomatologia compatível com um quadro clínico *borderline*. Dotada de inteligência privilegiada, respeitada pelas pessoas com quem convivia, certamente estas não percebiam seu problema. As preocupações com os filhos e o abandono de um gato se associavam às várias separações que experienciara na infância, além da sua incapacidade de suportá-las, sendo, portanto, traumáticas e provocando a necessidade de organizações defensivas. A paciente mostrava-se extremamente sensível, contando que lhe causava grande sofrimento lembrar que, em certa ocasião, deixara o filho mais novo em casa para fazer uma viagem por três dias com o marido, ocasião na qual a criança chorou por quatro horas ininterruptas. Nesse contexto, a criança não conseguia compreender a ausência da mãe, pois, do seu ponto de vista, ela estaria morta; ou seja, a ausência da mãe por um tempo insuportável seria um indicativo de morte. Antes que o colapso seja atingido, a mãe ainda permanece viva, porém, depois de um certo limite transposto, a mãe “morre”. Nesse

contexto, há uma experiência de raiva, inércia e perda de si. A morte da mãe quando não mais pode voltar novamente à vida está relacionada a uma época anterior à aquisição da transicionalidade, quando a criança ainda não adquiriu a capacidade de manter a memória das pessoas vivas na sua realidade psíquica interna. O objeto interno gerado pela incorporação da imago materna pela criança é precário, gerando um padrão estabelecido durante sua infância primitiva, através do qual a única coisa real era a falta, o vazio, a ausência ou o nada por dentro.

### **3.2.2.9 Trauma em “O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva” (1967)**

À medida que a criança adquire uma identidade e percebe o ambiente como fenômeno separado de forma objetiva, vai relegando a ambiência a segundo plano. Assim, vai conquistando a capacidade de acreditar em si e no mundo e construindo uma base a partir da acumulação da confiabilidade introjetada. No entanto, como enfatiza Winnicott em toda a sua obra, se ocorrem fracassos na confiabilidade ambiental durante os estágios iniciais, são produzidas fraturas na continuidade pessoal, que, por sua vez, conduzem a ansiedade inomináveis, ou seja, a um sofrimento máximo.

Neste artigo, Winnicott define trauma como:

Uma experiência contra a qual as defesas do ego foram insatisfatórias no estágio de desenvolvimento emocional na ocasião ou no estado do paciente na ocasião. O trauma é uma invasão advinda do meio ambiente e da reação do indivíduo a ele, que ocorre anteriormente ao desenvolvimento, por este indivíduo, de mecanismos que tornem a experiência predizível (WINNICOTT, 1967/1994, p.155).

O psicanalista inglês pontua que novas defesas são organizadas em seguida a uma experiência traumática como consequência da ruptura na linha contínua de sua existência, resultante de uma reação automática às falhas ambientais. O trauma resulta em certo grau de distorção no processo de desenvolvimento.

As reflexões de Winnicott sobre a dependência primordial do ser humano e sua impotência diante do fracasso ambiental conduzem à necessidade de uma mãe suficientemente boa que proteja a criança de situações

traumáticas, através de uma adaptação ativa às suas necessidades egoicas. Caso contrário, o bebê se defronta com a necessidade de reagir frente à interrupção do seu continuar a ser, e o trauma se instala. Diante da ameaça de vivenciar agonias impensáveis engendradas pelo colapso do *self*, o indivíduo organiza defesas que se relacionam a cada sofrimento de base. Winnicott (1963/2007) relaciona as defesas de acordo com a reação às agonias primitivas:

**Tabela 1: Agonias impensáveis em relação à organização defensiva**

AGONIA	DEFESA
Retorno a um estado de não integração	Desintegração
Cair para Sempre	Sustentar-se
Perda do conluio psicossomático - fracasso da personalização	Despersonalização
Perda do sentido do real	Exploração do narcisismo primário
Perda da capacidade de relacionar-se com objetos	Estados autistas relacionados apenas a fenômenos do <i>self</i>

Fonte: (WINNICOTT, 1963/2007, p. 72).

As agonias acima referidas constituem a base das ansiedades inomináveis. No entanto, apesar dessas organizações defensivas abrangerem a concepção de caos e serem aniquiladoras do indivíduo, são produzidas pelo próprio indivíduo e não pelo ambiente, localizando-se no campo de onipotência da criança, não pertencendo ao âmbito da imprevisibilidade.

Winnicott ressalta também o impacto dessas agonias sobre o processo de integração da criança. Ao agrupar as ansiedades impensáveis em relação à parcela de integração que sobrevive ao colapso, o autor assinala que essas agonias denunciam um colapso no processo de amadurecimento emocional. Relaciona então diversas experiências de ansiedades impensáveis, classificadas em relação à quantidade de integração que subsiste ao evento traumático.

**Tabela 2: Grau de Integração de acordo com a agonia vivenciada**

INTEGRAÇÃO	ANSIEDADE
Nenhuma integração mantida	Desintegração
Certa integração mantida	Queda eterna Ir em todas as direções Crise somática Ausência de orientação Perda de relacionamento com objetos
Integração mantida	Meio ambiente imprevisível, em vez de imprevisível médio

Fonte: (WINNICOTT, 1967/2007 p.155).

### 3.2.2.10 Trauma “a experiência mãe-bebê de mutualidade” (1969)

Em 1969, o autor retoma a ideia de que o desenvolvimento emocional se efetiva pela somatória de experiências ligadas à adaptação ativa da figura materna, possibilitando ao bebê encontrar o *self* almejado e necessitado.

O papel adaptativo da mãe se caracteriza pelo estado psíquico de extrema identificação com seu bebê, fenômeno subjetivo que se inicia antes do nascimento, ainda no útero. O processo de conhecimento da mãe através de seus batimentos cardíacos, do seu calor, dos seus movimentos respiratórios possibilita percepções por parte do bebê, desenvolvendo a reciprocidade na experiência física estabelecida a partir da anatomia e da fisiologia de corpos vivos. Assim, se forma um tipo de comunicação direta mãe-bebê, primitiva e fundamental, a partir da mutualidade:

A mutualidade é o começo de uma comunicação entre duas pessoas; é uma conquista desenvolvimental, uma conquista que depende dos processos herdados que conduzem o bebê ao crescimento emocional e depende da mãe e de sua atitude e capacidade de tornar real aquilo que o bebê está pronto para alcançar, descobrir, criar (WINNICOTT, 1969/1994, p.198).

A comunicação inconsciente e os estados afetivos relacionados à mãe e ao seu bebê estão vinculados à habilidade dela para uma adaptação ativa - a mutualidade somente se efetiva pela capacidade de se identificar com seu bebê. As experiências entre a díade mãe-bebê têm o objetivo de comunicação

nos mais diversos níveis; porém, Winnicott (1963, p. 167) pontua que a comunicação dos primórdios é silenciosa, uma “canção sem palavras” que só adquire sonoridade diante das falhas ambientais.

A comunicação em termos físicos é, pois, uma comunicação direta e silenciosa, independente de ruídos, barulhos ou sons verbais que possam permear o contato entre a dupla. O bebê não ouve ou registra a comunicação, mas apenas os efeitos da confiabilidade, conforme ressaltado anteriormente. Do ponto de vista da criança, ela ainda não conquistou a capacidade para compreender o tipo de comunicação que lhe é endereçada. O bebê se comunica com sua mãe através do seu desamparo e dependência. As principais coisas que uma mãe faz com seu bebê não ocorrem através de palavras, mas de um amplo conjunto de gritos, sorrisos, olhares, esperneios e balbucios. A forma de comunicação através do maminho permite ao bebê valorizar estímulos fornecidos pela experiência da língua materna, ou seja, faz o bebê reconhecer a voz da mãe. O maminho é o modo através do qual a mãe entra em contato com seu bebê, através de cantigas de ninar, pela emissão da voz ou entonação dos sons que podem parecer não ter sentido para o bebê, mas que são dotados de musicalidade aos seus ouvidos. Assim, favorece a interpretação de emoções destinadas ao bebê. A linguagem materna possui uma entonação e um ritmo que conferem à criança um sentimento de acolhimento de acordo com suas necessidades, confirmando a impressão de que aquele ambiente que o acolhe é seguro e confiável.

Winnicott (1998) destaca a perfeição mecânica do amor humano ao apontar a capacidade da mãe suficientemente boa em corrigir suas falhas no decorrer do cuidado ao seu bebê. As pequenas falhas que ocorrem no curso do desenvolvimento maturacional são suportadas pela criança, que também sobrevive a uma série de frustrações impostas pelo ambiente materno. São falhas relativas que vão sendo corrigidas paulatinamente pela mãe e são comunicadas ao bebê em pequenas doses. Assim, o lactente registra as pequenas falhas ambientais juntamente com as tentativas de correção por parte da mãe. Esse vaivém de pequenas falhas e cuidados permite ao bebê desenvolver sentimentos de confiabilidade e segurança. As diversas falhas ambientais e suas correções subsequentes possibilitam a comunicação do amor materno ao bebê, assentada na presença de alguém que se preocupa. No

entanto, essas falhas relativas pertencentes ao cotidiano são diferentes das falhas fundamentais de adaptação.

A capacidade materna de atender às necessidades da criança em mutação permanente permite que sua trajetória de vida (do bebê) seja relativamente contínua e possa vivenciar situações fragmentárias a partir da confiança e da segurança que sente em decorrência do *holding* fornecido pela mãe. A adaptação ativa do ambiente ao bebê mostra que a comunicação pode ocorrer de duas formas: uma comunicação silenciosa que instala o sentimento de confiança e protege o lactente das reações automáticas e uma comunicação ruidosa que provoca o trauma. As crianças que vivenciam traumas têm suas personalidades construídas em torno de reorganizações defensivas. O autor acrescenta:

Um trauma é aquilo contra o qual um indivíduo não possui defesa organizada, de maneira que sobrevém um estado de confusão, seguido por uma reorganização de defesas, defesas de um tipo mais primitivo do que as que eram suficientemente boas antes da ocorrência do trauma (WINNICOTT, 1969/1994, p. 201).

As falhas básicas de adaptação que não foram corrigidas provocam uma “inacreditável ansiedade na criança”. Os frutos da privação podem ser assim expressos: ser feito em pedaços, cair para sempre, completo isolamento decorrente da inexistência de qualquer forma de comunicação e disjunção entre psique e soma (WINNICOTT, 1988, p. 88).

Bebês que foram significativamente desapontados uma vez ou em um padrão de fracassos ambientais (relacionados ao estado psicopatológico da mãe ou do substituto materno) [...] portam consigo a experiência da ansiedade impensável ou arcaica. Sabem o que é estar em um estado de confusão aguda ou conhecem a agonia da desintegração. Sabem o que é ser deixado cair, cair eternamente, ou cindir-se em desunião psicossomática (WINNICOTT, 1969/1994, p. 201).

### **3.2.2.11 Loucura da mãe como trauma (1969)**

Neste artigo, Winnicott traz o caso clínico de uma criança marcada por uma fixação dolorosa em decorrência da loucura da mãe, que se comporta

como intrusa e estabelece um tipo de vínculo muito estreito com seu bebê, impedindo a separação “eu-não eu” e limitando, de forma antecipada, o horizonte da vida dele no tocante à aquisição de autonomia.

Mais uma vez, o autor enfatiza que a qualidade do desenvolvimento emocional é indissociável da qualidade dos cuidados recebidos nos primórdios da vida.

O meio ambiente, quando se adapta com sucesso neste estágio inicial, não é reconhecido ou mesmo lembrado, de forma que, no estágio original, não há sentimento de dependência; entretanto, sempre que o meio ambiente fracassa na sua tarefa de fazer uma adaptação ativa, ele é automaticamente registrado como uma invasão, algo que interrompe a continuidade da existência (WINNICOTT, 1955/1983, p. 284).

A ausência de uma figura materna que consiga ver a criança na sua singularidade e proporcione a experiência de um contato verdadeiro e um olhar humanizante direciona o processo de amadurecimento pessoal a uma organização falsa do *self*, impossibilitando a aquisição de uma independência necessária às conquistas de uma vida saudável.

É importante salientar que a mãe desenvolve uma identificação extremamente sofisticada com seu bebê, como vimos antes, denominada por Winnicott de preocupação materna primária ou loucura benigna, através da qual consegue se identificar com o recém-nascido de forma surpreendente, o que lhe possibilita ir ao encontro das necessidades primárias da sua criança.

Ao utilizar a terminologia “mãe suficientemente boa”, Winnicott ressalta que essa mãe deve ser “apenas” suficientemente boa e não totalmente boa; ou seja, após um início de total dedicação ao seu bebê, deve ser capaz de diminuir os “mimos” e iniciar o afastamento progressivo da criança. A mãe suficientemente boa, na sua capacidade de percepção empática, ao perceber o desenvolvimento progressivo da criança em direção a uma autonomia crescente, deve deixar espaço para a aquisição da capacidade criativa da criança.

No entanto, quando a ambiência falha, irrompem condições impositivas que instalam uma submissão à externalidade no lugar do desenvolvimento. Nessas condições, incapaz de perceber o filho na sua alteridade por estar desconectada das suas necessidades, a mãe lança mão de atitudes controladoras e autoritárias. A imposição do ambiente de forma violenta

obriga a criança a reagir, provocando ansiedades primitivas com as conseqüentes ameaças de aniquilação. A imposição do ambiente, associada à reação da criança, provoca uma formação traumática. Ou seja, a invasão sofrida pela criança, determinada pela loucura materna, é de ordem traumática e impossibilita a experiência de continuidade da existência, caracterizada pela conquista de uma vida produtiva e autônoma para poder, então, lidar com os insultos da realidade.

O vínculo aprisionante mãe-filho provoca uma desordem na mente da criança decorrente da confusão introduzida na sua vida pelas características maternas. A invasão extremada impossibilita a discriminação entre loucura pessoal e loucura materna, desenhando um estado de ser possuído pela figura materna. Assim, a criança permanece totalmente passiva em relação à loucura da mãe e capitula diante do objeto.

### **3. 3. Masud Khan e Roussillon em diálogo com Winnicott**

Para finalizar o capítulo, trazemos neste subitem dois autores afinados com Winnicott no que se refere ao conceito de trauma.

Como estudioso e comentador de Winnicott, **Masud Khan** (1963/1974) destaca a relação entre as falhas maternas e os cuidados ao bebê a partir de alguns conceitos, como escudo protetor e trauma cumulativo. Khan parte do exame da função materna como escudo protetor que “constitui o ambiente normal que se pode esperar para as necessidades anaclíticas do bebê [...] em todas as áreas de vivência onde a criança precisa da mãe como um ego auxiliar para sustentar suas funções egoicas ainda imaturas e instáveis” (KHAN, 1963/1974, p 62).

O papel da mãe como escudo compreende a participação da mãe nos cuidados diretos à criança e ao ambiente de que a criança necessita para um desenvolvimento seguro e saudável. O escudo protetor da mãe possibilita que o bebê projete sobre ela os afetos internos desagradáveis para que esta possa conte-los e, assim, manter a ilusão de onipotência necessária para que a criança possa sentir a confiança e a sustentação indispensável para sua integração psíquica. Khan(1963/1974) adverte que a intromissão dos conflitos e

necessidades pessoais da mãe caracterizam o fracasso do seu papel como escudo protetor. Assim, as tensões que o bebê vivencia durante seu período de dependência geram fendas que, repetidas ao longo do tempo, se acumulam de forma silenciosa e vão se fixando até assumirem traços específicos de uma estrutura caracterológica. As fendas no escudo protetor da função materna não são precisamente traumáticas, mas seus efeitos podem vir a exercer influências nocivas sobre o desenvolvimento psíquico da criança. Se as falhas maternas do escudo protetor ocorrem com frequência, provocando invasões impraticáveis de serem elaboradas pela criança, resulta na formação de um núcleo de reação no psiquismo do indivíduo incompatível com um estado saudável. Nas palavras de Khan:

O papel de escudo protetor é o resultado das funções de ego materna, autônomas e isentas de conflito. Se os conflitos pessoais interferem, o resultado será um desvio do papel do escudo protetor para o de simbiose ou fuga para uma rejeição. Como a criança reagirá a estes fracassos depende da natureza, intensidade, duração e frequência do trauma (KHAN, 1963/1974, p. 62).

A partir do conceito de escudo protetor, Khan desenvolve o termo trauma acumulativo, definindo-o como um processo resultante de fendas no papel da mãe como escudo protetor no processo de desenvolvimento, mais precisamente, nas áreas em que o infante necessita dela como ego auxiliar para sustentar suas funções egoicas imaturas e instáveis. Cita-se Khan:

[...] o trauma acumulativo resulta das fendas observadas no papel da mãe como escudo protetor durante todo o curso do desenvolvimento da criança, desde a infância até a adolescência - isto é, em todas as áreas de experiência onde a criança precisa da mãe como ego auxiliar para manter suas funções do ego, ainda imaturas e instáveis [...]. Tais fendas observadas no papel da mãe como escudo protetor adquirem valor de trauma cumulativamente e retrospectivamente (KHAN, 1963/1974, p. 63).

A repetição da ocorrência das fendas ao longo do tempo, atravessando o processo de desenvolvimento emocional consolida o caráter traumático, ou seja, é o acúmulo silencioso e invisível dos fracassos do papel de escudo protetor quanto aos cuidados infantis necessários que instala o trauma. A característica invisível e silenciosa do trauma acumulativo compreende a

dificuldade de sua assimilação durante o período da infância, permitindo sua percepção e seus efeitos tardiamente. As fendas não se configuram como trauma no momento da sua ocorrência, elas somente adquirem valor de trauma em decorrência da acumulatividade.

O trauma acumulativo age silenciosamente da infância à adolescência, deixando suas marcas em todas as fases vitais do processo de desenvolvimento maturacional e constituição das relações objetais. A consolidação do trauma é marcada pela característica *a posteriori*, ou seja, seus efeitos não são perceptíveis na infância, mas apenas a partir da adolescência.

**Roussillon**, outro estudioso de Winnicott, também traz contribuições significativas no campo do traumático. Psicanalista francês em plena atividade, embasou sua teoria do traumatismo na trajetória psíquica do sujeito, apoiando-se no pensamento winnicottiano no sentido de resgatar acontecimentos intersubjetivos que interromperam a continuidade de ser do bebê. Destaca a importância de o ambiente terapêutico ofertar provisões, sendo capaz de sustentar experiências ilusórias que possam permitir ao sujeito viver, pela primeira vez, um sentimento de continuidade do ser.

Para Roussillon (2012), o trauma é acompanhado pelo impacto psíquico que compromete a temporalidade, cujo efeito pode não ter fim, ou situar-se fora do tempo e da história. O traumatismo designa a incapacidade do sujeito de dar significado ao acontecido, em decorrência da sua imaturidade subjetiva, das condições ambientais e da falência de um ambiente simbólico. O caráter irrepresentável e inassimilável da experiência subjetiva apresenta como efeito o fato de o sujeito não poder se proteger dos efeitos desorganizadores do trauma, o que pode aumentar a confusão mental, produzindo defesas cujo objetivo é se retirar de cena. O traumatismo tem efeitos diferenciados em decorrência do seu impacto, do momento e dos efeitos duráveis prolongados para além do seu tempo. É necessário então certo tempo para cicatrizar, sendo que esse processo deixa marcas e efeitos póstumos.

A construção da identidade humana e a organização da regulação narcísica se efetivam através das sucessivas crises reorganizadoras que atravessamos em nosso processo maturacional e ciclos vitais. Cada etapa é caracterizada por uma problemática característica, que vulnerabiliza o sujeito diante dos acontecimentos e pode sensibilizá-lo de forma particular. A

construção do processo de diferenciação que se determina a partir dos diversos estágios da história subjetiva em função de cada etapa do desenvolvimento maturacional define também a potencialidade das crises traumáticas.

Para o autor, trauma se refere a uma experiência subjetiva primária, a vivências que confrontam o sujeito a obstáculos maiores, quando ainda não há capacidade psíquica para dar sentido ao acontecido. Aqui, ainda não é possível proteger a imaturidade subjetiva de condições ambientais insuficientes e da falência de um ambiente que favoreça a simbolização. Além de parecer interminável, essa experiência é também dolorosa, incontrolável, não ligada ao psiquismo, transbordante e desorganizadora, a ponto de causar ao psiquismo uma ameaça de morte. O trauma corresponde à repetição de uma experiência de agonia quase sempre invisível, a uma dolorosa interrupção na continuidade do ser. Nessa circunstância, o objeto primordial que deveria ajudar a construir sentidos é traumatizante. A complexidade do trauma reflete a vulnerabilidade do sujeito, relativa às crises vitais de diferenciação, divididas pelo autor em crise arcaica, crise infantil, crise adolescente e, finalmente, crise adulta.

Inicialmente, Roussillon (2012) classifica a conjuntura traumática a partir da característica de imaturidade psíquica, sendo este fator de vulnerabilidade relevante na idade precoce. Neste momento, o problema central é a estruturação da diferença primária eu-não eu, que possui duas direções principais: o processo de vinculação e o processo de diferenciação.

O processo de vinculação diz respeito à criação do primeiro vínculo com o objeto duplo de si mesmo, com o espelho de si mesmo. Esse outro deve ser empático, responsivo aos movimentos impulsivos do bebê, pressupondo um trabalho de ajustamento recíproco da criança com seu objeto de ligação, através de um processo de identificação de forma suficientemente segura. O objetivo desse processo é desenvolver o autoamor através do amor do outro, se investir e se reconhecer pela forma como é amado e refletido pelo outro. Esse processo é essencial na fase denominada narcisismo primário, caracterizada por uma relação homossexual primária.

Por sua vez, o processo de diferenciação tem o efeito de se desenvolver e se integrar progressivamente. A diferença é que a relação em duplo assume o valor de uma relação com outro diferenciado. A crise infantil se implanta pelo estabelecimento de uma relação triangular em que o objeto sempre

retorna para outro objeto, um objeto diferente, caracterizando o período infantil de diferenciação e sexualização. Assim, a questão da diferenciação do outro se transporta para o centro da problemática da experiência subjetiva e de sua simbolização.

A crise adolescente de identidade retoma e reorganiza todas as experiências anteriores de diferenciação, inclusive a diferença entre a sexualidade infantil e a sexualidade adulta. Essa problemática fica centrada na diferença entre sexos e gerações e se instala na puberdade, perturbando a organização sexual infantil anterior e tentando reorganizar o primado do prazer sexual e das capacidades específicas do prazer. Os eventos ou relações revividas durante a adolescência assumem um caráter traumático que podem desorganizar o processo de diferenciação e de integração em curso. O processo de maturidade e de integração pulsional encontra seu fim, mas evoca a questão dos efeitos do prazer, do sentido da vida e da morte, quer dizer, crucialmente as interrogações verdadeiras, não só em representação, mas em ato, antes de assumir seu potencial simbólico. A vulnerabilidade particular do adolescente ao traumatismo se situa em torno da questão central da economia psíquica da adolescência, da necessidade de pensar e simbolizar, ou, o inverso, da retenção que priva a simbolização do seu valor de realidade subjetiva, de seu valor de atualização necessária à realização do si-mesmo.

Em toda situação de crise atual, no encontro com uma realidade que não se pode transformar ou a ela implementar um sentido aceitável, há uma realidade impeditiva de representação e de simbolização. Todo traumatismo que retorna ao valor e às características atuais remete a traços de traumatismos anteriores que se reatualizam, podendo assumir consequências dramáticas ou desmesuradas. A complexidade dos estados traumáticos e a reação do efeito rebote ou da resiliência ao traumatismo atual são específicas a cada sujeito, das suas histórias traumáticas anteriores e das defesas acionadas ou, ainda, da tentativa de reduzi-las na época ou posteriormente. Os traumatismos anteriores elaborados de forma insuficiente convocam situações atuais potencialmente traumáticas que podem se associar a esse apelo de alguma forma e despertar traumas anteriores reativados.

A caracterização da conjuntura traumática procura descrever o estado traumático do psiquismo e identificar o contexto que favorece a emergência do

evento traumatogênico, ou seja, as características extrínsecas do trauma. Faz-se necessário ainda evocar a intensidade objetiva da excitação da conjuntura traumática e a ênfase nos seus fatores quantitativos. Uma segunda característica é a falta de preparo do psiquismo no momento em que a situação traumática ocorre. Sem sinal de alarme, o evento traumático adverte que um perigo ameaça à integridade psíquica do sujeito e aponta para a necessidade de mobilizar defesas. Assim, a vulnerabilidade está diretamente associada à noção de um período vulnerável ao traumatismo, o que acentua o caráter relativo do trauma. Assim, o que é considerado traumático em um determinado momento pode não ser em outro, quando o psiquismo tem suas capacidades representativas de defesa e ligação consolidadas.

O traumatismo assume então formas diferenciadas associadas aos estados de vulnerabilidade e às situações traumáticas. O autor destaca algumas características: a primeira delas, a conjuntura traumática, está associada a um momento diante do qual o sujeito relaxa sua vigilância e abrandando suas defesas. Caso um evento inesperado aconteça e não se apresente como ameaçador, mas suas defesas habituais se encontrem diminuídas, transforma-se em um momento de vulnerabilidade. Outro tipo de vulnerabilidade acontece quando o sujeito se encontra em crise ou diante de um drama da vida psíquica ligado aos ciclos vitais de desenvolvimento, diante dos quais tem seu equilíbrio psíquico ameaçado.

A segunda apresenta o evento traumático como permanentemente influenciado pela realidade. Quando sobrevém uma conjuntura traumática, a realidade externa vem ao encontro de eventos traumáticos não-elaborados ao longo da vida, produzindo um colapso entre as realidades interna e externas. Essa confusão obriga o sujeito a delimitar espaços psíquicos e colocar em ação medidas defensivas que bloqueiam a elaboração. O estado de confusão psíquica produz excesso de excitação, que faz transbordar o psiquismo, desenvolvendo no sujeito uma vulnerabilidade particular. A violência e a intensidade do impacto psíquico são fatores determinantes do evento traumático. O caráter repetitivo de uma situação danosa, ainda que seja de pouca intensidade, produz um impacto traumatizante pelo acúmulo de diversas cargas. O dano psíquico não pode cicatrizar, seja pela falta de tempo, seja porque continua sendo aberto pelo tempo e pela repetição.

A terceira posição, o traumatismo cumulativo, é caracterizado pela repetição de uma situação pouco danosa, mas que produz uma acumulação de cargas, um impacto traumático. O dano psíquico não teve tempo para cicatrizar e não cessa de ser reaberto pelo tempo e pela repetição. Esses traumatismos estão ligados a relações com objetos tóxicos, a um modo de relação mantido ao longo do tempo e contendo um vetor traumático. Para poder ser representado e romper com esse modo de relação, é necessário que esse tipo de trauma “não pegue o sujeito desprevenido” quanto à sua força de estar sempre presente.

Por fim, a quarta característica corresponde ao trauma não acontecido. Por se apresentar de forma paradoxal e ter ganho destaque na clínica contemporânea, ele concerne não ao ocorrido, mas ao não acontecido. Winnicott propõe aqui certa conjuntura traumática particular: ocorre um trauma por carência de investimento, de cuidado ou atenção, mas a conjuntura traumática retorna frequentemente às formas mais sutis equivalentes às falhas, no eco devolvido ao sujeito pelos seus apelos. A carência assume a forma de ausência de comunicação, de falta de sentido, de troca efetiva, de capacidade de simbolização.

O traumatismo tem efeitos decorrentes de seus próprios impactos sobre o momento presente, além de efeitos duradouros que se estendem para além do seu tempo ou prolongam seu impacto, que já é por demais complexo, sendo necessário certo tempo para cicatrizar; essa cicatriz, porém, deixa marcas e tem efeitos póstumos.

Seguindo essa linha de pensamento, Roussillon (2014) divide o traumatismo em dois tempos. O primeiro se desenrola sobre o momento em si mesmo, no qual o sujeito se confronta com um evento que faz transbordar sua capacidade de ligação representativa, quando é tomado por uma quantidade de excitações que ameaçam sua integridade psíquica, provocando um efeito doloroso e abrindo uma ferida narcísica. O psiquismo, com sua sobrevivência ameaçada e sem poder contar com suas defesas habituais, mobiliza defesas primitivas de retirada e cisão. Como a situação traumática não pode ser evitada, o sujeito então se ausenta de si mesmo, utilizando modos diferenciados de subtrair da consciência o vivenciado e de reprimir a percepção dos efeitos do trauma. Para isso, reprime também a percepção do que está acontecendo com os afetos relacionados.

A experiência traumática começa então a ser representada, e o sujeito começa a ser afetado, mas é intolerável e será lançada para fora da consciência. O impacto traumático pode ser intenso e desesperador, ou o sujeito ser ainda pouco organizado, lançando mão de defesas mais radicais. Pode tentar se retirar da vivência traumática, cortar o impacto traumático desde seu surgimento e, antes de ser iniciado, começar a identificá-lo e representá-lo. Pode, ainda, cindir a experiência ou desorganizar-se, podendo subtrai-la de sua consciência ou de sua subjetividade. Assim, se decide sobreviver, o sujeito se retira de si-mesmo, se “corta” do que se passa com ele,

No segundo tempo, o trauma encontra-se ligado ao impacto interno de uma situação externa que o reativa, sob o efeito do contrato de repetição amparado em conteúdos que não estão suficientemente representados e apropriados. Esse retorno se apresenta como um assédio, que, deixando o sujeito acossado, mobiliza defesas póstumas contra uma invasão secundária; ou seja, um evento revela o trauma anterior diante de uma desorganização do sistema de defesa atuante.

As múltiplas defesas acionadas na urgência contra o retorno da situação traumática caracterizam um quadro psicopatológico manifesto. Quando a defesa primária é o recalque, as defesas secundárias são referentes ao “retorno do recalçado”, característica dos estados neuróticos. Quando a defesa é desarticulada, o retorno dos elementos traumatogênicos mobilizam defesas mais acirradas, características dos estados psicóticos e autísticos. Em outros casos, se a defesa primária é a clivagem ou a retirada, caracterizam os estados-limite.

Os estados traumáticos primários são caracterizados por experiências de tensão sem representação e provocam um desespero existencial, diante do qual o sujeito se retira, apartando-se de sua subjetividade para conseguir sobreviver. A conjuntura traumática primária é baseada em um estado de desamparo primário, o qual gera agonia psíquica e torna a experiência traumática não integrável à subjetividade. Esses estados se caracterizam por experiências de tensão sem representação, e provocam um impasse subjetivo que ameaça a existência da subjetividade e da organização psíquica.

O traumatismo precoce, por sua vez, equivale a uma experiência de transbordamento e retorna com as principais características do momento

emergente. O trauma tem efeito sobre a estrutura psíquica, que não consegue organizar uma representação psíquica do seu impacto. Diante de uma situação traumática primária, o sujeito se retira de si mesmo e tenta, de qualquer forma, não lembrar nada do acontecido. Nesse contexto, nada pode aliviar completamente os traços do vivido.

Em relação às experiências subjetivas precoces, nas quais a criança é submetida a uma alta carga de excitação, Roussillon (2014), compartilhando o pensamento de Winnicott (1969), nos apresenta um modelo de traumatismo composto de três etapas. Esse modelo adapta-se aos traumatismos precoces, muito precoces e a qualquer experiência de transbordamento e de desamparo, inclusive as que afetam o psiquismo em uma idade mais avançada.

O modelo de três tempos proposto por Winnicott está baseado na ideia de uma experiência subjetiva em três etapas, X+Y+Z, que se torna traumática progressivamente em função da aleatoriedade das respostas ou da ausência do ambiente. A situação inicial é apenas potencialmente traumática, podendo tornar-se traumática na hipótese de a ambiência redundar insuficiente.

Inicialmente, no tempo X, o psiquismo é ameaçado por um afluxo de excitação capaz de provocar um transbordamento em decorrência da imaturidade dos seus meios. Diante dessa ameaça, tenta enfrentar o aumento de excitação instintiva com a ajuda de seus recursos internos para tentar ligar ou evacuar o afluxo de excitações. A principal característica dessa etapa é o esgotamento e o fracasso dos recursos internos, em decorrência da insatisfação do autoerotismo infantil, da satisfação alucinatória ou pela falha nas capacidades de ligação ou de descarga

Na segunda etapa, X+Y, o fracasso das tentativas de solução através de recursos internos desencadeia um estado de desamparo primário, ou seja, um estado de tensão e desprazer intenso, sem saída interna, sem fim, nem representação. Se o estado de desamparo primário é acompanhado de traços mnêmicos de experiências de satisfação em relação a um objeto, instala-se um estado de esperança em relação à representação de um objeto de recurso. No entanto, a excitação continua e o sujeito não possui mais recursos internos para fazer frente a essa situação. Nesse momento, se instala um estado diante do qual o sujeito enfrenta uma experiência de desprazer e tem seus recursos internos esgotados, estabelecendo, assim, uma condição de desamparo. Esse

estado significa a ausência total de possibilidades internas para o enfrentamento da situação. Porém, resta uma esperança de que um objeto do mundo externo venha em seu socorro e preste a ajuda necessária não mais encontrada em si mesmo. Se houver resposta satisfatória a tempo por parte do objeto, instaura-se uma base sólida que assegura ao sujeito a presença de um objeto em situações de desamparo.

A intervenção de um objeto satisfatório permite que o sujeito tolere seu desamparo, com a condição de contar sempre com um objeto de recurso. Entretanto, se a resposta oferecida pelo objeto à necessidade e ao desamparo for insatisfatória, e o esforço para obter recursos exceder as capacidades do sujeito, se instala o tempo  $X+Y+Z$ . Abre-se o campo do trauma primário, o estado de falta e ausência de esperança se instala, provocando um estado interno de agonia, de desespero. Esse estado de terror agonístico representa um desprazer extremo para além dos limites do suportável pelo psiquismo. Há uma ameaça efetiva de colapso da subjetividade, de morte psíquica.

Em síntese, o estado de desamparo primário e de falta do objeto tem a duração de um tempo  $Z$ , além do suportável. Se o estado de falta se agrava, degenera-se num estado traumático primário. Se o sofrimento psíquico passar ao primeiro plano, gera um estado de agonia (WINNICOTT, 1969).

A tentativa de abolir os traços do vivenciado resulta na submissão das marcas da experiência de compulsão à repetição. As partes se tornam cada vez menos integradas. A vivência agonística será despertada e reinvestida, e o sujeito permanecerá ameaçado pelo retorno alucinatório das partes cindidas radicalmente do seu psiquismo. A subjetividade mobilizará defesas primitivas para proteger-se do retorno catastrófico da agonia ou tentará ligá-la a experiências posteriores que possibilitem ao sujeito certo domínio sobre aquilo que ameaça seu psiquismo.

Segundo Roussillon, o estado traumático primário se caracteriza

[...] pelo fato de que o estado de desamparo transformado em estado de falta pela ideia de um recurso possível ao objeto degenera para além da falta devido à inadequação histórica de respostas dos objetos da época. O estado de falta, sua percepção endopsíquica, pré-condição para que a simbolização primária dos movimentos pulsionais e das necessidades do eu possa advir, se degrada em estado agônico de desespero ou de

terror. O sujeito se organiza contra a falta e a experiência dos limites que ela veicula, se organiza contra a representação de uma ausência de representação, portanto, se organiza contra a possibilidade do trabalho de simbolização. Corta-se de si mesmo e da experiência agônica que o habita, instala-se fora de si e fora da falta, evacua a falta, esvazia o vazio matricial dela. Contudo, vê-se, então, pelo próprio efeito de sua defesa, aprisionado num espaço fechado, sem abertura, sem saída (ROUSSILLON, 2014, p. 201).

Enfim, o sujeito não consegue tolerar a experiência, nem simbolizá-la, nem dela se preservar. Como resposta, “corta” parte de si, essencial a sua identidade. Em decorrência, todo o aparelho de simbolização fica impossibilitado de produzir figurações vinculares. Quando há reativação do campo traumático, o sujeito, por falta de representação, afasta o traumatismo primário através das defesas erigidas contra o impacto desorganizador do trauma. A manutenção das defesas é, pois, imprescindível no sentido de evitar o retorno dos traços mnêmicos disruptivos vinculados ao trauma.

## CAPÍTULO 4 ANÁLISE MODIFICADA

A teoria do desenvolvimento emocional primitivo teve como principal fundamento o estudo da questão da psicose nos processos de análise. Ao atender vários pacientes psicóticos adultos, de forma bastante extensa, bem como crianças removidas dos seus lares e afastadas das suas famílias durante a segunda guerra, Winnicott obteve uma nova compreensão acerca das relações muito primitivas, advertindo enfaticamente que as bases da saúde mental são lançadas na primeiríssima infância pelos cuidados suficientes ofertados por uma mãe adaptada, de forma sensível e ativa às necessidades de seu bebê.

O estudo do adoecer *borderline* e da qualidade peculiar do desenvolvimento emocional levou, então, Winnicott a traçar a etiologia desse distúrbio e a elaborar sua teoria, pautando-se nas observações das relações primitivas entre a mãe e seu bebê e na reflexão acerca das relações transferenciais e contratransferenciais relevantes na análise desses pacientes (WINNICOTT, 1960/1983). Nas palavras do autor:

Posso dizer suficientemente que minhas opiniões se forjaram em meu consultório, no tratamento, nem sempre exitoso, mas às vezes suficientemente bem-sucedido de casos *borderline* em que a regressão à dependência era uma questão, na verdade, essencial (WINNICOTT, 1989/1994, p. 352).

Sob a ótica winnicottiana, é necessário investigar os primórdios da vida psíquica e seu percurso desenvolvimental, tendo como referência o ponto da falha ambiental na história de vida do paciente, e considerando que a criança não possui meios para lidar com um ambiente imprevisível, que não esteja em consonância com suas necessidades egoicas. Conforme dito nos capítulos anteriores, qualquer evento fora do alcance desse campo é vivenciado como uma invasão, uma agonia impensável, que lança a criança para fora da área de sua experiência pessoal.

Assim, pacientes que sofreram uma séria falha ambiental em períodos precoces da vida, acarretando problemas estruturais de constituição subjetiva, não conseguem caminhar o suficiente em seu processo de desenvolvimento e tampouco alcançar o estado de ser uma pessoa total, apta a relacionar-se com

outra pessoa total. Nesse contexto, é indispensável uma atitude analítica que contemple alguma flexibilidade, tais como análise modificada, transferência analítica centrada nas necessidades egoicas do paciente e análise centrada nas intervenções do manejo.

De fato, na perspectiva winnicottiana, a técnica psicanalítica convencional pouco pode ajudar nesses casos, pois eles necessitam regredir à fase de dependência absoluta para a retomada de seu desenvolvimento, o que requer um *setting* apropriado, ou manejo do *setting*. Trata-se de estender o tempo de duração da sessão, dar liberdade para o paciente se deslocar livremente pela sala, deitar-se ou sentar-se, conforme sua necessidade, além da suspensão terapêutica do trabalho interpretativo, dentre outros. Em relação à modificação do método, Winnicott declara ser um psicanalista que, quando necessário, pratica “outra coisa” que acredita ser a mais apropriada para a ocasião.

A situação de regressão à dependência extrapola, pois, os limites do *setting* clássico, requisitando uma organização do ambiente total e imediato do paciente, de modo a atender sua necessidade, qual seja, de provisões que viabilizem a retomada de seu processo de desenvolvimento pessoal.

Winnicott (1963/1982) caracteriza a regressão como um retorno ao ponto em que o desenvolvimento do *self* foi interrompido, em uma etapa anterior ao seu estabelecimento como entidade, ou seja, em épocas primordiais, ocorreram falhas maternas que assumiram um caráter invasivo e motivaram reações por parte da criança para se defender de ameaças de aniquilamento, resultando em um falso *self* submisso ao ambiente, que encapsula o verdadeiro *self* e interrompe o processo de desenvolvimento natural do vir-a-ser da criança.

A concepção de regressão à dependência denota, pois, a necessidade de modificação da técnica e de uma provisão ambiental suficiente por parte do analista, que deve sustentar um contexto de confiabilidade, reconstruindo, assim, a esperança de que o ambiente possa, enfim, atender às necessidades do paciente. Winnicott (1954/2000) especifica dois tipos de regressão à dependência: o primeiro se refere à obstrução no processo de desenvolvimento e corresponde ao avesso do movimento rumo ao amadurecimento emocional; o segundo diz respeito a uma regressão sustentada por uma provisão ambiental confiável e suficiente, e consiste em um processo

imprescindível na análise de pacientes difíceis. Os dois tipos de regressão configuram expressão de saúde, pois a capacidade de articular organizações defensivas diante de falhas ambientais graves, através do congelamento da situação de falha, destina-se à autoproteção e envolve a marca da esperança em uma experiência posterior, sob a sustentação de um ambiente suficientemente bom, que poderá proporcionar o descongelamento e a vivência da situação de falha. Assim, Winnicott (1954/2000) adverte que o processo terapêutico de pacientes traumatizados compreende a possibilidade destes experienciarem a regressão à dependência no contexto do *setting* analítico.

É importante ter em mente que o paciente precisa viver uma experiência de dependência inovadora, de modo a experienciar o colapso, que não pôde ser integrado em sua história pessoal. Conforme Winnicott (1974/2000):

A única maneira de “lembrar”, nesse caso, é o paciente experienciar essa coisa passada pela primeira vez no presente, ou seja, na transferência. Essa coisa passada e futura torna-se, então, uma questão do aqui e do agora, e é experienciada pelo paciente pela primeira vez (WINNICOTT, 1974/2000, p. 74).

O ambiente adaptativo às necessidades do paciente é descrito em termos de manejo, que, como provisão e manutenção do *setting*, assume importância vital no tratamento. A adaptação é feita de forma silenciosa pelo reconhecimento da imaturidade do paciente, que se encontra em estado pré-verbal, pré-representacional e pré-simbólico. É importante acentuar que a comunicação deverá permanecer silenciosa com o objeto subjetivo, como um refúgio e uma condição profilática de não se vincular facilmente através de ligações objetais dissimuladas ou submissas; a comunicação secreta e silenciosa com objetos subjetivos recompõe o senso de real para o si-mesmo (WINNICOTT, 1963/1982).

O trabalho analítico que propicia a regressão à dependência apresenta como um dos aspectos centrais a realização de tarefas ambientais adaptadas, que poderiam ter acontecido em etapas primitivas do desenvolvimento maturacional. Assim, “o analista se encontrará em uma posição comparável a da mãe de um bebê recém-nascido” (WINNICOTT, 1956/2000, p.

396), ou seja, o contexto analítico deve reproduzir técnicas de maternagem compatíveis com a infância primária e os estágios iniciais da vida do bebê.

Na obra *Os objetivos do tratamento psicanalítico* (1962/1983), Winnicott declara que a escolha da análise modificada obedece a parâmetros diagnósticos das situações clínicas abaixo relacionadas:

- a) Quando o temor da loucura domina o quadro;
- b) Quando um falso *self* se torna bem-sucedido e a fachada de sucesso, mesmo brilhante, tem de ser demolida em alguma fase para ter êxito;
- c) Quando o paciente traz uma tendência antissocial, seja em forma de agressão, roubo ou ambas, como legado de uma privação;
- d) Quando não há vida cultural, somente uma realidade psíquica interna e um relacionamento com a realidade externa, estando as duas relativamente desconectadas.
- e) Quando uma figura materna ou paterna doente domina o quadro (WINNICOTT, 1965/2000).

A primeira indicação clínica refere-se a pacientes que viveram experiências significativas de ruptura na continuidade do ser, na mais tenra idade, desenvolvendo organizações defensivas contra o temor da loucura ou da desintegração. Diante da segunda situação, o indivíduo organiza defesas primárias, dentre elas, a cisão. Há uma necessidade de modificação no método de análise, pois há o risco de o processo se organizar em volta de uma personalidade estruturada em falsete. Os problemas de privação que podem levar ao desenvolvimento de uma tendência antissocial e a um quadro de psicopatia correspondem à terceira situação. A ausência de vida cultural, correspondente à quarta posição clínica, pode indicar dificuldades nas conquistas relativas à transicionalidade, prejudicando o desenvolvimento de uma relação saudável com a realidade subjetiva e objetiva. Por último, a presença de loucura nas figuras parentais, que impeça de ver a criança na sua singularidade e não proporcione a experiência de um contato verdadeiro e um olhar humanizante, impossibilita a aquisição da independência necessária às conquistas de uma vida saudável, pois um vínculo aprisionante provoca uma desordem na mente, em decorrência da confusão introduzida, em especial, pelas

características maternas. A invasão extremada impossibilita a discriminação entre loucura pessoal e loucura parental. Assim, a criança permanece totalmente passiva na relação e capitula diante do objeto.

Winnicott (1963/1982) salienta que a regressão faz parte do processo de análise e é imprescindível na clínica com pacientes em sofrimento psíquico grave, podendo recuperar a esperança de que, em algum período vindouro, haverá a oportunidade para uma experiência inovadora, na qual a situação de falha ambiental poderá ser revivida em um ambiente capaz de prover uma adaptação adequada e suficiente. O paciente regredido apresenta necessidades, ou seja, o termo desejo não é compatível com a situação. Se a necessidade do paciente não é satisfeita, a resultante não é a raiva, mas uma reprodução da situação original de falha que provocou a interrupção do crescimento emocional, ou seja, ocorre o ressurgimento da causa original do sentimento de inutilidade (WINNICOTT, 1954/2000).

Importante destacar que, durante a regressão à dependência, o paciente pode se tornar reativo, geralmente atacando o analista de modo desproporcional, o que indica que já consegue reconhecer a externalidade dos cuidados e as falhas ambientais. O paciente pode também se beneficiar com o uso das falhas do analista, ou seja, a vivência do trauma no *setting* analítico produz raiva e propicia uma nova experiência do fracasso ambiental que presentifica o trauma ocorrido no passado. Essa experiência inovadora não implica em uma repetição traumática, mas sim na integração do trauma no campo da experiência do paciente. Assim, é possível vivenciar a raiva de forma apropriada, ou seja, o paciente consegue odiar o analista pela falha original através da relação transferencial.

Na regressão à dependência, o paciente pode alcançar, então, a maturidade do desenvolvimento emocional comprometida por falhas ambientais precoces. Assim, há um retorno a um estágio inicial do desenvolvimento maturacional, cuja principal característica é o posicionamento do ego frente a uma ameaça de caos, fazendo-se necessário que este se organize minimamente para enfrentá-la. Trata-se de uma vivência extremamente dolorosa, pois a regressão alcança o lugar onde o eu se situa. Sendo assim, é necessário que o paciente possua uma organização interna que o autorize a fazer uso da condição de estar regredido.

Lejarraga (2008) destaca que a metáfora do congelamento implica em deixar fora da ação do tempo, em reservar, até que surjam melhores condições de utilização. Os indivíduos traumatizados são impelidos a reviver o instante traumático, em que há a quebra da continuidade da vida seguida das agonias impensáveis. A tendência a regredir e reviver tamanha dor sucede do fato de que tais experiências não foram assimiladas pelo paciente. O colapso não ocorreu porque o indivíduo ainda não possuía uma estruturação de *self* suficiente que lhe permitisse tal experiência. A ameaça de loucura foi vivenciada em uma fração de segundos, mas a ansiedade provocou uma organização de defesas, impedindo que as agonias primitivas fossem vivenciadas. Então, o colapso resiste e insiste em ter o direito de se expressar, de ser revivido e integrado (LEJARRAGA, 2008).

Em consonância com Winnicott, Lejarraga (2008) também afirma que as situações traumáticas se encontram aquém das memórias e verbalizações e só podem ser recuperadas através das desordens emocionais advindas da situação analítica e da sustentação emocional (*holding*) fundamental do analista, que se implica também nas emoções cruciais vivenciadas pelo paciente. O modo pré-verbal com o qual este se utiliza para se comunicar suscita no analista estados subjetivos que habilitarão sua reformulação verbal. A interação bipessoal manifesta o abalo consciente sobre o paciente e sobre a responsabilidade do analista. É necessário, sobretudo, que o paciente assuma os riscos de recordar, revivendo os meandros da loucura existentes no passado. Essa loucura pertence a um tempo em que a criança esteve a pique de viver um estado de angústia inimaginável frente a uma falta do suporte do ambiente provisional. Os acontecimentos traumáticos da história de uma criança e as falhas ambientais em atender às suas necessidades na fase de dependência absoluta provocam uma fratura no seu *self* unitário, que rompe a coesão psicossomática ou personalização, através da qual o indivíduo habita o próprio corpo.

O movimento de regressão somente é possível através da apreensão da disponibilidade do analista, possibilitando que o contexto analítico reproduza as técnicas de maternagem da primeiríssima infância e dos cuidados iniciais. Ou seja, o convite à regressão é resultante da confiabilidade no analista, que possibilita ao paciente o abandono da organização defensiva constituída em

torno da vivência traumática. Assim, a regressão deixa de ser, pois, um mecanismo de defesa a ser evitado e possibilita a oportunidade de experienciar, na relação analítica, as falhas ambientais. Após a tormenta emocional, o analista deve conseguir encontrar palavras para explicar a realidade do sofrimento do paciente.

Winnicott entabula uma variedade clínica de transferência inovadora, dispondo da identificação primária como mecanismo principal, através da qual a adaptação suficientemente boa do analista se transforma em objeto subjetivo do seu paciente. O analista é, pois, concebido segundo a necessidade de constituição e de amadurecimento do indivíduo, que, como objeto subjetivo, dá suporte à esperança (JANUÁRIO; TAFURI, 2009).

Há uma sequência de eventos que necessita ser considerada no processo regressivo:

- 1) O fornecimento de um contexto que proporciona confiança;
- 2) A regressão do paciente à dependência, com a devida percepção do risco envolvido;
- 3) O paciente sente o eu de um novo modo, e o eu até aqui oculto é entregue ao ego total. Ocorre um novo progresso do indivíduo a partir de onde o processo havia parado;
- 4) Descongelamento da situação da falha original;
- 5) A partir da nova posição de força do ego, a raiva relativa à situação da antiga falha, sentida no presente, é explicitada;
- 6) Retorno da regressão à dependência, em um processo organizado em direção à independência;
- 7) Necessidades e desejos instintivos tornados realizáveis com vigor e vitalidade genuínos (WINNICOTT, 1954/2000, p. 384).

Presente na situação, mas não de modo intrusivo e respeitando as organizações defensivas do paciente, o analista precisa reconhecer o retraimento regressivo do paciente, geralmente usado de modo intensamente primitivo e positivo, apontando para a esperança de um recomeço que implique em ser e continuar sendo.

Em situações de atuação por parte do paciente, o analista deverá tomar parte da mesma, ainda que de forma simbólica, observando atentamente

as revelações irrompidas nesse contexto para, posteriormente, colocar em palavras o que foi assimilado. Winnicott apresenta uma sequência a ser seguida:

- 1) Uma declaração do que ocorreu durante a sessão;
- 2) Uma declaração do que era esperado da parte do analista, a partir da qual se pode deduzir:
- 3) O que aconteceu de errado na situação da falha original;
- 4) Raiva pertinente à situação de falha ambiental original. Essa raiva talvez esteja sendo sentida pela primeira vez e o analista pode agora participar sendo usado como referência às suas falhas, mais que a seus êxitos. O progresso aconteceu graças à cuidadosa tentativa do analista de adaptar-se, mas é a falha que será apontada como importante nesse momento, pelo fato de reproduzir a falha ou trauma original. Em casos favoráveis ocorrerá:
- 5) Um novo sentimento de eu no paciente e uma percepção de que o progresso agora significa um crescimento verdadeiro. Esse último será a recompensa do analista, através de sua identificação com o paciente. Nem sempre ocorrerá o estágio seguinte, em que o paciente consegue compreender o esforço realizado pelo analista e dizer um “muito obrigado” verdadeiramente significativo. (WINNICOTT, 1954/2000, p. 387)

A sobrevivência do analista é imprescindível para o restabelecimento do processo de desenvolvimento emocional. O analista precisa entender que o silêncio do paciente não significa oposição, resistência ou ataque ao seu trabalho. A interpretação errônea desses fenômenos pode impedir a regressão à dependência, pois o paciente precisa sentir que o analista tolera as afrontas e consegue dar prosseguimento ao processo, sem censura ou retaliação.

Para Winnicott (1963/1982), os erros do analista são mais essenciais do que seus acertos, sendo que a percepção da falha provoca fúria e não uma reação traumática. Assim, “a regressão pode estar a serviço do ego se recebida pelo analista e transformada em uma nova dependência, na qual o paciente traz o fator prejudicial externo para sua área do controle onipotente.” (WINNICOTT, 1963/1982, p. 233).

A regressão à dependência também é imprescindível para os pacientes *borderline*, pois possibilita reviver essa “coisa do passado” que ainda não aconteceu porque o indivíduo não estava ali para que acontecesse. O colapso ocorreu fora do psiquismo, em um “sem lugar” e não pode pertencer ao passado sem que possa ser experienciado pela primeira vez no presente; dito de outra forma, “nada aconteceu quando algo deveria ter acontecido” (WINNICOTT, 1974/1994, p. 74-75).

Para que o paciente consiga se aproximar do vazio amorfo que o habita sem lugar próprio, faz-se necessário o resgate da ilusão de onipotência, para que, assim, a desilusão possa ser vivenciada e suportada. Se bem amparado, o paciente pode começar a ter sentimentos e não apenas estar mergulhado em sensações, ao mesmo tempo em que já pode sentir falta de algo e não o vazio de tudo. Ao recuperar a situação original de fracasso, com o descongelamento da situação que até então permanecera congelada, o paciente pode, enfim, frustrar-se e desenvolver defesas mais complexas contra o ódio e o fracasso pertinentes à vida cotidiana (DIAS, 1993/2011, p. 81).

A vivência da loucura no *setting* analítico é um processo extremamente doloroso que possibilita ao paciente o resgate do si-mesmo pessoal que, até então, se mantinha congelado e encoberto. Após a vivência desses traumas precoces, o paciente pode recuperar sua espontaneidade e criatividade, além de conseguir correr riscos de experimentar a vida. O processo regressivo possibilita ainda o progresso em direção à independência. Dá-se, então, um reinício, em que o paciente desorganiza o sistema defensivo do falso *self* patológico e retoma seu verdadeiro crescimento, reencontrando-se a si mesmo e sentindo-se real e autêntico. Através da regressão à dependência e da integração do colapso vivenciado ao âmbito da experiência do indivíduo, o *setting* terapêutico oportuniza a formação de experiências no espaço em que a continuidade de ser comportou uma ruptura.

Em seguida, serão apresentados fragmentos do relato da análise de Margaret Little, paciente de Winnicott com ênfase em detalhes do processo de regressão à dependência: Little (1992), analista inglesa, paciente de Winnicott, e que se tornou uma médica bem-sucedida, na publicação intitulada *Ansiedades psicóticas e prevenção: registro pessoal de uma análise com Winnicott*, reconhece-se como uma paciente *borderline*, destacando a sobrevivência de sua

vida psíquica como uma questão crucial. Durante suas sessões iniciais de análise, reencenava seus traumas primitivos, frente aos quais Winnicott evitava interpretações invasivas. A mãe de Little se comportava de forma imprevisível e excessivamente controladora, instalando, assim, um ambiente caótico, conseqüente de sua loucura, o que causou na filha um retraimento para seu mundo interno na tentativa de se proteger. Seu pai, no entanto, lhe possibilitou um pequeno espaço no qual pôde experimentar, ainda que brevemente, um pouco de estrutura e saúde. Nas sessões iniciais, a paciente entrou em estado de desespero - pensou em se atirar da janela e arremessou ao chão um vaso de lilases existente no consultório. Sentia-se desesperançada diante da possibilidade de Winnicott compreendê-la, com medo de que não conseguisse se relacionar com objetos externos, indicando a vivência de uma agonia impensável. Ao substituir o vaso no dia seguinte, Winnicott conseguiu acolher o gesto agressivo de Little, que tentava alcançar uma comunicação, ofertando-lhe um ambiente indestrutível, que sobreviveu ao ataque, ou seja, um espaço potencial que conteve e permitiu a experiência, promovendo o descongelamento inicial da situação do fracasso ambiental, de um estado primitivo do psiquismo, através da segurança e sobrevivência necessárias.

O relato de Margaret Little (1992) nos apresenta, ainda, aspectos complexos do contato físico como contenção de ansiedades impensáveis. Assim, durante determinada sessão, ao segurar sua cabeça até a diminuição dos acessos de ansiedade, Winnicott possibilita um nascimento para outro relacionamento, pautado na espontaneidade. De fato, em sua obra, o psicanalista inglês enfatiza a necessidade de oferecer força egoica quando o paciente não consegue encontrá-la em si mesmo, ou quando não é capaz de cuidar de si – trata-se de fornecer um ambiente suficiente no qual seja seguro permanecer. Assim, os cuidados com a paciente permaneciam até durante as férias do analista, ocasião em Little foi internada em um hospital por apresentar grave risco de suicídio. Nesse período, suas ansiedades psicóticas se revelaram de forma caótica. Seu estado psíquico primitivo denotava a necessidade de um *setting* que possibilitasse um retorno ordenado e protegido a uma condição regressiva de dependência absoluta.

Por fim, Winnicott (1954/2000) enfatiza que a regressão à dependência compreende e oferece um ponto de partida, um lugar a partir do

qual é possível operar e o eu ser encontrado, proporcionando que o indivíduo entre em contato com processos básicos do ser, pertinentes ao verdadeiro processo de desenvolvimento emocional e, enfim, o que acontece posteriormente é sentido como real.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito desta pesquisa foi apresentar a trajetória teórico-clínica de Donald W. Winnicott, mais especificamente, no que se refere às suas conceituações a respeito do trauma, notadamente enriquecedoras para a psicanálise. De fato, o autor nos brinda com perspectivas inovadoras e significativas acerca das formas de adoecimento relativas a situações traumáticas, relacionando-as à sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo.

Em sua perspectiva, a emergência do psiquismo humano presume a resolução de conquistas maturacionais e momentos unificadores que possibilitam o transcurso de um ego não integrado a um *self* em condições e com capacidade para assimilar suas próprias experiências, alcançando uma identidade unitária e interagindo com a externalidade a partir do gesto espontâneo e de forma criativa. E esse processo só se torna possível com a presença imprescindível de uma figura materna devotada e atenta às necessidades do bebê.

Para o autor, a ocorrência de falhas ambientais graves, no início da vida, pode levar o bebê à vivência de agonias impensáveis; essas, por sua vez, provocam reações a tais falhas, através de organizações defensivas, resultando na perda da continuidade de ser e, assim, dificultando o processo de amadurecimento saudável. Em toda a sua obra, enfatiza a dependência do indivíduo de um ambiente suficientemente bom e, a partir disso, propõe uma classificação nosográfica, traçando distintas modalidades de adoecimento psíquico que podem se manifestar ao longo da vida.

Pensa-se, então, que a insistência do autor em destacar a necessidade de condições ambientais básicas e suficientes para a constituição psíquica saudável indica que, em qualquer forma de configuração subjetiva, é indispensável analisar a relação entre o indivíduo e o ambiente. Não há como discordar do fato de que as adversidades do processo de desenvolvimento maturacional provocam sofrimentos, lançando o indivíduo ao vazio. Assim, caso as etapas da vida cumpridas e os objetivos alcançados não tenham surgido do seu cerne, ou se o indivíduo não se identifica com aquilo que realiza, ele adocece

e continua a procurar, sempre fora de si mesmo, sua singularidade, seu sentimento de ser e adquirir um sentido pessoal para sua vida.

Porém, Winnicott advoga que o passado do indivíduo pode ser modificado, pois, caso o ambiente materno não tenha sido suficientemente bom, resta a alternativa de encontrar um ambiente facilitador, de modo que o desenvolvimento pessoal possa, enfim, ocorrer, ainda que tardiamente (WINNICOTT, 1968/2000).

Pacientes que passaram por experiências de colapso nos primórdios da existência, denominados casos difíceis por Winnicott, exigem do analista a capacidade de sustentar a regressão à dependência. Dessa forma, essas experiências podem viabilizar a integração do trauma ao *self* e constituir-se como uma vivência pertinente ao passado e passível de simbolização. Aqui, como vimos, o manejo ganha o estatuto de uma modalidade privilegiada, uma ferramenta terapêutica que permite uma ampliação do campo de atuação da psicanálise, principalmente pela possibilidade de tratamento de patologias consideradas difíceis ou impossíveis de ações terapêuticas condizentes com a psicanálise freudiana, o que oportuniza a aplicação do aporte teórico-clínico em modalidades diferenciadas de atendimento terapêutico.

Considerando-se os desdobramentos da teoria e da clínica winnicottiana, bem como seus estágios maturacionais, critérios diagnósticos e os estudos referentes ao trauma, é importante destacar, ainda, que cada manejo clínico deve ser pautado na trajetória pessoal do paciente, de modo a lhe possibilitar um percurso de vida cuja redação seja escrita por ele mesmo e possa ser conduzida de forma particularmente criativa, fundamentada no “brincar”.

Pela amplitude e complexidade do tema pesquisado, destaca-se, aqui, a necessidade de outros estudos que possam investigar se há diferentes tipos de pacientes *borderline* em Winnicott, e até que ponto o autor delineou com precisão esse conceito. Seria profícuo, ainda, aprofundar a questão a partir de outros comentadores de Winnicott, tais como, Edna Vilete e Júlio de Mello Filho, dentre outros.

Pensa-se, ainda, que, nessa discussão, é fundamental refletirmos acerca das consequências das particularidades da sociedade globalizada, tais como: perda da identidade cultural, individualismo, fluidez e insegurança. Enquanto o individualismo e a autossuficiência reinam como valores

predominantes, ocultando a vulnerabilidade humana e o imperativo da necessidade do outro através das vias da intimidade, da cumplicidade e da necessidade de cuidado, Winnicott nos oferece o “brincar”, através do qual o indivíduo pode utilizar sua criatividade originária e aproveitar sua subjetividade de forma integral.

Finalizamos esta dissertação trazendo uma proposição de Cintra (2006) em diálogo com Arendt, a autora assente que vivemos para renascer e recomeçar. Toda resposta verdadeira que pudermos dar à beleza do mundo corresponde a uma oportunidade de unificar estados de fragmentação e despersonalização. Trata-se de uma decisão resoluta de viver e um ato de ressurreição do *self*.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAM, Jan. *A linguagem de Winnicott - Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Tradução de Marcelo Del Grande da Silva. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

BAUMAN, Zigmunt. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

CINTRA, Elisa Maria de Ulhôa. Adolescência prolongada. In: CARDOSO, Marta Resende (Org.); AGUIAR, Helena et al. (Colab.). *Adolescentes*. São Paulo: Editora Escuta, 2006, p. 45-61.

DAVIS, M.; WALLBRIDGE, D. *Limite e espaço: uma introdução à obra de D.W.WINNICOTT*. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

DIAS, Elsa Oliveira. *A Teoria do amadurecimento de D. W. WINNICOTT*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

\_\_\_\_\_. *A teoria das psicoses em F. W. Winnicott*. 367 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, São Paulo, 1998.

\_\_\_\_\_. Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica. In: *Sobre a confiabilidade e outros estudos*. São Paulo: DWW Editorial, 2011.

\_\_\_\_\_. A regressão à dependência e o uso terapêutico da falha do analista. In: *Sobre a confiabilidade e outros estudos*. São Paulo: DWW Editorial, 2011.

FERENCZI, Sandor. *Obras Completas*. Vol. III e IV. São Paulo: Martins Fontes, 2011

FIGUEIREDO, L. C. M. *As novas vias da terapia psicanalítica, 2014*. (No prelo).

\_\_\_\_\_. *Elementos para clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2008.

\_\_\_\_\_. A pesquisa clínica em psicanálise. *Revista Percurso*, n. 49/50, p.133-140, 2013.

\_\_\_\_\_. A especificidade da pesquisa clínica com método psicanalítico na situação analisante. *Revista TRIEB*, p. 173-192, 2012.

FIGUEIREDO, L. C. M; SAVIETTO, B. B; SOUZA, Octavio (Org.). *Elasticidade e limite na clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2013.

FORLENZA NETO, Orestes. Condições traumáticas na relação mãe-bebê. *Revista Natureza Humana*, v. 6, n. 1, p. 70-86, jan./jun., 2004.

\_\_\_\_\_. Aplicação das idéias de Winnicott na clínica de pacientes difíceis (esquizóides, fronteirços e psicóticos). *Revista Natureza Humana*, São Paulo, v. 6, n. 2, dez., 2004.

\_\_\_\_\_. As principais contribuições de Winnicott à prática clínica. In: SUCAR, Inês; RAMOS, Heloisa. (Org.). *Winnicott ressonâncias*. Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo – SBP\SP. São Paulo: Primavera Editorial, p. 113-127, out.2012.

JANUÁRIO, Livia Milhomem; TAFURI, Maria Izabel. A relação transferencial para além da interpretação: reflexões a partir da teoria de Winnicott. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia UFRJ Campus Praia Vermelha, 2009.

KHAN, M. *O conceito de trauma cumulativo*, 1974. In: \_\_\_\_\_. *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1963, p. 57.

\_\_\_\_\_. Introdução. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Ed. 2000.

LAURENTIIS, Vera Regina Ferraz de. *Corpo e psicossomática em Winnicott*. São Paulo: DWW Editorial, 2016. (Coleção Psicanálise Winnicottiana).

LEJARRAGA, Ana Lila. *O amor em Winnicott*. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

\_\_\_\_\_. *Sexualidade infantil e intimidade: diálogos winnicottianos*. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2015.

MEZAN, Renato. *Escrever a clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1998.

MORAES, Ariadne Alvarenga de Resende Engelberg. *Depressão na obra de Winnicott*. São Paulo: DWW Editorial, 2014.

NAFFAH NETO, Alfredo. Falso *self* e patologia *borderline* no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes. *Revista Natureza Humana*, São Paulo, v. 12, n. 2, 2010.

\_\_\_\_\_. A problemática do falso *self* em pacientes de tipo *borderline*: revisitando Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 41, n. 4, 2007.

NETO, Orestes Forlenza. As principais contribuições de Winnicott à prática clínica. In: SUCAR, Inês; RAMOS, Heloisa (Org.). *Winnicott ressonâncias*. Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo – SBP/SP, Primavera Editorial, out. 2012.

PHILLIPS, Adam. *Winnicott*. São Paulo, Ideias & Letras, 2006.

PLASTINO, C. A. *Vida, criatividade e sentido no pensamento de Winnicott*. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

ROUSSILLON, Rene. O desamparo e as tentativas de solução para o traumatismo primário. *Revista de Psicanálise da SPPA*, v. 19, n. 2, p. 271-295, agosto 2012. Disponível em: <<https://reneroussillon.com/en-espagnol-portugais-allemand/o-desamparo-e-as-tentativas-de-soluc%C3%A7%C3%A3o-para-o-traumatismo-primario/>>. Acesso em: 2015.

\_\_\_\_\_. *Théorie psychanalytique du traumatisme*, 2014. Disponível em :<<https://blu175.mail.live.com/ol/mail.mvc/PrintMessages?mkt=pt-br>>. Acesso em: 2015.

SAFRA, Gilberto. *A po-ética na clínica contemporânea*. 2 ed. São Paulo: Ideias e Letras, 2004.

\_\_\_\_\_. Prefácio do Livro Borderline. In: HEGENBERG, Mauro. *Borderline*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

VAISBERG, Tânia Aiello. *Ser e fazer: enquadre diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2004.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

\_\_\_\_\_. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. (Trabalho original publicado em 1958).

\_\_\_\_\_. *O medo do colapso: explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994. (Trabalho original publicado em 1974).

\_\_\_\_\_. A localização da experiência cultural. In: WINNICOTT, D. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975/1971. (Trabalho original publicado em 1967).

\_\_\_\_\_. *A criança e seu mundo*. Tradução de Álvaro Cabral. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

\_\_\_\_\_. Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: WINNICOTT, D. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983/1965. (Trabalho original publicado em 1960).

\_\_\_\_\_. Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In: WINNICOTT, D. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983/1965. (Trabalho original publicado em 1963[1962]).

\_\_\_\_\_. Os doentes mentais na prática clínica. In: WINNICOTT, D. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983/1965. (Trabalho original publicado em 1965).

\_\_\_\_\_. Classificação: Os doentes mentais na prática clínica. In: WINNICOTT, D. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983/1965. (Trabalho original publicado em1963).

\_\_\_\_\_. Comunicação e falta e comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: WINNICOTT, D. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983/1965. (Trabalho original publicado em1965[1963]).

\_\_\_\_\_. *Distorções do ego em termos de falso e verdadeiro self*. In: WINNICOTT, D. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983/1965. (Trabalho original publicado em1965[1960]).

\_\_\_\_\_. A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: WINNICOTT, D. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983/1965. (Trabalho original publicado em1965[1962]).

\_\_\_\_\_. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: WINNICOTT, D. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983/1965. (Trabalho original publicado em1965[1963]).

\_\_\_\_\_. Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In: WINNICOTT, D. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983/1965. (Trabalho original publicado em1965[1963]).

\_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Trabalho original publicado em1960).

\_\_\_\_\_. *Holding e interpretação*. Tradução Sonia Maria Tavares Monteiro de Barros. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

\_\_\_\_\_. Introdução primária à realidade externa: os estágios iniciais. In: WINNICOTT, D. *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997/1996. (Trabalho original publicado em1996[1948/63]).

\_\_\_\_\_. Notas sobre normalidade e ansiedade. In: WINNICOTT, D. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000/1958. (Trabalho original publicado em1931).

\_\_\_\_\_. *Desenvolvimento emocional primitivo*. In: WINNICOTT, D. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000/1958. (Trabalho original publicado em1945).

\_\_\_\_\_. Psicoses e cuidados maternos. In: WINNICOTT, D. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000/1958. (Trabalho original publicado em 1953 [1952]).

\_\_\_\_\_. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: WINNICOTT, D. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000/1958. (Trabalho original publicado em 1953 [1951]).

\_\_\_\_\_. A mente e sua relação com o psicossoma. In: WINNICOTT, D. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000/1958. (Trabalho original publicado em 1954 [1949]).

\_\_\_\_\_. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In: WINNICOTT, D. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000/1958. (Trabalho original publicado em 1955 [1954]).

\_\_\_\_\_. A preocupação materna primária. In: WINNICOTT, D. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000/1958. (Trabalho original publicado em 1958 [1956]).

\_\_\_\_\_. O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In: WINNICOTT, D. *A família e o desenvolvimento individual*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001/1965. (Trabalho original publicado em 1958).

\_\_\_\_\_. Definição teórica do campo da psiquiatria infantil. Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In: WINNICOTT, D. *A família e o desenvolvimento individual*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001/1965. (Trabalho original publicado em 1958).

\_\_\_\_\_. Sobre a criança carente e de como ela pode ser compensada pela perda da vida familiar. Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In: WINNICOTT, D. *A família e o desenvolvimento individual*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001/1965. (Trabalho original publicado em 1965 [1950]).

\_\_\_\_\_. Família e maturidade emocional. Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In: WINNICOTT, D. *A família e o desenvolvimento individual*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001/1965. (Trabalho original publicado em 1965 [1960]).

\_\_\_\_\_. O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In: WINNICOTT, D. *A família e o desenvolvimento individual*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001/1965. (Trabalho original publicado em 1965 [1960]).

\_\_\_\_\_. *Observações adicionais* sobre a teoria do relacionamento *parento-filial*. In: WINNICOTT, D. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994/1989. (Trabalho original publicado em 1962 [1961]).

\_\_\_\_\_. *O uso de um objeto e relacionamento através de identificações*. In: WINNICOTT, D. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994/1989. (Trabalho original publicado em 1969 [1968]).

\_\_\_\_\_. Sobre as bases para o self no corpo. In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994/1989. (Trabalho original publicado em1971[1970]).

\_\_\_\_\_. O conceito de indivíduo saudável. In: WINNICOTT, D. *Tudo começa em casa*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999/1986. (Trabalho original publicado em1971[1967]).

\_\_\_\_\_. Sum: eu sou. In: WINNICOTT, D. W. *Tudo começa em casa*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005/1986. (Trabalho original publicado em1984[1968]).

\_\_\_\_\_. O conceito falso self. In: WINNICOTT, D. W. *Tudo começa em casa*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005/1986. (Trabalho original publicado em1986[1969]).

\_\_\_\_\_. A delinquência como sinal de esperança. In: WINNICOTT, D. W. *Tudo começa em casa*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999/1986. (Trabalho original publicado em1967).

\_\_\_\_\_. Vivendo de modo criativo. In: WINNICOTT, D. W. *Tudo começa em casa*. 4. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999/1986. (Trabalho original publicado em1970[1967]).

\_\_\_\_\_. Tipos de psicoterapia. In: WINNICOTT, D. W. *Tudo começa em casa*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999/1986. (Trabalho original publicado em 1961).

\_\_\_\_\_. O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994/1989. (Trabalho original publicado em1989[1965]).

\_\_\_\_\_. D. W. W. sobre D. W. W. In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 2005/1989. (Trabalho original publicado em1989[1967]).

\_\_\_\_\_. A psicologia da loucura. In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 2005/1989. (Trabalho original publicado em1989[1965]).

\_\_\_\_\_. O pensar e a formação de símbolos. In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 2005/1989. (Trabalho original publicado em1989).

\_\_\_\_\_. A tendência antissocial. In: WINNICOTT, D. W. *Privação e delinquência*. Tradução Álvaro Cabral. Revisão da tradução Mônica Stahel. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes. 2005. (Trabalho original publicado em1956).

\_\_\_\_\_. O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In: *A família e o desenvolvimento individual*. Tradução Marcelo

Brandão Cipollal. 3. Ed. São Paulo: Martins Fontes. 1960/2005. (Trabalho original publicado em1958).

\_\_\_\_\_. O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In: *A família e desenvolvimento individual*. Tradução Marcelo Brandão Cipollal. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1958/2005. (Trabalho original publicado em1950).

\_\_\_\_\_. Crescimento e desenvolvimento na fase imatura. Segurança. In: *A família e desenvolvimento individual*. Tradução Marcelo Brandão Cipollal. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1960/2005. (Trabalho original publicado em1958).

\_\_\_\_\_. *Tudo começa em casa*. 4. ed. Tradução Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. *Explorações Psicanalíticas*. São Paulo: Artes Médicas, 1994.

\_\_\_\_\_. Nada no centro. In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas*. São Paulo: Artes Médicas, 1959/1994. (Trabalho original publicado em1989).

\_\_\_\_\_. Observações adicionais sobre a teoria do relacionamento parento-filial. In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas*. São Paulo: Artes Médicas, 1994. (Trabalho original publicado em1961).

\_\_\_\_\_. O medo do colapso (Breakdown). In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas*. São Paulo: Artes Médicas, 1994. (Trabalho original publicado em1963).

\_\_\_\_\_. A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas*. São Paulo: Artes Médicas, 1994. (Trabalho original publicado em1965).

\_\_\_\_\_. O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas*. São Paulo: Artes Médicas, 1994. (Trabalho original publicado em1965).

\_\_\_\_\_. A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise. In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas*. São Paulo: Artes Médicas, 1994. (Trabalho original publicado em1965).

\_\_\_\_\_. Notas sobre retraimento e regressão. In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas*. São Paulo: Artes Médicas, 1994. (Trabalho original publicado em1965).

\_\_\_\_\_. O conceito de regressão clínica comparado com organização defensiva. In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas*. São Paulo: Artes Médicas, 1994. (Trabalho original publicado em1967).

\_\_\_\_\_. O pensar e a formação dos símbolos. In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas*. São Paulo: Artes Médicas, 1994. (Trabalho original publicado em1968).

\_\_\_\_\_. A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas*. São Paulo: Artes Médicas, 1994. (Trabalho original publicado em 1969).

\_\_\_\_\_. A loucura da mãe como aparece no material clínico como fator estranho ao ego. In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas*. São Paulo: Artes Médicas, 1994. (Trabalho original publicado em 1969).

\_\_\_\_\_. D. W. W sobre D. W. W. In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas*. São Paulo: Artes Médicas, 1994. (Trabalho original publicado em 1967).

\_\_\_\_\_. *O gesto espontâneo*. 2. ed. Tradução de Luís Carlos Borges; [revisão da tradução Maria Estela Heider Cavalheiro]. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. *Os bebês e suas mães*. Tradução Jefferson Luiz Camargo; revisão técnica e tradução da introdução de Maria Helena de Souza Patto. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

\_\_\_\_\_. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

\_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, Clare; SHEPHERD, Ray; DAVIS, Madeleine (Org.). *Explorações psicanalíticas D. W. Winnicott*. São Paulo: Artmed, 1994.

WINNICOTT, D. W.; SHEPHERD, Ray; JOHNS, Jennifer; ROBINSON, Helen Taylor. (Org.). *Pensando sobre crianças*. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.