

## **Angústia e subjetividade: reflexões sobre os fenômenos psicossomáticos a partir de Freud e Winnicott**

### **Maria Vitória Mamede Maia**

Psicóloga. Psicanalista. Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Mestre em Literatura Brasileira pela PUC-Rio. Psicopedagoga do Núcleo de Orientação e atendimento psicopedagógico (NOAP-PUC-Rio). Professora da especialização em Psicopedagogia (CEPERJ). Autora do livro “Rios sem discurso: considerações sobre a agressividade da infância na contemporaneidade” (São Paulo: Vetor, 2007).

End.: R. Desenhista Luís Guimarães, 260, bl. 1, apt. 801, Barra da Tijuca. Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22793-261.

E-mail: mvitoriam Maia@gmail.com

### **Nadja Nara Barbosa Pinheiro**

Psicóloga. Psicanalista. Doutora em Psicologia pela PUC-Rio. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Paraná. Pesquisadora do Núcleo de Estudos sobre o Desenvolvimento Humano (NEDHU-UFPR) e do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social (LIPIS-PUC-Rio).

End.: R. Pe. Ildefonso, 230, apt. 1701, Batel. Curitiba, PR. CEP: 80240-160.

E-mail: nadjanbp@ufpr.br

## **Resumo**

*O trabalho desenvolvido no ambiente hospitalar nos coloca diante de diversas questões, entre as quais recortamos uma: como podemos entender, a partir do referencial teórico da psicanálise, os fenômenos psicossomáticos tão comuns de serem encontrados nos hospitais? Na tentativa de compreensão de tais fenômenos, o presente artigo percorre as considerações de Freud e Winnicott em relação à constituição da subjetividade e dos processos que mediam as relações psique/soma a partir das primeiras experiências de satisfação que deixam, como resíduo, a sensação de angústia a partir da qual o sujeito pode ir se constituindo. Inicialmente, a perspectiva freudiana sobre o conceito de angústia é apresentada. O texto percorre suas primeiras considerações sobre o tema concentrando-se na distinção efetuada pelo autor entre neuroses atuais e psico-neuroses. A seguir, ingressa nas considerações teóricas referentes aos artigos da meta-psicologia, nos quais a angústia é definida como um sucedâneo do processo de recalçamento. Em seguida, as últimas considerações freudianas sobre o conceito de angústia são apresentadas e relacionadas ao estado de desamparo físico e psíquico do bebê em suas primeiras experiências de satisfação. O texto apresenta, então, o conceito de angústia automática que produz, como resposta, a emergência da subjetividade. Tais argumentações são tomadas como ponte de transição para Winnicott e sua paradoxal percepção sobre o desenvolvimento emocional enfatizando o conceito cunhado pelo autor por “angústia impensável”. Por fim, o texto propõe uma questão: poderíamos conceber os fenômenos psicossomáticos como uma resposta possível à angústia impensável naquilo em que há algo, nesse movimento, de não simbolizável e que se expressa, assim, através do corpo?*

*Palavras-chave: fenômenos psicossomáticos, angústia, subjetividade, psicanálise, clínica.*

## **Abstract**

*When you work in a hospital environment, you have to face several challengers. Among them, the present article analyses one: the psycho-somatic phenomena which are frequently found at hospitals. In order to understanding them, Freud and Winnicott perspective*

*on constitutional subjectivity are focused. Also, the article focus the psychological process that makes the relation between psyche and soma from the primaries 'satisfaction experiences' which lead to anxiety from what subject starts his maturational process. First, Freud's concept of anxiety is presented. The article shows his first considerations on this point focusing his distinction between actual and psycho-neurosis. Then, Freud's theory, on his meta-psychological articles, is considered. At this point, anxiety is defined as a result of repression process. Further, Freud's last consideration on anxiety is presented in relation to babies' state of psychic and physic helplessness during his first satisfaction experiences. The paper introduces, here, Freud's concept of 'automatic anxiety'. Those points of view are taken as a transitional bridge to Winnicott's work and his paradoxical conception of subjectivity development, focusing on his concept of "unthinkable anxiety". Finally, the article proposes a question: can we understand those psycho-somatic phenomena as a possible subjective response to unthinkable anxiety? Since, at this movement, there is something impossible to be symbolized and, for that, it has to be expressed through out body?*

*Keywords: psycho-somatic phenomena, anxiety, subjectivity, psychoanalysis, clinic.*

É importante ter sempre em mente o seguinte ponto sobre os problemas psicossomáticos: o elemento físico da doença empurra a doença psicológica de volta para o corpo. Isto é particularmente importante por constituir uma defesa contra a fuga para o puramente intelectual, que levaria o indivíduo a perder uma parte do vínculo entre a psique e o soma (Winnicott, 1988 / 1990, p.185).

## **Introdução**

Partindo de uma experiência com a clínica psicanalítica transcorrida no âmbito ambulatorial de um hospital geral, na cidade do Rio de Janeiro, pudemos perceber que o trabalho diário aí desenvolvido suscita inúmeros questionamentos e desafios. Tais dificuldades perpassam a falta de privacidade, a precariedade das

instalações, as intromissões médicas e institucionais e, principalmente, a impossibilidade de correspondência entre as perspectivas médica e psicanalítica sobre a constituição das doenças. Enquanto o saber médico organiza a etiologia das doenças a partir do campo fisiológico, a psicanálise propõe entendê-la como fazendo parte da constituição subjetiva do paciente, sendo, portanto, uma forma através da qual algo do sujeito se expressa. (Pinheiro, 2003; 2006; Pinheiro e Vilhena, 2007)

É interessante observar que, nos hospitais, geralmente, a seção de psicologia é convocada a intervir justamente nos momentos em que o saber médico falha em oferecer uma explicação para determinada doença, a partir da qual um diagnóstico possa ser efetuado e um tratamento levado a termo. Nos hospitais é bastante comum recebermos pacientes que nos são encaminhados pelas outras clínicas hospitalares, apresentando uma gama enorme de doenças que, embora orgânicas, permanecem resistentes à cura proposta pela medicina.

Acreditamos que tal resistência à cura se dê, sobretudo, porque tais fenômenos se inscrevem em um ponto limítrofe entre os campos psíquico e somático, sendo, portanto, pertencentes a uma área sobre a qual tanto a teoria médica quanto a psicanalítica não recobrem como um todo. Permanece, nesses fenômenos, um resto de não compreensão que diz respeito a esses dois registros, sem, poder, contudo, ser reduzido a nenhum deles.

É, exatamente, sobre esses fenômenos que se expressam através do corpo, mas que, contudo, não permitem uma leitura exclusiva a partir da lógica médica e organicista que propomos uma reflexão. A essas manifestações estamos denominando de **fenômenos psicossomáticos**. Nossa proposta, no entanto, não será a de recorreremos aos autores que reconhecidamente trabalham com o campo descrito como **Psicossomática**, tais como a escolas de Boston com Alexander (1989), ou a escola francesa representada por P. Marty e M'Uzam (1963), ou ainda a perspectiva aberta pela psicanálise estruturalista através de Dejour (1988). Tais escolas demonstram a diversidade de perspectivas teóricas possíveis para a compreensão dos fenômenos psicossomáticos, assim como a dificuldade de lidarmos com um campo denominado pelo próprio Freud de limítrofe.

Nossa escolha será a de recorrermos às perspectivas freudiana e winnicottiana naquilo que elas nos informam sobre a constituição subjetiva e as formas encontradas por cada um de nós para lidarmos com a impossível tarefa que o viver nos impõe de habitarmos um corpo que se organiza a partir do confronto entre lógicas distintas: orgânica e/ou simbólica, corporal e/ou psíquica. Em nossa tentativa de entendermos as relações estabelecidas entre o soma e a psique privilegiaremos o entendimento do conceito de angústia, pois, tanto na obra freudiana quanto na winnicottiana, a angústia pode ser entendida como ponto fundamental e originário da constituição subjetiva, na medida em que seu surgimento permite a emergência de respostas possíveis às exigências corporais efetuadas em um momento de desenvolvimento no qual não há, ainda, recursos psíquicos que permitam uma possibilidade de elaboração. À essa impossibilidade de elaboração, uma resposta subjetiva poderá advir, deixando, contudo, um resíduo não transformável psiquicamente, que, na nossa opinião, se inscreve, no corpo, como fenômeno.

## 1. Angústia e Desamparo: A proposta freudiana.

Podemos perceber que as relações psique/soma é uma preocupação presente na obra freudiana desde seus primórdios. Nós a encontramos no conceito de “**complacência somática**” na medida em que esse conceito aponta para o fato de que é necessária a participação de um órgão sobre o qual o sintoma histérico possa se apoiar no momento de sua constituição. (Freud, (1905[1901]/1980b) Igualmente, na tentativa freudiana em subdividir as neuroses em neuroses atuais e psico-neuroses, é afirmado que a etiologia das primeiras se configurava no campo orgânico. Para o autor, as neuroses atuais (neurose de angústia, neurastenia e hipocondria) se formavam a partir de um elemento sexual puramente orgânico, não havendo nenhuma participação dos processos psíquicos (Freud, 1894/1980a).

Porém, alguns fatos indicaram que a tentativa freudiana em separar completamente os mecanismos orgânicos e psíquicos se mostrava improcedente, necessitando, da parte do autor, uma reformulação conceitual a qual recobrisse a possibilidade de se pensar os fenômenos humanos a partir de elementos tanto orgânicos quanto psíquicos.

Exatamente por isso, acreditamos que para lidar com a proposição teórica, a qual indica a interface entre psique/soma, Freud tenha forjado e constituído o conceito de pulsão, na medida em que este se apresenta como um **conceito limítrofe entre o psíquico e o somático**, promovendo, a partir daí, um amplo processo de desnaturalização da organicidade corporal (Freud, 1905/1980c, p.45).

Promovendo a distinção entre os conceitos de instinto e pulsão, Freud toma como paradigmática a pré-história do ser humano. Segundo o autor, o bebê, ao nascer, se encontra premido por uma série de necessidades vitais as quais vão sendo, repetidamente, satisfeitas. É no momento em que o prazer obtido através dessas experiências de satisfação suplanta a satisfação biológica, que a pulsão emerge inserindo o bebê no diferencial prazer/desprazer. A partir daí a sexualidade se faz sobre o paradigma da pulsionalidade, momento mítico relativo à história individual de cada um de nós, circunscrevendo a experiência do auto-erotismo. Momento no qual uma série de pulsões parciais, em torno de suas zonas erógenas, se satisfaz, independentemente umas das outras, constituindo de uma forma anárquica a erotização de um corpo fragmentado.

Por se apoiar em uma necessidade vital, Freud (op.cit.) percebe que algumas zonas possuem uma facilidade maior para se tornarem erógenas e passarem a se constituir o lugar em torno do qual a libido (substrato da pulsão sexual) se organiza. Assim, a fase oral constitui a primeira fase de organização libidinal, cuja relação com o objeto se apresenta através da incorporação. Esta é seguida pela fase anal, na qual a relação objetual se passa em torno da questão da atividade/ passividade. Já na fase fálica, o interesse infantil se concentra na questão em torno do poder em termos da oposição fálico/castrado.

Para entender a pulsão, o autor a conceitua através de quatro elementos: fonte, pressão, objeto e objetivo. A fonte da pulsão é sempre endopsíquica, um processo somático que impõe uma exigência de trabalho ao aparelho psíquico (pressão) em encontrar formas de obter a satisfação. Assim, o objetivo de toda pulsão será a satisfação e seu objeto aquilo através do qual a satisfação é obtida. Uma vez que não há nada que ligue a pulsão a um objeto específico, qualquer objeto pode se apresentar como um candidato

a sê-lo. Dessa forma o sujeito se encontra na busca infindável de encontrar “O Objeto”, porém encontrando sempre objetos substitutos, obtendo sempre uma satisfação parcial. Tal fato, entretanto, não significa uma incapacidade, mas, ao contrário, aponta para as múltiplas possibilidades de se encontrar a satisfação e ser relançada sempre em uma nova busca.

Para Freud entre a pulsão e suas possibilidades de satisfação interpõe-se uma série de interdições e proibições culturais que demandam ao sujeito a difícil tarefa de manejar suas moções pulsionais, no sentido de tornar a sua satisfação o mais suportável possível. É nesse embate entre a exigência de satisfação e as leis culturais que Freud estabelece que os destinos da pulsão possam ser entendidos como modalidades de defesa. E uma vez que a pulsão em si não pode ser inibida ou suprimida, a defesa se estabelecerá sobre os representantes psíquicos da pulsão: a representação e o afeto.

Sobre a representação, Freud (1915/1980 d) postula 4 tipos de destinos:

1. Reversão ao seu oposto: transformação do caráter ativo em passivo (objetivo) ou transformação do amor em ódio (conteúdo);
2. Retorno ao próprio eu: transformação do objeto para o qual se dirige a pulsão. Por exemplo, a passagem do sadismo para o masoquismo ou do voyerismo para o exibicionismo;
3. Recalcamento: ou seja, o processo defensivo através do qual a representação é enviada para o inconsciente;
4. Sublimação: processo através do qual há um desvio da energia sexual para objetos que aparentemente nada têm a ver com o sexual e são culturalmente valorizados.

Em relação ao afeto, o autor postula três destinos:

1. transformação do afeto (histeria de conversão);
2. deslocamento do afeto (obsessões);
3. troca de afeto (neurose de angústia e melancolia).

A partir da segunda teoria pulsional postulada por Freud (1920/1980e), na qual as pulsões de auto-conservação se unem às

pulsões sexuais para constituírem as pulsões de vida em oposição constante às pulsões de morte, novas configurações sintomáticas podem ser compreendidas. Embora o autor afirme que não haja a possibilidade de uma des fusão total entre as pulsões, há momentos em que uma fica mais preponderante que a outra. Assim, podemos entender que no gesto em que as pulsões de vida fallham em sua tarefa de erotizar as pulsões de morte, essas agem com rigor nos atos de pura violência e potencial destrutivo. Cremos ser esse aspecto um dos responsáveis pela onda de violência e de barbárie que vivemos atualmente posto que, na ausência da Lei organizadora do desejo, tanto a sexualidade explícita quanto a destrutividade se expressam de forma violenta. Não só em relação ao outro, mas também em relação a si próprio, em forma de um masoquismo primário, o eu é tomado como objeto de potencialização da destruição. Nesse momento uma de nossas indagações deve ser apresentada: não poderíamos entender esse mecanismo como sendo um dos formadores de uma doença orgânica? Ao reenviar o sujeito ao momento primário de sua constituição subjetiva, as vivências cotidianas, não podendo ainda ser representadas e simbolizadas por falta de recursos psíquicos para tanto, não seriam estas inscritas no corpo?

Para lidar com essa problemática, Freud necessitou reformular sua noção sobre o conceito de angústia, que é extremamente importante para nossas reflexões, pois ele será tomado por Winnicott como ponto fundamental para o entendimento da construção subjetiva, naquilo que diz respeito aos fundamentos do conceito elaborado pelo autor de psicossoma.

A preocupação freudiana em determinar e conceituar, de forma precisa, a origem da angústia data de muito cedo em sua obra. Em seus primeiros escritos, o conceito de angústia aparece correlacionado às questões da sexualidade e suas múltiplas formas de expressão. Inicialmente, o estudo sobre a origem da angústia se relaciona com a tentativa do autor em proceder a uma diferenciação entre as psico-neuroses e as neuroses atuais. Em sua concepção, o que diferenciaria esses dois grupos de neuroses seria a participação ou não de um componente psíquico em sua etiologia. Assim, na constituição das psico-neuroses haveria um elemento psíquico ativo, ao passo que a origem das neuro-



ses atuais seria absolutamente somática. Dessa forma, a neurose de angústia (uma entre as neuroses atuais ao lado da neurastenia e, posteriormente conceituado, da hipocondria) se funda a partir de uma impossibilidade em se encontrar uma forma adequada de escoamento para a energia sexual a qual, eclipsada e sem passar por uma inscrição psíquica, se faz presente como sintoma: um ataque súbito de angústia. Freud faz, aqui, a nosso ver, dois assinalamentos marcantes:

1) os processos fisiológicos da energia sexual, ainda que se iniciem se desenvolvam e terminem em processos fisiológicos, não pertencem exclusivamente à esfera fisiológica, posto que deixam como resíduo algo que se expressa em termos psíquicos: a angústia.

2) por outro lado, a energia sexual que ruma, defletida para a esfera somática, em vez de se fazer representar no plano psíquico, tem como base a escolha de um sujeito que se impõe formas de resistência contra o prazer sexual, um sujeito que escolhe, por exemplo, a abstinência sexual prolongada. Ou seja, uma decisão psíquica produz como resultado um processo físico que, por sua vez, produz um efeito psíquico. De que outra coisa estaria Freud nos falando, aqui, senão sobre o **psicossoma** em um processo constante de articulação compassada e descompassada? E, fundamentalmente, um compasso que se desfaz a partir da invasão súbita de uma intensidade energética que não encontra, no plano psíquico, vias de escoamento adequado, isto é, não encontra uma forma de organização satisfatória. Já, na histeria de angústia (uma entre as psico-neuroses) é a própria excitação psíquica que ruma, inadequadamente, não à conversão corporal, mas é liberada em forma de angústia. Havendo, portanto, uma mediação psíquica entre a energia sexual e a manifestação do sintoma (Freud, 1894/1980a).

A relação entre sexualidade e angústia se mostra igualmente presente nos textos metapsicológicos. Segundo o autor, a função primordial do aparelho psíquico é a de encontrar formas adequadas de receber, organizar e distribuir a energia psíquica que o movimenta. Nesse sentido, a angústia aparece como o resultado final de um dos mecanismos de defesa mais poderosos: o recalçamento. Assim, para lidar com a exigência de satisfação imprimida pelas moções

pulsionais, a qual uma vez atingida traria desprazer à consciência (quer por questões morais, éticas ou religiosas), o ego ativa o mecanismo de recalçamento através do qual o grupo de representações, libidinalmente investido, é separado de seu afeto, tornando-se inconsciente. Por seu turno, o afeto, então liberado, pode receber, segundo Freud (1915/1980d), três destinos diversos: ou é suprimido e dele não se tem mais notícias; ou é transformado em outro afeto qualquer; ou é sentido como angústia.

Assim, em relação aos textos da primeira tópica, a angústia aparece como um sucedâneo do mecanismo de recalçamento, relacionando-se intimamente ao caráter econômico do aparelho psíquico em sua eterna tarefa de dar conta das exigências de satisfação propostas pelas moções pulsionais.

Tal concepção, contudo, é transformada a partir dos textos da segunda tópica, os quais irão inaugurar o que se conhece como a segunda teoria freudiana sobre o conceito de angústia. Nesse novo contexto, a angústia deixa de ser entendida como resultado do processo de recalçamento para se inscrever como um de seus elementos disparadores.

Nessa sua nova tentativa de conceituação da angústia, Freud (1926/1980f) toma como paradigmático para sua manifestação o total estado de desamparo do bebê ao nascer. É esse total desamparo que coloca a necessidade de existência de um adulto que dele trate e satisfaça suas necessidades biológicas, as quais vão, gradualmente, o inserindo no diferencial prazer/desprazer decorrente das primeiras experiências de satisfação. Nesse momento, o bebê, totalmente sem recursos psíquicos, posto que seu aparelho psíquico ainda está em vias de constituição, só encontra no espaço somático formas de expressão das experiências de satisfação e de frustração, que vão se sucedendo ininterruptamente. Tais experiências deixam traços mnêmicos de uma angústia paradigmática, que se reproduz ao longo do desenvolvimento da criança em determinados momentos, de situações traumáticas como, por exemplo, o desmame, a castração ou a separação, deixando como resíduo a sensação de angústia, a qual Freud designou de angústia automática. Tais experiências vão proporcionando estofamento para que o ego, em seu processo de amadurecimento, possa lidar com

essas situações através de elaborações psíquicas mais adequadas, as quais permitem que a angústia automática seja transformada em angústia sinal. Sinal de um perigo diante do qual o ego, mais maduro, dispara o mecanismo de recalçamento, evitando um desprazer que estaria por advir. Aqui, longe de se constituir como o resultado de um mecanismo psíquico de defesa, a angústia passa a ser um elemento a partir do qual o recalque é efetuado (Freud, 1926/1980f).

Podemos perceber que a angústia, nesse nível de elaboração teórica, se relaciona, não apenas com o desamparo biológico, mas também psíquico, já que se refere a um momento no qual o bebê, sem recursos elaborativos possíveis, se confronta com a presença da alteridade. Encontro que deixa como resíduo a experiência primordial de angústia, angústia traumática, na medida em que exige uma resposta impossível de ser formulada. Do encontro entre a necessidade e a repetição constante de sua satisfação, caminhos que unem esses dois elementos vão sendo trilhados, teias começam a ser tecidas, organizações estabelecidas, fantasias constituídas. Ou seja, é no intervalo de um espaço entre a sensação fisiológica e seu correlato psíquico que o afeto de angústia, aí inserido, inaugura o registro psicossomático. Alerta-nos Freud nesse artigo: ali onde havia necessidade, esta se transforma em desejo; ali onde havia satisfação, começa a haver realização; ali onde havia um corpo, um sujeito advém. Assim, o autor nos aponta para uma relação intrínseca entre soma/psique, que coexistem, mutuamente impactados, intrinsecamente relacionados. É por isso que acreditamos que devemos entendê-los não a partir de uma forma dualista, psique-soma, em interação, mas também não de uma forma monista simplista, como se não houvesse distinção, pois esta há e a **angústia automática**, sentida corporalmente e psiquicamente pelo desamparo e prematuridade do bebê, é o que aponta para a impossibilidade de identificação ou diferenciação total entre esses dois registros. A angústia nos parece ser o índice de que, nessa operação de constituição do humano, algo resta coeficiente da diferenciação, ela atesta que devemos perceber, então, psique/soma de uma forma complexa e paradoxal, assim como nos informa Winnicott (1988/1990), como uma unidade que comporta o duplo ou o múltiplo.

É nesse contexto que inserimos nosso segundo questionamento: não poderíamos entender que nesse processo se concentra a construção de uma doença psicossomática, na medida em que, através de sua repetição paradigmática, o sujeito pode ser re-enviado a um estado de desamparo avassalador diante do qual produz, como resposta, um mecanismo corporal?

## **2. Angústia impensável, resposta subjetiva e corpo: o contorno winnicottiano**

Na tentativa de melhor compreendermos esse mecanismo corporal, as contribuições winnicottianas se apresentam bastante pertinentes, na medida em que, para este autor, há uma **angústia impensável**, fundante da subjetividade e da integração psicossomática. Para Winnicott, o período de desenvolvimento emocional, compreendido antes do momento em que o bebê consegue se diferenciar do outro e perceber a existência de um mundo interno e outro externo, é de vital importância. É durante esse momento que três processos fundamentais para a constituição da subjetividade ocorrem: a integração; a personalização e a apreciação da realidade externa, isto é, a realização. Isto significa que, inicialmente, as experiências vividas pelo bebê não são, de modo algum, organizadas, mas vivenciadas de forma dispersa, referentes que estão ao estado do auto-erotismo postulado por Freud (1905/1980c), em que as pulsões parciais se satisfazem anarquicamente sem se remeterem umas às outras.

Winnicott (1979/1983) postula a existência de um estado de desenvolvimento subjetivo primário de não-integração. Neste, as experiências vividas pelo bebê se apresentam dispersas e não interligadas em torno de um 'eu' central ou nuclear. Nessa perspectiva, após o nascimento, observa-se no bebê um movimento que tende para a integração interna, auxiliado por dois fatores: a técnica da maternagem, ou seja, os cuidados dispensados ao bebê pela mãe, visando a manutenção de sua sobrevivência e as agudas experiências instintivas do bebê que demandam, desde o interior, por satisfações constantes e repetitivas. A partir desses dois conjuntos de fatores, pedaços de sensações e experiências vão sendo aglutinados e associados, permitindo sua gradual reunião em torno da sensação de unicidade interior. Movimentos que auxiliam paulatina-

mente a ocorrência de processos integradores que vão diminuindo, progressivamente, a existência dos estados psíquicos dissociados, promovendo um entrelaçamento paulatino entre as vivências, experiências, afetos, representações, sensações etc.

De acordo com Winnicott (1979/1983), o processo de personalização significa a integração entre a psique e o soma. Inicialmente, tal integração não existe, o que existe são necessidades vitais que devem ser satisfeitas pela mãe de uma forma acolhedora e protetora a qual fornece um escudo ao bebê das invasões do ambiente, já que este não possui ainda recursos psíquicos para fazê-lo. É nesse sentido que as falhas maternas constantes no cuidado às necessidades vitais de seu bebê podem ser sentidas como invasões ambientais sobre seu corpo, causando nele a vivência do que este autor denominou de **angústias impensáveis**, diante das quais só há um tipo de reação possível devido a esta falta de recursos psíquicos: as manifestações corporais. Estas requerem da mãe uma atitude inicial especial frente às necessidades de ser bebê. Ou seja, na perspectiva winnicottiana, frente ao nascimento de seu filho, a mãe desenvolve um estado de quase total identificação com este que a permite ir percebendo e respondendo de forma adequada às necessidades de seu bebê, denominado por Winnicott de preocupação materna primária. Assim, esta identificação materna primária configura-se como um estado de adoecimento saudável transitório que permite à díade mãe/bebê se constituir quase que como uma unidade. Como nos diz Winnicott não existe um bebê sem sua mãe neste primeiro momento, o que existe é a díade mãe-bebê, ou seja, o que existe é uma relação que fornece o estofo capaz de sustentar a vivência prematura de subjetivação que se processa em um espaço vivencial e em uma temporalidade singular (Maia, 2007).

Ao se referir a esse movimento, Winnicott (1979/1983) sugere que inicialmente, a mãe, ao oferecer o leite, fornece ao bebê a oportunidade de fazê-lo sentir, ilusoriamente, que o seio é parte dele mesmo e que está, portanto, sob o seu controle onipotente. No momento em que mãe/ambiente falha em atender prontamente às necessidades vitais do bebê, ela cria a possibilidade, a brecha para que o bebê vá, progressivamente, buscando formas de satisfazê-las. Nesse momento das falhas benignas, já que o tempo de espera

é curto o suficiente para que a imago materna não se perca para o bebê, cria-se para este todo um campo de manipulação de elementos que lhe são apresentados pela mãe e que permite ao bebê ir transformando-os em objetos subjetivamente concebidos, depois em objetos transicionais, representantes dessa mãe que se ausenta para, mais tarde, se tudo correr bem, como nos diria Winnicott, ele ser capaz de perceber o mundo e os objetos como objetivamente percebidos. Este processo vai permitindo a constituição paulatina, pelo bebê, de uma distinção entre os mundos interno e externo. Nesse movimento, Winnicott (1988/1990) sugere que as sensações corporais vão produzindo, ao longo do tempo, sensações psíquicas. Dessa articulação entre sensações, o autor propõe que há uma paulatina integração entre o soma e a psique que acompanha o crescimento e desenvolvimento emocional do bebê ao longo de sua vida. Isso significa que, no transcorrer desse desenvolvimento, as sensações fisiológicas inicialmente a-significativas, vão recebendo, aos poucos, sentidos e elaborações significantes.

Segundo o mesmo autor, para que esse processo se efetue, interpõem-se, entre a mãe e o bebê, uma área intermediária, uma área de ilusão, de fantasia e criação manipulatória, no interior da qual os objetos internos e externos vão sendo, consecutivamente, constituídos. É nessa área, nesse espaço potencial, que o “Eu” e externalidade se conectam e se separam, que o “Eu” pode transitar entre os mundos da interioridade e da externalidade em que o universo simbólico é construído. Espaço do paradoxo. Aqui se encontra unido/separado o eu/outro, o dentro/fora, o interno/externo. Para tal é necessário que a mãe/ambiente forneça condições de ilusão/desilusão, respeitando o tempo da criança em suportar suas idas e vindas (Winnicott, 1979/1983).

Movimento criativo, sustentado pela presença/ausência da mãe, que permite ao bebê a sensação de “continuar-a-ser”, fornecendo o estofamento necessário à contínua tarefa de construção da realidade compartilhada e da subjetividade em um mundo significativo. A mãe, nesse momento inicial, deve ter como função ser um anteparo ao insipiente aparelho psíquico de seu bebê, conforme já mencionamos anteriormente, para que ele possa, ao seu tempo, promover uma elaboração dos estímulos que a ele chegam. Agindo como um anteparo, a mãe/ambiente vai, aos poucos,

fornecendo sentidos e significados às sensações fisiológicas/psíquicas de seu bebê, reforçando, assim, a integração entre esses dois registros, fundando o campo do desenvolvimento emocional. É isso que permite que o bebê vá, aos poucos, respondendo às sensações fisiológicas não apenas através de expressões corporais, mas também através de expressões psíquicas prazerosas ou desprazerosas, transformando o que era da ordem do impensável em experiências emocionais significativas.

Nesse processo, caberia à mãe a tarefa de não provocar retaliações e de suportar ser destruída e recriada na fantasia de seu bebê, permanecendo viva toda vez que ele a busca. Movimento incessante de busca/destruição/encontro/perda, seguindo o eterno trabalho do brincar, que favorece o processo de elaboração contínua do viver (Winnicott, 1971/1975). Nesse espaço, o gesto criativo tem lugar. Nele se vivencia o transformar e o usar os objetos do mundo, a partir do encontro de satisfações e frustrações. Por meio do brincar alcança-se a possibilidade de manipular e dar significado aos fenômenos dos mundos interno e externo. É o brincar que igualmente permite dominar a angústia, escoar a agressividade e o ódio com do uso dos objetos externos que vão sendo transfigurados pela fantasia, perfazendo o elo entre aquilo que é subjetivamente concebido (realidade interna) e o que é objetivamente percebido (realidade externa).

Quando o ambiente falha em permitir esse jogo criativo, o ego se torna incapaz de suportar a situação, necessitando recorrer a processos defensivos que o permitam continuar a viver, entre os quais figura a construção de adoecimentos psicossomáticos. Segundo Winnicott (1988/1990), a positividade da doença psicossomática advém do fato de ela ser essencialmente uma resposta defensiva com um significado que precisa ser buscado tanto pelo paciente como entendido pelo analista. Embora a doença psicossomática tenha sido considerada por Freud como um processo fisiológico que se estabelece fora do campo da simbolização e da representação, no entanto, não lhe passou despercebido o desdobramento psíquico que esta produzia. Fato que nos é revelado através da conceituação produzida pelo autor, por exemplo, sobre as neuroses atuais, as quais, embora sejam etiologicalamente físicas, deixam restos psíquicos, tais como a angústia e as fobias. Sobre

esses pequenos indícios legados por Freud, certos autores pós-freudianos desdobraram essa questão que tanto habita a nossa clínica (Winnicott, 1964; Cancina, 2004; Safra, 2004, 2007).

Para nós, Winnicott é aquele que começa a aprofundar teoricamente e clinicamente essa forma de expressão no corpo de uma maneira que Freud não pode realizar, ao longo de sua clínica e escritos, posto que essas questões implicavam um estudo aquém da questão edipiana, cerne de seu olhar, estudo e recorte teórico. Sendo assim, Winnicott será o nosso mentor teórico para discutirmos os impasses que esse tipo de clínica nos traz e o olhar que poderemos ter para a mesma.

Diz-nos Winnicott (1964) que

a enfermidade no transtorno psicossomático não é o estado clínico expresso em termos de patologia somática ou funcionamento patológico (colite, asma, eczema crônico), mas sim a persistência de uma cisão na organização do ego do paciente, ou de dissociações múltiplas, que constituem a verdadeira enfermidade (p. 82).

São dessas dissociações que teremos de lidar no dia-a-dia da clínica. Ou seja, quando uma pessoa nos procura e é o seu corpo que se expressa, sem que esta se dê conta, os sucessivos sintomas corporais que a marcam a fazem buscar uma solução corporal. E, mesmo que em muitos casos essa solução não ocorra, sua busca, se não acolhida como real e necessária em seu início, faz com que essa pessoa abandone qualquer alternativa de tentar falar de si mesma sem ser atravessada pela doença psicossomática, assim como, igualmente, por se fixar no relato das suas doenças tratadas como físicas, de se ouvir em sua angústia. Normalmente, nesse tipo de clínica, temos de sobreviver às queixas sucessivas perpetradas pelos pacientes sobre os recorrentes fracassos, tanto dos médicos quanto nossos, quando percebem que o processo analítico não produzirá soluções miraculosas que nos permita entrar nesse não representado e fazer dele uma questão em torno da qual o sujeito em análise possa se debruçar, se implicar e se questionar. Movimento de análise e transformação que, talvez, permita que, nesse paciente, o corpo não precise falar pela pessoa e ela



possa falar em uma cadeia de associações. Um falar e expressar-se que, normalmente, se inicia de uma forma bastante concreta, pouco simbólica, escassamente metafórica, posto que substituída de uma comunicação que se fazia corporalmente, indicando uma cisão entre psique e soma.

Interessante notarmos que, é muito freqüente, o paciente portador de uma doença psicossomática estar preparado para compreender algo a respeito de si próprio apenas no plano intelectual. Foi isso que ele fez durante toda sua vida, nos indicando a não integração psico/soma. A alternativa de manejo clínico que acreditamos ser necessária é a de dar tempo ao paciente para que se recupere dessa dissociação através dos movimentos clínicos. (Abram, 2000). Conforme Winnicott (op.cit) nos aponta, e acreditamos que esse apontamento nos abre possibilidades de pensarmos quais seriam os instrumentos clínicos adequados para lidar com essa terapêutica especial, “muitos pacientes não dividem o seu cuidado médico em duas partes; a cisão se dá em fragmentos múltiplos, e nós, como médicos, nos descobrimos agindo no papel de um desses fragmentos. Utilizei os termos **“disseminação dos agentes responsáveis” para descrever esta tendência** (p.83).

Quando paramos para pensar o que Winnicott quer nos dizer com a questão de nos descobrirmos agindo no papel de um fragmento, devemos ficar alertos para não reproduzirmos, no espaço clínico, formas similares de atuação àquelas utilizadas pela mãe cuidadora dessa pessoa. Nesse sentido, o autor nos indica que devemos ficar atentos para não pautarmos a nossa compreensão do caso sobre uma possível divisão do corpo do paciente em partes tratáveis por diferentes especialistas, cabendo a nós, analistas, tratarmos da “mente”. O que queremos dizer com isso? Que cuidar de pessoas que nos trazem doenças psicossomáticas é estarmos sempre convocados a dar conta de partes não integradas dessa pessoa. Na medida em que, nesses casos, quem nos procura, em busca de atendimento, se apresenta fragmentado e com uma imagem corporal totalmente dissociada. Nesses casos, geralmente, o paciente tenta nos demonstrar que dessa doença sabe tudo e que consegue organizar seus humores com uma perspicácia ímpar. Movimentos que nos indicam que provavelmente essa pessoa, em sua mais tenra infância, foi submetida a certos não cui-

dados, a certas faltas às suas necessidades que se estenderam para além de um intervalo temporal para ela suportável. Portanto, como nos assinala Winnicott (1964)

o elemento que dá coesão ao nosso trabalho em psicossomática parece-me ser (...) a cisão patológica, feita pelo paciente, da provisão ambiental. A cisão é certamente uma divisão que separa o cuidado físico da compreensão intelectual; mais importante, ela separa o cuidado da psique do cuidado do soma. (p. 84)

Outro ponto que Winnicott (op.cit) nos aponta e marca e que nos parece vital para pensarmos esse tipo de clínica de agonias impensáveis, de despedaçamento, de cair para sempre, de cisões tão defensivas que é quase impossível serem pensadas pela pessoa que nos procura é o fato de que

alguns pacientes têm de manterem os médicos em dois ou mais lados de uma cerca, por causa de uma necessidade interna, e, também, que esta necessidade interior faz parte de um sistema defensivo altamente organizado e vigorosamente mantido, com as defesas voltadas contra os perigos que surgem da integração e da conquista de uma personalidade unificada. Estes pacientes precisam de nós para serem cindidos **(mas, contudo, essencialmente unidos nos antecedentes longínquos que não se podem permitir conhecer)** (p.88).

Segundo Winnicott (1971/1975) há, no desenvolvimento emocional, um descompasso entre os planos físico e psíquico que poderá ser contornado e interligado se o ambiente prover condições favoráveis à permanência da confiança na ilusão de que podemos continuamente criar o mundo, ainda que, de tempos em tempos, a desilusão necessariamente seja apresentada. Se, o ambiente falhar em prover meios de manter a ilusão básica, o descompasso se exacerba e a angústia, emergente nesse contexto, será a de tentar impedir a invasão do mundo sobre si, remetendo a pessoa a um momento de constituição subjetiva no qual, por falta de recursos psíquicos, se defrontava com a pura angústia impensável e a ela respondia com expressões corporais. Ocorre, nesses momentos, a desintegração do vínculo estabelecido entre o soma

e a psique, remetendo o sujeito a formas arcaicas de expressividade: reações corporais sem significado, expressões de uma dor, dor **“impossível de ser pensada.”** É essa perspectiva winnicottiana que nos leva a supor que o adoecimento psicossomático se apresenta como uma resposta frente a uma ação ambiental sentida como invasão. No entanto, esta resposta ainda diz respeito à psique e traz, implicitamente, a desconstrução das malhas psicossomáticas anteriormente constituídas. Fato, contudo, que deve ser tomado em sua positividade, pois, como afirma Winnicott, se constitui como um processo que impede a fuga completa para o plano intelectual, o que significaria uma definitiva ruptura com o campo somático e, em termos clínicos, indicaria uma impossibilidade de restauração. Por sua importância, reproduzimos aqui, a epígrafe de nosso artigo:

É importante ter sempre em mente o seguinte ponto sobre os problemas psicossomáticos: o elemento físico da doença empurra a doença psicológica de volta para o corpo. Isto é particularmente importante por constituir uma defesa contra a fuga para o puramente intelectual, que levaria o indivíduo a perder uma parte do vínculo entre a psique e o soma (Winnicott, 1988/1990, p.185).

Winnicott nos fala sempre da saúde (quando tudo corre bem) e da doença (quando tudo corre mal). Diz-nos que quando o ambiente maternante sustenta e acolhe, ou seja, dá *holding* ao bebê, o *self* consegue manter uma aparente identidade com o corpo e com seu funcionamento. Para este autor, este estágio no processo integrador é chamado de estágio do EU SOU (Maia, 2007). É exatamente o significado de EU e EU SOU que é alterado pela dissociação psicossomática.

A cisão entre psique e soma é um fenômeno regressivo que emprega resíduos arcaicos no estabelecimento de uma organização de defesa. Em contraste, a tendência no sentido da integração psicossomática faz parte do movimento para a frente no processo desenvolvimento mental. A cisão é aqui a representante da repressão, que constitui o termo apropriado em uma organização mais sofisticada (Winnicott, 1964, p. 89).

Frente a essa questão da teoria dos processos de amadurecimento que Winnicott nos propõe, há, em sua formulação, a possibilidade de se classificar a enfermidade psicossomática de acordo com a teoria dos processos de amadurecimento, incluindo duas idéias principais:

1. um estado primário não integrado, com tendência no sentido da integração. O resultado depende de:

– reforço do ego da mãe, baseado em sua capacidade de adaptar-se, fornecendo ao ego do bebê uma realidade na dependência;

– fracasso materno, o que deixa o bebê sem os elementos essenciais para o funcionamento dos processos maturacionais.

2. integração psicossomática, ou a conquista da morada da psique no soma, e de que isto venha a ser seguido pela fruição de uma unidade psicossomática na experiência (Winnicott, 1964, p. 89).

Dessa forma, para Winnicott (1964), o transtorno psicossomático estaria relacionado a:

um ego fraco (a depender grandemente de uma maternagem não suficientemente boa), com um estabelecimento débil de morada no desenvolvimento pessoal; e/ou a batida em retirada do EU SOU e do mundo tornado hostil pelo repúdio que o indivíduo faz do NÃO EU para uma forma especial de cisão que ocorre na mente, mas que se dá ao longo de linhas psicossomáticas.

Desta maneira a enfermidade psicossomática implica uma cisão na personalidade do indivíduo, com debilidade da vinculação entre psique e soma, ou uma cisão organizada na mente, em defesa contra a perseguição generalizada, por parte do mundo repudiado. Permanece na pessoa enferma individual, contudo, uma tendência a não perder inteiramente a vinculação psicossomática. É este, então, o valor positivo do envolvimento somático, o indivíduo valoriza a vinculação psicossomática potencial. Para entender isto, tem-se de lembrar que a defesa

é organizada não apenas em termos de cisão, que protege contra o aniquilamento, mas também em termos de proteção da psique-soma quanto a uma fuga para uma existência intelectualizada ou espiritual, ou para façanhas sexuais compulsivas, que ignorariam as reivindicações de uma psique que é construída e mantida em uma base de funcionamento somático. Uma complicação adicional.

Naturalmente, quando a personalidade se acha dissociada, as dissociações no meio ambiente são exploradas pelo indivíduo. Exemplo disso seria o uso que se possa fazer de uma tendência na mãe no sentido da desintegração ou despersonalização, da discórdia dos pais, do rompimento da unidade familiar ou do antagonismo (especialmente o antagonismo inconsciente) entre família e escola. Da mesma maneira, faz-se uso das cisões na questão da provisão médica. A enfermidade psicossomática, tal como na tendência anti-social, possui este aspecto esperançoso, o de que o paciente se ache em contato com a possibilidade de unidade psicossomática (ou personalização) e dependência, ainda que sua condição clínica ilustre o contrário disto através da cisão, de variadas dissociações de uma tentativa persistente de cindir a profissão médica, e do cuidado onipotente do self (p. 90).

Apesar de longa essa citação de Winnicott, resolvemos colocá-la na íntegra por achá-la muito importante para entendermos que a angústia da cisão psique/soma, que aparece no corpo de diversas formas, igualmente podendo aparecer em outros aspectos onde a dissociação ocorre como uma forte defesa contra o enfrentamento das situações conflitantes, posto não ter a pessoa, em seu processo de personalização (EU SOU), lastro sólido para tanto, ficando aquém da possibilidade de simbolização, atuando ou adoecendo como defesa a uma agonia impensável.

Portanto, quando temos uma mãe suficientemente boa, ela propicia à sua criança a capacidade de estar só na presença de alguém que, mesmo fazendo outra coisa, está atento a ela e parará o que estiver fazendo para se voltar para a criança na hora em que ela solicitar. No padrão de uma mãe não suficientemen-

te boa ou totalmente errática, o que acontece é a marca de um não padrão. Está, nesse dar conta de algo que não pode ainda se entender, posto ser o bebê um ser desamparado, a raiz da enfermidade psicossomática (Maia, 2007). Nesse padrão, a criança chorou e a mãe não apareceu.

O grito que ela esta buscando é o último grito que se dá antes de a esperança ser abandonada. Desde então o gritar não tem mais uso, por falhar em seu propósito. A relevância disso (...) que tem a ver com a interação psicossomática, o não gritar é, em si próprio, uma negação ou expulsão de uma das coisas muito importantes que ligam a psique e o soma, quais sejam, chorar, gritar, berrear, protestar iradamente. (...) A esse não grito que se acha no caminho, isto é, o temor de não ser ouvida ou a desesperança a respeito de o gritar produzir um efeito. A separação significa cicatrizes e lacunas (Winnicott, 1964, p.92-93)

Logo, na doença psicossomática o que ocorre é uma torção, ou seja, nesse momento em que a dissociação aconteceu é quando estaria ocorrendo a experiência do EU SOU se diferenciando do não-eu. Aqui se perde a individuação e esta é substituída pela dissociação. Nesta dissociação ocorre a catalogação e a impossibilidade de diferenciação e uma experiência confusional. A catalogação faz haver um controle da indiferenciação (Safrá, 2007 – aula presencial). É interessante observar, nesse sentido, algo que pudemos perceber em nossa clínica com pacientes psicossomáticos: o fato de eles, frequentemente, fazerem da doença que portam o ponto sobre o qual eles se inserem no histórico familiar. Geralmente, podemos perceber que esta pessoa porta a mesma doença “hereditária” de seu pai, sua mãe, seus irmãos, e nesse aspecto acreditamos que a hereditariedade falada, diz-nos, talvez de uma indiferenciação dessa pessoa em relação a si mesma e aos outros, isto é, o EU SOU não existe como registro de uma forma consistentemente construída. Ou seja, há sempre, nesses casos, um traço familiar que percorre gerações e que os identifica como pertencentes àquele campo familiar e àquela história. Interessante observar que a doença faz esse elo familiar, indicando a impossibilidade de diferenciação ocorrer no plano simbólico,

necessitando que haja uma indiferenciação que se perpetua no plano físico. Marcas que se fazem a ferro e fogo e se imprimem no corpo. Ao se referirem a um momento de constituição da diferenciação entre o EU e o NÃO-EU, essas marcas dizem respeito a um momento de construção da subjetividade onde o que estava em jogo seria a existência e sobrevivência do SER, tanto em termos físico quanto psíquico. Assim, não nos surpreende o fato de elas trazerem como resposta um adoecimento corporal que se refere ao sofrimento, à dor, à angústia da existência, aos limites entre o viver e o morrer, que se vê, nos adoecimentos, cristalizado, perpetuado, encenado.

Um ponto que gostaríamos de frisar é o fato de que, nos escritos de Winnicott sobre as questões psicossomáticas, é marcado que a manifestação psicossomática veicula também, e principalmente, uma esperança de alojar o corpo na psique. Há uma busca e anseio pela integridade e recuperação do corpo. Assim sendo, a impossibilidade de dormir é a impossibilidade de encontrar, no silêncio do seu corpo, a presença do outro: não há repouso possível na ausência da lembrança do outro em mim. O corpo revela a solidão em que vive no sentido da desintegração marcada e manifestada como algo integrado somente no conluio com a doença apresentada. Esse corpo falante anseia pelas pegadas do outro, já que este corpo não existe na sua corporeidade naquele ponto em que este foi abandonado ou não tocado pelo outro (Safra,2007).

O corpo revela o lugar que uma pessoa ocupa no mundo, e, portanto, ele é sempre um corpo relacional e não individual. Em um gesto está presente a pessoa humana e aqueles que os constituíram. Dessa forma, o corpo tem possibilidade de ser morada e lugar de descanso somente se nesse corpo habitar o outro, já que é esse outro que nos diz, no início de nossa jornada no mundo, ao longo do nosso *going-on-being*, quem somos nós e, mais tarde, no tempo exato de apresentação do mundo ao bebê, quando a mãe pára de dizer não ao mundo e inicia o processo de dizer não ao bebê, que tudo quer onipotentemente, quem é esse outro separado do bebê. Em um gesto está presente a pessoa humana e aqueles que os constituíram. Pena que quando esse ciclo benigno de constituição de um EU SOU – as duas palavras, segundo Winnicott, mais perigosas do mundo porque nesse momento o EU

percebe que o mundo pode ser adverso e atacá-lo, e deve saber lidar com essa separação – se quebra e se transforma em maligno, a associação entre psique e soma não ocorre ou se perde, causando danos ao ser que está tentando se constituir como uma vida que valha a pena ser vivida (Maia, 2007).

## Considerações finais

Crescer, para Winnicott e sua teorização sobre o humano, é antes de tudo sempre estar a recuperar equilíbrios perdidos, é sair da dependência absoluta e rumar para a independência, um patamar talvez jamais atingido totalmente por ninguém.

Quando o bebê se percebe como capaz de criar, de reparar e de amar, ele cresce e caminha rumo à independência, mas se ele assim o faz é porque aprendeu a confiar no meio/mãe e sabe que pode voltar outra vez a ela se isso for necessário. O meio acolheu o gesto espontâneo do bebê. Gesto espontâneo posto que “reflexo incontido”, significando-o, dando existência a ele, esperando a hora certa para que o bebê percebesse que o gesto era seu e dele adviria os demais gestos e a descoberta do mundo diferente dele. O bebê descobre o prazer de estar vivo e de viver criativamente. Ao aprender “o prazer de voar sozinho”, porque o experienciou “voando”, este bebê estará rumando para a independência, terá se constituído como um ser total e poderá recriar a mãe nas suas próprias “asas”.

Interessante ressaltarmos que todo esse processo de descoberta e criação do mundo e da constituição de um si-mesmo acontece na fase que Winnicott denomina de dependência absoluta. O bebê cria, não a partir de um vazio, ou seja, apenas com seus próprios recursos, e sim a partir dos cuidados que o envolvem (*holding e handling*). “A criatividade é finita e, para permanecer viva, precisa ser exercida”. (Dias, 2003, p.169); e para ser exercida, deve haver uma sintonia quase que exata, “mágica”, entre mãe e bebê.

Diz-nos Winnicott (1990) que cada ser humano cria o mundo de novo e começa o seu trabalho no mínimo tão cedo quanto o momento do seu nascimento e da primeira mamada teórica<sup>1</sup>. Neste criar, a partir do gesto espontâneo lançado ao mundo e por este



acolhido, começa o surgir de um si mesmo e uma linha de vida, um “*going on being*”, a continuidade do ser, que não deve jamais ser interrompida sem que haja algo de grave como consequência. Cabe à mãe proteger este ser que emerge, dando-lhe a certeza absoluta que a criação deste mundo, que ele vivencia vagarosamente, é dele, bebê, e somente dele. A partir dessa criatividade primária, haverá o surgimento da confiança em si mesmo e da capacidade de se sentir autor de sua própria vida. Mesmo que mais tarde a criança ou o adulto já saibam que nada criam efetivamente em relação ao mundo externo, dentro deles haverá a certeza da possibilidade de, no mínimo, se criar um espaço em que possam se refugiar desse mundo “lá de fora” e descansar.

O gesto espontâneo é a contribuição que o bebê tem a fazer. Este parte da necessidade pessoal, derivada do estar vivo do bebê e, neste momento, diz Winnicott (1987), o bebê está pronto para ser criativo. Seu gesto anuncia ao meio, “estou precisando de” ..., “estou buscando”... e, nesse exato instante, a mãe está ali e se coloca à disposição do bebê, dando-lhe o que ele ansiava encontrar e aquilo que ele precisava. Assim, ele tem a experiência de criar aquilo que encontra, uma ilusão, mantida pelo sustentar materno no tempo e no espaço. Esta ilusão é vital, pois “toda criança precisa tornar-se capaz de criar o mundo (a técnica adaptativa da mãe faz com que isto seja sentido como um fato); caso contrário, o mundo não terá significado”. (p.116)

Dar ao bebê a possibilidade de ser o criador do mundo não é um fazer materno específico, está ligado ao modo como esta mãe apresenta os pedaços pequenos do mundo ao seu bebê, amosttras estas que ele, na sua onipotência, é capaz de significar. “No que se refere à constituição da capacidade para relações objetais, o bebê depende por inteiro do modo como se lhe apresenta cada fragmento do mundo”. (Dias, 2003, p.180) Esta talvez seja a função materna mais difícil de ser exercida.

Os objetos criados pelo bebê, na fase de dependência absoluta, são subjetivos e a principal característica é a de eles trazerem em si mesmo um senso de confiabilidade, posto que “eles não surpreendem o bebê, não causam sobressaltos, isto é, não são extemporâneos no sentido de imprevisíveis” (Dias, 2003, p. 214), exatamente por estarem ainda envolvidos por uma onipotência ca-

racterística desta fase. O bebê não se surpreende com os objetos subjetivos porque estes estão sob o seu domínio, não há ainda a presença do outro em seu mundo interno. A confiança no outro somente se desenvolverá quando o bebê puder vivenciar o ciclo de retaliar e reparar e assim puder assumir a culpa de seus atos. A confiança somente surge quando o outro aparece enquanto tal no mundo do bebê, quando este outro, por ter sustentado no tempo e no espaço o bebê, deu a ele o senso ou um sentimento de confiança no mundo. Mas isso somente acontece em um outro tempo, antes este bebê precisa viver a onipotência de criar e sonhar seu mundo e dele ser dono absoluto. No mundo subjetivo do bebê há uma mágica que marca o distanciamento ainda existente das exigências do mundo objetivo: este ainda não fez sua inscrição na vida do bebê devido ao escudo protetor que a mãe constrói e representa ao bebê.

Winnicott (1968) enfatiza que atos de confiabilidade humana estabelecem uma comunicação muito antes que o discurso signifique algo – o modo como a mãe olha quando se dirige à criança, o tom e o som da voz, tudo isto é comunicado muito antes que se compreenda o discurso. (p.115) Essa comunicação silenciosa, que provê ao bebê a identidade primária, é marcada por Winnicott como sendo inicialmente estabelecida e sustentada pelo olhar materno sobre seu bebê e a satisfação que ali está contida. Na especularidade, o ser humano emerge significado. Na especularidade, na escuta, no acolhimento que podemos dar às pessoas que a nós chegam sem falar, sem saber de si mesmas como um ser íntegro há a possibilidade de esse humano emergir porque, como nos diz Cecília Meireles (2003)

*O Olho é uma espécie de globo,  
é um pequeno planeta  
com pinturas do lado de fora.(...)*

*Mas por dentro há outras pinturas,  
que não se vêem:  
umas são imagens do mundo,  
outras são inventadas.*

*O Olho é um teatro por dentro.*

*E às vezes, sejam atores, sejam cenas,  
e às vezes, sejam imagens, sejam ausências,  
formam, no Olho, lágrimas. (p.1388)*

Nesse momento, o grito não acolhido, e por isso emudecido, passa a ser ouvido no silêncio protegido por um *setting*, por uma pessoa que consegue suportar o corpo se expressar emudecido na sua doença física até que possa esse Olho verter uma lágrima e, a partir dela, possam, essa pessoa e o analista, começar um fiar onde surjam em algum momento os atores, as cenas, as imagens e as ausências não somente em forma de lágrimas ou adoecimentos sucessivos.

## Notas

1. Winnicott postula que a primeira mamada teórica é também a primeira mamada real, mas que seria ela que traria consigo os primórdios da relação objetal por parte do bebê. A primeira mamada teórica não tem, segundo Winnicott (1990), alucinação; as outras primeiras mamadas acabam por constituir material para que o bebê possa gerar a ilusão.

## Referências

- Abram, J. (2000). *A linguagem de Winnicott: Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Alexander, F. (1989). *Medicina psicossomática*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Cancina, P. H. (2004). *A fadiga crônica: Neurastenia: As doenças do século*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Dejour, C. (1988). *O corpo entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, S. (1980a). *As neuro-psicoses de defesa* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1894).
- Freud, S. (1980b). *Fragmentos da análise de um caso de histeria* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1904[1901]).
- Freud, S. (1980c). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905).
- Freud, S. (1980d). *Pulsões e seus destinos* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1915).
- Freud, S. (1980e). *Mais além do princípio do prazer* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 9). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1920).
- Freud, S. (1980f). *Inibições, sintomas e angústia* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 20). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1926).
- Maia, M. V. (2007). *Rios sem discurso: Considerações sobre a agressividade da infância na contemporaneidade*. São Paulo: Vetor.
- Maia, M. V., & Pinheiro, N. (2007). O corpo sem morada: A doença psicossomática como expressão do desfundamento da pessoa humana na sociedade contemporânea [Resumo]. *Anais do Simpósio de Psicossomática Psicanalítica*, 4, 58.
- Marty, P., & M'uzam, M. (1963). El pensamiento operatório. *Revista de Psicoanálisis*, 5 (4), 15-22.
- Meiros, C. (1993). *Poesia completa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar.

- Pinheiro, N. (2003). *Uma casa com paredes de cristal: A clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar*. Tese de doutorado não publicada, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- Pinheiro, N. (2006). Transparente, transitória e complexa: Sobre a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar [Resumo]. *Anais do Congresso Sul-brasileiro de Saúde Mental, 1 & Encontro Catarinense de Saúde Mental, 4*, 33.
- Pinheiro, N. & Maia, M. V. (2007). A angústia entre o desejo e o adoecimento: Reflexões sobre os fenômenos psicossomáticos a partir de Freud e Winnicott [Resumo]. *Anais do Simpósio de Psicossomática Psicanalítica, 4*, 67.
- Pinheiro, N. & Vilhena, J. (2005). *Nem público nem privado, muito pelo contrário: sobre a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar* [Resumo]. *Anais do Simpósio Nacional de Psicanálise e Psicoterapia no Campo da Saúde Mental*, 32.
- Safra, G. (2004). *A pó-ética na clínica contemporânea*. São Paulo: Idéias & Letras.
- Safra, G. (2007). *Da técnica à ética: Transferência: O estar diante, o estar em e o estar com*. Manuscrito não publicado.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1971).
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1979).
- Winnicott, D. W. (1987). *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1994a). *Transtorno [disorder] psicossomático*. In C. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* D. W. Winnicott (pp. 88-93). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1964).
- Winnicott, D. W. (1994b). *O medo do colapso (breakdown)*. In C. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* D. W. Winnicott (pp. 70-

76). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1963).

Winnicott, D. W. (1996). Sum: Eu sou. In D. W. Winnicott. *Tudo começa em casa* (pp. 43-50). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1968).

Winnicott, D. W. (2001). *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes.

---

*Recebido em 29 de maio de 2008*

*Aceito em 21 de fevereiro de 2009*

*Revisado em 14 de março de 2009*