



PUC
RIO

SUZANA MARIA LOPES GOMES

MÃES/BEBÊS EM RISCO: Um estudo psicanalítico das manifestações psicossomáticas precoces.

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Rio de Janeiro, 10 de abril de 2000.

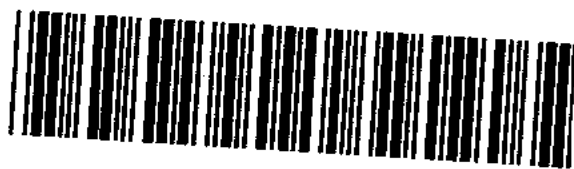
**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO**

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea

CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil

<http://www.puc-rio.br>

N.Cham. 150 G633m TESE UC
Título Mães/bebês em risco



Ex.1 PUC-Rio - PUCB

00149745

Suzana Maria Lopes Gomes

MÃES/BEBÊS EM RISCO: Um estudo psicanalítico das manifestações psicossomáticas precoces.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

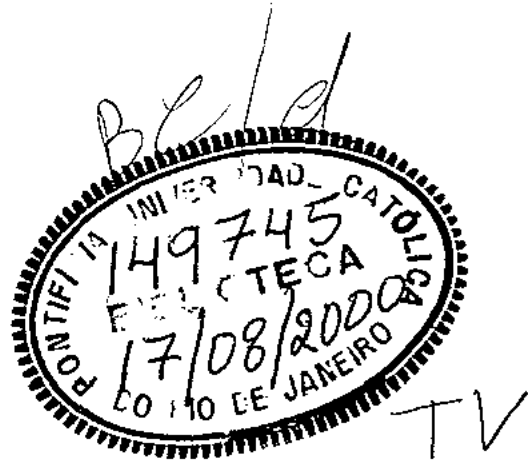
Orientador: Angela Baraf Podkameni.

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 10 de abril de 2000.

101378



*150
G633m
tese UC*

A meus queridos filhos
Rafael e Thiago.

AGRADECIMENTOS

- À minha Orientadora, Angela Baraf Podkameni, por acreditar em mim, com seriedade e respeito profissional e, acima de tudo, pela disponibilidade carinhosa, atenta e dedicada com que ajudou-me a trilhar os caminhos deste estudo
- Ao Prof. Júlio de Mello Filho, pelos ricos ensinamentos, pelo respeito e incentivo sincero
- À Prof. Cecília Fiorotti que me despertou o interesse pela pesquisa em psicossomática
- À CAPES pelo estímulo à pesquisa
- A toda a Equipe de Psicologia Médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto. - HUPE
- Aos colegas do Instituto de Medicina Psicossomática - IMPSIS
- A Marcia Cristina Nascimento Dourado, amiga de todas as horas, pela interlocução valiosa
- Aos colegas do Núcleo de Pesquisa em Psicossomática da PUC
- A Evandro, meu marido, seu apoio, carinho e companheirismo fazem parte desta conquista.

"Se a criança oculta no fundo de todo homem é a causa do seu sofrimento psíquico, também é a fonte da arte e da poesia da existência; é a promessa sempre presente de um olhar isento, desvelando o insólito no cotidiano e ao mesmo tempo, secreta loucura e baulaustada contra o espectro da "normalidade normalizante" constituído por uma via unicamente "adulta". É preciso saber comunicar-se com esta criança mágica e narcísica, se não quisermos asfixiá-la. Ver desabrochar essa troca é uma experiência emocionante; ser testemunha do seu fracasso, uma tragédia"

(Joyce McDougall)

RESUMO

A partir de uma experiência de acompanhamento psicoterapêutico a duplas mães-bebês em contexto hospitalar de alto risco, propomos uma articulação teórica acerca da experiência do adoecer somático da mãe e o sentido dado a esta, entendendo-a como fazendo parte integrante da história relacional do indivíduo.

É sob o ângulo do desenvolvimento primitivo que, neste estudo, objetivamos principalmente integrar conhecimentos sobre as vicissitudes da relação objetal precoce, assim como das repercussões desta na construção da unidade psicossomática (Self). Ressaltamos, neste estudo, o princípio fundamental da psicanálise segundo o qual aquilo que é psíquico se desenvolve em constante referência à experiência corporal. Portanto, fundamentamos nosso recorte teórico nas etapas arcaicas de estruturação do psiquismo. Privilegiamos algumas das concepções teóricas de D. W. Winnicott em continuidade com autores da psicossomática psicanalítica tais como: J. McDougall e R. Debray. Consideramos, ainda, que a temática do Infantil em psicanálise, constitui-se como um importante ponto de articulação entre estes três autores e para a investigação em psicossomática.

Situamos este como um estudo teórico clínico onde apresentaremos alguns fragmentos de observações clínicas bem como de intervenções psicoterapêuticas realizadas em situação hospitalar. Ressaltamos ainda, que o entendimento das etapas primitivas do desenvolvimento psíquico pode nos fornecer importantes subsídios a serem utilizados com fins terapêuticos e profiláticos.

ABSTRACT

The experience of a psychoterapeutic process carried on to follow up diadic mother-baby relations in a hospital high-risk unity of psychosomatic diseases, led us to propose a theoretical articulation concerning the experience of mother's somatic illness and the meaning attributed to it. We understand it as part of individual's relational history.

In this study, under the perspective of early developmental stages, we expect to integrate knowledge concerning the vicissitudes of early object relation with its effects on the individual's psychosomatic unity (self). We give relevancy to the fundamental psychoanalytic principle which says that psychism develops according and in reference body experience. Then, we base our theoretical choice on the archaic stages of psychic structure development. We consider the subject of the Infantile in psychoanalysis, as turning point to the study of psychosomatics.

We chose, for this purpose, some of Winnicott's theoretical concepts in relation to contemporary authors of psychoanalytic psychosomatics such as J. McDougall and R. Debray.

This is a theoretical-clinical study presenting in addition to theory, some clinical observations as well as psychoterapeutic interventions carried on within a hospital setting.

It's important to point out that the understanding of the early stages of psychism development can give us important data that can be used with therapeutic and prophylactic purposes.

SUMÁRIO

Introdução.....	1
Capítulo 1	
Contextualizando o campo de investigações.....	6
1.1.A comunicação inicial mãe-recém-nascido - um período sensível.....	6
1.2.A hospitalização e o "Alto Risco".....	25
Capítulo 2	
A construção da unidade psicossomática.....	34
2.1. Do psique-soma inicial à Integração do Eu.....	35
2.2. A sensorialidade e a "separação traumática" do corpo físico da mãe.	54
2.3. A matriz psicossomática - Um corpo para dois.....	60
Capítulo 3	
A memória do Infantil e a sua relevância para o campo da Psicossomática.....	67
Capítulo 4	
4.1. Pensando o adoecer e o medo da morte.....	84
4.2. As intervenções precoces Por uma "preocupação terapêutica primária".	98
Considerações finais.....	109
BIBLIOGRAFIA.....	118

INTRODUÇÃO

"Se tornar-se mãe ou tornar-se pai é tomar um lugar na cadeia das gerações - quer se queira, quer não - isso implica que se aceite de um certo modo o caráter finito do tempo da vida que nos cabe e que nos submetamos a esta lei da natureza que, ao nos fazer pai ou mãe, assinala nosso acesso à maturidade e anuncia ao mesmo tempo nosso futuro desaparecimento. Trata-se, então, de uma brutal abreviação, onde o aparecimento de uma nova vida, criada por nós, ocasiona um súbito avanço no curso de nossa existência, indicando por isso seu termo. Estamos aqui no seio da problemática humana, enquanto que esta reenvia ao reconhecimento da diferença de gerações... (Debray, 1988, p. 15)

O presente estudo é fruto de uma conjugação de interesses teórico-clínicos, dentre os quais o estudo da psicossomática psicanalítica, bem como a experiência de participar de um trabalho em Hospital Geral Público, atuando em unidade materno-infantil especializada, referência para gestação de alto risco, realizando atividades tais como: atendimento psicoterápico de apoio (individual e em grupo) a gestantes e puérperas portadoras de doenças orgânicas graves (ocasionando risco materno e fetal), observação da interação mãe/bebê em UTI neonatal e em alojamento conjunto, intervenções psicoterápicas precoces, coordenação de grupos multiprofissionais informativos a puérperas e interconsultas com equipe de saúde envolvida na assistência.

Tal prática assistencial me chamou a atenção para a fundamental importância da comunicação inicial do par mãe/bebê, bem como para o valor da

assistência especializada, integral e multiprofissional às mães e bebês nas instituições de saúde, o que facilita a prevenção primária, promove o diagnóstico situacional precoce, tratamento integral e redução das eventuais iatrogenias institucionais.

O momento de nascimento de filhos tem sido descrito na literatura específica que aborda a temática como uma etapa no ciclo vital feminino que pode dar à mulher a oportunidade de atingir novos níveis de integração e desenvolvimento da personalidade. Haja vista que é durante a gravidez que se iniciam a formação do vínculo maternofilial e a reestruturação da rede de intercomunicação da família - ponto de partida para um novo equilíbrio dinâmico na unidade familiar.

A futura mãe, desde o anúncio da gravidez, cria uma representação psíquica da criança que está por nascer. Nesta representação, a criança possui um corpo unificado acrescido dos atributos necessários. Esse "corpo imaginado", como bem o mostrou Freud (1914) em seu estudo sobre o narcisismo, será objeto por excelência, de projeções da parte dos pais, para ao mesmo tempo realizar desejos e curar feridas narcísicas.

Minhas dúvidas iniciais foram no sentido de buscar saber o que acontece, em termos psíquicos, nesse momento de vida que caracteriza o nascimento de filhos. Seria um tempo psíquico diferenciado para o indivíduo, provocando mudanças importantes na sua inserção no mundo? Caberia falar em um trabalho subjetivo, específico, que pudesse caracterizá-lo? Essas questões foram os elementos impulsionadores de minha pesquisa.

No primeiro capítulo realizamos uma revisão bibliográfica onde destacamos um recorte teórico que trata dos remanejamentos psíquicos que a maternidade enseja. Comum nessa bibliografia é a ênfase na modificação subjetiva

que o momento impõe, tanto para lidar com velhas questões que retornam, como por exemplo, os lutos não elaborados da infância, quanto com as novas questões que surgem. Em paralelo às progressivas transformações corporais, a literatura enfatiza o movimento de regressão afetiva, assim como um trabalho fantasioso, de devaneio, que acompanha o desenvolvimento da gravidez e permite que a mãe possa identificar-se com seu bebê e entrar em comunicação empática com seus sinais (Winnicott, 1956).

Abordamos neste estudo uma perspectiva evolucionista em psicanálise, que considera o desenvolvimento como um movimento dinâmico de progressões e regressões simultâneas (Debray, 1988, 1995). Tal perspectiva teórica aborda o amadurecimento do indivíduo, enfatizando a concepção de um tempo não linear, assim como as marcas peculiares da história de cada sujeito.

Em sequência a esta revisão, contextualizamos a situação de hospitalização e os critérios médicos de risco somático, a fim de investigar o impacto de uma situação de enfermidade grave sobre a subjetividade da mãe e as possíveis repercussões para a comunicação inicial com o recém-nascido.

A Maternidade, quando acontece em um contexto em que é considerada risco de vida, seja para mãe ou para o bebê, nos traz inúmeras questões importantes para serem pensadas. Se por um lado, a medicina oferece ao homem a chance de lutar pelo seu desejo de perpetuar-se, por outro, como aponta Jerualinsky (1995), cobra-lhe o preço de carregar nas costas um excesso de Real. Os problemas complexos que se apresentam nesta clínica, não são problemas que a medicina possa resolver por si só, mas merecem um espaço de reflexão interdisciplinar. Dentre eles, podemos citar como exemplo impasses éticos e bioéticos, muitos deles ocasionados pela novidade do campo assistencial, ainda pouco sistematizado, isto porque

diversas disciplinas e campos de saber se debruçam atualmente em estudos psicossociais (Zwasch,1998), comportamentais, biológicos, etológicos (Klaus & Kennell, 1997) e psicoafetivos (Morsch, 1990), em busca de uma compreensão maior acerca do recém-nascido prematuro ou de alto risco, assim como de suas relações parentais e suas condições de desenvolvimento biopsicosocial.

Uma dessas questões que se apresentam e que será objeto desse estudo diz respeito à profunda dissociação dos aspectos somáticos e psíquicos envolvidos no atendimento clínico a gestante e recém-nascido, considerados de risco, por critérios médicos.

Com a crescente evolução tecnológica da obstetrícia e medicina fetal, os cuidados médicos especializados diminuíram eficientemente a mortalidade materna e perinatal. No entanto, iatrogenicamente, muitos dos cuidados físicos que minimizam os efeitos dos riscos aumentam os distúrbios afetivos e psicossociais. Segundo Tedesco (1997), as internações sucessivas, e por vezes prolongadas, o repouso no leito, os exames invasivos e outros cuidados físicos, levam à melhoria do prognóstico clínico materno e fetal, mas podem alterar profundamente o equilíbrio pessoal e as inter-relações familiares. Muitas vezes, a incompreensão e até mesmo desvalorização, por parte da equipe assistencial, da interrelação dos aspectos somáticos e psíquicos, podem além de reforçar uma profunda dissociação dos mesmos, gerar atitudes preconceituosas e estigmatizantes em relação a esta dupla mãe-bebê.

No segundo capítulo propomos uma articulação teórica para pensar a experiência do adoecer somático, suas vicissitudes e o sentido dado a estas, entendendo-as como fazendo parte integrante do conjunto da história relacional do

indivíduo. Apresentaremos um estudo teórico clínico, de referencial psicanalítico, onde serão revisadas algumas concepções teóricas de D.W. Winnicott a respeito da construção da unidade psicossomática do indivíduo no contexto da relação inicial mãe-bebê.

No terceiro capítulo, com o intuito de propiciar uma interlocução e interface com uma determinada prática assistencial institucional, estaremos discutindo alguns conceitos originais de autores da psicossomática psicanalítica, como McDougall (1989) e Debray (1988). Estes acentuam a importância da dimensão subjetiva na experiência da doença e dos tratamentos, chamando a atenção para o papel dos mecanismos psíquicos que participam da etiologia da patologia e insistindo na importância relacional tanto do adoecer quanto do processo terapêutico.

É sob o ângulo do desenvolvimento primitivo que, neste estudo, objetivamos principalmente integrar conhecimentos sobre as vicissitudes da relação mãe-bebê nas etapas precoces da vida e as repercussões desta relação no psique-soma inicial e na constituição psicossomática do indivíduo. Fundamentamos nosso estudo nas etapas arcaicas de estruturação do psiquismo, na sensorialidade da experiência, para posteriormente, entendermos as vivências relacionadas à experiência do adoecer, assim como a forma como os traumatismos e tudo aquilo que atinge o corpo pode ser vivenciado.

No quarto capítulo, apresentaremos alguns fragmentos de observações clínicas assim como de intervenções psicoterapêuticas realizados em contexto hospitalar, com o intuito de ilustrar a articulação teórica entre os autores estudados, assim como fundamentar melhor o lugar de atuação do psicólogo clínico neste contexto específico.

CAP.1. CONTEXTUALIZANDO O CAMPO DE INVESTIGAÇÕES

"O crescimento do bebê faz-se através de duplos movimentos progressivos e regressivos, que marcam todo o desenvolvimento da vida humana" (Debray, 1988 p.30)

1.1 - A Comunicação Inicial Mãe Recém-nascido. - Um Período

Sensível

O estado atual do conhecimento da psicodinâmica da gravidez leva em conta o conceito de crises evolutivas (Caplan, 1980; Erikson, 1976; Benedeck, 1970). Segundo este conceito, existem períodos na vida das pessoas em que a emergência de fatos, naturais ou acidentais, exige resposta adaptativa. Estes períodos transicionais, implicam na utilização de novos recursos e soluções, contribuindo, na medida de sua realização, para o desenvolvimento do indivíduo e surgimento de um novo período de equilíbrio. Em outras palavras, de acordo com esta conceituação, psicologicamente, a pessoa nunca cessa de crescer, ocorrendo sempre novas possibilidades de reestruturações, modificações e reintegrações da personalidade.

A literatura específica que aborda o tema da maternidade (Maldonado, 1997; Soifer, 1992), de uma maneira geral, assinala que esta se constitui como um dos períodos críticos do ciclo vital, um período de transformações extremamente importantes para a mulher, o casal, a família e a comunidade, uma vez que marca a chegada de uma nova pessoa. Trata-se de um momento que traz para todos os envolvidos uma oportunidade de reorganização, de remanejamento de forças e de papéis, pois na medida em que se abre espaço para uma nova pessoa na família, o

lugar de cada um será também modificado. Segundo Maldonado (op. cit, p.11) , a maternidade caracteriza-se como um :

"estado temporário de equilíbrio instável, devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, às necessidades de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos, e às mudanças de identidade".

A autora afirma que esta crise normativa não termina no parto, mas estende-se ao puerpério, quando existe a assimilação e o desempenho do papel e da função maternal, na relação que se estabelece com a criança, com todos os ajustamentos e tarefas que lhe são peculiares. Assim sendo, o período pré-natal, o parto e o puerpério, coordenados, mantêm a unidade deste ciclo . Admite-se que as soluções encontradas pela mulher diante da crise deste ciclo podem tanto favorecer seu desenvolvimento quanto desencadear ou agravar transtornos emocionais prévios. Da mesma forma, estas soluções têm repercussões sobre o núcleo familiar e social (Bibring & Valestein, 1976 cit in Zugaib, 1997).

Uma das características importantes deste ciclo, - citada de forma freqüente na literatura, e que destacamos neste momento para a compreensão dos aspectos implicados na comunicação inicial mãe-recém-nascido - é a **regressão psicoafetiva**. Soifer (op. cit) considera a gravidez como uma experiência essencialmente regressiva, tanto em relação à ansiedade e aos sintomas quanto em relação ao bem-estar e à proteção que indicam uma identificação básica da grávida com o feto. Essa identificação regressiva atingiria um climax no próprio processo do parto. É evidente que o conceito de regressão nesse contexto não tem

necessariamente uma conotação patológica mas, ao invés disso, faz parte do próprio movimento do processo de desenvolvimento.

Segundo os autores que utilizam modelo de crise, o desenvolvimento é concebido como um jogo de regressões temporárias (a patologia caracteriza-se pela presença de regressões permanentes) e progressões, utilizando o modelo de espiral, ou seja, para que se possa atingir um novo nível de organização da personalidade (progressão) é preciso passar por um período de relativa regressão/desorganização (Benedeck, op.cit)

A regressão foi descrita Freud em 1916 como um retorno a formas de funcionamento mental mais primitivas na evolução psíquica do ser humano da infância à maturidade. Freud apontava a existência de uma regressão **topográfica**, isto é, o funcionamento mental com diminuição da atividade de consciência, como nos ocorre diariamente quando adormecemos e passamos do estado de vigília para o sono. Como consequência dessa regressão de "lugar psíquico," isto é, do consciente para o inconsciente (daí a expressão "topográfica"), resultaria também regressão à formação de representações mentais através de imagens visuais, mais próprias das primeiras etapas do psiquismo. Quando a afetividade regride às primitivas fases da ligação com o corpo e ao "ego", com atenção intensificada aos mesmos, estaria caracterizada uma regressão **narcísica**. Sendo uma necessidade normal da criança em seus primeiros meses de vida, esta regressão é denominada **temporal**. Como resultado dessas regressões, particularmente durante a gestação, poderemos notar uma tendência ao devaneio e à imaginação, à sonolência, à intensa atenção ao próprio corpo e, na ligação afetiva, às reações mais próprias de uma criança pequena, com formas de sexualidade menos genitalizadas e mais caracteristicamente orais.

Finalmente, existe um terceiro tipo de regressão, denominada **formal**, em que se volta a utilizar inconscientemente, primitivos modos de expressão psíquica. Como exemplo de um desses modos, citamos o comportamento do recém-nascido. Invadido por uma grande quantidade de estímulos perturbadores, como fome, frio ou manuseio inadequado do corpo diante da ansiedade que daí decorre, reage através de manifestações puramente psicossomáticas, tais como o choro, eliminação de urina e agitação psicomotora. Como atos espontâneos e reflexos que são, proporcionados pela constituição inata, esses comportamentos corporais não exigiriam prévia representação mental. Entretanto, como também determinam atenção e resposta adequadas do meio ambiente, a criança vai gradativamente internalizando-os de forma inconsciente como "modos de expressão", e torna a repeti-los cada vez mais conscientemente. Mais tarde, com o crescente uso da simbolização através das palavras, tem a possibilidade de expressar sua insatisfação e desconforto através da fala, ultrapassando esses modos mais primitivos e pré-conscientes de expressão. Por outro lado, diante de situações intensamente emocionais, ou de grande desconforto psíquico, podemos todos voltar a expressar-nos através de reações corporais semelhantes, em que predomina fundamentalmente o componente de tentativa de eliminação do desprazer. Algumas formas de somatização características da gestação, tais como as náuseas e vômitos, são associados a esse mecanismo regressivo assim como à existência de angústia excessiva (Della Nina, 1997).

A regressão traz repercussões sobre a vida de fantasias conscientes e inconscientes da gestante e, conseqüentemente, sobre suas representações psíquicas. As gestantes, de um modo geral, estariam sujeitas a esse fenômeno, o qual,

considerado necessário e fisiológico, tornar-se-ia patológico quando em nível muito acentuado.

Debray (1988), pesquisadora contemporânea das manifestações psicossomáticas características deste ciclo, assinala que a ancoragem biológica constituída pela gestação, parto e amamentação, assim como o envolvimento das transformações corporais, reativam angústias arcaicas, primitivas, relativas ao próprio nascimento, à separação do corpo da mãe e às primeiras relações objetais. Szejer (1997) reafirma este aspecto e acrescenta que o fato de estar grávida, remete a mulher tanto a seu próprio nascimento como a outros nascimentos na família.

"Todos nós temos um saber inconsciente sobre os primeiros dias de nossas vidas, que pode ser expresso quando é evocado por circunstâncias particulares que entram em ressonância com esse saber" (Szejer, op. cit., . 24).

Segundo Szejer (op. cit) a mulher, durante a gravidez, se vê remetida a sua própria origem e é tomada por uma espécie de repetição de sua própria história. Assim, a gravidez seria um estado transitório, em que a mulher anteciparia o nascimento de seu filho, com os vestígios deixados por sua própria história. Por outro lado, ao mesmo tempo em que é remetida a sua origem, a mulher vivencia um outro nascimento - o seu, como mãe desse bebê específico.

Debray (op. cit) nos fala da característica regressiva do momento de nascimento de filhos caracterizando-o como um **período sensível** ou de aumento da vulnerabilidade do equilíbrio psicossomático em que ocorre uma fragilização das defesas psíquicas. Segundo a autora, nos momentos críticos estão implicados

separação e perda. Em tais momentos, ocorre uma reativação intensa de problemáticas antigas, insuficientemente elaboradas, tais como os **lutos da infância**. A característica regressiva faz com que se desestabilizem os habituais arranjos defensivos psíquicos, às vezes penosamente construídos ao longo do tempo, e, paradoxalmente, abre espaço para que profundas reorganizações se revelem possíveis. A autora caracteriza o tempo da gravidez como um movimento dinâmico de regressões e progressões, com reajustes e remanejamentos psicossomáticos importantes, acompanhado de um trabalho fantasioso e de devaneio, que aumenta à medida que o bebê toma corpo.

"Efetivamente, é este trabalho fantasioso que deve acompanhar - tanto na mãe quanto no pai - todo o desenvolvimento da gravidez, apoiando-se e alimentando-se das progressivas modificações corporais da mãe, que sou particularmente sensível. As interações fantasiosas presentes desde antes da concepção da criança acham-se aí reforçadas, permitindo todo um jogo que se pode desejar que seja o mais rico possível, em torno do que foi denominado "o bebê fantasioso" por B. Cramer (1982). Bebê da fantasia, isto é, maravilhoso bebê onipotente dos sonhos, dotado de todos os poderes e de todas as qualidades, dotado igualmente dos dois sexos, segundo as fantasias do momento - o que as ecografias mais tardias, a partir do sexto mês, podem vir a alterar pelo anúncio da realidade objetiva do sexo do bebê real." (Debray, 1988, p.29)

Winnicott (1956), através de sua experiência clínica, como pediatra e psicanalista, nos trouxe importantes contribuições nesta área de conhecimento ao descrever o estado psicológico da mãe no momento da gestação, parto e puerpério. Através do conceito de "preocupação materna primária"¹, o autor nos fala de uma

¹ Debray (1999) correlaciona o que classifica como "período sensível" da futura mãe (e também do pai) ao conceito de "preocupação materna primária".

identificação profunda que existe entre uma mãe e seu bebê ainda na fase intra-uterina, possibilitando que ela se torne em suas palavras "uma mãe devotada comum". Desta forma, o autor fundamentou uma psicologia do inter-relacionamento humano, baseando suas origens no período pré-natal. Destacamos para este estudo a construção teórica do autor, pois além da ênfase na relação precoce entre a mãe e o recém-nascido, o autor nos traz importantes considerações no que diz respeito às relações que se estabelecem entre a dupla mãe-bebê e o ambiente no momento do nascimento. (Winnicott, 1987)

Ao descrever o que chama de "preocupação materna primária", o autor refere-se a um estado temporário de hipersensibilidade e de vulnerabilidade, um estado de quase doença ou "doença normal" que capacita a mãe a se adaptar às necessidades iniciais do bebê e se identificar com ele. Tal conceito diz respeito a uma condição psicológica de *"sensibilidade aumentada durante e especialmente no final da gravidez, que continua por algumas semanas depois do nascimento da criança"* (Winnicott, op. cit. p. 493). Nesta situação, a mãe é tanto o bebê quanto ela própria, ou seja, segundo o autor, ela não padece de uma "ferida narcísica" quando se vê esvaziada de seu papel pessoal ao identificar-se com seu bebê. Em condições normais, uma mãe pode se sentir como se estivesse no lugar do filho, entrar em comunicação empática com seus sinais, responder às suas necessidades, de tal forma que ele possa vivenciar uma "continuidade do Ser". Do ponto de vista do bebê é esta comunicação inicial com o "outro" dos cuidados primários que permite que o indivíduo possa surgir como identidade separada. *"...por esta razão, é necessário que o indivíduo comece no meio ambiente especializado, ao qual me referi como Preocupação Materna Primária"* (Winnicott, op. cit. p,498).

O emprego do termo **doença** é justificado por Winnicott, quando refere que só uma mulher gozando de boa saúde pode atingir tal estado temporário e, depois, curar-se dele, gradualmente, à medida em que a criança cresce e já não precisa desse grau de hipersensibilidade. Em sua extrema imaturidade, tanto do ponto de vista somático quanto emocional, um bebê não poderá se desenvolver se não dispuser de alguém que seja ele mesmo, porém um ele mesmo já desenvolvido, a ponto de poder propiciar-lhe o necessário ao seu sustento e evolução. Nesse momento, a mãe precisa "*se colocar no lugar de seu bebê e dessa forma responder as necessidades deste*" (Winnicott, op. cit. p. 304). É, portanto, através desta condição que ela se torna capaz de transformar as necessidades infinitamente sutis do bebê em comunicação.

A comunicação inicial se dá na medida em que a mãe se engaja no processo psicológico de permitir que sua subjetividade ceda lugar à do bebê (ao vivenciar as necessidades dele como próprias), ao mesmo tempo que mantém um senso suficiente de sua própria subjetividade, distinta como indivíduo separado, para permitir-se servir de intérprete da experiência do bebê. Nestas circunstâncias, a mãe se torna capaz de uma forma "especializada" de se colocar na situação de bebê e de quase se perder em uma identificação com ele. Assim fazendo, corre o risco de perder uma sensação de ancoragem em si mesma como indivíduo separado, assim como o risco de perder uma parte de si se o bebê vier a morrer. Segundo Winnicott (1987) as mães têm consciência de uma necessidade de proteção enquanto se encontram neste estado que as torna vulneráveis.²

² Klaus (1997) refere que na maioria das vezes a sensibilidade aumentada da preocupação materna primária é mal interpretada no meio médico como ansiedade excessiva e que os estudos feitos em outras culturas revelaram que em 70% delas, a mãe e bebê são colocados juntos com apoio e proteção nos primeiros 10 dias após o parto.

A descrição da comunicação inicial entre o bebê e a mãe contém uma dicotomia fundamental: a mãe pode retroceder a formas de experiência infantil, mas para o bebê é impossível apresentar a sofisticação característica de um adulto. Para Winnicott (op. cit), no momento do nascimento, o bebê é dotado de um complexo anatômico e fisiológico, de motilidade, de sensibilidade e, junto a isso, de um potencial para o desenvolvimento da parte psíquica da integração psicossomática. Há de início, um esboço de Eu incipiente e despreparado para lidar com as demandas do meio interno e externo, caracterizando uma situação de fragilidade psicobiológica inicial, que necessita da interferência do meio ambiente maternante.³

No estado de "preocupação materna primária", Winnicott coloca o estado psicológico da mãe num pé de igualdade com o do bebê na constituição da díade mãe-bebê. Sendo assim, a unicidade é o contexto necessário para a dualidade, e a dualidade salvaguarda a experiência da unicidade. Essa dialética, que teria sua origem na vivência pelo bebê, da preocupação materna primária, continua ao longo da vida como uma faceta de todas as formas subseqüentes de subjetividade.

O autor refere que muitas mulheres, especialmente no primeiro filho, podem encontrar dificuldades inúmeras que as impeçam de se deixar envolver por este estado de entrega, mas isso não significa que não possam ser boas mães, ou que um substituto não possa desenvolver esse estado de preocupação materna primária. Entretanto, situações conflituosas que persistam por um tempo maior, como a perda de um ente querido, as doenças físicas, a depressão, dificultam e até mesmo podem impedir esse estado de identificação inicial, podendo fazer com que tais mulheres, posteriormente, se defrontem com a tarefa de querer compensar aquilo que foi

³ Tais considerações, encontram correlações com os estudos modernos da díade mãe-bebê (Stern, 1992).

perdido no início da relação com o bebê. Em algumas situações pode acontecer que a mãe não estabeleça com o bebê um estado de identificação. Ou, por outro lado, numa situação oposta, pode acontecer que ela não consiga renunciar à relação fusional com seu bebê.

Podemos supor que tais circunstâncias trazem repercussões importantes sobre o equilíbrio geral da mãe e para o desenvolvimento futuro do bebê.

Quando se refere à equipe de saúde materno infantil, Winnicott (1987) enfatiza os cuidados iniciais ao bebê assim como às suas mães. De forma bastante sutil, o autor sinaliza para uma atitude cuidadosa e sensível que a equipe de saúde (obstetra, pediatra e auxiliares) deve ter para com o relacionamento inicial de uma mãe com seu filho, acredita ele que em situações normais jamais deve haver interferências ou intervenções, visto que o ato de "ensinar" algo que a mãe faz com uma naturalidade que é quase física, prejudica o relacionamento com seu bebê. De acordo com o autor, o estado psicológico de uma mãe nos períodos iniciais da maternidade não é propício para informações e instruções sobre como cuidar de um bebê, da mesma forma que este cuidado não é algo que possa ser "ensinado;" e chama ainda atenção para a riqueza do conhecimento intuitivo proporcionado pelo estado de "preocupação materna primária". Desta forma, o autor enfatiza a importância da criação de recursos ambientais que façam com que a mãe se sinta protegida e auto-confiante.

Do ponto de vista do recém-nascido, sabemos que, ao nascer, tem enorme dependência dos cuidados do meio. As recentes pesquisas de observações direta do comportamento interativo da díade mãe-bebê estudam o seu "equipamento de base" (Cramer, 1987) revelando que o bebê não se encontra em um estado

narcísico e autista ao nascer. Segundo tais estudos (Cramer, op. cit.), o bebê já nasce com grandes capacidades perceptivas e motoras, voltado para os estímulos externos do meio ambiente, sendo capaz de uma discriminação importante para com os estímulos do outro da maternagem, dos cuidados primários. Em síntese, hoje o recém-nascido é concebido como uma estrutura muito mais interativa e ao mesmo tempo dependente dos cuidados do meio. Os trabalhos de Brazelton (1981), Lebovici (1987), Stern (1992) e muitos outros autores proporcionam uma forte evidência para a noção de que, desde os primeiros momentos da vida extra-uterina, o recém-nascido está constitucionalmente equipado para perceber e entrar em um diálogo recíproco com a mãe ou substituto. Desta forma, os dados da observação direta concluem que os recém-nascidos já trazem uma vasta bagagem que os capacita como seres de comunicação.⁴ Para ilustrar esta concepção citamos dois exemplos -Trewartem e Druon - de observações realizadas com recém-nascidos prematuros.

Para Trewartem (1975) os recém-nascidos são capazes de fazer notáveis discernimentos nos sinais emitidos pelas pessoas. O bebê nasce com um conjunto de capacidades inatas perceptivo-motoras que o preparam para empreender a comunicação inicial. O autor menciona situações observadas com prematuros de 28 semanas, capazes de se engajar numa espécie de "dueto" vocalizado com um parceiro. A estas primeiras trocas "verbais" ele chama de proto-conversações. A comunicação mãe-bebê é regulada através de expressões que se intercambiam. A mãe procura se adaptar aos sinais que o bebê lhe envia. Este é extremamente atento para identificar o ritmo e qualidade dos sons emitidos por ela. Intercambiam assim as suas respectivas

⁴ Uma coletânea de depoimentos de diversos profissionais de saúde e pesquisadores de diferentes áreas de conhecimento que lidam com mães, pais e recém-nascidos encontra-se no livro organizado por Buesnuel (1997).

emoções e se unem em um mútuo prazer e excitação para a comunicação. Trewarthen (op. cit) chama a esse fenômeno de proto-comunicação. Para explicar estes comportamentos tão complexos e os delicados contatos regulados emocionalmente, propõe que devemos supôr que o bebê seja dotado de um sistema cerebral fundado provavelmente sobre redes de células nervosas sub-corticais e pronto a reagir com flexibilidade a uma variedade específica de informações que somente o suporte de um parceiro humano pode proporcionar.

Os indícios dessa comunicação precoce são observados nos estudos mais recentes realizados nos serviços de neonatologia que contam com psicanalistas em suas equipes de atendimento. Citaremos como ilustração os estudos de Druon (1997), que realizou sensíveis observações de recém-nascidos prematuros hospitalizados no Serviço de Medicina Neonatal de Port Royal na França, em conjunto com puericultoras e enfermeiras. Segundo a autora, estes bebês sabem mostrar claramente como sentem os cuidados que os auxiliam a viver.

Expressam manifestações de prazer, dor, expectativa ou fuga a quem se dedica a escutá-los e recebê-los em seu espaço interior. Não são mensagens dirigidas ao exterior, mas simplesmente manifestações vindas do interior que adquirem sentido com as interpretações maternas⁵.

Druon (1995) se interessa pelos sinais precoces de despertar da vida psíquica e refere muitos exemplos de como os bebês bastante doentes, sentem a presença atenta do adulto que vem especialmente para vê-los, sem lhe fazer procedimentos, somente para observá-los, para estar simplesmente com eles. A autora observou em bebês de 1000 g e vinte e oito semanas de gestação o esboço dos primeiros contatos e um início de resposta à demanda do observador:

"...É a mão que se fecha sobre um dedo dentro dela, estiramentos do corpo, a qualidade do olhar quando a criança está melhor..., uma cabeça que vira em direção da pessoa que chama suavemente o bebê" (Druon, 1995, p. 144).

Da mesma forma, foi constatada retração do contato, parada no desenvolvimento normal, perda do olhar do bebê, após uma traqueostomia, por exemplo, ou após uma interrupção longa na continuidade das sessões de observação. Segundo a autora, isto parece confirmar que a vida psíquica vai se organizando em torno da possibilidade de continuar a existir e que os primeiros vínculos, certamente ainda muito frágeis, já estão instalados.

As mães, observa a autora (op. cit.) conforme seus próprios estados emocionais, traduzem em palavras o que pensam perceber dos filhos. Este colocar em palavras expressa as marcas de seus movimentos conscientes e inconscientes no momento da interação. Quando esta flui bem, a mãe fica, a cada momento, reconfortada pela compreensão dessas mímicas e das manifestações positivas que o

⁵ A autora utiliza o termo referindo-se a quem exerce o papel do cuidador primário.

bebê lhe devolve. Este reforço positivo e a importância para a própria mãe das palavras que pronuncia, fundam as premissas de uma comunicação entre o bebê e ela. A autora chama a atenção para o valor dessa comunicação inicial na aquisição das integrações precoces do bebê.

"...em todos os casos é de um valor inegável destinar toda a atenção a estes bebês, pois é a partir destes movimentos inter-relacionais que se enriquecerão os comportamentos dos bebês por um efeito de feed-back entre o adulto e a criança. (Druon, 1993, p. 134).

... Os bebês estão de tal forma ainda em simbiose com a mãe que quando pensam que ela desapareceu perdem o sentimento de continuidade da existência corporal e vivem a perda de um pedaço de seu corpo, um estado de despojamento ou um sentimento, sensação de queda, ou de não ser mais vestido pela pele comum à mãe e/ou a uma personagem maternante" (Druon 1993 p.127)

Neste momento é importante observarmos que existem divergências importantes na noção de díade mãe-bebê no que diz respeito aos diversos estudos de observação direta realizados pela psicologia experimental e pela psicanálise. Dentre elas, destacamos que para a psicanálise, a relação de complementariedade que se estabelece na díade é assimétrica, ou seja, composta de um adulto com desenvolvimento supostamente acabado e de um ser em estado de dependência primeira. Portanto, podemos falar por um lado, de uma identificação da mãe com o bebê, a nível consciente ou inconsciente, mas com mecanismos psicológicos complexos e, por outro lado, de um ser em estado de dependência primeira.

A união íntima e intensa entre a gestante e seu feto, devido à regressão narcísica, permitiria um suporte emocional maior para as difíceis e cansativas condições que ela terá que enfrentar nos primeiros meses pós-parto. Por outro lado, a

ansiedade e a regressão poderão ser excessivas ao se acumularem inúmeras vicissitudes decorrentes do contexto gestacional atual ou se os demais processos de defesa psíquicos tiverem tido pouca evolução. A futura mãe poderá também ter dificuldades em assimilar a ansiedade, se não utilizar seus recursos simbólicos de comunicação, com reconhecimento e livre expressão dessas dificuldades.

Segundo alguns autores (destacando-se Klaus, 1997), a regressão a níveis psicossomáticos muito primitivos, estabelece um contato da memória corporal com o registro dos cuidados que a gestante, quando era uma recém-nascida, recebeu de sua própria mãe, permitindo que a mesma possa reconhecer e satisfazer as necessidades agora demandadas pelo seu próprio recém-nascido. Tais aspectos têm sido pesquisados atualmente através de modernos métodos de observação direta da díade mãe -bebê além, de estudos realizados de forma transgeracional (Lebovici, 1988 cit in Stern, 1997).

Stern (1997) propõe, a partir de suas observações do comportamento interativo, que com o nascimento do bebê, a mãe entra em uma nova e única organização psíquica, por ele denominada "constelação da maternidade", estabelecendo uma correlação com o conceito de preocupação materna primária (Winnicott, 1956). Segundo sua proposição, essa organização é temporária, construída sócio-culturalmente e sua duração é muito variável, persistindo por alguns meses ou até mesmo se estendendo para os primeiros anos de vida da criança. O que o autor argumenta é que durante esse período, esta organização psíquica se torna o eixo organizador dominante da vida psíquica da mãe, deixando em papel secundário as organizações ou complexos nucleares anteriores (referindo-se ao complexo de Édipo).

O autor descreve a "constelação da maternidade" como um fenômeno inteiramente normal observado nas sociedades ocidentais modernas, e que se refere a três preocupações e discursos diferentes, relacionados, que acontecem interna e externamente: o discurso da mãe com as figuras de sua maternagem quando criança ; um discurso consigo mesma e o discurso com seu bebê. Nesta proposição, as figuras masculinas, o pai e o marido, ficariam predominantemente relacionados a um papel de suporte ambiental, de proteção, de apoio físico e psicológico. O relacionamento atual da mãe, desta forma, se torna referido à totalidade da experiência de cuidados, denominada pelo autor, de matriz de apoio.

Para justificar como essa organização psíquica e conseqüente nova forma de relacionamento se constitui, assim como o porquê de estar referido à matriz de apoio original, o autor se reporta às recentes descobertas no campo das neurociências cognitivas (Edelman, 1989 e Bartlett, 1974, cit in Stern, 1997) que enfatizam a importância do contexto evocativo presente. Tais descobertas salientam que a experiência de evocar acontece no presente e não no passado. O contexto presente é considerado como a chave para aquilo que é evocado da memória e para a maneira pela qual é integrado na experiência presente. Nessa perspectiva, o momento presente, com todos os seus sentimentos, sensações, percepções, pensamentos, age como um gatilho - ou como vários gatilhos - para ativar muitas redes diferentes de memória e para determinar quais fragmentos vão combinar-se e emergir como uma recordação.

Para uma mãe, as interações cotidianas com o bebê constituem o contexto evocativo presente. Concretamente, tais interações incluem experiências objetivas que pertencem à mãe (segurar, tocar) e, também, aquelas que pertencem ao

bebê (o ávido sugar, adormecer, chorar), as quais são vividas empaticamente pela mãe.

Para Stern (op.cit) o contexto evocativo é constituído pela experiência da pessoa em ambos os lados da interação ou relacionamento, conforme eles ocorrem: o que é diretamente sentido por um dos parceiros e o que é empaticamente percebido da experiência do outro parceiro. Da mesma forma, as memórias ou fragmentos memoriais armazenados da mãe também incluem ambos os lados de sua interação com sua própria mãe quando ela era pequena: o que ela experienciou diretamente como bebê, enquanto interagia com sua mãe, e as partes da experiência desta, ao interagir com ela e que foram experienciadas empaticamente (através da preocupação materna primária).

"É provável dessa maneira que os atos diários de maternagem evocam constantemente memórias do período de bebê da mãe e, ao mesmo tempo, da maternagem que ela recebeu da própria mãe. A interação com um bebê é um contexto evocativo muito específico que a mãe talvez nunca tenha tido antes. Mesmo que tenha cuidado de bebês ou tido irmãos menores, sobrinhas e sobrinhos, ela nunca esteve antes numa situação de imersão empática onde a identificação primária é totalmente necessária e utilizada. Afinal de contas, o que transforma o contexto presente no gatilho dessas recordações é que ambos consistem nas experiências de ambos os lados da interação - da mãe e do bebê - através de uma geração." (Stern ,op. cit p. 170).

Tal observação parece coerente com o ponto de vista antecipado por Winnicott - citado anteriormente, acerca do fato de que as vivências do bebê no

momento da preocupação materna primária já constituem uma das facetas da subjetividade que persistirão ao longo do desenvolvimento individual.

Stern (op. cit) prossegue sua argumentação assinalando que uma das noções importantes do estudo da memória pela neurociência é a idéia de que as representações, recordações e programas motores não parecem existir de forma fixa, absoluta e completa, esperando para serem "desencadeados". Ao invés disso, cada vez que eles são trazidos para o espaço da memória funcional, são compostos ou construídos de uma forma nova, de acordo com as demandas do contexto presente, único. O alto grau de plasticidade da memória nos aponta para as possibilidades de re-significação no presente. Dessa forma a existência do que o autor conceitua como uma "organização psíquica temporária", transitória, determinando uma nova série de tendências de ação, sensibilidades, fantasias, medos e desejos, nos aponta para novas possibilidades de reorganização da identidade. Segundo o autor, pode-se dizer, assim, que a partir da sensorialidade da experiência, enquanto a mãe está concretamente organizando o mundo do bebê - seus ritmos, seus ciclos de sono, etc - ele a está transformando em uma mãe, alterando seu lugar na família de origem e fazendo com que ela constitua novas redes de relacionamento.

Por outro lado, Stern (op. cit) assinala que o momento de vulnerabilidade da mãe não está restrito somente ao período da gestação e primeiros dias após o parto, tendo uma duração bastante variável e mobilizando uma experiência de profundo realinhamento, que pode inclusive estruturar aspectos da vida psíquica da mãe, muito além da fase em que ela prevalece.

De acordo com a revisão teórica realizada até aqui, embasados nos autores contemporâneos que estudam a psicodinâmica da gravidez e puerpério,

colocamos em evidência um recorte que trata das novas modificações psíquicas que o momento de nascimento de filhos enseja.. Comum nessa bibliografia é o fato de que é esperado da mulher, nessa época, um novo trabalho psíquico, tanto para lidar com velhas questões que retornam, quanto com as novas. A experiência do nascimento de filhos, é abordada pelos diferentes estudiosos como um período sensível, caracterizado pela regressão psico-afetiva, de vulnerabilidade e fragilidade psíquica transitória, com ampliação da sua capacidade de devaneio, imaginação e fantasia, o que possibilita à futura mãe identificar-se com seu bebê, entrar em comunicação empática com este, reconhecendo e interpretando seus sinais. Constitui-se, portanto, como uma etapa de remanejamentos psíquicos importantes .

Consideramos ainda, que ao dar à luz, a grávida - simultaneamente identificada com a própria mãe e com o filho - revive inconscientemente sua própria experiência de nascimento, assim como, reativa a memória de suas experiências precoces de cuidados iniciais.

Do entroncamento de minha experiência profissional e da revisão bibliográfica apresentada até o momento, surgem as questões relativas ao propósito de nossa investigação teórico-clínica: Como poderíamos pensar o impacto de uma situação de grave enfermidade e hospitalização de alto risco sobre a vida imaginativa da mãe, sua possibilidade de devaneio e comunicação com o recém-nascido, caracterizado por Winnicott como "preocupação materno primária"?

O que uma situação como a descrita, reativa da problemática materna, em termos dos lutos da infância?

Quais as repercussões no que diz respeito ao momento de reorganização da identidade da mulher e início das interações com o recém-nascido?

1.2 - A Hospitalização e o "Alto Risco"

Uma das proposições originais de Winnicott que operacionalizam o nosso estudo é aquela segundo a qual "um bebê sozinho não existe", mas sim a partir dos cuidados, portanto podemos falar em uma unidade inicial mãe-bebê. Por outro lado, podemos dizer que uma mãe também não existe sozinha, mas existe a partir de um contexto sócio-cultural que lhe dê possibilidades de acontecer no mundo. Sendo assim, não podemos entender as vivências da mulher relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal dissociadas de seu contexto específico.

Do ponto de vista histórico, desde que o nascimento passou do lar para o hospital, a fim de melhor atender às necessidades físicas da mãe e do bebê, observam-se reações emocionais diversas ao ambiente estranho (Klaus & Kennell, 1997); levando em consideração tal fato, podemos compreender melhor as observações de Szejer acerca das vivências do pós-parto normal em contexto hospitalar (1997, p. 280)

“É preciso dizer que as puérperas ainda não sabem muito bem como se arranjar com esse novo corpo... É um pouco como o adolescente que, crescendo, experimenta algumas dificuldades em dominar seu corpo, que tornando-se adulto, ele precisa integrar os novos limites. A jovem mãe tem dificuldade em habitar seu novo corpo.... Ela não está à vontade em sua pele. E, ao invés de se afligir, olhando-se no espelho, ela transpõe todos os seus cuidados e toda a sua vaidade para o bebê. Podemos compreender essa negligência passageira como uma forma de regressão.

É necessário tempo para se reunir (...) para reconstruir a mulher social que o parto despedaçou. (...) Nesse estado de fragilidade singular, a jovem puérpera se mostra, muitas vezes, vulnerável e particularmente receptiva a qualquer palavra vinda do ambiente hospitalar, ou do meio familiar”.

Devemos lembrar que, no passado, a estrutura familiar mais abrangente, permitia que a gravidez e o nascimento fossem experiências compartilhadas, das quais toda menina participava desde pequena, com tradições culturais cuidadosamente praticadas para servir de apoio. Da mesma forma, não podemos esquecer de como é recente a mudança de um sistema no qual havia um responsável permanente, o médico de família e/ou parteira, que estava à disposição da mãe durante sua gravidez, parto e puerpério, e que dispensava cuidados a ambos, mãe e bebê, durante o período pós-parto. Na família nuclear contemporânea, as experiências citadas acima são raras.

Em nossa sociedade moderna, as práticas institucionais voltadas para o momento da maternidade, em geral desconsideram seu contexto biopsicossocial e o tomam como um período no qual a mulher, símbolo da fecundidade, desabrocha. Dessa forma, as obras que tratam dessa temática, muitas vezes têm a tendência a idealizar e atenuar tudo que possa ser sentido como uma nota destoante nesse quadro idílico. A gravidez é, então, descrita como harmoniosa em si, sendo os sintomas e vicissitudes que acompanham este processo percebidos como pequenos e infelizes detalhes, desprovidos de sentido e que não precisam ser vistos.⁶ Podemos observar, dessa forma que com a idealização e institucionalização da maternidade bem

⁶ Quayle (1997) observou, em recente estudo, que as reações emocionais da mulher ao abortamento tendem a ser culturalmente desvalorizados ou negados.

sucedida, banaliza-se o fenômeno e não se leva em consideração a experiência singular vivida: prazerosa ou dramática, angustiante ou cheia de entusiasmo e tudo aquilo que ela evoca. É possível constatar nos centros de atendimento materno-infantil que a mulher, quando grávida, desaparece por trás de seu ventre, suas palavras ficam ocultas e toda a atenção dos homens se dirige ao feto - que é a promessa de vida, assim como receptáculo de inúmeras projeções.

A forma como as mulheres grávidas vivem esse momento fundamental de colocar alguém no mundo, freqüentemente é banalizado e massificado, embora acontecendo em inúmeros e diversificados contextos. Seus sintomas, como sinais de sofrimento, são eloqüentes, sua diversidade de uma mulher para outra, de uma gravidez para outra, na mesma mulher, escapam à abordagem médica tradicional, pois falam da **experiência inicial** e de sua especificidade para cada mulher em sua história. Esses sintomas tomam sentido em cada contexto individual, entretanto consideramos que seja possível apontar um quadro geral que permita ouvir, de modo singular, essas manifestações.

Em algumas situações, esse privilégio que é o de dar a vida, sentir sua evolução e de levá-la a seu termo é acompanhado de dor, doenças e da ameaça concreta de perdas e fracassos. Nestas condições, muitas vezes ocorre o risco de uma interrupção da gravidez, ainda que involuntária, marcando desde o início uma separação precoce. Isso freqüentemente deixa marcas e cicatrizes emocionais. Da mesma forma, nem todos os nascimentos se desenrolam de forma harmoniosa. Às vezes, a urgência impõe que o recém-nascido vá para uma incubadora e tenha um tratamento intensivo de reanimação. Esse neonato é então submetido a gestos que, apesar de salvadores, não deixam de ser agressivos, acontecendo em uma situação de

privação de qualquer contato materno. Como assinala Debray (1988), o percurso inicial que vai do projeto de filho ao filho real, pode ser "semeado de emboscadas", fato que vai alterar a qualidade das primeiras trocas, podendo inclusive, nas situações mais difíceis, repercutir gravemente sobre o desenvolvimento futuro do bebê e sobre o equilíbrio geral da mãe .

Ao falarmos de maternidade no contexto de alto risco, estamos nos referindo aos critérios médicos de risco somático-*"aqueles em que o feto, por atributos maternos de gestação ou parto, apresenta chances aumentadas de dano em relação a outro feto, gerado sem os referidos atributos"* (Luz, 1975 cit In: Tedesco, J 1998 p.100) ou as *"situações nas quais a vida ou a saúde da mãe e do feto têm maiores chances de serem atingidas"* (Tedesco, op. cit. p. 101) .

Klaus e Kennel (op. cit, p. 38), apontam a terapêutica adotada nessas situações:

"...ao invés de transportar os bebês doentes ou prematuros da maternidade de um hospital para um centro médico de cuidados intensivos neonatais, a nova prática dá preferência a levar as gestantes de alto-risco para um centro especializado de sofisticado atendimento perinatal nos períodos pré-parto e intraparto. Mulheres grávidas, com diabetes, lupus, hipertensão, placenta prévia, parto prematuro ou com um feto de crescimento retardado são hospitalizadas por períodos que duram um mês ou mais" (1997, p.38).

Tais cuidados médicos especializados diminuíram eficientemente a mortalidade materna e perinatal. No entanto , muitos dos cuidados físicos que minimizam os efeitos dos riscos aumentam os distúrbios afetivos.

"As internações sucessivas e, por vezes, prolongadas, o repouso no leito e outros cuidados, levam à melhoria do prognóstico clínico materno e fetal, mas podem alterar, profundamente, o equilíbrio pessoal e as inter-relações familiares." (Tedesco. op. cit, p. 100).

Segundo Szejer (op. cit), as gestações de risco reúnem casos muito diversificados. Vão desde uma leve ameaça de parto prematuro, que é mais fácil de administrar, até a ameaça de morte - morte do filho, morte da mãe - existindo ampla gradação de riscos. Segundo a autora, para o saber médico, não é fácil avaliar essas gradações, pois seus critérios são limitados e surdos aos parâmetros da vida inconsciente. Em geral, como nos lembra Debray (1995), o domínio psico-afetivo é isolado ou considerado superficialmente em âmbito hospitalar: apesar de que, sendo ele especificamente humano, mostra-se em última instância, o mais poderoso organizador, desorganizador e reorganizador até mesmo das funções somáticas.

Segundo Szejer (op. cit.) nos setores hospitalares dedicados às gestações de alto risco, a grande maioria das mulheres entra em crise, seja devido à situação específica que desencadeou o risco, seja pela culpa, seja porque elas estão separadas de sua família e de seus outros filhos. Assinalamos ainda, que o contexto institucional hospitalar faz com que a gestante seja confrontada com a vertente deficitária de seu próprio corpo, com outras grávidas enfermas, assim como com a situação de morte que muitas vezes presencia.

As razões são múltiplas e diversas, mas há sempre um intenso sofrimento psíquico, uma ameaça à integridade do Ser, caracterizando um contexto traumático. A imprevisibilidade dos fenômenos, a estranheza do ambiente hospitalar,

o profissionalismo da equipe de saúde, associados ao sofrimento em função do adoecimento somático, caracterizam o aspecto disruptivo da situação.

Podemos assinalar ainda que as situações em que a hospitalização materna é anterior ao parto traz repercussões importantes para as interações familiares como um todo e representam para a mãe, particularmente, a conscientização da doença e suas consequências, o que gera medo em relação a si mesma e em relação ao feto. Além disso, manifesta-se conflito entre a dependência imposta (e mantida pela rigidez do ambiente hospitalar) a perda da autonomia . Como consequência, manifestam-se sentimentos de desamparo e desalento. O cessar das atividades diárias, por um lado, e o provimento de cuidados médicos constantes , são fatores que intensificam o caráter regressivo da gravidez (Rogers, 1985 apud Tedesco, 1997). Sendo assim, aumenta a vulnerabilidade da paciente, cuja explicitação mais freqüente são as reações de **depressão**.

Retomando os estudos contemporâneos acerca da **competência** do recém-nascido (Brazelton, 1987) e suas formas de comunicação precoce, podemos dizer que tais investigações têm o mérito de estar modificando a assistência em maternidades, berçários, creches e UTI's neonatais , criando uma nova mentalidade nos profissionais de saúde envolvidos. Surgem os chamados "partos humanizados", "UTI's neonatais humanizadas", etc. Tais práticas tem um papel profilático importante pois colocam de saída mãe e bebê num movimento dinâmico ativo, onde eles interagem mutuamente, tornando-se competentes um para o outro ao mesmo tempo.

Muitos esforços têm sido empreendidos no sentido de minimizar os riscos de uma hospitalização prolongada ou traumática para o recém-nascido e seu desenvolvimento emocional futuro. Inicia-se uma preocupação acerca das condições

de qualidade de vida e do clima emocional em torno do recém-nascido hospitalizado. Diversas pesquisas, em vários países, são concordantes em relação aos efeitos nefastos das separações precoces ou prolongadas, para o recém-nascido, em função de uma internação hospitalar. Os diversos estudos realizados identificam quadros como a depressão anaclítica e anorexia - regressões importantes no desenvolvimento, susceptibilidade a infecções, e até mesmo morte são relacionados às síndromes de privação afetiva (Sptiz, 1996).

Não encontramos, no entanto, na literatura específica da temática, nenhum estudo que investigue os aspectos psicossomáticos da maternidade em situação de alto risco, nem tampouco os aspectos relacionados às repercussões emocionais de uma separação precoce para a mãe. Alguns autores apontam para a importância do tema assim como no que diz respeito ao desenvolvimento de pesquisas acerca das repercussões emocionais de uma separação precoce para os pais (Klaus & Kennell, 1997). Assinalam ainda, que, em geral, observa-se no atendimento institucional a mães, uma exclusão e desconsideração de suas complexas reações afetivas à situação (Maury, 1999).

Nossa revisão bibliográfica sobre este tema específico nos últimos cinco anos, revela a escassez de produções científicas nesta área. Os poucos estudos encontrados, foram realizados por profissionais da área biomédica, principalmente de Enfermagem.

Observamos, ainda, através de nossa prática de atendimento em uma Unidade Materno-Infantil de alto risco, fazendo parte da equipe de Psicologia Médica, que, muitas vezes, a ausência destes estudos pode provocar efeitos nefastos e iatrogênicos na terapêutica. Em geral, a expectativa da equipe de saúde em relação

às mães, é a de que estas participem da assistência ao recém-nascido como co-terapeutas, como parceiras "ativas", "lutando" pela recuperação de seus bebês, Sendo que os sinais normais de ambivalência, de vulnerabilidade, as reações psicológicas à situação de enfermidade, passam a ser percebidos erroneamente como "perturbações no vínculo". Pouco se tem estudado acerca das vivências emocionais das mães nesse contexto específico ou sobre as repercussões futuras para seu equilíbrio geral.

Observamos que a lógica do pensamento biomédico, sua forma de investigar os fenômenos e sua terapêutica, está inscrita em uma visão clássica de se fazer ciência, a qual inclui o pensamento reducionista e mecanicista que separa os diferentes aspectos do homem - físicos, biológicos, psíquicos- ou os aglutina de uma forma simplista. É possível observar ainda que o pensamento determinista, dualista, baseado em uma causalidade linear dos fenômenos ainda é o hegemônico.

Entendemos que vários caminhos teóricos se fazem necessários para uma ampliação das investigações sobre o adoecer humano, e, conseqüentemente, sobre a terapêutica. De acordo com Winnicott (1988), os processos de saúde/doença são estados de interrelação complexa entre psíquico e somático, que se mantêm desde que a continuidade da existência não seja perturbada. No entanto, para este autor, é impossível que este processo de continuidade não seja nunca rompido, as reorganizações e reintegrações fazendo parte da experiência vital. Tal ponto de vista nos parece ter importantes correlações com a perspectiva atual do pensamento complexo, tal como proposta por Morin (1996), que nos coloca frente à instigante tarefa de pensarmos o sujeito como uma organização viva, paradoxal, em termos de relações, de integração e de processo, sendo capaz de se auto-renovar e de se dirigir criativamente para além das fronteiras físicas e mentais nos processos de evolução.

Tendo apresentado o nosso campo de investigações , centralizaremos nossa fundamentação teórica na descrição que Winnicott (1988) faz da unidade complexa, ou "psique-soma" e suas relações de crescente complexidade entre psíquico, somático e com o ambiente. *"Ao dissecar a personalidade, faço uso do termo psicossoma com a intenção de preservar o relacionamento fundamental que, na saúde, se estabelece e se mantém entre o corpo e a psique"*. (1988, p. 44). . Apresentaremos o estudo do desenvolvimento psicossomático precoce tal como proposto pelo autor, realizando alguns pontos de articulação com as investigações contemporâneas da Escola de Psicossomática de Paris, desenvolvidas por McDougal(1991) e Debray (1988).

CAP.2 A CONSTRUÇÃO DA UNIDADE PSICOSSOMÁTICA

Marco Polo descreve uma ponte, pedra
por pedra.
"Mas qual é a pedra que sustenta a ponte?" Pergunta Kublai
Klan.
"A ponte não é sustentada por esta ou aquela pedra - responde
Marco - "mas pela curva do arco que elas formam".
Kublai Klan permanece em silêncio refletindo. Depois
acrescenta
:"Por que falar das pedras? Só o arco me interessa".
- Polo responde:
"Sem as pedras o arco não
existe
(Ítalo Calvino - As Cidades Invisíveis)

Neste capítulo estaremos abordando o tema do desenvolvimento psicossomático, entendido de forma integrada a partir do contexto da relação objetal precoce⁷. Winnicott, no conjunto de sua obra nos traz importantes contribuições ao estudo das relações entre psíquico e somático; podemos até dizer que é através de sua conceituação de objeto que se abre uma perspectiva importantíssima na compreensão da constituição e evolução do Self⁸: a sua materialidade. Ao se debruçar sobre a questão do tornar-se uma pessoa, Winnicott resgatou o lugar do corpo na teoria psicanalítica, assim como, colocou ênfase na sensorialidade da experiência. Sendo assim, para o autor, não há como se sentir real, espontâneo, capaz de se relacionar, sem um sentido firme de corporalidade.

⁷ Em Winnicott, as relações de objeto precoces consistem em interações entre as "necessidades" de desenvolvimento dentro das provisões oferecidas pela mãe-ambiente a um Eu em evolução.

⁸ No desenvolvimento inicial, o Self designa a constituição de uma consciência de si, uma diferenciação entre interno e externo.

De acordo com Mello Filho (1995) para compreendermos a contribuição de Winnicott ao campo da psicossomática, necessitamos nos reportar à descrição que fez daquilo que chamou de "psique-soma", isto é, a unidade complexa que representa o bebê em um tempo primitivo, antes do desenvolvimento do intelecto e da aquisição da linguagem. Estaremos neste momento estudando a constituição da unidade psicossomática (ou self), focalizando a complexa inter-relação entre psíquico e somático que se dá na saúde para, posteriormente, pensarmos as vivências relacionadas ao adoecer somático e ao risco à vida.

2.1 Do Psique-soma inicial à Integração do Eu

No início da vida, em seus primórdios, a palavra Eu (Winnicott cit. In Wallbridge, 1982) não possui relevância. Winnicott (1949) postula no início do desenvolvimento individual uma indiferenciação eu-corpo, que foi por ele conceituado como psique-soma:

"Partamos do princípio de que a saúde, no desenvolvimento inicial do indivíduo, leva a uma continuidade de existência. O psique-soma inicial prossegue ao longo de uma certa linha de desenvolvimento, contanto que sua continuidade de existência não seja perturbado. É necessário que o ambiente se adapte ativamente a ele" (Winnicott, 1949, p. 412).

Segundo o autor (op. cit), o psique-soma ou esquema corporal de indivíduo, é aquilo que nós, observadores, reconhecemos como sendo o recém-nascido. Em sua descrição de um bebê, nos primórdios da vida, o autor postula que o

que existe é um conjunto anatômico e fisiológico, e a isto se acrescenta um potencial para o desenvolvimento de uma personalidade humana, ou seja, há uma tendência geral para o crescimento físico e uma tendência ao desenvolvimento psíquico da parceria psicossomática que conduzem à integração ou à consecução de uma totalidade. O psique-soma inicial seria portanto o potencial herdado que está vivenciando uma "continuidade do Ser". E é esta experiência de continuar-a-ser que irá conduzir a constituição do Self⁹.

Segundo Winnicott (1988), não é possível estabelecer uma distinção entre os processos psíquicos, somáticos e os ambientais, desde o início da vida. Nos estádios iniciais, então, a adaptação do ambiente às necessidades do bebê favorece um processo de constituição deste psique-soma, o corpo tomando-se a residência da Consciência de si.

Winnicott (op. cit) nos chama a atenção para o crescente interrelacionamento de complexidade entre soma e psique. É somente a partir do momento em que a criança começa a utilizar o intelecto e a auto-consciência, que passa a ser mais apropriada a palavra Eu. É, portanto, com o estudo da área de transição entre um Eu imaturo, em constituição, para a auto-consciência do bebê, que foram feitas as contribuições mais originais de Winnicott para a Psicanálise como um todo, assim como para o campo da psicossomática, como estaremos abordando nesse estudo.

Podemos dizer que ao definir um ambiente facilitador (1963), Winnicott definiu também a construção da imagem corporal, a relação do sujeito com

⁹ Segundo Safra (1999), referindo-se ao texto de Winnicott, não se deve pensar no Self, como uma organização mental, ou como uma representação de si mesmo, mas sim em como o indivíduo organiza-se no tempo, no espaço, no gesto, a partir de sua corporalidade.

o próprio corpo e com o corpo do outro, assim como do eu com o mundo . O ambiente facilitador ou mãe suficientemente boa acompanham o indivíduo (em seu interior, em volta de si mesmo e entre ele e o outro) durante toda a vida. Não está se falando de um ambiente bom, perfeito e idealizado, muito menos de uma mãe boa em si. Winnicott se refere à qualidade de facilitação de um determinado ambiente que provém diretamente da sensibilidade de uma mãe suficientemente boa para um determinado bebê.

O autor postula que no processo maturacional humano , a base para o desenvolvimento da personalidade é a **linha da vida**, que provavelmente tem início antes do nascimento concreto do bebê. Neste processo, está implícita a idéia de que nada daquilo que fez parte da experiência de um indivíduo se perde ou pode jamais vir a se perder, mesmo que, por força de causas complexas e variadas, vier a se tornar inalcançável pela consciência. Devido ao fato de os bebês serem criaturas cuja dependência é extrema no início de suas vidas, eles são necessariamente afetados por tudo o que acontece. Eles estão o tempo todo tendo experiências que se armazenam em seus sistemas de memória, de uma forma capaz de dar-lhes confiança no mundo ou, pelo contrário, de deixá-los com falta de confiança. Sendo assim, o que contrói um senso de previsibilidade no bebê e garante a continuidade do ser, são as condições instauradas por uma "maternagem suficientemente boa".

Podemos dizer, assim, que o acontecer do bebê humano no mundo demanda a presença de um outro. As primeiras organizações psíquicas do bebê, a entrada na temporalidade, a abertura da dimensão espacial, só se constituem e ganham realização pela presença de alguém significativo. Por outro lado, a "mãe suficientemente boa" também não existe sem o outro. Ela não existe sem um campo

sociocultural, que lhe dê possibilidades de exercer suas funções. A boa maternagem, assim como suas falhas, tem origem na mãe, no pai, nos ancestrais, na situação social em que a mãe se encontra, nas características da cultura de sua época. Trata-se de um fenômeno de grande complexidade. Sendo assim, quando falamos na unidade complexa, que constitui o bebê em relação ao cuidado materno, estamos falando de uma relação singular que inclui o coletivo.

Tradicionalmente em psicanálise, a noção de **objeto** é utilizada como uma abstração teórica, como o objeto do desejo, objeto da pulsão, etc. isolado da dimensão sensorial. Na perspectiva de Winnicott, cada ser humano surge no mundo por meio de uma organização subjetiva do **tempo**, do **espaço** e da **corporeidade**. Os campos sensoriais organizam-se em elementos que guardam relação com os ciclos e ritmos vitais, dando ao indivíduo a experiência de estar vivo com outros. Nessa perspectiva teórica, cada objeto tem importância em si. Não porque, simplesmente, signifique algo, mas porque abre possibilidades de vir a ser no mundo com outros homens.

A palavra "psique" é utilizada por Winnicott (1949) com mais frequência como sinônimo de "realidade interna" que, nos primórdios de vida do bebê, consiste de uma "elaboração imaginativa muito simples de partes, sentimentos e funções somáticas". Essa elaboração simples, ou vivência física, embora seja uma parte integral de cada indivíduo que nunca é perdida, é tão primitiva no início que fica totalmente esquecida para a consciência. Ao longo do processo do amadurecimento individual, no encontro com o outro, essa vivência poderá se articular em experiências mais amplas que juntamente com um desenvolvimento neurológico concorrente, fará emergir o mundo interno.

Em Winnicott (1988), observa-se que uma concepção integrada da relação psique-soma perpassa o conjunto de sua obra. Para o autor, o que está em questão não é a vida erótica do sujeito, mas a conquista de um lugar para viver, ou as bases do self no corpo. Sendo assim, em uma fase inicial do desenvolvimento, há um processo de construção através do qual psique e soma vão formando um tecido de inter-relações mútuas. Em uma fase posterior, o corpo vivo, com seus limites, com um exterior e um interior, será sentido pelo indivíduo como formando o cerne de sua vida imaginativa.

Ao afirmar que a existência psicossomática é uma realização, o autor enfatiza seu aspecto interacional e intersubjetivo. Ou seja, embora sua base seja uma tendência hereditária de desenvolvimento, ela não pode tomar-se um fato sem a participação ativa de um ser humano que segure o bebê e cuide dele. *"O processo de integração e de localização da psique no corpo é algo a ser alcançado.. É uma aquisição..."* (Winnicott, 1988 p.43)

Para Winnicott (1988) a existência psicossomática se produz a partir de duas direções: a pessoal e a ambiental. Por um lado, a experiência pessoal de sensações da pele, de erotismo muscular e instintos envolvendo excitação da pessoa total, e também tudo aquilo que se refere aos cuidados do corpo, à satisfação das exigências instintivas que possibilita a gratificação. Sendo assim, alguns estudiosos da obra do autor (Gurfinkel,1997), consideram a formulação teórica de Winnicott como uma concepção monista do desenvolvimento psicossomático, já que a psique e o soma - que formam o esquema corporal de todo indivíduo - interpenetram-se e desenvolvem-se em uma relação dialética, e apresentam o paradoxo da diversidade na unidade.

Para o autor, o desenvolvimento psicossomático é uma aquisição gradual e tem seu próprio ritmo. A psique se forma a partir do material fornecido pela elaboração imaginativa das funções corporais, assim como do acúmulo de memórias, e, enquanto tal, não se distingue do soma a não ser por uma divisão artificial ou devido a "*direção a partir da qual se está observando*" (1949, p. 411). Está fundamentalmente unida ao corpo através de sua relação tanto com os tecidos e órgãos quanto com o cérebro, bem como através do entrelaçamento que se estabelece entre ela e o corpo, graças a novos relacionamentos produzidos pela fantasia e pela mente do indivíduo, consciente ou inconscientemente. A parte psíquica ocupa-se com os relacionamentos, tanto dentro do corpo quanto com ele, e com os relacionamentos mantidos com o mundo externo; liga o passado já vivenciado, o presente e a expectativa de futuro, dá sentido ao sentimento do eu, e justifica nossa percepção de que dentro daquele corpo existe um indivíduo. Winnicott (1988) refere que a natureza humana não é uma questão de corpo e mente - e sim uma questão de **psique** e **soma** inter-relacionados, sendo a mente uma parte especializada da psique que não está necessariamente ligada ao corpo, embora dependa do funcionamento do cérebro.

A mente ou intelecto é, nesta concepção teórica, uma função do meio ambiente e de suas variações. Ela é a história viva de seus sucessos e falhas em adequar-se às necessidades do indivíduo em processo de maturação. A mente se desenvolve através da capacidade de compreender e compensar as falhas do ambiente, e o seu desenvolvimento é, portanto, muito influenciado por fatores alheios à esfera da vida pessoal do indivíduo, o que inclui os acontecimentos fortuitos da vida. Ela se especializa a partir da parte psíquica do psique-soma, no tratamento que se segue às falhas relativas da adaptação ambiental.

De acordo com o ponto de vista elaborado pelo autor, certos tipos de fracasso ambiental, especialmente uma maternagem inconstante, produzem uma hiperatividade do funcionamento mental. Em reação a este estado anormal do meio-ambiente, o pensamento do indivíduo começaria a controlar e organizar os cuidados dispensados ao psique-soma, ao passo que na saúde, esta é uma função do meio-ambiente maternante. *"Quando há saúde, a mente não usurpa a função do ambiente, tornando possível, porém, a compreensão, e, eventualmente, a utilização de seu fracasso relativo"* (1949, p. 414).

O crescimento excessivo da função mental como reação ao ambiente afasta a psique do indivíduo, do relacionamento íntimo que originalmente mantinha com o soma, criando um padrão de funcionamento distorcido "psique-mente", que afeta os estágios posteriores do desenvolvimento do Eu. Da mesma forma, de acordo com o autor, invasões excessivas ao psique-soma no momento do nascimento, e ameaçando a continuidade do ser, constituem-se como "marcas precoces" que, quando associadas a um fracasso da adaptação ambiental, não podem ser compensadas, pelo contrário, funcionam como um empecilho ao desenvolvimento do Eu. O que ocorre é uma **catalogação** ou **memorização** das reações perturbadoras à continuidade do ser (Winnicott, 1949).

Winnicott (1988) postula um estado de não integração primário a partir do qual a integração do Eu se realiza, no momento da dependência absoluta. O que o autor chama de processos de integração está na realidade configurado por três mecanismos que se articulam e se superpõem entre si: a integração, a personalização e a relação com objetos. Cada uma dessas funções conjuga-se de forma dinâmica com um aspecto da facilitação ambiental. Desta forma, a integração se produz graças ao

holding (suporte), a personalização é produzida pelo *handling* (manejo), e a capacidade de se relacionar com objetos desenvolve-se graças à aptidão materna de apresentar objetos.

Essas realizações não são necessariamente consecutivas, são interdependentes e há superposição entre elas. Tampouco são todas consolidadas ao mesmo tempo, no início, são alcançadas apenas momentaneamente, perdidas depois e então novamente atingidas. Winnicott (cit in Wallbridge, 1982), acreditava que, ao final da primeira metade do primeiro ano de vida (em um estado sadio), elas são consolidadas em um grau que pode ser visto, significativamente, pelo observador. Assinalou, ainda, que a maioria dos processos prossegue ao longo da vida continuando num crescimento que inclui integrações/reintegrações pela vida adulta e na maturidade sem estagnar-se jamais.

Integrar-se significa, então, a reunião dos componentes psíquicos e somáticos das experiências emocionais. Gradualmente isto inclui a orientação espacial e a noção de tempo. A capacidade de sustentação ou *holding*, fornecido ao bebê favorece a congregação das partículas e fragmentos de atividades motora e sensorial deste, que fazem surgir momentos de integração, nos quais o bebê se torna uma unidade, embora bastante dependente. Desta forma, a função materna confere ao bebê a experiência de continuidade e unidade ao corpo fragmentado, funcionando como continente e organizador das estimulações internas e externas.

Uma importante consideração do autor, no que diz respeito à integração psicossomática é a função especular materna. Winnicott (1971), analisando o trabalho de Lacan sobre o estágio do espelho, estabelece a função essencial do olhar materno para o bebê, quando se efetiva a passagem da vivência do corpo fragmentado

para o sentimento de unificação do corpo. "*No desenvolvimento individual, o precursor do espelho é o rosto da mãe*" (p. 153). É um papel vital desempenhado pelo meio ambiente que o bebê de fato ainda não separou de si mesmo. No desenvolvimento emocional saudável, ao olhar para a mãe a criança se vê e fortalece o seu sentimento de Ser.. A mãe, tendo do bebê uma imagem unificada, devolve o reflexo dele, seus gestos, suas expressões, sua singularidade, enfim, suas possibilidades de vir a ser, contribuindo para a constituição de seu corpo imaginário. O bebê se reconhece no olhar e na expressão facial da mãe e é importante que ele possa ver refletido no olhar da mãe aquilo que ele é e não o que ela teme, ou o que ela deseja.

A comunicação se dá em termos de que, se o olhar da mãe é vivo, a criança pode perceber-se como ser vivo; mas, ao contrário, se através da privação do afeto, a criança não existe para a mãe, o olhar desta assemelha-se a um espelho no qual se olha e nenhuma imagem é refletida. Winnicott (op. cit) nos fala das situações de depressão materna ou de grave adoecimento do bebê, quando o rosto da mãe deixa de ser um espelho. Ao invés de refletir o bebê, reflete o seu próprio humor ou a rigidez de suas próprias defesas. Desta forma, muitos bebês vivem uma longa experiência de não receber de volta o que estão dando, perdem a naturalidade e passam então a reagir. Eles olham e o que vêem é o rosto da mãe. Para o autor, quando um bebê está reagindo não está existindo, está sim, lutando para sobreviver e usando todas as suas forças contra uma ameaça de aniquilamento. Para o autor, se o bebê não recebe em retorno o que ele está dando, haverá uma atrofia em suas capacidades criativas, como preço pago por suas tentativas de se adaptar a uma tal situação. No caso em que o rosto da mãe não seja um espelho onde o bebê possa se

reconhecer, "a percepção toma o lugar da apercepção" e, se a ameaça de um caos se anuncia, o bebê organiza seu recuo ou não olha para nada, a não ser para perceber, e esta percepção torna-se uma defesa.

Podemos aqui imaginar as dificuldades de espelhamento, assim como os temores de uma mãe gravemente enferma no momento do encontro com o seu bebê. Para onde olha uma mãe ao ver seu bebê em uma incubadora.?

Como vimos anteriormente, no que se refere ao momento da maternidade, pesquisadores que estudam as interações precoces mãe/bebê (Stern, 1997 ; Debray, 1988) assinalam que a ancoragem biológica constituída pela gestação, parto e amamentação, funcionam como um gatilho ou vários gatilhos, evocando memórias corporais da mulher no que diz respeito a sua própria maternagem. Assim sendo, possibilita a articulação de múltiplos discursos: da mulher com o seu próprio corpo, com o corpo de um outro que abriga dentro de si, assim como com a sua própria relação fusional com o corpo de sua mãe. Esses discursos, como já desenvolvidos anteriormente, ocorrem em um **eixo de tempo-espaço não linear**, se relacionam interna e externamente numa organização psíquica temporária e adquirem significado a partir da experiência singular, atual, de cada mulher na interação com seu bebê. Portanto, podemos entender que o momento de nascimento de filhos, caracterizado como período sensível nos acena para um potencial de transformações e reorganizações extremamente importantes.

Faremos nesse momento uma diferenciação entre os conceitos de **integração, não-integração e desintegração**.

A **desintegração** corresponde a uma forma de defesa muito primitiva, organizada pelo bebê diante de um fracasso massivo da sustentação ambiental.

Implica a produção ativa do caos pelo psiquismo infantil, como uma tentativa de controlar as **angústias inomináveis** provocadas pela ausência do auxílio do eu materno. Uma característica básica dessas angústias é o fato de acontecerem por serem muito precoces, antes que exista um indivíduo capaz de experienciá-las. São angústias impensáveis que acontecem antes do início da atividade relativa a mecanismos mentais e a forças instintuais e que surgem diante do encontro com o mundo inesperado e incompreensível para o bebê. A experiência de ter estado em contato com as angústias primitivas e com as vivências de confusão e desintegração deixa uma marca traumática no psiquismo, sem acesso à lembrança nem à palavra, mas com a potencialidade de se atualizar em vivências ameaçadoras. Sendo assim, o temor de "que o deixem cair" ou de perder a unidade psicossomática irá reativar-se ao longo da vida.

A **não integração** corresponde a um estado normal do bebê, que pode permanecer relaxado enquanto a mãe se encarrega da função de sustentação. A integração não é necessária de modo permanente. Sendo assim, se o ambiente é confiável, a integração psicossomática normal conservará a capacidade de regressar a estados de não-integração.

À medida que surgem períodos de integração do ego, a diferenciação e a inter-relação entre a psique e o soma se estabelecem, e o bebê passa a ter o sentimento de habitar o próprio corpo (Winnicott, 1949). Esse processo é denominado pelo autor de **personalização** ou inserção da psique no soma. A personalização não significa apenas que a psique está colocada no corpo, mas também que, finalmente, à medida que o controle cortical se amplia, o corpo todo se torna o lugar da residência do eu.

As provisões ambientais satisfatórias, que incluem a capacidade materna de manejo (handling) do corpo infantil facilitam a inserção da psique no soma e o bebê passa a ter, então, uma existência psicossomática. O manuseio da pele da criança, durante os cuidados dispensados a ele pela mãe, estimula a aquisição de uma membrana limitante, que define o interior e o exterior, e pode-se falar que o bebê tem agora uma realidade interna e um esquema corporal.

Segundo essa proposição teórica, as falhas precoces no manejo corporal levam a uma inter-relação psique-soma deficiente, que predispõe a criança - e depois o adulto - a estados de despersonalização, onde há perda de vínculo entre a psique e o soma.

À medida que a criança se desenvolve, a inter-relação psique-soma vai se fortalecendo, existindo, entretanto, momentos nos quais essa coesão pode ser perdida, como nos períodos de fadiga, por exemplo. Cabe ao ambiente, portanto, a tarefa de favorecer esse caminho de ir e vir sem prejuízos para o desenvolvimento da criança, proporcionando à unidade psique-soma inicial uma continuidade de existência não perturbada. O indivíduo torna-se então, capaz de incorporar e reter lembranças do cuidado ambiental, e portanto cuidar de si mesmo.

Ao ter o seu corpo manuseado, o bebê passa a ser percebido como responsável por suas sensações físicas e, posteriormente, como fonte de suas emoções psíquicas. ele vivencia a experiência de morar dentro do seu corpo, ao mesmo tempo em que começa a perceber que sua mãe mora dentro dela. O sentimento de formar uma unidade inseparável com o seu corpo, é fruto de uma passagem satisfatória por essa etapa do desenvolvimento. A maneira como as doenças - isto é, tudo o que atinge o corpo de uma forma traumatizante - podem ser vivenciadas, está em relação

direta com as experiências e vivências dessa fase. Winnicott (1988) refere que os transtornos psicossomáticos (que serão discutidos em outro capítulo deste trabalho) relacionam-se a etapas muito precoces do desenvolvimento emocional e às falhas ocorridas nesse percurso.

"Um colapso nesta área tem a ver com todas as dificuldades que afetam a saúde do corpo, que realmente se originam na indefinição da estrutura da personalidade..... O colapso destes processos de desenvolvimento muito iniciais nos leva, imediatamente a diversos tipos de sintomatologia" (1988, p.10).

A mãe que manipula de uma forma satisfatória o corpo do seu bebê ajuda-o a construir (ou a inventar) um corpo imaginário que permanece ligado ao corpo real. A impossibilidade de criar um corpo imaginário produz a vivência de ter o próprio corpo real como um inimigo ameaçador ou, no melhor dos casos, como um estranho .

A sensação de bem estar físico, da capacidade de poder realmente repousar, de poder "esquecer" o corpo real é o produto de um bom handling. O adormecer e o acordar são outros indícios que falam, no presente, da maneira como no passado o corpo daquele sujeito foi manipulado por aquela que exerceu com ele a função de cuidador primário. Winnicott nos fala da importância dos momentos em que a criança, em processo de integração, vivencia um estado de não - integração onde não há uma atividade com objetivo, não há demandas e nem mesmo a necessidade de existir num corpo. Esses estados não-integrados constituem o

protótipo da capacidade de relaxamento do adulto. Mas só acontecem se há um nível bom de integração baseado numa relação de confiança.

Anzieu (1988) destaca a importância que Winnicott reserva ao “*holding*” e ao “*handling*” e as qualidades próprias da experiência corporal na estruturação do psiquismo. Segundo o autor, quando da amamentação e dos cuidados com ele, o bebê tem uma terceira experiência concomitante às duas precedentes: ele é segurado nos braços, apertado contra o corpo da mãe de quem sente o calor, o cheiro e os movimentos; ele é carregado, manipulado, esfregado, lavado, acariciado, e tudo geralmente acompanhado por um banho de palavras e de cantarolar. Estas atividades conduzem progressivamente a criança a diferenciar uma superfície que comporte uma face interna e uma face externa, isto é, uma interface que permite a distinção do de fora e do de dentro, e um volume ambiente no qual ele se sente mergulhado, superfície e volume que lhe trazem a experiência de um continente.

O bebê adquire assim a percepção da pele como superfície, a partir das experiências de contato com o corpo físico da mãe e no quadro de uma relação de apego com ela, tranquilizadora. Ele assim chega não apenas à noção de um limite entre o exterior e um interior, mas também à confiança necessária para o controle progressivo dos orifícios, já que não pode se sentir tranquilo quanto a seu funcionamento a não ser que possua, por outro lado, um sentimento de base que lhe garanta a integridade de seu envelope corporal.

Segundo Anzieu (op. cit), a superfície do conjunto do corpo do lactente com o de sua mãe pode proporcionar ao bebê experiências tão importantes, por sua qualidade emocional, por sua estimulação da confiança, do prazer e do pensamento, quanto às experiências ligadas à sucção e à excreção. Os cuidados

maternos produzem estimulações involuntárias da epiderme, quando o bebê é lavado, abraçado, etc. Este recebe esses gestos primeiro como uma estimulação e somente depois como uma comunicação, quando, então, a massagem se torna uma mensagem. Depreende-se a partir desta perspectiva teórica que a aprendizagem da palavra requer principalmente o estabelecimento prévio de tais comunicações pré-verbais precoces. E que a linguagem materna, constituída de ritmos, gestos, mímicas, diferentes tonalidades afetivas, é constitutiva dos níveis mais arcaicos do psiquismo.

Uma vez realizada a inserção psique-soma, o bebê passa a ter uma membrana limitante, com a pele definindo os limites entre o "eu" e o "não-eu", o interior e o exterior e o corpo se torna então a morada do self. Estabelece-se desta forma, segundo Winnicott, o estágio do EU SOU.

A última etapa dos processos iniciais de amadurecimento é a realização ou capacidade de se relacionar com os objetos. Aqui, a função materna torna-se importante no modo de apresentar os objetos. A mãe, com sua adaptação quase perfeita, é quem proporciona ao bebê a oportunidade de viver uma "breve experiência de onipotência". A desadaptação gradual o fará ingressar no princípio da realidade. A possibilidade de funcionar por momentos de acordo com o princípio de realidade, conservando outros momentos de onipotência, permite a instauração de uma relação com a realidade, preservando tanto o princípio do prazer como a capacidade de ilusão.

"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 construídas a partir de inúmeras impressões sensoriais, associadas à atividade da amamentação e ao encontro do objeto. No decorrer do tempo surge um estado no qual o bebê sente confiança em que o objeto do 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 onde os objetos aparecem e no qual eles desaparecem" (Winnicott, 1988 p. 126)

O autor postula uma "criatividade potencial", onde o mundo é criado de novo por cada ser humano; desta forma, o indivíduo permanece e confere um sentido ao ambiente. A criatividade refere-se, portanto, "*..a uma sensação individual de realidade da experiência e do objeto*" (Winnicott, op. cit. p. 130).

Observa-se, nesse momento do desenvolvimento, o aparecimento de um conflito, no qual o bebê oscila entre a busca do corpo materno e a curiosidade dirigida para o mundo. Trata-se de um campo de infinitas possibilidades, que fascina e aterroriza, ao mesmo tempo. Graças ao uso da capacidade imaginativa da criança, o espaço entre ela e a mãe concomitantemente separa e une, ou seja, ganha um caráter de fenômeno transicional. É um espaço que acena para o desenvolvimento da autonomia da criança e, por meio do qual, ela pode se separar da mãe e descobrir o mundo. Durante o processo de desilusão, ou separação do corpo materno, surge uma área intermediária, situada entre a subjetividade e a objetividade, que é a área dos fenômenos transicionais (Winnicott, 1951).

A existência desse espaço intermediário, que surge na dimensão sensorial, alivia o bebê das tensões oriundas do contato com a realidade externa. A entrada nos fenômenos transicionais permite que a pessoa estenda, cada vez mais amplamente, o seu espaço de vida. Na vida afora, essa área permanece como um local de descanso e de discriminação constante entre a realidade interna e externa. Após a desilusão, o vazio deixado pela ausência do outro é habitado pela capacidade de criar sonhos. Abre-se o espaço potencial.

Bollas (1992) ao referir-se ao conceito de "mãe ambiente" de Winnicott, acrescenta a idéia de que, nos primeiros tempos de vida, no processo de integração psicossomática, a mãe é experienciada pelo bebê como associada a um processo de transformações internas e externas cumulativas.

"A dor da fome, um momento de vazio, é transformado pelo leite da mãe em uma experiência de plenitude. Essa é uma transformação primária: vazio, agonia e raiva tornam-se plenitude e contentamento. A estética dessa experiência é a forma particular pela qual a mãe satisfaz as necessidades do infante e transforma suas realidades internas e externas. Lado a lado com a experiência subjetiva do infante de ser transformado, está a realidade, que é ele estar sendo transformado de acordo com a estética da mãe (Bollas, 1992 p.51).

O termo estética refere-se à ciência do sentido, da sensação. Ele é utilizado nesta acepção para abordar o fenômeno pelo qual o indivíduo cria uma forma imagética, sensorial, que veicula sensações de agrado, encanto, terror, etc. Essas imagens, quando atualizadas pela presença de um outro significativo, permitem a constituição dos fundamentos do Self, que pode então existir no mundo humano. Toda a questão da constituição do self e da subjetividade centra-se no uso da imagem, da forma sensorial, que apresenta o estilo de ser do indivíduo, em gesto criador do mundo.

Bollas (op. cit) nos fala da relação objetal mais arcaica e difusa, experienciada no período mais remoto da vida antes da mãe ser representada como um outro. Trata-se de uma relação que não emerge do desejo, mas de uma identificação perceptiva do objeto com sua função: a de alterar constantemente o meio do bebê

para satisfazer suas necessidades corporais.. Desta forma, o autor nos fala da primeira experiência subjetiva do bebê com o objeto, como um **objeto transformacional**, ou seja, com processos de transformação física que alteram a experiência do Self. O conhecimento do objeto nesta etapa é mais existencial, vivencial, sensorial, em oposição ao representativo e permanece na vida adulta como um saber "conhecido-não-pensado" que coexiste com outras formas de conhecimento.

Segundo o autor, quando o bebê cria o objeto transicional, o processo transformacional é deslocado da mãe-ambiente para inúmeros objetos subjetivos; dessa forma, ocorre uma evolução da "experiência do processo" para a "articulação da experiência" e o que foi um processo real de metamorfoses pode ser deslocado para equações simbólicas. A busca de equivalentes simbólicos para o objeto transformacional e para as experiências com as quais ele está identificado prosseguem na vida adulta. A vivência de ser transformado pelo outro permanece como uma memória que pode voltar a desempenhar um papel em diversificados contextos de vida do indivíduo. Segundo o autor, a procura da "mãe transformacional" na vida adulta pode representar, ao mesmo tempo, tanto demanda de uma experiência transformacional, quanto a continuação do "relacionamento" com um objeto que signifique uma experiência de transformação. O traço desse objeto consiste em que ele promete alterar o meio externo do sujeito e conseqüentemente mudar o seu humor interno.

Segundo Bollas (op. cit), procurar o objeto transformacional na vida adulta, é relembrar uma primeira experiência objetal para rememorar, não cognitivamente mas vivencialmente - através de uma experiência afetiva intensa - um

relacionamento que foi identificado com as experiências transformacionais cumulativas do self.

Gostaríamos de enunciar uma questão referente ao nosso tema específico: Poderíamos estar supondo o momento da maternidade, com sua característica de regressão narcísica, como um contexto evocativo do objeto transformacional? Acrescentamos a idéia que essa busca do objeto pode estar sinalizando um impulso para reencontrar, sob todos os tipos de equivalência, a experiência perdida da necessidade vital de continuidade do sentimento de existir. O corpo grávido da mulher, com sua sensação de plenitude, ou mesmo o encontro inicial da mãe com o recém-nascido nos falam de uma experiência estética, sensorial, de transformações físicas e emocionais. Bollas se refere ao momento estético da mãe transformando a experiência de vazio do bebê. Poderíamos, desta forma, pensar o momento da maternidade, com sua característica de transformações corporais, como uma experiência sensorial intensa, modificando a realidade física e psíquica da mãe?

A transformação não significa gratificação. O crescimento é só parcialmente promovido pela gratificação. Da mesma maneira, os momentos estéticos não são sempre ocasiões bonitas e fascinantes - muitas são feias e aterradoras, mas, não obstante, profundamente comoventes por veicularem a memória existencial (Bollas, 1992,p.46).

2.2 - . A sensorialidade e a "separação traumática" do corpo físico da mãe.

Para ampliarmos o nosso estudo sobre a sensorialidade, nos reportamos às pesquisas mais recentes de Tustin (1990) no âmbito das relações objetivas precoces. A autora conseguiu demonstrar, através de suas observações clínicas com autismo infantil, que os estados de sensações primordiais têm uma importância fundamental no desenvolvimento da imagem corporal e na constituição do self. Sua concepção original do pensamento é fundada sobre a sensorialidade. Pensar a partir das sensações corporais e de suas transformações em conceitos, idéias e pensamentos é um dos eixos principais de sua teoria.

Segundo a autora, o bebê tem uma disposição inata para criar "formas". Estas tendem a compensar a aleatoriedade do fluxo de sensações que constitui o senso de ser primitivo da criança (self sentido). As primeiras formas originam-se da "sensação" de substâncias corporais macias tais como as fezes, o alimento na boca, o muco. No desenvolvimento normal, esta tendência a criar formas logo se tornará associada com as formas reais de objetos reais. Isto resultará na formação de perceptos e conceitos que facilitam uma relação ativa com os objetos do mundo exterior que pode ser compartilhada com outras pessoas. As "formas" são os meios primários pelos quais criamos nossos mundos interior e exterior e desta maneira se tornam os rudimentos básicos para o funcionamento emocional, estético e cognitivo.

A autora (op.cit.) se reporta aos trabalhos modernos da observação empírica de bebês (Brazelton,1981; Bower,1977 apud Tustin, op. cit) os quais

descrevem que já nos primeiros dias de vida ocorrem momentos oscilantes de consciência da separação física da mãe. Esses momentos vêm e vão em uma trajetória fugidia, mas já caracterizam uma percepção alerta e ativa desde o início da vida. Tais descrições estão de acordo com as próprias observações clínicas realizadas pela autora, a partir das quais elabora a sua conceituação da auto-sensualidade, uma fase do desenvolvimento precoce que ocorre normalmente antes do auto-erotismo.

No momento do nascimento torna-se necessário que o bebê seja ajudado a suportar esses momentos de consciência diferenciada da separação do corpo físico da mãe através de ligações mentais com ela. Gradualmente, através do suporte materno, à medida que a organização neuromental do bebê se torna mais integrada, e também internaliza um conjunto de experiências satisfatórias com uma mãe responsiva, ele se tornará mais capacitado a suportar os momentos em que tem consciência desta ausência de ligação física com ela. Para compensar a ameaça do "buraco" de sua ausência, haverá memórias - táteis, olfativas, auditivas e visuais - de suas experiências íntimas com a mãe. Elas impedem que sua ausência se torne um **buraco negro**¹⁰ repleto de pânico, raiva e desespero inexprimíveis.

Os inúmeros registros das "formas" são presenças de vida, de ser. São fenômenos em que a presença da mãe é o self da criança. São formas significadas pelas diferentes qualidades afetivas do encontro entre mãe e bebê. O importante é que este caleidoscópio de sensações capacita a criança a ter um corpo, que paradoxalmente é presença do outro. Ou seja, o indivíduo se sente vivo em determinada região de seu corpo na medida em que ela foi transfigurada pela presença

¹⁰ A autora associa este termo a um tipo de depressão muito precoce mencionada por Winnicott em um ensaio intitulado "The mentally ill your case load, que ocorre quando a perda da mãe é experimentada como a perda de uma parte do corpo (Winnicott, 1958 cit in Tustin, 1990).

do outro. Do ponto de vista da constituição e da organização do self, ali onde não houve presença humana que possibilitasse o acontecer e a evolução do self, teremos um abismo no nada, buracos no self que fazem com que o indivíduo experimente o terror das angústias impensáveis.

As formas sensoriais que são presença do outro dão ao indivíduo um primeiro campo onde ele pode sentir que existe. São experiências que dão à criança a vivência de lugar e de extensão. Gradualmente se estabelece uma organização de self bidimensional. O self, nesse momento, é calor, textura, dureza e assim por diante. Só lentamente, por meio das experiências decorrentes do processo de amamentação e do holding proporcionado ao bebê, é que este terá a experiência de um self tridimensional. Quando este ponto é alcançado, a criança já estará também tendo acesso às primeiras concepções de não-eu. É entre o eu e o não-eu que surgirá a noção de um espaço que não seja só presença, mas ausência - vazio. Se as etapas anteriores ocorreram de forma satisfatória, a criança poderá dispor de um repertório imaginativo, composto pelas formas sensoriais que lhe deram sentido de self. É este repertório que poderá ser utilizado pelo indivíduo para habitar, imaginativamente, o espaço vazio existente entre ele e a mãe.

Tustin (1990) nos fala das situações de depressão materna onde ocorre uma ausência de ligação mental com o bebê ou ainda uma falta de interações responsivas entre este e o meio. Tais circunstâncias, acontecendo em bebês com uma determinada fragilidade psicobiológica inicial, faz com que eles experimentem a percepção de separação do corpo físico da mãe de forma abrupta, catastrófica, ou seja, como um desprendimento traumático de uma "coisa" inanimada, ao invés de ser um processo gradual de diferenciação de um ser humano vivo.

A autora observou em certos pacientes autistas que estes, freqüentemente, experimentam a existência de buracos sem fim em sua corporalidade. É a vivência do nada que os leva a serem tomados pelas ansiedades impensáveis. É comum que esses pacientes se utilizem de objetos duros para escapar do horror destas experiências. Tustin (1972) os denominou de objetos autistas. Eles são utilizados não pelo seu valor simbólico, mas pela sua dureza, que parece dar ao autista algum senso de estabilidade e proteção. Tais objetos funcionam como objetos- coisa ou objetos inanimados que são vivenciados como extensão do Eu e usados para preencher a sensação do vazio ameaçador. São utilizados de forma ritualística e obsessiva como se fizessem parte do corpo da criança, impedindo a percepção da separação física. Segundo a autora, mãe e filho que se tornam objetos autistas um para o outro, se ajustam "perfeitamente", impedindo a possibilidade de um espaço potencial onde pensamentos, memórias e imaginações possam ocorrer.

Em termos da definição de Winnicott (1951) do objeto transicional como sendo a primeira possessão não-eu, podemos dizer que os objetos autistas ou de sensação são vividos como "possessões-eu" e assim como as formas autistas, constituem-se como barreiras ao desenvolvimento psicológico normal. Enquanto o objeto transicional é articulador de sonho e permite aberturas de possibilidades, os objetos e as formas de sensação constituem-se de maneira patológica, para garantir o senso da continuidade corporal, como uma tentativa de preencher os buracos na organização do corpo da criança. Eles são uma substituição palpável, concreta, que bloqueia a representação imaginativa.

A experiência de uma consciência não amortecida da separação física é inconcebível para o bebê, em parte porque ele se encontra em um estágio onde ainda

não existe uma organização psíquica para metabolizar essa experiência, assim como não encontrou uma situação ambiental que pudesse ampará-lo. Dessa forma, o terror do inominável dos estágios primitivos interfere no desenvolvimento de uma imagem corporal segura e normal, e portanto de um senso de identidade seguro.

As descobertas de Tustin (op. cit.) na área da auto-sensualidade desviante não estão limitadas ao autismo infantil, mas têm sido de grande valor no estudo de inúmeros transtornos clínicos, contribuindo para um novo olhar sobre esses fenômenos,¹¹ dentre eles as perturbações alexitímicas.¹²

A autora ressalta que as formas e objetos autistas em indivíduos neuróticos se tornam "encapsulados" impedindo as interações criativas necessárias. Na ausência de cicatrização, as feridas traumáticas "cobertas" por práticas autistas afastam a criança cada vez mais dos contatos afetivos, e são desnudadas cada vez que novas separações acontecem. O pânico e angústia frente a um **buraco negro** que não foram processados, mas que permanecem enquistados, podem se manifestar em condições psicossomáticas de diferentes tipos, assim como afetar a atitude do indivíduo diante da morte, na medida em que inevitavelmente produz uma percepção da separação corporal. Os estados autistas assim formulados, nos parecem importantes para que possamos entender as vivências dos indivíduos afetados por

¹¹ Klein, S (cit in Tustin, 1990) observa uma auto-sensualidade patológica em pacientes com anorexia nervosa.

¹² Impossibilidade de nomear os estados afetivos, observados principalmente em indivíduos com perturbações psicossomáticas.

eles. De acordo com Tustin, poderíamos estar pensando em um "recuo ao inanimado" nos termos propostos por Freud (1920, apud Tustin, 1990).

Safra (1999) através da observação clínica, assinala que em algumas perturbações psicossomáticas, certas regiões corporais são vividas pelo indivíduo com estranhamento, como se fossem áreas corporais que ainda se encontram no estado de coisa. Desta forma, ocorre ao indivíduo uma sensação de que aquelas partes do corpo não lhe pertencem; podem ainda, ser vividas como parte intrusiva do corpo de outra pessoa. Sendo assim, o adoecer somático seria uma tentativa, ainda que desesperada, de humanizar um corpo coisa, que o ameaça com o não-ser, com as ansiedades impensáveis.

Segundo Tustin (op. cit), a ferida decorrente da cisão do nascimento parece ser cicatrizada pelos encontros transformadores entre a mãe e o bebê ao longo do desenvolvimento. Tais encontros são bem numerosos e frequentes no início do relacionamento (resultado dos melhores momentos de entendimento entre a mãe e o bebê), permitindo, progressivamente o avanço da consciência de separação. Haag (1991) nos fala da experiência de "junções criadoras" favorecidas por tais encontros, que parecem provocar a capacidade de reproduzir, num nível muito primitivo de representação, laços de inter-relação interpenetrante no interior do corpo. A partir de então, podem atuar laços de exploração mútua confirmando a existência progressiva de dois corpos separados. Os encontros criam condições para que o bebê possa ter um repertório imaginativo que o capacitará a elaborar, imaginativamente, as funções corporais. Trata-se de um repertório que é fruto da presença do outro. Sendo assim, a criança ganha unidade corporal por meio da e na presença do outro, surgindo paulatinamente um corpo psíquico: um corpo cujas funções foram elaboradas

imaginativamente. À partir de então ocorre uma integração das diferentes experiências sensoriais: macio, duro, quente, frio e assim por diante.

2.3- A Matriz Psicossomática - Um Corpo para dois

A criança leva **tempo** para realizar a sua unidade psicossomática, estabelecendo então como verdade a ilusão de "habitar" o corpo, para finalmente poder dizer: "Eu me sinto bem, triste, doente". O sentimento de identidade apóia-se na convicção de que se vive no interior do "envelope carnal" (Anzieu,1988) e na certeza de que o corpo e o eu são indissociáveis. Essa experiência se inscreve no interjogo relacional entre o corpo do bebê e presença do outro dos cuidados primordiais. Ou seja, inicialmente a presença do cuidador é contínua e no decorrer do tempo se torna descontínua, quando então a mãe suficientemente boa alternará suas presenças e ausências. A presença do outro da maternagem, garante ao bebê não apenas a satisfação de suas necessidades vitais, funcionando também como uma "película" que o envolve, assegurando ao mesmo tempo uma proteção contra os estímulos que ainda não é capaz de assimilar. Além de uma presença protetora é também uma fonte de estímulos necessários à maturação e ao desenvolvimento do bebê, inclusive do ponto de vista fisiológico. Sabemos por exemplo que tanto a epiderme como o sistema nervoso se originam do ectoderma.(Anzieu, op. cit) A pele é, desde a vida intra-uterina, um órgão sensorial, um dos principais órgãos que são estimulados no contato entre a mãe e o bebê.

É esta relação com um outro significativo que propicia, após o nascimento, o processo de maturação do bebê, o desenvolvimento da motricidade, das relações com os demais humanos, da linguagem até o desenvolvimento do aparelho psíquico, a criação mais elaborada do desenvolvimento. Sendo assim, na teoria psicanalítica, quer nos apoiemos em Winnicott e em suas referências ao papel do meio, quer nos mantenhamos mais próximos de Freud, interfirimos que o ser humano se constitui subjetivamente na relação com outros seres humanos.

McDougall (1983) utiliza o termo **psicossoma** para falar das diferentes formas de relação eu-corpo, e das conseqüentes formas de relação eu-outro. A autora propõe uma forma de relacionamento eu-corpo, característico de pacientes somatizantes onde o corpo é, aparentemente **desafetado**, desinvestido, onde suas comunicações e mensagens afetivas são travadas, impedidas de registro psíquico. Desta forma, o psiquismo de tais pacientes se torna então impossibilitado de representar as comunicações corpóreas, o que aumenta a vulnerabilidade psicossomática. Segundo a referida autora, o soma pode reagir e funcionar de um modo que qualifica como "autista", ou seja, desligado das mensagens afetivas do psiquismo em termos de representação verbal, reduzido a representações de coisa muito fortes, e, portanto, a uma expressão não verbal, ainda que mantenha intacta a relação com a realidade exterior.

A autora aponta através de observação clínica que os pacientes somatizantes viveram de maneira intensa a proibição de se individualizar, de deixar o corpo-mãe, criando assim um corpo combinado, no lugar do corpo próprio.

Segundo McDougall (1989) o bebê vive experiências somáticas intensas nos primeiros meses de sua vida. Antes de ter uma representação clara de

sua imagem corporal, ele não consegue vivenciar seu corpo ou o de sua mãe senão como unidade indivisível. Embora o bebê busque realizar trocas com sua mãe e desenvolva bem cedo seus próprios métodos de relacionamento com o ambiente, ele não efetua uma distinção bem definida entre si mesmo e o objeto.

"a vida psíquica começa com uma experiência de fusão que leva à fantasia de que existe apenas um corpo e um psiquismo para duas pessoas e que estas constituem uma unidade indivisível... A mãe neste momento é um ambiente total, uma "mãe-universo", e o bebê não passa de uma pequena parcela dessa unidade imensa e apaixonante" (McDougall, 1989, p.33).

Segundo McDougall (1994) a chave para a questão trazida pela psicossomática, de como o corpo biológico se torna um corpo psicológico, representado psiquicamente e unificado, encontra-se portanto na interação com aqueles que cuidam da criança. É a partir das primeiras trocas entre o bebê e o ambiente maternante que vão ocorrer as primeiras inscrições pulsionais em torno das quais o aparelho psíquico irá se estruturando. Portanto, a via que parte do corpo primário, fragmentário, sem imagem, irrepresentável pela psique, para chegar ao corpo unificado, erógeno, sujeito de fantasias e objeto de simbolização, é marcada por cruzamentos, por cortes bruscos, por pistas confusas. Uma vez que, no início da vida, o bebê se encontra fundido com a mãe-ambiente, o aparelho psíquico desta terá para o bebê uma função estruturante, já que é esta que terá que decodificar as mensagens corporais do bebê e dar conta da excitação que ele ainda não tem condições de elaborar.

A autora considera que a experiência de fusão e fantasia de corpo único tem como protótipo biológico a vida intra-uterina, e que o desejo de tornar-se

novamente parte dessa "mãe-universo", do retorno ao estado de fusão original, existe profundamente em todo ser humano. Sugere ainda que, quando a relação mãe-bebê é "suficientemente boa", nos termos winnicotianos, a partir da matriz somatopsíquica original, vai havendo, de forma gradual, a estruturação do psiquismo da criança, e à medida que o psíquico se diferencia do somático (dessomatização do psiquismo), paralelamente o corpo infantil vai sendo diferenciado do corpo materno.

A matriz somatopsíquica diz respeito ao prolongamento imaginário do corpo materno no recém-nascido. No processo de lenta "dessomatização" da psique, ocorrerá uma dupla busca infantil: nos momentos de dor psíquica ou física, o bebê procura recriar a ilusão da unidade corporal e mental com a mãe-universo e ao mesmo tempo, lutará para diferenciar-se de seu corpo e de seu ser.

A criança, no desenvolvimento normal, construirá, a partir dos processos de incorporação, introjeção, uma mãe que cuida, que contém, que apóia seu desejo de autonomia corporal e psíquica. Ela tem a necessidade vital de manter a ilusão de formar um só ser com sua mãe durante um longo período, o que faz com que a unidade mãe-bebê se diferencie gradativamente.

No caminho rumo à individualização, a criança precisa enfrentar algumas experiências fundamentais que são: a ausência, a alteridade e a diferença. Para McDougall (1989), estas são feridas narcísicas em torno das quais se articulam o sentimento de self e a identidade individual. A aquisição de uma identidade separada dá origem ao indivíduo (*individuum* : unidade indivisível) e leva ao recalçamento o desejo de fusão original, que continua existindo no âmago do psiquismo humano, e se torna viável pelo acesso virtual das experiências de união erótica e mística (McDougall, 1989).

McDougall (op. cit) nos faz lembrar que a realidade primeira de um bebê é constituída pelo inconsciente materno, pois este determina a maneira como a mãe vai "estar" com o seu bebê, a maneira como vai se relacionar e interpretar as necessidades dele. A interpretação que a mãe faz das necessidades da criança está vinculada aos seus próprios desejos, sujeita aos seus conflitos inconscientes, e à forma como o universo pré-simbólico e pré-verbal está estruturado em seu psiquismo.

"As transações pré-natais entre a mãe e seu feto, combinadas ao impacto do inconsciente biparental sobre a matriz corpo-mente da nova vida, produzem um pálido projeto da estrutura psíquica do futuro lactente. A observação clínica confirma que as projeções parentais na criança ainda não-nascida, assim como a ocorrência de eventos externos afetivamente carregados durante a gravidez da mãe, desempenham um papel no contato da mãe com seu bebê fetal. Em seguida a essas influências pré-natais, as primeiras transações entre mãe e lactente podem, juntas, determinar a tendência a reações somáticas, mais do que às reações psicológicas, diante do estresse interno e externo" (McDougall, 1997, p. 167).

A autora se utiliza das inúmeras pesquisas atuais de observação da díade mãe-bebê para fundamentar seu conceito de matriz corpo-mente, enfatizando a importância dos acontecimentos internos e externos que circundam a concepção e o nascimento do bebê. Sua pesquisa psicanalítica se volta para o estudo das mais antigas formas de estruturação psíquica, para o universo pré-simbólico, suas formas de constituição e seus efeitos na criança e no adulto.

Segundo a autora, para chegar a um sentido de self solidamente coeso, o lactente necessita estabelecer uma relação inicial com o outro onde este preencha de maneira adequada seu papel de "escudo protetor" ou "para-excitação" contra os

poderosos estímulos provenientes de fora, assim como, que seja capaz de decodificar as comunicações iniciais que o bebê lhe faz. A representação psíquica da mãe que se esboça no desenvolvimento inicial está intimamente ligada à capacidade materna de modificar o sofrimento físico ou psíquico do bebê.

À medida que se dá a lenta introjeção do ambiente, o lactente começará a fazer a diferença entre si mesmo e sua mãe. Entretanto, quando por razões diversas, o bebê é exposto a superestimulação traumática (especialmente quando ele está sofrendo) ou quando exposto a subestimulação igualmente traumática, isso pode levá-lo a uma incapacidade de distinguir a representação de si mesmo da representação do outro. Conseqüentemente, pode permanecer uma representação corporal arcaica, na qual os contornos do corpo e a distinção entre corpo materno e corpo próprio permanece confusa. Dessa forma, a separação e diferença não são vividas como aquisições psíquicas. Pelo contrário, podem ser temidas como uma realidade que diminui o indivíduo e o esvazia daquilo que parece vital para sua sobrevivência. A luta contra a separação primordial, pode ceder lugar a conciliações muito variadas; uma delas seria uma dissociação entre o psiquismo e o soma. Ou seja, o soma pode passar a funcionar desligado das mensagens afetivas do psiquismo em termos de representações verbais.

No relacionamento inicial da mãe com o recém-nascido descrito por Winnicott (1956) como "preocupação materna primária", uma parte da mãe está fundida com o seu lactente, o que faz com que de certa maneira ela partilhe a mesma ilusão de ser parte da unidade mãe-bebê. Entretanto, segundo McDougall (1989), algumas mães, por razões diversas, vivenciam seus filhos como corpos estranhos, diferentes delas. Outras, ao contrário, não conseguem resignar-se a abandonar a

relação fusional. Em cada caso, segundo a autora, a criança pequena corre o risco de ter grandes dificuldades para estabelecer o sentimento vitalmente necessário de uma identidade separada. Segundo a autora quando existe pouco "espaço" psíquico potencial entre mãe e filho, a criança a quem falta esse espaço vital ao longo de toda a sua infância, pode ter uma certa dificuldade para organizar sua própria realidade psíquica, para se proteger das situações que a ameaçam, para se aliviar nos momentos de dor psíquica, em suma, para realizar sozinha as funções maternantes.

McDougall (op. cit) propõe que uma das perturbações na comunicação inicial mãe-bebê seja uma ruptura na sequência dos fenômenos transicionais da infância, descritos por Winnicott (1951). Segundo a autora, tal fato predisporá o adulto à criação daquilo que ela conceitua como objetos transicionais patológicos (McDougall, 1982), que se caracterizam por uma forma de relacionamento aditiva. Tal modelo de relação destina-se a reduzir o sofrimento mental e os conflitos psíquicos e nessa medida, são necessários para representar o papel da mãe na infância. As adições são também tentativas mágicas de preencher o vazio do mundo interior, onde falta uma representação internalizada de uma instância maternal reconfortante e tranqüilizadora, assim como para restaurar o ideal diádico primitivo.

Uma das importantes contribuições da autora e de grande relevância para o nosso estudo é o pressuposto de que a vulnerabilidade psicossomática da criança e mais tarde do adulto, está associada a uma objetivação prematura dos primeiros objetos - "*com frequência descobri uma dificuldade na maturação dos fenômenos transicionais em grandes somatizantes*"(McDougall, 1989, p. 177)

CAP.3 -A MEMÓRIA DO INFANTIL E A SUA RELEVÂNCIA
PARA O CAMPO DA PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA

"O ponteiro dos segundos
É o exterior de um coração.
Conta a minutos os mundos,
Que os mundos são sensação"

(Fernando Pessoa, 1932, poema 754)

A psicossomática psicanalítica se propõe a investigar as "*insuspeitadas relações entre psíquico e somático*" (Ferraz & Volich, 1997) constituindo-se como um campo de investigações bastante vasto e complexo, ampliando os limites da *investigação psicanalítica tradicional*.

Os estudos da psicossomática tal como abordados pela teoria do amadurecimento humano de Winnicott (1988) assim como em Marty (1993), Debray (1988) e McDougall (1989) se inserem em uma perspectiva evolucionista em psicanálise, o que nos remete a uma concepção histórica do indivíduo e, por outro lado, a níveis diversos de funcionamento e organização psíquica, algo que consideramos como um importante ponto de articulação nos diferentes autores citados e que será o recorte do presente capítulo. Estaremos neste capítulo discutindo questões a respeito da temática do **infantil** inaugurada por Freud, ampliada pelo estudo das relações objetais precoces, assim como a relevância desta temática na pesquisa em *psicossomática psicanalítica*. O *infantil* que é constituído pelas inscrições das vivências da infância nas quais o outro desempenha papel primordial. Destacamos,

neste capítulo a perspectiva do sujeito histórico da psicanálise, tentando resgatá-la como temporalidade inscrita nas entranhas do atual transferencial.

Segundo Tanis (1995), a dimensão histórico-infantil encontra-se presente como argamassa que permite a liga entre os diversos tijolos que constroem o edifício teórico legado por Freud . É possível atribuir múltiplos sentidos para o passado histórico, mas não podemos negar sua existência. Nas últimas décadas têm sido realizados inúmeros e intensos estudos interacionais¹³ do bebê com o ambiente e com sua mãe. Algumas dessas pesquisas partem de um referencial psicanalítico e visam confirmar descobertas feitas na própria clínica, acerca das influências das interações precoces assim como do psiquismo materno sobre o bebê. O que se destaca nestes estudos são as modalidades específicas de uma influência real, exercida sobre a vida pulsional e fantasmática, nos seus primórdios e ao longo de toda a vida.

Freud pretendia, no início de sua prática, que a análise tivesse a capacidade de levantar as barreiras do recalque, permitindo o acesso à consciência das lembranças esquecidas por efeito do mesmo. As questões da temporalidade e da memória nunca deixaram de ser objeto de seu interesse. No entanto quando se fala em memória, esta pede um objeto. Memória do quê? Parece-nos que trata-se de fatos, eventos, impressões, fragmentos de coisas vistas ou ouvidas, memória de um passado irrecuperável na sua identidade espaço-temporal, embora vivo e ativo naquilo que, com Freud, podemos chamar numa primeira aproximação, de infantil.

Como compreender o **infantil** em seu estatuto psicanalítico? Trata-se de uma interiorização ponto por ponto da infância? Ou serão fases de desenvolvimento preestabelecidas que obedecem a uma ordem cronológica que, se

não satisfeitas, desencadeiam as patologias como falhas no desenvolvimento? Ou, podemos supor, seguindo um modelo freudiano, que o infantil só poderá ser compreendido se estudarmos os modos singulares de o sujeito se constituir em relação a uma memória e a uma temporalidade que obedecem a uma causalidade não-linear de composição.

Fontes (1997) em sua pesquisa sobre memória corporal articulou algumas concepções teóricas que postulam que as sensações são as raízes do psiquismo. A autora cita a proposição de Fedida segundo o qual a memória do infantil está para além do recordável referindo-se às impressões da pré-história individual, ou melhor, a um tempo a-histórico onde é impossível estabelecer uma cadeia contínua de acontecimentos. *“Cada indivíduo teria marcado seu corpo diferentemente segundo as impressões de sua mais remota infância. Essa história pessoal é registrada inicialmente através das sensações e somente mais tarde incluirão a linguagem”* (Fontes, 1999, p.66)

Green (1990), em um trabalho dedicado ao estudo da memória e do tempo, desenvolve uma importante contribuição da psicanálise para a compreensão da diversidade dos objetos mnêmicos. Segundo o referido autor, a originalidade da posição psicanalítica pede uma categorização dos objetos mnêmicos, já que estes não podem definir-se unicamente por sua qualificação perante a memória explícita. Assim, haveria a possibilidade de distinguir:

as lembranças designadas como tais, conscientes, recuperadas pela psicanálise, inclusive as lembranças encobridoras, mais ou menos intrincadas com as fantasias, etc;

¹³ Lebovici (1987) oferece uma extensa e crítica introdução ao tema.

Os derivados mnêmicos, como elementos contextuais na periferia do conteúdo das lembranças (como evocados por Freud em construções em análise), os sonhos, os delírios, as repetições atuadas, etc;

a memória amnésica, a compulsão à repetição, os estados de despersonalização ou somatização, etc.

Essa tentativa de Green (op. cit) parece-nos extremamente fecunda, pois, ao mesmo tempo em que organiza os diferentes aspectos do fenômeno mnésico, coloca em evidência os diversos aspectos do objeto psicanalítico. Em outras palavras, aponta de forma muito categórica a impossibilidade de uma redução do objeto psicanalítico, desmontando a idéia segundo a qual Freud operaria com um modelo linear de memória.

De acordo com a proposição de Green (op. cit), se quisermos entender a memória como um dos elementos constitutivos do infantil psicanalítico, devemos compreender o regime do funcionamento destas diferentes modalidades de inscrição psíquica, que têm como corolário fenômenos mnêmicos tão particulares. Onde certamente não estaríamos falando somente de representações pré-conscientes capazes de evocação, mas, como ressalta Green (op. cit), de como o irrepresentável se torna presente através da memória amnésica. O autor nos fala de traços não simbolizados que seriam encontrados nas psicose, nos estados narcísicos, nas perturbações psicossomáticas.

Assim, podemos pensar o infantil não como um reservatório de lembranças conservadas de forma intacta, ou como repertório de comportamentos

atribuídos à infância do adulto. Mas, ao contrário disso, trata-se de uma memória dinâmica. Estamos nos referindo a um fenômeno onde o modo pelo qual o psíquico registra experiências é ao mesmo tempo o modo como se constitui pelas vivências infantis. O que está em jogo é a eficácia destas experiências e sua força viva no presente (Tanis, 1995)

Alguns psicanalistas pós-freudianos, tais como Winnicott (1949, 1945), foram capazes de iluminar novos territórios da subjetividade humana, apreendendo novos aspectos desta no contexto clínico. O autor prioriza as questões do âmbito da **necessidade** e da sobrevivência do ser. Recoloca o bebê humano em relação ao outro, em seu estado de dependência absoluta, frente à emergência de estímulos internos e externos, com um aparelho psíquico em constituição, ainda frágil para dar conta de irrupções muito violentas, tanto pulsionais quanto ambientais. Sendo assim, podemos falar em uma etapa arcaica, pré-histórica do psiquismo, constituído de significantes pré-verbais, antes da aquisição da linguagem.

Inserido em uma perspectiva evolucionista, Winnicott (op. cit.) nos fala do amadurecimento do indivíduo, atravessado pelo **tempo** e marcado no seu ser pela **história**. Assim, no desenvolvimento inicial se dá a constituição de um Eu, de objetos e das noções de realidade e corpo próprio. Um de seus princípios nucleares é o de que aquilo que supomos como dado no sujeito é, na verdade, fruto de um processo de interação dialética com o ambiente que normalmente passa despercebido.

Por outro lado, quando falamos das questões do corpo e do adoecer somático não há como entendermos as doenças e as disfunções fisiológicas nelas existentes sem inseri-las no campo da subjetividade e da história relacional do sujeito, pois não podemos aceitar o reducionismo do modelo biomédico e nem as

formulações dualistas e dicotomizadas já bastante criticadas. Sendo assim, como poderíamos pensar na relação de **temporalidade** considerando os fenômenos psicossomáticos em questão?

Os autores contemporâneos da psicossomática psicanalítica, como Marty (1993), Debray (1988), McDougall (1989) têm como fundamento o conceito de que as somatizações - que podem implicar todas as doenças orgânicas, são vazias de significado naquilo em que este nos remete à questão do recalcado, seus substitutos e suas metáforas não podem, assim, ser interpretadas. O ato do somatizador recai sobre o soma. Ao contrário da conversão histérica, quando o corpo afetado é o corpo erógeno - portanto, corpo simbólico - na somatização, o corpo em questão é mesmo o corpo biológico, que se impõe com enorme peso de realidade, daí a existência de lesões orgânicas, muitas vezes extremamente graves.

Segundo McDougall (1983), podemos dizer que certas manifestações corporais admitem uma leitura, ou seja, expressam um discurso. Tornam presente, através do sintoma, uma ausência necessária para a manutenção do equilíbrio psíquico do sujeito, evitando a irrupção da angústia. Tais manifestações deixam rastros, pegadas, que ao serem seguidas formam um sentido claro, o qual, evidenciado ao sujeito, o liberta do sintoma. As manifestações corporais que assim se formam são as manifestações neuróticas, históricas e fazem parte do "corpo neurótico". Pelo fato de expressarem um discurso simbólico, têm como pré-condição a existência de um sujeito primeiramente constituído como tal e com uma capacidade simbólica suficiente para que assim uma história possa se expressar, ou seja, faz-se necessária a diferenciação eu-outro e a constituição dos limites eu-corpo.

Segundo a referida autora, quando o fenômeno psicossomático se torna a via privilegiada de reação frente à dor psíquica, estamos falando das somatizações propriamente ditas ou dos transtornos psicossomáticos. Trata-se de uma via de expressão estabelecida antes do advento da palavra como organizador simbólico, ou seja, se estabelece em um período pré-verbal, relacionando-se à diferenciação eu-outro, assim como à organização do sentimento de ser e de existir. Dessa forma, pode ser pensada como uma via que protege anacronicamente o sujeito de angústias dessa época, portanto angústias de aniquilamento ou psicóticas. Segundo McDougall (1983), se existe uma história, esta é profundamente arcaica e pré-verbal.

De um outro ângulo, pode-se verificar uma relação interessante entre sintoma e temporalidade em psicossomática: trata-se do papel preponderante dos fatos atuais sobre o desencadeamento das crises. Os acontecimentos se referem ou a uma perda real como a morte de um ente querido ou a situações equivalentes como mudanças, separações, crises vitais, etc. As datas, ou são datas de significação universal como Natal, Ano Novo, ou específicas como o dia de aniversário, ou, ainda, uma data que marca repetidamente uma situação traumática ocorrida anteriormente.

Como nos lembra Santos Filho (1992, p. 354):

"desde Franz Alexander aos modernos autores norte-americanos e franceses, está presente na manifestação psicossomática um acontecimento, uma cena da realidade, um fato, uma mudança nas relações com as pessoas e/ou com o próprio ambiente, mais que uma representação ou cena imaginária ou fantasia, como fator gerador ou desencadeante. Há uma outra via que parte da "realidade" para o corpo. Esta é a via biológica, na qual o próprio funcionamento humoral e nervoso impõe-se ao sujeito, sem expectativa ou pedido de decodificação".

Esse achado reforça a idéia do fenômeno psicossomático como surgido de uma impossibilidade de acercamento emocional a situações de perda e à dor que estas implicariam. Tal consideração apóia McDougall em sua afirmação de que o corpo biológico reage frente à ameaça de dor psíquica como se estivesse diante de um perigo físico e suas convicções na indiferenciação corpo-psique e, portanto dor física-dor psíquica existente no bebê. Segundo McDougall (1989), no caso do somatizador, sua experiência clínica conduz à hipótese de uma história ligada a vivências traumáticas, na primeira infância, antes da aquisição da palavra.

Os referidos autores da psicossomática psicanalítica (op. cit.) têm em comum o fato de separarem o “fenômeno psicossomático” das “neuroses” e “psicoses”, inaugurando para a psicossomática a questão do **negativo**, do vazio representacional. Nessa conceituação, as somatizações implicam um fenômeno que não tem um significado, mas são disfunções do corpo biológico em consequência de uma falha na organização pulsional. O aparelho psíquico falha, de forma global ou pontual, na sua função principal: a de transformar as excitações, que têm origem no corpo ou nas interações do corpo com o mundo externo, em representações psíquicas. McDougall (op. cit) observou em pacientes somatizantes graves, uma dificuldade crescente de representar psiquicamente, de ligar corpo à palavra, de nomear sensações.

A impossibilidade precoce de inclusão da dor psíquica numa cadeia simbólica, nomeadora e articuladora, que a tornaria possível de ser vivenciada, cria uma desintegração potencial na unidade psicossomática. Esta, ao ver-se ameaçada por uma perda, por exemplo, propicia o surgimento no corpo da manifestação de

descarga-ato, que são os sintomas psicossomáticos. Diz McDougall (1983 p. 155) a esse respeito

"Essa explosão no corpo, que não é uma comunicação (neurótica) nem uma restituição (psicótica) tem uma função de ato, de descarga, que provoca um curto-circuito no trabalho psíquico."

A pesquisa contemporânea em psicossomática psicanalítica coloca sua atenção nas instâncias mais profundas da vida anímica, no limite com o impensável, que por sua vez nos remete aos primórdios e, portanto, ao processo de "organização pulsional". Desse modo, os estudos em psicossomática acabaram por se dirigir para o campo da relação objetal precoce, aí encontrando o solo de perturbações que teriam decorrências sobre a estruturação de defesas específicas que colocariam o somatizador em um terreno bastante diferente daquele do neurótico. A partir de então, o estudo da psicossomática em bebês e crianças passou a ter uma enorme importância para o campo psicossomático como um todo.

Segundo Debray (1988), psicossomaticista que vem desenvolvendo importantes pesquisas com bebês afetados por enfermidades orgânicas, a unidade psicossomática do indivíduo deve ser apreendida como um todo, mas uma totalidade extremamente complexa, cujo equilíbrio geral resulta de uma infinidade de ajustamentos, variados e variáveis no tempo, contribuindo, cada um por sua parte e em diferentes níveis, para realizar um estado de equilíbrio ou desequilíbrio - correspondendo à economia psicossomática do sujeito em questão. Segundo a referida autora, a noção de sistema complexo inclui uma rede de complexas interações de fatores constitucionais num interjogo permanente com fatores ambientais (relações

primitivas com a mãe e eventualidades da história a ser vivida pelo sujeito) que irão realizando uma "marcação profunda" sempre original para cada sujeito.

Podemos pensar que uma leitura do processo de "organização pulsional", básico para os processos de constituição do sujeito poderá vir a ser de grande utilidade no entendimento da psicossomática em geral. A organização pulsional articula conceitos psicanalíticos fundamentais, tais como: "o recalque originário", "realização alucinatória", "processo primário", "processo secundário", com outros conceitos mais pertinentes à psicanálise da criança, tais como: a "para-excitação", a "maternagem", a "função paterna", "a interação fantasmática" e a "relação objetal". Não é portanto de se estranhar que no terreno da psicoterapia com doentes orgânicos, as técnicas da "livre associação" e da "interpretação" tenham sido modificadas em "função maternal" e "construção", conceitos técnicos pertinentes ao nível arcaico, que são naturalmente utilizados no trabalho com criança, havendo aí outro ponto de articulação.

Uma outra questão se coloca: Não seria o infantil psicanalítico com sua **atemporalidade**, que estaria implicado nos fenômenos psicossomáticos?

Dentro dessa perspectiva, para Winnicott (1949) os traumatismos ou invasões que ameaçam a continuidade do ser, em tempos primitivos, são registradas no psique-soma inicial ou esquema corporal. As reações excessivas às invasões que não podem ser processadas, devido à imaturidade do Eu e às falhas no ambiente facilitador, se inscrevem no corpo por um mecanismo que o autor denomina de "memorização" ou "catalogação". Em última instância, são impressões sensoriais que se constituem como marcas de memória, que, embora sem sentido articulado, fazem

parte da pré-história do indivíduo. Desta forma, tais experiências não podem ser lembradas pelo discurso do paciente.

São vários os autores contemporâneos que formulam elaborações teóricas sobre a importância do sensorial, do pré-verbal, do perceptivo e de sua relação com o representacional no trabalho do analista. Dentre eles, destacamos as formulações teóricas de Bollas (1992), Tustin (1990) e McDougall (1989) que desenvolvemos no capítulo anterior.

Segundo McDougall (1994) a chave para a questão trazida pela psicossomática, de como o corpo biológico se torna um corpo psicológico, encontra-se na interação com a mãe ou com aqueles que cuidam da criança. É a partir das primeiras trocas entre o bebê e a mãe que vão ocorrer as primeiras **inscrições pulsionais** em torno das quais o aparelho psíquico irá se estruturando. Segundo a autora, a somatização no adulto compreende um retorno à fusão somatopsíquica arcaica. nestas formulações, podemos encontrar indícios que a autora estabelece uma ponte teórica entre a clínica do adulto e da criança, conforme tentamos mostrar no decorrer deste capítulo

Encontramos em Winnicott (1964, p.44) a idéia mais geral de que *"distúrbios do psicossoma são alterações do corpo ou do funcionamento corporal associadas a estados da psique"*. Os efeitos da psique sobre o corpo, neste caso, são a consequência de uma tensão psíquica excessiva que pode gerar situações somáticas algumas vezes irreversíveis. Em seguida, Winnicott acrescenta que nem sempre pode-se presumir um relacionamento intenso entre a psique e o soma, e que em

psicossomática "é preciso considerar os estados tão comuns e importantes em que a relação entre a psique e o soma é enfraquecida, ou mesmo rompida" (p.45)

Enquanto **negativo** dos processos de **integração** e de **personalização**, o transtorno psicossomático é o efeito de um sistema defensivo altamente organizado e vigorosamente mantido, marcado pela dissociação, que se constrói com a finalidade de proteção contra os perigos que surgem da integração, da conquista de uma personalidade unificada e pelo repúdio ao mundo hostil não-eu. No caso de uma paciente adulta, por exemplo, que apresentava inúmeros processos somáticos crônicos, Winnicott aponta como a dissociação era uma defesa contra a perda de identidade em uma fusão com a mãe (1964, p.86). Uma série de exemplos clínicos apresentam a participação evidente de fatores psíquicos em alterações somáticas, mas isto não é o suficiente para caracterizar um "transtorno psicossomático", no sentido particular apontado pelo autor.

Para Winnicott (1964) a origem da dissociação presente no transtorno psicossomático encontra-se nas falhas do processo de integração. Desta forma, a argumentação do autor centraliza-se na cisão patológica do Eu numa etapa precoce do desenvolvimento. Sendo assim, observa que as dissociações no meio-ambiente, como por exemplo, a divisão da profissão médica em diversos ramos e especializações, assim como as dissociações pessoais do médico, reforçam a cisão patológica característica do transtorno psicossomático. Assim, volta ao ambiente o problema que se encontrava originalmente no próprio ambiente, a saber, a falha em proporcionar uma provisão contínua, adequada e necessária para a integração psicossomática e para a constituição do "eu corporal".

Segundo o autor, concedendo-se tempo e condições favoráveis, o paciente tenderá a recobrar-se dessa dissociação. Ele nos fala que as forças integradoras existentes no paciente tendem a fazê-lo abandonar a defesa. O autor nos chama a atenção para a importância do "manejo" na intervenção terapêutica. Nessa perspectiva, observa-se que os efeitos da dissociação não são passíveis de um trabalho interpretativo, ao contrário dos efeitos do recalamento. A interpretação neste momento tem uma característica traumática por forçar uma integração que ainda não é possível, ou por alimentar, por via da intelectualização, a mente dissociada.

Winnicott não se propõe a construir uma teoria psicossomática, pelo contrário, argumenta que vários caminhos teóricos se fazem necessários para falar do fenômeno psicossomático. O autor nos fala da importância de mantermos a idéia de um "campo psicossomático", ou de um "grupo psicossomático" de médicos e psicoterapeutas, já que existe uma necessidade de manter o cuidado ambiental integrado.

"Nossa missão é ter uma visão unificada do paciente e da doença, sem parecer fazê-lo de uma maneira que vá à frente da capacidade que o paciente tenha de alcançar integração em uma unidade"(1964 p.90)

Por fim, o autor (op. cit.) nos permite pensar no aspecto positivo da perturbação psicossomática. O "positivo" não se refere a uma escala de valores morais, e sim a uma direção à qual a perturbação busca apontar, a uma problemática à qual ela visa responder. *"Um dos objetivos da doença psicossomática é atrair a psique para longe da mente, de volta à associação íntima original com o soma"* (p.424). Desta forma, o paciente com um transtorno psicossomático estaria buscando

restabelecer o elo do psique-soma ameaçado. O sintoma que incide no corpo, neste caso, é tanto um efeito da patologia dissociativa como uma tentativa de cura.

Dos diversos autores vistos neste capítulo, podemos deduzir que as somatizações podem estar associadas a uma relativa ausência ou deficiência nos processos representativos da mente. No meu entendimento Winnicott faz avançar a compreensão do assunto, permitindo-nos ver que as ditas somatizações estão associadas a um tipo de atividade mental distorcida, caracterizada pela dissociação. Por causa dessa dissociação, a derivação da tensão psicossomática não tem possibilidade de acontecer pelas experiências do viver e do sonhar. O que estaria aqui deficiente não seriam exatamente os processos de representação da mente, mas sim a função simbolizante do psicossoma.

Seguindo a perspectiva teórica Winnicottiana, Gaddini (1978), sustenta a idéia de que as primeiras simbolizações estão relacionadas ao objeto transicional e propõe a idéia de que a formação do sintoma psicossomático acontece no mesmo continuum de desenvolvimento que cria o objeto transicional. Para a autora, tanto o sintoma psicossomático como o objeto transicional são fenômenos ligados a experiências de ausência e ao relacionamento da criança com a realidade externa. Seguindo o caminho proposto por Winnicott (1964) - que considera o sintoma psicossomático como o negativo de um positivo, que é o processo de integração - Gaddini (op. cit) considera o aparecimento de uma tendência a reagir somaticamente como o negativo da criação do objeto transicional: segundo ela, o sintoma psicossomático e o objeto transicional se desenvolvem em direções opostas.

Gadini (1983) postula que o desvio da integração psique-soma, a não-personalização - devido a falhas de um ambiente não-facilitador - impede o desenvolvimento da função simbólica na criança, permanecendo está em um nível de funcionamento mental primitivo, onde as experiências de separação são sentidas como mutilações e o medo do aniquilamento, conforme descrito por Winnicott (1963), pode dar origem às somatizações.

Poderíamos adiantar, com base nas articulações teóricas apresentadas, que é possível perceber nas vivências que acompanham um processo de transformações corporais intenso - como é o caso do processo singular do adoecimento humano - a ocorrência de manifestações de sensações precoces ou **agonias primitivas**. Possivelmente tais sensações foram vividas/experienciadas em um tempo anterior a aquisição da linguagem, atualizando-se nas relações transferenciais. Segundo McDougall (1989) é pela **contratransferência** que se dá a escuta dessas queixas somáticas pois elas atingem direto o próprio corpo do terapeuta, algo que a autora (op.cit) assinala como uma **sensação de fadiga e entrave** na função do analista. Debray (1988) nos fala, refendo-se às suas observações acerca das desorganizações somáticas em pacientes hospitalizados, de angústias primitivas que surgem nos movimentos transferenciais e contratransferenciais. Para esta autora, *tais sensações estão referidas a perdas objetais precoces.*

Quando esse processo ocorre especificamente no momento da maternidade, arriscaríamos supor uma inusitada viagem no tempo atualizando a memória afetiva do sujeito, seus vínculos, seus lutos, suas lacunas.

CAP. 4 UM CORPO QUE SOFRE É UM CORPO VIVO

"Do lado esquerdo carrego os meus mortos.
Por isso caminho um pouco de banda".
Drumond

Nos capítulos anteriores revisamos a concepção das etapas precoces do desenvolvimento psicossomático em Winnicott e propusemos a concepção de **Infantil primitivo** em psicanálise como ponto de articulação teórica importante entre este autor e dois estudiosos contemporâneos da psicossomática psicanalítica: McDougall (1989) e Debray (1988). Como consideramos anteriormente, Winnicott (1988) entende o funcionamento psicossomático como um processo integrado que possui um crescente interrelacionamento de complexidade entre a psique e o soma. Entendemos que a pesquisa teórica realizada até o presente momento nos permite pensar as vivências relacionadas ao adoecer humano, ao risco à saúde e à vida, em particular nas situações relacionadas ao contexto materno-infantil. Foi, contudo, a associação deste referencial teórico, à experiência clínica de acompanhamento psicoterapêutico a pacientes **somatizantes graves em enfermarias hospitalares**, que veio a nos provocar questionamentos e permitir o repensar a especificidade do acompanhamento terapêutico à díade mãe-bebê, **em contexto de risco de vida**.

Iniciarei agora o relato de três passagens de intervenções clínicas, uma delas realizadas em atendimento grupal, com o intuito de ilustrar a teoria apresentada e pensar as especificidades da terapêutica neste contexto hospitalar, assim como as possibilidades de intervenções precoces à díade mãe-bebê, tendo em vista o objetivo de realizar um trabalho preventivo em saúde mental.

Através desta experiência clínica, podemos dizer que o corpo se impõe com enorme peso de realidade, e coloca em evidência uma história que não teve acesso à linguagem verbal, algo que nos instiga a uma constante reflexão. Nas ilustrações que se seguem, recortaremos a temática que diz respeito ao **medo da morte**, freqüente nas situações de atendimento assim como nas relações que se estabelecem entre esta dupla e a equipe de saúde envolvida em seu atendimento. Um possível desdobramento posterior deste trabalho visaria o aprofundamento das questões já levantadas.

4.1 - Pensando o adoecer e o medo da morte.

"Hoje estou sentindo esse frio estranho desde cedo. Nem fui à varanda tomar sol, estou sentindo uns calafrios.... Também estou naqueles dias em que a cabeça parece que vai explodir..."

No nosso primeiro encontro, Joana havia me dito que não era de "muita conversa", os familiares a criticavam por ser uma pessoa muito fechada, que "entubava tudo" e que se isolava ainda mais quando tinha problemas. Contou-me que costumava sentir dores de cabeça terríveis e que nesses momentos comparava sua cabeça a uma panela de pressão, prestes a explodir. Nessa ocasião, disse-lhe que as panelas de pressão possuem válvulas para escapar o ar e evitar a explosão. E que uma das nossas válvulas, mas não a única, era poder falar da dor; e fazendo uma brincadeira com o barulho da panela de pressão e com as palavras, disse a ela:

" Quem sabe falando, falando, falando... de alguma forma a dor escape". Joana sorriu, demonstrando sentir-se mais à vontade.

Aos 38 anos Joana estava grávida de seu quarto filho. Diabética e hipertensa, precisou ser hospitalizada, tendo em vista apresentar picos hipertensivos constantes e difíceis de serem controlados com medicação, fato que se tornava agravado pelas inúmeros fatores sócio-econômicos que dificultavam sua aderência ao tratamento, o qual incluía medicação, repouso e dieta adequados.

Durante o período de sua internação hospitalar, costumava ficar andando, inquieta, pelos corredores. Demonstrava também falta de interesse em participar das atividades ocupacionais propostas pela equipe, dizendo apenas que não conseguia se concentrar. Durante nossas primeiras entrevistas, relatou que em casa também não parava um segundo, nem mesmo para assistir televisão ou ouvir um rádio. Às vezes sentia-se "muito agoniada" e, então, ficava horas e horas andando sem parar até se sentir melhor.

Ao longo de nossos encontros, falava-me repetidas vezes de suas dores: dores nas costas, na nuca, nas pernas, na " boca do estômago"....

Em uma dessas ocasiões, contei a ela que atendia um menino pequeno que também sentia muitas dores e que ele havia me falado que quando as dores vinham bem fortes, sua avó costumava lhe dar um remédio e contar uma estorinha para a dor passar. Segundo esse menino, sua avó tinha estórias para dor de ouvido, dor de barriga, etc, e assim ele dormia, acreditando que era aquela estorinha que fazia a dor ir embora. Perguntei então a Joana, se ela conhecia estórias sobre dores, reais ou inventadas. Em seguida, Joana respondeu dizendo que não sabia contar estórias, e, após alguns instantes, lembrou de sua recente participação em uma

atividade no hospital, da qual estava gostando muito, com o grupo de "contadores de estórias".

"Eles vêm à tarde e contam estórias lindas para as mães contarem para seus filhos quando nascerem. Eu estou prestando bastante atenção para aprender a contar estórias para meu bebê (essa foi a primeira vez que se referiu a seu bebê). Mas a minha cabeça é muito ruim e acho que não vou aprender...."

Propus a Joana um jogo onde ela me contaria, do seu jeito essas estórias, nos nossos encontros. Caso ela esquecesse algumas partes da estória, não haveria problema pois ela poderia inventar os pedaços esquecidos. Ela deu um sorriso segurando a cabeça entre as mãos, dizendo...*"gostaria que essa cabeça funcionasse mais para guardar coisas boas, parece que só guarda o que não presta.."*

- O quê por exemplo?

- Ah! Sei lá! Só coisa ruim!

Certo dia, Joana acordou sentindo muitas dores de cabeça e um frio que a fez ficar no leito durante toda a manhã.

"Desde ontem estou me sentindo assim... dores na nuca, na cabeça toda, não comi nada pois também estava meio enjoada... Também tenho sentido dor de estômago..."

Depois de alguns momentos começou a falar-me de como estava se sentindo mal com a morte de um bebê de uma colega de enfermaria.

"Ela já estava entrando no sétimo mês, assim como eu e também é diabética... parece que tinha outros problemas, eu não sei... Ela tem uma filhinha de dois anos e não agüentou ficar longe dela, fugiu do hospital. Voltou passando mal e

perdeu o bebê no parto. Falaram para ela que devia se conformar, afinal de contas, ela tem outra filha para cuidar. Fiquei muito mal quando disseram isso para ela"

- O que você sentiu, Joana ?

" Não sei ...mas sempre penso que os filhos são como os dedos de uma mão, todos são diferentes. Quando perdemos um filho, fica um buraco". Enquanto falava, levantou a mão e, encolhendo o dedo maior, representa no próprio corpo o buraco irreparável deixado pela perda de um filho.

"Todas as vezes que você olha para a mão o buraco está lá e dói muito". Joana enche os olhos de lágrimas e continua. " Eu sei bem como é, pois perdi o meu primeiro bebê, ainda na barriga....A senhora sabe, eu tenho 3 filhas e gostaria muito de estar com a minha filha mais nova".

- Quantos anos ela tem?

"Ela tem quinze anos... e tem uma doença muito ruim ...ela está se tratando no INCA. A senhora não imagina como tem sido difícil, com a minha filha doente, a minha cabeça estava tão perturbada que eu só descobri que estava grávida quando já estava no quinto mês. Quando a minha filha começou a se tratar na quimioterapia eu fiquei muito mal, minha pressão chegou a 23... Gostaria muito de visitar minha filha, mas tenho medo de passar mal de novo... também tenho muito medo de perder meu bebê..." Joana senta-se no leito dizendo que está com calor e começa a chorar....

Diante da dor intensa referente às perdas, Joana se vê impossibilitada de expressar seu sofrimento. Esta situação nos fez pensar na famosa frase de Maudslay (cit in McDougall, 1989) *"Quando o sofrimento não consegue se expressar pelo pranto, ele faz chorar outros órgãos"*

Durante o acompanhamento, Joana nos traz repetidamente sua dor: à princípio aprisionada, concretizada na panela de pressão e depois de algum tempo, chorada, podendo ser compartilhada... Joana nos fala de uma grande dor, de seus medos e de perdas afetivas importantes. Joana também nos traz suas sensações: de vazio, de estranhamento do próprio corpo, de seus calafrios, e, finalmente nos fala da morte...Morte do filho da colega de enfermagem, do seu próprio bebê que "morreu na barriga" e do medo que isso venha a se repetir.

À semelhança do poeta, parece que há muito tempo Joana anda "um pouco de banda", carregando seus mortos. De que morte Joana poderia estar nos falando?

No contexto específico da hospitalização de alto risco, podemos supor que a separação de seu ambiente familiar imposta à mãe-bebê, por uma situação de *enfermidade e o confronto com situações de perdas reais podem configurar-se como uma separação traumática, abrupta, reativando na mãe feridas antigas relativas a situações de perdas afetivas importantes.*

Nesta situação específica, o evento do nascimento traz consigo ameaça de morte evocada pelos partos patológicos, onde a confiança e o desejo de tentar gerar vida se entrelaçam ao risco e ao temor da perda, da morte. Até mesmo a qualidade das tarefas de enfermagem possui a singular capacidade de trazer à memória das parturientes, assim como dos cuidadores, suas próprias situações internas muito primitivas e as emoções a elas ligadas. No pós-parto, acrescenta-se o fato de que mães e/ou recém-nascidos podem estar gravemente enfermos, hospitalizados por um tempo maior, submetidos a inúmeros procedimentos clínico-cirúrgicos e separados do meio-ambiente que lhes é familiar.

Nosso referencial teórico nos permite formular uma hipótese sobre o funcionamento psíquico da paciente, assim como de sua dinâmica relacional para pensarmos posteriormente a atuação terapêutica necessária. Podemos supor neste momento que Joana deve estar nos falando, através de seu próprio corpo, de angústias referentes a perdas muito precoces vividas possivelmente em um tempo anterior à aquisição da linguagem. Através de suas dores e calafrios, a paciente nos possibilita supor uma fragilidade quanto à sua identidade corporal e psíquica. Ela nos traz metáforas enraizadas na própria corporalidade, tais como: “ a cabeça como uma panela de pressão”, “ é fechada”, “entuba tudo” - o que nos leva a pensar em uma indefinição precoce entre o interior e o exterior. Arriscariamos dizer que Joana sofre essencialmente de uma perturbação no sentimento da continuidade do Self, de uma incerteza quanto aos próprios limites, e quanto à possibilidade de poder ter o próprio corpo como morada.

Quando nos fala dos "buracos" na sua corporalidade, comparando a perda de um filho a uma perda somática, ou ainda do "bebê que perdeu na barriga" ou do "medo de perder a filha que está em risco", supomos que a paciente está nos falando de seu **próprio medo de se perder**, ou de **desintegrar**. Ela nos fala de terrores muito arcaicos tais como **o medo de esvaziamento** ou de perder a "substância vital" como nos diria Anzieu (1988). Podemos pensar, tal como nos aponta Tustin (1990) em uma separação do corpo físico da mãe, vivida de forma traumática, mutiladora, arrancando pedaços do próprio corpo e que não foi possível vivenciar a fantasia de um corpo para dois, necessária nos momentos iniciais, para a internalização de uma instância maternante e construção da imagem corporal.

Lembremos que Anzieu (1988) destaca a importância que Winnicott reserva ao *holding* e ao *handling* e às qualidades próprias da experiência corporal na estruturação do psiquismo, principalmente daquelas que têm sua origem na superfície do corpo. Ou seja, é a partir da sensorialidade inicial, que gradualmente, através do suporte do Eu materno, irão ocorrer as primeiras vivências de diferenciação Eu/Não-Eu e de discriminação entre a realidade interna e externa.

Poderíamos dizer, utilizando a linguagem de Anzieu (1988), que Joana parece não ter muitas garantias quanto à integridade de seu envelope corporal, daí ter que "se fechar" ou não poder sossegar em casa. Entendemos que ao falar de sua dor através de formas concretas (panela, entubar, os órgãos) ela nos fala também de uma tentativa de obter proteção e estabilidade, diante de uma sensação de vazio ameaçador.

Por outro lado, a indiscriminação das sensações táteis (calor/frio) também nos sugere uma fragilidade na constituição dos limites do Eu, assim como uma regressão afetiva importante, que pode eventualmente caminhar para desorganização psíquica ainda maior, conforme o manejo da situação atual.

Ressaltamos que a dor corporal que a paciente nos traz, pode estar representando o elo do psique-soma ameaçado. É através dessa dor, desse "ruído" no corpo que Joana nos comunica seu temor de aniquilamento. Portanto, essa dor não pode ficar de fora de nossa "escuta" analítica. Se por um lado, o sinal de angústia pode ser desorganizador, a dor (física) é o sofrimento que permite ao indivíduo reencontrar uma certa unidade, ou seja, suprimir qualquer fragmentação.

O sofrimento das mães que estão hospitalizadas em conjunto com seus bebês em situação de prematuridade, por exemplo, é extremamente comovente e

dramático. Elas ficam em estado de **choque traumático** em tal situação, são tomadas por sentimentos complexos, como culpa infantil, sentimento de irrealidade e de perda dos limites corporais. Trata-se de um verdadeiro traumatismo que sobrevém desde a separação e a comunicação do perigo vital na criança. Muito rapidamente, vão desenvolver-se sentimentos ambivalentes em relação ao bebê, projeções massivas sobre ele e uma dificuldade muito grande de encadear um processo de apego. Podemos supor que tal situação se não for levada em consideração, se não receber cuidados da equipe de atendimento, virá a desempenhar um papel nefasto nas interações com o bebê. Tal fato se torna ainda mais dramático nas situações observadas em que a separação se dá quando a mãe também está gravemente enferma, além de apresentar um funcionamento psíquico frágil ou debilitado. Nos casos em que a mãe toma conhecimento do diagnóstico de algum tipo de doença crônica no bebê, fica estupefada, angustiada, pouco disponível para receber ou gravar algum tipo de informação. O risco imaginado torna-se agora real. A mãe sofre mais uma perda, deve renunciar ao bebê ideal e experimenta intensas reações afetivas.

Retomando a conceituação de Winnicott, a integração do Eu tem como fundamento a continuidade da **linha de vida**, precisando de **tempo e espaço** e ocorrendo na medida em que o ambiente é confiável. Em uma unidade materno-infantil de alto risco, que se configura como um local de luta pela vida, de urgência do tempo, campo de tomada de decisões e ações rápidas, chamamos a atenção para uma alteração na vivência de tempo pelo paciente. O tempo "tem um fim" "não passa", ou "pode ser o fim". Podemos dizer que neste momento tudo vai se revestir de grande significado: cada gesto, cada minuto, cada palavra dita ou negada. O paciente não esquece a informação (não) recebida ou a disponibilidade (não)

encontrada. O tempo além de atualizar vivências passadas implica uma reavaliação do presente. Por outro lado, no espaço hospitalar, a morte não é uma abstração, ela acontece a "olhos vistos", e implica uma abreviação do tempo de vida.

A internação hospitalar, principalmente se por períodos mais prolongados, faz surgir ou intensifica alterações afetivas importantes. Ela implica para a mulher uma enorme gama de perdas: do ambiente doméstico e do aparato familiar, a casa, os filhos, os parentes mais próximos, os objetos pessoais, o ritmo próprio de vida assim como a intimidade do próprio corpo.

Do ponto de vista da equipe de saúde (médica e auxiliares), como já observamos anteriormente (no capítulo referente à hospitalização de alto risco) ocorre uma desvalorização ou negação dessas alterações afetivas; sendo assim, as mães, mesmo presas ao leito com quadros de desorganização somática, são medicadas e "incentivadas" a terem uma postura ativa e participante no que se refere aos cuidados com seus bebês enfermos. Em face de tal situação, lançamos o seguinte questionamento: como a mãe, vivenciando temores tão arcaicos, vai poder se oferecer ou estar disponível para a fusão inicial mãe/bebê?

Nos grupos de suporte que realizamos com gestantes de alto risco, observamos de forma freqüente a ansiedade quanto à separação dos familiares, principalmente em relação a outros filhos, como também em relação à auto-imagem abalada pela doença, o que as remete a separações bem mais precoces, referentes à sua relação com a própria mãe. As gestantes, quando fazem alusão a outros filhos, manifestam, em geral, intensos sentimentos de culpa, por ter que deixá-los em casa, às vezes sozinhos por grande parte do dia e, principalmente, por se sentirem falhando no

papel de mãe. Um tema bastante freqüente nesses atendimentos é o **temor à morte**, que às vezes aparece de forma explícita e em outros momentos, encoberta:

Suely - . *"Todas às vezes que vejo alguém (referindo-se a uma das colegas de enfermagem) subir para a sala de cirurgia fico agoniada, fico andando pelos corredores, minha pressão sobe..."*.

Na mesma situação de atendimento grupal, Ana, uma outra paciente, nos fala de forma bastante angustiada que precisa "sair de alta" o mais rápido possível, pois teme pela saúde bastante prejudicada de uma tia já bastante idosa, precisa estar com a tia já que esta pode vir a falecer a qualquer momento... Posteriormente uma terceira paciente, Sara, hospitalizada por um período maior em face de um infarto medular durante a gestação, nos faz a seguinte pergunta:

- *"Doutora, como posso conseguir um encaminhamento para meu filho fazer um tratamento com um psicólogo? Ele tem sete anos e anda muito nervoso em casa... O pai foi chamado na escola para conversar com a professora. Ela disse que o meu filho mudou muito, bate nos colegas, mente muito...está terrível! E o pior de tudo foi que ele contou para todo mundo que a mãe morreu no hospital, quando foi ter neném."*

O medo da morte é um tema que toma proporções dramáticas nas intervenções psicoterapêuticas às gestantes e puérperas no contexto hospitalar de risco, merecendo um maior aprofundamento de seus possíveis significados.

Maria, que acompanhamos individualmente, durante sua gestação e puerpério (alternando períodos de internação e atendimento ambulatorial), nos fala constantemente deste medo. No início da gravidez começa a escrever algumas notas,

as quais planeja deixar para as duas filhas, dizendo ser a história de suas três gestações, pois teme a sua própria morte (algo que nos revelou quando estava próxima do parto) . Em uma tentativa de organizar o caos interno e externo que vivencia, Maria começa a escrever sobre suas inúmeras perdas. Esse material é trazido para o nosso trabalho terapêutico e durante o acompanhamento, Maria começa a nos falar de algumas mortes de bebês que presenciou durante sua internação. Com picos hipertensivos constantes, ao longo do atendimento nos traz as vivências relacionadas ao medo da morte, chora pela impossibilidade de sentir a movimentação do bebê, teme por sua saúde, teme enlouquecer. Podemos aqui pensar nos riscos de despersonalização e no medo de perder a integração do Eu.

Aos poucos Maria começa a nos trazer a sua história de perdas . Nos fala da morte de sua mãe, também diabética, logo após o seu nascimento. Também nos fala da perda do pai, aos 10 anos, de sua tentativa de suicídio aos quinze anos, de sua internação em uma UTI aos 16 anos, assim como de seu percurso de atendimento institucional em um ambulatório para pacientes com diabetes desde os cinco anos de idade... Maria acredita que os médicos já desistiram do seu caso, pois é " rebelde ao tratamento". Segundo ela, só continua a ser atendida pelo fato de estar grávida.

- *"Tenho raiva dos médicos que costumam perder o coração quando me examinam"* .
- *Como assim ?*
- *"Alguns tem dificuldade de achar o coração do bebê e isto me deixa muito nervosa...Me lembro de quando entrei pela primeira vez na UTI neonatal: andava no corredor, sentia pernas doloridas, que se arrastavam..., meu corpo, pesado, parecia ter saído de uma guerra... Só lembro de ver sua cabecinha*

raspada (refere-se a filha recém-nascida), aquelas máquinas pesadas em cima dela.. Nossa! Senti uma dor do tamanho do mundo ... queria uma parede para poder me encostar e não conseguia encontrar... Aquele cheiro... o frio, os médicos, os tubos... imediatamente lembrei-me de quando eu estive internada no CTI. Desacordada, eu ouvia a voz de minha irmã cantando os salmos da Igreja. Acho que foi isso que me trouxe de volta ao mundo...

Comecei, então, na UTI neonatal, a chorar e a cantar bem alto os salmos que me lembrava - os médicos pensaram que eu estava louca . Eu só queria me sentir viva..."

Maria, 24 anos, diabética e hipertensa, nesta fala recorda-se do nascimento de sua segunda filha, que nasceu prematura e precisou ficar internada durante três meses, com inúmeras intercorrências cirúrgicas . Maria perdeu seu primeiro bebê no quinto mês de gestação e agora em sua terceira gravidez nos fala de seu corpo pesado, que se arrasta, trazendo não somente a vivência de cansaço do pós-parto, mas também o sentimento de ter um corpo ferido, que sobreviveu a uma guerra.

Podemos nos perguntar de que guerra Maria estaria falando. A guerra de ter sido diversas vezes hospitalizada, diferentes médicos, diferentes equipes? Quem sabe a luta com os descompassos somáticos, de ver seu corpo manipulado, confrontado com seus limites, com a possibilidade da morte. Mais uma batalha se inicia ao entrar na UTI. Seu sentimento de desamparo e solidão denuncia o meio-ambiente ameaçador e frio em que se encontra (" gostaria de ter pelo menos uma parede onde pudesse me apoiar e não encontro"). Entendemos que aqui Maria nos fala

muito claramente, através do próprio corpo, de uma falta de suporte ou ainda de uma falta de retaguarda corporal.

À que guerra Maria se reporta?

Em um primeiro momento, podemos pensar na ameaça de morte real vivenciada constantemente por Maria. Em seguida, podemos nos perguntar que outros significados podem estar implícitos na fala que diz respeito ao medo de morrer.

Winnicott nos leva a refletir sobre o funcionamento do Eu nos seus primórdios, quando a criança ainda não é suficientemente madura para dar sentido a determinadas ocorrências em sua relação com o ambiente. As experiências que se tornam impossíveis de serem "metabolizadas" rompem com a continuidade do ser e são vividas como experiências de aniquilamento, que ficam, portanto, desprovidas de sentido e se configuram como agonias primitivas, ou sensações de "cair para sempre", "perder a conexão com o corpo", "desintegrar". Através do conceito "Medo do Colapso" (Winnicott, 1963), o autor nos fala do "medo da morte", do "vazio" onde ocorre o *"envio do corpo a alguma coisa que já aconteceu na psique"* (p.73), sendo esta coisa um colapso (breakdow) experimentado nos primórdios da vida. "O paciente não estava lá para que ela lhe acontecesse". A única maneira de *"lembrar, neste caso, é o paciente experienciar esta coisa passada pela primeira vez na transferência."* (p.74). O colapso diz respeito a uma ameaça à integração do Eu.

No caso abordado, poderíamos estar pensando em uma "ansiedade inimaginável", em uma angústia de aniquilamento psíquico, que a remete a estádios anteriores à organização do Eu e que ameaça sua integridade. *"O caos ocorre em*

relação à integração, e um retorno ao caos é a desintegração" (Winnicott 1988). A irrupção da angústia diante do caos põe o Eu em perigo, na eminência do colapso. Nestes casos não haveria lembranças a serem retomadas, uma memória historicizada, mas uma atualização de marcas de memória, de formas de sensação (Tustin, 1990). O corpo se lançaria no ato, na tentativa de retomada da pré-história do sujeito, trazendo sensações já experimentadas e que deixaram seus rastros. O corpo passa a ser, então, o alvo de descargas pulsionais sendo atingido não apenas em sua funcionalidade como também em sua integridade fisiológica e anatômica .

Podemos pensar, assim, que **o medo da morte** deve estar referido a uma ameaça de **desintegração do Eu** e que o corpo passa a ser sacrificado como uma estratégia de sobrevivência psíquica. Sendo assim, gostaríamos de ressaltar que Joana, Suelly, Sara e Maria quando nos falam de seus medos, nos trazem a ameaça de morte real que vivenciam como também a ameaça de **morte psíquica**.

4.2. As Intervenções Precoces - Por uma "Preocupação Terapêutica Primária"

Atualmente, o leque de intervenções psicoterápicas mães/bebê permite considerar diversas abordagens, inspiradas em diferentes modelos e referenciais teóricos. A escolha desta ou daquela modalidade de tratamento, segundo Stern (1997) depende dos interesses e das opções teóricas do terapeuta, e, por outro lado, diríamos que suscita a questão das indicações.

Quando conceituamos o momento da maternidade como um período crítico do ciclo vital, caracterizado por uma organização psíquica temporária, determinando uma nova série de tendências de ação, sensibilidades, fantasias e identificações, assim como um período de maior vulnerabilidade do equilíbrio psicossomático, com intensa regressão psicoafetiva, é importante lembrarmos que isso nos traz implicações clínicas importantes. Segundo Stern (op. cit), tal fato exige que os terapeutas adotem uma estrutura de tratamento diferenciada, com um tipo diferente de aliança terapêutica. Não se trata mais, portanto, de um método terapêutico único "em todas as direções", mas de técnicas adaptadas às especificidades psicológicas de cada situação clínica que a praxis nos apresenta. Cabe então um exercício constante de investigação teórica-clínica que respalde a nossa atuação nos diferentes contextos.

Debray (1988), através de sua prática clínica nos tratamentos conjuntos mães/bebês, nos chama a atenção para o fato de que a vinda de uma criança é um momento favorável para remanejamentos internos importantes nos pais, que pode desencadear a emergência de crises. Nestes momentos, a intervenção de um trabalho

psicanalítico se torna benéfica por proporcionar transformações inconscientes em estruturas até então inabaláveis. Sendo assim, a observação e a intervenção clínica situa-se no "acontecendo" do desenvolvimento.

A autora (op. cit) nos fala que o bebê está inicialmente inserido na economia psicossomática materna, de maneira que as situações que venham afetar a mãe irão certamente repercutir no bebê. Algumas situações parecem ter um caráter de maior importância. Uma delas é a "**situação de opressão**" que Debray (op. cit) considera como um estado de desequilíbrio na organização psicossomática materna - gerado no momento do parto ou vindo desembocar neste - geralmente associada à experiência de **perda objetal** ou a outros conflitos inconscientes não elaborados anteriormente. A autora nos fala que essa situação pode gerar a instauração de sintomatologias importantes na criança, muito precocemente, assim como, gerar modificações importantes no interjogo relacional mãe-bebê dos primeiros tempos de vida. Nestas situações, a intervenção de um terceiro, como o pai, o meio familiar, o pediatra assim como o psicanalista pode ser, como enfatiza Debray (op. cit), indispensável para que a dupla mãe-bebê não se engaje numa batalha destrutiva, seguindo caminhos desfavoráveis para ambos.

O entendimento de cada situação, em suas singularidades, possibilita uma intervenção precoce neste estado, quando a vida psíquica da criança encontra-se em seus primórdios, podendo ser muito favorável, tanto pelo seu caráter terapêutico como profilático. Segundo a referida autora (op. cit), um trabalho psicanalítico que englobe a mãe e o bebê ou ainda os pais e a criança, de maneira conjunta, parece ser uma das opções mais favoráveis.

Por outro lado, quando incluímos as manifestações corporais e o fenômeno do adoecer somático na história relacional do indivíduo e falamos de suas vivências singulares e únicas em relação a este fenômeno, admitimos uma correlação de tal forma íntima entre a vida emocional, determinados acontecimentos vitais e a manifestação somática, que torna-se possível permitir um acesso por via psicológica à sua própria essência estruturante. Por via psicológica não entendemos apenas o acesso ao sujeito através da palavra, mas também, e, muitas vezes principalmente, à comunicação íntima, sem palavras, a linguagem não verbal, que uma relação humana intensa e próxima como a psicoterápica pode admitir.

Para uma mulher, no momento da "preocupação materno primária", fragilizada pelas perdas sofridas, no que diz respeito à ferida narcísica imposta pela situação de adoecimento assim como a separação traumática do recém-nascido e de familiares, a transferência que se desenvolve implica a elaboração de um desejo de ser valorizada, apoiada por uma "figura maternante". A situação transferencial/contratransferencial é, portanto, considerada diferentemente, em termos das "transferências idealizante e de espelho" por parte do paciente e de uma postura empática por parte do terapeuta.

A busca dessa figura maternante é evidenciada em muitas situações fora do contexto psicoterapêutico. Observamos no hospital que as gestantes e puérperas frequentemente encontram alguém para cumprir esse papel. Geralmente é uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem enfim, alguém que compartilha sua experiência pessoal e proporciona um encorajamento sincero. É surpreendente como esses breves encontros podem ser importantes. Percebemos, através de nossa prática, que estas pacientes manifestam uma intensa necessidade de uma relação humana,

próxima, de função imaginária, que consiga minimizar a intensidade das angústias e das ameaças de desintegração.

Partindo-se da idéia da impossibilidade de vivenciar plenamente estados afetivos e da ameaça que estes apresentam, o estabelecimento de uma relação coloquial e viva é um dos objetivos a serem alcançados. A presença do Psicólogo, é então, admitida como uma presença física, viva, ativa e ao mesmo tempo cuidadosa, visto que o trabalho a ser empreendido com as mães, necessita de uma identificação de um modo empático e seguro. Tal atitude, permite uma relação pessoal que reputamos como fundamental.

Destacamos aqui a função "especular-integradora" do terapeuta, onde ao invés do espelho excessivamente neutro de Freud, Winnicott nos propõe sermos um espelho vivo, autêntico, que através da relação empática, vê e reflete basicamente as possibilidades de vir-a-ser do paciente.

Parat (1993 p.14), ao assinalar a importância da função materna nas psicoterapias com pacientes psicossomáticos, preconiza:

"...a regra fundamental não é editada como uma regra. O terapeuta está na necessidade de verbalizar, propor assuntos, colocar questões, e de responder às do paciente, de abrir vias, caminhos lá onde o paciente não as pode construir."

Na situação transferencial, a busca relacional é intensificada e focalizada no terapeuta. Este pode se tornar uma forma especial de matriz de apoio, capaz de possibilitar "sustentação" à díade mãe-bebê enferma. Entretanto, não se trata de propor uma simples terapia de apoio ou de orientação educativa, mas sim de adotar arranjos e uma atitude terapêutica permitindo o estabelecimento de uma aliança com a mãe; com isso, tanto arranjos, quanto atitude terapêutica estariam

destinados a possibilitar o trabalho de pensamento, de mobilizar capacidades associativas e facilitar o acesso ao mundo interno dos afetos.

O "psicológico" se mostrará nesse contexto como o indizível, inaudível, impensável, incomensurável, ou melhor, como a dor psíquica que não encontra espaço para ser ouvida, permanecendo como uma dimensão negada do sofrimento humano que não encontra espaço entre os procedimentos médicos ou da enfermagem.

Poderíamos dizer que a atuação do Psicólogo neste contexto específico é a de facilitador das comunicações afetivas do paciente, tanto as internas, quanto aquelas estabelecidas com a equipe de saúde e familiares. Lembremos que para Winnicott (1963), a facilitação da integração do Eu, é um processo complexo, que requer uma adaptação ativa às necessidades individuais e que possui três funções: Sustentação (holding), evoluindo para manejo (handling) ao qual se acrescenta a apresentação de objeto (object-presenting). Dessa forma, podemos falar em uma progressiva integração e uma facilitação das relações eu-corpo, eu-outro.

Neste sentido, a escuta é compreensiva, no sentido de facilitar a expressão dos afetos e promover uma maior aproximação do paciente às vivências carregadas de muita angústia. Quando falamos em *Holding* e *Handling* , nos referimos a uma atitude terapêutica de natureza vincular, integrativa, não regressiva, na medida em que busca favorecer as ligações do soma com o funcionamento psíquico mais evolutivo. Objetiva-se, neste sentido a redução da ansiedade, da regressão excessiva (instalada pelas somatizações) e a ampliação de recursos simbólicos da comunicação interna e externa.

Podemos dizer ainda , de um modo geral, que a hospitalização pode se configurar como um mundo novo e ameaçador, na medida em que introduz maciçamente estímulos desconhecidos que não fazem parte da experiência individual. Faz-se necessária, então, a apresentação dessa realidade de forma gradual e contínua, através de um manejo adequado proporcionado pelo psicoterapeuta.

No que diz respeito à interpretação psicanalítica tradicional, ela não é utilizada neste contexto, pois pode ser vivida com estranhamento, como uma invasão que ultrapassa as capacidades integrativas do Eu, neste momento e nesta situação específicos. Por outro lado, não faz parte dos objetivos deste trabalho, intensificar o vínculo transferencial e regressivo. Neste caso, podem ser utilizadas as **traduções**, onde o terapeuta procura colocar em palavras a experiência carregada de afeto que não encontra possibilidades de ser verbalizada pelo paciente. É importante que o terapeuta tenha uma disposição interior de escuta do outro, como conjunto indissociável psiquismo-soma, o que se resume na possibilidade de experimentar em seu próprio corpo o sofrimento físico e psíquico do paciente.

Segundo Winnicott (1964), a dissociação que caracteriza o transtorno psicossomático só pode ser tratada por uma experiência de integração no setting terapêutico - muitas vezes ampliado - o que implica espera, tolerância ao sintoma e principalmente oferecimento de provisão adequada, tais como a sustentação, o manejo psicoterapêutico adequado e a apresentação da realidade de forma gradual.

Lembremos da contribuição de Bollas (1992), quando propõe que a vivência de ser transformado pelo outro permanece como uma memória que pode voltar a desempenhar um papel em diversificados contextos de vida do indivíduo. Entendemos que as várias situações de risco enfrentadas pela mãe, nos impõem atuar

como profissionais facilitadores dessa transformação. Uma das premissas fundamentais da abordagem psicossomática é a de que o trabalho psíquico protege o soma de uma desorganização progressiva e que todos os esforços devem ser empreendidos para favorecer esse trabalho psíquico, incluindo ainda uma postura favorecedora de diversas modalidades expressivas.

O encontro da mãe com o filho é de intensa experiência sensorial. Entendemos que nesse contexto específico torna-se essencial a criação de um manejo terapêutico que o possibilite. Acreditamos que uma relação afetiva privilegiada, estável e confiável com o psicoterapeuta, pode favorecer a integração da mãe, que a partir de então, poderá desfrutar deste encontro. Podemos dizer que a presença física de um terceiro, com suas diferentes qualidades afetivas, fornece a esta dupla um espaço onde pode sentir que existe. A sensorialidade inicial é, então, significada no encontro transformacional, onde a sensação do vazio ameaçador é transfigurada pela presença viva do outro.

Podemos assinalar também, que em maior ou menor grau, o núcleo familiar mais próximo participa das reações maternas, tais como a regressão. Da mesma forma, uma situação de adoecimento e internação hospitalar prolongada exerce um importante impacto sobre as interações familiares, podendo desorganizá-lo ou desestabilizá-lo temporariamente. Faz-se necessário pois a inclusão dos familiares no atendimento. Primeiramente porque a mãe encontra-se em um estado de dependência precisando de cuidados e suporte da rede familiar, portanto é fundamental que os familiares percebam essa necessidade e possam acompanhar a evolução do processo de internação hospitalar da mãe, bem como de seu retorno ao

lar. Por outro lado, é importante também abrir um espaço para que os familiares possam ser acolhidos e que possam ter momentos de elaboração de suas vivências.

Durante um de nossos atendimentos, Maria manifesta o interesse em aprender a fazer bonecas com uma das enfermeiras do lactário, algo que lhe é encorajado. Neste momento, no oitavo mês de gestação, em meio às descompensações somáticas (da hipertensão e do diabetes), observamos o trabalho cuidadoso e delicado de Maria na confecção de suas bonecas.

A primeira boneca, bem pequena, é dedicada à filha que carrega no ventre, a qual espera ansiosamente. Ainda angustiada pelo fato de não perceber os movimentos fetais, no corre-corre frenético das enfermarias, Maria, que antes chorava copiosamente, comia doces escondido e andava aflita pelo hospital, agora concentra-se na delicada trama de suas bonecas. O bebê esperado começa a ser nomeado. A segunda boneca, um pouco maior, é dedicada para a filha de 02 anos "para que não tenha ciúmes da irmã".

- M - *"Gostaria de fazer uma boneca maior, bem grande, mas não tenho linha suficiente.*
- *Como conseguiu a linha para fazer suas bonecas, Maria?*
- M - *Consegui emprestado, um pouco da enfermeira do lactário...
Minha irmã comprou um pouco...*
- *Da mesma forma que você conseguiu **linha** até aqui para fazer suas bonecas, você pode conseguir mais, você pode pedir emprestado...*

- *M - Uma das enfermeiras me pediu que fizesse uma boneca para a filha dela. Ela vai comprar a linha amanhã... A senhora também tem filhas?*
- *Não, não tenho filhas. Mas eu também posso te emprestar **a linha** que você precisa para construir a sua "boneca grande".*

Penso que o trabalho de facilitação das comunicações afetivas com pacientes somatizantes, inscreve-se em um processo de holding, "de ir emprestando linha" em um sutil jogo de dosagens para que, ao longo do tempo, as marcas do passado, atualizadas na transferência, possam ser historicizadas e significadas. No atendimento psicoterapêutico a pacientes somatizantes, através do holding oferecido, é possível dizer que nos "emprestamos" em termos de nossa própria corporalidade, para dar ensejo a fantasia de um corpo para dois e uma posterior separação gradual. Um dos objetivos deste tipo de atendimento é significar pela primeira vez a dor incomensurável e a sensação de vazio ameaçador, através de uma palavra afetada que a faça emergir do corpo no qual se enraíza.

Um outro aspecto a ser considerado que reputamos de fundamental importância no manejo de tais pacientes é a inclusão do lúdico na terapêutica. A partir da pesquisa teórica apresentada, verificamos que os diversos autores, Winnicott (1964), McDougall (1991), Tustin (1990), Gaddinni (1978), referem-se ao fenômeno psicossomático como decorrentes de falhas, de lacunas reais na área da transicionalidade, que impossibilitam a experiência do sonhar e do viver criativo. Sendo assim, consideramos de vital importância o favorecimento de diversos recursos expressivos que possibilitem a integração da mãe. Podemos dizer que o **brincar**

configura-se como uma linguagem que veicula gestos , ações e imagens e que é constitutiva do Self e da corporalidade. Quando Maria nos traz as fotos de sua filha bebê, ela chora e lembra de sua internação quando da gestação anterior, Maria nos fala da frieza da UTI neonatal, de seu medo de desmoronar, de suas sensações. Assim como o brinquedo em psicanálise de crianças, a foto é um objeto que permite a Maria a expressão de seus afetos "ela é o bebê, o bebê é ela".

Na construção das bonecas, O Eu se projeta para o futuro, Maria agora nomeia a filha que está por nascer, assim como imagina o ciúmes da filha mais velha. Podemos entender que a riqueza da vida imaginativa característica da "preocupação materna primária" está presente. Por outro lado, podemos também pensar que o projeto de construção da boneca maior, pode estar referido às possibilidades de integração do Eu-corpo, ainda que frágeis.

Winnicott (1971), interessado nos aspectos psíquicos ainda não organizados em termos de significantes verbais, propõe o brincar como ato capaz de ligar o interno e o externo, pela utilização do espaço intermediário entre o Eu e o Não-Eu. Neste sentido, o fenômeno lúdico significa um trabalho de invenção, de abertura de caminhos, de possibilidades de transformação e criação da realidade. Para Winnicott (op. cit), o brincar vincula-se à constituição do sujeito e torna-se o protótipo de uma atividade simbólica. O advento do símbolo estaria então relacionado aos **jogos de ocultação**, na alternância de presenças e ausências da mãe suficientemente boa, tal como postula em sua formulação dos objetos transicionais (Winnicott. 1951).

A partir das reflexões realizadas ao longo deste estudo, consideramos ser de grande relevância uma pesquisa mais aprofundada acerca de um redimensionamento da técnica que inclua o jogo, o lúdico, no atendimento

psicoterapêutico a pacientes psicossomáticos. Não estamos aqui nos referindo aquelas atividades de recreação que ocorrem em algumas enfermarias hospitalares que são oferecidas para ocupar as "horas vagas", mas a uma atitude terapêutica diferenciada que pode vir a atuar como um elemento terapêutico coadjuvante, capaz de interferir direta ou indiretamente nos processos orgânicos e inclusive no tempo de recuperação da internação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nossa contextualização inicial, assinalamos que a Maternidade, quando acontece em uma situação em que é considerada risco de vida, seja para a mãe ou para o bebê, demanda cuidados intensivos da equipe multiprofissional envolvida em sua assistência. Na revisão bibliográfica sobre essa temática específica, constatamos um crescente interesse de pesquisadores contemporâneos em estudar as competências iniciais do recém-nascido e sua interação com o ambiente; são também estudados os efeitos nefastos de uma hospitalização prolongada e da separação precoce da mãe no que diz respeito ao futuro desenvolvimento psico-afetivo do bebê. Tais pesquisas têm sido importantes pontos de referência para a melhoria das práticas institucionais modernas de assistência materno-infantil. Como contraponto a esses estudos, abordamos na presente pesquisa, as repercussões de uma separação precoce para a mãe, em particular quando esta encontra-se em uma situação de enfermidade grave. Questionamos o que uma situação como esta, assim como o luto pelo bebê imaginário, poderia reativar na mãe em termos de eventuais perdas objetivas precoces. Pois percebemos, através de nossa experiência clínica, que a incompreensão, por parte da equipe médica, das complexas reações afetivas da mãe, neste contexto, se traduzia em uma desvalorização ou negação destas, trazendo consequências negativas para a terapêutica. Por outro lado, consideramos também que a carência de investigações psicanalíticas neste campo específico, contribui para uma dissociação

dos aspectos psíquicos e somáticos envolvidos na atenção à mãe e recém-nascido de risco.

Ao longo de nossa investigação, destacamos a construção teórica de Winnicott, tendo em vista que além da ênfase na relação precoce entre a mãe e o recém-nascido, o autor nos trouxe importantes considerações no que diz respeito às relações e inter-relações estabelecidas entre a mãe, seu filho e o ambiente, em particular a equipe de saúde, no momento do nascimento. É importante ressaltar que as contribuições deste autor referem-se à relação precoce mãe-bebê em situação normal, constituindo-se como ponto de partida para a construção de nosso referencial teórico. Sua concepção integrada do desenvolvimento psicossomático assim como a conceituação de transtorno psicossomático constituíram o eixo teórico de nossa pesquisa. A essas contribuições originais vieram somar-se os desenvolvimentos teóricos contemporâneos que abordam as vicissitudes da relação objetal precoce, tais como propostos por Tustin (1990) e McDougall (1989), sobretudo no que diz respeito a separação traumática do corpo físico da mãe e à objetivação prematura dos primeiros objetos.

Em diversos momentos de sua obra, Winnicott aponta, e consideramos que seja importante ressaltar, que o estado psicológico de uma mãe nos períodos iniciais da maternidade - em situações onde tudo ocorre bem - não é propício para informações e/ou intervenções pedagógicas. E enfatiza a importância da criação de recursos ambientais facilitadores, possibilitando que, a partir de então, a mãe possa se sentir protegida e confiante para entrar em comunicação empática com seu bebê. Segundo o autor, estas são as bases para que sejam assentadas a futura saúde mental

do bebê. Tais recursos facilitadores se revelam extremamente importantes nas situações descritas no presente estudo.

Nas situações normais Winnicott (1987) já apontava para os riscos dos modelos educativos, tais como aqueles que no intuito de incentivar o vínculo mãe-bebê, pretendem ensinar a uma mãe "como amamentar" ou "como cuidar de um bebê", inculcando uma determinada fórmula de ser mãe, algo que, segundo o autor, interfere negativamente neste relacionamento inicial. Por outro lado, afirma ainda (1949), a intelectualização neste momento, afasta a mulher de uma conexão íntima com a sua **corporalidade**, podendo reforçar possíveis **dissociações psicossomáticas** prévias. O que é privilegiado, nesta concepção, é a riqueza do conhecimento "intuitivo" da preocupação materna primária, que por sua vez é possibilitada pela experiência de cuidados do meio. Nesta direção teórica, Haag (1991) assinala que uma pane nesses processos de identificação inicial mãe-bebê pode se traduzir em riscos de desorganização psicossomática para o bebê ou em produção de defesas autísticas, cujo objetivo seria abolir a consciência da separação corporal.

Propusemos ainda, para nossa pesquisa, uma articulação teórica, baseados na concepção de memória do infantil primitivo em Winnicott (1988) e nos *autores contemporâneos da psicossomática psicanalítica* - McDougall (1989) e Debray (1988) - algo que nos permitiu pensar a experiência do adoecer humano, assim como a forma segundo a qual os traumatismos e tudo aquilo que atinge o corpo pode ser vivenciado. Procuramos a partir destes caminhos teóricos pensar o impacto e as repercussões de uma situação de enfermidade grave e de separação precoce do bebê para a díade mãe-bebê, a fim de que possamos melhor fundamentar o lugar de atuação do Psicólogo Clínico neste contexto específico.

A partir da pesquisa teórica realizada e das observações clínicas, entendemos que a mãe pode estar vivenciando um **choque traumático**, uma **ameaça de desintegração do Eu**, com importantes consequências para seu equilíbrio geral. Sendo assim, nos questionamos no decorrer da investigação como a mãe poderia, vivenciando terrores tão arcaicos, impossíveis de serem pensados e elaborados, sair de seu estado de confusão e excitação para se permitir uma troca de prazer mútuo com o bebê.

Acreditamos que as considerações apresentadas são extremamente importantes no que diz respeito às práticas hospitalares de atendimento materno-infantil. Sendo assim, centralizaremos nossas considerações finais nas **funções** que estes cuidados desempenham no relacionamento inicial mãe-bebê.

Entendemos que a estrutura hospitalar exerce a função de um **terceiro** elemento importante no jogo de trocas relacionais mãe e recém-nascido; podemos dizer que os cuidados terapêuticos oferecidos neste momento irão influir de forma direta ou indireta na qualidade da relação que está se iniciando, e isso a ponto de favorecer ou, inversamente, de enterrar o desenvolvimento das capacidades de interação de cada um dos parceiros, em um momento de extrema importância para a reorganização da identidade da mãe e desenvolvimento físico e psíquico do bebê. Assim sendo, julgamos ser de extrema necessidade a inserção do profissional de saúde mental, promovendo uma maior conscientização destes aspectos nos demais membros da equipe assistencial.

Consideramos de fundamental importância oferecer tanto às mães quanto ao recém-nascido, condições para a identificação primária com um **objeto suporte**, pelo qual sintam-se sustentados. No que diz respeito às mães, em sua

condição de regressão transitória, têm a necessidade dos "cuidados do ambiente", ou seja, de um espaço que acolha a sua regressão e que, através de uma adaptação sensível às necessidades individuais favoreça as progressões no momento adequado, até o ponto em que possam acolher e proteger seu bebê. A "adaptação sensível" e ainda uma atitude de disponibilidade afetiva por parte do psicoterapeuta poderão fornecer à mãe o *holding* e o *handling*, favorecendo nesta, o estado de calma e receptividade que lhe permitirá acolher os sinais do bebê, conferindo a eles um significado. Esta função terapêutica tem um caráter paradoxal. Tanto desempenha o papel de agente de estimulação, de "despertar para a vida" quanto de agente pára-excitante, de "embalar-lhe o sono e os sonhos".

Estamos falando, assim, do profissional de saúde mental funcionando como **terceiro** no sentido de **matriz de apoio**, exercendo a função de empatia, identificação, cuidado, que responde às necessidades de dependência física e afetiva, tanto da mãe quanto do bebê. A função de suporte implica assim a iniciação dos processos que tendem à integração psicossomática, quando então a mãe poderá desfrutar do encontro com seu bebê.

A dimensão mais utilizada pela psicanálise tem sido a da **linguagem verbal**, do representacional como constitutivos do sujeito. Privilegiamos neste estudo, autores tais como Winnicott que resgatam a questão do corpo para psicanálise. Através de seus estudos enfatizando a sensorialidade da experiência na constituição das etapas arcaicas do psiquismo, o autor nos traz também a questão do **vazio representacional** e do negativo; algo que ilumina novos territórios da subjetividade humana. Entendemos que em Winnicott a **linguagem materna, encorpada**, com suas ações e gestos espontâneos, é constitutiva dos níveis arcaicos do psiquismo. É no

interjogo relacional de ausências e presenças da "mãe suficientemente boa" que se dá a construção de uma imagem corporal, assim como a entrada do indivíduo na dimensão da temporalidade e do simbólico. Consideramos que estes aspectos devem ser abordados no contexto clínico quando falamos na especificidade das intervenções precoces em pacientes com transtornos psicossomáticos.

Ao longo de nossa fundamentação teórica apresentamos o argumento de que a sensibilidade empática e o cuidar são as modalidades primárias de comunicação, que prosseguem ao longo do desenvolvimento como uma das facetas da subjetividade humana. No início do desenvolvimento, o bebê incorpora junto com o leite, a experiência de plenitude e a sensorialidade dos cuidados maternos. Ou seja, a incorporação do modo de ser da mãe, de seu cheiro, da forma como é manuseado o corpo, o contato visual, assim como a audição da melodia de sua voz, da entonação afetiva, do ritmo do seu coração, tudo isso é anterior a internalização de conteúdos verbais. Essa comunicação se inscreve no psiquismo como uma linguagem pré-verbal, arcaica. Podemos dizer que é esta modalidade sensorial da comunicação que está em jogo e perpassa as relações que se estabelecem no contexto materno-infantil. É essa via sensorial, presente em todos nós, que faz parte de nossa pré-história individual, que nos permite entrar em contato com a mãe e o recém-nascido, reconhecer suas necessidades e captar seus sinais sutis. Porque carregamos conosco a memória dessa relação inicial transformadora. Portanto, podemos pensar que é a **linguagem do cuidado** que é ouvida nestes momento iniciais, ou seja, faz-se necessário um banho de palavras afetadas.

Acreditamos que a maneira como o adoecer é vivenciado no momento da maternidade é sempre um acontecimento singular, que se inscreve na história

relacional do sujeito, de sua inserção no ambiente cultural, de seu modo de ser e de viver; depende também do significado que é conferido pelo indivíduo à maternidade, em cada momento de sua vida. E é nesse lugar da escuta privilegiada da singularidade individual que se inscreve o nosso lugar - de Psicólogo Clínico.

É recomendável um recuo pra melhor observarmos as diferentes modalidades de trabalho do psicólogo clínico no contexto materno-infantil. Ou seja, podemos falar, em linhas gerais, de duas vertentes de atuação: uma, que segue o modelo biomédico pedagógico (informativo), onde o psicólogo atua como auxiliar do médico no sentido de incentivar e orientar a mãe para os cuidados maternos; e a abordagem psicanalítica tradicional que vai atuar sob demanda, ou seja considerando o sofrimento psíquico da paciente. Pretendemos com o resultado das articulações teóricas apresentadas em nossa pesquisa com a experiência clínica, apresentar uma terceira possibilidade de intervenção que inclui um **acesso diferenciado** a este paciente e especificidades quanto à técnica.

Na proposta que apresentamos é preciso ter em mente que na maioria das vezes, a demanda é do médico e que a queixa do paciente é frequentemente centralizada no **sofrimento somático**, excluindo ou omitindo o sofrimento psíquico. Torna-se fundamental que o psicoterapeuta tenha uma disposição de escuta do outro como conjunto indissociável psiquismo-soma, algo que se resume na possibilidade de experimentar em seu próprio corpo o sofrimento físico e psíquico do paciente. Diante disso, uma flexibilidade técnica se impõe, a atitude terapêutica deve ser participante, envolvendo apoio às verbalizações como recurso necessário para estimular a expressão dos afetos. A função materna do terapeuta é tão mais importante quanto mais fragilizadas as qualidades de constituição de um objeto interno suficientemente

estável e consolidado. Neste trabalho o objetivo não é a análise dos elementos psíquicos, mas a construção de possibilidades de elaboração. Um outro aspecto que consideramos específico no atendimento à pacientes orgânicos é que o o terapeuta lida com transferências clivadas, simbióticas e laterais, com critérios de ritmo e duração do tratamento adaptados às condições impostas pelo quadro orgânico. Sendo assim, a conduta frente a complexidade e diversidade dos fenômenos transferenciais deverá sempre ser pautada por sensibilidade e cautela

Um dos princípios fundamentais da abordagem psicossomática atual (Debray, 1999) é o de que o trabalho psíquico protege o corpo de um eventual movimento de desorganização somática. Sendo assim, na medida em que a atuação do profissional de saúde mental é possibilitado pelo trabalho de parceria em equipe multiprofissional, torna-se fundamental que esta equipe seja sensibilizada para a dimensão do funcionamento psíquico humano e que esforços sejam empreendidos para favorecer o funcionamento psíquico. Isto inclui uma melhor formação psicológica do pessoal especializado que trabalha com mães e bebês em maternidades, UTI"s, e serviços pediátricos. É desejável que recursos sejam mobilizados para favorecer uma "reanimação psíquica", com a preocupação constante de verbalizar os afetos. Isto pode ser feito através de Interconsultas com equipe médica e de enfermagem como também através dos grupos de reflexão nos setores que contam com apoio de um serviço de psicologia. Uma equipe de cuidadores sensibilizados para a dimensão do psíquico pode atuar como um ambiente maternante para recém-nascidos separados de seus pais e vice-versa, funcionando como escudo protetor contra as eventuais movimentos de desorganizações somáticas.

Podemos perceber, dessa maneira, que o trabalho psicoterápico realizado com mães, individual ou grupal, iniciado com indicações precisas e de forma precoce, possibilita que se evite uma internação prolongada, o afastamento do meio-ambiente que lhe é familiar, atuando como uma terapêutica coadjuvante no tratamento das manifestações psicossomáticas.

Finalmente, concordando com essa maneira de apreender o fenômeno, consideramos de fundamental importância um redimensionamento na técnica terapêutica que inclua o brincar, o lúdico, o gesto espontâneo, algo que apontamos no presente estudo e que merece um maior aprofundamento. No que diz respeito a dinâmica transferência/contratransferência nos pacientes com queixa orgânica, observamos que ela possui especificidades, citadas pela literatura (Cain, 1996; McDougall, 1989); no entanto, com estudos pouco sistematizados. Consideramos este um ponto de desdobramentos importantes que gostaríamos de desenvolver em pesquisas futuras..

BIBLIOGRAFIA:

- 1 - ABADI, S - Transições. O modelo terapêutico de D. W. Winnicott. São Paulo. Casa do Psicólogo. 1998.
- 2 - ALVAREZ, A. Companhia Viva. Psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas. Porto Alegre. Artes Médicas. 1994.
- 3 - AULAGNIER, P. (1963). Remarques sur la structure psychotique. In: Un interprète en quête de sens, Paris, Payot, 1991.
- 4 - ----- (1975). - A Violência da Interpretação: do pictograma ao enunciado. Rio de Janeiro. Imago. 1979.
- 5 - AISENSTEIN, M. Da medicina à psicanálise e à psicossomática. Rev. Bras. Psican, 28(I): 99-110, 1994.
- 6 - ANZIEU, D. - O Eu-Pele. São Paulo. Casa do Psicólogo 1988.
- 7 - BOLLAS, C. A sombra do objeto. Rio de Janeiro. Imago. 1992.
- 8 - BALINT, M. - O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro. Atheneu. 1975.
- 9 - BENEDEK, T. The psychobiology of pregnancy. Boston.. Little Brow & co. 1970.
- 10 - BRAZELTON, T. B. Bebês e Mamães. Rio de Janeiro. Campus. 1981.
- 11 - BRAZELTON, T.B: CRAMER & SOULÉ - A Dinâmica do Bebê. Porto Alegre Artes Médicas.. 1987.
- 12 - BUSNUEL, M. C. - A linguagem dos Bebês. São Paulo. Escuta. 1997.
- 13 - CAIN, J - O Campo Psicossomático. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil 1996.
- 14 - CALVINO, I. As cidades invisíveis. São Paulo, Companhia das Letras. 1990.
- 15 - CAPLAN, G. Princípios de Psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro. Zahar. 1980.

- 16 - CARTOCCI, L; FRANCO, M Winnicott: contribuições de uma clínica para a atualidade. Percurso, 17: 7-10, 1996 .
- 17 - CASEMENT, P - Aprendendo com o paciente. Rio de Janeiro. Imago. 1986.
- 18 - SCRAMER, B . Profissão Bebê. São Paulo. Livr. Martins Fontes., 1993.
- 19 - DAMÁSIO, A. - O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano. Lisboa. Publ. Europa América. 1995.
- 20 - DEJOURS. C - O corpo entre a Biologia e a Psicanálise.. Porto Alegre. Artes Médicas 1988.
- 21 - DELLA NINA, Êmese-Hiperemese. In: ZUGAIB& col. Obstetrícia Psicossomática. São Paulo. Atheneu. 1997.
- 22 - DEBRAY, R. - Bebês/Mães em Revolta.. Porto Alegre. Artes Médicas 1988.
- 23 - ----- - O Equilíbrio Psicossomático e um estudo sobre diabéticos. São Paulo. Casa do Psicólogo. 1995.
- 24 - ----- - Os princípios das consultas e das terapias dos bebês com distúrbios somáticos. In : Guedeney, A & Org. - A s Intervenções psicoterápicas pais/bebê. Porto Alegre. Artemed. 1999.
- 25 - DRUON, C. - "Como o espírito vem ao corpo das crianças em UTI Neonatal" In: LACROIX, M B & MONMAYRANT, M - A Observação de Bebês - Os laços do Encantamento. Porto Alegre. Artes Médicas. 1997.
- 26 - ----- - "Os modos de expressão dos bebês em um serviço de medicina neonatal" in: BUSNUEL, M. C & col. - A linguagem dos bebês. Escuta. São Paulo. 1997.
- 27 - ELIACHEFF, C. Corpos que gritam. A psicanálise com bebês. São Paulo. Ática. 1995.

- 28 - ERIKSON, E. *Identidade: juventude e crise*. Rio de Janeiro. Zahar. 1976
- 29 - EKSTERMAN - A. - *Abordagem psicodinâmica dos sintomas somáticos*. Revista Bras. de Psicanálise, N. 1, vol 28: 9-24, São Paulo, 1994.
- 30 - FEDIDA, P. *Nome, figura e memória*. São paulo. Escuta. 1992.
- 31 - FERRAZ, F.C. & VOLICH, R. - *PSICOSSOMA Psicossomática Psicanalítica*. São Paulo. Casa do Psicólogo. 1997.
- 32 - FREUD, S - "Sobre o Narcisismo: Uma Introdução" (1914) Edição Standard das Obras Completas, vol XIV, Rio de Janeiro, Imago. 1974.
- 33 - ----- - "Teoria geral das neuroses: os caminhos da formação dos sintomas. In: Conferências introdutórias sobre psicanálise. V. XVI. Imago. 1976.
- 34 - ----- O Ego e o Id (1923) Edição Standard das Obras Completas, vol. Xix. Rio de Janeiro. Imago. 1976.
- 35 - ----- "Construções em análise" (1937) Edição Standard das Obras Completas de S. Freud, vol XXIII, , Rio de Janeiro, Imago. 1976.p. 291.
- 36 - ----- "O Homem Moisés e a religião monoteísta"(1939), Edição Standard Brasileira das Obras Completas vol XXIII Rio de Janeiro Imago, 1976. P. 93.
- 37 - FONTES, I.- Qual o futuro da psicanálise. Rev. do circ. Brasil. De Psicanálise Rio. 1997. N. 4. P. 25-39.
- 38 - FONTES, I.- Psicanálise do sensível. A dimensão corporal da transferência. Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental. 04/1999. p.
- 39 - GADDINI, E. - "Early defensive fantasies and the psychoanalytical process." in. J Psycho - Anal. 63: 379-388.1983.

- 40 - GADDINI, R - "Transicional object origins and the psychosomatic symptom."
in: *Between reality and fantasy: transitional objects and phenomena*. Ed. S. A. Grolnick, L. Barkin & W. Muensterberger. New York. Aronson. 1978.
- 41 - GIOVACCHINI, P. (org) - Táticas e técnicas psicanalíticas. D. W. Winnicott.
Porto Alegre. Artes Médicas. 1995.
- 42 - GOLDENBERG, M, - A arte de pesquisar - Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. São Paulo. Record. 1997.
- 43 - GUEDENEY, A & LEOVICI, S - Intervenções Psicoterápicas Pais/Bebê. Porto Alegre. 1999.
- 44 - GREEN André. "O tempo e a memória" In: *Nouvesse Revue de Psychanalyse*, 1990, pp. 179-205.
- 45 - GURFINKEL, D. (1997) - "Psicanálise e Psicossoma - Notas à partir do Pensamento de Winnicott". In: FERRAZ, F e VOLICH, R, H (org.) Psicossoma II - Psicossomática Psicanalítica. São Paulo. 1998.
- 46 HAAG, G. A - "abordagem psicanalítica do autismo e das psicoses da criança". in: MAZET & LEOVICI (org). Autismo e psicoses da criança. Porto Alegre. Artes Médicas. 1991.
- 48 - HOUZEL, D. - "Observação de Bebês e Psicanálise, Ponto de vista Epistemológico". In: LACROIX, M.B. & MONMAYRANT, M (Org) - A Observação de Bebês - Laços do Encantamento. Porto Alegre. Artes Médicas. 1997.
- 49 - JERUALINSKY, A - "Multidisciplina, Interdisciplina e Transdisciplina no trabalho clínico com crianças". in: Escritos da criança. Centro Lydia Coriat de Porto Alegre. Ano III, n. 3. 1995.

- 50 - KLAUS', K , MARSHALL & KENNELL - Pais/Bebê. A Formação do Apego.
Porto Alegre Artes Médicas.. 1997.
- 51 - KREISLER, L ; Fain, M;Soulé.M - A criança e seu corpo. Rio de Janeiro.
Zahar. 1981.
- 52 - LBOVICI, S - O Bebê, a Mãe e o Psicanalista.Porto Alegre. Artes Médicas
1987.
- 53- ----- "Consulta terapêutica madre-lactente". in: Revista de la
Asociacion Psicoanalítica de Buenos aires. Vol. XV. N. 1. P 125-158. 1988.
- 54 - MALDONADO, M. T. - Psicologia da Gravidez. Parto e Puerpério. São Paulo.
Saraiva.1997.
- 55 - MALDONADO, M.T. - Maternidade e Paternidade. SP. Vozes. 1990.
- 56 - MARTY, P . Psicossomática do adulto. Porto Alegre Artes Médicas 1993.
- 57 -MAURY, M. - Intervenções Psicoterápicas nos bebês e seus pais. In: Guedeney,
A & Lebovici. Intervenções psicoterápicas pais/bebê. Porto Alegre. Artemed.
1999.
- 58 - MCDOUGALL, J. (1982) - Teatros do Eu.: ilusão e verdade no palco
psicanalítico. Rio de Janeiro Francisco Alves. 1992.
- 59 - -----(1983) - Em defesa de uma certa anormalidade. Teoria e
clínica psicanalítica. Porto Alegre. Artes Médicas. 1991.
- 60 - ----- - (1989) - Teatros do Corpo. São Paulo. Martins Fontes 1991.
- 61 - ----- - Corpo e linguagem. Da linguagem do soma às palavras da
mente. Rev. Bras. Psicanal. 28(I) : 75-98,1994.
- 62 - ----- As múltiplas faces de Eros.uma exploração psicanalítica da
Sexualidade humana. São Paulo. Martins Fontes. 1997.

- 63 - MAZET, P & STOLERU. - Manual de Psicopatologia do Recém-nascido.. Porto Alegre. Artes Médicas 1990.
- 64 - MELLO FILHO, J. (col). - Psicossomática Hoje. Porto Alegre. Artes Médicas. 1992.
- 65 ----- - O Ser e o Viver.. Porto Alegre. Artes Médicas 1995.
- 66 ----- Winnicott - 24 anos depois. Rio de Janeiro. Revinter. 1995.
- 67 MORIN, E. M. Elkan & F. Guatarri. - "A noção de sujeito por Edgar Morin" in: Schnitman, D (org) - Novos Paradigmas, cultura e subjetividade. Porto alegre. Artes Médicas. 1996. P.49.
- 68 - MORSCH, D.S. - O desenvolvimento afetivo em situação de alto risco neonatal: um estudo do processo de interação. Rio de Janeiro.PUC. 1990.
- 69 - OGDEN, T. - Os Sujeitos da Psicanálise. São Paulo. Casa do Psicólogo. 1996.
- 70 - PARAT, C. "O cotidiano do psicossomático". (trad. Cecília Fiorotti) In: Revue Française de Psychosomatique. N. 1. 1993. P..05-.19.
- 71 - PIONTELLI, A. De Feto a Criança: Um estudo observacional e psicanalítico. Rio de Janeiro. Imago. 1995.
- 72 - PODKAMENI & GUIMARÃES, M - Winnicott. 100 anos de um analista criativo.Rio de Janeiro. NAU PUC. RJ.
- 73 - QUAYLE, J. "Aspectos emocionais em perdas gestacionais"Rev. Psicologia Hospital. H.C. 1(2) ; 52-55. 1992.
- 74 - -----, "Óbito Fetal e anomalias fetais: Repercussões emocionais maternas" In: ZUGAIB & Tedesco. Obstetria Psicossomática. São Paulo. Atheneu. 1997.

- 75 - REZENDE, A.M. - Psicanálise e filosofia das ciências: a questão da verdade.
IDE, São Paulo, SBPSP, 14: 21-24 1987.
- 76 - ROCHA, F - " Sobre impasses e mistérios do corpo na clínica psicanalítica." In:
FERRAZ, F & VOLICH, R. M. (orgs.) Psicossoma II - Psicossomática
Psicanalítica. São Paulo. Casa do Psicólogo. 1998.
- 77 - SAFRA, G. Momentos mutativos em psicanálise. Uma visão Winnicottiana. São
Paulo. Casa do Psicólogo. 1995.
- 78 - ----- . A face estética do Self. São Paulo. Unimarco. 1999.
- 79 - SAMI ALI, M. - Pensar o somático. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1995.
- 80 - SANTA ROZA, E & REIS, E. Da análise na infância ao infantil na análise. Rio
de Janeiro. Contracapa. 1997.
- 81 - SANTOS FILHO, O. "Psicoterapia psicanalítica do paciente somático". in:
MELLO FILHO & col. Psicossomática Hoje. Porto Alegre. Artes Médicas.
1992.
- 82 - SCHNITMAN, D & (org) Novos Paradigmas, cultura e Subjetividade. Artes
Médicas. Porto Alegre. 1994.
- 83 - SOIFER, R - Psicologia da gravidez, parto e puerpério.. Porto Alegre. Artes
Médicas. 1992.
- 84 - SONTAG, S. - A Doença como metáfora. Rio de Janeiro. Graal. 1984.
- 85 - SPITZ, R - O primeiro Ano de Vida. Martins Fontes . SP. 1996.
- 86 - SPITZ, L. - As Reações Psicológicas à doença e ao adoecer. In: Saude Mental no
Hospital Geral. Cadernos do IPUB N. 6, Rio de Janeiro. 1997.
- 87 - STERN, D.N. - O mundo interpessoal do bebê. Porto Alegre. Artes Médicas.
1992.

- 88 - ----- - A Constelação da Maternidade: o panorama da psicoterapia pais-bebê. Porto Alegre. Artes Médicas. 1997.
- 89 - SZEJER, M, STEWART, R. - Nove meses na vida da mulher - Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo. Casa do Psicólogo. 1997.
- 90 - TANIS, B. - Memória e Temporalidade - Sobre o Infantil em Psicanálise. São Paulo. Casa do Psicólogo. 1995.
- 91 - TEDESCO, J. Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In: ZUGAIB & col. Obstetrícia psicossomática. São Paulo. Atheneu. 1997.
- 92 - TREWARTEM, C Descriptive Analysis of Infant Communicative Behaviour. In: Studies in Mother-Infant interaction Glasgow. H. R. Schafer. Editor. 1975 p. 227.269.
- 93 - TUSTIN, F (1972) - Autismo e psicose infantil. Rio de Janeiro. Imago. 1975
- 94 - ----- - Barreiras autistas em pacientes neuróticos. Porto Alegre. Artes Médicas. 1990
- 95 - VALLER, E. - A mãe devotada e o seu bebê. A teoria do desenvolvimento emocional de D. W. Winnicott. Campinas. 1989. (Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas).
- 96 - WALLBRIDGE, D & DAVIS, M. Espaço e Limite. Uma introdução à obra de D.W. Winnicott. Rio de Janeiro. Imago. 1982.
- 97 - WINNICOTT , D. W. - (1945) "Desenvolvimento Emocional Primitivo". in: Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro. Francisco Alves. 1993.

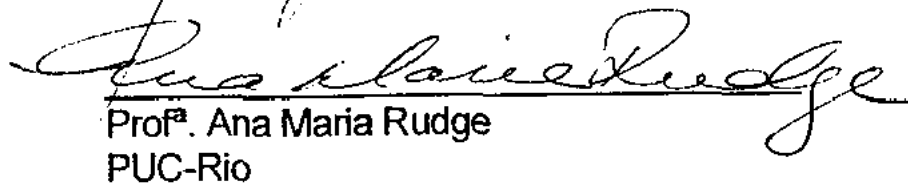
- 98 - ----- (1949) "A mente e sua relação com o psique-soma". in:
Textos selecionados da Pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro. Francisco
Alves. 1993.
- 99 - -----1951) -. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. in:
-----, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*.. Rio de Janeiro.
Francisco Alves. 1993.
- 100 - ----- (1962) - A integração do ego no desenvolvimento da
criança. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre Artes
médicas. 1990.
- 101 - ----- (1963) - O medo do colapso (breakdow). in: *Explorações
psicanalíticas*. Porto Alegre. Artes Médicas. 1994.
- 102 - -----(1964) " A enfermidade psicossomática em seus aspectos
positivos e negativos. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto alegre. Artes
Médicas. 1994
- 103 - ----- (1970) - Sobre as bases do Self no corpo. In: *Explorações
psicanalíticas*. Porto Alegre. Artes Médicas. 1994.
- 104 - ----- (1971) O papel de espelho do rosto da mãe. In: O brincar e
a realidade. Rio de Janeiro. Imago. 1975.
- 105 - ----- (1987) *Os Bebês e suas Mães*.. São Paulo. Martins Fontes .
1996.
- 106 - ----- (1988) *A Natureza Humana*.. Rio de Janeiro. Imago 1990
- 107 - .WILHEIM, J. - *O Desenvolvimento Psíquico do Recém-Nascido*. - Trab.
apresentado no III Simpósio Brasileiro de Observação da Relação Mãe-Bebê.
Rio de Janeiro. Dez/ 1998.

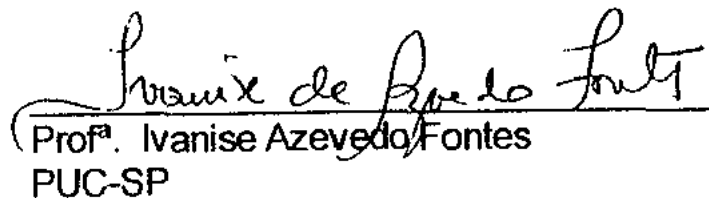
- 108 - ZWASCH, M.L. & outros - "A influência de aspectos socioeconômicos desfavoráveis sobre a interação mãe-bebê" In: Rev. ABP. APAL 20 (2). 1998. P. 66-70.
- 109 - ZUGAIB, M Tedesco, J.J & QUAYLE, J - Obstetrícia Psicossomática. São Paulo Atheneu.. 1997.

- 108 - ZWASCH, M.L. & outros - "A influência de aspectos socioeconômicos desfavoráveis sobre a interação mãe-bebê" In: Rev. ABP. APAL 20 (2). 1998. P. 66-70.
- 109 - ZUGAIB, M Tedesco, J.J & QUAYLE, J - *Obstetria Psicossomática*. São Paulo Atheneu.. 1997.

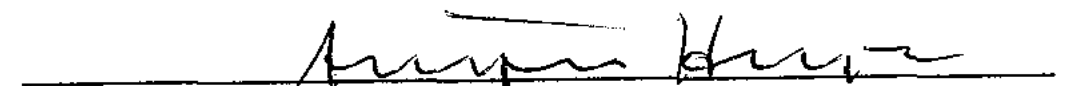
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Suzana Maria Lopes Gomes, intitulada "**Mães-bebês em risco: Um estudo das manifestações psicossomáticas precoces**", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:


Prof.^a Angela Baraf Podkameni
(Orientadora) PUC-Rio


Prof.^a Ana Maria Rudge
PUC-Rio


Prof.^a Ivanise Azevedo Fontes
PUC-SP

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro, ...14.1.8.../2000.


Prof. Jurgen Heye
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas