



Ramilda Fontan Soto

**A PSICOSSOMÁTICA NA PRIMEIRA INFÂNCIA:
A contribuição de Winnicott para um estudo
das alergias respiratórias**

Tese de Doutorado

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da PUC-Rio como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Cláudia Amorim Garcia

Rio de Janeiro

Fevereiro de 2006



Ramilda Fontan Soto

**A psicossomática na primeira infância:
a contribuição de Winnicott para um
estudo das alergias respiratórias.**

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Doutor pelo Programa de
Pós-Graduação em Psicologia Clínica do
Departamento de Psicologia do Centro de Teologia
e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela
Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof^a. Cláudia Amorim Garcia
Orientadora

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof^a. Monah Winograd

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof^a. Flávia Sollero de Campos

Departamento Psicologia - PUC-Rio

Prof^a. Maria Stella Tavares Filgueiras

Departamento de Psicologia - UFJF

Prof. Marco Antônio Chagas Guimarães

Instituto de Psicossomática

Prof. Paulo Fernando Carneiro de Andrade

Coordenador Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, / /2006

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e da orientadora.

Ramilda Fontan Soto

Psicóloga, graduada em 1972, pela Universidade Santa Úrsula. É professora universitária, tendo lecionado no Curso de Psicologia de várias Faculdades, desde 1976. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1988. Funcionária da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, trabalhou na Secretaria de Educação e na Secretaria de Saúde.

Ficha Catalográfica

Soto, Ramilda Fontan

A psicossomática na primeira infância: a contribuição de Winnicott para um estudo das alergias respiratórias / Ramilda Fontan Soto; orientadora: Cláudia Amorim Garcia. – Rio de Janeiro: PUC, Departamento de Psicologia, 2006.

230 f. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia.

Inclui referências bibliográficas.

1. Psicologia – Teses. 2. Winnicott. 3. Psicossomática. 4. Infância. 5. Adaptação materna. 6. Alergia respiratória. I. Garcia, Cláudia Amorim. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Agradecimentos

À professora Cláudia Amorim Garcia pela compreensão e competência, que foram fundamentais para a realização desse trabalho.

À Dra. Fátima Emerson e Dra. Neide Pereira pela acolhida, e pelas trocas que enriqueceram meu estudo sobre as patologias alérgicas na infância.

À professora Ângela Baraf Podkameni pelo incentivo, e pela generosidade com que guiou meus passos no terreno da psicossomática.

Às mães que, ao me confiarem suas histórias e as de seus filhos, forneceram dados importantes para que a pesquisa pudesse ser desenvolvida.

À Verinha, Marise e Marcelina, pela ajuda sempre carinhosa.

A todos os amigos pela confiança em mim depositada.

Aos meus pais (*in memoriam*).

Resumo

Soto, Ramilda Fontan; Garcia, Cláudia Amorim. **A psicossomática na primeira infância: a contribuição de Winnicott para um estudo das alergias respiratórias.** Rio de Janeiro, 2006. 230p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O objetivo da presente tese foi contribuir para a compreensão das manifestações psicossomáticas na infância, exemplificadas por meio dos distúrbios alérgicos respiratórios. A teoria de Winnicott sobre o desenvolvimento emocional primitivo foi utilizada como principal ferramenta teórica. Foram discutidas as contribuições dos autores identificados com a psicossomática psicanalítica, desde o modelo teórico de Pierre Marty até à literatura relativa a infância, e também os conceitos de Winnicott sobre a relação mãe-bebê. A pesquisa utilizou o conceito winnicottiano de *preocupação materna primária*, focalizando a *adaptação ativa* materna, e revelou a existência de uma relação entre as falhas adaptativas maternas e a manifestação psicossomática alérgica da criança.

Palavras-chave:

Winnicott; Psicossomática; Infância; Adaptação materna; Alergia respiratória.

Abstract

Soto, Ramilda Fontan; Garcia, Cláudia Amorim. **The psychosomatic at early infancy: Winnicott's contribution for a study of respiratory allergies.** Rio de Janeiro, 2006. 230p. Doutorado thesis - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The objective of the present thesis was to contribute to the understanding of psychosomatics manifestations in infancy, exemplified by respiratory allergic diseases. Winnicott's theory about the primitive emotional development was used as the main theoretical tool. At first we discussed the contributions of psychoanalytic psychosomatic authors, beginning with Pierre Marty's theoretical model to the literature concerning infancy, and also Winnicott's concepts about mother-child relationship. The research used the Winnicott's conception of *primary maternal preoccupation*, focusing the mother's *active adaptation*, and showed the existence of a relation between failures in the maternal adaptation and the child's psychosomatic allergic manifestation.

Key words:

Winnicott; Psychosomatic; Childhood; Mother adaptation; Respiratory allergy.

Sumário

INTRODUÇÃO.....	10
1. A CONSTRUÇÃO DO CAMPO PSICOSSOMÁTICO.....	16
1.1. Antecedentes.....	18
1.2. De Freud à Escola de Psicossomática de Paris.....	24
1.2.1. As relações entre o psíquico e o somático na obra de Freud.....	25
1.2.2. As contribuições de Groddeck, Ferenczi e Alexander.....	34
1.2.2.1. Groddeck e o valor dos símbolos: a doença como linguagem..	34
1.2.2.2. Ferenczi: o estudo das <i>neuroses de doença</i>	43
1.2.2.3. Alexander: a inauguração da medicina psicossomática.....	47
1.2.3. A constituição da Escola de Psicossomática de Paris.....	51
1.3. O modelo psicossomático de Pierre Marty.....	56
1.3.1. A relação objetal alérgica.....	56
1.3.2. Os processos de somatização.....	60
1.3.3. O princípio evolucionista.....	62
1.3.4. A mentalização.....	67
1.4. Michel Fain.....	70
2. A PSICOSSOMÁTICA DA INFÂNCIA.....	73
2.1. Um estudo precursor: René Spitz e a patologia das relações objetais no primeiro ano de vida.....	74
2.1.1. Os estados de carência e privação afetiva.....	75
2.1.2. A gênese das relações objetais.....	79

2.1.3. Os desvios das relações objetais.....	82
2.2. Contribuições dos estudos sobre as interações precoces.....	86
2.3. O estudo da psicossomática psicanalítica do bebê.....	91
2.3.1. Leon Kreisler e a interação precoce de risco psicossomático.....	98
2.3.2. Rosine Debray.....	101
2.4. A psicossomática dos distúrbios alérgicos respiratórios do bebê...	104
2.5. Do pulsional ao relacional: uma mudança possível na abordagem dos distúrbios psicossomáticos da infância	113
 3. WINNICOTT E A CONQUISTA DA UNIDADE PSICOSSOMÁTICA..	120
3.1. Introdução.....	120
3.2. A relação mãe-bebê anterior ao complexo de Édipo: uma mudança de paradigma.....	126
3.3. Através da pediatria à psicanálise: um caminho de mão-dupla entre a prática e a teoria.....	132
3.3.1. O início da trajetória.....	132
3.3.2. O percurso no campo da psicanálise.....	140
3.4. O cuidado ambiental suficientemente bom.....	143
3.5. O corpo nos primórdios do funcionamento psíquico.....	148
3.5.1. A experiência do nascimento.....	156
3.5.2. A amamentação.....	160
3.5.3. Integração e personalização: as tarefas do bebê.....	165
3.6. O transtorno psicossomático.....	169
 4. METODOLOGIA.....	174
4.1. Descrição da pesquisa.....	175
4.2. Roteiro das entrevistas.....	177

4.3. Considerações metodológicas.....	182
4.4. Análise das entrevistas.....	189
4.5. Interpretação dos resultados.....	209
 5. CONCLUSÕES.....	 212
 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 216
 ANEXO 1.....	 228
ANEXO 2.....	230

INTRODUÇÃO

Estamos cada vez mais nos dando conta de que muitas destas crianças são fisicamente sãs e que, no entanto, podem estar doentes dos sentimentos.

Winnicott, 1936.

O objetivo da presente tese é avançar na compreensão dos distúrbios psicossomáticos na primeira infância, exemplificados por meio das manifestações alérgicas respiratórias, utilizando como instrumento teórico as contribuições de Winnicott sobre os primórdios do desenvolvimento do ser humano.

Nosso interesse por esse tema foi sendo construído ao longo da experiência vivida, em diferentes instituições médicas, junto a bebês e crianças pequenas com patologias alérgicas do aparelho respiratório. No início, como parte da dissertação de mestrado, freqüentamos um hospital público onde entrevistamos um determinado número de mães, cujos filhos estavam em tratamento ambulatorial após um período de internação. Os depoimentos então colhidos nos revelaram, em comum, a presença de alterações no investimento afetivo dessas mães para com seus filhos, e nos permitiram, com o apoio da teoria do desenvolvimento de Winnicott, a conclusão da dissertação, que teve o título “A mãe e o bebê: uma relação que faz crescer ou adoecer?”. Esse trabalho já refletiu as indagações que passaram a estar presentes em nossa atividade, como psicóloga, com crianças adoecidas e suas mães.

Algum tempo depois, trabalhando no serviço de emergência pediátrica de outro hospital público, essas questões foram reavivadas. Nessa ocasião, e por um período de alguns anos, tivemos a oportunidade de observar a alta incidência de bebês e crianças que precisavam de socorro médico, algumas em estado crítico e necessitando de internação, em consequência de dificuldades respiratórias de natureza alérgica, manifestadas sob a forma de crise asmática ou de rinite.

No contingente formado por essas crianças havia, por um lado, uma parcela proveniente de um meio sócio-econômico carente, onde o ambiente físico é caracterizado por moradias sem condições adequadas de ventilação, com nível

elevado de umidade e mofo, além da predominância de incorreções quanto às práticas higiênicas, fatores que favorecem a proliferação de agentes nocivos (ácaros, baratas, etc) considerados provocadores da reação alérgica respiratória. Por outro lado, no entanto, a população na mesma faixa etária, porém vivendo em condições ambientais satisfatórias, se mostrou igualmente elevada, o que, de forma efetiva, afasta a possibilidade da causa externa ser a única na origem do problema. Cumpre ressaltar, ainda, que a evolução da pesquisa médica tem disponibilizado um amplo arsenal de medicamentos, inclusive vacinas, para combater as respostas alérgicas do organismo, e tentar mantê-las sobre controle, mas a eficácia de sua ação, e a possibilidade de prevenção, ainda é limitada, visto a incidência cada vez maior do surgimento do distúrbio na população infantil.

Visando ampliar o entendimento dos fatores psíquicos que, ao se mostrarem capazes de abrir brechas no escudo imunológico do organismo, produzem respostas alérgicas, demos prosseguimento à atividade de pesquisa, desta feita em clínicas de alergia particulares. Consideramos importante assinalar que, na clínica, a criança comparece para uma consulta de acompanhamento, ou seja, não está em crise, quadro substancialmente diferente do que foi observado no hospital de emergência. Por meio dessa estratégia, tivemos a oportunidade não só de entrevistar as mães em um ambiente mais favorável, como também de observar aspectos do relacionamento da mãe com seu filho.

A princípio, nossa expectativa em relação a essas crianças era de que, na medida em que estão sob acompanhamento médico e medicamentoso, além das mães serem orientadas sobre os cuidados profiláticos necessários, então as manifestações somáticas estariam controladas. No entanto, constatamos a mesma realidade que já conhecemos antes, ou seja, independente das condições externas, algumas crianças continuavam apresentando crises de repetição sistemática, e, na história de suas vidas localizamos, em comum, episódios indicativos de prejuízos na experiência afetiva em etapas primitivas do desenvolvimento.

A conclusão a que chegamos, portanto, nos levou de volta às questões que se impuseram a nós desde o início dessa trajetória, e que resumimos em uma pergunta: como a existência de uma relação primária mãe-bebê deficitária pode

afetar o bebê a ponto de levá-lo a manifestar o sofrimento no soma, por meio da crise respiratória?

Na busca de resposta, percorremos a literatura e encontramos que, na atualidade, a psicossomática da infância vem se construindo como um campo de investigação particular, e, como consequência, o surgimento do adoecimento psicossomático em idade muito precoce, em bebês e até recém-nascidos, tem chamado a atenção dos estudiosos para etapas iniciais da vida da criança, especialmente no que se refere à sua organização psíquica na relação com o meio ambiente.

Os trabalhos desenvolvidos no ambiente da Escola de Psicossomática de Paris tiveram uma participação importante nesse movimento. Ao retomarem as pesquisas realizadas por René Spitz, na década de 1940, sobre os distúrbios somáticos no primeiro ano de vida decorrentes de patologias nas relações objetais, os psicossomaticistas franceses e o pediatra Léon Kreisler, em trabalho conjunto, permitiram um avanço no entendimento da dinâmica subjacente a esses distúrbios, examinados à luz da teoria psicanalítica, e estabeleceram um marco na pesquisa psicossomática na infância.

Os primeiros trabalhos elaborados por Pierre Marty (1958), partindo de sua prática com pacientes alérgicos adultos, também contribuíram para o interesse pelos transtornos de surgimento precoce. Ao propor uma continuidade evolutiva entre o aparato biológico e o aparato psíquico, e a existência de *estruturas psíquicas* vulneráveis inatas, Marty, um dos precursores do estudo no campo da psicossomática psicanalítica, admitiu que a organização psicossomática de cada indivíduo, desde os primeiros tempos, pode ser afetada pela maneira inadequada com que a mãe interage com o filho conjugada à manifestação das particularidades hereditárias do recém-nascido. De acordo com essa abordagem, a presença de uma predisposição individual à resposta somática, frente a situações de angústia, pode dar origem aos distúrbios no funcionamento orgânico ainda nas etapas iniciais da vida.

Os psicossomaticistas franceses, que produziram trabalhos no campo da infância, porém, adotaram posicionamentos distintos, aceitando total (Kreisler, 1981) ou parcialmente (Debray, 1983; Szwec, 1993) as concepções de Marty (1958) a respeito da existência de uma predisposição inata à somatização, ou as

rejeitando (Fain, 1969). Esses autores, independente do grau de adesão ao modelo martyano, ao utilizarem a metapsicologia freudiana como referência teórica principal, centralizaram a atenção na satisfação das necessidades pulsionais do bebê, e enfatizaram o investimento libidinal materno como determinante da qualidade da organização psicossomática da criança, localizando nas vicissitudes desse investimento as causas precipitantes do adoecimento.

Em outra perspectiva, a obra de Winnicott nos revela que, mesmo não tendo se aprofundado na investigação da psicodinâmica subjacente às doenças somáticas, um tópico importante de sua teoria do desenvolvimento foi dedicado à explicitação das necessidades fundamentais vividas pelo bebê, até a conquista de sua unidade psicossomática. Para Winnicott (1945), tal conquista só é bem sucedida se a mãe, vivendo uma *adaptação ativa* em relação ao filho, principalmente nos primeiros meses após o nascimento, consegue atendê-lo naquela que é a mais fundamental de todas as necessidades: a manutenção da linha de continuidade de existência.

Ao deslocar o foco de atenção da sexualidade do bebê para seu estado de dependência inicial, Winnicott propôs uma compreensão dos primórdios da vida humana que difere da teoria psicanalítica tradicional, e estabeleceu que as falhas maternas no oferecimento de um ambiente adaptado ao estado de imaturidade do filho, quando ocorrem de forma repetida e numa intensidade que está além do que o bebê pode suportar, podem levá-lo à vivência de perda da continuidade do ser, tornando frágil a integração entre a psique e o soma.

A presente tese utiliza os conceitos propostos por Winnicott, principalmente sua abordagem para o estado de dependência que caracteriza o bebê no estágio inicial da vida, de onde destacamos o papel materno na facilitação do alcance de uma experiência psicossomática satisfatória. Como decorrência, ao identificarmos nas falhas maternas a origem do aumento de tensão que acarretaria alterações no funcionamento somático do bebê, propomos uma outra leitura, em relação àquela admitida pelos estudiosos da Escola de Paris, para a compreensão dos transtornos psicossomáticos na primeira infância.

Para esclarecer a trajetória seguida no desenvolvimento do nosso pensamento, dividimos o trabalho em cinco capítulos.

No capítulo 1, focalizamos a construção do campo psicossomático, situando historicamente seus antecedentes na evolução, através dos tempos, dos conceitos de doença física e doença psíquica. A partir do surgimento da psicanálise, destacamos as relações entre o psíquico e o somático na obra de Freud, e como essas relações foram entendidas por autores seus contemporâneos, como Groddeck e Ferenczi. Abordamos o trabalho de Alexander, considerado o fundador da *medicina psicossomática*, e a repercussão de suas concepções entre os psicanalistas franceses, criadores da psicossomática psicanalítica, até a constituição da Escola de Psicossomática de Paris. Entre os psicossomaticistas precursores, destacamos Pierre Marty, cujo modelo teórico propôs uma ampliação da metapsicologia freudiana para abranger as patologias somáticas, e de Michel Fain que, ao se opor às essas mudanças, buscou uma compreensão das afecções psicossomáticas de acordo com a psicanálise tradicional.

No capítulo 2, apresentamos as principais referências utilizadas pelos estudiosos da psicossomática da infância. Iniciamos com o trabalho precursor de René Spitz (1958) que, com sua pesquisa sobre as alterações no funcionamento orgânico no primeiro ano de vida, identificou sua origem em perturbações no suprimento das necessidades afetivas dos bebês por parte das mães. Em seguida, focalizamos as contribuições dos autores (Cramer, 1987; Brazelton, 1987; Lebovici, 1995; Soulé, 1996) que estudaram as interações precoces mãe-bebê, e que foram acrescidas pelas pesquisas contemporâneas sobre os primórdios dessa interação, localizados ainda no período pré-natal.

Ainda nesse capítulo, apresentamos os autores que mais vêm se dedicando ao campo da psicossomática da infância (Kreislner, 1981; Debray, 1983), destacando suas contribuições para o estudo dos distúrbios alérgicos respiratórios da primeira infância. Por estarmos focalizando uma patologia que compromete o funcionamento orgânico, consideramos necessário fazer referência, também, à sua descrição na perspectiva da medicina. Terminamos esse capítulo introduzindo o pensamento de Winnicott, por meio do qual propomos uma mudança de abordagem na compreensão dos distúrbios psicossomáticos na infância, na qual a importância da satisfação pulsional é entendida como secundária frente à satisfação das necessidades básicas do início, que é proporcionada pela mãe na relação com o seu bebê.

No capítulo 3, destacamos, na obra de Winnicott, a contribuição ao estudo dos primórdios do funcionamento psíquico, e a mudança de paradigma operada pelo autor em relação à psicanálise tradicional, por meio da ênfase atribuída à relação inicial mãe-bebê, em detrimento do conflito edípico, como o diferencial entre um desenvolvimento sadio e os distúrbios neuróticos e psicóticos. Acompanhamos a trajetória de Winnicott desde sua prática como pediatra, o percurso no campo psicanalítico e o tratamento de pacientes psicóticos, e suas principais divergências com Melanie Klein. Reunindo todos esses passos, examinamos a concepção do autor para as etapas vividas pelo bebê, desde o nascimento e por todo o primeiro ano de vida, até a integração do seu psique-soma, a importância dedicada ao *ambiente materno* para o sucesso dessa aquisição, e as consequências do seu fracasso na produção de transtornos psicossomáticos no bebê.

No capítulo 4, descrevemos a pesquisa de campo realizada com crianças portadoras de distúrbios alérgicos respiratórios e suas mães, no ambulatório de alergia de um hospital público especializado no tratamento infantil, que teve como questão a ser investigada a relação entre o adoecimento somático alérgico e as falhas da mãe em sua função primordial de *maternagem*. Como estabelecido por Winnicott, o adequado exercício dessa função é consequência da *preocupação materna primária* que a mãe desenvolve, e que, por mantê-la em um estado de sensibilidade aumentada, identificada com o seu bebê, a permite responder às necessidades dele por meio de uma *adaptação ativa*. Ao reconhecer os momentos em que o bebê precisa de cuidados, a mãe adaptada é capaz de oferecê-los de acordo com a capacidade do bebê em recebê-los, sem se sentir invadido, e, assim, manter a confiança no ambiente sem interromper o sentimento de continuidade do ser.

No capítulo 5, apresentamos as conclusões do nosso estudo. Ao examinarmos os depoimentos fornecidos pelas mães entrevistadas, constatamos evidências do que, na linguagem winnicottiana, pode ser considerado como falha na adaptação materna, sob a forma do que escolhemos denominar de *adaptação invasiva*, ocorridas em etapas evolutivas cruciais. Assim, estabelecemos uma articulação entre a *adaptação invasiva* por parte da mãe, e a manifestação alérgica respiratória por parte da criança.

A CONSTRUÇÃO DO CAMPO PSICOSSOMÁTICO

Até alcançar o status atual de uma disciplina, com seu campo próprio de saber, a psicossomática percorreu um caminho nem sempre imune a controvérsias. O entendimento de que os fatores de natureza psíquica podem alterar o funcionamento do corpo, inclusive causando adoecimentos, não se constitui um fato novo, mas a compreensão dos mecanismos que permitem a primazia do psíquico sobre o somático, ou, como dito por Freud, do “enigmático salto do mental para o físico” (Freud, 1917, p.306), ainda se mantém em aberto e suscitando debates.

Embora historicamente o termo ‘psicossomático’ tenha surgido no início do século XIX, quando o psiquiatra alemão J. A. Heinroth abordou a interferência das paixões em alguns transtornos orgânicos, a compreensão da relação entre as funções psíquicas e corporais, cuja perturbação pode se expressar em adoecimentos somáticos, sofreu a influência de diversas correntes de pensamento, e se tornou motivo de divergência entre autores até os dias atuais.

Assim é que ainda encontramos a expressão ‘psicossomática’ sendo utilizada, particularmente no meio médico, para designar uma doença cuja sintomatologia, mesmo que inegável do ponto de vista funcional e clínico, não se relaciona com nenhuma causa objetivável do ponto de vista anatomo-fisiopatológico, quando, então, é pensada a participação de fatores psíquicos na etiologia do problema.

No final do mesmo século XIX, com Freud e o surgimento da psicanálise, algumas dessas manifestações físicas sem causa aparente foram entendidas como resultado da “conversão de uma energia psíquica em inervação somática” (Freud, 1893), vindo a se constituir como um transtorno da neurose histérica, onde conflitos psíquicos são simbolizados em sintomas corporais. Outra modalidade de manifestação física, cuja sintomatologia está associada a uma angústia difusa sem

um sentido simbólico, foi designada como pertencente ao quadro da neurose atual, e por ela Freud (1917) não demonstrou maior interesse na medida em que não poderia ser atingida pelo método de tratamento que criou.

Essa modalidade de manifestação é retomada pela psicossomática psicanalítica que, utilizando o instrumental teórico da psicanálise, propõe ampliar o campo de investigação do domínio das neuroses e psicoses para o dos portadores de distúrbios somáticos, propondo também adaptações na técnica de tratamento (Marty, 1980). Seus pontos de contato com a medicina são reconhecidos pelos psicossomáticos, mas sua proposta é a de trabalhar em um domínio mais amplo, procurando analisar o funcionamento do indivíduo como um todo. Assim, sem negar os conhecimentos já estabelecidos pela ciência médica, os estudiosos da psicossomática buscam compreender o indivíduo em sua unidade física e psíquica.

Ao valorizar o domínio psicoafetivo da experiência humana, por considerá-lo “o mais poderoso organizador, desorganizador e reorganizador até mesmo das funções somáticas” (Marty, 1983, p.X), a psicossomática psicanalítica, como definida pelos autores franceses, tornou possível a identificação das falhas nos processos mentais favoráveis à expressão somática, assim como responsáveis pela cronificação de certas patologias orgânicas. No terreno da infância, quando o psiquismo da criança ainda está em constituição, o estudo da relação mãe-bebê, e de suas vicissitudes, se voltou para a compreensão de patologias somáticas precoces e, conseqüentemente, de uma intervenção que possibilite a prevenção de seu agravamento.

Se considerarmos que o homem é psicossomático por definição, o adjetivo ‘psicossomático’ aplicado às doenças e aos pacientes não só pode parecer redundante, como também indicativo de uma hesitação entre o clássico dualismo psique-soma e a “aventura abertamente monista que a psicossomática representa” (Kamieniecki, 1990, p.7). Mas, como assinalado por Marty (1983), o abandono do dualismo não reside apenas em um abandono de palavras, e sim das classificações, nosografias e procedimentos habituais, pelo estudo analítico da economia e da relação dinâmica do psíquico e do somático.

A experiência psicossomática, particularmente no que se refere à investigação e ao tratamento de pacientes somáticos, baseou-se no trabalho de

psicanalistas, mas, embora estreitamente ligadas, a psicossomática e a psicanálise não se confundem. Enquanto o método e o sentido do estudo psicossomático se modelam sobre os da psicanálise, na prática existem diferenças quanto os pacientes que trata, quanto aos objetivos que persegue e quanto às técnicas que emprega (Marty, 1983). Ao enfatizar que o estudo da psicossomática pode contribuir para o enriquecimento da psicanálise, e dos psicanalistas, Marty afirmou:

Apesar das desigualdades e dos buracos de uma via teórica cuja parte mais longa ainda não foi esboçada, não obstante as ciladas e por vezes a aspereza do seu exercício, malgrado ainda a duração de uma rigorosa formação profissional para os que se tomam de amores por ela, médicos ou não, a psicossomática se evidencia cheia de promessas, e revela-se apaixonante (Marty, 1983, p.XIV).

O entendimento do fenômeno psicossomático, como é concebido na atualidade, decorre do acúmulo de conhecimentos provenientes de diferentes áreas de estudo, o que nos leva, num primeiro momento, a fazer um percurso histórico para identificar suas principais influências.

1.1. Antecedentes

Nascida de um movimento conduzido por médicos e psicanalistas, a história da psicossomática é recente, mas sua pré-história é antiga, e remonta ao século V a.C., quando Hipócrates separou a medicina das práticas mágico-sacerdotais e das teorias teológicas, conferindo-lhe um status de disciplina científica e autônoma na qual o homem é considerado, em uma concepção naturalista, como uma unidade organizada incorporada à ordem do cosmo, sendo a doença efeito de sua desorganização (Kamieniecki, 1992).

A escola médica fundada por Hipócrates na ilha de *Cos*, considerada a primeira escola formalmente instituída de Medicina na História, pregava uma ciência que priorizava o enfermo como uma unidade, e a doença era vista como uma perturbação deste e não como processos independentes de seus órgãos. A escola de *Cos*, como ficou conhecida, procurava ressaltar os aspectos do

temperamento e da constituição na concepção da enfermidade, preconizando a existência de doentes e não de doenças. Esta escola esboçou a idéia de um princípio unificador e diretor do organismo, chamado de “*eidolon*”, que fazia parte da natureza e era considerada a *psyché* individual. Para Hipócrates, havia na natureza dos seres vivos um dinamismo que os fazia crescer e movimentar-se, a alma (*anima*), como um princípio de ação que atuaria através do cérebro, nutrindo e animando o corpo. Era um sopro (*pneuma*) que penetrava no corpo ao nascer, e o preenchia em graus de qualidades diferentes, sendo mais pura no cérebro, onde produzia o pensamento e, da mesma forma que produzia a vida, operando para a manutenção da saúde, traria em si a possibilidade da própria cura, de forma que o médico deveria limitar-se a agir como servidor dessa força natural. (Margotta, 1998).

Apesar dos séculos que nos separam da época em que Hipócrates elaborou suas idéias sobre o funcionamento humano e o adoecer, podemos reconhecer a presença do espírito hipocrático nos paradigmas que fundamentam a investigação psicossomática da atualidade, expressa no entendimento de que a unidade funcional do ser humano se manifesta tanto na saúde como na doença, e na preocupação de abordar o indivíduo que sofre na sua individualidade. Por outro lado, por reconhecermos também que a evolução do pensamento científico não é imune às interferências que sempre caracterizaram a evolução da própria humanidade, consideramos oportuno acompanhar sua trajetória a fim de identificarmos as transformações e descobertas que determinaram o estado atual do saber.

A história do conhecimento ocidental nos revela que, durante a Idade Média, a interferência da Igreja produziu uma estagnação na evolução da ciência, com conseqüências para o desenvolvimento da medicina e para a compreensão global do funcionamento humano, chegando a determinar que os médicos só podiam tratar do corpo enquanto a alma era atribuição dos clérigos. Por séculos a medicina ficou subordinada à *teoria dos humores*, criada pelo médico grego Galeno (130-200), que entendia a doença como uma perturbação local dos órgãos decorrente do excesso ou falta dos quatro elementos constituintes da natureza, e cujo desequilíbrio devia ser tratado com métodos materiais, enquanto o conhecimento hipocrático foi mantido no silêncio dos mosteiros (Margotta, 1998).

O sectarismo que manteve aprisionada a evolução do saber começa a sofrer mudanças a partir do século XVII, época em que podem ser localizados os primórdios da ciência moderna. Entre as figuras que colaboraram para essa mudança destaca-se o nome de Descartes (1596-1650) que, em sua tentativa de resolver a questão controversa da relação mente-corpo, promoveu a libertação da pesquisa dos rígidos dogmas teológicos predominantes até então, propondo resolver os grandes enigmas da filosofia e da ciência com o uso da razão e com ela alcançar a verdade (Schultz & Schultz, 1969).

Por influência do pensamento mecanicista, característico da época, e apoiado nas descobertas no campo da fisiologia, Descartes desenvolveu uma concepção dualista para explicar que a mente e o corpo tinham essências diferentes, sendo que o corpo, enquanto uma máquina, funcionava de acordo com as leis da mecânica, e a mente, imaterial, tinha apenas a função de pensar, ainda que ambos interagissem mutuamente. Desse modo, Descartes introduziu uma abordagem do problema mente-corpo que focalizava a atenção numa dualidade física-psicológica e, ao fazê-lo, desviou a atenção do conceito abstrato da alma para o estudo da mente e suas operações.

As idéias de Descartes, portanto, racionalizaram a compreensão do homem, distanciando-o do *animismo hipocrático*. Ao identificar na alma a essência do pensamento, proferiu a sua famosa frase: “*penso, logo existo*”. A alma, sendo pensamento, só pode fazer o que é sua função, pensar, de modo que o corpo não é mais sua função, estabelecendo-se a dicotomia alma e corpo. A vida passa a ser atributo do corpo e não da alma, e este adquire uma existência própria e independente. Em seu *Discurso sobre o método* (1637), Descartes estabeleceu princípios para sua forma de trabalho e, por entender não existirem garantias para a possibilidade do conhecimento, propôs a *dúvida sistemática* como método. Ao partir da dúvida, questionou todas as idéias e formas de conhecimento baseadas na imaginação e na intuição, e construiu regras para que um conhecimento seja considerado verdadeiro, promovendo a razão ao mais alto valor (Durant, 1996).

Como consequência do pensamento cartesiano, os métodos de pesquisa da época trocaram a análise metafísica pela observação objetiva, favorecidos pelo fato de que, enquanto a existência da alma só podia ser alvo de especulações, a mente e seus processos podiam ser observados. A influência de Descartes foi

preponderante para o surgimento do pensamento moderno na ciência, particularmente na medicina, onde a preocupação com a racionalidade se traduziu na valorização do funcionamento corporal, enquanto passível de verificação, em detrimento da experiência subjetiva.

Mas a prioridade atribuída à razão, que caracterizou o modelo epistemológico do século XVII, foi alvo de questionamento no século seguinte, na França, com o surgimento da corrente de pensamento *vitalista*, que propunha um modelo antropológico e naturalista onde todos os fenômenos vitais dependeriam de um princípio único, a alma, sendo o corpo o seu instrumento (Kamieniecki, 1992).

Enquanto uma doutrina filosófica, o Vitalismo afirmava a existência de um princípio irreduzível ao domínio físico-químico para explicar os fenômenos vitais. Nessa concepção, o corpo físico dos seres vivos é animado e dominado por um princípio imaterial chamado *força vital*, cuja presença distinguiria o ser vivo dos corpos inanimados, e sua falta ou falência determinaria o fenômeno da morte. No Vitalismo, a força vital é definida como a unidade de ação que rege a vida física, conferindo-lhe as sensações próprias da vida e da consciência. Esse princípio dinâmico, imaterial, distinto do corpo e do espírito, integraria a totalidade do organismo e regeria todos os fenômenos fisiológicos. O seu desequilíbrio geraria as sensações desagradáveis e as manifestações físicas a que chamamos doença, e, no estado de saúde, manteria as partes do organismo em harmonia. A energia a que os vitalistas se referiam não era apenas aquela medida pelo trabalho mecânico, nem tampouco a hoje denominada energia potencial da física. Eles evocavam a existência de uma energia essencial que move a vida, que antecede a atividade mecânica e elétrica do organismo e que, na verdade, é sua mantenedora (Durant, 1996).

Os pensadores identificados com o Vitalismo consideravam como princípio vital do homem a causa que produz todos os fenômenos da vida no corpo humano. Como descendentes da Escola de Medicina de Montpellier, e contrários ao mecanicismo, os vitalistas mantiveram a tradição hipocrática, e concederam mais importância à reação do organismo que à causa mórbida, insistindo na necessidade de considerar cada caso individual como uma entidade

clínica específica e única, além de pregar que o primeiro médico é a natureza (Canguilhem,1952) .

Entre esses pensadores destacamos F. X. Bichat (1771-1802), que estudou o papel dos tecidos, enquanto unidades anatômicas, na explicação das propriedades fisiológicas e nas modificações patológicas do organismo. Em suas pesquisas, por meio de autópsias e experimentos fisiológicos, Bichat demonstrou que as propriedades vitais não são inerentes às moléculas da matéria, mas dependem de uma organização cujas diferentes combinações podem tanto promover o desenvolvimento como a desagregação do organismo. Como vitalista, Bichat recusava o estabelecimento de hipóteses sobre a essência dos fenômenos, pretendendo apenas descrever seus efeitos da maneira como eram percebidos, e assim estabelecer a *ordem da vida* (Canguilhem,1952).

No livro *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* (1800), Bichat¹ abordou a originalidade do ser vivo, atribuindo à instabilidade das forças vitais e à irregularidade dos fenômenos vitais, em oposição à uniformidade dos fenômenos físicos, a característica distintiva dos organismos. Por considerar que as propriedades vitais desaparecem assim que as moléculas perdem seu arranjo orgânico, fazendo com que a morte se propague entre os órgãos, o autor concluiu que *a vida é o conjunto de funções que resistem à morte*² (Kamieniecki,1992).

Segundo Kamieniecki (1992), a corrente vitalista obteve bom acolhimento na Alemanha, no início do século XIX, onde os psiquiatras elaboraram um sistema de classificação etiológica na tentativa de compreender os fenômenos psíquicos. Entre esses psiquiatras, J.C.A. Heinroth, em 1818, utilizou pela primeira vez o termo psico-somático, em um trabalho onde abordou a influência das paixões sobre a tuberculose e a epilepsia, ressaltando a importância dos aspectos físicos e psíquicos no adoecer. Anos mais tarde, Heinroth empregou a expressão somato-psíquica para caracterizar uma forma de insônia onde as modificações do estado psíquico decorrem de um fator físico, e estabelecer uma

¹ As idéias de Bichat sobre as organizações e desorganizações do organismo regidas por uma força vital, cuja origem é desconhecida mas cujos fenômenos são passíveis de apreciação, serviram de inspiração a Pierre Marty, um dos precursores da psicossomática psicanalítica, para a elaboração do princípio evolucionista que utilizou para explicar a *ordem psicossomática* do ser humano, como encontramos em seu livro *Les mouvements individuels de vie et de mort: Essai d'économie psychosomatique* (1976).

² No original: *la vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort.*

diferenciação da insônia psico-somática, onde o fator psíquico predomina na manifestação do sintoma.

O cenário científico do século XIX foi acrescido pela concepção hierárquica evolucionista da biologia apresentada pelo inglês Charles Darwin (1859), que revelou a possibilidade da existência de uma continuidade no funcionamento mental entre os homens e os animais inferiores. O entendimento de que a mente humana tinha evoluído a partir de mentes mais primitivas teve grande repercussão, e produziu o questionamento da separação entre animais e homens proposta por Descartes dois séculos antes. As idéias darwinianas sobre a evolução propuseram um processo de seleção natural dos organismos que ocasionaria uma luta pela sobrevivência, da qual apenas os que fizeram adaptações bem sucedidas às circunstâncias ambientais conseguiriam sobreviver³ (Schultz & Schultz, 1969).

O percurso que escolhemos percorrer para abordar a construção do campo psicossomático nos revelou que, na incansável procura de explicações para a relação entre o funcionamento somático e o funcionamento mental do ser humano, os estudiosos oscilaram entre a filosofia e a pesquisa científica, e esses movimentos tiveram a influência do *Zeitgeist* predominante em cada época. Assim é que o desenvolvimento da ciência moderna foi marcado pelo abandono da inspiração vitalista, e, ainda no século XIX, os métodos da ciência natural foram usados para investigar fenômenos puramente mentais, tendo sido desenvolvidas técnicas e publicados livros que despertaram um amplo interesse.

Na Alemanha do final do século XIX, os cientistas estavam interessados no estudo dos sentidos, assunto também em pauta entre os empiristas britânicos. O espírito positivista alemão permitiu a convergência das duas linhas de pensamento, e coube a Wundt, com a fundação do primeiro laboratório de psicologia experimental, em Leipzig no ano de 1879, a ampliação desse campo de estudo. Tendo a consciência como objeto de interesse, Wundt recorreu aos

³ Essa concepção de Darwin serviu de inspiração para Winnicott, que retomou e subverteu seu enunciado. Winnicott apontou a necessidade do bebê humano de que o ambiente, representado pela mãe, facilite sua adaptação para que a sobrevivência, tanto física quanto emocional, possa acontecer, principalmente no período inicial em que predomina, no bebê, uma condição de *dependência absoluta* (Winnicott, 1978 [1948]).

métodos experimentais das ciências naturais, particularmente as técnicas usadas pelos fisiologistas, e defendeu a existência de um paralelismo psicofísico no homem, cujo organismo poderia se manifestar por via corporal e mental. Nessa mesma época Helmholtz, também alemão, interessado na pesquisa da física e da fisiologia, estudava a velocidade do impulso nervoso, e contribuiu para o fortalecimento da abordagem experimental no estudo das sensações no aparato anátomo-fisiológico do ser humano.

O trabalho de Helmholtz, assim como o de Wundt, são exemplares do ambiente favorável à pesquisa científica predominante na Alemanha nesse século que, além da física e da fisiologia, também abrangia a complexidade da mente humana. A psicologia fez, então, sua entrada no domínio científico, ocorrendo o surgimento de duas correntes de interesse distintos, sendo uma de orientação psicofisiológica e a outra de orientação psicopatológica. No campo da psicopatologia, duas principais escolas de pensamento se destacaram no decorrer do século XIX. A escola somática afirmava que o comportamento anormal era decorrente de causas físicas, como lesões cerebrais, enquanto a escola psíquica recorria a explicações mentais ou psicológicas, havendo um claro predomínio da primeira ainda como consequência da influência do filósofo Kant que “zombava da idéia de que emoções pudessem causar doenças mentais” (Schultz & Schultz, 1969, p.328).

É nesse ambiente que Freud inicia sua trajetória até a criação da psicanálise, por meio da qual proporcionou uma nova compreensão sobre as relações entre a mente e o corpo.

1.2. De Freud à Escola de Psicossomática de Paris

A criação da psicanálise por Sigmund Freud (1856-1939) trouxe uma importante contribuição ao conhecimento humano, e, como ocorre com todas as escolas de pensamento, teve seus antecedentes intelectuais e culturais. A noção do inconsciente, central na teoria freudiana, foi precedida pela concepção desenvolvida no começo do século XVIII pelo filósofo e matemático alemão

G.W.Leibniz (1646-1716), sobre os eventos mentais como constituídos por elementos individuais da realidade, com diferentes graus de clareza ou consciência, podendo variar do completamente inconsciente ao mais nitidamente consciente. A noção de inconsciente leibniziano foi desenvolvida, um século mais tarde, pelo filósofo J. F. Herbart (1776-1841), que criou o conceito de limiar da consciência, e entendeu como inconscientes as idéias que estão aquém desse limiar, enfatizando que para que uma idéia assome na consciência é necessário que ela seja compatível e coerente com as que já estão presentes, caso contrário é expulsa da consciência e se torna uma idéia inibida. Para estes autores, porém, o conceito de inconsciente tem um caráter descrito, fazendo referência ao que estava fora da consciência, distante da noção freudiana do inconsciente dinâmico enquanto um sistema psíquico, com um papel específico no funcionamento do indivíduo (Schultz & Schultz, 1969).

Até chegar à sua formulação do inconsciente, e à construção de uma teoria metapsicológica, Freud percorreu uma trajetória cujo exame nos parece necessário a fim de realçarmos as evoluções de seu pensamento, indo da neurologia à psicanálise, e onde é possível identificar um questionamento constante das relações entre o mental e o físico, ou, entre o psíquico e o somático.

1.2.1. As relações entre o psíquico e o somático na obra de Freud

As relações entre o psíquico e o somático foram o ponto de partida para a construção da psicanálise, e estão presentes em toda obra freudiana. Os primeiros estudos psicanalíticos, partindo de casos clínicos onde a influência do funcionamento psíquico nos sintomas somáticos pôde ser reconhecida, permitiram que Freud viesse a construir uma metapsicologia onde o corpo, fonte da pulsão e partícipe da satisfação pulsional, recebeu uma abordagem singular.

Contrariando os cânones da medicina positivista que dominava o cenário científico do século XIX, e que se centrava numa leitura objetiva dos sintomas, Freud elaborou um procedimento para a investigação dos processos mentais, e um método para tratamento das “doenças nervosas modernas” (1908).

Como relatado pelo próprio Freud (1925 [1924]), sua procura pelo curso de medicina se deu a partir do interesse despertado pelas teorias de Darwin, nas

quais percebeu a possibilidade de progresso na compreensão do mundo, assim como do contato com um ensaio de Goethe sobre a natureza. No laboratório de fisiologia da universidade, dirigido pelo médico E. Brücke, Freud encontrou um ambiente favorável ao seu anseio por realizar pesquisas práticas, que pudessem satisfazer sua curiosidade, inspirada nas concepções darwinianas, sobre as origens e a evolução do sistema nervoso, e o êxito que alcançou com seus trabalhos lhe sugeriu ter encontrado um campo favorável à realização pessoal e profissional.

O tempo de Freud como pesquisador universitário, no entanto, durou apenas alguns anos. Após abandonar a carreira acadêmica, seu empenho se voltou para a clínica das doenças nervosas no hospital de Viena, onde, trabalhando com o neuroanatomista e psiquiatra Theodor Meynert, pôde continuar a exercitar sua habilidade de observador, na função de neurologista clínico. O sucesso obtido pela precisão de seus diagnósticos, e a quantidade de trabalhos que publicou sobre doenças do sistema nervoso, proporcionaram a Freud não só o reconhecimento no meio médico e a nomeação para o cargo de conferencista, como uma bolsa de pós-graduação que lhe favoreceu empreender uma viagem de estudos a Paris e Berlim. A convergência desses acontecimentos permitiu que Freud conhecesse Charcot, por meio de quem entrou em contato com uma abordagem que diferia daquela predominante no ambiente científico vienense, e que considerava insatisfatória para responder suas inquietações sobre a natureza humana.

Na época da chegada de Freud a Salpêtrière, no outono de 1885, o mestre Charcot já havia se afastado do estudo das doenças nervosas baseadas em alterações orgânicas, e se dedicava exclusivamente à pesquisa das neuroses⁴, em especial da histeria. Por considerar que o trabalho da anatomia estava encerrado, e que a teoria das doenças orgânicas do sistema nervoso podia ser dada como completa, o médico francês concluiu que “aquilo que a seguir precisava ser abordado eram as neuroses” (Freud, 1886, p.42). Ao entender a histeria como uma perturbação fisiológica do sistema nervoso, portanto sem correlato anatômico, e não como uma simulação, Charcot precisou encontrar outros métodos de

⁴ Segundo Laplanche & Pontalis, o termo *neurose* parece ter sido introduzido em 1777, pelo médico escocês W. Cullen, para designar certos transtornos, entre eles as doenças mentais, a hipocondria e a histeria, além de palpitações cardíacas, dispepsia e cólicas. No decorrer do século XIX, sob esse termo são classificadas certas afecções, consideradas como doenças do sistema nervoso, porém sem correlato anatômico (Laplanche & Pontalis, 1967, p.377).

intervenção, e, estudando cientificamente o hipnotismo, chegou a “uma espécie de teoria da sintomatologia histérica” (*ibid.*, p.43).

Por outro lado, Charcot se manteve nos limites da pesquisa neurológica, e considerou suficiente ter alcançado uma descrição clínica da histeria, cuja etiologia postulou como hereditária e o fator desencadeante como a existência de um trauma psíquico, possibilitando um diagnóstico diferencial em relação a outras patologias. A falta de interesse, demonstrada por Charcot, “em penetrar mais profundamente na psicologia das neuroses” (Freud, (1925 [1924]), p.25) trouxe certo desapontamento a Freud, mas não o impediu de aproveitar sua estada em Salpêtrière, e se familiarizar com o método de pesquisa do médico francês, que privilegiava a identificação, descrição e classificação das síndromes clínicas, relegando a segundo plano os aspectos anatômicos e fisiológicos. Também proporcionou a observação de que, nas narrativas das pacientes histéricas sob hipnose, havia um conteúdo predominantemente de natureza sexual, constatação determinante para que pudesse estabelecer o nexo entre a histeria e a sexualidade, e que se tornou o núcleo de suas futuras investigações.

A experiência em Paris, assim, foi fundamental para a carreira de Freud, na medida em que seu interesse se transferiu da neuropatologia para a psicopatologia, ou seja, da ciência física para a compreensão do fenômeno psicológico. De volta à Viena, em 1886, Freud apresentou aos colegas médicos o que tinha aprendido, inclusive a observação da histeria em homens e a produção de paralisias histéricas por sugestão, mas encontrou uma atitude de descrença que terminou por afastá-lo da vida acadêmica. Estabeleceu-se, então, como médico especialista em doenças nervosas, o que incluía pacientes com distúrbios neurológicos, como neuropatias e enxaquecas, e pacientes com doenças funcionais, tais como histerias e neuroses de diferentes tipos. Nessa ocasião, Freud retomou seu contato com Breuer, médico vienense por meio de quem teve, antes da viagem, seu primeiro contato com uma paciente histérica, e deu prosseguimento à pesquisa sobre métodos de tratamento para a histeria.

Mas no meio científico alemão ainda predominava a tradição materialista, calcada no paradigma cartesiano-newtoniano, que propunha a localização de faculdades mentais inteiras em certas regiões do cérebro, e a interpretação do estado clínico do paciente por meio da inter-relação dos sintomas com base na fisiologia. Essa abordagem diferia, portanto, da escola francesa de neurologia que,

tendo Charcot como referência, privilegiava a descrição dos quadros clínicos, investigando a forma individual que cada caso assume para então determinar a combinação de seus sintomas em uma nosografia.

Freud se posicionou de forma contrária ao anatomismo da neurofisiologia da época, que se baseava em um monismo fisicalista para abordar os fenômenos psicológicos. Como consequência, adotou o método neurológico de descrição dos fenômenos psicopatológicos, influenciado pelos conceitos do neurologista inglês Hughlings-Jackson, seguidor de Darwin, que dava maior importância aos aspectos dinâmicos e funcionais no estudo das afecções cerebrais. Em 1891, Freud publicou *Zur Auffassung der Aphasien (Contribuição à concepção da afasia)*, onde fez um estudo crítico da afasia, dando continuidade aos estudos de Jackson sobre esta patologia neurológica. Alertado pela advertência do autor sobre o erro de se estabelecer uma correlação entre o físico e o psíquico no processo da fala, Freud propôs estudar a organização cerebral das funções mentais, partindo da assertiva de que os processos fisiológicos e os processos psíquicos não são processos autônomos, mas também não podem ser reduzidos uns aos outros através de uma abordagem hierárquica.

Partidário da ontologia paralelística-dualista jacksoniana, portanto, Freud (1915b) entendeu o psíquico como um processo paralelo ao fisiológico, de tal forma que, mesmo existindo uma conexão entre eles, esses processos eram de naturezas diversas e como tal deviam ser abordados. Nesse sentido, questionou a localização de termos psicológicos na anatomia do cérebro, considerando sem justificativa inserir uma fibra nervosa, que em seu decurso é um mero produto fisiológico, com sua terminação, no psíquico. Assim, esclareceu que:

É provável que a cadeia de eventos fisiológicos do sistema nervoso não esteja numa ligação causal com os eventos psíquicos. Os eventos fisiológicos não cessam tão logo se iniciam os psíquicos; ao contrário, a cadeia fisiológica continua. O que acontece é simplesmente que, após certo tempo, cada um (ou alguns) de seus elos tem um fenômeno fisiológico que lhe corresponde. Em consequência, o psíquico é um processo paralelo ao fisiológico – ‘um concomitante dependente’⁵ (Freud, 1915b, p.237 [1981, p.56-8]).

⁵ Nota do tradutor: No original, em inglês, ‘a dependent concomitant’. A expressão é de Hughlings-Jackson.

A concepção freudiana acerca do paralelismo psicofísico foi empregada no artigo de 1895, *As neuropsicoses de defesa*, quando Freud utilizou pela primeira vez o termo *conversão* para descrever, na histeria, a transformação da excitação em sintomas somáticos crônicos, com a finalidade de defesa. Nas palavras de Freud:

Na histeria a idéia incompatível é tornada inócua *pelas transformações da soma de excitação em alguma coisa somática*. Para isto eu gostaria de propor o nome *conversão* (Freud, 1894, p.61).

Na concepção freudiana, o processo no qual uma representação mental afetiva surge, ou é evocada, gera um afeto no campo psíquico, ambos concomitantes à excitação cerebral em curso, o que não ocorre na histeria. Nos histéricos esse processo é bloqueado, já que a representação é recalçada ou tornada inconsciente, o afeto desprazeroso é inibido e a excitação intracerebral é desviada para a inervação das vias perceptuais ou motoras⁶. Assim:

(...) verificamos que o fator característico da histeria não é a divisão (*splitting*) da consciência, *mas a capacidade de conversão*, e podemos aduzir, como uma parte importante da disposição para a histeria, uma aptidão psicofísica de transpor grandes somas de excitação para a inervação somática (Freud, 1894, p.63).

Tendo entendido que na histeria o corpo *se comporta como se a anatomia não existisse* (Freud, 1893, p.234), Freud deu início à distinção entre o corpo biológico e o corpo psicanalítico, sendo este último o lugar de manifestação do desejo inconsciente, que ignora as leis da distribuição anatômica dos órgãos. Em 1893, em seu estudo sobre a etiologia das neuroses, Freud questionou a similaridade entre a *neurastenia*⁷ e a *neurose de angústia*, questão que ainda perseguia quando escreveu o *Rascunho E* (1894), no qual estabeleceu, a princípio, uma conexão entre ambas manifestações, para em seguida diferenciá-las quanto à

⁶ O mais significativo dos sintomas de conversão, portanto, é a sua significação simbólica, quando representações recalçadas são expressas pelo corpo, e é justamente esta condição que será considerada pelos autores psicossomáticos como um diferencial em relação às afecções psicossomáticas, nas quais o sintoma somático não guarda uma representação simbólica.

⁷ O termo *neurastenia* foi criado pelo médico G. Beard (1839-1883), para descrever um quadro clínico caracterizado por uma fadiga de origem ‘nervosa’, e diferentes sintomas (Laplanche & Pontalis, 1967, p.376).

etiologia, afirmando: “(...) a neurose de angústia é uma neurose de represamento, como a histeria; daí a sua semelhança” (Freud, 1894, p.264). Centrando sua atenção na vida sexual do paciente, Freud foi refinando sua compreensão a cerca dos mecanismos psíquicos em jogo nos quadros clínicos, e o permitiu definir a *neurose de angústia* como uma patologia que:

(...) também tem uma origem sexual, tanto quanto eu posso perceber, mas não relacionada a idéias provenientes da vida sexual; para falar a verdade, não há qualquer mecanismo psíquico. Sua causa específica é a acumulação de tensão sexual produzida pela abstinência ou pela tensão sexual não consumada (Freud, 1895 [1894]a, p.97).

Mas é no artigo *Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada ‘neurose de angústia’* (1895 [1894]b) que Freud determinou a distinção que servirá como referência para o estudo atual no campo da psicossomática, ao estabelecer que na neurose de angústia não se pode localizar *nenhuma origem psíquica* (Freud, 1895 [1894]b, p.125), e o sentimento de angústia se manifesta pelo distúrbio de funções corporais tais como respiração, atividade cardíaca, inervação vasomotora e atividade glandular. Nesse artigo, Freud postulou que, na *neurose de angústia*, o decréscimo da libido sexual apresentado pelo paciente indicava a existência de um acúmulo de excitação, que derivaria para o somático sem que houvesse um deslocamento psíquico como na histeria. Nas palavras de Freud:

(...) o que se está acumulando é uma excitação *somática* (...) de natureza sexual e ocorre paralelamente a um decréscimo de participação *psíquica* nos processos sexuais (...) leva-nos a esperar que o *mecanismo da neurose de angústia deve ser procurado em uma deflexão da excitação sexual somática da esfera psíquica, com um conseqüente emprego anormal dessa excitação* (Freud, 1895 [1894]b, p.126).

Não devemos esquecer que, quando escreveu esses artigos, Freud ainda estava envolvido na construção de uma teoria que pudesse explicar os processos psicológicos em termos neurológicos, investida que o levou a redigir o *Projeto para uma psicologia científica*, depois abandonado, e ainda não tinha adotado inteiramente a existência de processos mentais inconscientes. No texto *As neuropsicoses de defesa*, ao abordar, na neurose obsessiva, a separação da idéia sexual de seu afeto e a ligação deste a uma outra idéia, Freud admitiu tratarem-se

de processos que operam fora da consciência, mas hipotetizou que esses processos “não são absolutamente de natureza psíquica, mas processos físicos” (Freud, 1984, p.66). Por outro lado, se no texto *Sobre os critérios* (...) Freud revelou já estabelecer uma distinção entre excitação sexual somática e libido sexual, no sentido de um desejo psíquico, na sinopse desse mesmo artigo, escrita em 1897, a concepção de libido surge como potencialmente inconsciente, como pode ser lido na frase com que encerra o texto: “A *neurose de angústia é a libido sexual transformada*” (Freud, 1897, p.278).

No prosseguimento de suas elaborações, Freud foi levado a abandonar a teoria traumática na etiologia das neuroses, o que o fez comunicar a Fliess “não acredito mais em minha *neurótica*” (Freud, 1897, p.350) para expressar que, no lugar da construção teórica até então sustentada, novas idéias foram surgindo, favorecidas pelo exercício da auto-análise. A partir da descoberta do complexo de Édipo, e do reconhecimento da sexualidade infantil como um fato normal e universal, Freud passou a sustentar que as causas mais importantes de toda doença neurótica “devem ser achadas em fatores emergentes da vida sexual” (Freud, 1898, p.289), idéia que já estava presente em 1894 quando afirmou “Em todos os casos que analisei, era a *vida sexual* do sujeito que havia despertado um afeto aflitivo” (Freud, 1894, p.65).

Partindo dessa conclusão, Freud pôde entender que a *neurose de angústia* também tem uma origem sexual, mas não relacionada a idéias provenientes da vida sexual, e o permitiu afirmar, ainda em 1894:

(...) para falar a verdade, não há qualquer mecanismo psíquico. Sua causa específica é a acumulação de tensão sexual, produzida pela abstinência ou pela tensão sexual não consumada (Freud, 1894, p.97).

Diferentemente das demais psiconeuroses, portanto, a etiologia da *neurose de angústia* devia ser procurada não em acontecimentos da vida passada, mas em desordens da vida sexual atual, o que levou Freud a propor nomeá-la como *neurose atual* (Freud, 1898, p.306), termo sob o qual englobou a neurastenia, a neurose de angústia e, posteriormente, incluiu a hipocondria.

Como observam Laplanche & Pontalis (1967), o termo *atual* deve ser tomado em primeiro lugar no sentido de uma ‘atualidade’ no tempo, e a ausência de mediação simbólica indicaria que, do ponto de vista terapêutico, as neuroses atuais não são próprias para a abordagem da psicanálise, já que os sintomas não procedem de uma significação a elucidar. Assim:

Freud nunca abandonou esta maneira de ver sobre a especificidade das neuroses atuais. Exprimiu-a por diversas vezes, apontando que o mecanismo de formação de sintomas devia ser procurado no domínio da química (intoxicação por produtos do metabolismo das substâncias sexuais) (Laplanche & Pontalis, 1967, p.383).

Se o sintoma no corpo do paciente com neurose atual não remete a um significado simbólico, denunciando a ausência do mecanismo do recalçamento sobre a não satisfação das pulsões sexuais, não poderia ser pensado de acordo com o modelo freudiano da psicose, ainda que também tenha se originado de uma excitação libidinal e servir como uma satisfação substituta. Para Freud (1917), um sintoma de uma *neurose atual*, funcionando como um “grão de areia” no centro de uma pérola, forneceria a modificação somática necessária à expressão de fantasias inconscientes que, na pessoa predisposta, levaria à formação do sintoma psiconeurótico. Em sua origem, porém, os sintomas das neuroses atuais – *pressão intracraniana, sensações de dor, estado de irritação em um órgão, enfraquecimento ou inibição de uma função* – não teriam nenhum ‘sentido’, constituindo-se de processos inteiramente somáticos, despidos dos mecanismos mentais já conhecidos na formação dos sintomas psiconeuróticos e nos sonhos.

Entendemos que o corpo, fonte de excitação e local para expressão do psíquico, assume gradativamente, na obra de Freud, um papel *mais além* do estritamente biológico. Em 1910, no artigo *A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão*, Freud respondeu à acusação de que a psicanálise, enfatizando o papel patogênico da sexualidade, explicaria as patologias orgânicas por meio de teorias puramente psicológicas, afirmando que “os psicanalistas nunca se esquecem de que o psíquico se baseia no orgânico” (Freud, 1910a, p.202). No mesmo texto, porém, encontramos que, na concepção freudiana, o orgânico não se restringe ao biológico, já que o corpo que oferece uma “submissão somática” é o mesmo perpassado pela erogeneidade.

Assim, quando assinalou que “não é fácil servir a dois senhores ao mesmo tempo” (*ibid.*), Freud chamou a atenção para o fato de que os órgãos que estão à disposição das pulsões sexuais, e também das pulsões do eu, podem ser alvo de um conflito não apenas qualitativo, mas também quantitativo, pela competição no terreno da função. Assim:

Se um órgão que serve a duas espécies de instintos aumenta seu papel erógeno, é de se esperar, em geral, que tal não ocorra sem a excitabilidade e a inervação do órgão, passivo das alterações, que se manifestarão na forma de perturbações de suas funções a serviço do ego. De fato, se descobrirmos que um órgão, que serve normalmente à finalidade da percepção sensorial, começa a se comportar como um genital real, quando se intensifica seu papel erógeno, não nos parece improvável que nele também estejam ocorrendo alterações *tóxicas* (Freud, 1910a, p.203).

Na análise de Smadja (1991), psicanalista pertencente ao grupo de psicossomáticos de Paris, esse artigo de Freud pode ser considerado como fundador de um modelo explicativo para certos transtornos relacionados à pesquisa somática. Acompanhando a perspectiva apontada por Smadja, encontramos pontos de contato entre o modelo utilizado por Freud no texto de 1910 e a concepção de neurose atual de 1895, a qual pressupõe a acumulação de quantidades de excitações somáticas em conjunto com a insuficiência dos sistemas de ligação psíquica, particularmente a insuficiência de representações disponíveis. Como as falhas na capacidade de representação, e a manifestação somática como uma alternativa para a angústia, caracterizam a dinâmica dos pacientes atingidos por certos distúrbios orgânicos, segundo a abordagem dos estudiosos da psicossomática psicanalítica, Smadja (1991) admite uma concordância entre as particularidades do funcionamento mental do paciente com neurose atual e do somatizante.

Freud manteve intocável sua convicção sobre a etiologia química das neuroses atuais, e considerou um “erro técnico” (Freud, 1910, p.211) a tentativa de tratá-la por meio da psicanálise. Sua obra, porém, marcada pela reflexão continuada das relações entre o psíquico e o somático, serviu de referência para outros autores que, com suas produções, vêm mantendo ainda em aberto esse campo de estudo, e oferecendo uma abordagem psicodinâmica para o adoecimento no corpo.

1.2.2. As contribuições de Groddeck, Ferenczi e Alexander.

Contemporâneos de Freud, os médicos Walter Georg Groddeck e Sándor Ferenczi se interessaram pela psicanálise das doenças somáticas, e suas observações clínicas forneceram subsídios importantes para esse campo de estudo. Em um período mais recente, Franz Alexander, discípulo de Ferenczi, também trabalhou sobre o tema, tendo sido considerado um dos pioneiros do estudo e pesquisa em psicossomática.

1.2.2.1. Groddeck e o valor dos símbolos: a doença como linguagem.

Groddeck, médico alemão, fez o curso de medicina na Kaiser Wilhelm Universitat onde conheceu o professor Dr. Ernest Schweninger, de quem se tornou assistente e herdou o método de tratar os pacientes com dieta, massagem e hidroterapia. Influenciado pelas idéias de Goethe, enfatizou a importância dos símbolos na vida humana, e adotou a concepção de que o homem é apenas um pedaço do mundo, e não o seu senhor, e em seu interior vive um *Deus-Natureza*⁸ (Groddeck, 1969 [1909], p.248) que o governa. Apesar do caráter místico que permeia sua obra, Groddeck exerceu influência sobre Freud, e esta influência pôde ser observada quando, em 1923, Freud elaborou uma nova tópica para descrever a dinâmica do aparelho psíquico.

A linguagem, enquanto criação e criadora, fundamental à vida, ganhou destaque entre as preocupações de Groddeck, que encontrou na palavra o instrumento ideal não só para escrever artigos médicos, além de romances e poemas, como também para realizar inúmeras conferências, principalmente para seus próprios pacientes. Segundo Coelho (1984), para Groddeck os pacientes deviam não apenas ser informados sobre suas doenças, mas também, e especialmente, sobre os princípios teóricos utilizados em seu tratamento, e, assim, suas ‘conferências psicanalíticas’ não tinham a finalidade de ilustrá-los, mas que tivessem os meios para reagir a seus males. Ao mesmo tempo, tendo concluído que “o homem não pode traduzir seu ser em palavras”⁹ (Groddeck, 1909, p.241),

⁸ No original Dieu-Nature

⁹ No original: l’homme ne peut traduire son être dans les mots.

já que a linguagem tanto podem revelar como ocultar a verdade, Groddeck entendeu que os sintomas das doenças orgânicas tinham um valor simbólico, cuja descoberta era fundamental ao tratamento.

A relação de Groddeck com a psicanálise nunca foi totalmente isenta de questionamentos. De acordo com Lewinter (1969), ainda em 1909, antes de entrar em contato com a obra freudiana, Groddeck descobriu por si mesmo, a partir do comportamento de uma paciente, a realidade e a força dos símbolos, e do inconsciente, na produção de sintomas físicos. Esse acontecimento o levou a percorrer, à sua maneira, o caminho que o conduziu a Freud, inicialmente pela leitura de *A interpretação dos sonhos* (Freud, 1900). Em 1913 Groddeck publicou o livro *Nasamecu* (*Natura SAnat, MEdicus CUrat*), onde discorreu sobre suas teses e métodos de tratamento, apresentando, pela primeira vez, sua concepção sobre as correlações entre a alma e o corpo, e onde criticou a psicanálise, “assinalando seus perigos”¹⁰ (Lewinter, 1969, p.12).

A partir de 1917 Groddeck começou a se corresponder com Freud e, em sua primeira, e extensa, carta, expôs como chegou, de modo independente, por via das afecções orgânicas, crônicas e agudas, e não por meio da histeria, a descobrir os conceitos da psicanálise, e os utilizar para curar as doenças orgânicas. Nessa carta, Groddeck também revelou sua concepção sobre a existência de uma força divina que dirige o corpo e a alma humanos, e que, inspirado em Nietzsche, nomeou como *das Es*¹¹. Nas palavras de Groddeck:

(...) estou firmemente convencido que a distinção entre a alma e o corpo é apenas de palavra, e não uma distinção essencial, que a alma e o corpo são uma coisa só que contêm um Id, uma força pela qual somos vividos enquanto cremos viver. (...) Em outros termos, eu recusei, desde o início, em aceitar esta separação entre as doenças corporais e as doenças psíquicas. Eu tentei tratar o indivíduo inteiro, o Id nele. Eu procurei um caminho que conduzisse a este domínio inviolado, desconhecido. Eu sei que estou bem próximo do misticismo, se não estiver já inteiramente nele (Groddeck, 1917 *apud* Lewinter, 1969, p.13).¹²

¹⁰ No original: en soulignant les dangers.

¹¹ O termo ‘das Es’, que significa ‘o Isso’, foi traduzido para o inglês como ‘the id’ e, para o português, como ‘id’ (La Planche & Pontalis, 1971, p.285).

¹² No original: (...) j’étais fermement convaincu que la distinction entre l’âme et le corps n’était qu’un mot, et non une distinction essentielle, que l’âme et le corps sont une chose jointe qui recèle un ça, une puissance par laquelle nous sommes vécus tandis que nous croyons vivre. (...) En d’autres termes, j’ai refusé dès le début d’accepter cette séparation entre les maladies corporelles et

No entendimento de Groddeck, o Id faria parte da existência humana como algo que lhe é inerente e indispensável, e não como algo nocivo ou supérfluo, e a doença seria um dos meios pelo qual o Id se comunicaria com o eu, e não o produto do acaso ou fatalidade. Assim, por ser uma criação do ser humano, da mesma forma que uma obra de arte, e um sinal da relação consigo mesmo e com o mundo, a doença teria um sentido, obedecendo ao Id. Segundo Lewinter (1969), a negação do acaso, e a afirmação da causalidade interna de todo fenômeno humano, explicam a concepção groddeckiana da doença não como um inimigo que se deve combater, mas, enquanto expressão do homem, como portadora de uma linguagem que deve ser compreendida. A partir dessa concepção, portanto, Groddeck criticava as terapias somáticas baseadas exclusivamente na medicação ou na cirurgia, por considerá-las inadequadas, até mesmo nocivas, por se ocuparem apenas do efeito superficial e deixando intacta a causa profunda. Quanto às terapias psíquicas, ao não levarem em consideração os sintomas orgânicos, estariam negligenciando os indicativos específicos da doença e privilegiando uma dicotomia do ser humano.

Por ter compreendido que seu método de trabalho diferia da técnica psicanalítica clássica, Groddeck revelou a Freud o caminho que percorreu até formular suas idéias, assinalando que:

Não foi através do estudo das neuroses que cheguei às minhas opiniões, melhor dizendo à suas, mas por meio da observação de doenças que temos o costume de chamar de ‘físicas’. Originalmente devo minha reputação como médico ao meu trabalho terapêutico, especificamente como massagista, portanto meus pacientes são provavelmente diferentes dos de um psicanalista (Groddeck, 1917 *apud* Gago, 1986).

Em razão de suas concepções pessoais sobre o processo de adoecimento do ser humano, Groddeck (1917) questionou a utilização da técnica psicanalítica apenas para o tratamento das doenças neuróticas. Por outro lado, partindo de sua própria prática na utilização do tratamento psíquico para doentes orgânicos, o autor concluiu que a decisão entre a cura e a doença não pertence ao médico, estando “exclusivamente depositada nas mãos do Id”¹³ (Groddeck, 1969 [1917],

les maladies psychiques. J’ai essayé de traiter l’individu entier, le ça en lui. J’ai cherché un chemin qui conduisît à ce domaine inviolé, inconnu. Je savais que j’étais bien proche du mysticisme, si je ne m’y trouvais déjà en plein.

¹³ No original: exclusivement déposée entre les mains du ça.

p.60), ou seja, é o paciente quem faz sua terapia, e, assim, é ele quem promove sua cura ou a dificuldade.

Ainda na carta, Groddeck expôs a compreensão de que, tendo chegado às mesmas conclusões que Freud sobre o papel do inconsciente, não poderia utilizar esse termo com a limitação como foi concebido, e essa divergência o levou a duvidar quanto ao “direito de se considerar um psicanalista profissional”¹⁴ (Groddeck, 1917 *apud* Lewinter, 1969, p.13). Por esta razão, sugeriu a Freud uma ampliação do significado atribuído ao inconsciente, tornando-o mais próximo do que concebeu como Id, no qual englobou tanto o corpo e a alma, como o consciente e o inconsciente, por considerá-lo “essencial para o tratamento das chamadas afecções orgânicas”¹⁵ (*ibid.*, p.14). Em sua resposta, Freud admitiu considerar Groddeck “um esplêndido analista que compreendeu a essência da coisa” (Freud, 1917 *apud* Lewinter, 1969, p.14)¹⁶, e afirmou:

Quem reconhece que a transferência e a resistência são os eixos do tratamento pertence para sempre à horda selvagem. E mesmo que ele chame o inconsciente de Id, isso não faz diferença. Deixe-me mostrar-lhe que não há necessidade de uma *extensão* do conceito de inconsciente para sustentar suas experiências das enfermidades orgânicas (*ibid.*)¹⁷.

O efeito dessa correspondência pode ser encontrado no texto *O ego e o id* (1923), onde Freud fez referência a Groddeck descrevendo-o como um “escritor” que:

Nunca se cansa de insistir que aquilo que chamamos de nosso ego comporta-se essencialmente de modo passivo na vida, e que, como ele o expressa, nós somos ‘vividos’ por forças desconhecidas e incontroláveis (Freud, 1923, p.37).

Quando Freud (1923) elaborou a chamada segunda tópica, propôs chamar a entidade que tem início no sistema *Pcpt.* e começa por ser *Pcs.* de ‘ego’ e, “seguindo Groddeck, chamar a outra parte da mente pela qual essa entidade se estende e que se comporta como se fosse *Ics.*, de ‘id’” (Freud, 1923, p.37). Mas o id freudiano se manteve diferente do id groddeckiano, e, a nosso ver, essa

¹⁴ No original: le droit ou non de me poser en psychanalyste professionnel.

¹⁵ No original: essentiel pour le traitement des soi-disant affections organiques.

¹⁶ No original: splendide analyste qui a compris l’essence de la chose.

¹⁷ No original: Qui reconnaît que le transfert et la résistance sont les axes du traitement, celui-là appartient sans plus de retour à la horde sauvage. Et qu’il appelle l’ics. “ça”, cela ne fait pas de différence. Laissez-moi vous montrer qu’il n’est pas besoin d’une *extension* du concept de l’ics. pour couvrir vos expériences des affections organiques.

diferença serviu para que Freud sublinhasse a distinção entre o seu pensamento, preocupado em se distanciar da filosofia para se manter dentro de uma concepção científica, e o pensamento de Groddeck, que insistia na especulação metafísica desprezando a ciência. Por outro lado, Freud não desestimulava Groddeck, a quem escreveu, em 1925, afirmando: “No seu id, não reconheço meu id civilizado, burguês, desmistificado. No entanto, você sabe, o meu deriva do seu”¹⁸ (Freud, 1925 *apud* Lewinter, 1963, p.VI).

No mesmo ano de 1917, e com a aprovação de Freud, Groddeck publicou *Détermination psychique et traitement psychanalytique des affections organiques*, primeiro texto em que discorreu sobre seu método de exploração da relação do psiquismo com o somático, e com as doenças, e onde, a partir da menção às doenças que teve desde a infância, apresentou uma auto-análise. No artigo, o autor revelou sua conclusão de que o inconsciente não fala apenas nos sonhos, mas também “pela voz premente da doença”¹⁹ (Groddeck, 1969 [1917], p.44), seja ela aguda ou crônica, infecciosa ou não. Assim, ao admitir que o inconsciente, que “não é nem psíquico nem corporal”²⁰ (Groddeck, 1969 [1917], p.57), se relaciona com o conjunto da vida humana, o autor a ele atribuiu participação tanto no funcionamento orgânico do homem, como em seus pensamentos e emoções, de forma que se sua manifestação é possível na neurose obsessiva e na histeria, também o é na pneumonia e no câncer. Da mesma forma, afirmou que “a disposição às doenças brônquicas e pulmonares de todo tipo pode ser criada pelo inconsciente” (Groddeck, 1969 [1917], p.54)²¹.

Pela sua formação médica, Groddeck (1917) não desconhecia os aspectos físico-químicos das doenças, o que não o impediu de criticar a ciência, e os médicos, de seu tempo, que só valorizavam o ponto de vista materialista, não considerando a importância da relação entre o corpo e a alma. Por esta razão, os resultados benéficos que alcançou por meio do tratamento de seus pacientes, no qual tinha presente a necessidade de abordar o aspecto psíquico, o levaram a reconhecer a eficácia do método psicanalítico. Mas, como deixou claro, seu caminho até esta conclusão se deu de um modo diverso dos demais seguidores da

¹⁸ No original: “Dans votre ça, je ne reconnais naturellement pas mon ça civilisé, bourgeois, dépossédé de la mystique. Cependant, vous le savez, le mien se déduit du vôtre”.

¹⁹ No original: par la voix pressante de la maladie.

²⁰ No original: n'est ni psychique ni corporel.

²¹ No original: la disposition aux maladies bronchiques et pulmonaires de toutes sortes peut être créée par l'ics.

técnica freudiana. Tendo partido das doenças orgânicas, e não dos transtornos neuróticos, Groddeck chegou à afirmação de que a psicanálise “se impôs a mim contra a minha vontade”²² (Groddeck, 1969 [1917], p.48), o que, por outro lado, serviu como uma reafirmação de que, ainda que os médicos sejam mal informados sobre a doutrina de Freud, restringir ao tratamento psicanalítico apenas aos transtornos neuróticos não faz jus às conseqüências benéficas já conhecidas. Tal convicção o levou a terminar o artigo de 1917 enfatizando que: “a psicanálise não deve se deter, e não se deterá, frente às afecções orgânicas”²³ (*ibid.*, p.60).

Mas a psicanálise groddeckiana não é a mesma de Freud. Ao expressar seu arrependimento por ter se colocado contra os psicanalistas quando, em 1913, escreveu o livro *Nasamecu*, Groddeck, no artigo de 1917, admitiu que já a praticava “há muito tempo inconscientemente”²⁴ (*ibid.*, p.49), ainda que a partir de princípios próprios. Assim, enquanto Freud identificou operações simbólicas não-conscientes na origem de enfermidades neuróticas, Groddeck concluiu que o mesmo mecanismo ocorria com as doenças físicas que, da mesma forma, exigiriam um tratamento psicanalítico. A doença, então, funcionaria como uma outra forma de linguagem, e poderia proporcionar o acesso ao mundo inconsciente e aos entraves provocadores de sofrimento.

Antes de publicar seu livro mais conhecido, *Le livre du ça* (1923), Groddeck escreveu o artigo *Le ça et la psychanalyse*, 1920, no qual, ao afirmar que não existem fronteiras entre o físico e o psíquico, e admitir que o “id cria todas as doenças”²⁵ (Groddeck, 1969 [1920], p.96), concluiu que a ele deve ser dirigido todo tratamento, e que o cuidado dispensado ao paciente é mais importante que a interpretação, já que “tudo pode ser explorado pela psicanálise, mas nem tudo por ser tratado pela psicanálise” (*ibid.*, p.100).

Para Groddeck, as forças da natureza, inerentes ao ser humano, podem restabelecer a saúde se forem removidos os obstáculos que impedem sua atuação, de forma que utilizava a palavra para influenciar o inconsciente, com o auxílio dos símbolos, e só interpretava em caso da mais extrema necessidade. A interpretação,

²² No original: s’est imposée à moi contre ma volonté.

²³ No original: la psychanalyse ne doit pas s’arrêter et ne s’arrêtera pas devant les affections organiques.

²⁴ No original: depuis long temps inconsciemment.

²⁵ No original: le ça crée toutes les maladies.

dizia o autor, “é a doença que deve fazer”²⁶ (*ibid.*, p.100). Assim, o papel do médico consistiria exclusivamente em compreender o sentido do sintoma, para estimular a doença, por sua vez, a compreendê-lo, e a mudar, eventualmente, de sintoma, ou seja, de linguagem.

Por considerar que o acaso não existe, e que tudo que atinge o homem tem um sentido, Groddeck (1920) afirmou que toda doença, acidental ou não, é criada pelo homem, ou mais exatamente no homem, pelo Id, que utiliza o mundo para alcançar seu objetivo. Assim:

É o Id que decide se um micróbio patogênico se tornará verdadeiramente patogênico ou não (...). O Id decide também se, numa queda, o osso se fratura ou não. Da mesma forma que o Id decide a doença, escolhendo no mundo exterior alguma coisa que se tornará a causa da doença, também o Id, se quiser se expressar pela cura, escolhe no mundo exterior alguma coisa que se tornará o instrumento da cura. A saúde, igualmente, não é mais que um modo de expressão do Id, que se trata a si mesmo. (Groddeck, 1969 [1920], p.98)²⁷.

Ao apontar para o fator psíquico das doenças orgânicas, enfatizando o simbolismo dos sintomas físicos, Groddeck foi considerado, por alguns pesquisadores, como fundador da medicina psicossomática. Na análise de Lewinter (1969), no entanto, esse mérito é apenas parcialmente verdadeiro, já que se Groddeck, por um lado, foi o primeiro a afirmar que a doença orgânica, independentemente de qualquer fator externo, como bacilos, venenos, choques, etc., comporta também um fator psíquico interno, e assim um sentido que pode ser interpretado, por outro lado considerou que toda doença orgânica, sem exceção, é igualmente psíquica, diferindo da abordagem da medicina psicossomática como desenvolvida por Franz Alexander na década de 50.

A noção de psicogênese também foi rejeitada por Groddeck, que considerou todo fenômeno humano como expressão, ao mesmo tempo, do funcionamento físico e psíquico, e, para ser compreendido, deve ser apreendido

²⁶ No original: L'interprétation, selon moi, c'est le malade qui doit la donner.

²⁷ No original: C'est le ça qui décide si un microble pathogène devient réellement pathogène ou non (...). Le ça décide de même si, dans une chute, l'os se fracture ou non. De même que le ça décide de la maladie en choisissant dans le monde extérieur quelque chose qui deviendra la cause de la maladie, de même le ça, s'il veut s'exprimer par la guérison, choisit dans le monde extérieur quelque chose qui deviendra l'instrument de la guérison. La santé n'est également qu'un mode d'expression du ça, qui se traite lui-même.

sob estes dois modos. Em seu artigo *De l'absurdité de la psychogénèse* (1926), o autor enfatizou que os sintomas orgânicos podem ser influenciados favoravelmente e desfavoravelmente “pelo espírito do homem”²⁸ (Groddeck, 1969 [1926], p.103), por suas idéias, de modo que eles podem nos informar sobre a forma como nascem as doenças, e como estas devem ser tratadas. Assim, por considerar a vida como “a enigmática coexistência”²⁹ (*ibid.*) entre o corpo e a alma, concluiu que não podem existir doenças físicas nem doenças psíquicas, mas que “sempre, e em todas as circunstâncias, corpo e alma adoecem simultaneamente”³⁰ (*ibid.*). Segundo Groddeck:

Se for incluído o inconsciente entre as formas de expressão da psique, torna-se inútil falar de psicogênese, já que todas as doenças são psicogenéticas e fisiogenéticas. Para mim, a questão da psicogênese não existe. As doenças são manifestações da vida (...) Já que os conceitos psique e soma são utilizados sem reflexão na medicina, forgei a palavra “Id”, cuja imprecisão me seduziu (Groddeck, 1969 [1926], p.104)³¹.

Consideramos necessário assinalar que, em seu estudo, Groddeck também enfatizou a importância da infância, e do papel materno de proteção, para a organização psíquica do ser humano, tema sobre o qual discorreu em vários artigos. Ao afirmar que o nosso Id conserva, por toda a vida, a lembrança do estado de perfeita união vivido no útero materno, influenciando nossa capacidade amorosa e criativa, e que o nascimento não é um processo mecânico, mas “um acordo mútuo entre duas individualidades inconscientes que, de um modo ou de outro, intervêm ativamente”³² (Groddeck, 1969 [1920], p.76), Groddeck pode ser situado como precursor de autores que se dedicaram à essa etapa da vida, entre eles Winnicott.

O reconhecido temperamento independente de Groddeck, que o levou a criticar a institucionalização da psicanálise e os critérios para admissão na

²⁸ No original: par l' esprit de l'homme

²⁹ No original: l'énigmatique coexistence

³⁰ No original: toujours et em toutes circonstances, corps et âme tombent maladies simultanément.

³¹ No original: Si on inclut l'inconscient dans les formes d'expression de la psyché, il est inutile de parler de psychogénèse, cars alors, toutes les maladies sont psychogénétiques et physiogénétiques. Pour moi, la question de la psychogénèse n'existe pas. Les maladies sont des manifestations de vie. (...) Parce que les concepts psyché et soma sont utilisés sans réflexion en médecine, je me suis forgé le mot “ça”, dont l'imprécision m'a séduit.

³² No original: um accord mutuel entre deux individualités inconscientes qui, d'une façon ou d'une autre, interviennent activement.

Associação Psicanalítica (Mannoni, 1979), também o levou a admitir que todos os que não se submetessem a esses critérios seriam considerados “analistas selvagens que usurparam o título”³³ (Groddeck, 1969 [1925], p.92). Não obstante, Groddeck apresentou sua candidatura à Associação Psicanalítica de Berlim, e conheceu pessoalmente Freud e Ferenczi no Congresso de Haia. A produção teórica de Groddeck continuou fértil até 1933, quando publicou seu último livro, *L'être humain comme symbole*, mas a correspondência com Freud já não tinha a mesma regularidade.

De acordo com Lewinter (1969), apesar de sua grande admiração por Freud, com quem nunca chegou a romper, Groddeck se afastou da psicanálise, no sentido tradicional do termo, já que continuou utilizando a hidroterapia e a massagem, paralelamente a seu método de tratar os sintomas físicos pela decifração de sua simbologia. Por outro lado, o incremento de sua convivência com Ferenczi produziu uma intensa amizade, e a descoberta de que suas idéias tinham muito em comum.

No artigo *A psicanálise dos estados orgânicos* (1917b) Ferenczi chama a atenção para a obra de Groddeck, identificando o médico alemão como “o primeiro a lançar-se na corajosa tentativa de aplicar à medicina orgânica os resultados da teoria de Freud” (Ferenczi, 1917b, p.325). Ao considerar que não existiriam razões teóricas para duvidar das curas obtidas por Groddeck, inclusive de alterações orgânicas graves como tumores e afecções pulmonares, Ferenczi (1917b) admitiu a explicação groddeckiana de que a doença se constitui como um mecanismo de defesa contra sensibilidades inconscientes, estando, portanto, a serviço de uma tendência. O tratamento psicanalítico, então, pelo fato de tornar conscientes essas tendências, produziria sua modificação.

Ainda nesse texto, Ferenczi assinalou que Groddeck, um clínico geral, não partiu da psicanálise em seu trabalho, mas “descobriu-a ao se esforçar por tratar e curar distúrbios orgânicos” (*ibid.*, p. 326), existindo diferenças e pontos comuns tanto entre ambos, como em relação à psicanálise freudiana. Sem negar que abordagem de Groddeck, ainda que original, é “com frequência fantasista” (*ibid.*),

³³ No original: *analystes sauvages que on usurpe ce titre.*

Ferenczi salientou a preocupação do médico alemão com a busca incansável da verdade, insinuando que sua obra devia ser recebida com respeito, pela “reflexão séria” (*ibid.*) que contém.

Segundo Durrell (1963), a obra de Groddeck não recebeu maior divulgação porque ele próprio não queria escrever teses, e porque se opunha à sugestão da formação de uma Sociedade, que reunisse seus alunos em torno de suas idéias, já que sua vida era dedicada a curar. Concordamos com Durrell, em sua afirmativa de que o mérito de Groddeck, como primeiro a reorientar a medicina moderna ao por de lado a divisão corpo-alma, continua credor do nosso reconhecimento.

1.2.2.2. Ferenczi: o estudo das *neuroses de doença*.

Sándor Ferenczi, psicanalista húngaro pertencente ao círculo íntimo de Freud, também contribuiu para a abordagem psicanalítica dos distúrbios psicossomáticos. Ainda em 1909, numa conferência apresentada à Sociedade de Medicina de Budapeste, Ferenczi criticou as teorias organicistas predominantes na época, e propôs uma distinção entre os distúrbios funcionais das neuroses atuais e as psiconeuroses (Volich, 2000).

Durante a Primeira Guerra, Ferenczi pôde observar, em um hospital militar onde era responsável pelo serviço de neurologia da seção cirúrgica, os efeitos pós-traumáticos das feridas e traumas sofridos pelos soldados. Nessa época, Ferenczi concentrou sua atenção na perspectiva econômica para a compreensão das doenças orgânicas, e retomou as concepções de Freud (1914) sobre a redistribuição da energia libidinal que ocorre em casos de lesões corporais, ou perturbações mórbidas de um órgão, quando a libido pode se retirar dos objetos para o próprio ego ou, então, superinvestir a parte doente exacerbando os sintomas. Na evolução de seu pensamento, Ferenczi concluiu que se uma doença orgânica tem a capacidade de concentrar uma maior quantidade de libido, e adquirir um valor erógeno, “talvez esse recrudescimento libidinal participe também da deflagração do processo de cura” (Ferenczi, 1917a, p.299).

Para desenvolver suas idéias dentro do quadro teórico psicanalítico, Ferenczi (1917a) estabeleceu uma hipótese sobre as modificações na vida amorosa dos doentes orgânicos, segundo a qual ocorreria a retirada da libido do objeto, e concentração de todo o interesse, tanto libidinal quanto egoísta, no ego. Esta linha de raciocínio o levou a admitir a persistência, subjacente ao amor objetual do adulto normal, de uma grande parte do narcisismo primitivo que apenas aguardaria uma ocasião para se manifestar, de modo que uma doença orgânica, ou um ferimento, poderiam acarretar uma regressão “ao chamado narcisismo traumático ou uma variante neurótica da mesma” (Ferenczi, 1917a, p.294).

No texto *As patoneuroses* (1917a), Ferenczi revelou as conclusões a que chegou em seu estudo, quando focalizou a distinção entre a perturbação da libido nas doenças orgânicas e nas psiconeuroses, na medida em que, nessas últimas, a perturbação da libido é primária e o distúrbio funcional orgânico é secundário, como na cegueira histérica. Nas palavras de Ferenczi:

As minhas observações referentes ao comportamento libidinal dos doentes orgânicos multiplicaram-se durante esse tempo, e aproveitei a ocasião para comunicar algumas idéias sobre as neuroses resultantes de uma doença orgânica ou de um ferimento, a que darei o nome de *neuroses de doença*³⁴ ou *patoneuroses* (Ferenczi, 1917a, p.294).

Como desdobramento de suas proposições, Ferenczi (1917a) estabeleceu condições em relação as quais a doença ou ferimento podem provocar uma regressão narcísica mais importante, e desencadear uma *neurose de doença*: se o narcisismo é constitucionalmente muito forte, de modo que a menor lesão de qualquer parte do corpo atinge o ego por inteiro; se o traumatismo constitui uma ameaça para a vida ou se o sujeito está persuadido disso, ou seja, se o ego e a existência em geral estão ameaçados; se a lesão ocorre em uma parte do corpo fortemente investida pela libido. Neste último caso, como a libido não está igualmente repartida em todo o corpo, existiriam zonas erógenas nas quais a energia libidinal se concentraria, de modo que a tensão é mais intensa que nas outras partes do corpo e qualquer dano amplifica as conseqüências.

Com este trabalho, fica evidente a intenção de Ferenczi de dar continuidade ao estudo das *neuroses atuais* descritas por Freud (1917), e consideradas fora de acesso ao tratamento psicanalítico já que não ofereciam

³⁴ Este conceito ferencziano vai ser retomado por Franz Alexander (1950) que, em seu trabalho, utilizou a expressão “neurose de órgão”.

“qualquer ponto de ataque” (Freud, 1917, p.453) por carecerem de sentido psíquico. Mas nessa época, apesar de todo empenho de Ferenczi na construção teórica de um modelo para a compreensão dos fatores psíquicos das doenças orgânicas, ele concluiu seu texto admitindo que uma parte importante da explicação que buscava ainda lhe era desconhecida, ou seja, como funciona o mecanismo por meio do qual uma lesão corporal, ou um distúrbio mórbido em um órgão, podem modificar a distribuição da libido, embora nutrisse a esperança de que o aprofundamento desse estudo pudesse produzir as respostas que faltavam.

De acordo com Rachman (1997), quando Ferenczi escreveu o artigo sobre Groddeck, e seu método de tratar as doenças orgânicas pela decifração de seu simbolismo, ainda duvidava da eficácia do trabalho realizado pelo médico alemão, e a produção do artigo ocorreu para atender ao pedido feito por Freud. Em 1921, no entanto, após ler uma novela de Groddeck intitulada *O buscador de almas*, Ferenczi formou uma opinião mais favorável sobre o autor, tendo dado início a um relacionamento que perdurou até a sua morte. Segundo Rachman (1997), esta amizade teve como sedimento a preocupação que os dois autores nutriam pelo sofrimento humano, e que os levou a adotar um papel mais ativo na clínica, expresso em Groddeck por meio de técnicas de tratamento ao mesmo tempo corporal e psíquico, e em Ferenczi pela terapia de relaxamento. Em comum, também, ambos entendiam que os analistas deviam procurar adaptar seus procedimentos com o objetivo de atender às necessidades do paciente, e se dedicaram ao tratamento de casos considerados difíceis, características que vamos reencontrar em Winnicott.

A parceria entre Ferenczi e Groddeck trouxe conseqüências diretas e indiretas tanto para a técnica psicanalítica, como para o estudo no campo da psicossomática. Como relatou em seu *Diário clínico* (1932), Ferenczi se ressentia de deficiências em sua análise formal com Freud, e esse fato, aliado ao grau de confiança que passou a depositar no médico alemão, o levou a experimentar um processo de auto-análise na presença de Groddeck, e a desenvolver a técnica de análise mútua, que utilizou mais tarde com seus pacientes. Por outro lado, Ferenczi analisou Michael Balint, psicanalista de origem húngara que adotou a nacionalidade inglesa, cujo trabalho trouxe uma contribuição importante para a difusão dos conceitos psicossomáticos na Inglaterra, assim como nos Estados Unidos, ainda que não mais segundo a ótica groddeckiana (Lewinter, 1969).

Percebemos que a prática como médico militar, aliada à experiência clínica, tiveram grande influência no interesse de Ferenczi em se deter no estudo das relações entre o corpo e a psique. Em 1924, o autor publicou *Thalassa, ensaio sobre a teoria da genitalidade*, onde comparou o efeito das transformações geológicas sobre os processos filogenéticos com o efeito das mudanças no meio-ambiente sobre a ontogênese. A teoria das catástrofes, formulada neste texto, baseia-se numa concepção de inspiração lamarkiana da evolução, segundo a qual os seres vivos não têm uma tendência natural à evolução, sendo levados a mudar impelidos por mudanças bruscas ocorridas no seu meio-ambiente, às quais têm que responder transformando seu corpo e seu modo de viver.

Este trabalho de Ferenczi (1924) é citado por Freud (1933), que o considerou um estudo mais biológico que psicanalítico, fundamentado na aplicação de conceitos da psicanálise à biologia dos processos sexuais, e à vida orgânica em geral, mas cujo significado poderia ser recebido como “talvez a mais ousada aplicação da psicanálise que já se tentou” (Freud, 1933, p.278). Assinalando que as revelações extraídas do texto, sobre a conservação no psiquismo de antigas modificações da substância corporal, poderiam proporcionar uma maior compreensão de particularidades da vida sexual, Freud mostrou-se cauteloso em admitir, àquela época, o caráter científico dessas descobertas, mas concluiu seu pensamento com a afirmativa: “é provável que um dia, no futuro, haverá realmente uma ‘bio-análise’, conforme profetizou Ferenczi” (*ibid.*, p.279).

A produção ferencziana, embora fundamentada nos princípios da teoria psicanalítica, propôs importantes modificações. A partir de sua clínica, onde utilizou a técnica de relaxamento, e observou situações de regressão a uma etapa do desenvolvimento anterior ao uso do pensamento, Ferenczi construiu sua teoria do trauma e concluiu pela existência de uma linguagem veiculada pelo corpo. Em sua formulação, na ausência de uma inscrição psíquica o corpo guarda uma inscrição sensorial, por meio de símbolos mnêmicos corporais, e assim “nos momentos em que o sistema psíquico falha, o organismo começa a pensar” (Ferenczi, 1932, p.37).

De acordo com Pinheiro (1995), na abordagem ferencziana somente o corpo guarda a lembrança do trauma, é ele que se expressa nos silêncios do paciente durante a sessão analítica, e são as palavras deste corpo que o analista deverá escutar na medida em que “as palavras do trauma passaram a ser feitas de

carne” (Pinheiro, 1995, p.97). Assim, segundo Pinheiro, a proposta de Ferenczi “aponta para um caminho relacionado com os grandes somatizadores, mas requer uma formulação mais estruturada, que está longe de ter sido estabelecida” (*ibid.*, p.99).

Na análise de Gurfinkel (1997), ao apontar a influência de fatores psíquicos no curso de toda a doença orgânica, Ferenczi vai mais além do estudo freudiano sobre as neuroses atuais, abordando diferentes patologias de natureza somática, como a asma e as doenças cardíacas, para as quais propõe tratamento psicanalítico.

Assim, ainda que não seja possível apreender da obra de Ferenczi uma teoria psicossomática consistente e organizada, não podemos desconsiderar sua contribuição ao estudo do adoecimento psicossomático.

1.2.2.3. Alexander: a inauguração da medicina psicossomática.

Franz Alexander, médico neuropsiquiatra húngaro, dedicou-se ao estudo da psicanálise, tendo ingressado no Instituto Psicanalítico de Berlim onde foi discípulo e colaborador de Ferenczi. Em seu primeiro livro, *The Psychoanalysis of the Total Personality* (1930), Alexander aplicou os princípios da teoria psicanalítica, particularmente o conceito de superego, ao estudo e diagnóstico de personalidades criminosas, e este trabalho lhe proporcionou o convite para lecionar nos Estados Unidos, na cadeira de psicanálise para ele criada na Universidade de Chicago. No novo ambiente de trabalho, Alexander se interessou pelas questões relacionadas com a adaptação do indivíduo ao meio social, e suas consequências no funcionamento do organismo.

Como um dos fundadores do Instituto de Psicanálise de Chicago, mais conhecido como Escola de Chicago, Alexander desenvolveu inúmeras pesquisas, nas quais buscou aplicar os conhecimentos da psicanálise à fisiologia neurovegetativa e a certos processos mórbidos do soma, dando origem à corrente da *medicina psicossomática* (Alexander, 1950, p.41) como um novo acesso ao estudo da causa das doenças.

Na formulação de Alexander (1950) para os *transtornos orgânicos psicossomáticos*, calcada na concepção de Freud (1917) da neurose atual, esses

ocorrem em duas etapas: primeiro, o transtorno funcional de um órgão visceral é ocasionado por uma alteração emocional crônica e, segundo, o transtorno funcional crônico conduz a mudanças no tecido e a uma doença orgânica irreversível. Alexander enfatizou, então, que muitos transtornos crônicos não são produzidos primordialmente por fatores externos, mecânicos ou químicos, ou por microorganismos, mas pela tensão de origem funcional que surge, de modo contínuo, da “luta pela existência que determina a vida diária do indivíduo” (*op. cit.*, p.29), de tal forma que toda doença seria psicossomática, já que os fatores emocionais estariam presentes e influenciando a fisiologia orgânica. Nas palavras de Alexander:

Esses conflitos emocionais, que a psicanálise reconhece como a base da psiconeurose, e como causa final de certos transtornos funcionais e orgânicos, surgem em nossa vida diária, em nosso contato com o meio. O medo, a agressividade, a culpabilidade, os desejos frustrados, se são reprimidos, produzem tensão emocional de tipo permanente e crônico, o que altera as funções viscerais (Alexander, 1950, p.29).

Entendemos que Alexander, ao adotar uma certa independência em relação ao pensamento freudiano para se manter em consonância com o paradigma adaptativo, predominante entre os colegas americanos, atribuiu às perturbações nas relações humanas, mais do que às perturbações na sexualidade, a principal causa dos transtornos neuróticos. Dessa forma, postulou que o enfoque psicossomático aos problemas da vida, e da enfermidade, produz uma síntese dos processos fisiológicos internos e das relações individuais com o meio social. Assim:

Devido à complexidade da vida social, muitas emoções não podem ser expressas e descarregadas, livremente, através da inervação voluntária, mas são reprimidas e desviadas por canais inapropriados, afetando as funções viscerais tais como a digestão, a respiração e a circulação (...) sempre que a estimulação ou inibição emocional de uma função vegetativa se torna crônica e excessiva, a denominamos “neurose de órgão”³⁵ (Alexander, 1950, p.25).

³⁵ Para Alexander, esse termo, criado a partir do estudo de Ferenczi (1917a), compreende os chamados transtornos “funcionais” dos órgãos vegetativos, os quais são determinados, ao menos parcialmente, por impulsos nervosos cuja origem são processos emocionais que têm lugar nas áreas sub-corticais e corticais do cérebro.

Alexander estabeleceu, então, a diferença entre os sintomas de *conversão* e as *neuroses de órgão*, a que também se referiu como *neuroses vegetativas* (*ibid.*, p.44). Enquanto um sintoma de *conversão* é uma expressão simbólica de um conteúdo psicológico carregado emocionalmente, e tem por finalidade a descarga da tensão emocional, a *neurose vegetativa* não visa expressar uma emoção, mas é uma resposta fisiológica das vísceras a constantes estados emocionais.

Por considerar pouco abrangente o estabelecimento de uma correlação entre perfis de personalidade e determinadas doenças, como vinha sendo estudado por outros colegas pesquisadores, como Dunbar (1952), Alexander propôs, em seu lugar, a noção de *constelações emocionais específicas* (1950, p.52), relacionadas ao tipo de vida e as condições culturais, que fazem com que certas defesas contra os conflitos emocionais apareçam com maior frequência. Assim entendeu que na cultura ocidental, por exemplo, a ênfase dada à independência e ao êxito pessoal responderia pela frequência do tipo hiperativo, empreendedor, entre os pacientes com úlcera péptica, mas esse quadro seria, na verdade, uma defesa contra intensos desejos de dependência, e sem relação primária com a formação da úlcera. A verdadeira correlação psicossomática, portanto, estaria entre a *constelação emocional*, que dependeria de fatores constitucionais e da história do sistema orgânico, e a resposta vegetativa.

Entre as patologias estudadas pela Escola de Chicago, e que ficaram conhecidas como as “Sete de Chicago”³⁶, encontramos a asma brônquica. Alexander apresentou, então, uma descrição da *constelação emocional* central, comum aos pacientes asmáticos, como fator desencadeante do ataque de asma. Assim:

(...) o fator psicodinâmico é um conflito centrado em uma não resolvida e excessiva dependência materna. Embora a dependência reprimida da mãe seja um traço constante, em torno do qual podem se desenvolver diferentes tipos de defesas caracterológicas, nos asmáticos o conteúdo dessa dependência é o desejo de ser protegido, querer sentir-se rodeado, abraçado, por sua mãe (Alexander, 1950, p.104)

³⁶ O termo “Chicago Seven” foi utilizado, pelos pesquisadores, para se referirem às patologias mais frequentemente encontradas. São: asma brônquica, úlcera gástrica, artrite reumatóide, retocolite ulcerativa, neurodermatoses, tirotoxicose e hipertensão.

A partir de sua prática clínica com pacientes adultos, Alexander encontrou que a maioria das mães dos asmáticos é muito sensível aos atrativos físicos de seus filhos e, como reação, se afasta deles e até os repudia, sendo um traço comum na história dos casos de asma esta combinação de uma sedução maternal inconsciente, com uma patente rejeição. A criança, que necessita do cuidado materno, responde à rejeição da mãe com um aumento em sua sensação de insegurança e um maior apego para com ela.

Frente à questão de como o desejo recalcado para com a mãe pode produzir um espasmo dos brônquios, que é a base fisiológica do ataque de asma, Alexander acreditou haver uma relação simbólica entre o distúrbio respiratório e o choro reprimido pela mãe, e sustentou essa afirmativa através da constatação de que um grande número de asmáticos tem muita dificuldade para chorar, e pela observação de que ataques de asma terminavam quando o paciente dava vazão a seus sentimentos por meio do choro. Assim, sem desconhecer a influência já estabelecida dos fatores alergênicos (poeira, pólen, odores, etc.), Alexander entendeu que o problema central da patologia asmática se encontra na relação entre os fatores emocional e alérgico, podendo o ataque, como sintoma de um espasmo dos brônquios, ser desencadeado pela presença dos dois fatores ao mesmo tempo ou apenas um deles. Segundo Alexander:

A predisposição alérgica está relacionada, ainda que de forma desconhecida, com a vulnerabilidade frente a situações conflitivas, quando a sensibilidade ao trauma da separação materna e os alérgenos aparecem unidos na mesma pessoa, sendo manifestações paralelas do mesmo fator constitucional básico (*ibid.*, p.106)

Observamos que o modelo de Alexander enfatiza que a deflagração de emoções, frente a situações de ansiedade, provoca intensas reações fisiológicas, dando origem ao desenvolvimento de sintomas e doenças psicossomáticas, mas apenas naqueles indivíduos organicamente predispostos. Essa predisposição, que não foi suficientemente esclarecida por Alexander, e sobre a qual existe uma considerável discordância no meio científico (Kamieniecki, 1992), será focalizada pelos psicossomáticos franceses, especialmente Pierre Marty através de sua concepção de uma estrutura alérgica inata.

1.2.3. A constituição da Escola de Psicossomática de Paris

O trabalho no campo da medicina psicossomática de Franz Alexander, e seus colaboradores da Escola de Chicago, foi divulgado na França, no período que se seguiu à Segunda Guerra Mundial, pelo psicanalista Sacha Nacht, que também escreveu o artigo *Introduction à la médecine psychosomatique*, publicado na revista *Evolution psychiatrique*, em 1948. A partir dessa iniciativa de Nacht, a atenção de alguns psicanalistas da Sociedade Psicanalítica de Paris se voltou para o estudo de pacientes com distúrbios somáticos. Entre eles, Mustapha Ziwar, também em 1948, escreveu o trabalho *Psychanalyse des principaux syndromes psychosomatiques*, porém, numa perspectiva próxima a da medicina psicossomática como praticada na Escola de Chicago, abordou as perturbações somáticas como decorrentes de falhas nos mecanismos adaptativos do indivíduo.

Por volta do fim dos anos 40 foi formado um grupo de estudo e pesquisa reunindo alguns desses psicanalistas franceses, como Pierre Marty, Michel Fain, Michel de M'Uzan e Christian David, os quais, partindo de suas observações clínicas, concluíram que o funcionamento psíquico de pacientes com afecções somáticas não se encaixava nem no quadro das conversões histéricas, nem no das neuroses atuais. Com a intenção de ampliar o conhecimento das alterações na constituição do aparelho psíquico implicadas no adoecimento, esses psicanalistas também se afastaram do modelo desenvolvido pelos psicanalistas americanos, e deram origem ao estudo da psicossomática psicanalítica, ao mesmo tempo em que criaram a Escola de Psicossomática de Paris. Segundo Kamieniecki (1990), a partir dessa iniciativa a psicossomática psicanalítica adquiriu autonomia, e alcançou o *status* de uma disciplina científica.

Entre esses estudiosos, o nome de Pierre Marty se destacou pela produção teórica. Ao considerar que o fato psicossomático não podia ser conhecido pelos meios comuns de investigação médica ou psicanalítica, por serem insuficientes para abranger a dinâmica constitutiva do sujeito, Marty desenvolveu um modelo teórico original, oferecendo instrumentos conceituais e metodológicos para ultrapassar o clássico reducionismo corpo-espírito, que conferiu à psicossomática sua singularidade epistemológica.

Os primeiros trabalhos dirigidos por Pierre Marty, sozinho ou em colaboração com Michel Fain, são relativos às cefaléias, às raquialgias e às alergias, e datam dos anos 50. Esses trabalhos enfatizaram a insuficiência dos mecanismos de defesa neuróticos nos pacientes psicossomáticos, e sua substituição por mecanismos somáticos desprovidos de dimensão simbólica, diferindo dos sintomas conversivos histéricos como postulados por Freud (1893). No texto *Aspects psychodynamiques de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgies*, 1951, Marty relatou sua análise de uma paciente que apresentava crises dolorosas de cabeça depois de relações sexuais, que ficou conhecido como o “Caso Maria”, onde concluiu que as cefaléias, evidenciando uma inibição dolorosa do pensamento, são conseqüentes a “transbordamentos passageiros do aparelho mental”³⁷ (Marty, 1990, p.14) na ausência de mecanismos de defesa neuróticos disponíveis, e fazem parte das doenças funcionais que expressam conflitos intrapsíquicos através do aparelho somático.

Este trabalho de Marty (1951) nos remete ao texto freudiano de 1895, *Rascunho I, Enxaqueca: Pontos estabelecidos*, onde o sintoma físico é entendido como um “efeito tóxico produzido pela substância estimulante sexual, quando esta não pode encontrar descarga suficiente” (Freud, 1895, p.293), pela insuficiência de ligações psíquicas. De acordo com Smadja (2001), a abordagem de Marty representou uma ruptura com os trabalhos psicanalíticos anteriores, ao mesmo tempo em que abriu caminho para novas concepções psicossomáticas. Para Smadja (2001), o tipo de pacientes estudados por Marty se parece com os pacientes anteriormente estudados por Freud e Ferenczi, cuja particularidade se deve ao fato de que representavam, àquela época, um grupo marginal frente ao vasto grupo das psiconeuroses, e que, pela sua resistência à abordagem psicanalítica, provocavam problemas teóricos.

Como conseqüência da abordagem martyana, as doenças funcionais como a cefaléia, não evolutivas e reversíveis, e que se expressam através de crises, puderam ser entendidas como conseqüência de marcas deixadas durante o

³⁷ O termo “mental” é empregado no lugar de psíquico por Marty, como também pela maioria dos autores ligados à Escola de Psicossomática de Paris. No modelo construído por Marty (1976), a palavra psiquismo vai sendo progressivamente substituída pela palavra mental, o conceito de *mentalização* e o atributo de *mentalizado*, de forma que a dissociação psicossomática se refere à dissociação entre as funções somáticas e as funções mentais.

desenvolvimento individual, e da utilização de mecanismos somáticos para escoar os excessos oriundos de conflitos clássicos, intrapsíquicos. Assim:

Parentes das conversões histéricas, as cefaléias parecem freqüentemente constituir mecanismos secundários de defesa face à irrupção, na consciência, de um conjunto conflitual edipiano, do qual ao menos alguns elementos representáveis foram inicialmente recalcados (Marty, 1990, p.14).

Em 1953, Marty e Michel Fain escreveram *Notes sur certains aspects psychosomatiques de la tuberculose pulmonaire*, onde revelaram, como característica do paciente tuberculoso, um distanciamento efetivo, e até mesmo geográfico, em relação ao objeto conflitual real, na maioria das vezes a mãe, diferentemente do distanciamento do objeto interno apresentado pelo neurótico. Com esse trabalho, Marty e Fain pretenderam fazer uma releitura das concepções apresentadas pelos psicanalistas da Escola de Chicago e, reunindo traços da organização psíquica própria dos tuberculosos pulmonares, esclarecer o papel das insuficiências do funcionamento psíquico na gênese das doenças somáticas.

Segundo Marty (1990), ainda que o objetivo de estabelecer correlações entre estruturas psíquicas e doenças orgânicas não tivesse sido alcançado, esse estudo permitiu que se delineassem dois importantes temas de destaque que adotou nas suas pesquisas psicossomáticas posteriores: a noção de *estrutura psicossomática inata*, através da qual defendia seu ponto de vista monista, enfatizando a continuidade evolutiva entre o orgânico e o psíquico, e a existência de mecanismos defensivos diferentes dos mecanismos intrapsíquicos, que permitiriam a concepção de *insuficiência do funcionamento psíquico* na gênese das doenças somáticas.

No mesmo ano de 1953, Marty e Fain apresentaram, no Congresso de Psicanalistas de Língua Romana, o artigo *A importância do papel da motricidade na relação de objeto*³⁸, no qual ressaltaram como a evolução da motricidade, desde a relação inicial com a mãe, pode ser considerada como um núcleo essencial da organização psíquica do indivíduo, já que as primeiras identificações do bebê são corporais a partir das experiências sensório-motoras primitivas. Este trabalho já anunciava o interesse de Marty pelas *relações de objeto pré-genitais*, e pelos mecanismos utilizados pelo ego para organizar as suas relações pulsionais

³⁸ Este trabalho de Marty e Fain é mencionado por Winnicott (1950-5) em seu estudo sobre a motilidade do feto, e do recém-nascido, e a agressividade.

com os objetos, tema que será um dos sustentáculos de sua tese sobre as relações objetais alérgicas.

O interesse de Marty pelas primeiras relações de objeto recebeu a influência do trabalho do psicanalista Maurice Bouvet (1953 *apud* Marty, 1990) que, estudando as neuroses obsessivas, propôs a existência de um mecanismo de distanciamento do objeto no paciente neurótico, como defesa frente a ameaça de ruptura da repressão. A partir de sua experiência clínica com pacientes adultos portadores de alergia, Marty encontrou um mecanismo que nomeou como *relação objetual alérgica* (Marty, 1958), cuja finalidade era a de afastar todo conflito intrapsíquico, mas que, de modo oposto ao mecanismo descrito por Bouvet, se caracterizava pela negação de qualquer distância em relação ao objeto, de tal forma que a recusa da realidade permitiria, em contrapartida, a negação do conflito. Tal constatação permitiu a Marty estabelecer uma distinção entre o paciente neurótico e o paciente alérgico, e contribuiu para o desenvolvimento de seu modelo psicossomático.

No início dos anos 60, uma vasta síntese teórico-clínica já havia sido elaborada pelos psicossomáticos da Escola de Paris, e tomou forma numa obra coletiva, *L'investigation psychosomatique* (1963), redigida por Marty, M'Uzan e David. Essa obra é considerada como a “ata de nascimento da psicossomática enquanto disciplina psicanalítica” (Smadja, 2001), e nela surge o conceito do *pensamento operatório*, criado por Marty e M'Uzan, para designar a pobreza da vida onírica e a deficiência dos processos de simbolização que, associadas à carência expressiva dos afetos, caracterizam a organização psíquica do paciente psicossomático. Este conceito passa a ter um valor de paradigma tanto para a clínica como para a pesquisa em psicossomática.

A participação no XXIIº Congresso de Psicanalistas de Língua Romana, onde David e Fain apresentaram o trabalho *Aspectos funcionais da vida onírica*, e Marty e M'Uzan fizeram um relato sobre o *pensamento operatório*, marcou um momento relevante para a psicossomática que, segundo Smadja (2001), adquiriu um *status* de disciplina singular, distinta da medicina e da psicanálise. Nesse congresso, Marty utilizou o vocábulo ‘psicossomática’ como um substantivo, e não mais como um qualificativo, por considerar que, como o ser humano é

psicossomático por definição, a utilização de expressões tais como “doenças psicossomáticas” ou “pacientes psicossomáticos” implicaria em uma redundância.

A redação de *L'investigation psychosomatique* marcou o fim de uma etapa do trabalho conjunto, a partir da qual cada um dos autores privilegiou o desenvolvimento de concepções pessoais no campo psicossomático. Em 1968 Marty criou um Centro de Consultas e Tratamento, que deu origem, em 1972, ao Instituto de Psicossomática de Paris (IPSO), vindo ampliar tanto a teoria como a clínica psicossomáticas, e postulou uma continuidade conceitual e clínica para explicar a sintomatologia tanto psíquica quanto somática. Em 1978, a inauguração do Hôpital de la Poterne des Peupliers ampliou as possibilidades de tratamento das doenças psicossomáticas, e buscou responder a um triplo objetivo: diagnosticar, prevenir e tratar das doenças somáticas de adultos e crianças; formar psicossomaticistas e promover pesquisas. A partir de 1993, esse hospital passou a se chamar Hôpital Pierre Marty.

Marty construiu uma teoria funcional e evolucionista do ser humano para explicar a relação entre o funcionamento psíquico e o funcionamento somático, que constituiu o primeiro corpo doutrinal definindo uma *ordem psicossomática*³⁹ (Marty, 1980), ao mesmo tempo em que ampliando a metapsicologia freudiana, e introduzindo diversos conceitos que serviram de referência para os pesquisadores que o sucederam. Tendo afirmado que “no essencial, a psicossomática é filha da psicanálise e, em troca, cumula a psicanálise de inúmeras riquezas” (Marty, 1983, p.XI), o autor buscou compreender o paciente a partir da repercussão, em seu funcionamento psíquico, de um processo de somatização.

A abordagem psicanalítica ao adoecimento psicossomático, assim, não só se diferencia da medicina psicossomática, como propõe *um novo olhar sobre o homem doente* (Smadja, 2001).

³⁹ Ao utilizar a expressão *ordem psicossomática*, Marty revela a influência sofrida pelas concepções do Vitalismo, corrente filosófica que predominou na França no século XIX. Bichat (1800), um vitalista, entendeu que a essência dos fenômenos da vida não podia ser contida em leis, e que apenas seus efeitos eram passíveis de descrição, o que o levou a propor uma *ordem da vida*. Marty seguiu essa idéia para explicar sua concepção sobre a psicossomática, e intitulou o segundo volume de sua obra como *L'ordre psychosomatique : Essai d'économie psychosomatique* (1980).

1.3. O modelo psicossomático de Pierre Marty

A intenção de propor uma compreensão psicodinâmica para a manifestação somática, e diferenciar sua abordagem daquela predominante entre os seguidores da medicina psicossomática, levou Marty a perseguir o objetivo de descrever a existência de *estruturas psicossomáticas*, que permitissem relacionar certos modos de funcionamento psíquico a determinadas afecções físicas.

1.3.1. A relação objetal alérgica

Embora não tivesse tido êxito em estabelecer a relação entre a tuberculose pulmonar com uma *estrutura psicossomática* particular, em seu estudo de 1953, Marty concluiu ter encontrado essa correlação nos pacientes com doenças alérgicas, especialmente asma e eczema, o que o levou a identificar, nesses pacientes, uma modalidade particular de relação objetal.

Esta descoberta, apresentada no 20º Congresso da Associação Psicanalítica Internacional, em 1957, foi nomeada como *relação objetal alérgica* (Marty, 1958), e descrita como caracterizada pela ausência de distância do paciente em relação à imagem materna, fruto de um mecanismo que vai além de uma completa identificação com o objeto, onde predomina o esforço incessante do sujeito para se aproximar o mais possível do objeto até se fundir nele, e cujo fracasso ocasionaria as crises somáticas de alergia. Para Marty (1958), essa fusão implica numa *fixação* muito arcaica do tipo *humoral*⁴⁰, que hipotetizou ser do nível pré-natal, e a intensidade dessa fixação vai determinar as peculiaridades, quantitativas e qualitativas, no desenvolvimento do paciente alérgico.

Segundo Marty (1958), a *relação objetal alérgica* se distingue das relações neuróticas típicas pela presença de um mecanismo de projeção, cujo efeito é incomparavelmente mais extenso do que o habitualmente conhecido nas neuroses, e compreende duas fases ativas: primeiro o encontro do objeto, e segundo o seu controle. O domínio e utilização do objeto é imediato, completo e violento, e carrega uma marca de caráter muito arcaico que, segundo Marty, corresponde a

⁴⁰ A referência à fatores de natureza *humoral* também é reveladora da influência, sofrida por Marty, da corrente de pensamento vitalista.

uma identificação profunda e sem limites, ou seja, a uma confusão indiferenciada.

Nas palavras de Marty,

(...) o paciente é incapaz de delimitar as fronteiras que verdadeiramente o distinguem, separam e o diferenciam de seu objeto (...). O paciente revela-se incapaz de se manter separado do seu objeto. Sua fusão com ele é inevitável (Marty, 1958, p.98).⁴¹

Entendemos que, para Marty, a relação de objeto se torna tão íntima, no sentido da indistinção, que o sujeito habita o objeto e é habitado por ele. Assim, a significação do objeto, pelo paciente, depende das circunstâncias, e qualquer objeto que encontre, seja humano, animal, vegetal, ou inanimado, é catexizado rapidamente como um objeto *hospedeiro-hóspede*⁴², podendo ser também descateixizado e abandonado por outro objeto *hospedeiro-hóspede*, dependendo do grau, no espaço e no tempo, da interrupção e restauração do contato. Nesta fase fundamental de identificação maciça e imediata, certos objetos mantêm, no entanto, um valor particular para o sujeito, e estes objetos *hospedeiro-hóspedes* permanentes precisam ser administrados. Como essa administração necessita um contato espaço-temporal que nunca é vivido de modo satisfatório, desencadeia a segunda fase da *relação de objeto alérgica*, relativa ao adequado controle do objeto. Por meio da fusão, as diferenças entre o sujeito e o objeto tendem, progressivamente, a desaparecer, porém quando as qualidades do objeto são muito diferentes das do sujeito, trazendo dificuldades à identificação, são desencadeados mecanismos de projeção e identificação que envolvem uma dupla atividade por parte do sujeito, descritas como:

(...) a atividade projetiva, por meio da qual o sujeito tende a dotar o objeto com suas próprias qualidades (...) [e] uma atividade identificatória, por meio da qual o sujeito dota a si mesmo com as qualidades do objeto (Marty, 1958, p.99).⁴³

Ao utilizar o exemplo de uma esponja, que absorve e retém, para descrever a total incapacidade do sujeito para se manter separado do objeto, Marty apontou

⁴¹ No original: (...) the patient is unable to delimit the boundaries which actually distinguish, separate and differentiate him from his object (...). The patient seems unable to keep himself separate from his object. His fusion with it is inevitable.

⁴² No original: host-guest

⁴³ No original: (...) a projective activity by which the subject tends to endow the object with his own qualities (...) an identifying activity by which the subject endows himself with the qualities of the object.

a existência de uma *fixação pré-genital* para explicar a qualidade da relação objetal original. Em sua concepção, apesar de alguns autores abordarem o aspecto neurótico na alergia, através do qual os pacientes tendem a negar sua necessidade da dependência maternal, Marty considerou mais significativa a profunda identificação, ou fusão, com o objeto maternalizado, que implicaria numa fixação muito arcaica.

Ainda que os autores interessados na dependência do sujeito, sobre o objeto, tenham salientado o papel da mãe na gênese da alergia, Marty concedeu apenas uma parcela de participação a este papel, enfatizando:

Eu penso que nos casos em que é possível fazer uma correlação com frustrações maternas específicas, não se explica nem a fusão sem limites que o paciente alérgico procura, nem a unidade emocional básica do alérgico. Nós temos aqui uma estrutura profunda que pode ser, parcialmente, atribuída à hereditariedade (Marty, 1958, p.103).⁴⁴

Consideramos que esse trabalho de Marty, identificando *fixações pré-genitais* nos pacientes que descreveu como apresentando *relações objetais alérgicas*, teve importante contribuição para a construção de seu modelo teórico, no qual, partindo do pressuposto da existência de uma continuidade evolutiva entre o aparato biológico e o aparato psíquico do ser humano, introduziu mudanças conceituais na teoria psicanalítica clássica. Essas mudanças influenciaram a perspectiva teórica adotada por outros autores, particularmente os que se dedicam à pesquisa no campo da infância, que vêm utilizando, em seus trabalhos, a noção de *estrutura psíquica inata* para explicar certos transtornos psicossomáticos de início muito precoce.

Por outro lado, as inovações propostas por Marty não obtiveram consenso no meio dos psicossomaticistas do grupo precursor, entre os quais destacamos Fain, que prosseguiu trabalhando suas idéias de acordo com o modelo freudiano. As divergências entre esses autores se tornaram explícitas quando ambos, em uma conferência ocorrida em 1967, apresentaram comentários após a exposição feita por Sami-Ali⁴⁵ que, partindo de seu trabalho analítico com uma paciente adulta

⁴⁴ No original: I think that the cases in which is possible to correlate specific maternal frustrations do not explain either the unlimited fusion which the allergic patient is seeking or the allergic emotional basis. We have here a deep structure which can be partly attributed to heredity.

⁴⁵ Sami-Ali é psicanalista e psicossomaticista, tendo pertencido inicialmente ao grupo de Marty, do qual se separou em função de algumas divergências. Fundou o Centre Internationale de

manifestando crises de urticária alérgica, focalizou o papel da superfície cutânea na estruturação da imagem do corpo, do espaço real e do espaço imaginário, em seu estudo sobre a gênese da representação do corpo.

O texto *Réflexions sur la structure allergique: à propôs de l' article de Sami-Ali* (1969), reproduz a conceituação de Fain sobre a organização psíquica do paciente alérgico, e suas críticas tanto ao estudo de Sami-Ali quanto à concepção de Marty sobre a relação objetal alérgica. Ao discordar de qualquer hipótese que estabeleça a origem da patologia psicossomática no período pré-natal, Fain divergiu da noção de *superego arcaico* que Sami-Ali utilizou em seu estudo, e estendeu sua crítica à noção de *estrutura inata* como apresentada por Marty.

Para Fain (1969), o conceito de Marty sobre a existência de um “conflito humoral” entre o feto e a mãe, que proporcionaria, prematuramente, uma individualidade imunológica ao paciente, é insustentável, já que não existe tal conflito durante a gestação, e a personalidade imunológica só se desenvolve plenamente após o nascimento. Fain criticou essa hipótese afirmando: “podemos interpretar essa opinião como um sonho”⁴⁶ (Fain, 1969, p.239). Na abordagem de Fain, o paciente somatizante adulto apresenta falhas em sua estrutura edipiana, decorrentes da predominância de condições traumáticas na relação precoce com a mãe. Nas palavras do autor:

No inconsciente do alérgico típico permanece o desejo de sua mãe de o fazer regressar ao narcisismo primário, que coincide com o sentimento de completude dela, desejo que mantém todo um setor do ego do alérgico no estado embrionário (Fain, 1969, p.239).⁴⁷

A intervenção de Marty à exposição de Sami-Ali, por sua vez, foi reproduzida no texto *Notes cliniques et hypothèses a propôs de l'economie de l'allergie* (1969), no qual Marty apresentou uma revisão de seus primeiros conceitos sobre a *relação objetal alérgica*, como encontramos em seu trabalho de 1958, e admitiu que a personalidade de numerosos indivíduos apresentando importantes manifestações alérgicas não poderia ser enquadrada na sua descrição

Psychosomatique de Paris, com o objetivo de desenvolver pesquisas sobre a construção do corpo na infância, e suas vicissitudes. Em 1979 escreveu *Le corps, l'espace et le temps*.

⁴⁶ No original : Nous pouvons interpréter cette opinion comme un rêve.

⁴⁷ No original: Dans l'inconscient de l'allergique type siège le désir de sa mère de le faire régresser à un narcissisme primaire qui coincide avec son sentiment de complétude à elle, désir qui maintient tout un secteur du Moi de l'allergique à l'état embryonnaire.

anterior, que estabelecia, como mecanismo subjacente à relação alérgica, uma regressão global a níveis de fixação arcaicos. Por outro lado, Marty concluiu que o prosseguimento do estudo poderia produzir conhecimentos que permitissem ligar, sem hiatos, os problemas do indivíduo aos de sua hereditariedade, e, mantendo-se próximo de sua concepção original, afirmou:

De minha parte, jamais abandonei o fantasma de um mecanismo de fixação pré-natal, oriundo da relação do feto com a mãe (Marty, 1969, p.246).⁴⁸

Independente dessa divergência entre dois precursores da Escola de Psicossomática de Paris, e até nos beneficiando dela na medida em que proporcionou uma diversidade de produções, pretendemos focalizar a atenção nos seus desdobramentos, aplicados ao campo da psicossomática da infância.

1.3.2. Os processos de somatização

A busca pela compreensão dos mecanismos que regem o estado de saúde de uma pessoa, assim como os que vão entrar em jogo se adoecer e, ainda, de que doença, tem sido, ao longo dos anos, um projeto instigante, mas, ao mesmo tempo, marcado pelo recurso à dicotomia psique/soma na tentativa do estabelecimento de uma hierarquia entre o que decorre do psiquismo, como origem da doença, e o que, ao contrário, afeta o corpo provocando um adoecimento e se refletindo na psique.

Pierre Marty (1976) propôs o abandono dessa dicotomia, e construiu um modelo teórico que, além de enfatizar algumas idéias próprias à psicanálise, fez surgir termos e conceitos que deram um sentido inovador ao estudo e trabalho no campo da psicossomática. Esse modelo concede um lugar importante para a hereditariedade, e prioriza a questão econômica, baseado no ponto de vista econômico introduzido por Freud em *Além do Princípio do Prazer* (1920), segundo o qual um excesso de excitação pode conduzir a um estado traumático se os meios de defesa são transbordados. Também compreende um novo enfoque em relação à abordagem freudiana clássica do inconsciente e do mecanismo de

⁴⁸ No original: Pour ma part, je n'ai toujours pas abandonné le fantasme d'un mécanisme de fixation prénatal issu des relations du fœtus à la mère.

fixação, operando segundo um modo único de funcionamento (construção evolutiva e desconstrução contra-evolutiva), e estabelece que os instintos⁴⁹ fundamentais - instinto de vida e instinto de morte - sustentam toda a economia psíquica, e estimulam tanto as funções somáticas quanto o funcionamento psíquico.

Ao enfatizar a existência de um paralelismo entre o equilíbrio biológico e o equilíbrio psicoafetivo, ambos passíveis de variação e constitutivos do equipamento necessário à vida humana, Marty assinalou que, no plano do psiquismo, este equilíbrio pode ser alterado frente a acontecimentos (frustrações, perdas, mas também satisfações e prazeres) que provoquem excitações internas inconscientes, as quais podem ser respondidas sem causar maiores danos. Por outro lado, como as excitações diferem de intensidade, quando excessivas, e portanto insuportáveis, se acumulam em estados de tensão e levam a uma desorganização dos sistemas funcionais, configurando o estabelecimento de um trauma.

Na concepção martyana, os traumatismos são medidos segundo a natureza e a qualidade das desorganizações que acarretam, e não pela natureza do acontecimento que os provocaram. Assim, diferindo das concepções psicogenéticas de outros autores, que focalizam a tradução somática de uma situação traumática, para Marty a manifestação somática foi entendida como o ponto de parada, numa fixação arcaica, do movimento regressivo. Originalmente, as vias utilizadas para escoamento da excitação são a atividade mental e a atividade motora, mas, na indisponibilidade de ambas, os aparelhos somáticos são utilizados. Assim:

Do ponto de vista econômico, quaisquer que sejam as origens, as situações traumatizantes provocam um afluxo de excitações instintuais (pulsionais no nível do aparelho mental), ou uma queda do índice das excitações, ou uma composição dos dois fenômenos. É assim que os traumatismos correm o risco de desorganizar os aparelhos funcionais que atingem, já que a desorganização tem a tendência a se propagar (em um sentido inverso àquele do desenvolvimento) enquanto não encontrar um sistema que possa contê-la (Marty, 1990, p.30).

⁴⁹ Claude Smadja (1991), no artigo *Le concept de pulsion: essai d'étude comparative chez Freud et P.Marty*, assinala que Marty, em sua obra, distingue os instintos das pulsões, e também não emprega o termo libido. A explicação de Marty (1976) faz referência não a uma impossibilidade teórica de estender à via somática o conceito de libido, mas ao fato de que “o conceito, que se adapta perfeitamente à psicanálise, se mostra falho na perspectiva psicossomática, mais ampla, particularmente em razão de algumas de suas implicações de ordem energética”.

Para construir seu modelo teórico, e descrever os mecanismos implícitos no processo de somatização, Marty (1976) se baseou em sua prática como psicoterapeuta psicanalítico de pacientes somatizantes, e nos conhecimentos da medicina, da fisiologia e da biologia. Do ponto de vista epistemológico, o modelo teórico-clínico de Marty é único e original por se tratar de um modelo *fundamentalmente psicossomático*, ou seja, difere de todas as teorias até então estabelecidas para explicar a somatização, as quais privilegiam ou o aspecto neurobiológico ou o aspecto psicológico, e se inspira em um *princípio evolucionista*. Nas palavras de Marty:

A psicossomática pretende enquadrar-se entre as ciências do homem ao sustentar, simultaneamente, o interesse pelas pessoas em si mesmas, aprendido da psicanálise, ao abandonar o dualismo histórico psique-soma, ao considerar, enfim, as dimensões evolutivas, a despeito das dificuldades implicadas nessas três perspectivas reunidas para fundamentar sua metodologia e trajetória (Marty, 1983, p.IX).

1.3.3. O princípio evolucionista

Marty (1976) considerou que a vida de cada indivíduo, ainda que decorra da filogênese, revela-se original desde o início da existência embrionária, e sua organização depende da *hierarquização progressiva* das funções que se instalam no curso do desenvolvimento. Para Marty:

Uma função não existe inteiramente por si mesma, mas se revela em um movimento de relação com os movimentos das outras funções (Marty, 1976, p.7).⁵⁰

Assim, as tendências elementares presentes no recém-nascido vão evoluir até a constituição da estrutura adulta, e Marty entendeu que essa evolução repousa sobre a coexistência, e a alternância, de dois tipos de *movimentos* individuais. Os primeiros, nomeados como *movimentos de vida*, correspondem aos movimentos de uma organização psicossomática hierarquizada. Os segundos, nomeados como *movimentos de morte*, correspondem aos movimentos de fixação-regressão no curso das *desorganizações*.

⁵⁰ No original: Une fonction n'existe pas entièrement en soi mais se révèle dans un mouvement de relation avec les mouvements d'autres fonctions.

A perspectiva evolucionista também está presente no texto freudiano. Freud se referiu à contribuição de Darwin, e ao seu estudo sobre a evolução da espécie animal, para discorrer sobre o caminho teórico tomado pelo instinto sexual até se transformar, no ser humano, no conceito de libido, e considerou que a analogia do homem com os animais, como revelada por Darwin, representou um golpe *biológico* no narcisismo do homem (Freud, 1917, p.175). Como leitor de Freud, Marty conheceu a influência do cientista inglês para a construção da psicanálise, mas, segundo nosso entendimento, preferindo permanecer no terreno francês, buscou inspiração nos princípios da corrente vitalista, que marcou a ciência médica francesa no início do século XIX, para fundamentar seu *princípio evolucionista* (Marty, 1976, p.10).

Enquanto uma doutrina metafísica, o Vitalismo considerava que a vida não teria outra explicação senão ela mesma, ou seja, por ter sua natureza desconhecida, só poderia ser apreciada pelos seus fenômenos, assim, ao invés de leis, buscava conhecer a *ordem da vida* (Canguilhem, 1952). Os vitalistas defendiam a existência de uma *força vital*, imanente aos seres vivos e irreduzível às propriedades da matéria inorgânica, que se encontraria na origem da sensação, do movimento e da própria vida, sendo também responsável pela saúde e pela patologia, e pregavam a medicina da pessoa total, segundo uma concepção sintética da doença determinada por fatores biológicos e *humorais*. Entre os nomes de destaque do Vitalismo encontramos Xavier Bichat, membro da Escola de Paris, considerado o pai da histologia moderna, e autor, entre outras obras, do livro *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* (1800), onde abordou a originalidade do ser vivo, atribuindo à instabilidade das forças vitais e à irregularidade dos fenômenos vitais, em oposição à uniformidade dos fenômenos físicos, a característica distintiva dos organismos.

Do Vitalismo, Marty tomou o conceito de *força vital* que, com origem na biologia, tem o papel de dinamizar a vida psíquica (ou espiritual nas palavras de Bichat), assim como a noção de *fatores humorais* na determinação do adoecimento, para escrever o livro *Les mouvements individuels de vie et de mort: Essai d'économie psychosomatique* (1976). Nessa obra, Marty se aproximou dos conceitos da biologia para destacar o conceito de *função*, que utilizou na sua concepção de uma doutrina evolucionista da economia psicossomática, admitindo a existência de só uma energia, a *vital*, que alimenta tanto os instintos quanto as

pulsões, os investimentos narcísicos e objetais, e considerou que é a qualidade do funcionamento psíquico que garante a integridade do funcionamento somático.

Na concepção martyana, os movimentos de vida e de morte são considerados a partir da organização, hierarquização e associação que lhes servem de base, e são os eixos da evolução. Para Marty,

(...) [esses movimentos] parecem ser animados por uma qualidade, misteriosa quanto à sua origem como quanto a seu estado, que é certo nomeá-los “Instintos de Vida”, fórmula cheia de significado e de esperança (Marty, 1976, p.11).⁵¹

Para Marty, os instintos de vida, ou *tônus vital*, não residem em uma força mensurável, mas em uma qualidade, ou potencialidade virtual, associada às funções. Os ‘impulsos dinâmicos’ provocados pelos instintos de vida e pelas pulsões, assim, têm sua origem em uma excitação corporal, sexual no sentido freudiano, e seu destino é suprimir o estado de tensão criado. Quando essa quantidade de excitações é limitada, os ‘impulsos dinâmicos’ contribuem para a construção do desenvolvimento individual, e das ligações necessárias ao equilíbrio homeostático. Porém, quando as excitações persistem em quantidade demasiado grande, a função excessivamente excitada se desorganiza, levando à anarquia funcional que, então, revela a atuação dos instintos e das pulsões de morte.

Ao considerar o *tônus vital* como resultante dos instintos de vida, e entender a força dos instintos de morte por meio de uma especulação pelo ângulo da carência dos instintos vitais, Marty propôs um sentido diferente para a pulsão de morte em relação ao conceito clássico como postulado por Freud (1920). Em síntese, Marty entendeu o instinto de morte como decorrência do fracasso do instinto de vida e, conseqüentemente, a morte não foi considerada como uma vitória do instinto de morte, mas como uma exaustão, pelo enfraquecimento do instinto de vida, o que o levou a afirmar: *A morte é paralela à vida, qualquer que seja a organização desta última. Ela a sustenta*⁵² (Marty, 1976, p.13).

Assim, o *princípio evolucionista*, como defendido por Marty, considera que o processo de construção do conjunto da economia psicossomática é

⁵¹ No original: semblent être animés par une qualité, mystérieuse quant à son origine comme quant à son état, qu’il est convenu d’appeler ‘Instincts de Vie’, formule pleine de sens et d’espoir.

⁵² No original: La mort est parallèle à la vie, quelle que soit l’organisation de cette dernière. Elle la sous-tend.

determinado por esse potencial vital, a partir de um dinamismo biológico hierarquizado, de tal forma que a gênese da constituição psíquica repousaria em um período arcaico, pré-natal, onde predomina a indiferenciação entre o psíquico e o biológico. A *energia vital*, portanto, seria, desde o início da vida intra-uterina, o combustível tanto para a organização somática quanto para as organizações psíquicas mais complexas.

Do ponto de vista da biologia, a partir de uma única célula, após a fecundação, um novo indivíduo é formado. Desde as primeiras divisões celulares, com a formação do embrião, até a morte, o organismo passa por vários processos em seu desenvolvimento, organizando-se de acordo com o padrão característico de cada espécie. A diferenciação celular é um processo complexo, por meio do qual as células de um organismo começam a se tornar diferentes em sua forma, composição e função, e onde ocorre um tipo de desenvolvimento classificado como ‘em mosaico’ dando origem a tecidos e estruturas diversas, que desempenham as diferentes funções necessárias à sobrevivência do indivíduo (Alberts et al., 1997).

Marty aplica esse conhecimento da biologia para explicar sua concepção a cerca da organização inicial, quando as funções biológicas e psíquicas primitivas ainda não estariam articuladas entre si. Assim:

Essas funções se exercem, então, de forma relativamente independente umas das outras, associadas *em mosaico*, sem se encontrarem organizadas em um sistema comum e autônomo. Uma grande parte da possibilidade de associação e hierarquização funcionais do recém-nascido é mediada pela ‘função maternal’ (Marty, 1976, p.119).⁵³

Para nomear esse estágio Marty utilizou a expressão *mosaico primeiro* (*ibid.*), estabelecendo que a possibilidade de organização das funções somato-psíquicas depende de que a mãe assuma a gerência das potencialidades, através de seu investimento libidinal. Progressivamente, no entanto, o bebê, depois a criança, assumem os poderes de organização, em planos cada vez mais amplos e sempre melhor organizados. Em cada nível de organização, os novos conjuntos funcionais englobam um certo número de funções pré-existentes, ao mesmo tempo em que

⁵³ No original: Ces fonctions s'exercent alors d'une manière relativement indépendante les unes des autres, associées en mosaïque sans se trouver organisées dans un système commun et autonome. Une grande partie des pouvoirs d'association et de hiérarchisation fonctionnelles du nourrisson est médiatisée par la 'fonction maternelle'.

lhes dá uma nova forma de existência. No recém-nascido, o *mosaico primeiro* deve assegurar o funcionamento de algumas das funções básicas à sobrevivência, sendo que a autonomia respiratória evidencia o alcance de uma primeira individuação.

O papel desempenhado pela mãe assume, então, um lugar destacado no modelo teórico martyano, possibilitando, ou prejudicando, a evolução das tendências que estão presentes no recém-nascido. Assim,

Cada mãe gerenciando a sua maneira os sistemas de excitação e pára-excitação do bebê, resolve diferentemente, segundo sua personalidade, os problemas fundamentais da reatividade, do ritmo e do estilo das descargas de seu filho (Marty, 1981, p.164).⁵⁴

A *reatividade*, o *ritmo* e o *estilo de descargas* são citados por Marty como fazendo parte das *tendências estruturais*, que compõem as predisposições hereditárias. Durante o desenvolvimento, certas organizações funcionais, como as viscerais, têm uma evolução relativamente curta, enquanto outras, como as funções motoras e de equilíbrio, são mais longas, e, de todas, a evolução mental é a mais demorada. A importância dessas etapas reside no fato de que, quanto mais longa for a linha evolutiva funcional, maior é chance da instalação de *sistemas de fixação*, que serão mobilizados nas somatizações.

Assim, a realização dos *programas evolutivos gerais* do bebê, tanto de natureza genética, embriológica, como do desenvolvimento, pode ser impedida, desviada ou alienada, por certas particularidades próprias da criança ou do ambiente. Segundo Marty:

As vicissitudes da hereditariedade, da gravidez, ou do nascimento podem dar lugar às anomalias, por vezes irreversíveis, da organização psicossomática (...) Também as vicissitudes precoces da interação com a mãe, associadas ou não às precedentes, (...) são suscetíveis de desviar a evolução elementar do bebê em suas organizações funcionais (Marty, 1981, p.162).⁵⁵

⁵⁴ No original: Chaque mère gérant à sa manière les systèmes d'excitations et de pare-excitations vis-à-vis de l'enfant, a résolu différemment selon sa personnalité les problèmes fondamentaux de réactivité, de rythmicité et de style des décharges de son enfant.

⁵⁵ No original: Des mésaventures de l'héritité, de la grossesse, de la naissance, peuvent donner lieu à des anomalies parfois irréversibles de l'organisations psychosomatique. (...) D'autres mésaventures précoces des interactions avec la mère, ajoutées ou non aux précédentes (...) sont susceptibles de gauchir l'évolution élémentaire de l'enfant dans ses organisations fonctionnelles.

1.3.4. A mentalização

No modelo teórico martyano, a perspectiva evolutiva se estendeu até ao conceito de inconsciente. A noção freudiana de “núcleo do inconsciente” (Freud, 1915) é ampliada, passando a abranger um *inconsciente originário*, que se encarregaria de realizar o *programa* da espécie humana na interação com o meio ambiente. O inconsciente, ao qual Marty se refere numa acepção substantiva, foi descrito, em relação ao período inicial do desenvolvimento, como:

(...) totalmente parcelado, sem organização de partida, sem programa geral, ligado pedaço por pedaço a cada um dos diversos elementos funcionais do ‘mosaico primeiro’ (Marty, 1990, p.22)

De acordo com essa concepção, o inconsciente do recém-nascido seria psicossomático na sua essência, já que, nesse período da vida, as funções somáticas e psíquicas ainda se encontram indiferenciadas, e, assim, obedeceria aos mesmos princípios de construção evolutiva que as demais funções.

Ao estabelecer três vias para escoamento das excitações em excesso, Marty entendeu que a ‘escolha’ da via obedece à hierarquização das funções já organizadas, em um caminho regressivo. No adulto, portanto, o funcionamento mental seria atingido primeiro, com conseqüências para a capacidade de elaboração psíquica, seguido pela atividade motora trazendo interferência para o comportamento e, por último, o soma com a produção do adoecimento. No bebê, pela imaturidade evolutiva, o primeiro a ser atingido seria o soma.

No interesse de ampliar o conhecimento a respeito das falhas mentais no adulto que, não permitindo a elaboração das excitações, podem provocar a somatização, Marty focalizou sua atenção na dinâmica do aparelho psíquico, e criou o conceito de *mentalização* para identificar a quantidade e a qualidade de representações do paciente, elegendo o pré-consciente, instância da primeira tópica freudiana, como alvo de maior importância.

Para a teoria martyana, o pré-consciente assumiu o lugar de *peça central da economia psicossomática*⁵⁶ (Marty, 1990, p.24), com papel fundamental para

⁵⁶ No original, em vez de *peça central* é utilizada a expressão “*plaque tournante*”, que não tem tradução para o português, e se refere a uma peça que, nas ferrovias, serve para mudar os trilhos por onde trafega o trem, alternando sua direção.

clínica, enquanto funcionando como um reservatório de representações de diferentes épocas da vida do indivíduo.

Com a função de regulação da economia psicossomática, a *mentalização* foi entendida, por Marty, como a expressão da capacidade para o uso de operações simbólicas, que se encontram ausentes ou empobrecidas no paciente somatizante. A atividade fantasmática e o sonho, funções do aparelho psíquico, são essenciais ao equilíbrio psicossomático, logo, quando persiste uma deficiência na estruturação ou no funcionamento do aparelho psíquico, recursos mais primitivos são utilizados como a motricidade, por meio do comportamento, ou reações orgânicas.

As representações psíquicas podem ser distintas, segundo Freud (1915), em ‘representação de coisa’ e representação de palavra’, e essa distinção se reveste de um alcance metapsicológico na medida em que, por um lado, a ligação entre a representação de coisa e a representação de palavra correspondente caracteriza o sistema pré-consciente/consciente, enquanto, por outro lado, o sistema inconsciente apenas compreende representações de coisa.

As representações de coisas evocam as realidades vividas de natureza sensorio-motora, delas se originando associações sensoriais e perceptivas, e podem estar ligadas a afetos, porém não permitem, sozinhas, as associações de idéias já que são pouco mobilizáveis pelo aparelho psíquico. As representações de palavras, embora originalmente também derivadas da ordem sensorial, são produzidas a partir da percepção da linguagem do outro, e constituem a base para a associação de idéias.

Para o nosso estudo, essa compreensão é relevante, e nos permite sublinhar que o bebê, desde o início, experimenta trocas com sua mãe e com o meio ambiente e, a partir dessas trocas, vai desenvolvendo a capacidade de criar representações, de coisas e de palavras, de armazená-las e recombina-las. As representações consistem, portanto, em uma evocação de percepções que foram inscritas, deixando traços mnêmicos, e o pré-consciente constitui, do ponto de vista tópico, o lugar das representações e das associações possíveis entre elas.

Da mesma forma, sublinhamos o destaque que Marty atribuiu ao pré-consciente. Enfatizando que a homeostase psicossomática repousa sobre o funcionamento do pré-consciente, instância que vai permitir com que as excitações sejam tratadas no nível mental, sua constituição, como assinalado por

Marty (1976) depende das representações que o bebê vai acumulando na relação com o meio, especialmente a partir do investimento libidinal materno, se organizando através da linguagem e sobre as bases perceptivas estabelecidas pelas experiências sensório-motoras.

As lacunas que podem ameaçar a homeostase psicossomática, de acordo com essa linha de raciocínio, derivam das insuficiências quantitativas e qualitativas das representações psíquicas, e das insuficiências de conotações afetivas dessas representações. Em uma perspectiva ontogenética, Marty (1996) entendeu que o desenvolvimento da capacidade de mentalização pode sofrer interferência de algumas circunstâncias, tais como:

a) de uma insuficiência congênita ou acidental das funções sensório-motoras da criança, na medida em que essas funções constituem as bases perceptivas das representações;

b) de deficiências funcionais sensório-motoras da mãe, que acarretam prejuízos na sua comunicação com a criança;

c) do excesso, carência ou desarmonia das respostas afetivas maternas. Nessas circunstâncias Marty localizou os problemas ocasionados tanto por mães doentes do ponto de vista somático, como também pelas mães deprimidas, excitadas ou indiferentes.

Em qualquer um dos casos acima mencionados, nos diferentes níveis da organização progressiva (sensorial, motor, afetivo e verbal) do bebê, e da criança pequena, instituem-se faltas, ou insuficiências, na aquisição de representação de palavras ligadas a valores afetivos e simbólicos. Para Marty, essas alterações são de difícil recuperação, tanto de forma espontânea quanto por meio de psicoterapia. Assim:

Poder-se-ia afirmar, por fim, que quanto mais o pré-consciente se mostra rico em representações, permanentes e ligadas entre si, mais uma patologia eventual terá a chance de se situar no registro mental. Em contrapartida, quanto mais pobre se mostra o pré-consciente do sujeito em quantidades, continuidades e ligações de representações, maior será o risco da patologia se situar na vertente somática (Marty, 1990, p.28).

Seguindo essa abordagem, portanto, compreendemos que quanto mais precocemente ocorrerem falhas maternas na função de pára-excitação, menos riqueza de conteúdo em afetos terá o pré-consciente para organizar defesas psíquicas frente às situações traumáticas, e maior a probabilidade do excesso atingir as funções somáticas, traduzindo-se no adoecimento da criança na primeira infância. As consequências dessas falhas no surgimento de transtornos psicossomáticos no bebê foram ampliadas pelos psicossomáticos, particularmente Kreisler (1991), que deram prosseguimento às concepções de Marty.

1.4. Michel Fain

Membro da Escola Psicanalítica de Paris, Fain se interessou pelo tratamento de pacientes somatizantes, e participou, junto com Pierre Marty, na elaboração dos primeiros trabalhos no campo da psicossomática psicanalítica. Essa colaboração, no entanto, logo sofreu a interferência de divergências teóricas, e Fain deu prosseguimento aos seus estudos, marcados por uma forma de pensar inventiva e crítica, de modo autônomo, e onde podemos identificar sua fidelidade à teoria freudiana tradicional.

Discordando das inovações propostas por Marty a partir de seu modelo evolucionista, por considerá-las biologizantes, Fain (1971) priorizou a ação do investimento materno, que considerou estruturante da economia psicossomática do sujeito. Em uma Jornada promovida pelo IPSO, em 1995, Fain voltou a expressar sua crítica, como já o fizera em 1969 quando da apresentação do trabalho de Sami-Ali, aos autores que propõem uma origem pré-natal para os distúrbios psicossomáticos de manifestação precoce, rejeitando a idéia de “dotar imprudentemente o feto, e mesmo o recém-nascido, das aptidões para perceber os estados de alma materna”⁵⁷ (Fain, 1996, p.35). Frente à hipótese, levantada por Marty, de que as perturbações familiares possam ter uma ação sobre o psiquismo do feto, o qual apresentaria, como consequência, um sintoma importante desde o nascimento, Fain afirmou:

⁵⁷ No original : (...) prêter imprudemment au fœtus, voire au nourrisson tout juste né, des aptitudes à percevoir les états d'ame maternels.

Eu penso que o feto, que está em um lugar de trabalho considerável, longe do mito de um lugar pacífico, tem mais o que fazer que deixar que se imponham as marcas vindas do psiquismo maternal (Fain, 1996, p.40).⁵⁸

Assim, enquanto Marty (1976) formulou suas hipóteses sobre a gênese dos desequilíbrios psicossomáticos, atribuindo um papel importante à organização de tendências hereditárias frente aos acontecimentos da infância inicial, Fain (1971) atribuiu um papel preponderante à qualidade das trocas libidinais entre a mãe e a criança, e às primeiras identificações, e entendeu o distúrbio psicossomático do bebê como conseqüente a perturbações da organização libidinal da mãe, negando importância às condições anteriores ao nascimento.

Em seu artigo *Prélude a la vie fantasmatique* (1971), Fain discutiu o valor funcional dos sonhos e da fantasia do bebê na relação com o investimento libidinal materno, abordando diferenças importantes entre a concepção de autores psicanalíticos sobre a participação materna na constituição psíquica da criança. Com esse estudo, Fain procurou esclarecer seu ponto de vista sobre relações precoces do bebê com sua mãe, e situou a origem do possível conflito nas contradições entre a função materna e a estrutura edipiana da mãe.

Para Fain (1971), a mãe que só tolera, da parte do bebê, satisfações realizadas em seu contato, produz um superinvestimento contínuo vinculado ao fantasma de volta ao útero, e evidencia sentimentos opostos ao desejo de progressão da criança. A criança apreciada como um bebê “que não deve crescer”, não pode ser admitida na separação, e é mantida fora da situação triangular, o que ocasiona uma supressão do sistema psíquico criado pelo desprazer da ausência do objeto. Dessa maneira a presença materna entrava, por sua permanência física excessiva, os mecanismos de individualização e o acesso à autonomia decorrente da experiência de ausência, já que a manutenção, demasiada intensa e prolongada, de satisfações narcisistas tem lugar à custa de atividades auto-eróticas, ou seja, a mãe impede o bebê de desenvolver um auto-erotismo primário.

Ao assinalar que enquanto para Freud o ego se diferencia no contato com a realidade, para Melanie Klein não só ele existe desde o início como, em certa

⁵⁸ No original : Je pense que le fœtus, qui est le lieu d’un travail considérable, loin du mythe d’un lieu paisible d’autres chats à fouetter que de se laisser imposer des marques venant du psychisme maternel.

medida, a capacidade de amar e a de se constituir são um dado pronto tanto para a mãe quanto para o bebê, Fain (1971) apontou para a existência de um conflito conceitual, entre a estrutura edipiana por um lado e o instinto maternal por outro. Nesse sentido, considerou um aspecto característico da obra de Melanie Klein, como igualmente a de Winnicott, a ênfase no *desaparecimento da mulher* ⁵⁹ (1971, p.320), ou seja, que esses autores não levaram em consideração o fato de que uma parte da libido da mãe permanece francamente erótica.

Em seu texto, Fain (1971) assinalou que quando a mãe está presente, ela investe o id de seu bebê que obtém desse fato o seu ego, mas se essa mãe se torna mulher, o id de seu bebê se torna algo a ser calado, neutralizado, e assim a ‘mãe e a mulher permanecerão sempre inimigas irreconciliáveis’ (1971, p.320).⁶⁰

Ao focalizar o sistema sonho-sono do bebê, Fain assinalou que:

O sono do bebê permite à mãe voltar a ser mulher, e propiciar, assim, ao desejo sexual do pai a ocasião de se satisfazer. Portanto, existe habitualmente, no traço mnésico de todos, um vestígio da estrutura edipiana (Fain, 1974, p.306).

Em seus trabalhos, Fain enfatizou o não acabamento da estrutura edipiana da criança, futuro somatizante, em decorrência das condições traumáticas vividas na relação precoce com a mãe, quando a via de realização alucinatória do desejo é barrada, de forma mais ou menos durável, e o eu se organiza prematuramente de um modo autônomo. O encontro de Fain com Denise Braunschweig inaugurou uma longa e fecunda contribuição a esse estudo, para o qual escreveram *Eros e Anteros*, em 1971, e *La nuit, le jour*, em 1975, onde focalizaram o investimento narcísico do corpo e suas relações econômicas com o nascimento da vida pulsional.

A abordagem de Fain para os distúrbios psicossomáticos, de início precoce, influenciou o pensamento de outros autores interessados pelo tema, como podemos encontrar nos textos de Szwec (1993).

⁵⁹ No original: disparition de la femme.

⁶⁰ No original: La mère et la femme resteront toujours des ennemies irréconciliables.

A PSICOSSOMÁTICA DA INFÂNCIA

*O corpo é o lugar e o meio pelos quais o bebê,
colhido num conflito, exprime seu mal-estar.*

Léon Kreisler

A psicossomática da infância, como área de estudo, tem recebido maior atenção nas últimas décadas, tanto pela crescente compreensão da natureza psicogênica de inúmeras patologias infantis, como pela conseqüente demanda por um modelo teórico próprio, que possa responder às questões, surgidas na prática, sem ser pela aplicação dos conhecimentos obtidos a partir da criança (re)construída pela experiência da análise. Como observado por Soulé (1996), surge na cena psicanalítica um “bebê *vulgaris*”, com vômitos, gritos, insônia, com cólicas e distúrbios respiratórios, que se opõe ao bebê “bem educado” apresentado pelos psicanalistas de adultos.

A delimitação de seu campo teórico e clínico, no entanto, tem produzido freqüentes questionamentos, já que o entendimento da doença da criança recebe a contribuição de diversas vias de conhecimento da infância, como a pediatria, a psiquiatria, a psicologia, a psicanálise e a própria psicossomática como estudada no adulto. Concordamos com Szwec (1996) em sua afirmativa de que essa riqueza de aportes também se traduz numa fonte de dificuldades, levando os praticantes da psicossomática da infância a se confrontarem com a tarefa de destacar a originalidade e os limites deste campo epistemológico ainda novo.

Para nos situarmos frente à questão, de modo a poder oferecer uma contribuição pessoal, consideramos oportuno fazer um levantamento das principais produções sobre o tema, e conhecer o ponto de vista de seus autores.

2.1. Um estudo precursor: René Spitz e a patologia das relações objetais no 1º ano de vida

Como primeiro psicanalista a se dedicar ao estudo dos distúrbios somáticos do bebê, enfocados a partir das alterações nas relações objetais, o trabalho de Spitz trouxe uma importante contribuição para o estudo da psicossomática da infância. Seu modelo teórico sobre o desenvolvimento afetivo da criança na etapa pré-verbal, e seu estudo sobre o impacto das relações primitivas entre o bebê e as pessoas de seu meio, capaz de provocar alterações físicas e fisiológicas na criança, serviram de referência aos primeiros trabalhos voltados para a compreensão do distúrbio psicossomático em etapas iniciais da vida.

Psiquiatra de origem húngara, René Arpad Spitz nasceu em Viena, em 1887. Por intermédio de Ferenczi foi introduzido na Sociedade Psicanalítica de Viena, tendo praticado psicanálise em Viena e Berlim quando, em decorrência da ascensão do movimento nazista, se exilou em Paris em 1932. Interessado pelo conhecimento das relações iniciais entre a mãe e a criança, campo que considerava ter sido pouco explorado por Freud, deu início à sua investigação do desenvolvimento afetivo da infância, tendo por inspiração os conceitos freudianos como apresentados no texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Freud, 1905).

Em 1938 Spitz foi para Nova York, ingressando no Instituto de Psicanálise onde permaneceu por 17 anos. Trabalhando nos Estados Unidos, em um ambiente predominantemente inclinado para a Psicologia do Ego, Spitz (1958) utilizou seus conhecimentos em psicanálise para elaborar uma teoria própria sobre o desenvolvimento precoce do bebê, descrevendo etapas da gênese da relação objetal e da comunicação humana, onde destacou o início das relações sociais na vida do ser. Ao estabelecer uma ligação entre o funcionamento psíquico e o funcionamento sensorial do recém-nascido, o autor enfatizou que, por meio das relações de objeto, a realidade externa também tem um papel importante na estruturação do sujeito.

Convencido, portanto, da influência preponderante do meio para o crescimento da criança, Spitz se opôs à concepção kleiniana que admitia a existência de uma vida mental complexa logo após o nascimento, com a presença

de fantasias e conflitos entre impulsos opostos, entendendo que, no início da vida do bebê, existe um estágio indiferenciado que sofrerá um lento desdobramento, de onde surgirão os processos psicológicos a partir dos protótipos fisiológicos que lhe servem de apoio⁶¹. De acordo com Spitz:

O recém-nascido vem ao mundo em um estado de indiferenciação, incapaz de alguma ação psíquica, já que no estado fisiológico, no útero, as relações são de um completo parasitismo da criança. No transcurso do primeiro ano passará por uma simbiose com a mãe, para terminar em um estágio onde se desenvolvem relações hierárquicas (...) até o estabelecimento do objeto definitivo da libido (Spitz, 1958, p.12).

Com essa concepção em mente, Spitz se dedicou à tarefa de explicitar os momentos cruciais desse desenvolvimento inicial, que caminha paralelamente ao processo de maturação, e construiu um modelo genético para esclarecer os primórdios da organização psíquica do ser humano, destacando o papel nela desempenhado pelo ambiente. Suas pesquisas, focalizando o nascimento da vida psíquica no primeiro ano do bebê, associaram os conceitos psicanalíticos aos métodos experimentais de investigação psicológica (observação direta, testes de quociente de desenvolvimento e registro fotográfico), o que conferiu o caráter de originalidade a seu trabalho, e provocou a admiração do meio científico americano pelo interesse e método de estudo aplicado a crianças abandonadas.

2.1.1. Os estados de carência e privação afetiva

Para construir sua teoria, Spitz (1958) dirigiu sua pesquisa para crianças internadas com o propósito de investigar os fatores responsáveis, ou desfavoráveis, ligados ao desenvolvimento infantil, escolhendo um orfanato para crianças abandonadas e o berçário de uma prisão de mulheres como campo de observações. No orfanato, organizado e limpo, as crianças se beneficiavam da

⁶¹ Segundo Laplanche & Pontalis, a noção de *apoio* foi apresentada por Freud, em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914), para designar a relação primitiva das pulsões sexuais com as pulsões de auto-conservação: as pulsões sexuais se apóiam nas funções vitais que lhes fornecem uma fonte orgânica, uma direção e um objeto. O termo *apoio*, ou *anáclise*, é utilizado por Freud para se referir à escolha do objeto de amor no início (Laplanche & Pontalis, 1967, p.66).

nutrição e cuidados proporcionados por profissionais, mas mostravam um sensível retardamento em seu desenvolvimento mental, e progressiva debilidade física. Uma epidemia de sarampo matou 23 das 88 crianças com idade inferior a 2 anos e meio e, das sobreviventes, apenas 2 começaram a falar e aprenderam a caminhar no espaço da pesquisa, nenhuma aprendeu a comer sozinha e todas eram incontinentes. Em grande contraste estava o quadro do berçário da prisão de mulheres, onde as crianças, cuidadas pelas próprias mães, revelaram um nível de desenvolvimento saudável, compatível com a idade, sem nenhum óbito. Ainda que tais fatos falem por si mesmo, Spitz procurou descrever os diferentes momentos vividos por essas crianças, propondo conceitos que se tornaram emblemáticos para o entendimento das patologias das relações objetais no primeiro ano de vida.

A pesquisa de Spitz foi realizada com duas amostragens de crianças, nas instituições já descritas acima. No primeiro dos estudos, foram observados 170 bebês por um período de um ano e meio, e, desse total, Spitz acompanhou as mudanças ocorridas em um grupo de 34 bebês que, depois de um período mínimo de 6 meses de boas relações com suas mães, foram privados de sua companhia por um tempo mais ou menos longo, sem uma substituta satisfatória. Todos os bebês passaram a apresentar alterações comportamentais e clínicas, que se intensificavam em função da duração da separação, mas que encontravam uma rápida recuperação quando, após um período crítico de no máximo cinco meses, a mãe reaparecia ou era encontrada uma substituta adequada. Spitz entendeu esse transtorno como decorrente de uma *privação afetiva parcial*, e o nomeou de *depressão anaclítica*⁶² (Spitz, 1958, p.108) em razão da ruptura do vínculo objetal.

O termo *anaclítico* utilizado por Spitz foi inspirado no estudo de Freud (1914) sobre o narcisismo primário. No texto freudiano, esse termo foi empregado para se referir ao tipo e à fonte de escolha objetal feitos pela criança pequena, na qual os objetos sexuais são derivados das experiências de satisfação. De acordo com Freud, de início os instintos sexuais estão ligados à satisfação dos instintos do ego, e “os primeiros objetos sexuais de uma criança são as pessoas que se

⁶² Em seu texto *A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal* (1954), Winnicott fez uma referência à pesquisa de Spitz, onde ressaltou a diferença entre a *depressão anaclítica* e a depressão da terminologia kleiniana. Segundo Winnicott, os bebês descritos por Spitz são despersonalizados, incapazes de qualquer contato externo, e não possuem, portanto, as condições para a conquista da posição depressiva.

preocupam com sua alimentação, cuidados e proteção, isto é, sua mãe ou quem quer que a substitua” (Freud, 1914, p.104).

Ao recorrer ao conceito freudiano, Spitz demonstrou que a ausência da figura materna afetivamente cuidadora produz no bebê uma carência do investimento libidinal, necessário para que sua bagagem congênita, filogeneticamente determinada, possa evoluir. Ao mesmo tempo, Spitz fez uma leitura própria do texto freudiano, e utilizou concepções da sociologia, como o conceito de “díade” proposto pelo sociólogo G.Simmel, para abordar a relação mãe-bebê do início, de modo que o objeto-mãe foi entendido como um objeto libidinal e também social, por fazer parte do meio ambiente. De acordo com Spitz, “o ponto de vista da adaptação exige que a explicação psicanalítica de todo fenômeno psicológico inclua proposições concernentes à sua relação com o meio ambiente” (Spitz, 1958, p. 7).

Por meio de suas observações, Spitz descreveu os distúrbios apresentados pelos bebês que diagnosticou como portadores de *depressão anaclítica*, cujo agravamento variava de acordo com o tempo de afastamento da mãe. Assim, no primeiro mês de separação o bebê se mostrava chorão e exigente, buscando contato com qualquer pessoa que se aproximasse; no segundo mês, o choro se transformava em gemidos, havendo perda de peso e parada no desenvolvimento; no terceiro mês havia a recusa de contato com outra pessoa, permanência da posição de decúbito ventral, continuação da perda de peso, face contraída, generalização do atraso motor, insônia e tendência a contrair enfermidades intercorrentes; depois do terceiro mês, a expressão facial mostrava-se rígida, o choro cessava sendo substituído por raros gemidos e o atraso motor se intensificava até um estado de letargia.

No segundo estudo foram observados, durante dois anos, 91 bebês que tinham sido amamentados por suas mães nos primeiros três meses, e que, durante este período, não apresentaram alterações no comportamento e no desenvolvimento. Após o desmame, estes bebês foram confiados aos cuidados de babás em um orfanato, sendo que cada uma cuidava de grupos de mais de dez crianças, de forma que cada bebê recebia uma parcela muito pequena de provisões afetivas do tipo materno. Assim que separados das mães, os bebês passaram rapidamente pelas fases descritas no quadro da depressão anaclítica, apresentando um acentuado atraso motor logo de início, total passividade e com o rosto vazio

de expressão, chegando a manifestar espasmos de dedos e cabeça semelhantes aos de portadores de danos cerebrais.

A esse quadro, considerado mais grave pela rapidez de sua manifestação, e entendido como decorrente de uma *carência afetiva total*, Spitz nomeou como *síndrome do hospitalismo* (*ibid.*, p.112), embora tenha sido constatado em um orfanato. A pouca resistência às infecções por um lado, e a deterioração progressiva por outro, ocasionaram, entre os bebês desse grupo, uma alta percentagem de *marasmo*, condição clínica onde há um colapso das funções orgânicas, e, em consequência, a morte.

Em sua análise das manifestações comportamentais e somáticas dos bebês com *síndrome do hospitalismo*, Spitz estabeleceu um paralelo com o papel dos impulsos agressivos na organização libidinal, como estabelecido por Freud (1905), e concluiu que:

(...) quando a ausência de relações objetais não permite a descarga de impulsos agressivos, o bebê volta a agressão contra si mesmo. Torna-se incapaz de assimilar a comida, cai vítima da insônia e se auto-agride, batendo com a cabeça na grade do berço ou arrancando mechas de cabelo (...) o impulso libidinal se desliga do impulso agressivo e cessam todas as atividades auto-eróticas, inclusive a sucção do polegar (...) o bebê retorna ao narcisismo primário, e não pode sequer usar o próprio corpo como objeto. Tem-se a impressão de que, nos bebês com *marasmo*, o impulso libidinal é empregado com fins de conservação, para manter o mais possível a ação da força vital que vai se debilitando (Spitz, 1958, p.113).

A contribuição de Spitz permitiu a compreensão de que a satisfação exclusiva das necessidades biológicas e dos cuidados materiais não é suficiente para garantir a sobrevivência do bebê, e que a carência ou privação de cuidados afetivos podem produzir graves danos à saúde física e psíquica da criança, ocasionando até a sua morte.

Na nossa experiência, os quadros descritos por Spitz, apesar de sua dramaticidade, são bastante reais, podendo ser observados nas enfermarias pediátricas de hospitais públicos com frequência maior do que o conhecimento atual deveria aceitar. A permissão para que a criança receba algum acompanhamento durante sua internação, que usualmente é concedida, nem sempre consegue ser concretizada, muitas vezes porque a mãe não pode ficar já que trabalha ou tem outros filhos para cuidar, e o pai ou outros parentes não estão

disponíveis. A relação entre a quantidade de pessoal técnico e o número de leitos é desfavorável, e o bebê, em alguns casos internados por problemas clínicos sem maiores gravidades, sofre prejuízos no seu restabelecimento, chegando a ter pioras no distúrbio orgânico, já que fica na dependência de que alguma outra mãe acompanhante possa lhe dedicar alguma atenção. Consideramos, assim, o estudo de Spitz, ainda que possa ser questionado quanto ao viés teórico utilizado, significativo o bastante para merecer uma reflexão por parte dos que se interessam pela psicossomática na infância.

2.1.2 – A gênese das relações objetais

Tomando por base os resultados colhidos em sua pesquisa, Spitz (1958) procurou descrever a gênese das primeiras relações objetais, e considerou que, a princípio, a relação mãe-filho é puramente biológica, vindo a se transformar, gradativamente, na primeira relação social do indivíduo. Para o autor, durante o primeiro ano de vida ocorre uma transição que vai do fisiológico ao psicológico e social, e esta transição ocorre em 3 estágios sucessivos, representando níveis de complexidade crescente, e o começo de cada estágio é sinalizado pela aparição de uma conduta afetiva específica. Inspirado nos estudos da embriologia, Spitz utiliza o conceito de *organizador*⁶³ para descrever os *organizadores do psiquismo* (Spitz, 1958, p.13).

Após o nascimento predomina o *estágio sem objeto* ou *pré-objetal* (*ibid.*). Essa etapa corresponde, aproximadamente, ao estágio do narcisismo primário de Freud (1914), e nela o aparelho perceptivo do recém-nascido está protegido do mundo por uma *barreira de estímulos*⁶⁴ extraordinariamente alta, que só é quebrada quando os estímulos vindos de fora são excessivamente intensos, fazendo a criança reagir com desprazer. Nessa época o recém-nascido ainda não é organizado em áreas como a percepção e a atividade, e o ambiente ainda não existe como entidade exterior.

⁶³ Segundo Spitz, o termo “organizador” faz referência à instância que governa as forças que operam no desenvolvimento embrionário.

⁶⁴ Spitz, R. (1958) *Op. cit.*, p. 14. Spitz aqui se inspira na noção de *escudo protetor* de Freud (1920).

No estágio evolutivo seguinte, estágio do *precursor do objeto* (*ibid.*, p.19), o indicador do estabelecimento do *primeiro organizador do psiquismo* (*ibid.*) é o aparecimento da *reação de sorriso* frente à face humana, que surge no terceiro mês de vida do bebê, e, segundo Spitz, mostra não só que já foram estabelecidos traços de memória, como a ocorrência de uma divisão no aparelho psíquico e o surgimento de um ego rudimentar, que substituirá o primitivo limiar da barreira de estímulo. Assim, de acordo com Spitz:

(...) o sorriso revela que o bebê é capaz de associar as experiências de satisfação a uma imagem-representação, e essas representações, inscritas nos sistemas mnêmicos, servem de apoio para as urgências instintivas e funcionam como pára-excitação (Spitz, 1958, p.20).

Sobre o surgimento do sorriso, como utilizado por Spitz, Ranña (1997) entende que:

(...) o sorriso evidencia um mecanismo de deslocamento, em que uma parte da excitação é investida numa representação que, em vez de circular no terreno somático, passa a circular no terreno psíquico, agora um *campo pulsional*. O bebê pode agora suportar melhor a ausência materna, e esta ausência cria o campo imaginário fundamental para a constituição do psiquismo (Ranña, 1997, p.111).

Para Spitz, nessa etapa do *precursor do objeto*, pelo aparecimento do auto-erotismo, a excitação é investida em uma parte do corpo que, infiltrada pela fantasia, poderá substituir por algum tempo o objeto-mãe. Mas o autor enfatiza que, se o auto-erotismo surge do equilíbrio entre a presença e a ausência de cuidados maternos, a criança só pode compensar de forma auto-erótica a ausência da mãe se tiver obtido satisfações prévias no contato com a mesma. Por outro lado, como os sinais afetivos da mãe são determinados, predominantemente, por sua atitude afetiva inconsciente para com o filho, podem apresentar desvios do esperado como normal.

Entendemos, assim, que Spitz aponta para a possibilidade de uma variação no investimento materno, que pode ir do totalmente presente ao totalmente ausente, passando pelo instável e contraditório, favorecendo ao bebê responder com a formação de relações objetais impróprias ou insuficientes, ou não formar nenhuma relação, circunstância que, em qualquer das hipóteses, será determinante para o seu equilíbrio psicossomático.

Castro (1997), analisando os distúrbios no estabelecimento do auto-erotismo, como apontado por Spitz, afirma que:

(...) tanto o excesso de cuidados maternos, quanto a sua falta, provocam distúrbios na aquisição do auto-erotismo e, assim, quando a mãe é muito presente, este simplesmente não ocorre. Por outro lado, quando a mãe é muito ausente, pode ocorrer o auto-erotismo *exacerbado*, exemplificado através do merecismo, quando o bebê passa longo tempo ruminando parte do que vomitou, ou através da coprofagia, em que o bebê come as próprias fezes. Quando a carência é mais acentuada, não ocorre auto-erotismo mas gestos autodestrutivos, como no caso do hospitalismo em que o bebê bate a cabeça no berço (Castro, 1997, p. 131).

Os distúrbios funcionais são, então, compreendidos como derivados de uma falha da função materna, quando a mãe não exerce adequadamente seu papel de pára-excitação, e o bebê, sem ter ainda uma autonomia psíquica, acaba descarregando no soma os excessos através de distúrbios psicossomáticos. Mas Castro (1997) observa que as patologias precoces devem ser compreendidas a partir tanto da capacidade psíquica materna de se ajustar ao filho, como das capacidades inatas do bebê, que também serão determinantes nas variações de suas respostas.

De acordo com Spitz (1958), uma mudança decisiva no comportamento do bebê, em seu relacionamento com os outros, ocorre entre o sexto e o oitavo mês. Por já ser capaz de distinguir um amigo de um estranho, a criança já não responderá com um sorriso quando uma visita aproximar-se de seu berço. Se um estranho se aproxima, provocará na criança um comportamento de nítida apreensão ou ansiedade, ainda que de intensidade variável, como abaixar os olhos, esconder o rosto, ou chorar e gritar, e estas reações ocorrem porque o bebê reconhece que não se trata de sua mãe, e essa ausência é respondida com desprazer.

A capacidade de deslocamento da catexia em traços de memória, segundo Spitz, reflete o fato de que o bebê estabeleceu uma verdadeira relação objetal, e de que a mãe se tornou seu objeto libidinal, seu objeto de amor, de forma que a *angústia frente ao estranho* (Spitz, 1958, p.46) na idade de oito meses surge, de acordo com seu modelo, como o *segundo ponto organizador do psiquismo* (*ibid.*) que se caracteriza pelo *estabelecimento do objeto libidinal* (*ibid.*).

Em seu estudo sobre a origem e a finalidade da angústia, Freud (1926) fez referência ao trabalho de Otto Rank (1924) sobre o trauma do nascimento, e apontou objeções à explicação deste autor, que estabeleceu uma relação entre as primeiras fobias das crianças e as impressões nelas causadas pelo evento do nascimento. Freud compreende as manifestações de angústia da criança quando é deixada sozinha, ou no escuro, ou quando se encontra com uma pessoa desconhecida no lugar da mãe, como a expressão da falta sentida de alguém que é amado, e de quem se sente saudade, cuja imagem mnêmica foi intensamente catexizada. Assim, a perda do objeto que produz satisfação é vivida como um perigo pela criança, provocando uma perturbação econômica pelo aumento de tensão, e a angústia surge como um produto do *desamparo mental da criança* (Freud, 1926, p.162).

Por outro lado, Spitz chamou a atenção para o fato de que não deve ser negligenciada a variabilidade na ocorrência destes fenômenos, na medida em que surgem como resultado da relação entre os dois indivíduos que compõem a díade e, portanto, dependem tanto da personalidade individual de cada um, como de inúmeras outras condições ambientais e culturais. Em seu texto, Spitz mencionou os estudos antropológicos sobre a relação mãe-filho em outras culturas, e admitiu a necessidade de maiores pesquisas para uma compreensão mais abrangente do tema. Ao mesmo tempo, estudou e relacionou algumas perturbações que podem surgir, em nossa cultura, de alterações nessa relação inicial.

2.1.3 – Os desvios das relações objetais

As conseqüências para o desenvolvimento afetivo da criança de desvios das relações objetais também foi objeto de pesquisa para Spitz (1958). Por considerar que, na relação mãe-filho, a mãe ocupa a parte ativa e dominante, enquanto o bebê, ao menos no início, é um recipiente passivo, o autor entendeu que as perturbações da personalidade materna se refletem em perturbações da criança, e, assim, as influências psicológicas prejudiciais são as decorrentes de relações insatisfatórias entre a mãe e o filho. Essas relações insatisfatórias foram diferenciadas por um fator de natureza qualitativa, originando relações

inadequadas (Spitz, 1958, p.78), ou por um fator de natureza quantitativa, gerando relações *insuficientes* (*ibid.*). Entre essas patologias, pretendemos destacar aquelas que foram objeto de estudo dos psicossomáticos da infância, e que permitem uma articulação com o nosso interesse de trabalho: a *cólica dos três meses* e o *eczema infantil*⁶⁵.

A *cólica dos três meses* se refere a um incômodo manifestado pelo bebê, com início por volta da terceira semana de vida e duração até o fim do 3º mês. O bebê adormece num primeiro momento, para logo depois acordar gritando, podendo permanecer assim durante horas. Spitz associou esse distúrbio com um comportamento materno que nomeou como *superpermissividade ansiosa* (*ibid.*, p.88), onde a solicitude exagerada estaria relacionada com um sentimento de culpa inconsciente. Como resultado, ocorreria um superinvestimento no bebê, através do qual uma mãe extremamente preocupada, com menos capacidade de distinguir se seu filho está realmente com fome, reage ao choro da criança alimentando-a, muitas vezes excessivamente, e o alimento desnecessário acaba irritando o aparelho digestivo, provocando mais choro do bebê e a deflagração de um círculo vicioso.

O distúrbio da *cólica dos três meses* foi explicado, a princípio, pela existência de uma hipertonia de nascença, que ocasionaria um tônus muscular elevado na musculatura abdominal e o peristaltismo aumentado, e também pela incapacidade do bebê para assimilar o leite da mãe. Em relação a essas hipóteses, Spitz constatou que nos bebês criados em instituições e, portanto, privados dos cuidados maternos, a *cólica* era absolutamente inexistente, enquanto nas crianças mantidas em creches, onde as relações mãe-filho eram relativamente melhores, ocorria ocasionalmente, e nas crianças criadas por suas próprias famílias, a *cólica dos três meses* era freqüente, o que invalidaria a explicação exclusivamente orgânica. Também descobriu que o distúrbio melhorava pelo uso da chupeta e pelo embalo do bebê. Estabeleceu, então, que a etiologia da *cólica dos três meses* podia ser encontrada na combinação de dois fatores, ou seja, que certos recém-nascidos com hipertonia congênita são criados por mães que revelam uma solicitude ansiosa excessiva.

⁶⁵ A *cólica dos três meses* e o *eczema infantil* foram alvo de estudo pelos psicossomáticos da infância e constam, entre as patologias pesquisadas por Spitz, no livro *A criança e seu corpo* publicado em 1974.

Sem propor uma compreensão psicodinâmica para o quadro, Spitz focalizou seu interesse em descobrir porque o distúrbio desaparecia aos três meses, e concluiu que a resposta estava relacionada com mudanças na própria maturação do bebê. Assim,

(...) um amplo espectro de atividades afetivas, mentais e físicas passa a existir no decurso do terceiro mês, e elas lhe servem para descarregar tensão. (...) Quando a criança consegue descarregar tensões por meios diversos dos orais, suas exigências feitas à mãe diminuem, e então o círculo vicioso é interrompido (Spitz, 1958, p.93).

Outra patologia estudada por Spitz, o *eczema infantil*, interessa de perto nosso estudo por se tratar de um distúrbio de natureza alérgica, da mesma forma que os distúrbios respiratórios que escolhemos focalizar. Segundo Spitz, as mães dos bebês com eczema apresentaram, em sua pesquisa, intensas manifestações de ansiedade, que o autor atribuiu à presença de uma forte *hostilidade inconsciente reprimida* (Spitz, 1958, p.103), que as levava a não querer tocar em seus filhos.

A maior parte das crianças com eczema estudadas não apresentou *angústia do oitavo mês*⁶⁶, e essa ausência foi entendida como consequência de um atraso no desenvolvimento afetivo. Para Spitz, como os impulsos libidinais e agressivos são, no curso normal do desenvolvimento, descarregados na estrutura da interação física entre mãe e filho, a mãe do bebê com eczema não teria dado oportunidade suficiente para tal descarga, e o processamento do impulso não pôde ficar disponível. Assim, admitindo que evita usar o termo somatização para se referir a esta patologia, porque considera que nem a dinâmica do processo psicológico, nem o modo de transformação em manifestação somática foram suficientemente esclarecidos, Spitz chamou a atenção para o fato do sintoma da doença aparecer no exato lugar em que a estimulação vital foi recusada, ocorrendo uma “retenção de energias pulsionais porque lhes foi negada uma saída” (Spitz, 1958, p.104).

O estudo de Spitz foi analisado por Guedeney & Grasso (2003), que valorizaram o autor pelo fato de ter sido um dos primeiros a demonstrar a ligação

⁶⁶ O conceito de Spitz sobre a *angústia do oitavo mês* vai ser ampliado por Michel Fain (1974), que lhe concede um espaço importante em sua análise dos distúrbios psicossomáticos do bebê. De acordo com Fain: “a angústia em face do estranho responde à edificação de uma fobia primária. Ante uma frustração real, as razões de desacordo com a mãe são projetadas na figura do estranho. Essa operação mental mantém a possibilidade de fusão temporária com a mãe” (Fain, 1974, p.445).

entre o tipo de relação maternal e a patologia funcional do bebê, mas criticaram seu modelo sobre a síndrome do hospitalismo em função da metodologia utilizada para o estudo, que não permite compreender porque um certo número de crianças, entre as pesquisadas, escaparam de desenvolver o mesmo quadro depressivo anaclítico, apesar de se encontrarem nas mesmas circunstâncias. Por outro lado, de acordo com Guedeney & Grasso, a abordagem de Spitz para a cólica dos três meses, considerada como o efeito de uma relação primária excessiva e ansiosa, apesar de “infundada” (Guedeney & Grasso, 2003, p.116), ainda prevalece na França, independentemente dos estudos mais recentes que revelam que a ansiedade materna na cólica é secundária, e que numerosos estados ansiosos maternos não possuem ligação com estas cólicas.

No nosso entendimento, apesar das limitações teóricas possíveis de serem identificadas no modelo elaborado por Spitz, seu trabalho trouxe uma importante contribuição ao estudo da psicossomática da infância. Tendo alcançado uma articulação entre os pontos de vista pediátrico e psicanalítico, a partir da observação sistemática e criteriosa de bebês, sua pesquisa encontrou receptividade entre os psicossomáticos franceses, e suas concepções se tornaram presença constante nos trabalhos desenvolvidos nesse campo. Também consideramos que, ao se inspirar na concepção freudiana do escudo protetor (Freud, 1920) para estabelecer a noção de barreira de estímulos, Spitz (1958) pôde demonstrar, através de exemplos práticos, as consequências provenientes da quebra dessa barreira no psiquismo do bebê, ocorrência que, para Freud, permaneceu no campo teórico.

2.2. Contribuições dos estudos sobre as interações precoces

Quando se estuda a interação precoce mãe-bebê, uma questão sempre presente, e muitas vezes de difícil consenso entre os autores, assume o primeiro plano: como distinguir o que é constitutivo do bebê, fazendo parte de sua bagagem inata, do que é característico da mãe, pessoa total com seu estilo próprio e modo de agir, o qual é influenciado por sua dinâmica inconsciente? Desde Spitz (1958), e sua concepção de um bebê que, pelo predomínio do funcionamento fisiológico inicial, se encontra em um estado de passividade e submissão somática à dinâmica materna, até as pesquisas mais recentes sobre as competências inatas do recém-nascido para a interação, muitos trabalhos têm sido produzidos sobre o tema, de forma que a resposta pode variar segundo a perspectiva teórica privilegiada.

Para Lebovici (1995), os distúrbios que surgem nos primeiros meses de vida, como os distúrbios funcionais relativos às funções digestivas, à regulação do sono, ao sistema cutâneo e às regulações respiratórias sofrem a influência tanto dos fatores genéticos como de fatores contingentes e episódicos. Sua aparição e durabilidade, portanto, podem estar vinculadas a perturbações da relação familiar, como nos casos em que predomina uma “desarmonia interativa, decorrente da carência dos cuidados ou de alterações nas ligações” (Lebovici, 1995, p.114).

Em seu estudo sobre as interações precoces, Lebovici (1987) analisou o papel da família, particularmente da mãe, mas também incluiu a ação que o bebê tem sobre a mãe, admitindo que “a vida mental da mãe é igualmente influenciada pelo desenvolvimento de seu bebê” (Lebovici, 1987, p.251). Pesquisando distúrbios manifestados no período inicial da vida, em sua prática como psiquiatra perinatal, o autor levantou a hipótese de um paralelismo entre os fatores biológicos e os aspectos relacionais, e a sustenta tomando como referência a depressão do bebê que o leva a não se interessar pelo seio materno, ocasionando uma depressão materna reacional e a interrupção do aleitamento. A precocidade desses distúrbios levou Lebovici a admitir sua origem em etapas primitivas, localizadas na relação da mãe com o feto, concepção que encontra respaldo teórico no conceito do “mosaico primeiro” de Marty (1976), onde estão inscritas as predisposições psíquicas inatas do indivíduo.

O interesse pelo estudo dos distúrbios de manifestação precoce também é compartilhado por Soulé (1996), que realiza pesquisas em um campo que nomeou como *psiquiatria fetal* (Soulé, 1996, p.48) com o objetivo de conhecer as interações entre o feto e a mãe. Para Soulé, a constatação de distúrbios de natureza psicossomática em recém-nascidos, com mecanismos bastante complexos, permite admitir a existência de um sistema interacional arcaico, funcionando de modo desordenado, onde o parceiro-mãe interage de maneira divergente.

A postulação desse sistema, que Soulé entende como decorrente de uma *interação biológica* (*ibid.*, p.49), o aproxima do trabalho de Marty (1976), que buscava uma base biológica para a sua teoria, e de Kreisler (1991), que deu continuidade às concepções de Marty através de sua prática como psicossomático da infância. Por outro lado, essa proposta de Soulé o contrapõe a Fain (1969), que se recusou a aceitar a possibilidade de trocas de natureza psíquica durante a gravidez, em virtude do isolamento do feto pela barreira placentária.

Tendo fundamentado suas concepções a partir de seu trabalho em um serviço de medicina fetal, onde o intercâmbio com geneticistas e biólogos foi acrescido das pesquisas recentes no campo da genética molecular, que vêm permitindo uma compreensão cada vez mais precisa do funcionamento dos genes, Soulé (1996) pôde afirmar que a barreira placentária evocada por Fain:

(...) não ocupa mais o lugar intangível que lhe foi atribuída, assim como existem outras vias para a interação e outros canais para os sinais (Soulé, 1996, p.50).

A partir dos conhecimentos biológicos sobre a gravidez, e sobre algumas alterações do período gestacional já descritas pela ciência, como a incompatibilidade do Rh, Soulé (1996) procura explicar o fenômeno psicossomático precoce como consequência de uma *interação nefasta* (*ibid.*), utilizando como exemplo o caso em que o feto, por carregar uma característica herdada do pai, seria reconhecido pelo organismo da mãe como “um corpo estranho incompatível” (*ibid.*). Uma situação semelhante ocorreria em certos casos de aborto espontâneo, condição descrita pelos biólogos como decorrente de um ‘não-reconhecimento’ imunológico, e que Soulé entende como a expulsão de um ‘estranho’.

Na verdade, o campo da ciência vem se expandindo, e o desenvolvimento de técnicas cada vez mais apuradas de exame tem possibilitado um verdadeiro progresso dos estudos sobre as competências do feto, de tal forma que a observação da ontogênese das respostas do feto a estimulações externas não permite mais que se ignore os fenômenos de interação muito precoce. Nesse sentido, pode-se dizer que em pouco tempo passou-se de um feto em estado de isolamento sensorial quase total a uma ‘pessoa’ com a qual é tentada uma comunicação, e a tecnologia tem possibilitado conhecer as ações e reações fetais, sinais possíveis de uma percepção pelo feto dos acontecimentos maternos ou externos.

Pesquisas realizadas por Lecanuet, Granier-Deferre e Schall (1991) concluíram que como o líquido amniótico varia de um bebê a outro, e para o mesmo bebê segundo o período da gravidez, o feto tem numerosas ocasiões de contato com as paredes do útero, o que fala a favor das idéias apresentadas por Soulé. Também apontaram para a possibilidade de que a experiência sensorial fetal possa modificar, pela via da aprendizagem, as respostas comportamentais espontâneas pré e pós-natais às estimulações auditivas ou olfativas, às quais o bebê foi exposto no útero, podendo organizar suas preferências e aversões perceptivas e facilitar a aprendizagem de características maternas. Segundo Lebovici (1991), essas pesquisas não só corroboram a idéia de uma continuidade entre a vida intra-uterina e a vida pós-natal, como constituem um instrumento indispensável para todos os que se dedicam ao estudo do nascimento das representações mentais a partir da sensorialidade inicial.

Alessandra Piontelli (1995), médica e psicanalista, desenvolveu um estudo através da técnica de ultra-sonografia buscando conhecer as relações entre a vida pré-natal e o futuro desenvolvimento do indivíduo. A autora entende que a interação entre o inato e o adquirido começa muito mais cedo do que normalmente se admite, e considera que certas experiências pré-natais podem ter um efeito emocional profundo sobre a criança, especialmente se tais acontecimentos forem reforçados pelas experiências pós-natais. Assim, tem como hipótese a ser verificada a possibilidade de que exista uma vida mental antes do nascimento, e portanto alguma forma rudimentar de diferenciação self-outro,

tomando como referência a precocidade com que certos comportamentos do feto, que sugerem uma sensibilidade prazer-desprazer, se evidenciam neste período.

Podemos concluir que, na atualidade, o estudo da interação precoce mãe-bebê se distanciou em muito daquele introduzido por Spitz, e cada vez mais é reconhecida, no bebê, uma participação mais ativa na interação com a mãe. Este processo foi significativamente influenciado pelas pesquisas produzidas por Cramer (1987) e Brazelton (1987) no campo das interações precoces, cujos resultados situam o bebê como distante do lugar de passividade que até então lhe era atribuído, e o revelam como um parceiro capaz de induzir as atitudes do ambiente para com ele.

Cramer (1987), tomando como referência as pesquisas que focalizaram as diferentes modalidades através das quais o bebê, desde muito cedo, conhece, se expressa e troca com o mundo (Wolf, 1966; Stern, 1976), concluiu que o bebê não é apenas um ser de reação, mas também de ação, a partir de uma organização própria que o predispõe à relação e à adaptação, e que a criança é uma *parceira total* (Cramer, 1987, p.38) na interação. Em função das possibilidades que, desde recém-nascido, o bebê já é capaz de realizar, como enviar mensagens à mãe, a imitar e decodificar as mensagens maternas, torna-se viável que também a criança participe da elaboração de um grupo de regras que vão determinar o perfil particular da interação. A tarefa da mãe, se entendida sob este prisma, não é a de criar uma ordem a partir de um caos, mas a de “adaptar seu comportamento a uma organização que já existe” (*ibid.*).

Brazelton (1987), através de uma abordagem experimental de pesquisa em psicologia do desenvolvimento, também valoriza o comportamento neonatal como indutor das respostas ambientais, e entende que as ações e reações do bebê fornecem informações importantes não só para compreendê-lo, como igualmente para compreender as reações do meio, especialmente o materno, para com ele. Assim, desenvolve uma idéia central relativa à competência do bebê, afirmando:

(...) não o vemos mais como uma massa sem formas, prestes a ser modelada pelo meio ambiente, mas como um ser complexo e previsível que interage com os adultos que o cercam (...) não mais podemos considerar o recém-nascido como insensível, caótico ou imprevisível, mas como estando equipado com reações altamente previsíveis a todos os estímulos vindos do exterior, quer estes estímulos sejam positivos (apropriados ao sujeito) ou negativos (impróprios ou excessivos) (Brazelton, 1987, p.13).

A nosso ver, os estudos sobre as interações precoces têm contribuído para uma outra abordagem ao conhecimento dos primórdios da vida, mas ainda encontram resistência no meio psicanalítico por não propiciarem informações do ponto de vista psicodinâmico.

2.3. O estudo da psicossomática psicanalítica do bebê

Paralelamente aos avanços no campo da psicossomática do adulto, o psiquiatra e psicanalista infantil Serge Lebovici se dedicou, na década de 60, à organização e desenvolvimento da psicanálise da criança na França. Identificamos dois acontecimentos como inspiradores dessa iniciativa de Lebovici. Um deles foi a publicação, em 1958, do livro *Da pediatria à psicanálise*, por Winnicott, cujos primeiros textos, escritos ainda enquanto pediatra, apontavam a relação entre o adoecimento físico na infância com fatores de natureza emocional. Outro acontecimento foi a participação de Spitz no 26º Congresso dos Psicanalistas de Língua Romana, realizado em Paris em 1965, quando sua pesquisa sobre as consequências, para o bebê, de alterações nas relações maternas primárias, pôde ser melhor conhecida.

Segundo Lebovici (1974), as dificuldades funcionais no primeiro ano de vida deviam receber maior atenção e, assim, visando ampliar esse campo de conhecimento, reuniu os psicanalistas Michel Fain e Michel Soulé, e o pediatra Léon Kreisler, com a proposta de pesquisar os distúrbios somáticos das crianças numa perspectiva da psicossomática psicanalítica.

Os trabalhos então produzidos deram origem a uma série de artigos, publicados na revista *Psychiatrie de l'Enfant*, entre 1966 e 1974, e foram reunidos em um livro, *A criança e seu corpo* (1974), que veio a constituir um marco fundador na história da psicossomática da criança. Para a construção do livro, os autores se reuniram, a partir de 1965 e por alguns anos, e suas discussões teóricas dos casos clínicos extraídos da prática pediátrica de Kreisler, após exclusão daqueles cuja etiologia indicasse uma causa física determinante, foram gravadas e depois transcritas.

A redação do livro sob a forma de discussões foi conservada, segundo Kreisler (1974), para tentar traduzir as coerências e divergências das disciplinas e das pessoas, assim como a evolução no tempo de vários pontos de vista. As patologias estudadas por Spitz (1958), e as conclusões a que chegou em suas pesquisas, serviram de referência para os debates, e essa influência pode ser explicada pela boa receptividade que Fain, Soulé e Kreisler dedicaram à abordagem psicanalítica de observação de bebês, e a confrontação dos pontos de vista pediátrico e psicanalítico alcançada por Spitz.

O estudo sobre a clínica psicossomática do primeiro ano resultou, portanto, de uma colaboração pediátrica e psicanalítica. Os casos selecionados, que abordavam alterações de funções orgânicas fundamentais, como o apetite, a absorção alimentar, a evacuação intestinal e a respiração, levaram Kreisler (1974) a concluir que:

(...) tudo se passa como se o seu exercício não se reduzisse a um funcionamento puramente fisiológico, mas precisassem ser infiltradas pelo investimento afetivo que dá um impulso necessário à realização dessas funções, e cujas falhas estão na origem do disfuncionamento (Kreisler, 1974, p.441).

Ao criticar a extensão abusiva que foi dada ao termo ‘psicossomática’ pelos pediatras, e que ameaçava esvaziar seu sentido, Kreisler (1974) relacionou os distúrbios que devem ser excluídos do campo das doenças psicossomáticas. Fazem parte dessa relação: 1) as conseqüências psíquicas das doenças somáticas, como, por exemplo, as influências que podem atingir a criança em decorrência de uma deformação física; 2) as doenças orgânicas provocadas por uma conduta anormal, como na criança cardiopata que recusa as limitações na atividade física; 3) os efeitos somáticos da conversão histérica, na medida em que a patologia psicossomática inclui desordens autenticamente orgânicas, vazias de significação simbólica; 4) os problemas mentais provocados por uma agressão ao sistema nervoso e, finalmente, 5) os falsos problemas que surgem em crianças com distúrbios insignificantes ou mesmo perfeitamente normais (Kreisler, 1974, p.18).

Pelo seu caráter de pioneirismo, ao abordar os adoecimentos psicossomáticos do bebê e do recém-nascido a partir de uma abordagem psicanalítica, os autores Kreisler, Fain e Soulé contribuíram para que esse estudo pudesse alcançar, como nos dias atuais, o status de uma disciplina. Mas esse momento inaugural também nos revela como as trajetórias, e as experiências anteriores de cada um, vão ser determinantes nas concepções que elegeram como prioritárias em suas reflexões.

A nosso ver, os diferentes posicionamentos teóricos assumidos pelos autores não só vão permear todo o texto do livro, como influenciaram as produções subseqüentes, inclusive de seus seguidores, ocasionando variações no entendimento da etiologia das afecções psicossomáticas do bebê, especialmente quanto ao papel que pode ser atribuído à mãe nessa etiologia, que persistem até os

dias de hoje. Para nos situarmos em relação a esses autores, e entendermos a contribuição de cada um na compreensão do adoecimento psicossomático na infância, consideramos necessário, à guisa de introdução, descrever um breve relato histórico de suas atividades nesse campo.

Léon Kreisler além de pediatra é também psiquiatra de crianças, e seu relacionamento com Serge Lebovici teve início em 1947, quando trabalhou como médico interno no hospital Enfants-Malades, em Paris. Nessa época, Kreisler seguiu o caminho inspirado por Lebovici e Diatkine, considerados os criadores da psiquiatria psicanalítica infantil na França, abordando a pediatria sob a ótica da *psicanálise genética*, ou seja, por meio da aplicação dos conceitos psicanalíticos na pesquisa da gênese da organização psíquica, a partir do estudo e tratamento de bebês e recém-nascidos. Por cerca de 28 anos, Kreisler dirigiu o serviço de psiquiatria da criança e do adolescente no hospital Saint-Vicent-de-Paul, onde conheceu o psicanalista Michel Soulé com quem trabalhou em equipe.

Michel Soulé foi chefe de clínica, nos anos 50, no hospital Saint-Vicente-de-Paul, onde eram abrigadas as crianças abandonadas e, nessa época, fez parte de um grupo orientado por John Bowlby, cujos trabalhos abordavam as carências de cuidados maternos e a noção de apego. Durante vários anos Soulé ocupou o cargo de médico-chefe na direção do Institut de puériculture du XIV^e. arrondissement de Paris, no qual criou uma unidade intensiva especializada nos cuidados do bebê no primeiro ano de vida, e onde organizou jornadas de estudos regulares, cujos trabalhos apresentados foram, mais tarde, reunidos em um livro. Uma dessas jornadas, intitulada *Quoi de neuf bébé ?*, contou com a participação de Brazelton, Cramer e Kreisler, e teve grande repercussão no meio científico francês.

Soulé tornou-se psicanalista membro da Sociedade psicanalítica de Paris, e professor de psiquiatria da infância e da adolescência na Universidade René-Descartes, Paris V. Entre inúmeros trabalhos sobre a prevenção e profilaxia em idades precoces, e sobre psiquiatria e psicanálise da infância, em 1970 escreveu, com Lebovici, *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, e, com Lebovici e Diatkine, *Traité de psychiatrie de l'enfant e de l'adolescent*.

Em sua participação no livro *A criança e seu corpo*, Soulé focalizou a comunicação mãe-bebê, e suas hipóteses de trabalho se apoiaram nos estudos de René Spitz (1965), e na concepção de Lebovici (1987) sobre as relações objetais, entendidas do ponto de vista do bebê. Mas Soulé utilizou também, como modelo

análogo, as teorias da comunicação e a compreensão cibernética, propondo uma explicação de certos distúrbios funcionais do bebê sob um modo transacional. Como nos revela Szwec (1995), as concepções de Soulé sobre o papel do bebê na comunicação, reveladas desde a década de 60, tiveram confirmação, mais tarde, nas pesquisas sobre os modos de comunicação precoce entre a mãe e o bebê, realizadas nos Estados Unidos através do método de gravação em vídeo.

Michel Fain, à época da redação do livro *A criança e seu corpo*, era um psicanalista já bastante envolvido no movimento psicossomático da Escola de Paris, e seu interesse estava voltado para a clínica com adultos, mas, na intenção de conhecer a repercussão das alterações do investimento materno na constituição psíquica durante a infância, trabalhou por algum tempo no Instituto E.-Claparède, onde obteve sua experiência com as patologias infantis. Ao se basear nos conceitos psicanalíticos freudianos, Fain focalizou sua concepção sobre os distúrbios psicossomáticos do bebê na estrutura edipiana da mãe, e nas falhas maternas em relação ao investimento libidinal do filho. Nas palavras de Fain,

(...) a criança muito pequena, que possui apenas um psiquismo embrionário, seria automaticamente uma psicossomática, dada a sua incapacidade evidente para integrar psicologicamente os estados de tensão a que pode ser submetida, mas não o é porque a mãe está presente para evitar os estados de sofrimento da criança, e ajudá-la a organizar sistemas mentais muito precoces. A insuficiência psíquica do bebê é compensada pela intuição da mãe, ativada pelo instinto materno. A unidade psicossomática compreende a mãe, depositária das funções ainda não adquiridas pela criança, quer sejam psicológicas ou somáticas (Fain, 1974, p.33).

Entre as patologias estudadas que constam no livro, encontramos o distúrbio da *cólica dos três meses* descrito por Spitz (1958). Os autores, sem negar a existência de uma disposição congênita determinando uma hipertonia no bebê, focalizaram tanto a qualidade dos sinais emitidos pela mãe, conscientes e inconscientes, e sua interferência na homeostase de seu bebê (Soulé, 1974), quanto as alterações do investimento libidinal materno (Fain, 1974).

De acordo com Fain (1974), o comportamento da mãe hipernutriente do bebê com cólicas, como relatado por Spitz (1958), acarreta uma sobrecarga alimentar, e deixa por saciar o desejo de sucção. Por outro lado, o uso da chupeta permite uma satisfação auto-erótica, na qual a excitação da mucosa bucal compensa os efeitos prejudiciais da presença materna alterada, enquanto o embalo

proporciona ao bebê a reconstituição de seu universo narcisista primário, que foi prejudicado pela atitude traumática da mãe. Ao criticar o que considera uma tendência exagerada em atribuir à determinada síndrome da criança um tipo específico de personalidade da mãe, como o fez Spitz (1958), o autor admitiu que quando a modulação afetiva da mãe permanece pobre, “ela obriga a criança a realizar descargas somáticas” (Fain, 1974, p.54). Segundo Fain (1974), o investimento libidinal narcisista primário do bebê só se organiza em resposta ao instinto materno, de modo que as alterações do comportamento da mãe podem revelar uma qualidade de investimento excessiva, carente ou contraditória, mas, em qualquer das possibilidades, com efeitos catastróficos para o bebê.

A questão do peso atribuído ao investimento materno no adoecimento da criança, foi tratada de forma diversa por Soulé (1974). Concordando em parte com Fain, Soulé admitiu que desde cedo o bebê está em relação direta com o inconsciente da mãe, sofrendo o risco de se desorganizar pelos eventuais sinais contraditórios que ela lhe enderece, ou seja, os distúrbios psicossomáticos no bebê podem decorrer da inconsistência dos sinais maternos, ou da sua incoerência. A diferença consiste na ênfase dada por Soulé à sua concepção de que as trocas não se fazem no sentido único mãe-filho, e nem segundo um modo linear, existindo um estado de equilíbrio nas relações recíprocas e interatuantes que vêm a se constituir num sistema, ou díade. Desta forma, Soulé entendeu que:

É grande o risco de atribuir culpa à mãe, considerada agora uma indutora de distúrbios e doenças, uma mãe má porque faz seu bebê adoecer. Na verdade, convém absolvê-la em certos casos, sempre que ela se defrontou com mecanismos muito precoces do recém-nascido que, se não são inatos, foram obtidos muito cedo. Raciocinamos sempre, e de um modo exageradamente exclusivo, em termos de falha no investimento, ou de perturbações nos investimentos, sem dar suficiente importância aos ‘defeitos de equipamento’ e aos distúrbios do próprio equipamento (Soulé, 1974, p.418).

A ressalva de Soulé pode ser entendida a partir da sua prática com bebês psicóticos, cujas manifestações precoces se revelam “impressionantes para uma mãe normal, perturbando-a profundamente” (Soulé, 1974, p.418). Por essa razão, Soulé admitiu que os comportamentos estranhos das mães, e determinados distúrbios de relacionamento com os filhos, são considerados de forma exagerada como causas patogênicas da psicose da criança. Em suas palavras:

(...) com muita frequência, isso constitui para a mãe uma forma de ‘tolerar’, com o mínimo de desorganização pessoal, o profundo distúrbio suscitado pela relação psicótica estabelecida muito precocemente pela criança. Também deve ser assim no caso de certos distúrbios funcionais do bebê, em que as ‘faltas’ da mãe constituem apenas uma consequência de uma relação criada, e depois organizada patologicamente, pelo recém-nascido (*ibid.*).

Para Soulé (1974), os distúrbios precoces, que ocorrem quando a maior parte dos mecanismos mentais ainda não está constituída, fornecem importantes informações sobre as alterações nas comunicações que se fazem no seio da díade mãe-bebê. Esses distúrbios, segundo o autor, devem ser considerados como *disgenéticos* (Soulé, 1974, p.416), na medida em que perturbam a evolução da estruturação e da economia do bebê.

O bebê com *eczema* pesquisado por Spitz (1958) foi abordado por Fain (1974), utilizando como referência teórica o estudo de Marty (1958) sobre as relações objetais alérgicas, no qual foi assinalado que o mecanismo de defesa utilizado pelo alérgico, frente a ameaça da perda do objeto, é a permanência no estado de fusão com o objeto que proporcionou experiências prazerosas anteriormente. A *ausência de angústia do oitavo mês*, como descrito por Spitz no bebê eczematoso, foi compreendida por Fain (1974) como decorrência desse estado de fusão, ocasionando uma fixação no sistema do *primeiro organizador*, o sorriso frente à face humana mas sem seletividade da pessoa, e que é o indício da realização alucinatória do desejo por condensação da representação visual com as experiências anteriores de satisfação interna corporal. Como a existência de uma relação gratificante anterior com a mãe, registrada nos traços mnêmicos, é condição para que o bebê sinta frustração com sua ausência, Fain entendeu que as falhas no investimento libidinal materno mantêm o bebê no estágio do primeiro organizador, a resposta do sorriso, como defesa frente à frustração já presente.

Ao também abordar o papel da mãe na produção dos transtornos psicossomáticos do bebê, Kreisler (1974) questionou o modelo explicativo dos distúrbios funcionais como apresentado por Spitz (1958), que associou certos adoecimentos da criança a uma característica do comportamento materno, observando que:

(...) há uma certa tendência exagerada para querer atribuir a determinada síndrome da criança um tipo específico de

personalidade de mãe, ou um ‘perfil psicológico da mãe’, como superprotetora, ansiosa, etc. Pelo contrário, por trás de diversas personalidades, é possível ver perfilar-se um tipo de conflito (Kreiser, 1974, p.60).

A nosso ver, mesmo sem alcançar um consenso de idéias, e talvez exatamente por isso, o livro *A criança e seu corpo* deve ser entendido como uma experiência bem sucedida de introduzir o tema da psicossomática da infância no campo de discussões psicanalíticas. De sua publicação, em 1974, até os dias atuais, muitos trabalhos vêm sendo desenvolvidos, e outros autores têm colaborado para que o interesse sobre esse estudo ganhe um espaço cada vez maior.

Dos autores originalmente envolvidos em sua redação, o nome de Kreiser se destaca pela dedicação à pesquisa e pela produção teórica continuada. Em 1978, Marty lhe solicitou a criação de uma unidade de pediatria psicossomática no hospital Poterne-des-Peupliers, que mais tarde se tornou o departamento infantil Léon Kreiser do Instituto de Psicossomática de Paris. Dando prosseguimento aos seus estudos, Kreiser buscou aproximar sua prática pediátrica às hipóteses psicogenéticas, para poder descrever uma clínica psicossomática da infância que fosse acessível ao pediatra e, ao mesmo tempo, reconhecida em sua especificidade pela psiquiatria e pela psicanálise. Por ter sido considerado por Marty (1991) como um tradutor fiel de suas idéias para o terreno da infância, consideramos importante destacar suas contribuições.

Além de inúmeros artigos para revistas especializadas, e da participação com capítulos em livros de pediatria e psiquiatria infantil, Kreiser publicou, em 1981, o livro *L'enfant du désordre psychosomatique*, e em 1992, *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, obras através das quais apresenta um aprofundamento dos conhecimentos mais atuais sobre o tema, vistos não mais pelo olhar de um pediatra apenas, mas de um autêntico psicossomático.

2.3.1. Léon Kreisler e a interação precoce de risco psicossomático

Os diversos funcionamentos com risco psicossomático do bebê, assim como seu ambiente interativo, foram objeto de reflexão por Kreisler. Quando foi publicado o primeiro número da *Revue Française de Psychosomatique*, em 1991, Kreisler participou com um artigo onde abordou as influências interativas primárias sobre as capacidades receptivas e reativas do bebê, e a produção de respostas somáticas, esclarecendo que o conhecimento atual da economia psicossomática da criança provém de duas fontes convergentes:

De uma parte, da patologia psicossomática do adulto, numa perspectiva regressiva; de outra parte, da observação direta do bebê com adoecimento psicossomático, porque é necessário que a reconstituição do passado, proveniente da análise do paciente adulto seja ajustada ao presente do bebê tal como ele se oferece à nossa observação, na sua realidade corporal e mental, apreendida no ponto preciso do estado evolutivo que atravessa, na gênese de sua construção psicossomática. A atenção se concentra sobre a observação detalhada dos distúrbios, nas fases cada vez mais arcaicas do desenvolvimento. Este caminho pode contribuir para o conhecimento, ainda insuficientemente preciso, do desenvolvimento psicossomático, e para uma adaptação da teoria aos dados da observação, por meio de um movimento constante de idas e vindas da prática à teoria (Kreisler, 1991, p.169).

O interesse de Kreisler por esse campo recebeu um reforço importante ainda em 1980, quando da realização do Primeiro Congresso Mundial da Psiquiatria do Lactente⁶⁷, promovido e organizado pelos psiquiatras da infância americanos, e ocorrido em Portugal. Nesse congresso, que foi dedicado à memória de René Spitz, por ter sido o primeiro a introduzir a observação direta dos bebês no campo da psicanálise, Kreisler participou de debates sobre a psicopatologia precoce, do nascimento até o terceiro ano, nos quais os estudos sobre as relações iniciais mãe-bebê ganharam destaque, assim como a metodologia de pesquisa e as bases teóricas utilizadas pelos autores, permitindo a conclusão de que “certas perturbações podem se produzir desde o nascimento, às vezes de um modo tão ameaçador quanto para o adulto” (Kreisler, 1992, p.339).

⁶⁷ *First World Congress on Infant Psychiatry*, Cascais (Portugal), 1980

Ao partir das pesquisas sobre a interação precoce (Brazelton, 1973; Mahler, 1975), portanto, Kreisler (1992) pôde concluir que as potencialidades de que o bebê é dotado, desde o início da vida, para sustentar a relação com a mãe, podem ser consideradas como *pré-formas* (1992, p.340) do investimento afetivo da mãe pelo bebê. A noção de *pré-formas* aqui anunciada por Kreisler, e concebida a partir da observação do bebê em interação com a mãe, vai receber cada vez mais importância em seu trabalho. A possibilidade de identificar características próprias ao bebê, de caráter prévio ao contato com a mãe, ou sejam, inatas, favoreceu o tratamento que Kreisler deu às hipóteses de Marty (1958) a cerca da origem pré-natal da estrutura psíquica do indivíduo alérgico.

De acordo com o enfoque de Kreisler (1991), existem estruturas de personalidade, embora ainda em formação durante a infância, cuja modalidade de funcionamento psíquico frágil predispõe a criança a somatizações, o que o levou a desenvolver a noção de *estruturas vulneráveis a somatização*, ou *estruturas de risco psicossomático* (Kreisler, 1991, p.170) que, na criança asmática, foi nomeada como *pré-formas da estrutura alérgica essencial* (*ibid.*).

Assim, inspirado no conceito martyano sobre as estruturas de risco somático inscritas no *mosaico primeiro*, que vão, na dependência da interação com a mãe, determinar uma modalidade de funcionamento mental operatório no paciente adulto, Kreisler (1991) buscou conhecer as manifestações dessas estruturas em idades precoces. Ao levar em consideração que o bebê está numa fase onde é difícil identificar os funcionamentos mentais patológicos, Kreisler propôs o estudo, por meio da observação direta, dos acontecimentos capazes de abalar a relação mãe-bebê, e que permitisse o reconhecimento das *interações vulneráveis* e das *rupturas interativas patogênicas* (Kreisler, 1991, p.173).

Para resolver a dificuldade decorrente da pura observação do bebê na interação com a mãe, que considerava não informar sobre a relação entre os fenômenos observáveis e os fenômenos psíquicos determinantes dos comportamentos, Kreisler estabeleceu, em estudo conjunto com Cramer (1981), a noção de *interação fantasística* (Kreisler, 1981, p.223) para designar as dimensões inconscientes e pré-conscientes que estão em jogo no momento da observação. Por *interação fantasística* Kreisler e Cramer entenderam as fantasias

que a mãe projeta sobre o corpo do bebê, e a levam a investir libidinalmente esse corpo. São fantasias sobre o bebê na sua presença atual, os projetos que nutre por ele, e que emergem no discurso materno. O fato da criança pequena não se expressar pela linguagem também foi considerado por Kreisler, que entendeu poder compensar essa limitação por meio da observação de seus funcionamentos diversos, como o sono, as vocalizações, a alimentação, etc. Assim, concluiu o autor, o estudo do que acontece entre a mãe e o filho, durante a interação, permite conhecer o ambiente psíquico em que a criança é criada.

As competências do recém-nascido, como descritas por Cramer (1987) e Brazelton (1987), foram focalizadas por Kreisler (1991), que concluiu serem estas capacidades apenas parciais, e contidas dentro de certos limites de acordo com a evolução. Por essa razão, enfatizou a função materna de captar, interpretar e suscitar os comportamentos de competência do bebê, assim como os responder de maneira a assegurar a ligação entre os comportamentos, os afetos e os funcionamentos somáticos. Segundo Kreisler, a função materna de pára-excitação é uma peça fundamental da interação, de modo que:

(...) se as grandes funções orgânicas não são enraizadas no investimento objetal, se não são cercadas por uma gerência materna, mas, ao contrário, são privadas de apoio, elas ficam ameaçadas de cair no circuito repetitivo de alto risco do automatismo (Kreisler, 1991, p.178).

Tomando como eixo a qualidade do investimento materno, Kreisler (1991) considerou possível uma avaliação dos fenômenos patogênicos a partir de uma abordagem quantitativa, e estabeleceu uma separação das influências etiológicas em orientações opostas: de uma parte o excesso de excitação e, de outra parte, sua insuficiência ou carência, sendo ambas as condições prejudiciais na medida em que ameaçam o equilíbrio da interação. Com essa abordagem, Kreisler se mantém coerente com o modelo econômico martyano, e aponta para os distúrbios do papel materno de proteção ao psiquismo do bebê, que ainda não adquiriu um funcionamento protetor autônomo.

De acordo com Kreisler, o excesso de excitação é uma das condições interativas que podem oferecer risco psicossomático para o bebê, e sua ocorrência se dá em função das excitações provenientes da mãe que, pelo seu caráter de excesso, favorecem a descarga imediata no soma. Entre as patologias infantis associadas à sobrecarga de excitação estão a cólica dos três meses, os distúrbios

do sono e o espasmo da glote, que são transtornos de natureza funcional e podem se manifestar já nas primeiras semanas de vida. Quando esse excesso afeta um funcionamento específico, ocorre o que Kreisler conceituou como *distorção* (Kreisler, 1991, p.175) da interação, como a solicitação excessiva da zona oral e certos tipos de anorexia no bebê. No outro extremo, a insuficiência ou carência de investimento podem acarretar transtornos lesionais de variados tipos, ou transtornos funcionais intensos mantidos em círculo repetitivo de alto risco, como a insônia, a anorexia grave, o vômito psicogênico e o merecismo.

A nosso ver, o trabalho de Kreisler trouxe uma inegável contribuição ao campo da psicossomática da infância, principalmente por sua divulgação no meio médico. Por outro lado, no exercício de aplicar o modelo teórico de Marty (1980) à clínica pediátrica, com o objetivo de descrever uma “semiologia psicossomática da criança” (Kreisler, 1992, p.28), estabeleceu conceitos e propôs explicações, ainda que usando a terminologia psicanalítica, compatíveis com uma abordagem da medicina. Nesse sentido, no lugar de uma compreensão psicodinâmica, criou classificações e uma nomenclatura própria, que utilizou para estabelecer relações entre os sintomas manifestados pelo bebê e uma etiologia específica, numa perspectiva nosográfica.

2.3.2. Rosine Debray

Entre os psicanalistas do Instituto de Psicossomática de Paris cujo interesse atual se volta para a psicossomática da infância o nome de Debray deve ser destacado. Os trabalhos de Debray (1983; 1988; 1991) nos revelam uma identificação com a abordagem dos fenômenos psicossomáticos como apresentada por Marty (1980), mas também sua contribuição pessoal elaborada por meio do atendimento de mães e bebês na Unidade de Crianças do Hospital Poterne-des-Peupliers.

A partir de sua prática, Debray propõe uma abordagem mais ampla para o entendimento dos distúrbios psicossomáticos precoces, incluindo em suas reflexões a repercussão do adoecimento do bebê no ambiente familiar, e como as respostas do meio vão interferir na cronificação da patologia. A autora entende que o surgimento de certos sintomas precoces, que parecem influenciar

relativamente pouco o desenvolvimento geral do bebê, podem pesar muito sobre o equilíbrio da família, ocasionando, com frequência, um estado de esgotamento, seguido de irritabilidade e mal-estar, tanto na mãe quanto no pai. Nas palavras de Debray:

O caráter indomável de certos bebês, que parecem por vezes reduzir seu meio à sua mercê, é um aspecto que me impressiona sempre. Penso, claro, que o bebê não deve fazer a lei, mas sou obrigada a reconhecer que, em certos casos, ele não pode de modo algum agir diferente. Face a uma mãe invadida pela ansiedade, sobrecarregada por um estado de real esgotamento físico, o bebê não pode senão intensificar seus protestos, exacerbando, assim, sua sintomatologia psicossomática, o que contribui, circularmente, para aumentar a desorganização materna (Debray, 1987, p.12).

A noção de estrutura constitucional proposta por Marty (1980) é valorizada por Debray (1987), que entende o ‘mosaico primeiro’ do recém-nascido como uma “rocha biológica” (*ibid.*, p.11), já que remete ao aspecto de certa forma irremovível da organização psicossomática de um indivíduo. Mas a autora, a partir de sua prática de terapia conjunta mãe-bebê e pai-mãe-bebê, se afasta do radicalismo de Marty, e reconhece que no jogo entre os dados constitucionais do bebê e as características maternas, e paternas, do momento, algo pode ser “negociável”, e os pais aprendem a tolerar, produzindo um abrandamento na rocha, ou sua integração. Como consequência, afirma que “nenhum destino somático é inelutável” (*ibid.*), já que a sintomatologia somática do bebê, mesmo grave e reincidente pode se revelar lábil, e passível de reversão.

Ao afirmar que não rejeita a noção de terreno alérgico, ou de fixações hereditárias, como estabelecido por Marty (1981), Debray (1987) introduz um diferencial ao modelo martyano ao afirmar que:

É no jogo interdependente entre o que se deve a eventuais fixações hereditárias, e o que se deve aos investimentos inconscientes dos pais quanto aos distúrbios, que se instaurará ou não, de uma maneira transitória ou mais durável, esta ou aquela sintomatologia somática que afetará o bebê (Debray, 1987, p.107).

O desenvolvimento psicossomático do bebê, segundo Debray (1991), se faz, a princípio, apoiado na organização psicossomática da mãe, já que são as

características do pré-consciente materno que realizam a filtragem das excitações, em excesso ou insuficientes, vindas do mundo externo e interno tanto do bebê como da mãe. Assim, as condições da chegada do bebê, o momento ou as circunstâncias do parto, por exemplo, podem reativar uma problemática inconsciente materna, e interferir na disponibilidade para investir afetivamente no seu bebê, e as falhas na pára-excitação do início podem ser suficientes para desencadear a expressão sintomática que, num segundo momento, pode agravar as angústias maternas, induzindo a uma verdadeira *engrenagem destrutiva*⁶⁸ (Debray, 1991, p.45).

Ao entender que não é possível estabelecer uma relação explicativa direta entre o distúrbio materno e a expressão somática da criança, Debray (1991) chama a atenção para a grande variabilidade na capacidade dos bebês se organizarem, ou se desorganizarem, e a extrema complexidade de fatores envolvidos, que incluem a economia psicossomática dos pais, de forma que se torna arriscado procurar distinguir o que é constitutivo do bebê do que se instaura desde a origem, nas inter-relações com a mãe e o pai. Ao mesmo tempo, a autora não nega a interferência nociva de uma mãe ambivalente, e o aspecto imprevisível, muitas vezes caótico, da relação que estabelece com seu bebê. A mãe que alterna tolerância e ternura com comportamentos bruscamente violentos e agressivos, com certeza envia mensagens contraditórias que uma criança pequena não tem capacidade de entender, e a induzem à desorganização e à angústia. Da mesma forma, um casal parental que superinvista seu bebê, o mantém em um nível elevado de excitação desorganizada favorável à expressão somática que, por outro lado, pode estar a serviço de manter em suspenso um estado depressivo dos pais, passível de eclodir se não estivessem tão ocupados com os sintomas da criança. Nesse caso, o distúrbio somático teria por finalidade regular a própria economia psicossomática da mãe e do pai.

⁶⁸ No original: *engrenage destructeur*.

2.4. A psicossomática dos distúrbios alérgicos respiratórios do bebê.

O assunto de que trata nosso estudo faz referência a um transtorno no funcionamento orgânico, o que nos leva à necessidade de situar seu conhecimento atual no âmbito da medicina. Do ponto de vista médico, a alergia é uma alteração da capacidade do organismo reagir a determinadas substâncias, normalmente inofensivas para outras pessoas, e aparece geralmente em crises (Carvalho & Rios, 2001). As substâncias que causam alergia são chamadas de alérgenos ou substâncias alergizantes, e, segundo Fortes (1998), os principais alérgenos ambientais em nosso meio são constituídos dos componentes da poeira domiciliar, onde se incluem os ácaros, restos de insetos (como partículas fecais e saliva de baratas), epitélios e resíduos de animais (especialmente cães e gatos), bolores e mofo, com pouca participação de alérgenos como os polens (importantes em estados do Sul do País). Além dessas substâncias, o frio, o calor, a umidade e as mudanças bruscas de temperatura podem desencadear ou agravar as manifestações alérgicas.

A alergia é transmitida pelos genes, por isso é herdada. Nosso sistema imunológico é responsável pela defesa do organismo, produzindo anticorpos para combater os agentes estranhos e agressores, estes últimos denominados, cientificamente, como antígenos. O encontro do antígeno (alérgeno, substância agressora) com o anticorpo provoca uma reação, considerada normal em qualquer pessoa já que sua finalidade é a defesa. Nas pessoas alérgicas, no entanto, ocorre a produção de uma grande quantidade de anticorpos, e, conseqüentemente, uma reação exagerada (Fortes, 1998).

Segundo Carvalho & Rios (2001), trabalhos estatísticos mundiais demonstram que, quando ambos os pais são alérgicos, cerca de 50% dos filhos sofrem de alergia; quando apenas um é alérgico, a porcentagem cai para aproximadamente 30%; quando nem o pai nem a mãe têm alergia, mas há outros ascendentes na família que são alérgicos, o percentual de probabilidade de algum filho ser alérgico fica entre 10% e 20%. Assim, os filhos de pais alérgicos têm mais probabilidade de serem alérgicos, mas não obrigatoriedade, e também não se herda o tipo de alergia, mas uma tendência a tornar-se alérgico, de forma que a mãe, ou o pai, pode ter asma, e o filho rinite. Na década de 20 foi criado o termo *atopia* para englobar todos os indivíduos com forte carga hereditária de alergia.

As doenças alérgicas comprometem 20% da população no Brasil, atingindo milhões de pessoas, e são classificadas conforme o agente causador ou a via de penetração (Fortes, 1998). Entre as manifestações alérgicas do aparelho respiratório, que constituem, em média, 80% de todas as doenças de natureza alérgica, estão: a asma, a rinite, a sinusite e as tosse alérgicas. A grande maioria de todas as doenças do aparelho respiratório de natureza alérgica são causadas por substâncias inaladas, porém alimentos, medicamentos, infecções e “até fatores emocionais” (Fortes, 1998, p.15) podem desencadear ou agravar as doenças alérgicas do aparelho respiratório.

A asma brônquica, bronquite asmática ou simplesmente asma, é uma forma de doença do aparelho respiratório. De acordo com Emerson & Mello (2001), é a doença crônica, portanto de longa duração, mais comum da infância, aparecendo com frequência antes dos cinco anos de idade. Afeta os brônquios, provocando crises que vão desde uma simples tosse até sintomas graves como falta de ar, chiados no peito, e pode levar a criança ao hospital e até matar. Na asma, o sistema imunológico encontra-se geneticamente alterado, de modo que a alergia é uma das principais causas das crises asmáticas. Como uma doença multifatorial, ou seja, decorrente da participação conjunta de fatores diversos que variam para cada pessoa, e até numa mesma criança em diferentes momentos, a asma é descrita como:

Uma doença crônica das vias respiratórias, que se manifesta por crises de falta de ar, chiado, cansaço e tosse. O aparecimento da doença resulta no somatório entre a herança genética (condição familiar herdada) e a influência do meio externo, ou seja, os pulmões “asmáticos” são sensíveis a fatores que são inalados, como poeira e ácaros, fungos, germes, etc., que agredem a árvore brônquica e provocam sintomas (Emerson & Mello, 2001, p.10).

Entre as possíveis medidas para prevenção da crise asmática no bebê, o leite materno é considerado uma proteção natural, de forma que “mamar é como receber um transplante de anticorpos a cada dia” (Emerson & Mello, 2001, p.50).

Segundo Carvalho & Rios (2001), a rinite alérgica é definida como uma inflamação do revestimento interno do nariz (mucosa nasal) e, tanto quanto a asma, é uma manifestação de alergia respiratória. A rinite compromete as vias aéreas superiores, e a asma as vias inferiores. Entretanto, os alérgenos causadores

das duas manifestações são os mesmos, como também são idênticos os fatores que facilitam ou pioram as crises. Em nosso meio, os inalantes domiciliares são apontados como a causa principal de rinites e, portanto, de asma.

Comumente confundidos com resfriado e gripe, que ocorrem ocasionalmente, os sintomas da rinite alérgica são permanentes, e podem trazer outros transtornos para a criança, como a ‘respiração oral’, ou respiração com a boca aberta, provocando diminuição do apetite, sono agitado, desatenção e dificuldade no aprendizado escolar, podendo provocar alterações dentárias e do tórax. Esses sintomas apresentam uma nítida piora nos meses frios e nas mudanças de tempo, e a sinusite alérgica é uma complicação costumeira da rinite. De acordo com Carvalho & Rios (2001), a rinite alérgica não provoca desconforto apenas pelos sintomas nasais, mas também acarreta um forte impacto sobre a qualidade de vida. Assim,

(...) se a rinite não é uma doença grave, comparada, por exemplo, com a asma, pode tornar-se uma doença muito incômoda, prejudicando a criança nas aulas, no descanso e até no convívio social (Carvalho & Rios, 2001, p.23).

A nosso ver, se do ponto de vista da medicina os distúrbios respiratórios alérgicos já estão bem esclarecidos, o mesmo não se pode dizer das condições psíquicas que participam da produção de suas crises. Para Carvalho & Rios (2001), nos quadros asmáticos, normalmente, os fatores psíquicos só têm influência desencadeante ou agravante, podendo ser considerados como importantes agentes em alguns casos, e com pouca ou nenhuma interferência em outros. Por outro lado, esses autores, enquanto médicos, questionam se o fator emocional sozinho, sem outras alterações orgânicas, pode desencadear a asma, já que, caso tal hipótese fosse considerada, seria possível “falar em asma nervosa, mas a realidade clínica demonstra que isto não é comum” (Carvalho & Rios, 2001, p.49).

Quando levamos esta questão para o campo da psicossomática psicanalítica, encontramos pontos de contato entre os autores, mas também divergências, dependendo do posicionamento teórico privilegiado por cada um. Alguns estudiosos da psicossomática da infância (Kreisler, 1991; Debray, 1988; Szwec, 1993), adotaram, integralmente ou parcialmente, o modelo teórico de

Marty (1980), no qual foi estabelecido que, conjugada a uma tendência geneticamente determinada, existe uma predisposição inata para uma organização psíquica frágil no sujeito alérgico, que o mantém vulnerável à expressão somática.

Para Kreisler (1992), a diversidade de correntes de pensamento que estudam a asma alérgica na infância, entre elas a representada pelos pediatras, pelos alergologistas, pelos psiquiatras e pelos psicanalistas, tem ocasionado diferentes modos de abordar o transtorno. Segundo o autor, entre os pesquisadores da psicossomática psicanalítica o que se focaliza não é a patologia orgânica, mas a participação do psiquismo na eclosão da crise asmática.

Em sua prática hospitalar, Kreisler observou um modo de comportamento característico da criança asmática, inclusive do bebê, que expressa a ausência de angústia no decorrer das crises, contrastando com as reações dos familiares que vivem a crise como uma ameaça de asfixia. Nas palavras do autor:

É fácil constatar a notável conservação do estado geral e do humor do bebê, que mesmo incomodado por uma dispnéia importante, continua ativo, e até brinca sob a tenda de oxigênio. Esse fenômeno é tão flagrante, que tem sido utilizado como pista para o diagnóstico de asma, em oposição às outras afecções dispneizantes agudas dessa idade (Kreisler, 1974, p.284).

Como pediatra e psicossomático, Kreisler teve contato com um número expressivo de crianças e bebês apresentando asma alérgica, e essa experiência o levou a concluir pela “grande diversidade da personalidade da criança asmática” (1992, p. 325), contrariando a descrição de um perfil específico como defendido pelos pesquisadores da Escola de Chicago. Ao enfatizar que a crise respiratória não pode ser submetida a explicações simbólicas, aplicáveis à histeria de conversão de acordo com o modelo da neurose, Kreisler (1992) se mantém em consonância com o modelo proposto por Marty (1980), discordando dos autores (Alexander, 1950; Dunbar, 1952) que a entenderam como o equivalente simbólico de um grito congelado pela mãe e do choro reprimido.

Dando prosseguimento à pesquisa, no campo da infância, da concepção martyana, Kreisler (1992) identifica, entre os fatores que predispõem à organização psicossomática no bebê asmático, um fator orgânico, inscrito nos genes, responsável pela existência de uma *hiper-reatividade brônquica* que, ao se associar com a *hipersensibilidade emocional e afetiva inata* (Kreisler, 1992,

p.325), produzem um quadro clínico onde os dados biológicos e psíquicos se influenciam mutuamente. A coincidência desses fatores, no bebê com asma alérgica, favorece a constituição do que Kreisler nomeou como *núcleo psicossomático primário da doença asmática* (*ibid.*, p.403), à semelhança do conceito de *estrutura alérgica essencial* de Marty (1958), que se expressaria sob a influência de certas circunstâncias relacionais. Assim, no bebê asmático, seria sua fragilidade emocional que não o permitiria utilizar defesas mais apropriadas na presença de algum trauma, propiciando o desencadeamento do sintoma. De acordo com Kreisler:

Sob o termo *núcleo psicossomático originário*, designo as características fisio e psicopatológicas inscritas tanto no organismo como no psiquismo sob a influência interativa das primeiras relações, sem omitir as predisposições biológicas e psicológicas próprias à criança (Kreisler, 1992, p.403).

As circunstâncias relacionais comuns aos bebês com asma alérgica são descritas por Kreisler (1992), que as aborda a partir de dois prismas: por parte da mãe, por um lado, e por parte do bebê, por outro. Por parte da mãe, o autor destaca duas condições entre as mais frequentes, sendo a primeira o comportamento materno de superproteção, que favorece a instauração de uma relação simbiótica e bloqueia o impulso da separação-individuação da criança. A asma alérgica, afirma o autor, é “uma doença do crescimento afetivo em que se perpetuam os mecanismos de vínculos arcaicos” (Kreisler, 1992, p.328). A segunda condição diz respeito à introdução prematura, na relação, de um terceiro personagem, representado pela babá da creche, que, ao produzir a “retenção do bebê numa posição prematuramente triangular” (*ibid.*), o impediria de alcançar o segundo ponto organizador, a *angústia frente ao estranho*, como descrito por Spitz (1958).

Por parte do bebê, Kreisler (1992) identifica a necessidade de fusão com o objeto, como descrito por Marty (1958) ao descrever as características da *relação objetual alérgica*, que ao interferir negativamente no processo de separação-individuação funcionaria a favor da manutenção da dependência, ao mesmo tempo em que:

(...) provocando a persistência de um foco psicoafetivo primitivo, cristalizado em um núcleo essencial da personalidade psicológica, paralela à constituição da personalidade imunológica (Kreisler, 1992, p.334).

Consideramos necessário destacar, no estudo de Kreisler, a preocupação de identificar, precocemente, as *estruturas psíquicas de risco somático* como foi proposto por Marty em seus primeiros trabalhos, realizados com pacientes adultos, fornecendo-lhes uma confirmação. Essa noção de estrutura constitucional martyana também é admitida por Debray (1987), que reconhece o peso de eventuais fixações inatas na produção de transtornos alérgicos, mas valoriza, em igual medida, a participação do investimento materno na sua manutenção ou possibilidade de remissão.

Para Debray, todas as afecções somáticas reincidentes no bebê, como a asma e a rinite alérgicas, podem ser compreendidas como estando sob o efeito de um bloqueio, que pode ser resolvido pela psicoterapia conjunta mãe-bebê, e, assim,

(...) modificações espontâneas na economia psicossomática da criança pequena, devidas principalmente à maturação, bem como modificações na economia psicossomática da mãe em função de mudanças em seu modo de vida, por exemplo, ou em função de bruscas tomadas de consciência, podem ser responsáveis por evoluções favoráveis (Debray, 1987, p.119).

Ao analisar os distúrbios alérgicos respiratórios, Debray (1987) admite como comum o fato de bebês, mesmo depois de terem apresentado bronquites asmáticas eventualmente repetidas, nunca apresentarem uma verdadeira crise de asma, o que a leva a reforçar seu ponto de vista no sentido de amenizar a noção martyana de terreno alérgico hereditário, e enfatizar a qualidade da organização psicossomática da mãe na manifestação somática do bebê. Especialmente no início da vida, os estados afetivos maternos vão se constituir no diferencial, a partir do qual pode ocorrer a organização psicossomática da criança, ou, na adversidade, o estabelecimento de um “divórcio somato-psíquico”⁶⁹ (Debray, 1991, p.51) e do adoecimento.

Em perspectiva oposta, a abordagem de Fain (1971) desconsidera a existência de tendências estruturais inatas, e aponta para as falhas da mãe na adequação dos investimentos dirigidos ao bebê, mantendo-o em um nível de tensão elevada cuja descarga é realizada através da crise respiratória. Mesmo não tendo se dedicado à pesquisa da psicossomática na infância, Fain estudou as

⁶⁹ No original: divorce somato-psychique.

relações iniciais mãe-bebê, onde enfatizou o significado do investimento libidinal materno na constituição psíquica da criança, e seu trabalho influenciou a perspectiva adotada por outros autores. A partir de suas reflexões sobre a abordagem de Marty (1958) para as alergias, Fain (1971) entendeu que a mãe do bebê alérgico, pela superproteção, o mantém em um estado de tensão elevada cuja descarga é realizada através da crise respiratória. De acordo com Fain:

(...) essas mães conservam no inconsciente uma tendência a querer reconduzir o bebê ao estado fetal, em seu ventre. (...) fazer regredir a pára-excitação ao nível que existia durante a gravidez⁷⁰ (Fain, 1971, p.324).

Ao tomar como referência o trabalho de Spitz (1958) sobre a ausência da *angústia do oitavo mês* no bebê alérgico, Fain (1974) entendeu que são as falhas maternas no investimento libidinal que bloqueiam a evolução libidinal do bebê, e o mantém no estágio do *primeiro organizador*.

Também psicanalista ligado ao Instituto de Psicossomática de Paris, Szwec se dedica ao atendimento de bebês, desde os 4 meses, e crianças com transtornos psicossomáticos na Unidade de Crianças Léon Kreisler do Hospital Poterne-des-Peupliers, onde os distúrbios alérgicos representam uma parte importante dos motivos de consulta, e é autor do livro *La psychosomatique de l'enfant asthmatique*, 1993. Do ponto de vista teórico, consideramos que sua abordagem se situa próxima a de Kreisler, e conseqüentemente de Marty, a quem dá continuidade no estudo dos movimentos psíquicos regressivos frente a situações traumáticas, mas também faz referência a Fain e seu estudo do papel materno na produção do distúrbio psicossomático da criança.

Em seu estudo sobre a asma na infância, Szwec (1993) leva em consideração os fatores de natureza orgânica, como a obstrução brônquica de surgimento súbito e os fatores alérgenos desencadeantes que caracterizam a patologia, e reconhece que o tratamento médico é indispensável quando o diagnóstico clínico está estabelecido. Ao mesmo tempo, apresenta uma compreensão psicodinâmica para o distúrbio, assinalando que as características psíquicas alérgicas, como descritas por Marty (1958), podem ser encontradas em

⁷⁰ No original: (...) ces mères conservaient dans leur inconscient une tendance à vouloir ramener l'enfant à l'état foetal, dans leur ventre. (...) faire régresser ce pare-excitations au niveau de celui qui existait pendant la grossesse.

pacientes que não apresentam o diagnóstico clínico de asmático, embora, em certos casos, seja possível reconhecer uma potencialidade alérgica sem manifestação clínica.

Seguindo o modelo teórico martyano, Szwec (1993) entende que, como as demais doenças que se manifestam através de crises, a asma na infância constitui uma regressão somática que foi precedida, ou acompanhada, de uma regressão psíquica, e esse movimento aparece em seguida a uma excitação no nível psicoafetivo que teve um papel traumático. De acordo com Szwec, a asma vai constituir, a partir de uma idade variável,

a afecção somática que aparece habitualmente como resposta às situações de excesso de excitação acumuladas, e que não foram descarregadas pela via mental. A hiper-atividade brônquica equivale, assim, a uma 'fixação' no soma, fixação que serve de 'patamar de sustentação' para um movimento regressivo que incluiu um nível somático (Szwec, 1993, p.16.).

A partir de sua prática, Szwec (1993) constata que a personalidade alérgica, descrita por Marty (1958), pode ser encontrada em todas as idades, e às vezes existe continuidade na presença da asma desde a infância até a idade adulta. Por outro lado, certo número de crianças asmáticas não serão, obrigatoriamente, adultos apresentando crises de asma, assim como certos adultos asmáticos não manifestaram o transtorno quando eram crianças. Szwec conclui, então, que os traços da personalidade alérgica estabelecidos por Marty (1958) nem sempre coincidem com a doença somática, podendo surgir em indivíduos indenes no plano somático, como também podem ocupar um lugar não essencial na organização global, ficando mascarados, ou estarem ausentes.

Em relação à asma de surgimento precoce, Szwec (1993) acompanha o pensamento de Fain (1974), e também destaca a *ausência de angústia diante do estranho* como um comportamento comum ao bebê asmático, mas a interpreta de modo diverso. Enquanto Fain assinalava a existência de um desejo materno de fazer o bebê retornar ao útero, Szwec identifica:

(...) o desejo do bebê de retornar ao vivido da díade mãe-bebê, à indistinção dos primeiros tempos, o que corresponde a uma fixação maciça a esse estado pré-objetal (Szwec, 1993, p.25).

Consideramos que Kreisler e Debray, cada um privilegiando o seu ponto de vista, trouxeram contribuições importantes para a compreensão psicodinâmica do bebê portador do distúrbio alérgico respiratório, transtorno que, segundo nossa experiência em instituições de saúde, e de acordo também com as estatísticas divulgadas em publicações científicas, tem se apresentado de forma cada vez mais freqüente e mais precoce, independentemente de diferenças de ordem social ou econômica.

No nosso entendimento, porém, a relação inicial mãe-bebê alérgico, considerada como um ponto crítico a partir do qual vai se dar a organização das tendências hereditárias, segundo a concepção martyana, ou organização estritamente libidinal, como enfatiza Fain, não fica suficientemente esclarecida se não pudermos pensá-la a partir da mediação realizada pela mãe a favor da aquisição da unidade psicossomática pelo bebê.

Essa aquisição, que culmina com o estabelecimento da experiência do eu habitando um corpo, necessita da presença de uma mãe que, antes de cuidar da sexualidade do filho, o proveja com a confiança para o viver. Desta forma, pensamos que o modelo desenvolvido por Winnicott, particularmente a noção de mãe-ambiente por ele elaborada, pode nos dar o instrumental teórico para trabalhar as lacunas, ainda existentes, acerca dessa etapa inicial da vida do bebê alérgico.

2.5. Do pulsional ao relacional: uma mudança possível na abordagem dos distúrbios psicossomáticos na infância

A compreensão dos adoecimentos somáticos em articulação com dificuldades de natureza emocional, tanto no adulto como na criança, vem sendo buscada à luz do conhecimento já estabelecido pela teoria freudiana sobre o funcionamento psicodinâmico do indivíduo. A contribuição dos pesquisadores franceses, como temos abordado até o momento, trouxe um avanço importante acerca do papel desempenhado pelo psiquismo na regulação do equilíbrio psicossomático, e, conseqüentemente, na produção de seus distúrbios. Para tal, estes pesquisadores elegeram, como ferramenta teórica, o modelo econômico da metapsicologia elaborada por Freud, centralizando a atenção na organização pulsional e em suas vicissitudes.

Ao ser levado para o campo da infância, o estudo se concentrou nas relações precoces mãe-bebê, enfatizando a função materna de pára-excitação como condição para a organização psicossomática da criança. Como consequência, as falhas maternas nessa função foram apontadas como responsáveis pelas dificuldades e impedimentos na transformação, pelo aparelho psíquico do bebê, das excitações em representações, situando-se na origem dos distúrbios funcionais deste.

Esta concepção está presente na abordagem de Michel Soulé (1974) que, partindo da concepção de Freud (1915 [1905]) sobre as primeiras manifestações pulsionais do bebê apoiadas nas funções vitais, destacou a função primordial do investimento libidinal materno no favorecimento da passagem, na criança, do corpo biológico para o corpo erógeno. De acordo com Soulé:

A mãe deve investir o corpo de seu filho em sua integralidade, quer seja ao nível das zonas erógenas principais ou secundárias, mas também ao nível de seus mecanismos funcionais. Ela deve favorecer os investimentos libidinais da criança nos mecanismos funcionais de sua própria pessoa, induzindo assim o ‘apoio’ descrito por Freud. (...) em virtude da libidinização dos mecanismos funcionais, a mãe deve fazer com que seu bebê ame a vida e opte pela vida (Soulé, 1974, p.420).

Dessa forma, Soulé (1974) chamou a atenção para as relações entre as funções envolvidas na satisfação dos estados de necessidade, como a alimentação, a excreção e a respiração, que envolvem mecanismos fisiológicos, e os prazeres libidinais das zonas erógenas. O autor considerou que as perturbações nos investimentos libidinais maternos podem atingir essas funções, acarretando o surgimento de distúrbios como o merecismo, vômitos, constipação, espasmos do soluço ou asma, entre outros.

A importância do investimento libidinal, pela mãe, também foi apontada por Michel Fain (1974), que identificou nas falhas maternas a razão do surgimento no bebê de uma sobrecarga de excitação de consequências traumáticas, que o levaria a derivar para o corpo o excesso de angústia ocasionando o transtorno psicossomático. De acordo com Fain:

A infiltração pulsional da função não é um luxo, mas uma necessidade vital. É preciso dizer ‘vital’ porque, conforme a patologia psicossomática do bebê testemunha, o instinto de morte não é um conceito puro, mas uma realidade tangível (Fain, 1974, p.88).

Portanto, de acordo com a perspectiva adotada pelos psicanalistas Soulé e Fain, o funcionamento psicossomático do bebê depende, desde o início, da capacidade materna em exercer a função de pára-excitação, e, ao mesmo tempo, em favorecer a erotização do corpo da criança através de seus investimentos libidinais. Assim, dessa relação primeira, e das experiências pulsionais que provocam, é que vai se constituir o psiquismo do bebê em sua unidade psicossomática.

O estudo dos distúrbios psicossomáticos na infância, como já apresentado anteriormente, foi apoiado também na contribuição teórica de Pierre Marty (1976) acerca da existência do “mosaico primeiro”, como um conjunto de possibilidades que todo ser humano traz ao nascer, e onde estão inscritas as tendências hereditárias que vão determinar o modo particular de cada bebê utilizar seu potencial instintivo. Os autores interessados pelas patologias infantis puderam articular a teoria pulsional com este conceito martyano, para explicar a extrema precocidade da sintomatologia psicossomática, cujo surgimento pode se dar mesmo em recém-nascidos.

A nosso ver, se o objeto de investigação focalizado se refere às doenças orgânicas em conexão com os processos psíquicos, utilizando como operador teórico a psicanálise, é possível enriquecer sua compreensão com a produção de outros autores que também se interessaram pela estruturação do psiquismo na sua relação com a constituição somática, tendo, inclusive, contribuído para o próprio saber psicanalítico.

Em nosso estudo, encontramos em D. W. Winnicott um autor que, desde seus primeiros textos, escritos a partir de 1930, já assinalava a existência de conflito emocional na produção de distúrbios somáticos, podendo, dessa forma, ser considerado um pioneiro nesse campo. Embora não estivesse prioritariamente envolvido com as patologias psicossomáticas expressas através de adoecimentos físicos, o autor elaborou um modelo teórico sobre os primórdios do desenvolvimento humano que, ao partir dos processos naturais envolvidos na conquista, pelo bebê, da unidade psique-soma, nos possibilita o entendimento de seus desvios.

No modelo teórico winnicottiano, onde foram focalizadas as etapas mais precoces do desenvolvimento humano, encontramos que, diferentemente da teoria psicanalítica tradicional, a ênfase foi dada ao papel da mãe como principalmente voltado para o atendimento das necessidades básicas do bebê, que se referem ao processo inato de integração e à manutenção do sentimento da continuidade da existência. A compreensão de que o estudo dos primórdios da vida é indissociável do estudo do ambiente materno levou, inclusive, Winnicott a afirmar que “um bebê não pode existir sozinho, sendo essencialmente parte de uma relação” (Winnicott, 1964a, p.99).

Ao enfatizar a condição de dependência absoluta do bebê, nos primeiros meses de vida, de que o ambiente atenda às necessidades que decorrem da sua própria imaturidade, Winnicott assinala que o prioritário é a adaptação da mãe às “necessidades que surgem do ser e do processo de maturação” (1979 [1963], p.167), e não a satisfação pulsional. A necessidade de continuar a ser, portanto, é o mais importante para o bebê nessa época, e dela surgem todas as outras necessidades que, ainda assim, prevalecem sobre qualquer princípio do prazer.

É importante observar, no texto winnicottiano, o modo pessoal de utilização de conceitos e termos consagrados na teoria freudiana, tanto em relação

aos diferentes momentos de sua obra, quanto à perspectiva que adota quando os emprega já que, quando se detém no estudo das etapas iniciais do desenvolvimento, período no qual concentrou seu interesse maior, o autor descreve os acontecimentos do ponto de vista do bebê. Para Winnicott (1988 [1954-1970]), nesse início o recém-nascido é impulsionado pela própria experiência de estar vivo e não pela sexualidade, por isso o autor menciona a existência de tensões ou excitações instintuais que demandam por satisfação, e que vão variar conforme o estágio do amadurecimento, mas que não têm o mesmo sentido que lhe é atribuído pela teoria tradicional. Desta forma, encontramos em seu texto que “ao reconstruir o desenvolvimento inicial de um bebê, não há porque fazer referência a pulsões” (Winnicott, 1978 [1956a], p.498).

De acordo com Winnicott, o instinto “é o termo pelo qual se denominam poderosas forças biológicas que vêm e voltam na vida do bebê ou da criança, e que exigem ação” (1988 [1954-1970], p.57), não havendo muita diferença entre os diversos tipos de demanda instintiva nem entre os seres humanos e os animais. Ainda segundo o autor, pela imaturidade do início, o bebê não sabe que tipo de ação é a adequada para alcançar a satisfação, nem conhece *a priori* que existem objetos para este fim. Assim, por entender como da maior importância a diferença que estabeleceu entre o que ocorre no princípio do desenvolvimento e as características das fases seguintes, o autor propôs uma inovação em relação ao pensamento psicanalítico predominante à sua época, enfatizando a distinção entre *necessidade* e *desejo*. Na fase de dependência absoluta dos cuidados ambientais, diz Winnicott, a “palavra desejo está fora de lugar, por pertencer a uma sofisticação que não se pode presumir [nesse] estágio de imaturidade” (1994 [1969], p.199).

Em carta à psicanalista norte-americana Lili E. Peller, de 1966, Winnicott esclareceu que chegou à compreensão dessa distinção, no tocante ao estágio inicial da vida, a partir de seu trabalho como pediatra, e que seu pensamento pôde ser confirmado no tratamento de pacientes fronteiriços, o que o levava a lamentar a pouca receptividade de seus colegas psicanalistas da Sociedade. Nas palavras do autor:

(...) Pode parecer estranho que eu faça essa grande distinção entre desejo e necessidade. (...) nos encontros científicos da Sociedade eu ouvia constantemente referências a desejos, e

descobri que isso estava sendo usado como uma defesa que bloqueava o estudo da necessidade. Em várias ocasiões chamei a atenção para o fato de que os oradores estavam se referindo à primeira infância como se o início fosse uma questão de satisfação de pulsão. (...). Em meus textos mais recentes, venho tentando enumerar as angústias de tipo psicótico que agrupo ao redor da palavra necessidade. Elas nada têm a ver com pulsões (Winnicott, 1966 *apud* Rodman, 1987, p.135).

Quanto ao papel da hereditariedade, conforme foi adotada pelos psicossomáticos franceses que se dedicam ao estudo da infância, a partir da concepção do “mosaico primeiro” martyano, encontramos na teoria do desenvolvimento pessoal de Winnicott que a mais importante herança do ser humano se refere à “tendência no sentido do crescimento e do desenvolvimento” (1979 [1960], p.43), que o faz progredir na medida em que haja um ambiente facilitador. A importância desta distinção é fundamental, no nosso entendimento, na medida em que Winnicott (1988 [1954-1970]), por admitir a possibilidade do bebê viver experiências desde o início, discorda dos pesquisadores que, em relação aos bebês que apresentam dificuldades logo após o nascimento, procuram uma explicação em um fator hereditário ou constitucional, e não valorizam as experiências precoces.

Segundo Winnicott, esses pesquisadores, mesmo tendo encontrado evidências de memórias corporais pertencentes ao processo de nascimento, ainda assim “não acreditam que, no momento do nascimento, esteja presente um indivíduo capaz de ter experiências” (1988 [1954-1970], p.170), e, desta forma, ao buscar uma explicação em tendências hereditárias, não estão levando em consideração a pré-história do bebê e a adaptação materna. O autor assinalou que os textos psicanalíticos, baseados no estudo da neurose em adultos, dão a impressão que “a vida do bebê começa com a primeira mamada” (*ibid.*, p.172), de modo que, para poder conhecer as etapas iniciais, utilizou a observação direta de bebês e de pacientes regredidos no transcorrer do tratamento analítico, de onde obteve as informações que mais contribuíram para a elaboração de suas idéias.

Entendemos que, em seu texto, Winnicott não estava se referindo aos pesquisadores do campo psicossomático, mas, sem dúvida, a Melanie Klein e seus seguidores, que não admitiam a possibilidade do bebê viver experiências já no início, experiências estas cuja qualidade está diretamente ligada à existência de

um ambiente facilitador. Consideramos, no entanto, que sua observação, ao revelar um posicionamento teórico original, pode ser utilizada em relação a todos os pesquisadores que focalizam os primórdios da vida, como é o caso dos psicossomáticos a que nos referimos antes.

Sem negar que possam existir alguns fatores hereditários nas primeiras reações do bebê, como uma maior sensibilidade a mudanças térmicas, e mesmo uma variação quanto à “capacidade de iniciar uma vida instintiva em termos de alimentação no seio” (*ibid.*, p.171), podendo um ser mais lento que o outro já que os bebês não são iguais, Winnicott enfatizou que o desenvolvimento não pode ser atribuído primordialmente à ação de tendências herdadas, seja no sentido da integração ou da busca objetal. Segundo o autor, este desenvolvimento, que pode inclusive nunca acontecer “apesar das tendências herdadas perfeitamente boas” (Winnicott, 1989 [1969], p.197), se dá *por causa das experiências que o bebê tem do comportamento adaptativo da mãe*⁷¹ (*ibid.*).

A convicção de Winnicott a respeito da vital importância que têm as provisões ambientais, para que o bebê possa se constituir em uma pessoa, o levou a escrever ao antropólogo J. D. Collison, o qual apontara uma ligação entre a antropologia social e o estudo da dependência na primeira infância, afirmando que:

(...) o senhor pode perceber (...) que acho que a tendência herdada não pode operar sozinha, e que, no bebê e na criança em desenvolvimento, é o ambiente que facilita o crescimento individual. O extremo, oposto seria dizer que ensinamos tudo aos nossos filhos, o que, claro, é evidentemente absurdo. Não podemos nem mesmo ensiná-los a andar, mas sua tendência inata para andar em uma certa idade precisa de nós como figuras de apoio (Winnicott, 1969 *apud* Rodman, 1987, p.162).

Essa mesma convicção o fez expressar uma crítica a Melanie Klein, por considerar que “ela fracassou em certos aspectos importantes quando se precipitou, e passou por cima das realidades da dependência em favor da hereditariedade” (Winnicott, 1965, *apud* Rodman, 1987, p.130). Essa crítica também se estendeu à concepção kleiniana que, ao enfatizar os fatores constitucionais na determinação das intensidades pulsionais, focalizava os

⁷¹ Em itálico, no original.

mecanismos mentais primitivos, e os primeiros conflitos psíquicos do bebê, sem considerar a interferência do fator ambiental. Sobre a questão, o autor afirmou:

A psicanálise iria aprender que muita coisa acontece nos bebês que se acha associada com a necessidade, e separada do desejo e dos representantes (pré-genitais) do id a clamarem por satisfação (Winnicott, 1989 [1969], p.188).

No desenvolvimento humano, afirmou Winnicott (1979 [1962]), existe a tendência inata à integração, mas a unidade psicossomática do indivíduo é uma conquista, que tem como ponto de partida o estado de dependência do bebê da provisão do ambiente materno, evoluindo até o alcance de um relacionamento íntimo entre a psique e o corpo, ou seja, até que a criança possa “habitar o corpo” (Winnicott, 1979 [1962], p.66). Mesmo considerando que o desenvolvimento emocional sadio fornece à criança um sentido para a saúde física, assim como a saúde física lhe provê “um reassseguramento que é de grande valia para o desenvolvimento emocional” (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.43), o autor admitiu que as tensões próprias ao crescimento, assim como as falhas ambientais até um certo grau, podem ser assimiladas pela criança sem maiores danos. Quando, no entanto, estas falhas ocorrem em intensidade e frequência maiores do que o bebê, principalmente nos primeiros meses de vida, pode suportar, o desenvolvimento psicossomático é perturbado, e “qualquer salto ou falha no processo é uma distorção, e um pulo aqui ou um atraso ali deixam uma cicatriz” (*ibid.*, p.47).

Consideramos, assim, que o modelo pulsional, como utilizado pelos psicossomaticistas da infância, não é suficiente porque atrelado à psicanálise clássica, e que o modelo teórico elaborado por Winnicott, ao oferecer uma concepção original para os primórdios da vida, época em que tem início a organização do psique-soma, pode nos ser útil para uma nova maneira de abordar os distúrbios psicossomáticos da infância.

D. W. WINNICOTT E A CONQUISTA DA UNIDADE PSICOSSOMÁTICA

3.1. Introdução

*O bebê é algo que não existe.*⁷² Iniciamos com esta frase, emblemática da obra de Winnicott, com o objetivo de sublinhar que, até mesmo por um modo inusitado de expressão, o autor sempre procurou enfatizar a importância do ambiente materno para a constituição do ser. Assim, ao justificar este comentário com a afirmativa de que “sempre que se encontra um bebê se encontra o cuidado materno, e sem cuidado materno não pode haver um bebê” (1979 [1960], p.40), Winnicott nos revelou uma síntese de sua extensa e original contribuição ao estudo dos primórdios da vida humana.

A menção à linguagem utilizada por Winnicott nos parece importante, de imediato, na medida em que sua capacidade de se comunicar de forma simples, para que fosse entendido também pela variada platéia que dele muito pôde aprender, levou o autor a criar termos e expressões despidos de uma aparência de cientificidade, como “preocupação materna primária”, “mãe suficientemente boa”, “holding”, que se tornaram legendas para traduzir as etapas e experiências cruciais do início da vida, introduzindo conceitos inovadores em relação à teoria psicanalítica tradicional. No seu conjunto, esses conceitos vão constituir uma teoria pessoal para descrever a formação da personalidade do indivíduo, desde os estágios mais precoces, onde a o papel da provisão materna ganha relevo.

Ao mesmo tempo, a simplicidade da linguagem é apenas aparente. Atrás de cada termo, ou expressão, Winnicott apresentou idéias complexas, fruto de sua prática clínica como pediatra e como psicanalista de pacientes adultos psicóticos,

⁷² No original: “there is no such thing as a baby”. Essa frase foi pronunciada por Winnicott, em uma reunião científica da Sociedade Psicanalítica Britânica, por volta de 1940 (Winnicott, 1979 [1960], p.40).

cujas apreensão demanda o conhecimento do panorama psicanalítico de sua época, e uma leitura atenta já que, entre outras, uma característica marcante na obra do autor é a quase ausência de preocupação na sistematização das idéias.

Essa característica foi sinalizada por Khan, no prefácio à obra de Winnicott *Da pediatria à psicanálise* (1978), quando descreveu o estilo espontâneo de ser do autor, cuja presença física conseguia aliar descontração e interesse na medida em que “ouvira com o corpo todo” (Khan, 1978, p.7), e cuja autenticidade só o fazia recuar “ante seus erros e não ante a censura dos outros” (*ibid.*). Tendo entendido que os textos winnicottianos são um reflexo desse modo pessoal de lidar com o meio, Khan concluiu que:

(...) ele escreveu como falava: com simplicidade e com objetivo de relatar. Não de convencer ou doutrinar. Fez do seu modo de expressar-se uma linguagem tão própria do uso comum e da cultura mediana que todos se iludiam acreditando sempre haver entendido o que ele dizia (*ibid.*, p.8)

Este traço do texto winnicottiano foi focalizado por Ogden (2002), que identifica na escrita de Winnicott uma personalidade aliada a “uma certa reserva britânica” (Ogden, 2002, p.739), de modo que o estilo do autor, sem se afastar do respeito merecido pelo tema, assume um tom de casualidade. De acordo com Ogden:

Na maioria das vezes, Winnicott não usa a linguagem para chegar a conclusões. Ao contrário, usa a linguagem para criar experiências de leitura inseparáveis das idéias que apresenta ou, mais acuradamente, as idéias com as quais brinca (Ogden, 2002, p.737).

Para compreendermos a necessidade, de Winnicott, de criar uma linguagem própria, devemos levar em consideração, entre outros motivos, que ele mesmo considerava a linguagem habitualmente usada, no meio psicanalítico, como inadequada para “abordar, sem distorcer, a natureza específica dos fenômenos que pretendia descrever” (Dias, 2003, p.43). A clareza dessa conclusão fica explícita nas palavras do autor, quando afirmou que:

(...) um escritor da natureza humana precisa ser constantemente levado na direção da linguagem simples, longe do jargão do psicólogo, mesmo que tal jargão possa ser valioso em

contribuições para revistas científicas (Winnicott, 1986 [1957b], p.100).

Devemos considerar, também, que ao focalizar seu objeto de estudo na relação mãe-bebê, pessoas vivas e vibráteis, e não em instâncias pertencentes a um aparelho psíquico, Winnicott foi levado a propor conceitos novos, mesmo sem expressar uma clara definição ou fundamentação. Como consequência, é possível reconhecer no autor as “virtudes psicanalíticas de seus vícios científicos”⁷³ (Phillips, 1988, p.99), na medida em que sua inventividade prevaleceu sobre a obrigação de ser coerente. “Sou um produto da escola freudiana”, diz o autor, mas isso “não significa que eu aceite tudo o que Freud disse ou escreveu” (Winnicott, 1957b, p.33). A partir dessa opção teórica, o autor utilizou sua própria experiência clínica, sem precisar recorrer aos modelos da ciência de sua época.

A resistência de Winnicott em usar termos da metapsicologia, e sua sinceridade em admiti-la, o levou a declarar, em carta, a Anna Freud:

(...) tenho um modo irritante de dizer as coisas em minha própria linguagem, em vez de aprender a usar os termos da metapsicologia psicanalítica. Estou tentando descobrir por que é que eu tenho uma suspeita tão profunda para com esses termos. Será que é porque eles podem fornecer uma aparência de compreensão onde tal compreensão não existe? Ou será que é por causa de algo dentro de mim? Pode ser, é claro, que sejam as duas coisas (Winnicott, 1954, *apud* Rodmann, 1987, p.51).

Essa “linguagem própria” winnicottiana também revelou um modo próprio de entender, e descrever, o que o autor considerava fundamental na constituição do indivíduo, e o fazer de tal forma que “raramente tentava traduzir suas idéias para a teoria psicanalítica comum” (Rodmann, 1987, p.XXVI). Tal constatação nos obriga a levar em conta que, da mesma forma que seu pensamento evoluiu no tempo, certos termos ganharam significados distintos entre um momento e outro de sua obra. É assim com o termo *self*, cujas implicações teóricas assumem um valor particular em seu texto, mas em relação ao qual Winnicott admitiu, pouco tempo antes de morrer, ainda ter dificuldade para traduzir, em palavras, a amplitude e a importância de seu significado em relação à vida do ser humano. Algumas décadas antes, em carta-resposta ao analista junguiano M. Fordham, que

⁷³ No original: “psychoanalytic virtues of his scientific vices”

o recriminara pelo fato de estar usando as palavras *self* e *ego* como se fossem sinônimos, Winnicott declarou que:

(...) quando usamos a palavra *self*, uma palavra inglesa perfeitamente satisfatória, estamos de acordo quanto ao termo, embora possamos divergir quanto à finalidade com que podemos empregá-la (...) e, por contraste, quando usamos o termo *ego* estamos introduzindo um termo para nosso próprio benefício e temos de defini-lo (...) Acho que Freud deu início a essa idéia de usar o termo *ego*, e nós, portanto, somos obrigados a seguir seus desdobramentos (...) e a justificar nossas variações ao usá-lo (Winnicott, 1955, *apud* Rodmann, 1987, p.77).

Se nas entrelinhas desta carta encontramos uma crítica de Winnicott ao comentário de Fordham, no artigo *Resenha de Memories, Dreams, Reflections* (Winnicott, 1994 [1964c], p.365) tal crítica se mostra mas evidente, por meio da observação “mais difícil para mim é o uso que Jung faz da palavra *self*” (*ibid.*, p.370). No mesmo texto, Winnicott concluiu que:

(...) *Self* não é um termo psicológico, mas uma palavra que todos nós usamos (...) O fato é que a expressão “ego” é utilizada de modo diferente, ao se usar o jargão freudiano ou o junguiano. Freud certamente usou o termo de diferentes maneiras, de acordo com a época em que estava escrevendo. (...) o próprio Jung passou a vida procurando o seu próprio *self*, o qual nunca realmente encontrou (*ibid.*, p.371).

A intenção de Winnicott de manter certa independência em relação a qualquer modelo teórico fica evidente. Por esse motivo, consideramos que a leitura de suas cartas reunidas no livro *The spontaneous gesture* (O gesto espontâneo), de 1987, pelo psicanalista americano Robert Rodmann, assim como dos textos elaborados para serem apresentados a uma platéia de não-psicanalistas, constituem um importante material de consulta, já que nos permite conhecer suas mais autênticas convicções sobre a psicanálise. Nas cartas, inclusive, o autor muitas vezes revela o caminho traçado pelo seu pensamento para chegar às conclusões que, nas reuniões da Sociedade, apresentava em sua forma final (até àquele momento, bem entendido).

Entendemos, ainda, que a “insistência de Winnicott de ser ele mesmo” (Rodmann, 1987, p.XVIII), teve um papel fundamental para que pudesse construir sua obra, apesar do fato de suas idéias nem sempre serem bem recebidas pelo

meio psicanalítico da época, como também porque se revelou mais interessado em progredir no conhecimento que buscava do que em se explicar. Portanto, frente à possível objeção de falta de originalidade de Winnicott em relação ao quadro teórico da psicanálise tradicional, o próprio autor se encarregou de esclarecer sua metodologia de trabalho ao afirmar:

Deve-se notar que estou agora deixando de lado o trabalho de outros autores, e tentando expor minha própria posição com minhas próprias palavras. Ficarei muito contente se, depois de ter feito minha própria exposição, descobrir que aquilo que disse já foi dito antes por outros. Geralmente, os outros já disseram de maneira melhor, mas não melhor para mim (Winnicott, 1978 [1949a], p.339).

O método utilizado por Winnicott, a partir de suas observações e *insights*, o levou produzir um modelo teórico sobre o desenvolvimento humano que o permitiu utilizar, da teoria freudiana, os conceitos descritivos sobre as etapas evolutivas (fase oral, anal, etc.), mas a partir de sua visão pessoal. Ao deslocar seu foco de interesse da sexualidade do bebê para seu estado de dependência, Winnicott introduziu inovações teóricas e técnicas na psicanálise, e produziu “rupturas radicais”⁷⁴ (Phillips, 1988, p.5) em relação a Freud e à sua teoria do desenvolvimento das funções sexuais. Para Winnicott (1979 [1962]), não fazia sentido falar de experiências instintivas no início da vida, na medida em que o recém-nascido, por não possuir ainda um ego capaz de vivenciar e representar os acontecimentos, não é capaz de perceber os instintos como fazendo parte dele.

Winnicott também se distanciou das idéias de Melanie Klein, por discordar da perspectiva exclusivamente intrapsíquica com que a autora abordava o desenvolvimento inicial, e, conseqüentemente, da sua objeção em incluir o ambiente materno no papel de provedor das necessidades primárias do bebê. Winnicott aceitou a noção kleiniana relativa à “posição depressiva”, mas também deu sua interpretação própria para o sentimento, vivido pelo bebê, quando percebe a mãe como objeto externo, através do conceito de “preocupação” (*concern*) (Winnicott, 1978 [1954]). O autor divergiu, ainda, da ênfase dada por Klein aos fatores constitucionais e suas implicações, principalmente quanto à natureza da

⁷⁴ No original “radical departures”.

agressividade, e considerou que o vocabulário da autora tinha “patologizado o desenvolvimento normal”⁷⁵ (Phillips, 1988, p.105).

À época de Winnicott, outros autores também se interessaram pela relação mãe-bebê, dando destaque aos cuidados maternos do início. Anna Freud, que em 1936 publicou *O ego e os mecanismos de defesa*, já enfatizava o papel do comportamento materno no desenvolvimento precoce do lactente, ainda que, por seguir os pressupostos da teoria freudiana, admitisse que o bebê é capaz de estabelecer contato com o mundo externo desde o início, mundo este no qual a mãe tem a função do objeto que produz satisfação, o que provocou a discordância de Winnicott. Também Bowlby (1940) e Spitz (1946) assinalaram o papel materno em seus estudos, com ênfase nas consequências, para o bebê, da privação da convivência com a mãe nos estágios iniciais da infância. Porém, tanto Bowlby quanto Spitz, que basearam seus trabalhos na observação direta de bebês, entenderam que os cuidados propiciados pela mãe só passam a ser significativos para o bebê por volta dos 5 a 6 meses, quando são capazes de reagir à sua ausência. Winnicott, que além de observar bebês e suas mães, também tratou de pacientes adultos profundamente regredidos, pôde entender as necessidades do bebê e a importância dos cuidados maternos desde o início da vida.

O pensamento de Winnicott, que foi descrito por Green (1990 *apud* Outeiral, 1991) como uma rede, um tecido de fios entrecruzados, produziu uma teoria do desenvolvimento pessoal, e trouxe uma importante compreensão sobre o significado da infância na vida total dos seres humanos. Para destacarmos sua contribuição ao nosso estudo, que focaliza a psicossomática na primeira infância, vamos nos deter em alguns desses fios, enfatizando a relação mãe-bebê desde o início, ainda na gestação enquanto primeiro *ambiente*, e acompanhar o percurso vivido pelo bebê do nascimento até a integração de sua unidade psicossomática. Deixando-nos guiar por esses mesmos fios, propomos, então, uma abordagem para os transtornos psicossomáticos expressos por meio do adoecimento no soma.

⁷⁵ No original “pathologized ordinary development”.

3.2. A relação mãe-bebê anterior ao complexo de Édipo: uma mudança de paradigma

A importância atribuída por Freud ao conflito edípico, como complexo nuclear do transtorno neurótico, ainda hoje é mantida entre os psicanalistas que utilizam, como referência para o trabalho clínico, a metapsicologia freudiana. A descoberta do complexo de Édipo, que Freud (1897) alcançou a partir de sua auto-análise, o levou a situá-lo como o ponto evolutivo máximo da sexualidade infantil, e o eixo em torno do qual desenvolveu sua teoria. Tendo considerado o conflito edípico uma das “pedras angulares da teoria psicanalítica” (Freud, 1923 [1922], p.300), Freud o abordou como uma questão central, vivida ainda na infância, de cuja resolução depende a satisfatória evolução da sexualidade até a vida adulta.

Em seu trabalho de 1905, *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud acrescentou, em nota de rodapé, no ano de 1920, a expressão de sua convicção ao afirmar:

Todos os que nascem neste planeta vêm-se ante a tarefa de dominar o complexo de Édipo; quem quer que deixe de fazê-lo é vítima da neurose. Com o progresso dos estudos psicanalíticos, a importância do complexo de Édipo tornou-se cada vez mais claramente evidente; seu reconhecimento tornou-se a senha que distingue os adeptos da psicanálise de seus oponentes (Freud, 1920 [1905], p.233).

Ao acompanharmos o texto freudiano, desde as primeiras publicações, encontramos a trajetória extremamente produtiva de idéias, muitas delas reformuladas, mas o lugar concedido ao conflito edípico e, conseqüentemente aos primórdios da experiência sexual na vida humana, permaneceram intocáveis, como sustentáculos da clínica psicanalítica. Tendo compreendido, a partir de sua clínica, que as pulsões sexuais atuam em crianças de tenra idade, Freud afirmou que “os germes dos impulsos sexuais já estão presentes no recém-nascido” (1905, p.181), e concebeu toda a sua teoria da função sexual como preparação ou como decorrência da situação edípica.

Em sua análise do texto freudiano, Loparic (1997) utiliza o conceito de *paradigma* de Thomas Khun (1970) para identificar, na teoria da situação edípica, o *problema central* da teoria psicanalítica tradicional, e a *solução exemplar* desse problema. De acordo com Khun (1970), os princípios em que se baseia cada teoria

devem preencher alguns critérios, para garantir a adesão dos estudiosos. Nesse sentido, os *paradigmas* são definidos como:

(...) as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência (Kuhn, 2000 [1970], p.13).

Segundo Loparic (1997), o complexo de Édipo, na teoria freudiana, não só é o fenômeno principal da vida sexual, como a estrutura do sujeito é concebida a partir dos antecedentes ou derivações do complexo. Além de ser o complexo nuclear das neuroses, e das doenças psíquicas de um modo geral, também está na origem da ordem cultural, ocupando, assim, a centralidade da teoria psicanalítica tradicional.

Na perspectiva kuhniana, ao se estabelecer como uma “matriz disciplinar” (*ibid*, p.226), que envolve um compromisso comum do grupo de pesquisadores, um paradigma permite que os problemas surgidos na prática científica possam ser formulados, favorecendo sua pesquisa e busca de soluções. Quando, no entanto, as soluções não atendem mais às questões formuladas, estabelece-se uma crise que demanda o estabelecimento de um novo paradigma, e, desta forma, “as crises são uma pré-condição necessária para a emergência de novas teorias” (*ibid.*, p.107).

Sabemos que crises sempre ocorreram no interior do movimento psicanalítico, e inclusive Freud enfrentou várias discordâncias vindas do próprio grupo de estudiosos que liderava. Essas crises foram contornadas por Freud, que considerava fundamental manter a psicanálise dentro de certas linhas teóricas e técnicas, por ele estabelecidas, com o propósito de vê-la reconhecida como uma ciência independente da medicina, como uma “ciência da mente inconsciente” (Freud, 1923, p.305).

Ainda segundo Khun (1970), a “pesquisa científica normal está dirigida para a articulação daqueles fenômenos e teorias já fornecidos pelos paradigmas” (Khun, 1970, p.45). Assim, quando os problemas surgidos na prática escapam à resolução de acordo com o paradigma vigente, surge a demanda por um novo paradigma, que seja capaz de resolver tanto os antigos problemas quanto os mais recentes. A transição para um novo paradigma, então, se configura como uma “revolução científica” (*ibid.*, p.122).

A convicção de Freud não impediu que surgissem problemas que o modelo edípico não foi suficiente para resolver, e que, como consequência, se mostraram não-solúveis, ou *anômalos* (Loparic, 1997). Entre esses problemas, o próprio Freud compreendeu a dificuldade de demonstrar o caráter empírico da cena primitiva (1914), e de dar uma explicação ao problema da relação originária exclusiva da menina com a mãe (1925). Em relação ao conflito edípico na menina, Freud (1925), ao reconhecer que a mãe é o primeiro objeto de amor nas crianças de ambos os sexos, constatou um problema na medida em que as meninas teriam que trocar de zona erógena, e também teriam que trocar de objeto da pulsão sexual, da mãe para o pai.

A solução encontrada por Freud (1931), para articular essas “novas descobertas” (Freud, 1931, p.260) com o *paradigma* edipiano, foi admitir que “a mulher só atinge a normal situação edipiana positiva, depois de ter superado um período anterior que é governado pelo complexo negativo” (*ibid.*, *ibid.*). Essas mudanças são reveladoras, segundo Loparic (1997), do quanto Freud precisou rearticular, reformular e estender os conceitos da psicanálise edipiana para evitar sua rejeição.

Entre os seguidores de Freud que buscaram uma rearticulação de seus conceitos, destacamos o nome de Melanie Klein. Sua entrada no cenário psicanalítico se deveu ao fato de que, enquanto Freud, através de seu estudo de neuróticos adultos, foi se aproximando de etapas precoces do desenvolvimento para descrever o funcionamento do psiquismo infantil, Klein, desde a década de 1920 utilizando a técnica do brincar no trabalho com crianças, descobriu assim uma forma de acesso ao inconsciente. Seguindo a transferência e as ansiedades como na análise de adultos, Klein (1932) pôde não só comprovar a existência de um mundo de fantasias inconscientes e de relações de objeto em idades precoces, como confirmar a postulação da existência da sexualidade infantil.

Como consequência natural de seu trabalho, o complexo edípico, cujo aparecimento fora localizado por Freud como coroando a evolução da sexualidade no chamado período fálico, entre os 3 a 5 anos, se revelou a Klein em idades anteriores, expresso através de fantasias e ansiedades edipianas precoces. Se, para Freud, os sentimentos de culpa, de perseguição e de angústia são derivados do complexo de Édipo, para Klein esses sentimentos surgem nas fases pré-edípicas, o

que implicaria na existência de uma situação edipiana precoce. Como desdobramento dessas descobertas, Klein (1932) pôde valorizar a influência dos impulsos pré-genitais e identificar a existência de uma pré-história no mundo da criança, construída a partir das experiências mais primitivas. Desta forma, propôs a antecipação do surgimento do superego, em ambos os sexos, para a fase oral, apresentando uma versão própria para o complexo de Édipo. Nas palavras de Klein:

Tal como vejo, o desenvolvimento sexual e emocional do menino e da menina incluem, desde a primeira infância e daí para diante, sensações e tendências genitais que constituem os primeiros estágios do complexo de Édipo; são experimentados sob a primazia da libido oral e se misturam com desejos e fantasias uretrais e anais. Os estágios libidinosos existem simultaneamente, sobrepondo-se uns aos outros, desde os primeiros meses de vida (Klein, 1945, p.485)

A contribuição de Klein à teoria psicanalítica não se esgota nessas concepções, sendo necessário admitir que suas inovações conceituais, e técnicas, propuseram uma compreensão detalhada dos primórdios da vida psíquica. Porém, por mais inovadoras que tenham sido suas idéias, e as estratégias teóricas que utilizou para defendê-las, as modificações que introduziu “não chegaram a ser revolucionárias, no sentido de Khun, por não alterarem o paradigma edípico da teoria tradicional” (Dias, 2002, p.134).

Por esta razão, incluímos em nosso estudo a proposta de Winnicott em sua concepção sobre os problemas mais precoces do ser humano, os quais podem ser identificados, como o fez no tratamento de pacientes fronteiriços, mas que não são passíveis de abordagem por meio dos conceitos oriundos da teoria edípica. Segundo o autor, “uma certa proporção de pessoas no mundo não chegam ao complexo edipiano” (Winnicott, 1989 [1969a], p.187), na medida em que seu desenvolvimento emocional sequer alcançou esta etapa evolutiva, por ter sido desviado num período muito primitivo. Esta constatação levou Winnicott a afirmar que:

Foi o trabalho com pacientes fronteiriços que me levou (quer eu quisesse ou não) à condição humana mais precoce, isto é, à vida inicial do indivíduo, ao invés de mecanismos mentais da mais tenra infância (Winnicott, 1979 [1963], p.212).

A constatação de que o *paradigma* edípico não respondia às questões com que se defrontava em sua prática, na qual encontrava dificuldades emocionais em bebês, levou Winnicott a descentrar o foco do conflito entre a experiência pulsional e o desejo incestuoso, e dar início à “pesquisa revolucionária que acabou por substituir o paradigma edípico de Freud, de ‘três corpos’, pelo paradigma winnicottiano da relação mãe-bebê, de ‘dois corpos’” (Loparic, 2001, p.34). A pesquisa desenvolvida por Winnicott, portanto, resultou na introdução de um novo *paradigma* para a psicanálise, com a formulação de novos problemas e de um novo arcabouço conceitual, possibilitando a abertura de perspectivas mais amplas para a pesquisa psicanalítica como um todo (Loparic, 2001).

Na análise de Phillips (1988), Winnicott obteve tudo que constituiu sua obra, e que o levou, inclusive, a uma revisão da psicanálise, do seu “paradigma da relação mãe-bebê em desenvolvimento”⁷⁶ (Phillips, 1988, p.5). Como consequência, a relação mãe-bebê tornou-se o modelo primário da situação psicanalítica, e a principal fonte de analogias para o trabalho de Winnicott, de tal forma que suas novas idéias sobre os primórdios do desenvolvimento, e sobre as psicoses como doenças decorrentes da privação ambiental, necessariamente envolveram modificações na técnica psicanalítica clássica.

A crença de Winnicott sobre o papel fundamental desempenhado pela mãe, no desenvolvimento da criança, ocasionava novas demandas ao analista quando essas relações iniciais eram recriadas no *setting* analítico. Assim, o tratamento psicanalítico não devia ser exclusivamente interpretativo, mas, e principalmente, visar a provisão de um “meio ambiente acolhedor”⁷⁷, análogo ao cuidado materno, de forma que o paciente pudesse confiar, para então o tratamento poder acontecer. Principalmente, o interesse de Winnicott em conhecer as características da dependência inicial do bebê, o levou a formular questões para as quais não encontrava respostas na teoria psicanalítica. Por essa razão, utilizou a observação de mães e crianças da qual obteve *insights* que, por sua vez, se mostraram como “parte de sua incompatibilidade com Freud”⁷⁸ (*ibid.*, p.6), já que considerava a vulnerabilidade inicial do bebê em relação à figura materna como o

⁷⁶ No original “paradigm of the developing mother-infant relationship”

⁷⁷ No original “holding environment”.

⁷⁸ No original “part of his incompatibility with Freud”

ponto crucial do desenvolvimento, e não o complexo de Édipo onde existe uma relação de três pessoas.

O conhecimento de fatos sobre as etapas iniciais da vida de Freud o levou a identificar as razões de seu menor interesse pelas fases pré-genitais do desenvolvimento. Segundo Winnicott (1954-5),

(...) a própria história pessoal de Freud no seu início teve uma configuração tal, que lhe permitiu chegar ao período edipiano ou de pré-latência como um ser humano total, pronto para enfrentar seres humanos inteiros, e pronto para lidar com relações interpessoais. As experiências de sua mais tenra infância haviam sido suficientemente boas, de forma que, em sua auto-análise, ele pôde deixar de se preocupar com a maternagem do bebê (Winnicott, 1978 [1954-5], p.467).

Sob esta perspectiva, Winnicott considerou que, para Freud, a maternagem inicial era tida como natural, o que se expressou na criação do seu *setting* de trabalho. Para chegar a essa conclusão, Winnicott menciona as características do *setting* de Freud, fazendo um paralelo com o ambiente materno. Assim,

(...) diariamente (...) Freud se punha a serviço do paciente (...) estaria lá, na hora, vivo e respirando (...) se manteria acordado e se preocuparia com o paciente (...) expressava seu amor através de interesse positivo, e seu ódio através da forma rigorosa com que a sessão deveria começar e acabar. Amor e ódio eram expressos honestamente (...) o analista sobrevive (*ibid*, p.468).

Por outro lado, enquanto para Freud a psicanálise era, essencialmente, uma ‘cura pela palavra’, Winnicott buscou inspiração no relacionamento mãe-bebê, no qual a comunicação é, de início, pré-linguística, e o bebê tem diferentes formas de se comunicar, para definir o *setting* analítico. Como desdobramento, a relação mãe-bebê “se tornou o paradigma do processo analítico, e isto mudou a função da interpretação no tratamento psicanalítico”⁷⁹ (Phillips, 1988, p.138).

Para alcançar uma mudança paradigmática, com conseqüentes mudanças na prática clínica, Winnicott precisou apresentar, também, novos conceitos em relação à teoria freudiana.

⁷⁹ No original: “had become the paradigm for the analytic process, and this changed the role of interpretation in psychoanalytic treatment”

3.3. Através da pediatria à psicanálise: um caminho de mão-dupla entre a prática e a teoria

A aproximação de Winnicott com a psicanálise se deu em decorrência de uma trajetória ‘suficientemente’ valorizada. Assim, o reconhecimento, por parte do autor, de que a maior parte de suas descobertas se originaram enquanto médico de crianças, fica explícito no livro *Textos Seleccionados* no qual reuniu artigos, na sua maioria apresentados aos colegas psicanalistas. No original, o livro recebeu o subtítulo *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, revelando que a pediatria não foi apenas um ponto de partida substituído pela psicanálise, como pode ser subentendido na tradução em português *Da Pediatria à Psicanálise* (1978), mas um caminho *através* do qual seu percurso se enriqueceu com uma abordagem psicanalítica, em um movimento de idas e voltas da prática à teoria, ou, como dito pelo próprio Winnicott: “passei minha vida profissional com um pé na pediatria e outro na psicanálise” (1978 [1956c], p.519).

A pediatria por ele exercida, no entanto, não se resumia à prática clínica de acordo com o modelo médico tradicional, já que, a partir de determinada época, em suas consultas, no hospital, atuava como psiquiatra infantil, voltando sua atenção para o aspecto psicológico das crianças, e tendo aí uma fonte de informações que foram enriquecendo seu pensamento. Nas palavras do autor:

Nunca abandonei a pediatria geral, pois para mim parece que a psiquiatria infantil, essencialmente, faz parte da pediatria (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.21).

3.3.1. O início da trajetória

Vários autores já escreveram sobre a vida pessoal e profissional de Winnicott (Khan, 1978; Davis & Wallbridge, 1982; Rodman, 1988; Mello Filho, 1989; Hughes, 1989; Kahr, 1996; Dias, 2003), articulando acontecimentos de sua infância com suas escolhas e características adultas, e conseqüente repercussão em sua obra. Consideramos proveitoso mencionar algumas dessas informações, não com objetivo de estabelecer uma relação de causalidade entre biografia e teoria, mas na tentativa de identificar pontos de contato entre dados biográficos e desenvolvimentos teóricos.

O foco de atenção de Winnicott se distanciou da psicanálise tradicional, centrada sobre os conflitos de ordem pulsional, direcionando-se para os efeitos do ambiente materno no início da vida, e suas conseqüências para a organização psíquica da criança. Portanto, o conhecimento do ambiente em que o autor nasceu e se desenvolveu, ao nos fornecer dados de sua história pessoal, pode nos guiar no entendimento de suas opções teóricas e nos favorecer uma visão mais abrangente de seu trabalho. Assim, como enfatizado por Clare Winnicott, sua segunda esposa, na presença de dúvidas sobre o pensamento do autor,

(...) as respostas devem ser buscadas não simplesmente num estudo das idéias de D.W.W., à medida que ele avançava, mas essencialmente no tipo de personalidade que funcionava por detrás dele. (Clare Winnicott, 1989, p.1).

A infância de Winnicott foi vivida em um lar estável, onde a condição de ser o único menino, após duas irmãs, o levou a escrever em suas notas autobiográficas, não publicadas, que se sentia “um filho único com múltiplas mães, e com um pai extremamente preocupado com assuntos da cidade e de negócios” (*ibid.*, p.6). Em outra anotação, na qual relembra uma repreensão sofrida por parte do pai que culminou com sua saída de casa, para o internato em Cambridge, o autor afirma “é provavelmente verdade que, nos primeiros anos, ele [o pai] me tenha deixado entregue demais às minhas mães” (*ibid.*), entre as quais se inclui sua babá Allie, a quem era muito apegado, além de uma cozinheira e várias copeiras. Estes aspectos da vida de Winnicott são analisados por Kahr (1996), para quem:

(...) a preponderância das mulheres na infância de Winnicott estimulou nele um grande fascínio pelo mundo interno feminino – interesse que acabou se tornando o trabalho ao qual dedicaria sua vida; como profissional passou mais de quarenta anos explorando e pesquisando a essência da maternidade e a relação entre a criança e a mãe. (...) Winnicott escreveu muito pouco sobre a figura paterna; a maior parte de seu trabalho é centrada apenas na mãe e no bebê. Conhecendo suas experiências infantis, essa relativa omissão da figura do pai não nos deveria surpreender. Sem dúvida, a ênfase que ele dedicou à figura materna – sua contribuição vital para a pesquisa psicanalítica – também derivou dos fortes laços entre Winnicott e as mulheres que o cuidavam (Kahr, 1996, p.8).

Ainda segundo Kahr (1996), a experiência de ter que abandonar o lar aos 13 anos, como forma de punição, foi vivida por Winnicott como um trauma (*ibid*, p.15), e serviu de modelo para seu posterior interesse profissional em rupturas e choques capazes de interromper a continuidade dos vínculos de uma criança. Por outro lado, o fato não impediu que o autor fosse descrito como um homem “profundamente feliz, cuja capacidade de sentir prazer nunca deixou de triunfar sobre os reveses e desapontamentos que lhe surgiam no caminho” (Clare Winnicott, 1989, p.7), descrição cuja veracidade pensamos poder ser atestada quando conhecemos as dificuldades que Winnicott experimentou, na convivência com seus colegas da Sociedade Britânica de Psicanálise.

De sua temporada no colégio interno existem diversos registros, como as cartas que escrevia à mãe, seu interesse pela leitura, além da decisão de se tornar um médico, após ter quebrado a clavícula jogando futebol aos 16 anos, e assim evitar depender de médicos quando ficasse doente ou se machucasse, mesmo sabendo que iria se opor à preferência do pai que dele esperava a continuidade no ramo de comércio (Clare Winnicott, 1989). Também foi no colégio que Winnicott começou a se interessar pelas ciências naturais, tendo lido todos os livros de Darwin e ficado de tal forma empolgado que chegou a afirmar: “subitamente percebi que Darwin era minha xícara de chá” (Winnicott, 1967, *apud* Kahr, 1996, p.28).

Nessa época, ainda estudante, Winnicott não teve uma total clareza a respeito de seu interesse pelas idéias de Darwin. (Winnicott, 1989 [1967]). Na idade adulta, no entanto, a compreensão do método de estudo utilizado pelo cientista, que permitiu a ordenação dos fenômenos estudados, ao mesmo tempo em que deixou aberto um caminho para novas descobertas, pôde ser valorizado. Winnicott, assim, encontrou um estímulo para a sua necessidade de lidar com o conhecimento científico com independência. Em uma conferência para alunos adolescentes, em 1945, Winnicott rememorou o sentimento vivido quando estudante, assinalando que:

O principal é que ele me mostrou que os seres vivos podiam ser examinados cientificamente, com o corolário de que as lacunas no conhecimento e na compreensão não precisariam me assustar. Para mim, esta idéia nova significou um grande alívio de tensão, e conseqüentemente uma energia maior para trabalhar e brincar (Winnicott, 1945, *apud* Kahr, 1996, p.28).

Assim, dando continuidade aos conhecimentos que adquirira através do texto darwiniano, Winnicott escolheu estudar biologia para depois vir a ingressar no curso de medicina, o que ocorreu quando a 1ª Guerra Mundial já estava em curso e lhe permitiu ser dispensado do alistamento. O fim da guerra possibilitou a Winnicott concluir sua formação médica na Faculdade de Medicina do Hospital St. Bartholomew, da Universidade de Londres, um dos hospitais mais antigos e respeitados da Inglaterra. Neste hospital Winnicott teve como professor um médico que lhe causou profunda influência, Dr. Thomas Horder, pelo valor que atribuía ao relacionamento entre o médico e seu paciente, e “lhe ensinara a importância de anotar cuidadosamente a anamnese e escutar o que o paciente lhe dizia, em vez de simplesmente formular perguntas” (Clare Winnicott, 1989, p.9). Concluimos que a partir dessa experiência Winnicott pôde aliar sua capacidade de empatia com o próximo, qualidade que consideramos como uma marca definitiva em todas os campos em que exerceu sua prática clínica, com o atendimento do paciente enquanto pessoa, focalizando não só a doença mas as necessidades psicológicas daquele que adoecia.

Ainda durante sua formação, Winnicott precisou ficar internado no hospital St. Bartholomew em consequência de um abscesso pulmonar. A necessidade de permanecer em uma enfermaria “velha e gigantesca, com um teto alto que fazia as camas enfileiradas e os pacientes parecerem minúsculos (...) onde era negligenciado pelos médicos e enfermeiras em meio à multidão de pacientes” (Clare Winnicott, 1978, *apud* Kahr, 1996, p.41), possivelmente o fez reviver o sentimento de impotência de quando, ainda adolescente, quebrou a clavícula. Nesse ambiente emocionalmente hostil, a sensação de abandono não só o fez pensar que “que todos os médicos deveriam passar pela experiência de tornarem-se pacientes necessitados e dependentes, para conhecer melhor os temores do doente” (*ibid.*), como o permitiu valorizar a importância do cuidado ambiental na transmissão de confiança, questão que se tornou central em sua obra ao abordar os cuidados dispensados ao bebê no estado de dependência.

Por essa época, já tendo terminado a guerra, deu-se o primeiro contato de Winnicott com o texto freudiano quando “descobriu que era incapaz de se recordar de seus sonhos” (Rodman, 1987, p.XIII). Preocupado, procurou, em uma biblioteca especializada em obras médicas, uma publicação que tratasse do

assunto e o pudesse orientar. Tendo solicitado “um livro sobre sonhos” (Kahr, 1996, p.41), o bibliotecário lhe recomendou uma obra do filósofo Henri Bergson, que não atendeu o objetivo. Quando foi devolvê-lo, porém, Winnicott recebeu de um dos donos da loja a sugestão do livro do pastor suíço Oskar Pfister sobre a psicanálise. Somente algum tempo depois, em 1919, Winnicott viria a ler a tradução inglesa de *Die Traumdeutung* (A interpretação dos sonhos, Freud, 1900), e então descobriu que “a psicanálise seria, de alguma forma, parte de sua vida” (*ibid.*, p.42).

A impressão que esta leitura lhe causou ficou registrada na carta que escreveu à irmã Violet, no mesmo ano, na qual procurou lhe explicar o significado da psicanálise enquanto método de pesquisa e tratamento. Procurando uma forma didática, e ao mesmo tempo sintética, para apresentar as concepções freudianas, de onde destacou o papel das pulsões enquanto “uma força vital que deve se exteriorizar” (Winnicott, 1919 *apud* Rodman, 1987, p.1), Winnicott pediu à irmã que o ajudasse, sinalizando caso suas explicações não estivessem suficientemente simples para serem compreendidas quando quisesse apresentá-las a uma “platéia de ingleses” (*ibid.*).

Se a preocupação com os próprios sonhos, e a ausência de lembrança deles, foi o principal veículo de aproximação do autor com a obra de Freud, o tema do sonhar possibilitou que Winnicott desenvolvesse, posteriormente, conceitos importantes em sua obra. Em um trabalho escrito no ano de 1948, *Pediatria e psiquiatria*, Winnicott iniciou a exposição de suas idéias a partir do lugar do bebê, enfatizando como a “provisão de um ambiente estável porém pessoal, de proteção contra o inesperado e o imprevisível” (Winnicott, 1978 [1948], p.307) é condição para que o bebê possa lidar com a realidade, passando da relação com o objeto subjetivo para o que é objetivamente percebido através do uso da capacidade de *ilusão*. Em outras palavras, Winnicott procurou transmitir a idéia de que, principalmente, a capacidade que cada um tem de lidar com a realidade depende da maneira como ela é introduzida pelo ambiente. O autor prosseguiu, e assinalou que na maioria dos adultos o uso da capacidade de ilusão tende a se perder porque a objetivação do mundo se torna corriqueira, e outras formas de enriquecimento pessoal podem ser utilizadas, mas existem aqueles adultos cuja tendência a dar mais significado ao mundo subjetivo prevalece,

produzindo um desinteresse pelas outras pessoas e pela rotina da vida, condição que pode ser encontrada nos indivíduos psicóticos. Uma das maneiras de escapar dessa condição patológica, de acordo com Winnicott, “é sonhar e lembrar dos sonhos” (*ibid.*, p.308), já que o sonho, assim como a atividade artística, mantêm as pontes entre o subjetivo e a vida real partilhada.

No ano de 1923, quando Winnicott tinha 28 anos, três acontecimentos importantes ocorreram em sua vida: o início de sua atividade profissional como médico, seu primeiro casamento e o início de sua análise pessoal. Sem pretender estabelecer uma hierarquia entre esses fatos, os relatamos partindo da premissa de que cada um deles exerceu, de modo particular, influência em seu trabalho.

Foi em 1923 que, após seu exame de filiação à Sociedade Médica, Winnicott aproveitou o interesse pelo trabalho com crianças, despertado durante sua formação médica, estabelecendo-se como consultor em medicina infantil, função equivalente a de pediatra que à época ainda não existia como especialização. Obteve, então, a nomeação para o *Queen's Hospital for Children* e para o *Paddington Green Children's Hospital*, e também adquiriu, com ajuda financeira do pai, uma sala na área da *Harley Street*, onde manteve uma clínica particular (Clare Winnicott, 1989).

Definindo-se como “um pediatra que se volta para a psiquiatria, e um psiquiatra que se apega à pediatria” (1978 [1948], p.287), Winnicott se tornou um expectador privilegiado do desenvolvimento emocional infantil. Em seu contato diário com crianças e bebês, levados à consulta médica por apresentarem distúrbios orgânicos, o autor pôde captar que os sintomas físicos serviam ao propósito de descarregar uma ansiedade que não encontrava outra via de expressão.

Nessa época, predominava entre os profissionais da medicina o interesse exclusivo pelo aspecto físico das doenças, mas Winnicott, confiando em sua habilidade como médico que não o deixava subestimar os sintomas clínicos, passou a dar atenção também ao aspecto psicológico de seus pacientes. Por essa iniciativa, chegou à conclusão de que em apenas menos da metade dos casos atendidos, no ambulatório do hospital, existia alguma doença física, e, em contrapartida, a maior parte dos problemas que levavam as mães e suas crianças à

consulta eram devidos à “perturbações emocionais e anomalias no desenvolvimento da personalidade da criança” (*ibid.*).

“A ansiedade é normal na infância”, expressou Winnicott (1978 [1931], p.73), e toda a criança experimenta situações emocionais internas e externas similares, causadoras de conflitos e adoecimentos físicos como, por exemplo, a perda do apetite na ocasião da chegada de um novo bebê, situações em relação às quais ela “deve sobreviver, descobrindo meios de encará-las e alterá-las, ou tolerá-las” (*ibid.*, p.71). Ao mesmo tempo, o autor esclareceu que quando o conflito assume proporções maiores do que é possível à criança resolver internamente, os distúrbios somáticos podem se expressar de forma mais intensa, e, conseqüentemente, a saúde física pode ficar perturbada a ponto de ameaçar a própria vida.

Percebemos em Winnicott uma verdadeira necessidade de ser ouvido pela classe médica, em especial por aqueles que lidavam com crianças. Por entender que a ansiedade, decorrente dos conflitos entre as fantasias inconscientes e realidade interna pessoal da criança, estava na raiz do distúrbio neurótico, ele considerava que a observação atenta do pediatra podia detectar uma neurose infantil já instalada, ou mesmo uma tendência latente com possibilidade de se manifestar na vida adulta, o que o levou a admitir:

A prevenção da doença que leva ao hospital psiquiátrico está nas mãos do pediatra, apesar deste não sabê-lo. Afirmar que o pediatra desconhece isto lhe assegura uma vida mais agradável (Winnicott, 1978 [1956c], p.514).

Mas o empenho de Winnicott na tentativa de convencer os colegas a incluir os fatores psicológicos em seus diagnósticos, fazendo-os compreender que “a saúde não é uma ausência de sintomatologia” (*ibid.*, p.515) mas antes se deve à maturidade do indivíduo como pessoa, não obteve boa acolhida. No sentido oposto, o sintoma era percebido, no meio pediátrico, como um desafio para o arsenal terapêutico, dando origem a um “ímpeto curativo” (1978 [1953], p.213) na tentativa de lidar com os distúrbios psíquicos que se manifestavam, na criança, expressos através de comportamentos fóbicos ou de uma simples agitação.

Felizmente para seus jovens pacientes, Winnicott não esmoreceu, dedicando-se cada vez mais ao estudo do funcionamento mental, e sua clínica pediátrica foi evoluindo para a psiquiatria infantil de orientação analítica. Tendo compreendido que a saúde psíquica se estabelece nos primórdios da infância e, mais especificamente, que o desenvolvimento emocional do primeiro ano de vida determina a base da saúde mental do indivíduo, o autor estabeleceu como sua tarefa o “estudo da natureza humana” (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.21). Desta forma, se dedicou a auxiliar o trabalho daqueles que lidam diretamente com recém-nascidos e bebês muito novos, e suas mães, como enfermeiras e assistentes sociais, tanto através dos artigos que escrevia como das inúmeras palestras que realizou, e do programa radiofônico na BBC londrina sobre desenvolvimento infantil.

Outro acontecimento importante em sua trajetória pessoal, ocorrido em 1923, foi que nesse ano o autor se casou pela primeira vez, e sua esposa, Alice, quatro anos mais velha, sofria de graves problemas psiquiátricos, incluindo alucinações e delírios (cf. Kahr, 1996). Esse casamento se estendeu por 25 anos, de modo que, para Winnicott, “tomar conta dela custou toda sua juventude” (Khan, 1987 *apud* Kahr, 1996), e só terminou quando o autor pediu o divórcio, em 1948, ano seguinte à morte do seu pai.

Ainda em 1923, Winnicott procurou Ernest Jones, personagem reconhecido pela divulgação da teoria freudiana na Inglaterra, que o encaminhou a James Strachey para tratamento analítico. Embora não tenhamos encontrado nenhuma menção ao fato em seus textos, no artigo de 1962, *Enfoque pessoal da contribuição kleiniana*, onde discorreu sobre suas primeiras experiências no campo da psicanálise, Winnicott acrescentou um comentário onde expressou sua gratidão a Ernest Jones, a quem recorrera “quando precisava de ajuda em 1923” (Winnicott, 1979 [1962], p.157).

As consequências de todos esses acontecimentos, na forma como foram descritos, tiveram um papel importante para que Winnicott pudesse, gradativamente, conquistar um espaço no campo psicanalítico, como abordaremos a seguir.

3.3.2. O percurso no campo da psicanálise

Alguns anos após o início da análise com Strachey, em 1927, Winnicott candidatou-se para a formação na Sociedade Britânica de Psicanálise. Até então, admitiu, somente tinha lido “um ou dois livros sobre a psicanálise” (Winnicott, 1978 [1949a], p.319). Por essa época, muitos dos textos de Freud ainda não tinham sido traduzidos para o inglês, e o fraco conhecimento de Winnicott da língua alemã não favorecia a leitura no original, mas, estimulado por seu analista, empreendeu novas tentativas.

As principais fontes de referência de Winnicott em seu trabalho, no hospital, eram a sua observação atenta das crianças e bebês, e dos pais, seus próprios *insights*, além de, e principalmente, da aprendizagem decorrente da própria experiência analítica, através da qual foi se transformando, cada vez mais, em um pediatra orientado para as questões psicodinâmicas envolvidas no adoecer. Esses primeiros passos no terreno da psicanálise foram vividos de forma intensa, como relembra, tempos depois:

(...) era excitante obter inúmeras histórias clínicas, e conseguir de pais sem instrução a confirmação para as teorias psicanalíticas, que começavam a fazer sentido para mim através de minha própria análise. Naquele tempo nenhum outro analista era pediatra ao mesmo tempo, e assim, por duas ou três décadas, fui um fenômeno isolado (Winnicott, 1979 [1962b], p.157).

Ao mesmo tempo, enquanto exercitava sua habilidade em conseguir que as mães lhe contassem a história precoce dos distúrbios de suas crianças, foi se dando conta que as explicações que alcançava, a partir da teoria psicanalítica, lhe eram insuficientes. Essa constatação pôde, mais tarde, ser sintetizada na declaração onde afirmou:

Nos anos 20 tudo tinha o complexo de Édipo em seu âmago. A análise das neuroses conduzia o analista repetitivamente às ansiedades pertencentes à vida instintiva do período dos 4 a 5 anos do relacionamento da criança com seus pais. Dificuldades anteriores que vinham à tona eram tratadas em análise como regressão a pontos de fixação pré-genitais, mas a dinâmica vinha do complexo de Édipo, marcadamente genital da meninice. (...) Inúmeras histórias clínicas me mostravam que crianças que se tornaram doentes, sejam neuróticos, psicóticos, psicossomáticos ou anti-sociais, revelavam dificuldades no seu

desenvolvimento emocional na infância, mesmo como bebês.
(...) Algo estava errado em algum lugar (Winnicott, 1979
[1962b], p.157).

Apesar de Melanie Klein ter emigrado para a Inglaterra em 1926, convidada por Ernest Jones para que ela analisasse seus filhos, e tivesse se tornado membro da Sociedade Britânica de Psicanálise em 1927, Winnicott, que não participava ativamente das reuniões clínicas, só veio conhecer a autora através da leitura de *The Psycho-analysis of Children*, de 1932. Por recomendação de Strachey, já que estava utilizando a teoria psicanalítica com crianças, Winnicott passou a receber supervisão de Klein entre os anos de 1935 e 1940, e se interessou pelo seu trabalho sobre as angústias precoces e por suas teorias sobre as fases mais primitivas da infância.

Do trabalho de Klein chamou a atenção de Winnicott, que até então utilizava desenhos ou a comunicação oral como recursos para o tratamento de crianças, a riqueza de material analítico fornecido pelo uso de brinquedos, assim como o entendimento de que a análise da criança podia ser realizada nos mesmos moldes da análise do adulto, pela interpretação da transferência (Winnicott, 1979 [1962]). A revisão das teorias freudianas sobre as experiências precoces do bebê, e a antecipação do complexo de Édipo para o primeiro ano de vida, levaram Winnicott a acreditar que tinha encontrado a referência teórica que precisava para dar prosseguimento ao seu estudo.

Não muito tempo depois, porém, Winnicott foi percebendo que existiam diferenças profundas, entre ele e Klein, no modo de abordar os mesmos fenômenos, como o postulado kleiniano sobre a existência precoce de um ego capaz de formar relações de objeto primitivas na fantasia e na realidade, em relação ao ele qual se opunha terminantemente, como pode ser encontrado no comentário “acho que meus pontos de vista começaram a se diferenciar dos seus” (*ibid.*, p.161). Da mesma forma, por discordar do postulado de Freud (1920) sobre a *pulsão de morte*, não compartilhava da ênfase que lhe era dada nas concepções kleinianas sobre o caráter inato da agressividade e da inveja.

O cerne da questão, como ficou explícito nos textos winnicottianos, era o valor atribuído pelo autor ao ambiente materno como condição para o início da

vida psíquica, a partir do qual construiu toda sua elaboração teórica, e que Klein rejeitava de forma irredutível. Sobre essa polêmica, Winnicott comentou que:

(...) [Klein] examinou a influência do ambiente apenas superficialmente, nunca reconhecendo realmente que juntamente com a dependência da fase precoce da lactação há, na verdade, um período em que não é possível descrever um lactente sem descrever a mãe de quem o lactente ainda não se tornou capaz de se separar para se tornar um *self*. Klein afirmava ter dado toda a atenção ao fator ambiental, mas na minha opinião ela era incapaz disso, por temperamento (Winnicott, 1979 [1962], p.161).

A compreensão de Winnicott de que os impedimentos às suas idéias não eram de natureza teórica, mas motivados por questões de ‘temperamento’, pôde ser atestada na prática. Avesso a qualquer forma de partidarismo, o autor se viu numa situação delicada durante a crise, aparentemente ideológica mas fundamentada em uma disputa, entre Melanie Klein e Anna Freud, pela liderança da Sociedade Britânica de Psicanálise, após a morte de Freud em 1939. Segundo Hughes (1989), o combate aberto que originou o episódio conhecido como *Discussões controversas*, no início da década de 1940, culminou com a decisão de Ernest Jones de criar dois programas de treinamento, cada um deles capitaneado por uma das psicanalistas e aglutinando seus seguidores. Entre os que não quiseram se filiar a nenhum dos dois grupos estava Winnicott que, na companhia, entre outros, de Balint e Fairbairn, instituíram o *Middle Group* para garantir certa neutralidade.

Tendo sido impedido de dar aulas ou supervisionar alunos (Kahr, 1996), Winnicott escreveu uma carta a Melanie Klein, em 1952, transmitindo o mal-estar que experimentava pela pouca receptividade às suas idéias, e até certo cerceamento à sua criatividade a partir do momento em que se afastava da terminologia kleiniana. Nessa carta, Winnicott mencionou seu trabalho *Ansiedade associada à insegurança* (1978 [1952]), onde apresentou sua concepção de que a relação mãe-bebê do início não deriva da experiência pulsional, nem da relação objetual, e que foi lido para a Sociedade, deixando claro que apesar da falta de incentivo por parte dos colegas psicanalistas, pretendia assumir o risco de poder ter suas próprias idéias.

3.4. O cuidado ambiental suficientemente bom

Na obra de Winnicott, o cuidado que a mãe dedica ao seu bebê tornou-se a chave para a compreensão dos processos fundamentais à expressão, e realização, da tendência inata ao desenvolvimento pela criança. A saúde mental do ser humano, diz o autor, é construída na mais tenra infância pela mãe “que fornece um ambiente no qual processos complexos mas essenciais do *self* podem chegar a seu termo” (Winnicott, 1978 [1948], p.291). É necessário assinalar, de saída, que a função ambiental materna, para o autor, não precisa ser exercida apenas pela mãe biológica, mas, mesmo considerando que algumas ações podem ser desempenhadas por qualquer pessoa, muitas coisas só podem ser feitas por alguém que “tenha um interesse de mãe” (*ibid.*, p.293).

Segundo Winnicott, “os lactentes humanos não podem começar a ser exceto sob certas condições (...) desde que seja aceito que o potencial herdado de um lactente não pode se tornar um lactente a menos que ligado ao cuidado materno” (Winnicott, 1979 [1960], p.43). O autor, então, nos aponta que a mãe, em sua experiência viva com seu filho, é a melhor pessoa para oferecer um ambiente facilitador, indispensável a que o processo de desenvolvimento possa ocorrer de forma saudável, porque é a pessoa que mais conhece quais as necessidades primárias que precisam ser atendidas, quando e como, a fim de que o ser que gerou se torne um bebê.

Para chegar a essa afirmativa, Winnicott tomou como referência sua experiência com observação de bebês e suas mães, e de tratamento de pacientes psicóticos adultos, que resultaram na postulação de uma fase inicial no desenvolvimento emocional onde predomina um estado de *não-integração* (Winnicott, 1978 [1945], p.275) da personalidade. Ainda que exista uma tendência à integração que é inata, e que começa a atuar logo nos primeiros momentos após o nascimento, o autor adverte que não se pode entender a integração como algo natural, que ocorra de modo automático pela simples passagem do tempo, e sim como uma conquista sujeita a flutuações, na dependência de como a experiência dos impulsos instintivos herdados seja facilitada pelos cuidados do ambiente.

Ao enfatizar o papel materno para o sucesso dessa conquista, o autor destacou as características necessárias para que a mãe possa desempenhar a tarefa de promover o desenvolvimento do filho, oferecendo um ambiente estável expresso tanto pela alimentação em horas adequadas como pela maneira como ela oferece o seio, de forma a permitir, ao bebê, a transição entre o “estado calmo e o excitado sem chegar repentinamente com uma alimentação, exigindo resposta” (*ibid.*, p.292). Seu amor é transmitido de uma maneira física pelo contato; pela temperatura de seu corpo; pelos movimentos e pela quietude que variam de acordo com a necessidade do bebê, e pela proteção que proporciona ao manter a situação ao mesmo tempo simples, para não provocar confusões, e rica na medida da possibilidade crescente do bebê para aproveitá-la. Principalmente, ao oferecer uma continuidade do ambiente, a mãe favorece a experiência de confiança que vai permitir com que o bebê possa viver sua própria continuidade de existência. Nas palavras do autor:

Por acreditar no bebê como um ser humano por si próprio, ela não apressa seu desenvolvimento, capacitando-o, desta forma, a apoderar-se do tempo, e a ter a sensação de uma continuidade pessoal e interna. Para a mãe, a criança é um ser humano inteiro desde o início, e isto a torna capaz de tolerar sua falta de integração (Winnicott, 1978 [1948], p.293).

A adaptação às necessidades do bebê, que não se resumem à alimentação e cuidados higiênicos, foi sinalizada por Winnicott, que nela percebeu um acontecimento indispensável para que o bebê possa prosseguir, com um mínimo de percalços, na direção de sua integração pessoal. O autor, ao considerar a parceria mãe-bebê do início como uma continuação da provisão fisiológica do estado pré-natal, chama a atenção para a possibilidade de ruptura nos processos naturais e delicados que ocorrem no interior desta parceria, e que deve ser prevenida por representar um grande perigo para a saúde mental do indivíduo. De acordo com Winnicott, “a esquizofrenia é uma espécie de doença de deficiência ambiental” (*ibid.*, p.294).

Portanto, pelo valor atribuído à adaptação materna, o autor procurou explicitar os mecanismos por meio dos quais a mulher, mesmo sem nenhuma instrução, e de preferência sem receber qualquer orientação de enfermeiras, parentes ou qualquer pessoa próxima, consegue se comportar como uma *mãe*

suficientemente boa (Winnicott, 1978 [1949b], p.412), acreditando no seu bebê e tendo paciência para esperar que ele vá se revelando no dia-a-dia, sem interromper sua continuidade de ser. Esta capacidade materna de viver no tempo do bebê e não no seu, ocorre de forma natural na mulher que, além de ter brincado de boneca na infância, e talvez até cuidado de irmãos menores, principalmente já foi bebê um dia e também recebeu cuidados, guardando memórias corporais dessa época que, segundo o autor, a levam a se identificar com o seu bebê.

Através da *identificação* (Winnicott, 1979 [1960], p.52), que envolve uma regressão parcial, a mãe retorna para sentimentos de sua própria infância que foram despertados pelo filho, podendo se colocar no lugar do bebê, saber quais as suas necessidades, que inicialmente são corporais, como satisfazê-las, e, principalmente, gostar de fazê-lo. Isso é a essência do cuidado materno, diz Winnicott (1960). A *adaptação ativa* (*ibid.*) da mãe, que é absoluta no início, não é mais que uma decorrência do estado psicológico especial, vivido durante a gravidez, a que Winnicott nomeou de *preocupação materna primária* (Winnicott, 1978 [1956a], p. 493), para designar:

Esta condição que gradualmente se desenvolve, e se torna um estado de sensibilidade aumentada durante, e especialmente, no final da gravidez, e continua por algumas semanas depois do nascimento da criança. (...) Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe, na fase mais inicial da vida do bebê, sem entender que ela deve ser capaz de atingir este estado de sensibilidade aumentada, quase uma doença, e recuperar-se dele (Winnicott, 1978 [1956a], p.493-4).

Por ser um período em que a mulher vive transformações tanto em seu corpo quanto em seus sentimentos, é possível que, pelo estado de vulnerabilidade, ela sinta emoções contraditórias, reviva medos infantis até então recalcados, tenha dúvidas e fantasias inquietadoras, e até se sinta tão desamparada em relação ao desamparo do bebê quanto ele mesmo, mas se puder contar com o apoio do seu próprio ambiente, na figura do pai do bebê em gestação ou outras pessoas afetivamente importantes, e, principalmente, se puder experimentar confiança em si mesma, terá como encontrar recursos pessoais para suplantar essas interferências, sentindo-se, então, disponível para investir no seu bebê. Por outro lado, as mudanças que ocorrem na mulher, que em parte são baseadas na

fisiologia, podem sofrer distorções por falta de saúde mental na mulher, como o comprova a psicose puerperal.

Podemos extrair duas consequências teóricas da interpretação dada por Winnicott para o começo da vida. Por um lado, ao se deter na análise dos sentimentos maternos envolvidos na tarefa de cuidar do bebê, Winnicott discordou dos autores que, ao focalizarem a relação primitiva mãe-bebê, o fazem a partir da perspectiva biológica, como o que acontece com a noção de *simbiose* utilizada por Margareth Mahler desde seus primeiros estudos, em 1949. A esse respeito, o autor enfatizou que o termo *simbiose* não faz mais que “comparar a relação entre a mãe e o bebê a outros exemplos na vida animal e vegetal, no que se refere à interdependência física” (Winnicott, 1978 [1956a], p.492), não sendo suficiente para descrever um fenômeno que tem vida própria, já que varia com diferentes crianças em função das experiências da mãe e da maneira que ela se encontra na ocasião.

Assim, enquanto o bebê está numa condição de *dependência absoluta* (Winnicott, 1978 [1948], p.295) do que o ambiente possa lhe oferecer, a mãe traduz sua preocupação adaptando-se ativamente para suprir as necessidades do filho até que, no decorrer do desenvolvimento, este possa gradativamente alcançar autonomia, ou seja, ela apenas facilita um processo que é inato ao bebê. A capacidade materna de proporcionar um ambiente ‘quase perfeito’, já que sujeito a eventuais falhas, e que é alcançada por meio de “sua devoção, tornada possível por seu narcisismo, sua imaginação e suas recordações, que lhe permitem saber, através da identificação, quais são as necessidades do seu bebê” (Winnicott, 1978 [1949b], p.412), ocupa um lugar central no pensamento winnicottiano, e nos permite entender o funcionamento da unidade bebê-mãe do início. Ao se colocar no lugar do bebê, a mãe se torna capaz de lhe fornecer amor e cuidado psicológico por meio do manejo (*handling*) com que atende suas necessidades físicas, oferecendo um *holding* (Winnicott, 1979 [1960], p.48) na medida em que segura o bebê em seus braços tanto quanto em sua mente, enquanto funciona como ego auxiliar (Winnicott, 1979 [1962], p.56).

Ao mesmo tempo, a revivescência materna dos cuidados recebidos na própria infância, e gravados em sua memória corporal, vai estar presente na maneira como ela interpreta e responde aos sinais que capta, vindos tanto do bebê

como de seu mundo interno. O bebê, que está sendo bebê pela primeira vez, e tem seu funcionamento em grande parte determinado pelas atitudes adotadas pela mãe, terá favorecidas ou dificultadas as chances de alcançar sua identidade como um *eu* separado do outro, e do mundo, na mesma medida em que puder sentir confiança no outro e no mundo.

A outra contribuição teórica de Winnicott ao estudo dos primórdios da vida humana, e que realça sua originalidade em relação aos conceitos tidos como tácitos pelos autores identificados com a psicanálise tradicional, refere-se a sua divergência quanto à existência de um *eu* primitivo capaz de contato com a realidade, de onde recebe satisfação para seus ímpetos pulsionais. A importância da mãe para o bebê, de acordo com o autor, não se refere apenas à sua capacidade de saciação da necessidade fisiológica da fome, nem à produção de satisfação pulsional, já que esse período é anterior ao estabelecimento de “padrões instintuais” (Winnicott, 1978 [1956a], p.495). Assim, não são os seios maternos fornecedores de alimento-prazer de que o bebê necessita, mas da mãe como um todo, e da maneira como esse seio é apresentado, mesmo que, no início, ele desconheça sua existência.

Seguindo o pensamento do autor, compreendemos que, além do leite, a mãe tem atributos, como o calor de seu corpo e de seu hálito, o ritmo de sua respiração e dos batimentos cardíacos, a textura de sua pele e cabelos, e técnicas de cuidado que “só gradualmente são reunidos em um ser total chamado mãe” (Winnicott, 1978 [1945], p.276), mas que, estando presentes desde o início, vão participar na descoberta do mundo que o estado de integração do bebê possibilita. Diferindo da concepção kleiniana, o seio da mãe do qual depende o bebê winnicottiano, não é um objeto interno ou externo, mas resulta de uma maternagem suficientemente boa. Na carta que escreveu a Joan Rivière, em 1956, Winnicott afirmou:

O ‘seio bom’ não é uma coisa, é o nome dado a uma técnica. É o nome dado à apresentação do seio (ou da mamadeira) para o bebê, um caso por demais delicado e que só pode ser satisfatório, no início, se a mãe se encontrar no especial estado de sensibilidade que chamo de preocupação materna primária. A menos que no início possa se identificar muito intimamente com seu bebê, ela não ‘terá um seio bom’, porque apenas possuir a coisa não quer dizer absolutamente nada para o bebê. (Winnicott, 1987b, p.84).

Quando Winnicott utilizou a expressão “suficientemente boa” para se referir à mãe devotada do início, fica pressuposto que essa mãe não precisa ser perfeita, já que os desencontros mãe/bebê são inevitáveis. No entanto, quando este desencontro se estende, ou é de uma intensidade que o bebê não pode ainda suportar, entramos no campo das falhas e distorções ambientais, que podem acarretar, na mesma medida, perturbações no sentimento de continuidade de existência do bebê.

A mãe que não consegue se identificar, e se colocar no lugar do bebê, tem mais dificuldade em interpretar as necessidades dele, e pode, por exemplo, oferecer, ou até impor, o seio, cada vez que o bebê chora, como também querer amamentar no momento em que o bebê prefere estar em repouso. Esta atitude é reveladora da tendência de certas mães para interferir no vir-a-ser de seus bebês, através de intrusões desnecessárias que atrapalham o desenvolvimento natural deles. Nesse sentido, podemos compreender que “se a mãe apresenta o mundo de uma forma caótica, o bebê cria um mundo caótico” (Winnicott, 1955 *apud* Rodmann, 1987, p.76). Como consequência, as falhas maternas passam a ocupar um lugar destacado na compreensão dos distúrbios no desenvolvimento do bebê.

3.5. O corpo nos primórdios do funcionamento psíquico

Para pensarmos como se dá a integração do psíquico com o somático, escolhemos a afirmativa de Winnicott de que “o bebê existe somente por causa do cuidado materno, com o qual forma uma unidade” (Winnicott, 1979 [1960], p.42), a partir da qual entendemos que, no início, o corpo do bebê não lhe pertence enquanto não for vivido, isto é, enquanto não existir uma pessoa para dar sentido às experiências que esse corpo provoca e demanda. Mas há vida nesse corpo, existem células que crescem, e tudo o que a herança humana transmite. Além disso, esse corpo guarda algo que o impulsiona, e que não está localizado em nenhum lugar em particular, algo que podemos chamar de energia, vitalidade, instinto ou pulsão, e que também vai se manifestar.

A palavra imaturidade pode ser adequada para descrever uma época inicial, tomando como referência a evolução, e nesse início o bebê não pode controlar o que o corpo (biológico) faz. Mas, principalmente, nesse início o corpo do bebê não está sozinho, porque a mãe está presente para fornecer o que ele necessita, e o faz porque sabe que o seu bebê não é só um corpo. Através desse raciocínio, acreditamos poder compreender o sentido e a importância, atribuídos pelo autor, ao ambiente materno do início, e, conseqüentemente, o papel que este ambiente desempenha na integração do psique-soma da criança.

Como médico pediatra, Winnicott iniciou sua atividade profissional estudando o corpo, sua estrutura e fisiologia, as doenças que interferem no seu bom funcionamento, e sabia que a saúde do corpo depende da hereditariedade (*nature*), enquanto tendência ao desenvolvimento, e da criação (*nurture*) no que se refere à alimentação, cuidados higiênicos e proteção contra acidentes. Assim, na saúde “o corpo funciona de acordo com a faixa etária adequada” (Winnicott, 1988, p.29), e o amadurecimento prossegue, trazendo as mudanças necessárias até a velhice e a morte. Mas cedo o autor pôde perceber, e registrar em seus primeiros textos, que o estado emocional da criança também interfere no funcionamento do corpo, seja atrasando o nascimento dos dentes, alterando o metabolismo, ou quando “machucados não saram simplesmente devido a uma falta de interesse, por parte da criança, em viver” (Winnicott, 1978 [1931], p.88).

A partir de então, Winnicott repertoriou uma série de doenças infantis que podiam ser explicadas por um aumento no nível de ansiedade, vivido em um momento particular, e chegou a considerar que, em certas circunstâncias, uma enfermidade pode ser considerada “normal” (*ibid.*, p.71), quando seu surgimento, ou manutenção, expressa uma tentativa da criança para lidar com a existência de um conflito emocional de pouca intensidade. Tendo essa realidade cotidianamente à sua frente, o autor se propôs conhecer como se articula o funcionamento do psiquismo com o corpo físico, ou soma, começando pelo estudo da criança, mas admitiu ter encontrado limitações na psicologia acadêmica de sua época, que tendia a responsabilizar tudo o que ocorria na infância como decorrência de “fatores externos ou da hereditariedade” (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.27). Concluiu, então, não ser necessário adotar “um método único e exclusivo” (*ibid.*, p.25) para abordar o desenvolvimento do ser humano, e, sem abrir mão de seus

conhecimentos como médico, e do diálogo com outras disciplinas que se interessam pelo mesmo tema, como a filosofia, fez a opção pela psicanálise como procedimento de observação e teorização.

A *pessoa total*, disse Winnicott, é composta de *soma* e *psique* (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.29) que se inter-relacionam em complexidade crescente. Existe também a *mente* que organiza este relacionamento, mas que não existe como uma entidade, podendo ser estudada “à medida que ela se especializa a partir da parte psíquica do psique-soma” (Winnicott, 1978 [1949b], p.410). No início, portanto, a *psique* tem a função de *elaboração de partes, sentimentos e funções somáticas*, isto é, da vivência física (*ibid.*, p.411), estando intimamente interligada ao *soma*.

A *elaboração* a que se refere Winnicott diz respeito ao funcionamento do corpo, que inclui as sensações provocadas pela respiração, temperatura, movimento, e também as funções fisiológicas da ingestão, digestão, excreção, mas que são primeiramente *vividas*, antes de poderem ser representadas e simbolizadas, estas funções da *mente* para as quais o bebê ainda é imaturo. As sensações físicas, então, vão se tornar experiências na medida em que a elaboração imaginativa lhes fornece um sentido.

O papel da mãe, identificada com seu bebê, e, portanto, sendo capaz de saber o que ele está sentindo, é fundamental nesse período em que a *psique* e o *soma* ainda não se soldaram em uma unidade. Quando a mãe fornece uma sustentação natural,

(...) o bebê não tem de saber que é constituído de uma coleção de partes separadas. O bebê é uma barriga unida a um dorso, tem membros soltos e, particularmente, uma cabeça solta: todas estas partes são reunidas pela mãe que segura a criança e, em suas mãos, elas se tornam uma só (Winnicott, 1989 [1969], p.432).

Na análise de Loparic (2000), ao não tratar mente e corpo como entidades separadas, evitando a diferença de substância introduzida por Descartes, Winnicott sinalizou para uma diferença operacional entre funções corpóreas e funções psíquicas, e, assim, substitui a questão da união entre a mente e o corpo pelo “problema da integração das funções corpóreas pelas funções psíquicas, sendo cada um desses dois grupos de funções tratado como irreduzível ao outro” (Loparic, 2000, p.360). Assim, enquanto a psicanálise tradicional trabalha

exclusivamente com o lado mental, no sentido representacional, da existência humana, a psicanálise winnicottiana coloca essa existência diante da tarefa primordial de elaborar o corpo, não no sentido de simbolizar, mas de “fazer do corpo a primeira morada” (*ibid.*).

Ao estabelecer que “a base da psique é o soma, e, em termos de evolução, o soma foi o primeiro a chegar” (1988 [1954-1970], p.37), Winnicott entendeu como a tarefa mais importante da psique a *temporalização*, ou seja, a “interligação das experiências passadas com as potencialidades, a consciência do momento presente e as expectativas do futuro” (*ibid.*). Ao mesmo tempo, o autor esclareceu que a localização da psique no corpo é algo a ser alcançado, e é uma aquisição que “de modo algum se encontra ao alcance de todos” (*ibid.*, p.143), como pode ser percebido no paciente psicótico, onde a vinculação entre a psique e o soma pode se perder, ou nunca ter sido encontrada.

Por enfatizar a importância da pele no processo de localização da psique *no* e *dentro* do corpo, o autor chamou a atenção para o manuseio da pele como algo importante, enquanto um estímulo para uma vida saudável dentro do corpo, da mesma forma em que os modos de segurar a criança auxiliam o processo de integração. Com uma função ambiental de segurança, o bebê pode conquistar o “eu” separado do “todo o resto é não-eu”, com a pele funcionando como limite, e, assim, a “psique começa a viver no soma e uma vida psicossomática se inicia” (Winnicott, 1979 [1960], p.60). Por outro lado, quando uma “frustração instintiva provoca um sentimento de desesperança, a fixação da psique no corpo pode ficar enfraquecida” (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.144), ocorrendo períodos de não relação entre a psique e o soma. Por ter entendido o quanto o corpo é essencial para a psique, o autor assinalou as consequências dessa interrupção na comunicação psique-soma tanto nas perturbações na constituição do eu como nas doenças de pele, que podemos observar com frequência nos indivíduos alérgicos, manifestadas pelos eczemas e dermatites atópicas.

Uma outra contribuição importante de Winnicott ao estudo do papel do corpo no funcionamento psíquico, pode ser encontrada no seu texto *Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional*, escrito em 1950 e ampliado até 1955. O autor inicia o artigo, que foi lido em 1950 para a *Royal Society of Medicine*, afirmando: “A principal idéia que este estudo da agressão veicula é que,

se a sociedade está em perigo, a razão disso não se encontra na agressividade do homem, mas na repressão da agressividade pessoal nos indivíduos” (Winnicott, 1978 [1950-5], p.355). Tendo presenciado duas guerras mundiais, o autor teve oportunidade de formar idéias pessoais sobre o tema, mas foi principalmente durante a 2ª Grande Guerra, quando trabalhou, já como psicanalista, em um abrigo para crianças consideradas desajustadas, que Winnicott pôde vivenciar uma realidade que influenciou seu pensamento. Entendemos o sentido da frase mencionada acima a partir do significado que Winnicott atribuiu à agressividade no desenvolvimento, que o levou a concluir pela distorção no uso da agressividade como decorrente de falhas ambientais.

Em uma palestra para uma sociedade de analistas britânicos, em 1967, Winnicott rememorou as dificuldades experimentadas quando expôs sua opinião sobre as raízes da agressividade, que iam de encontro às predominantes no meio psicanalítico, na medida em que “os psicanalistas foram as únicas pessoas (...) que sabiam que existe algo que não era meio ambiente. (...) a coisa era como retornar ao meio ambiente sem perder tudo o que fora ganho pelo estudo dos fatores internos” (Winnicott, 1989 [1967], p.439). É sobre essa questão que trata o artigo de 1950-5, onde fica evidente a divergência entre as concepções de Winnicott e as de Freud e Melanie Klein. Na teoria freudiana, a agressividade é concebida como reação às frustrações no contato com o princípio de realidade, idéia não acompanhada por Winnicott que negava a possibilidade do bebê, no início, manter contato com a realidade em função da própria imaturidade. Em relação à teoria kleiniana, a divergência se acirra pelo fato da autora considerar a agressividade, desde os estágios primitivos, como decorrência de fatores constitucionais, concepção que o autor considerava inadequada. Sobre o trabalho de Klein, em texto posterior Winnicott reafirma sua discordância, enfatizando que:

(...) a tentativa de Melanie Klein de enunciar a história inicial da agressão estava condenada ao fracasso, desde que ela tentou enunciá-la separadamente da questão do comportamento do meio ambiente (Winnicott, 1989 [1962], p.345).

No texto de 1950-5 sobre a agressão, Winnicott estabeleceu uma articulação entre a herança biológica do ser humano e os primórdios de seu funcionamento psíquico, salientando o papel desempenhado pelo corpo da

criança, desde as primeiras experiências vividas com a colaboração do ambiente materno, na inauguração de sua atividade mental. Ao conceber a agressividade, em sua origem, como sinônimo de atividade, o autor fez referência à motilidade primitiva, que não deve ser classificada como elemento do ego nem do id, mas como a consequência de uma “força vital” (1978 [1950-5], p.371), responsável pelos impulsos, e que torna possível o movimento e o erotismo muscular. Assim, para o autor cada bebê tem um potencial erótico biológico e um componente agressivo, sendo que este é extremamente variável porque depende da quantidade de *oposição ambiental* encontrada, ou seja, “a oposição afeta a conversão da *força vital* em potencial de agressão” (*ibid.*), ao mesmo tempo em que cria o mundo externo. Nas palavras de Winnicott:

Quando há saúde, os impulsos do feto provocam a descoberta do meio ambiente, este último sendo a oposição que o movimento encontra, e que é sentida durante o movimento. O resultado, neste caso, é um reconhecimento inicial de um mundo *não-eu* e um estabelecimento inicial do *eu* (Winnicott, 1978 [1950-5], p.371).

Com uma maternagem suficientemente boa no início, quando o amor é expresso em termos físicos tanto no útero quanto nos braços, o bebê “pode começar a existir e, ao fazê-lo, ter experiências do id. É estabelecido um estágio no qual há um máximo de infusão de motilidade nas experiências do id” (1978 [1950-5], p.366). Desta forma, tanto o feto que dá ‘pontapés’ no útero, quanto o bebê muito novo que morde o mamilo com as gengivas, estão expressando uma impulsividade anterior à destrutividade primária, portanto sem conotação agressiva intencional. Assim, a agressão pode ser entendida como fazendo parte de uma expressão primitiva de amor, ou seja, o impulso amoroso primitivo só é agressivo por acaso.

O termo “força vital” surge pela primeira vez, no texto winnicottiano, na carta que escreveu à sua irmã Violet, em 1919, após a leitura de *A interpretação dos sonhos*, de Freud (1900), para explicar o conceito freudiano de pulsão como “uma força vital que deve se exteriorizar” (Winnicott, 1919 *apud* Rodman, 1987, p.1). Quando se referiu a essa força no início da vida, Winnicott fez referência a tensões ou excitações instintuais que, em associação com a motilidade crescente, vão se expressar por meio da impulsividade. Para estágios posteriores, quando já

há uma integração pessoal em um ego, o autor utilizou o termo *instinto* ou *vida instintual*, por considerar que “não faz sentido usar a palavra ‘id’ para fenômenos que não são registrados, catalogados, vivenciados e eventualmente interpretados, pelo funcionamento do ego” (Winnicott, 1979 [1962], p.55).

Concluimos que, ao considerar a experiência da agressividade como elemento positivo e fomentador do desenvolvimento, como “evidência de vida” (Winnicott, 1979 [1959-1964], p.117), o autor reafirma sua convicção em relação à necessidade de que o bebê, ainda recém-nascido, possa utilizar seu gesto impulsivo, expresso pelo corpo, de forma espontânea para ir de encontro à oposição do meio, de tal forma que essa experiência seja vivida, concomitantemente, em seu aspecto erótico. Assim, é esta impulsividade, e a agressão que se desenvolve a partir dela, “que faz com que o bebê necessite de um objeto externo” (*ibid.*, p.373), e, gradativamente, inicie uma relação com esse objeto.

É importante registrar que no início do texto sobre a agressividade, portanto escrito em 1950, Winnicott expressou sua conclusão de que “antes da integração da personalidade há agressão” (1950-5, p.356), mas, por ter feito revisões no artigo, na medida da evolução de suas idéias, acrescentou uma nota onde admitiu “eu agora ligaria esta idéia à de motilidade” (*ibid.*, p.373), fazendo referência ao trabalho de Marty e Fain, de 1955. No referido trabalho, Marty e Fain, psicanalistas precursores da pesquisa sobre transtornos psicossomáticos, enfatizaram a importância das satisfações sensório-motoras primitivas no estabelecimento de futuros padrões evolutivos, e expressaram o interesse no aprofundamento do estudo sobre a função da realização alucinatória do desejo na capacidade, do bebê, para suportar certo grau de tensão interior.

O resultado desse estudo, que recebeu o título *Importance de la motricité dans la relation d’objet*, foi apresentado no Congresso de Psicanalistas de Língua Romana, realizado em Paris em 1953, e publicado na *Revue Française de Psychanalyse*, em 1955. Nele, os autores assinalaram como a motricidade e a sensorialidade, que regulam a relação primitiva mãe-bebê desde a vida intra-uterina, vão preceder, e ser condição para, o surgimento do pensamento, estando no núcleo da organização psíquica do indivíduo. Nas palavras de Marty e Fain:

Cremos que a evolução da motricidade de um indivíduo pode ser considerada como um núcleo essencial da formação de sua personalidade, de tal forma que as expressões motoras que são reencontradas na relação de objeto do adulto não constituem mais que uma pequena parte do quanto a motricidade está implicada nesta relação (Marty & Fain, 1955, p.209).⁸⁰

A proximidade de Winnicott com as idéias de Pierre Marty também pode ser encontrada na abordagem evolucionista, que ambos autores adotaram embora cada um à sua maneira. Marty (1976), como apresentado no capítulo I, teve como inspiração a corrente vitalista de pensamento, da qual utilizou o conceito de *força vital*, de origem biológica, que seria responsável pelas sensações e pela motilidade presentes na vida do ser humano, assim como pela dinamização da vida psíquica, para elaborar sua doutrina evolucionista da economia psicossomática. Winnicott, influenciado por Darwin e Freud, fez uma adequação da noção de provisão biológica enquanto fonte de energia e vitalidade, e do papel da sexualidade, para enfatizar a condição de dependência do ser humano, no início, da provisão fornecida pelo ambiente materno. Na metodologia de trabalho dos autores, no entanto, encontramos diferenças. Marty (1976) considerava que a compreensão da evolução afetiva e mental da criança só pode se realizar por meio do conhecimento da vida afetiva e mental do adulto, enquanto Winnicott estudou diretamente os bebês, e pacientes psicóticos em estado de profunda regressão.

Sendo de nosso interesse conhecer as primeiras formas de articulação da psique com o corpo, para podermos identificar os momentos em que o surgimento de falhas levam ao transtorno psicossomático precoce, abordaremos a contribuição de Winnicott focalizando desde as primeiras experiências, nascimento e amamentação, para alcançarmos as etapas em que o bebê se constitui como uma unidade psicossomática.

⁸⁰ No original: “Nous croyons que l’évolution de la motricité d’un individu peut être considérée comme un noyau essentiel de la formation de sa personnalité, au point que les expressions motrices que l’on retrouve dans la relation d’objet de l’adulte ne constituent qu’une faible partie de ce en quoi la motricité est impliquée dans cette relation”.

3.5.1. A experiência do nascimento

Ao pretendermos examinar as condições necessárias para que ocorra o “assentamento da psique no corpo” (1988 [1954-1970], p.177), e a gradual aquisição da unidade psicossomática que constitui o ser humano saudável, iniciamos a trajetória a partir de uma época remota, ainda no útero, que Winnicott nomeia como “estágio pré-primitivo” (*ibid.*, p.153). Nessa época, a unidade é o conjunto ambiente-indivíduo e, conseqüentemente, não se pode pensar em um indivíduo, ainda que a semente de todo o desenvolvimento futuro já esteja presente. Para focalizar o que pode ser entendido como o nascimento psicológico do ser, Winnicott considerou que “no princípio há uma solidão essencial” (*ibid.*), e dela emerge o indivíduo, mas na condição de uma dependência máxima da qual não tem a menor consciência. Anterior à experiência do “primeiro despertar” (*ibid.*, p.154) o que existe é um estado de “não-estar-vivo cheio de paz” (*ibid.*), que o autor comparou à morte, concluindo que “a vida de uma pessoa consiste num intervalo entre dois estados de não-estar-vivo” (*idem.*).

De acordo com Winnicott, é possível supor que “a partir da concepção, o corpo e a psique se desenvolvem juntos, inicialmente fundidos e gradualmente tornando-se diferenciados” (Winnicott, 1978 [1949a], p.336). Nessa época predomina uma continuidade de experiência que o autor identificou como “os primórdios do *self*” (*ibid.*), e que só é modificada quando o bebê tem que reagir a alguma perturbação ambiental, decorrente de alguma modificação no estado físico ou emocional da mãe. Em certa medida a perturbação ambiental, que é vivida pelo bebê como uma *invasão* (*ibid.*), pode ser considerada como um proveitoso estímulo, mas quando muito intensa, ou freqüente, é prejudicial porque produz uma *reação* (*ibid.*) que interrompe a continuidade do ser, e “enquanto está reagindo o bebê não está existindo” (*ibid.*, p.328).

Durante a gestação, em decorrência do amadurecimento, os bebês começam a se movimentar no útero. Winnicott (1988 [1954-1970]) presumiu, a partir de evidências clínicas provenientes de seus pacientes psicóticos, que os movimentos executados pelo bebê, nessa etapa, são significativos, assim como o é a quietude, de modo que as memórias corporais, que são pessoais, ficam estocadas

no cérebro, e começam “a juntar-se para formar um novo ser humano” (1988 [1954-1970]) p.39). Estas memórias vão ser úteis no momento do nascimento, ocasião em que o bebê apenas reage enquanto o ambiente predomina, para logo depois voltar ao estado de quietude. Já estando preparado, desde o período intra-uterino, para algum tipo de invasão ambiental, o bebê já passou, também, pela experiência de retorno do estado de reação para o de não ter mais que reagir, única condição, enfatizou o autor, em que o *self* pode existir. Assim, “a experiência do nascimento é uma amostra exagerada de algo que o bebê já conhece” (Winnicott, 1978 [1949a], p.325), embora possa produzir mudanças se o parto for demorado.

Tendo já acontecido, em algum momento da vida intra-uterina, um “primeiro despertar”, quando se aproxima o momento do nascimento ocorre um “grande despertar” (Winnicott, 1988 [1954-1790], p.39), como se o bebê estivesse se aprontando para participar desse importante evento. A efetividade de sua ocorrência, no nascimento a termo, é perceptível pela diferença existente tanto em um bebê que nasce prematuramente quanto outro que nasce pós-maduro, na medida em que o “o primeiro ainda não está pronto para a vida, e o segundo está sujeito a nascer num estado de frustração⁸¹, por ter sido mantido à espera depois de estar pronto” (*ibid.*). Assim, os fetos, que completam o período de gravidez, chegam ao momento do parto cada um com sua capacidade individual, ou sua incapacidade, de lidar com as grandes mudanças que ocorrem nesse momento, e, em todos os casos, assim que se dá o nascimento, o “efeito da psicologia da criança se torna perceptível em sua saúde física” (*ibid.*).

Em condições adequadas de nascimento, Winnicott (1988 [1954-1970]) propôs que, do ponto de vista do bebê, a mudança do estado intra-uterino para o estado de recém-nascido é provocado pelo próprio bebê, que já está biologicamente pronto para as mudanças. Assim, o bebê tem uma série de impulsos, e a “progressão em direção ao nascer surge no interior da capacidade do bebê de se sentir responsável” (*ibid.*, p.166), ou seja, para o bebê foi seu próprio “estar vivo” que produziu as mudanças, e esta experiência adquire um importante significado.

⁸¹ A palavra “frustração” aqui está sendo empregada no sentido popular, e não técnico, já que, para Winnicott, a frustração só ocorre quando o bebê é capaz de ter expectativas em sua mente, o que depende do amadurecimento.

Por outro lado, é possível compreender que o bebê que nasce de cesariana perde alguma coisa, por ter sido privado da experiência de sua própria participação no nascimento, e também em relação ao fator tempo, quando a opção pelo parto cirúrgico decorre do surgimento de algum imprevisto. Se a mudança de procedimento trazer alguma demora, o bebê não tem como saber, por exemplo, o quanto é meia hora para resolver o problema, e esse tempo pode ser vivido como uma espera “infinita”. Sobre esta questão, Winnicott assinalou que o comportamento do ambiente materno vai ser determinante para amenizar as consequências deste fato, mas admitiu que a dificuldade de lidar com o tempo que surge mais tarde na criança, como também quando aparece no adulto, pode estar relacionada com a ansiedade decorrente de “adiamentos impossíveis de compreender” (1988 [1954-1970]), p.167) nos primórdios, quando os mecanismos mentais que permitem a previsão ainda não se estabeleceram.

Quando surgem outras condições adversas inesperadas, como a existência de “circular de cordão”⁸² que faz o parto ser atrasado, ou quando, por algum problema na saúde da mãe, ele é antecipado, o parto se torna traumático, originando uma *invasão* de intensidade ou duração perturbadoras. Mas, como apresentamos acima, no nascimento não-traumático, que não é precipitado nem excessivamente prolongado, a reação à invasão que o nascimento acarreta não excede aquilo para o qual o feto estava preparado, na medida em que já alcançou, em grau suficiente, a capacidade de “construir pontes sobre os abismos da continuidade do ser que as reações à invasão representam” (*ibid.*, p.165). Em síntese, para Winnicott, assim como para Freud (1926), o processo de nascimento em si não é traumático.

No texto *Inibições, sintomas e angústia*, de 1926, Freud desenvolveu sua concepção sobre a origem e a finalidade da angústia e, ao abordar o momento no nascimento, afirmou que:

A primeira experiência de angústia pela qual passa um indivíduo é o nascimento, e, objetivamente falando, o nascimento é a separação da mãe. (...) Mas infelizmente estamos impedidos de fazer uso dessa correlação, pelo fato de que o nascimento não é experimentado subjetivamente como uma separação da mãe, visto que o feto, sendo uma criatura

⁸² Este termo designa uma condição anômala, quando o cordão umbilical está enrolado no pescoço do feto, podendo asfixiá-lo no momento do parto.

completamente narcísica, está totalmente alheio à sua existência como objeto. (Freud, 1926, p.154)

Tanto Freud quanto Winnicott discordaram do trabalho de Otto Rank (1924), sobre o trauma do nascimento. Freud (1926) considerou sem fundamento a concepção de Rank (1924), segundo a qual a renovação de certas impressões sensoriais, recebidas na ocasião do nascimento, pode evocar na criança uma reação de angústia e ocasionar as primeiras fobias, por entender que “não é crível que uma criança retenha coisas além de sensações tácteis e gerais, relacionadas com o processo de nascimento” (Freud, 1926, p.154). Winnicott (1978 [1949a]) compreendeu que, no nascimento normal, como o bebê já está preparado, a experiência é suportável, e não deixa maiores danos nem sensação de desamparo.

Entre outras experiências com que o recém-nascido vai ser confrontado, logo no início, uma se refere à entrada em cena da ação da gravidade, que Winnicott (1988 [1954-1970]) considerou relevante não só em relação aos cuidados de bebês muito novos, como também no trabalho com pacientes psicóticos em estado de regressão profunda. Ao deixar o ambiente intra-uterino, onde era contido e amado por todos os lados, o bebê passa para a condição de ser amado “de baixo para cima” (*ibid.*, p.151), e o cuidado materno no modo de segurar o bebê, envolvendo-o por inteiro, pode ajudá-lo a se acostumar à nova condição. A importância da atenção dada pela mãe ao corpo todo do bebê não só é uma forma de demonstrar seu amor, como também de evitar que surja, no bebê, o sentimento de “cair para sempre” (Winnicott, 1979 [1962], p.57), que pode ser provocado pelo modo de segurar inseguro. O autor assinalou que as falhas nessa experiência podem provocar as “angústias impensáveis” (*ibid.*) características das angústias psicóticas.

No processo do nascimento ocorre uma grande mudança, disse Winnicott (1988 [1954-1970]), devida ao início do ato de respirar. Desde antes de nascer, o bebê pode se tornar consciente da respiração da mãe, no sentido de perceber os movimentos abdominais ou as mudanças rítmicas de pressão e ruído, de modo que se beneficia do contato com a pele da mãe, e com a sensação de ser movimentado pelo sobe e desce de sua barriga. Segundo o autor,

(...) é possível que, para o bebê recém-nascido a respiração significativa é a da mãe, enquanto a sua própria respiração acelerada não tem sentido algum, até que esta comece a se aproximar da frequência do ritmo respiratório da mãe (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.168).

Por outro lado, ainda que o início da respiração não tenha maiores repercussões, Winnicott admitiu que na criança asmática, ou seja, que já tem uma propensão física para a asma, ou mesmo para outros distúrbios respiratórios como a bronquite e a rinite, o vaivém da respiração pode ser vivido com ansiedade pela “falta de controle sobre o que se move para dentro e para fora” (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.183). A partir de sua clínica Winnicott (1978 [1949a]) concluiu também que, entre as experiências vividas numa condição de parto demorado, o traço mnésico da restrição do peito pode ser muito forte, o que o levou a relacionar este acontecimento com o surgimento futuro de desordens psicossomáticas, especialmente perturbações da respiração de vários tipos.

3.5.2. A amamentação

Depois do nascimento, a amamentação é outra experiência que, pela riqueza de oportunidades proporcionadas ao bebê, no sentido de seu desenvolvimento pessoal, merece destaque em nosso estudo. Como assinalado por Winnicott (1988 [1954-1970]), logo após o nascimento o recém-nascido se encontra em um estado de elevada sensibilidade às mudanças de textura e temperatura, e muitas vezes também em termos psicológicos, necessitando, por isso, de um período de tempo no qual possa se recuperar da quebra na continuidade de ser até recomençar a ter impulsos, inclusive para buscar alimentação. Nestas condições, o ideal seria, principalmente se o parto foi de alguma forma complicado, que ele pudesse ficar, por alguns minutos, em contato com o calor da pele materna, no silêncio, o que recriaria um ambiente próximo daquele que vivenciou no útero. Admitimos a situação como ideal porque, na maior parte dos nascimentos em maternidades, a prevalência dos cuidados técnicos, ainda que eficientes, não levam em conta essa necessidade, que é tanto do recém-nascido como da mãe.

Ao considerar a mãe como a pessoa mais indicada para julgar a técnica alimentar que seu bebê necessita, Winnicott criticou a realidade das maternidades onde o bebê permanece em ambiente separado, e não no mesmo quarto que a mãe, e também onde muitas vezes, na hora da amamentação, uma enfermeira, com cuidados técnicos mas sem devoção pessoal, “empurra a boca do bebê, que chora, de encontro ao seio da mãe aturdida, frustrada e, freqüentemente assustada” (Winnicott, 1978 [1948], p.297), interferindo na possibilidade de que tanto a mãe quanto o bebê descubram, juntos, qual o ritmo alimentar adequado para ambos. O autor assinalou que, por melhores que sejam as intenções dos profissionais, não se deve “tentar ensinar às mães como fazer algo que, na verdade, não pode ser ensinado” (*ibid.*, p.293), sendo mais proveitoso dar à mãe a oportunidade de descobrir, por si mesma, como desempenhar sua tarefa, e, ainda que ocorram erros, esses podem se constituir em uma forma proveitosa de aprendizagem se ocorrerem novas tentativas.

Em relação ao início da alimentação, Winnicott (1988 [1954-1970]) percebeu que existem variações, entre os bebês, quanto à manifestação instintiva que permite a amamentação, de modo que alguns bebês podem ser considerados ‘difíceis’ desde o começo. Da mesma forma, pode haver variação na capacidade materna de oferecer o seio, em função de dificuldades psicológicas pessoais ou do estado físico do mamilo. Em consequência, por não existir um padrão, a amamentação vai começar quando bebê e mãe estiverem prontos um para o outro.

Principalmente, a importância da amamentação nos primeiros tempos se relaciona não só ao fato de que, a partir dela, várias funções orgânicas, como a digestão e a excreção, têm seu início, como pelas experiências corporais daí decorrentes. Winnicott utilizou o momento da amamentação para desenvolver seus conceitos a respeito dos primeiros contatos do bebê com o mundo, e com a realidade compartilhada, partindo do princípio que no estágio inicial, de dependência absoluta, o bebê ainda não separou um não-eu do que é eu e, conseqüentemente, a maneira pela qual a mãe se comporta faz realmente parte do bebê.

Este momento é nomeado por Winnicott como a “primeira mamada teórica” (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.120), embora o autor chame a atenção para o fato de que é constituída pela soma das experiências iniciais de muitas

mamadas. É importante ressaltar que, para o autor, a importância desse momento ultrapassa a da mera saciação da fome, mas também não se refere à satisfação da oralidade, já que a extrema imaturidade do recém-nascido não permite significar a experiência. Ao focalizar principalmente o processo de desenvolvimento pessoal, no lugar do desenvolvimento das funções sexuais, Winnicott entendeu que essa primeira experiência, se positiva, ou seja, ocorrendo por meio do apoio materno seguro, favorece ao bebê utilizar os detalhes de sensação e de cheiro no estabelecimento de um padrão para as próximas mamadas, e a relação com a realidade externa começa a se estabelecer. Para enfatizar a diferença no seu modo de pensar em relação à psicanálise tradicional, que se preocupa mais com as satisfações pulsionais, Winnicott afirmou:

Estamos mais interessados na provisão ambiental que torna todo o resto possível: isto é, estamos mais preocupados, aqui e agora, com a mãe segurando o bebê nos braços do que com a mãe alimentando o bebê (Winnicott, 1980 [1965], p.175).

Ao afirmar que “um seio bom não é bom para o lactente, a menos que seja criado por este” (Winnicott, 1979 [1963], p.165), o autor se distanciou do conceito de *objeto interno* kleiniano, fruto do mecanismo de introjeção de uma realidade já percebida, e propôs a concepção de um *objeto subjetivo* (*ibid.*, p.164), fruto da capacidade do bebê, movido pelo impulso originado na necessidade, de *criar*. Assim o bebê, que está em repouso, é levado a sair deste estado pelo crescimento da tensão instintiva da fome. A mãe coloca o seio de forma a ser encontrado pelo bebê, permitindo que ele tenha a *ilusão* (Winnicott, 1978 [1948], p.296) de que o criou, ou seja, se a mãe responde de forma adaptada ao “gesto espontâneo” do bebê em reação à sensação desconfortável, movimentando a mão ou a boca, o bebê faz a experiência de que criou aquilo que encontrou. Então, “o lactente *cria e recria o objeto*, e o processo gradativamente se forma dentro dele e adquire apoio na memória” (Winnicott, 1979 [1963], p.164).

A ênfase que o autor atribuiu à capacidade criativa onipotente do bebê nos permite ressaltar que, em toda a sua obra, Winnicott manteve claro, ao descrever os fenômenos que encontrava, que o fazia a partir do ponto de vista do bebê, e não do observador. Em decorrência, localizamos outra contribuição de Winnicott (1988 [1954-1970]) à teoria psicanalítica, por meio de sua concepção da

existência de uma *criatividade primária* que permite entender um papel mais ativo para o bebê, desde o início, já que o coloca em posição de ter uma “contribuição pessoal a fazer” (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.130), na dependência de como a mãe adaptada assim o favoreça, e não apenas limitado a *introjetar* o mundo, para depois o *projetar*.

Para abordar o mecanismo envolvido no movimento criativo, Winnicott utilizou o termo *alucinação*, mas a partir de sua concepção pessoal. Em relação às experiências precoces do bebê, o termo *alucinação* surge primeiro no texto freudiano através da explicação de que, quando frente a uma situação de desprazer, “o bebê provavelmente alucina a satisfação de suas necessidades internas” (Freud, 1911, p.279). No artigo *Desenvolvimento emocional primitivo*, de 1945, trabalho que Winnicott considerou sua contribuição inicial às teorias predominantes na época, e que pode ser considerado como o “divisor de águas no seu trabalho” (Phillips, 1988, p.76), o momento de *ilusão* é abordado como consequência de uma experiência na qual o bebê, excitado, está “pronto para *alucinar* algo para ser atacado” (Winnicott, 1978 [1945], p.279). A utilização do termo “alucinação” também está presente no artigo *Pediatria e psiquiatria*, de 1948, quando é mencionada a “prontidão para *alucinar* um objeto e (...) gradualmente criação do objeto esperado” (p.296), e no texto *Psicose e cuidados maternos*, de 1952, onde aparece a referência à “primeira alimentação teórica” (p.381), e ao “potencial criativo do indivíduo que se origina da necessidade e produz prontidão para uma *alucinação*” (*ibid.*).

Acompanhado a evolução de seu pensamento percebemos que, cada vez mais, a capacidade de criação ganha espaço em detrimento do mecanismo alucinatorio, como meio de contato com o objeto, ainda subjetivo. Enquanto no texto de 1945 a criatividade não é mencionada, em 1948 alucinação e criação surgem simultaneamente, já que a maneira como são apresentadas não permite uma localização temporal clara, e, no artigo de 1952, a capacidade criativa é condição para a alucinação. Finalmente, no livro *Natureza Humana*, escrito em 1954, mas que até 1970, um ano antes de sua morte, Winnicott não cessou de rever e revisar (Clare Winnicott, 1988), quando se refere à “primeira mamada teórica”, ou, seja, à sequência das experiências de amamentação dos primeiros meses, afirmando:

Creio que não seria inadequado dizer que o bebê está pronto para ser criativo. *Haveria a alucinação de um objeto*⁸³, se houvesse material mnemônico para ser usado nesse processo de criação, mas isso não pode ser postulado considerando-se que é uma primeira mamada teórica (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.122).

Lembramos que, por volta de 1955, Winnicott entrou em contato com o trabalho dos psicanalistas Marty e Fain (1955), no qual a motricidade e a sensorialidade são admitidas como anteriores ao mecanismo alucinatório, e condição para o surgimento dos processos psíquicos. Possivelmente inspirado nesse trabalho, na medida em que veio de encontro à sua própria elaboração, Winnicott esclareceu o sentido que atribuiu ao termo em artigo de 1960, onde fez referência a uma experiência de natureza primeiramente sensorial, vivida pelo corpo mas sem percepção e, portanto, sem representação. Nesse artigo, o autor assinalou que a mãe suficientemente boa permite a experiência de criatividade do bebê, que é, ao mesmo tempo, uma experiência de onipotência, acolhendo os impulsos eróticos e a motilidade do filho, expressos no seu gesto espontâneo, e um verdadeiro *self* começa a ganhar vida por poder acreditar na realidade externa. Aqui, a ênfase é focalizada no gesto espontâneo, puramente motor, e na “alucinação sensorial” (Winnicott 1979 [1960], p.133), como condição para o bebê vir a usar símbolos, e, conseqüentemente, se relacionar com o objeto externo.

Consideramos necessário registrar que, como salientado pelo autor, as irregularidades ocorridas no momento da amamentação, por um manejo inadequado do bebê pela mãe, podem produzir um padrão de insegurança no relacionamento futuro, o que se reveste de importância para o nosso trabalho. Conforme mencionamos anteriormente, cada bebê tem um tempo próprio para se recuperar da invasão no sentimento de continuidade provocado pelo nascimento, e, da mesma forma, tem um modo pessoal de experimentar os impulsos instintivos na busca pelo seio, não sendo de todo incomum que, mesmo mães saudáveis, vivam certo nível de ansiedade nesse momento. Quando o bebê descobre o mamilo, o que muitas vezes demanda uma certa espera, pode precisar explorar o

⁸³ Grifo nosso

seio antes de começar a mamar, e essa ‘técnica’ é necessária porque o bebê está, fundamentalmente, envolvido na tarefa de *criar* o seio que já o espera.

Se a ansiedade materna é maior do que sua capacidade de se identificar com o seu bebê, não a permitindo se colocar no lugar dele e ter paciência, ao invés do bebê encontrar o que criou pode ocorrer um desencontro, vivido por ele como uma nova invasão, e, segundo Winnicott, as falhas nesse princípio podem causar sofrimento, para ambos, que podem durar anos e até para sempre.

3.5.3. Integração e personalização: as tarefas do bebê

Como já apresentamos, ao conceituar o estado inicial do ser, Winnicott propôs um estado de não-integração primária, no útero, quando o feto ainda não pode ser considerado como uma unidade. Os impulsos instintivos e a motilidade crescente, assim como os estados de quietude, permitem as primeiras experiências, que são registradas e estocadas como experiências sensoriais, constituindo os primórdios da vida psíquica. Logo ao nascer, pela ação da tendência inata ao desenvolvimento e do cuidado ambiental, além do funcionamento de um cérebro intacto, tem início o processo de *integração* (Winnicott, 1978 [1945], p.274) da personalidade, ainda que, de tempos em tempos, possa haver um retorno à não-integração para descanso. Por ser um processo, e não uma aquisição previamente dada, o recém-nascido vai precisar ‘dar conta’ de diferentes tarefas para conquistar o *status* de pessoa, com um ego em funcionamento.

No começo da vida do bebê winnicottiano ocorrem longos períodos durante os quais ele não é mais que um agrupamento de impressões, e sentimentos desconstruídos, entremeados por momentos quando se sente coeso. O cuidado materno, que mantém sua temperatura adequada, o maneja, embala e nomeia, em conjunto com as experiências instintivas, possibilitam que a personalidade do bebê se torne “una a partir do interior” (1978 [1945], p.275), e, pela repetição, que ocasionalmente ele possa se tornar uma pessoa total. Entre as tarefas básicas com que o bebê se envolve, nesse início, as primeiras se referem à sua integração no tempo e no espaço (Winnicott, 1979 [1962]).

Por ainda não ter noção de mundo externo, o recém-nascido vive uma continuação da existência já conhecida desde o período intra-uterino, quando alguns acontecimentos temporais, como a alternância entre os estados de quietude e movimento, e a respiração da mãe, já foram experimentados. Após o nascimento, a repetição dos momentos de amamentação, de cuidados higiênicos, assim como os deslocamentos do berço para o colo materno, vão sendo memorizados e permitindo o estabelecimento de um padrão, que mais tarde favorecerá a possibilidade do bebê prever os acontecimentos. Mas nesse início o tempo faz parte do mundo subjetivo do bebê, e a mãe ‘suficientemente boa’, através de seu *holding*, respeita esse tempo ao invés de impor a realidade externa, de forma que a alimentação é oferecida “exatamente quando o bebê a quer, e cessa quando o bebê cessa de a querer” (Winnicott, 1964, p.34).

Da mesma forma, quando vai pegar o bebê no colo, a mãe sabe que ele precisa receber um aviso de que alguma mudança vai ocorrer, o levanta segurando todas as partes do corpo em conjunto, e, principalmente, o gesto da mãe “começa, continua e termina” (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.137), fornecendo uma experiência total de confiança, que permite, ao bebê, não se integrar enquanto está sendo seguro, já que “o bebê se desmancha em pedaços a não ser que alguém o mantenha inteiro” (*ibid.*). Nesse momento, advertiu o autor, a falha ambiental se refere à “falha em carregar o bebê com segurança, para além do limite de tolerância do bebê naquele momento” (*ibid.*), já que o obriga a ter uma consciência prematura. Quando o ato materno de segurar é irregular, como, por exemplo, pela ansiedade decorrente do medo de deixar o bebê cair, ou por uma mãe angustiada cujas mãos tremem e o coração bate acelerado, o bebê “não pode dar-se ao luxo de relaxar” (*ibid.*), e o processo de integração é ameaçado a ponto de poder ocasionar um sentimento de desintegração, como Winnicott atestou na clínica.

Em boas condições de saúde e ambientais, portanto, a integração das potencialidades do bebê, por permitir o contato da psique com as experiências de sensação e motilidade, originadas no soma, vai favorecer o processo que Winnicott nomeou como *personalização* (Winnicott, 1978 [1945], p.274). Este processo, que designa o início da aliança psicossomática quando a psique passa a se alojar (*dwelling*) no corpo, recebe uma importância maior em nosso trabalho,

por nos possibilitar o entendimento dos caminhos pelos quais os entraves na organização psíquica, desde o seu início, podem resultar em distúrbios somáticos.

O autor esclareceu que optou em adotar a expressão *personalização* para sublinhar o aspecto positivo do seu oposto, a *despersonalização*, termo já usado tanto na psiquiatria como na psicanálise, e que, embora possa apontar para vários significados, de modo geral se relaciona com a perda do contato do paciente, criança ou adulto, com o corpo e o funcionamento corporal. A *personalização* envolve o sentido de que, para a pessoa total, o estabelecimento da morada no corpo é uma conquista da saúde, que permite não só a apreciação do tempo e do espaço, como de outras propriedades da realidade, resumidas sob o termo *realização* (*ibid.*), inclusive as relações objetais.

No processo de inserção da psique no soma, que vai dar origem à personalidade da “existência psicossomática” (Winnicott, 1979 [1960], p.45), o autor chama atenção para a sensibilidade da pele do bebê, que deve receber o mesmo grau de cuidados quando ele é manuseado, no estado de nudez do banho ou quando é vestido, daquele que recebe ao ser seguro no colo. Assim, as experiências de funções e sensações da pele, em seu papel de “membrana limitante” (*ibid.*), associadas ao erotismo muscular, vão fortalecer a coexistência saudável entre a psique e o soma.

O papel materno de adaptação ativa, fornecendo um ambiente de previsível confiança como expressão de seu amor, é fundamental, assim, desde os primeiros dias de vida. Ao enfatizar que ser amado é ser aceito incondicionalmente, Winnicott assinalou como essa necessidade também se revela na criança que nasce portando alguma deficiência física. A criança não sabe de sua condição ‘diferente’ já que, no começo, “tem um diagrama de normalidade que é, em grande parte, questão da forma e do funcionamento de seu próprio corpo” (Winnicott, 1994 [1970], p.205), e de como é recebida pelo ambiente. Para a criança, a normalidade deve ser a sua própria forma e função somática, de modo que tal como começa, assim quer ser aceita e amada, um amor sem sanções ou condições, o que nos permite estender a explicação dada por Winnicott àquelas crianças que apresentam, desde o nascimento, distúrbios orgânicos funcionais.

A relação entre a psique e as experiências corporais foi primeiramente apontada por Freud (1923), na sua construção teórica sobre a gênese do ego. Para Freud, “o ego é antes de tudo um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (1923, p.40), conceito que ampliou em 1927, acrescentando em nota de rodapé do mesmo texto: “Isto é, o ego em última análise deriva das sensações corporais, principalmente daquelas que se originam da superfície do corpo” (*ibid.*). Para Winnicott, as sensações provenientes do manejo materno estão na base dos processos constitutivos do ego, relativos à integração e personalização, portanto o uso que o autor faz do termo “ego”, não é o mesmo da psicanálise tradicional.

Ao afirmar “pode-se usar a palavra ego para descrever a parte da personalidade que tende, sob condições favoráveis, a se integrar numa unidade” (Winnicott, 1979 [1962], p.55), o ego a que o autor se refere não designa uma instância do aparelho psíquico, até porque Winnicott sempre relutou em trabalhar com conceitos da teoria estrutural freudiana, mas o aspecto da personalidade que tende à integração. Enquanto, para Freud (1923), “o ego é, na realidade, a parte organizada do id” (Freud, 1925, p.119), Winnicott afirmou “não há id antes do ego” (1979 [1962], p.55), enfatizando seu ponto de vista de que a mãe responde às necessidades do bebê, que são inicialmente corporais (cuidado, manejo) e posteriormente do ego. Assim, frente à hipótese da existência de um ego desde o início, o autor afirmou que “o início está no momento em que o ego inicia” (*ibid.*, p.56), acrescentando, em nota de rodapé, que “é bom lembrar que o começo é uma soma de começos” (*ibid.*).

Por admitir que a mãe, ao assumir a função de ego auxiliar do bebê através de seus cuidados, permite ao bebê se relacionar com objetos subjetivos e, eventualmente, ter contato com a realidade, Winnicott afirmou que:

(...) de começo o ego do bebê é, ao mesmo tempo, débil e poderoso. É débil ao extremo se não existe um meio ambiente facilitador satisfatório. Mas se a mãe fornece apoio ao ego, e, se ela faz isso de modo suficientemente bom, o ego do bebê é muito forte, e passa a possuir sua própria organização (Winnicott, 1994 [1964], p.81).

3.6. O transtorno psicossomático

A íntima relação entre o psíquico e o somático foi percebida, por Winnicott, desde os primeiros momentos de sua prática clínica, quando pôde detectar dificuldades de natureza emocional na origem de alguns distúrbios orgânicos que examinava. Em seu primeiro livro, *Clinical notes on disorders of childhood*, de 1931, escreveu sobre as crises de artrite de sua pequena paciente *Eleanor*, e identificou a existência de distúrbios emocionais na etiologia do transtorno, “assumindo uma atitude muito impopular e revolucionária em relação ao meio pediátrico de sua época” (Khan, 1978, p.10).

Em um dos seus primeiros artigos, *Notas sobre a normalidade e ansiedade* (1978 [1931]), Winnicott abordou algumas patologias, propondo seu entendimento a partir da identificação de estados ansiosos subjacentes, e considerou que entre os sintomas causados pela ansiedade estão aqueles que se expressam através de crises, cuja ocorrência é repetida a espaços de tempo mais ou menos regulares, e onde se inclui o distúrbio respiratório da asma. O autor endossou o conhecimento médico de que a asma alérgica é um distúrbio do funcionamento corporal, que pode ser provocado pela sensibilidade física do músculo brônquico a alguma substância inalada, mas acrescentou seu entendimento de que o mecanismo deflagrador do sintoma pode também estar relacionado a um “excesso de excitação que fica acima da capacidade de descarga” (Winnicott, 1978 [1931], p.87), conclusão que veio a ser enfatizada, posteriormente, pela afirmação de que “uma crise de asma pode ser puramente psicológica” (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.42).

Conhecedor da preocupação, entre os colegas médicos, em querer tratar e curar todo sintoma, Winnicott procurou alertá-los para as questões psicológicas dos pacientes infantis, enfatizando que cada sintoma tem seu significado, de forma que “não é lógico atacar o sintoma antes de reconhecer e lidar com o conflito mental subjacente” (Winnicott, 1978 [1944], p.189). A partir de sua convicção de que existe, em cada bebê, uma tendência natural em direção à saúde, tanto no sentido físico quanto psíquico, o autor considerou que uma grande parte das doenças físicas, na primeira infância, se deve a “uma invasão do meio

ambiente ou a uma deficiência ambiental” (Winnicott, 1978 [1953], p.212), não se tratando, portanto, de distúrbios do desenvolvimento. Assim, quando há apenas um distúrbio da fisiologia, ou seja, um distúrbio funcional, a doença é, na maioria das vezes, psicogênica.

Em 1941, Winnicott escreveu *A observação de bebês em uma situação estabelecida*, onde descreveu uma técnica de observação do comportamento de bebês, entre cinco e treze meses, que ficou conhecido como o “jogo da espátula”, e apresentou suas primeiras elaborações do que, mais tarde, viria a conceituar sobre o brincar, a criatividade, os fenômenos transicionais e o uso do objeto. Nesse texto, analisando o caso de *Margaret*, um bebê de sete meses de idade que sofria de asma, o autor estabeleceu a relação entre o desencadeamento do sintoma respiratório e um aumento no nível de ansiedade frente a uma situação de conflito.

Nas duas consultas em que atendeu a menina, e utilizou a técnica, Winnicott observou o comportamento de “hesitação” (1941, p.141), como era esperado, mas também percebeu, concomitantemente, a manifestação de espasmos brônquicos. Para o autor, a associação entre espasmo brônquico e ansiedade ficou clara, já que “a asma ocorreu, em ambas as ocasiões, durante o período em que a criança hesitou em pegar a espátula” (*ibid.* p.148).

As relações entre o funcionamento psíquico e o funcionamento somático foram ficando cada vez mais evidentes em sua prática, e ocupando mais espaço em suas preocupações teóricas. Por outro lado, o interesse de Winnicott pelo campo psicossomático não se direcionou para o estudo dos transtornos causadores de adoecimentos somáticos. Na década de 1940, o autor já tinha concluído sua formação como psicanalista, na Sociedade Britânica de Psicanálise, e, além do trabalho no hospital, atendia no consultório particular, sendo sua clientela basicamente formada por pacientes psicóticos bastante regredidos. Assim, ao concentrar sua atenção no processo de integração do psique-soma, Winnicott se dedicou a pesquisar os percalços desse processo em sua relação com as falhas do ambiente materno, originando patologias mentais.

Quando elaborou sua *Teoria da mente* (Winnicott, 1978 [1949b], p.411), Winnicott estabeleceu que só existe significado no uso da palavra *mente* quando em referência a uma forma de especialização da parte psíquica do psique-soma.

No período de dependência absoluta, se a mãe realiza uma adaptação ativa, a mente do bebê ainda não precisa entrar em funcionamento, só o fazendo no período de dependência relativa subsequente, quando a mãe pode falhar gradativamente na adaptação e a atividade mental do bebê transforma o relativo fracasso adaptativo em um sucesso adaptativo, de forma que “o que livra a mãe da necessidade de ser quase perfeita é a compreensão do bebê” (*ibid.*, p.413).

Por outro lado, se o ambiente materno não consegue uma adaptação *suficientemente boa* no início, as falhas ocorridas antes que o bebê esteja amadurecido para suportá-las são vividas como uma *invasão*, provocando no bebê a necessidade de reagir, e o funcionamento mental passa a funcionar autonomamente na tentativa de substituir a mãe boa, perturbando a continuidade do ser e debilitando a associação da psique com o soma.

Como nos revelam Davis & Wallbridge:

A maioria das pessoas aceita a trama psicossomática sem discussão, mas Winnicott percebeu-a como uma realização. Representa um desenvolvimento a partir das etapas iniciais nas quais a psique imatura (embora fundamentada no funcionamento somático) ainda não está vinculada ao corpo e à vida do corpo (Davis & Wallbridge, 1981, p.55).

Tendo estabelecido que a unidade psicossomática é resultado de uma conquista, quando a integração das potencialidades do bebê permite o contato da psique com as experiências originadas no soma, Winnicott (1987 [1949b]) considerou o funcionamento mental antes do tempo como um obstáculo para a continuidade do ser, de forma que, frente a invasões excessivas, provenientes de uma maternagem alterada, o bebê passa a memorizar, ou *catalogar* (*ibid.*, p.415), as reações ao invés de viver as experiências. Vemos, assim, que do ponto de vista do desenvolvimento, tal distorção é extremamente prejudicial porque a mente passa a ocupar uma função inapropriada, atraindo a psique, cuja atribuição no início é de realizar a elaboração imaginativa da experiência somática, e a afastando do relacionamento íntimo que originalmente mantinha com o soma.

Em palestra proferida perante uma platéia de médicos, na Sociedade de Pesquisa Psicossomática, em 1964, Winnicott apresentou sua concepção sobre os transtornos psicossomáticos, e afirmou:

A enfermidade no transtorno psicossomático não é o estado clínico expresso em termos de patologia somática ou funcionamento patológico (colite, asma, eczema crônico), mas sim a persistência de uma cisão na organização do ego do paciente, ou de dissociações múltiplas, que constituem a verdadeira enfermidade. (Winnicott, 1989 [1964], p.82).

Para Winnicott (1989 [1964]), a cisão patológica feita pelo paciente, da provisão ambiental, acarreta a separação do cuidado da psique do cuidado do soma. Por meio de sua teoria do desenvolvimento, o autor conceituou a enfermidade psicossomática como “o negativo de um positivo” (*ibid.*, p.88), onde o positivo é a tendência herdada para o alcance de uma unidade da psique e o soma, ou seja, de uma identidade baseada na experiência da psique e da totalidade do funcionamento físico. Essa tendência conduz o bebê no sentido de um corpo que funciona, e de uma personalidade com defesas contra a ansiedade. Por outro lado, o aspecto negativo aponta para a cisão entre a psique e o soma como um fenômeno regressivo, que emprega “resíduos arcaicos no estabelecimento de uma organização de defesa” (*ibid.*). O transtorno psicossomático, portanto, resultaria de uma debilidade no estabelecimento da morada da psique no soma, decorrente de uma maternagem não ‘suficientemente boa’.

Ao mesmo tempo, Winnicott assinalou a existência de um “valor positivo” (1987 [1949b], p.424) da perturbação psicossomática, na medida em que possa representar, para o indivíduo, a possibilidade de vir a alcançar a unidade do ser, mantendo a vinculação entre a psique e o soma mesmo que às custas do adoecimento físico. Compreendemos, assim, que, frente à ameaça de aniquilamento provocada pela ansiedade, o bebê pode reagir se encapsulando, e prolongando a cisão inicial indefinidamente, ou adoecendo no corpo com a esperança de conseguir viver um estado de dependência para atingir a unidade psicossomática, mas, em ambas possibilidades, com conseqüências danosas ao ser.

Ainda que Winnicott não tenha uma numerosa produção escrita sobre a relação entre os distúrbios da esfera emocional e o adoecimento somático, e mesmo seus trabalhos apontando esta relação, inclusive o que faz referência à asma, são do início de sua atuação como psicanalista, consideramos que o modelo

que criou, para descrever o processo de integração mente-corpo, se tornou um instrumento indispensável para a compreensão das afecções psicossomáticas, especialmente quando estas ocorrem na primeira infância.

As inovações apresentadas por Winnicott, a partir de sua teoria do amadurecimento, produziram não só um deslocamento em relação à ênfase no complexo de Édipo, como era tradicionalmente atribuída, na origem dos conflitos psíquicos, assim como redimensionaram o papel da sexualidade e da agressão nas relações precoces entre o bebê e a mãe. Entendemos que o autor, por enfatizar o estado de dependência inicial do recém-nascido, focaliza a autoconservação não como imperativo biológico, mas como uma demanda indissociável da continuidade do ser, sublinhando que as necessidades de que se trata, nesta etapa, não são apenas físicas mas também psicológicas, e a presença da mãe, através de sua adaptação ativa, é fundamental na provisão da confiança para o existir.

As interrupções no vir-a-ser da criança, ocasionadas por períodos em que a psique e o soma se desviam, enquanto unidade, do caminho do amadurecimento, serão analisadas através do material colhido na pesquisa de campo, onde será dada especial atenção à capacidade materna de se identificar com seu filho, proporcionando uma *adaptação ativa*.

METODOLOGIA

A questão central de nossa tese diz respeito à investigação da manifestação psicossomática na primeira infância, exemplificada por meio do distúrbio alérgico respiratório. Nossa proposta foi a de, utilizando os conceitos estabelecidos por Winnicott, buscar compreender a produção do sintoma psicossomático desde as etapas mais etapas precoces. Tomando como referência a noção winnicottiana de *ambiente materno*, cuja adaptação às necessidades do bebê é fundamental para lhe proporcionar a confiança na continuidade de existência, e garantir a integração do seu psique-soma (Winnicott, 1949b), este estudo pretendeu investigar a possibilidade de relação entre o adoecimento da criança e as falhas da mãe no fornecimento de um ambiente *ativamente adaptado*.

Para embasar nossa indagação, lembramos que no período descrito por Winnicott como a fase do *holding*, que compreende o primeiro ano de vida, o bebê evolui de um estado de *dependência absoluta*, passando pelo estado de *dependência relativa* até alcançar uma estabilidade psíquica que o permita prosseguir *rumo à independência*, na condição de que o ambiente materno lhe seja favorável. A importância crucial desse processo reside no fato de que, na medida da evolução de cada estado, ocorre a gradativa inserção da psique no soma que culmina com a conquista da unidade psicossomática pelo bebê (Winnicott, 1979 [1960]).

Como estabelecido pelo autor, a habilidade que a mãe boa comum tem para fazer uma *adaptação ativa* ao seu bebê, indispensável na adequada configuração do ambiente inicial, é uma decorrência do estado de *preocupação materna primária* (Winnicott, 1956a), que a mãe, emocionalmente saudável, desenvolve. Esse estado, que tem início logo após a concepção, ou quando já se sabe que a concepção é possível, atingindo seu ápice no período entre os meses finais da gravidez e os primeiros meses após o nascimento do bebê, permite à mãe conviver com as mudanças emocionais, físicas e fisiológicas da gestação, e a leva a transferir seu interesse para o bebê que está crescendo dentro dela. Principalmente, essa condição especial aponta para a capacidade da mãe de se

colocar no lugar do bebê, tornando-se sensível às necessidades dele e as respondendo como um ambiente ‘suficientemente bom’.

A questão norteadora que orientou o desenvolvimento desta pesquisa utilizou, do modelo de Winnicott, o conceito de *preocupação materna primária* como categoria teórica, que foi operacionalmente tratada com o foco na função de *adaptação ativa* materna, em relação a dois campos de experiência que permitem evidenciar a adaptação da mãe ao bebê nos seus primeiros meses de vida: o *contexto da gravidez e do parto* e a *amamentação*.

4.1. Descrição da pesquisa ⁸⁴

A população estudada foi constituída de mães – provenientes das classes populares e com idade entre 22 e 40 anos – e crianças, sendo estas portadoras de distúrbios respiratórios alérgicos e em tratamento no Ambulatório de Alergia do Hospital Municipal Jesus, que recebe crianças desde o primeiro ano de vida até 12 anos. Inicialmente as mães participantes foram informadas sobre as características do estudo e seus objetivos, e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), o que garantiu às entrevistadas o sigilo e a privacidade das informações. Nesta ocasião lhes foi perguntado se concordavam com as anotações e que a entrevista fosse gravada.

A seguir, iniciamos a pesquisa por meio de uma entrevista semi-estruturada com as mães (Anexo 2), que foi analisada numa abordagem qualitativa de acordo com o método de *análise do conteúdo* (Bardin, 1977; Minanyo, 1994). A pesquisa constou de 20 entrevistas, com duração média de 30 minutos, que foram posteriormente transcritas e editadas para análise. Com a finalidade de manter o anonimato das mães que forneceram as informações, assim como de seus filhos, foi feita uma codificação na apresentação dos relatos colhidos.

⁸⁴ O projeto dessa pesquisa foi previamente submetido ao Centro de Estudos do Hospital Municipal Jesus, e à Comissão de Ética em Pesquisa do Departamento de Psicologia da PUC/RJ, tendo recebido parecer favorável para a sua realização.

Os comportamentos tanto da mãe quanto da criança, ocorridos durante o tempo da entrevista, foram observados, e esta estratégia também permitiu que fôssemos remetidos ao tom afetivo presente na relação mãe-filho desde o seu início. Assim, no tocante à mãe, observamos a qualidade de sua atenção para com a criança enquanto era entrevistada, a forma de comunicação e os comentários emitidos, e, no tocante à criança, observamos a qualidade do contato com a mãe e a reação às mensagens maternas.

Em uma primeira etapa realizamos um pré-teste exploratório, com o objetivo de avaliar o instrumento levando em consideração o tempo necessário para sua aplicação. A realização do pré-teste foi importante no sentido de adequar as condições da entrevista, assim como de contribuir para o refinamento do roteiro utilizado. Por não termos acesso à agenda de marcação das consultas, que é feita em um prazo mínimo de 2 meses de antecedência, não tivemos conhecimento prévio da idade dos pacientes que iriam ser atendidos, e houve uma limitação, a duas tardes na semana, na disponibilidade de uma sala para recebermos as mães em um ambiente com um mínimo de silêncio e privacidade. As consultas são realizadas na parte da tarde e, num primeiro momento, o procedimento adotado foi o de esperar a chegada da médica para que, após a consulta, esta nos apresentasse às mães que, em seguida, eram convidadas a participar da pesquisa. Quatro entrevistas foram conduzidas nessas circunstâncias, quando também foi testado um primeiro roteiro.

De modo geral as mães costumam vir de bairros distantes, inclusive de outros municípios, e preferem chegar na parte da manhã porque, embora a data da consulta já esteja previamente agendada, o atendimento é feito por ordem de chegada, o que faz permanecerem, tanto elas como as crianças, por muitas horas sem alimentação. Concluímos, então, que fazê-las esperar mais tempo não só era inconveniente como improdutivo, o que nos levou adotar a estratégia de comparecer antes da médica e estabelecer contato na sala de espera. Assim, do grupo presente em cada dia, convidamos as mães cujos filhos tinham idade mais baixa e, após esclarecermos o motivo da nossa presença e termos o assentimento, iniciamos a entrevista com as mães, enquanto às crianças foram oferecidos alguns brinquedos ou material para desenho.

4.2. Roteiro das entrevistas

Apesar de todas as crianças já terem sido diagnosticadas como sendo portadoras de distúrbio alérgico, consideramos importante iniciar o contato ouvindo da mãe, em suas próprias palavras, que dificuldade apresentada pelo filho motivou a procura pelo atendimento médico.

A entrevista, propriamente dita, foi constituída por perguntas abertas que serviram como uma introdução para abordagem de cada tema, de modo que em cada entrevista, acompanhando o relato da mãe, outras surgiram. Essas perguntas, com exceção da inicial, foram construídas a partir da categoria teórica escolhida: a *preocupação materna primária*.

O roteiro das entrevistas, então, foi assim definido:

1. Qual a dificuldade do seu filho?

Esta pergunta, feita no início da entrevista, teve a finalidade de estabelecer um *rapport* com a entrevistada, e nos revelar a idade da criança na época da primeira crise alérgica, a frequência de seus episódios, e a relação que a mãe estabelece entre a manifestação da crise na criança com algum fato em particular. Por meio das informações sobre a percepção e os sentimentos da mãe quanto à doença do filho, e sobre outras queixas que nota na criança, foi possível entrever o tom afetivo que predomina na relação.

Neste item, foram pesquisadas as seguintes questões:

- quando tiveram início as dificuldades respiratórias da criança;
- qual a frequência do seu surgimento;
- o que pensa sobre o problema; qual a opinião do pai da criança.
- se nota relacionamento da crise alérgica da criança com algum acontecimento em particular.

2. Como foi a gravidez?

Consideramos o contexto da gravidez desde o momento da notícia da concepção até o final da gestação, período em que a mãe desenvolve a *preocupação materna primária*. O relato materno sobre esse período pode nos fornecer informações importantes, e nos indicar a existência de falhas ambientais desde o início da vida da criança, na medida em que, ainda no útero, o feto já é capaz de ter experiências e acumular memórias corporais, existindo primórdios de um desenvolvimento emocional (Winnicott, (1978 [1949a])). A mãe que está ‘preocupada’ com seu bebê adota comportamentos para que a gestação ocorra de forma saudável, preocupando-se também com a própria alimentação, com a necessidade de repouso, evitando situações de desgaste físico e emocional.

Neste item, foram pesquisadas as seguintes questões:

- se a criança foi desejada pelo casal ou somente por um;
- se a criança não foi desejada; se houve tentativa de aborto;
- qual foi a reação do pai;
- os sentimentos e fantasias vividos pela mãe quando da notícia da gravidez e durante toda a gestação: o que imaginava, se pensava no bebê e se achava que ele sentia algo;
- se a mãe sentiu o feto mexer: em que período da gestação, como a mãe se sentia e em que pensava nesse momento;
- as condições de saúde física durante a gestação: risco de aborto, enjôo, cansaço, alteração de pressão, necessidade de tratamento médico, acidentes, alterações no sono e na alimentação.

3. Como foi o parto?

Segundo Winnicott (1988 [1954-1970]), o momento do nascimento ocasiona no bebê uma interrupção maciça da continuidade do ser pelas inúmeras mudanças que são experimentadas, em relação às quais, no entanto, o bebê já deve estar preparado por ter precisado reagir às *invasões* naturalmente ocorridas durante sua gestação. O autor enfatizou, por outro lado, que a capacidade do bebê lidar com o acontecimento, sem maiores danos, depende de que a mecânica do parto seja normal, isto é, que o parto não seja nem precipitado nem excessivamente prolongado. Em relação ao parto cesáreo, Winnicott entendeu

que, mesmo não trazendo transtornos físicos, é um procedimento que acarreta a privação de uma experiência natural da qual o bebê também deve participar, impulsionado pelo seu próprio estar-vivo.

Conhecer os sentimentos e fantasias da mãe em relação a esse acontecimento, e suas conseqüências ao processo fisiológico do parto normal, assim como os motivos que levaram à opção pelo parto cesáreo, podem nos indicar as condições por meio das quais a mãe favoreceu, ou prejudicou, a introdução do seu filho nos primórdios da realidade compartilhada, da qual ainda era a principal representante.

Neste item, foram pesquisadas as seguintes questões:

- se o parto foi a termo; normal ou cesáreo; se o trabalho de parto foi demorado;
- os sentimentos em relação à experiência;
- se ouviu o bebê chorar;
- se teve contato com o bebê logo após o parto e o que sentiu nesse momento.

4. Como foi a primeira mamada?

As condições em que ocorreu a primeira amamentação nos permitem conhecer o grau de identificação da mãe com o filho, que começou a ser construída ainda na gestação, e a capacidade pessoal mobilizada para cumprir as funções de maternagem. A importância desse acontecimento é enfatizada por Winnicott (1978 [1945]) quando discorre sobre a forma como a mãe apresenta o seio, sendo capaz de receber com tolerância e satisfação as manifestações impulsivas do bebê, de modo a tornar possível com que ambos possam mais que compartilhar a experiência, mas vivê-la juntos. A ênfase atribuída ao “viver juntos” permite entender que, no pensamento do autor, não é apenas a alimentação que está sendo considerada, mas o ato de infundir vida à experiência.

Quando a mãe, exercendo o papel de adaptação ativa, favorece esse momento de sobreposição psicológica entre ela e o filho, permite que ele experimente a *ilusão* de ter criado o objeto-seio, ao mesmo tempo objeto subjetivo e objeto externo ao *self* do ponto de vista do bebê, e essa experiência, se bem sucedida, resultará no primeiro vínculo do bebê com a realidade, mesmo que ele ainda não tenha conhecimento. Desse acontecimento Winnicott (1978 [1948])

concluiu que a provisão de um ambiente estável, porém pessoal, de proteção contra o inesperado e o imprevisível, é condição para que o bebê possa vir a lidar com a realidade, passando da relação com o objeto subjetivo para o que é objetivamente percebido, através do uso da capacidade de ilusão. Em outras palavras, a capacidade que cada um tem de lidar com a realidade depende da maneira como ela é introduzida pelo ambiente.

Neste item, foram pesquisadas as seguintes questões:

- o bebê começou a mamar desde o primeiro contato;
- se houve demora, quais os motivos;
- que pensamentos e sentimentos ocorreram nesse encontro;
- o que pensou em relação ao comportamento do bebê;
- o que acha que o bebê sentiu.

5. Como foi a amamentação?

O momento da amamentação pode nos oferecer uma riqueza de informações sobre a adaptação materna ao seu bebê. Além da amamentação propriamente dita, permite conhecer a qualidade do *holding* e do *handling* (Winnicott, 1970 [1960]), e investigar se a mãe pôde evocar lembranças de sua infância para desempenhar essa tarefa.

Se a mãe se adapta ativamente, é capaz de perceber os sinais emitidos pelo bebê, indicativos do momento adequado para a amamentação, deixando-se guiar por esses sinais e não pelas necessidades dela. Por outro lado, quando a mãe não consegue se colocar no lugar do bebê, adota comportamentos que são vividos pelo filho como invasivos, tais como oferecer o seio com maior frequência do que a capacidade natural do bebê de receber alimentação; introduzir, concomitantemente à amamentação no peito, a mamadeira com leite artificial por considerar que o seu leite não é o suficiente; oferecer o seio, assim como a chupeta, com a finalidade de “acalmar” o bebê.

O momento da amamentação é, também, uma ocasião na qual a mãe tem a possibilidade de demonstrar seu amor fisicamente no ato de segurar e manejar o bebê. Se ela sentir empatia, e confiança em sua capacidade para executar as tarefas cotidianas que, além da alimentação, incluem a higiene e o simples segurar

no colo, saberá transmitir segurança e amor ao bebê que vive, nesse início, etapas cruciais para a adequada integração do seu psique-soma. Conhecer os sentimentos experimentados pela mãe durante a execução dessas tarefas, e identificar se ela foi capaz de tratar o bebê com uma pessoa e investir afetivamente nos cuidados, ao invés de realizá-los mecanicamente, também pode nos informar sobre as características do ambiente materno como foi vivido pelo bebê.

Em seu trabalho sobre o papel de espelho da mãe, Winnicott (1967) chama a atenção para as recordações que a mãe tem registradas sobre o período em que era um bebê, de forma que quando olha para o filho ela se reconhece, o que lhe permite reconhecer e atender ativamente às necessidades do seu bebê. Pesquisar as reações da mãe nesse momento inicial nos permite conhecer o seu grau de identificação com o filho, e a qualidade afetiva com que investiu o bebê.

Assim, neste item foram pesquisadas as seguintes questões:

- se houve a amamentação no peito, e por quanto tempo;
- como se sentia amamentando o bebê;
- como descreve o comportamento do bebê e o que acha que ele sentia nesse momento;
- como a mãe decidia o momento da amamentação: esperava algum sinal do bebê; obedecia a alguma recomendação de horário orientada por médico ou por outra pessoa (parente, amiga); repetia a experiência adquirida com outros filhos; dava o peito sempre que o bebê chorava;
- como reagia se o bebê adormecesse durante a amamentação;
- se tinha preocupação quanto à qualidade do leite; se introduziu mamadeira com leite artificial ou outra alimentação; se oferecia a chupeta;
- como a mãe se sentia ao segurar e manejar o corpo do bebê durante a amamentação, e em outros momentos do cotidiano; o que acha que ele sentia;
- se, quando estava amamentando, a mãe tinha alguma lembrança do tempo em que era bebê.

4.3. Considerações metodológicas

Com o objetivo de esclarecer o caminho que percorremos até a análise dos dados, obtidos na pesquisa, iniciamos apresentando algumas considerações teóricas que fundamentaram a escolha da análise de conteúdo como instrumento metodológico. Segundo Bardin (1977), através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, a análise de conteúdo visa obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos, relativos às condições de produção e de recepção destas mensagens. Para a autora, essa técnica permite que o analista-pesquisador compreenda o sentido da comunicação, como se fosse o receptor comum, mas também, e principalmente, possa desviar o olhar para uma outra significação, uma outra mensagem entrevista através ou ao lado da mensagem primeira, atingindo um sentido que se encontra em segundo plano. Assim, as mensagens podem ser tratadas pelo analista-pesquisador que, por meio de inferências⁸⁵, obtém não só conhecimentos sobre o emissor, como interpreta as características que identificou na mensagem.

Por meio dos depoimentos colhidos na entrevista, portanto, buscamos obter informações sobre a história inicial da relação de cada dupla mãe-filho, e identificar os sentimentos da mãe, experimentados desde a concepção, assim como os significados por ela atribuídos às reações percebidas no filho. Estes dados foram reunidos e, num segundo momento, submetidos à análise de seu conteúdo.

A opção pela abordagem qualitativa decorreu do nosso interesse em apreender a complexidade do fenômeno estudado, e do entendimento de que esse não se restringe a dados estatísticos. Segundo Minayo (1994), na busca qualitativa a preocupação se dirige ao aprofundamento da compreensão, o que leva a dispensar o critério numérico, e utiliza como amostra ideal “aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões” (Minayo, 1994, p.102). Nessa abordagem, portanto, não se busca uma única verdade, nem explicações causais ou generalizações, mas informações que possam permitir uma aproximação do indivíduo pesquisado em sua subjetividade.

⁸⁵ De acordo com Bardin, *inferência* é a operação lógica pela qual se admite uma proposição, em virtude de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras (Bardin, 1977, p.39).

Consideramos a técnica de análise de conteúdo um instrumento adequado aos nossos objetivos, porque nos permite, também, uma abordagem diferencial em relação às pesquisas já conhecidas sobre os distúrbios alérgicos na primeira infância, em articulação com questões de natureza emocional. Percorrendo a literatura, encontramos em Ajuriaguerra (1976) que as pesquisas conduzidas no campo da infância, seguindo o modelo estatístico, realizadas por médicos e apoiadas na concepção de perfis da personalidade como proposta pela medicina psicossomática, chegaram à conclusão de que o tipo de mãe superprotetora é encontrado com maior frequência entre as mães de crianças com asma, quando comparadas com uma população-controle, a ponto de serem descritas como mães *asmátogênicas* (Ajuriaguerra, 1976, p.729).

As conclusões desses estudos não só obtiveram ampla divulgação no meio científico norte-americano, como também influenciaram o pensamento do médico pediatra e psicossomático francês Kreisler (1974), que menciona em seu texto as “mães superprotetoras” (1974, p.310) entre as condições etiológicas do quadro asmático. Para Winnicott (1988 [1954-1970]), no entanto, esta questão demanda uma análise mais detalhada, como afirmou:

Costuma-se afirmar que a superproteção materna predispõe à asma. Se estas pesquisas estão corretas, há algo muito importante a dizer a respeito da teoria, ou seja, que a continuidade do fator externo adverso não é necessariamente a causa original, e que a causa original pode ser ou não a superproteção materna num momento específico (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.181).

Enfatizando a importância de se considerar a dinâmica da relação mãe-filho no estudo da etiologia da patologia asmática, Winnicott (*ibid.*) assinalou:

Seja como for, para o completo entendimento da asma relacionada a um poderoso fator externo adverso, é necessário compreender o impacto, sobre a criança, do inconsciente reprimido por baixo da superproteção compulsiva da mãe. Trata-se de algo sempre variável (*ibid.*).

Acreditamos que a carência de pesquisas, que focalizem o tema sob outro viés, pode ser responsabilizada pela perpetuação desse ‘rótulo’ de superproteção que acompanha a mãe da criança asmática, ou portadora de qualquer outro distúrbio respiratório, que, inclusive, já foi assimilado culturalmente.

Em nossa prática com crianças e mães, em instituições de saúde, consideramos que a superproteção pode ser encontrada na relação da mãe com o filho quando este apresenta alguma alteração orgânica, incluindo a asma, a diabetes, a hemofilia, etc., mas na dependência de uma dinâmica particular da dupla mãe-filho, e não da patologia em foco. Ao tomarmos como deflagrador do nosso pensamento as concepções winnicottianas, particularmente a relação mãe-bebê desde as etapas mais precoces, pensamos poder contribuir para o aprofundamento do que já é conhecido sobre a manifestação psicossomática na primeira infância, investigando a realidade de quem vive essa experiência, no caso as mães e as crianças que apresentam distúrbio alérgico respiratório.

Dentre as várias técnicas de análise de conteúdo descritas por Bardin (1977), utilizamos a *análise temática*, que, operacionalmente, pressupõe uma organização em torno de três etapas: a pré-análise; a exploração do material; e, por último, o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação.

Na pré-análise, realizamos a organização do material, após a transcrição literal das gravações, e uma leitura “flutuante” (Bardin, 1977) das entrevistas, com o objetivo de alcançar uma familiaridade com as mensagens obtidas, levantar hipóteses provisórias e também de sistematizar idéias que pudessem auxiliar as etapas seguintes. Na fase de exploração do material, determinamos que, das 20 entrevistas realizadas, o *corpus* do nosso estudo seria constituído pelas 10 entrevistas mais ricas em termos de elementos para a nossa pesquisa, e, para fins de codificação, as mães foram identificadas de M1 a M10.

O material obtido nas entrevistas foi organizado em cinco grandes grupos de respostas que recobrem os dois campos da experiência previamente estabelecidos: o *contexto da gravidez e do parto* e a *amamentação*.

Assim, os grupos de respostas foram nomeados como:

❖ *Contexto da gravidez e do parto*

- ❖ *Receptividade à gravidez;*
- ❖ *Ambiente materno durante a gravidez;*
- ❖ *Experiência do parto.*

❖ Amamentação

- ❖ *Sentimentos frente às reações do bebê na primeira mamada;*
- ❖ *Padrão estabelecido nas mamadas seguintes.*

Procedemos, então, à análise das entrevistas, denominada por Bardin (1977) de tratamento dos dados. Antes, porém, consideramos importante a apresentação do perfil de cada par mãe-filho, de modo a favorecer o entendimento das relações estabelecidas, a partir da pesquisa, entre a qualidade do ambiente materno e a manifestação psicossomática da criança.

A primeira mãe selecionada para fazer parte do *corpus* do estudo é A., que na análise das entrevistas será identificada como M1, de 34 anos, mãe de W., com 4 anos na época da entrevista. É solteira e W. é seu único filho. W. é portador de rinite alérgica, e alergia ao leite de vaca.

Segundo A., o filho apresenta reações alérgicas desde que nasceu. O distúrbio respiratório de W. ocorre com a mudança do tempo, e às vezes fica de 2 a 4 meses sem apresentar crise, mas esta pode ocorrer de repente, “da noite para o dia”. A. acredita que por morarem em Arraial do Cabo, onde venta muito, o filho ainda não tenha se acostumado.

A segunda mãe selecionada é A.K., que será identificada como M2, de 38 anos, mãe de A., com 7 meses na época da entrevista. É casada e tem outra filha, com 7 anos. É a primeira consulta de A. com médico alergista, motivada por um ‘resfriado’ que já dura há 2 meses sem melhora, tendo sido encaminhada pelo pediatra do Posto de Saúde que diagnosticou o problema como de natureza alérgica.

Segundo A.K., a família do marido é ‘toda alérgica’. Sua filha de 7 anos é também portadora de distúrbios alérgicos, no momento se manifestando por meio de dermatite atópica, e já teve bronquite, distúrbios que o pediatra diagnosticou com de origem emocional.

A terceira mãe selecionada é N., que será identificada como M3, de 40 anos, mãe de P., com 4 anos na época da entrevista. Vive com o pai de P., com quem tem uma filha mais velha, e tem mais dois filhos de uma união anterior que não moram em sua companhia. P. é portador de rinite e asma alérgicas.

Segundo N., seu filho P. apresenta dificuldades respiratórias desde que nasceu, e já precisou ficar internado várias vezes, sendo a primeira aos 3 meses. As crises asmáticas de P. são frequentes, com intervalo aproximado de 2 meses entre elas, mesmo tomando remédio.

A quarta mãe selecionada é V., que será identificada como M4, de 37 anos, mãe de T., com 1 ano e 9 meses na época da entrevista. É solteira e T. é sua única filha. V. viveu com o pai de T. por dez anos, e nesse período teve uma ‘gravidez psicológica’, porém se separaram quando a filha estava com 3 meses de nascida. Antes dessa união, quando tinha 17 anos, V. teve a primeira gravidez, que resultou em um filho natimorto. T. é portadora de rinite e asma alérgicas.

Segundo V., as primeiras manifestações de distúrbio respiratório de T. ocorreram aos 3 meses, e a filha já precisou ser internada com pneumonia. Desde essa época, T. apresenta tosse constante, que piora à noite, coriza e cansaço. Na opinião de V., a alergia da filha é ‘normal’, já que tem bronquite desde pequena e o pai da menina também.

A quinta mãe selecionada é A., que será identificada como M5, de 38 anos, mãe de G., com 7 anos na época da entrevista. A. vive com o pai de G., com quem tem outra filha mais velha. Segundo o comentário de A., os 5 primeiros meses de gravidez de G. foram muito tumultuados por brigas entre ela e o companheiro. G. é portadora de asma alérgica.

A. relatou que sua filha G. apresenta crise respiratória com a mudança do tempo, já tendo precisado ser internada aos 4 anos, e a trata com remédio receitado pelo médico mas também com ‘chá caseiro’.

A sexta mãe selecionada é L., que será identificada como M6, de 25 anos, mãe de C., com 4 anos na época da entrevista. L. comentou que namorava o pai de C. quando engravidou, e ele se afastou sem assumir a paternidade. Vive com um companheiro, com quem tem outra filha, desde que C. tinha 10 meses, mas não comentou com C. que ele não era o seu pai. C. é portadora de asma alérgica.

L. relatou que C. apresenta problemas respiratórios desde bebê, manifestados por meio de tosse acentuada que se agrava com a mudança do tempo, quando chega a vomitar. L. já levou a filha a diferentes serviços de emergência de hospital público, e a um médico particular, sem respostas significativas aos tratamentos, até que foi dado o diagnóstico de alergia e feito encaminhamento para o ambulatório especializado.

A sétima mãe selecionada é L., que será identificada como M7, com 31 anos, mãe de T., com 3 anos na época da entrevista. É casada e tem outra filha mais velha. T. é portadora de rinite alérgica.

L. relatou que desde recém-nascida T. começou a apresentar distúrbios respiratórios, além de ‘manchas no corpo que coçam’ [eczema]. Segundo L., nas duas vezes em que ficou grávida teve depressão, que justificou pelo fato de sentir falta de sua mãe que mora no Nordeste. Na gravidez da T. chegou a procurar atendimento psicológico, mas não deu prosseguimento porque não sentiu melhoras.

A oitava mãe selecionada é T., que será identificada como M8, com 22 anos, mãe de P.A., com 3 anos na época da entrevista. É casada e P.A. é seu único filho. P.A. é portador de asma alérgica.

T. relatou que P.A. começou a ter distúrbios respiratórios aos 7 meses, chegando a ter de 3 a 4 crises por mês. Por causa das crises, P.A. teve que ficar internado em serviço de emergência de hospital público várias vezes. Apesar de já ter tomado vacina antialérgica, P.A. ainda apresenta episódios de dificuldade

respiratória mensais, que T. trata, em casa, com remédio e nebulização. Segundo T., as crises respiratórias de P.A. só ocorrem quando está em casa, nunca tendo se manifestado quando ele está na creche, que frequenta diariamente.

A nona mãe selecionada é N., que será identificada como M9, com 27 anos, mãe de D., com 3 anos na época da entrevista. É casada e D. é seu único filho. D. é portador de rinite alérgica.

Segundo N., a dificuldade do filho começou na época do desmame, com 1 ano e 7 meses, quando passou a ter crises respiratórias frequentes, apresentando também tosse sistemática, de início súbito, que o leva a vomitar. Por causa do problema respiratório, D. já teve pneumonia 3 vezes, e está em tratamento com vacina antialérgica, mas ainda não obteve melhora. N. descreve o filho como uma criança nervosa e agitada, mas admite que também é nervosa e isso o influencia.

A décima mãe selecionada é M., que será identificada como M10, com 39 anos, mãe de N., com 6 anos na época da entrevista. M. mora com o pai da N., que é sua única filha. N. é portadora de bronquite alérgica.

Segundo relato de M., sua filha apresenta crises respiratórias frequentes desde mais ou menos 15 dias de nascida, necessitando receber atendimento em hospital de emergência. Desde essa época, N. faz tratamento ambulatorial e toma remédio, mas já precisou ficar internada 2 vezes, sendo que, em uma das vezes, M. ouviu do médico que N. corria o risco de uma parada respiratória. De acordo com M., a médica homeopata do hospital afirmou que o problema de sua filha é de origem emocional.

4.4. Análise das entrevistas

As entrevistas foram analisadas em relação a cada campo de experiência, visando identificar, a partir dos relatos colhidos, a qualidade da adaptação materna. Embora as entrevistas tenham sido alvo de análise em sua integralidade, para que a leitura não ficasse exaustiva privilegiamos recortar, e reproduzir, apenas as falas das mães consideradas mais significativas em relação ao tema estudado. Assim, o roteiro de apresentação obedece aos campos de experiência. As passagens em *itálico*, no texto, correspondem à transcrição literal da fala das mães.

❖ *Contexto da gravidez e do parto*

❖ *Receptividade à gravidez*

De acordo com os relatos colhidos, excetuando-se apenas a M4, a gravidez não foi um acontecimento conscientemente desejado nem aceito pelas mães entrevistadas. Para metade das mães do grupo selecionado, trata-se do primeiro filho. Em comum entre essas mães, as palavras utilizadas para descrever como foi recebida a notícia da gravidez nos revelaram, predominantemente, a presença de sentimentos desfavoráveis, provocando reações negativas.

Para a M1, a gravidez ocorreu de modo inesperado e foi rejeitada de forma explícita. Por estar tomando pílula anticoncepcional e continuar menstruando, só ficou sabendo que estava grávida aos 4 meses de gestação. Em seu relato, M1 comentou que atribuiu as dores nas costas que sentia a uma crise de rins, chegando a iniciar tratamento, quando, após um exame, o médico lhe deu a notícia.

Pra mim o mundo desabou...não queria a gravidez...não me imaginava com filho...nunca quis ter filho. Não tava esperando...já tomava esse remédio há muitos anos e nunca aconteceu nada, inclusive com outros namorados...tenho certeza que não esqueci (M1).

Apesar da M1 ter afirmado que “nunca quis ter filhos”, o fato do namorado a ter abandonado, fazendo com que se sentisse desamparada, também contribuiu para a sua reação. Morando sozinha, e trabalhando como doméstica para se sustentar, M1 pensou em recorrer ao aborto, mas desistiu quando visitou a família e teve oferecimento de ajuda, o que, por outro lado, não impediu que a gestação fosse vivida de forma atribulada, provocando perturbações na alimentação e no sono, que culminaram em uma vivência emocionalmente alterada no momento do parto.

Para a M2, apesar de não poder ser descrita como inesperada já que usava pílula anticoncepcional de forma irregular, a gravidez foi recebida com desagrado.

Foi horrível...não queria de jeito nenhum...chorei...eu tomava pílula...mas tomava hoje, no outro dia não tomava...esquecia...foi culpa minha, mas a gravidez não foi aceita...foi difícil...eu nem lembrava que tava grávida de tanta rejeição...como eu não desejava eu nem ligava...eu levei a gravidez dela sem querer...até ela nascer eu não aceitei mesmo (M2).

Em seu relato, M2 comentou que também não quis a primeira gravidez, e que esta só aconteceu porque a médica recomendou que suspendesse a pílula, já que estava lhe fazendo mal, com a informação de que nos 6 meses seguintes não engravidaria, porém quando voltou à consulta já estava grávida há 3 meses. M2 comentou que essa primeira gravidez foi ‘problemática’, já que teve sangramentos e risco de aborto, precisando tomar remédio para ‘segurar’ até o parto, aos 8 meses. Admite que quis fazer ligadura das trompas, e que quando soube que estava grávida novamente sentiu medo que o mesmo problema acontecesse. Por outro lado, M2 descreve a gravidez de A. como tendo sido ‘uma beleza’, apesar do enjôo e pressão alta, e demonstra contradição ao afirmar *a primeira eu aceitei bem, mas a A. tá difícil.*

A receptividade à gravidez também foi negativa para M3 e M6, que pensaram em abortar. A M3, que já tinha abortado duas vezes antes, e só não fez novamente porque o pai da criança não concordou, reagiu com apreensão:

Foi um pouco agitada porque já tinha um outro pequeno...aí sem querer fiquei grávida dele...entrei em

pânico...fiquei nervosa, querendo tirar...não tomava 'remédio' porque dava de mamar no peito (M3).

Em seu relato, a M3 mostrou-se contraditória ao afirmar que não estava tomando pílula, na época, por estar amamentando o outro filho, com 1 ano e 10 meses, e acreditar que durante a amamentação a relação sexual não provoca gravidez, para, em seguida, comentar que usava outros métodos para controle da natalidade porque *só de ver o 'remédio' [pílula] embrulhava o estômago*. Ao mesmo tempo, M3 admitiu que sua reação à pílula era '*psicológica*', porque não sente nenhuma reação ao remédio que toma para 'glicose' [diabetes].

Para a M6 a gravidez foi mal recebida por ter decorrido da sua primeira relação sexual, com o primeiro namorado, que, por sua vez, a abandonou e a fez se sentir desamparada já que toda sua família morava no Nordeste.

Foi péssima...tava namorando... não usava nada...ele não quis saber...uma hora pensava de tirar...outra hora pensava de dar...tinha 19 anos...tava há 6 meses no Rio (M6).

Apesar de não ter recorrido ao aborto, M6 revelou que se sentia muito nervosa durante toda a gravidez, chorando muito, experiência que repercutiu no momento do parto e também na amamentação.

A maneira incorreta de usar a pílula anticoncepcional, provocando, em consequência, a gravidez, surgiu frequentemente nos relatos, nos permitindo entender que, subjacente ao 'erro', predominou um conflito em relação ao desejo pela maternidade. No relato da M7 esse nexos ficou evidente quando afirmou que não estava esperando a gravidez, mas tinha consciência da possibilidade que ocorresse já que 'esqueceu' de tomar o primeiro comprimido da cartela e, apesar de tomar os demais, comentou que *já sabia que estava grávida*.

Foi muito agitada...eu tava muito nervosa na época...entrei em depressão...eu chorava muito durante a gravidez...não tava esperando não... fiquei chateada porque não queria (M7).

Também a M5 nos relata um ‘esquecimento’ para justificar a gravidez.

Fiquei desanimada...eu achei que não devia ter ficado grávida...tava amamentando a mais velha e trabalhava muito...acabei esquecendo de tomar o comprimido...um dia tomava de manhã, no outro tomava de noite...ficava tudo descontrolado...tinha dia que eu não tomava (M5).

Percebemos, na fala da M5, que a gravidez ‘indesejada’ aponta para uma intenção dirigida ao companheiro, a quem acusou de traí-la na época. Acompanhando seu relato, concluímos que a M5 utilizou a gravidez para conquistar novamente o companheiro que, embora não tivesse demonstrado satisfação a princípio, acabou aceitando e, quando ela estava no 5º mês de gestação, não só parou de frequentar ‘farra’, como passou a acompanhá-la nas consultas que, inclusive, pagava particularmente.

O sentimento de ambivalência em relação à maternidade se revelou no relato da M8 e da M9, ambas mãe pela primeira vez. Ao ser indagada sobre como recebera a notícia da gravidez, M8 nos respondeu: *foi uma gravidez planejada...desde nova eu planejei ele*, para, em seguida, continuar a frase dizendo: *era o pai que queria, aí eu peguei e falei: então tá bom*. As palavras da M9 nos levam à mesma conclusão.

(...) eu me casei mas eu não planejava filho...com dois anos e meio aconteceu, nós não planejamos...tomava remédio mas parei porque quis...tava com vontade de ter filho, mas pensei que ainda ia demorar...fiquei aborrecida...por um lado eu queira, por outro tinha medo, muito medo (M9).

Para a M10, embora a gravidez pudesse ser de certa maneira esperada, na medida em que tinha uma vida sexual ativa sem proteção, sua reação inicial foi de desagrado.

Foi atribulada...quando eu conheci o pai dela, a gente não usava nada...o comprimido causava dor na nuca, no estômago...já tinha tomado vários comprimidos antes...um me deu hemorragia...tabela não é muito o meu forte porque eu sou muito esquecida...eu pedia pra ele usar camisinha mas ele não aceitava...é nordestino, assim bem!...quando descobriu que eu estava grávida, ele não

quis aceitar...disse que nunca tinha engravidado uma mulher...quis dar dinheiro pra eu tirar...aí começou o trauma (M10).

As reações orgânicas decorrentes do uso de pílula anticoncepcional, como relatadas pela mãe M10, podem ser interpretadas, à luz da teoria psicanalítica, como uma expressão inconsciente do desejo de engravidar. Ao mesmo tempo, nos pareceu significativo o sentimento de insatisfação que muitas, entre as mulheres entrevistadas, nos transmitiram, por serem, sozinhas, responsáveis pelo controle da natalidade, já que os companheiros não se mostram preocupados e a elas delegam toda a responsabilidade. Entendemos, também, que a falta de orientação adequada contribuiu para que algumas dessas mães engravidassem sem o querer no momento, já que, do ponto de vista biológico, é possível à mulher que está amamentando não engravidar, por um mecanismo do próprio organismo, mas apenas por um ou dois meses, e com variação entre as mulheres, e não por 1 ano e 10 meses como acreditou a M3.

Do grupo de entrevistadas, a única mãe que admitiu ter aceitado a gravidez foi a M4, ainda que só tenha ‘descoberto’ que estava grávida aos 8 meses de gestação. Tal aceitação poderia ser relacionada com sua fantasia de não ser mais capaz de gerar, como afirmou na entrevista, já que teve um filho natimorto e uma “gravidez psicológica”. Ao mesmo tempo, concluímos que a realização do desejo de ser mãe a preencheu tão integralmente, que não sobrou investimento para o companheiro, com quem viveu por 10 anos antes do nascimento da filha, e de quem se separou quando a menina tinha 3 meses de nascida, além de ter interferido na capacidade de se adaptar às necessidades do bebê, como ficou explícito em seu relato sobre o manejo e a amamentação.

Ao considerarmos a receptividade à gravidez como significativo do modo como a mãe vai, desde o início, investir afetivamente o seu bebê, e entrar no estado de *preocupação materna primária*, concluímos que esse momento se revelou adverso para a quase totalidade das mães entrevistadas. Entendemos que, de acordo com os relatos colhidos, as mães encontraram dificuldades para vivenciar essa condição especial, como proposta por Winnicott, por razões de sua própria subjetividade e realidade particular de vida. Por outro lado, se admitirmos que a receptividade negativa frente ao anúncio da gravidez é o prenúncio de uma

gestação atribulada, como foi constado com frequência, podemos pensar que, do ponto de vista do bebê, no lugar de uma adaptação ativa e sensível, o primeiro ambiente materno tenha sido vivido por ele como *invasivo*, provocando a necessidade de reações prejudiciais ao seu desenvolvimento.

Ao mesmo tempo, como nos revela Winnicott (1979 [1960]), existem variações na qualidade da mudança de orientação da mãe para com o seu bebê que não constituem anormalidade. Para o autor, “o que constitui anormalidade é o grau de distorção” (Winnicott, (1979 [1960]), p.52), como pretendemos investigar analisando as demais categorias.

❖ *Ambiente materno durante a gravidez*

Com esse enunciado estamos considerando as reações físicas e emocionais, vividas durante a gravidez, partindo do princípio que se trata de uma única dimensão a ser investigada, e que distúrbios funcionais do organismo, na ausência de doenças pré-existentes, também são indicativos do vivido emocional.

A rejeição à gravidez se manifestou de diversas formas, e todas as mães entrevistadas, ainda que em graus diferentes, tiveram alguma perturbação física, como alterações no sono, distúrbios de pressão arterial e enjôos, nos sugerindo que o corpo foi utilizado como o lugar para manifestação do mal-estar emocional. Nesse sentido, as palavras da M2 podem exemplificar como a alteração orgânica foi experimentada, pela própria mãe, como uma reação à gravidez indesejada: *tive muito enjôo...vomitava até ela nascer...porque eu não queria...aquilo não fazia parte de mim.*

As perturbações na alimentação foram bastante comuns nos relatos, nos permitindo admitir que a recusa à gravidez se traduziu na recusa em alimentar o filho que estava sendo gerado. Ao mesmo tempo, alguns relatos nos sugeriram uma fantasia de autopunição, como percebemos nas palavras da M5: *meu estômago doía porque eu não comia...só tomava água de coco*, ou da M3, para quem a existência de mais um filho parece ter ‘azedado’ a sua vida.

Enjoava de tudo...vomitava o dia inteiro...não dava pra comer.. aí eu inventava...bastante coisa azeda, laranja azeda, manga verde...enjoava comida (M3).

As distorções na alimentação atingiram um nível significativo em duas mães, provocando consequências para o feto. A M1, que admitiu uma intensa repercussão negativa desde que soube que estava grávida, relatou:

(...) não tinha vontade de comer nada...tive anemia e fiquei um mês internada porque não me alimentava...só tomava 'guaravita'...então a criança não tava ganhando peso (M1).

A M10, que comentou ter sentido muito enjoô, inclusive do próprio companheiro de quem *não podia nem ouvir a voz*, e que trabalhava como cozinheira doméstica na época, disse:

(...) eu não comia nada...só bobeira...cachorro-quente, coxinha...foi quando o médico descobriu que ela tava com problema, tava com baixo peso demais da conta...não suportava nem a comida que eu cozinhava (M10).

A M8 manifestou de maneira acentuada, por meio de transtornos no funcionamento do organismo durante toda a gestação, sua dúvida em relação à capacidade de ser mãe.

Foi de risco...tive muitos sangramentos e precisei ficar internada para segurar ele...minha gravidez toda foi isso, eu indo pra maternidade por causa dos sangramentos e risco de aborto (...) o médico disse que ele entrou em trabalho de parto com 6 meses...era muito arriscado ele nascer com 6 meses porque podia não sobreviver, então fiquei internada 3 dias pra segurar ele. Fiz pré-natal no Posto e a médica nunca falou nada...não teve explicações (M8).

Apesar de ter 20 anos na época da gravidez, a M8 procurou justificar o transtorno dizendo:

(...) por eu ser muito nova...adolescente...achei que fosse devido a isso...toda adolescente tem problema na gravidez...acho que devo ter útero muito raso por não estar sustentando ele...com seis meses ocorreu dele querer

vir ao mundo...eu imaginei isso...algum probleminha de adolescente (M8).

Seu relato confirma o sentimento de ambivalência que identificamos quando frente à notícia da gravidez, em função do qual só pôde admitir seu desejo pela maternidade a partir do pedido feito pelo marido, ao mesmo tempo em que procurou minimizar a dificuldade, nomeando-a como um *probleminha*.

Para a M9, a ambivalência entre o desejo pela maternidade e o medo em poder realizá-lo, que evidenciou quando soube que estava grávida, provocou transtornos que quase impediram que a gravidez chegasse ao fim, já que teve descolamento de placenta com 2 meses de gestação. Consideramos importante registrar que, durante a entrevista, a M9 se revelou uma pessoa muito ansiosa, chegando a chorar quando mencionou sua revolta com a doença do filho, comentando: *mudou a minha vida porque eu fiquei deprimida, impotente*. Ao mesmo tempo, mostrou-se capaz de perceber a interferência do seu estado emocional no comportamento ‘*nervoso*’ do filho. Quando indagada sobre lembranças de sua infância, M9 relatou:

Eu tinha muito medo...a minha vida foi marcada por medo...eu tinha sonhos terríveis, pesadelos...tinha medo de ir no banheiro de noite...minha mãe me levou ao neurologista...eu tomei calmantes, mas não tava agüentando tomar calmantes (M9).

O sentimento permanente de medo que acompanhou a vida da M9, e que pontuou todo seu depoimento, também esteve presente durante a gravidez, como descreveu:

Tive muita preocupação durante a gravidez...tinha medo do neném nascer com algum problema....tinha pensamentos horríveis...imaginava que ele ia morrer no parto...podia nascer sem braço, sem mão...com síndrome de Down...imaginava que podia nascer cego ou surdo...quando tinha que pegar algum exame, como o teste de HIV, pensei que podia ter alguma coisa comigo (M9).

As fantasias vividas pela M9 nos permitem identificar a presença de um mecanismo de projeção, sobre o filho que gerava, das ameaças que povoam seu próprio mundo interno, e que trouxeram complicações também ao momento do parto.

Em relação à experiência de sentir, e significar, os movimentos do feto, que numa gravidez normal começam a ocorrer por volta do 4º ou 5º mês, consideramos que, de acordo com o conceito winnicottiano de *preocupação materna primária*, quando a mãe está identificada com seu filho, sentindo-se disponível para lhe fornecer um ambiente adaptado às suas necessidades, esses movimentos são experimentados com satisfação já que reafirmam a presença viva da criança em gestação. Assim, entendemos que as palavras da M1 ao dizer: *ele mexia muito na barriga...incomodava muito...não sei se era porque eu fiquei muito estressada com a gravidez...não aceitava*, podem nos indicar o quanto essa mãe reagiu com desprazer à existência do seu filho e, conseqüentemente, como o ambiente materno inicial foi marcado pelo desencontro nessa dupla mãe-filho.

A M3, quando indagada sobre sua percepção a respeito da experiência vivida pelo filho em gestação, respondeu: *não dava nem tempo pra pensar nisso...eu não tava muito...assim...pra aquela gravidez (...) ele quase não mexia...até achei que era menina...dizem que menina só treme*. Percebemos que o sentimento de rejeição, manifestado não só nas palavras, mas também pela entonação de voz empregada por essa mãe, pôde se explicitar também quando fez referência às mudanças ocorridas em seu corpo durante a gravidez:

Me dava uma fadiga de olhar aquela barriga...parecia que não ia sair nunca aquela barriga...eu queria ver meu pé, não dava pra ver...eu sonho ainda que tô grávida...acordo quase morrendo (M3).

Outra forma de manifestar a ambivalência em relação à gravidez pôde ser revelada pelas mães que utilizaram o mecanismo de negação, para evitar a confrontação com a realidade presente, não percebendo os movimentos do feto, o que também aponta para a existência de falhas na adaptação do ambiente materno. Essa conclusão foi sugerida pelas palavras da M5: *ela não mexia não...muito pouquinho...eu até achei que ela era doente*, assim como da M7: *ela mexeu tarde...assim com 7 meses...mexia pouco*.

A desconfiança de que sua apreensão pela gravidez indesejada era sentida pela filha em gestação foi relatada pela M6 que, além de ter sentido enjôos em excesso, admitiu que chorava muito: *quando eu tava nervosa, e chorava, ela mexia mais...minha irmã falava que tudo o que a mãe sente o neném também sente.*

O relato da M4 nos chamou a atenção pela aparente incoerência em sua descrição da experiência:

Não senti o bebê mexer...da [gravidez] psicológica achava que tinha uma criança mexendo dentro de mim, e dessa vez eu não senti...ela se alojou muito lá pra trás...se escondeu muito...como eu tava engordando muito, quis fazer dieta...quando tava com fome sentia uma tremidinha na barriga, mas não liguei...achei que era gases...devia ser a “mãe do corpo” ainda procurando o neném que eu tive (M4).

Em seu modo de pensar, a M4 justificou a não percepção da gravidez pelo fato de ter passado alguns anos sem tomar anticoncepcional e, apesar de manter uma vida sexual ativa, não conseguir engravidar. Anterior a esse período, M4 teve uma infecção nas trompas que necessitou de cirurgia, ocasião em que o médico teria dito que talvez não pudesse mais ter filhos, e essa informação, associada à experiência traumática do filho natimorto, produziu uma reação que descreveu como:

(...) daquela data eu parei de tomar o remédio pra ver se engravidava logo ... tive a [gravidez] psicológica ... aquela ansiedade... até 6 meses eu achei que tava grávida...sentia enjôo...muito sono...achava que tinha alguma coisa mexendo na minha barriga...achava que a barriga tava enorme...eu queria porque queria tá grávida, então botei na minha cabeça que tava grávida...fiquei muitos anos sem tomar remédio e não engravidava...aí eu pensei: então eu não engravido (...) quando eu descobri que estava grávida realmente eu já estava com quase 8 meses de gestação...não deu tempo nem de fazer pré-natal (M4).

Apesar desse início conturbado, poderíamos concluir que a M4, em seu intenso desejo pela maternidade, estaria em condições para desenvolver a *preocupação materna primária*, atendendo seu filho de maneira ‘suficientemente

boa'. No entanto, como verificamos, seu relato no item referente à amamentação não confirmou essa hipótese.

Como constatamos nos relatos colhidos, a qualidade da experiência emocional vivida pelas mães, durante a gravidez, foi indicativa da predominância de sentimentos negativos. As palavras utilizadas para descrever esses sentimentos, como “estressada”, “nervosa”, “deprimida”, “agitada”, entre outras, nos falam de uma experiência desfavorável que, como consequência, pode nos indicar deficiências na qualidade do ambiente-útero como o feto o vivenciou.

❖ *Experiência do parto*

Para avaliarmos as consequências, para a criança, da experiência advinda do parto, recorremos ao texto de Winnicott (1978 [1949a]) onde foi focalizada a diferenciação entre a *experiência do nascimento* e o *trauma do nascimento*. Reportando-se ao estudo de Freud (1926), Winnicott admitiu que, no nascimento normal, como o bebê já está preparado para alguma experiência de invasão ambiental, e para a conseqüente perda da continuidade de existência que acarreta, as mudanças produzidas pelo nascimento são suportáveis, e não deixam maiores danos nem sensação de desamparo. Por outro lado, o autor enfatizou que é necessário levar em consideração o tempo de duração das mudanças, já que um parto difícil ultrapassa em muito a experiência pré-natal de invasões que produzem reações, e, assim,

(...) a experiência de nascimento cuja anormalidade ultrapasse um certo limite torna-se trauma do nascimento, passando a ser imensamente significativa (Winnicott, (1978 [1949a], p.321).

Tendo enfatizado, em sua obra, a importância da adaptação ativa do ambiente às necessidades do bebê como condição para um desenvolvimento favorável, Winnicott considerou que quando ocorre o inverso, ou seja, quando o ambiente se impõe pelo prolongamento do parto, como aconteceu com a M6, a M8 e a M9, a invasão exige do bebê uma adaptação ainda impossível, provocando

reações excessivas que afetam de modo anormal o sentimento de continuidade de existência, e que serão prejudiciais para o desenvolvimento do ego.

Entendemos que a capacidade para uma adaptação satisfatória também pode ser avaliada, além do momento do parto, pelos sentimentos experimentados pela mãe em relação ao seu bebê que acabou de nascer. Se a mãe demonstra uma receptividade amorosa, é possível admitir que a relação, que desse momento em diante for construída, seja favorável à criança, mas, por outro lado, se predominarem sentimentos negativos, acreditamos como mais provável o estabelecimento de uma relação desfavorável.

A partir das entrevistas, encontramos que as dificuldades no momento do parto foram mais evidentes nas mães primíparas. No entanto, acompanhando o pensamento winnicottiano, entendemos que quando a gravidez ocorre de modo favorável, tanto para a mãe como para o feto, possibilitando com que ambos estejam preparados para esse momento, o parto pode ser vivido sem maiores dificuldades mesmo que seja o primeiro. O mesmo não acontece, porém, quando o estado emocional da mãe interfere no processo fisiológico natural, provocando alterações.

Para a M6, que relatou uma gravidez difícil após ter sido abandonada pelo namorado, o parto fisicamente complicado, e vivido com intensas fantasias de aniquilamento, quase trouxe conseqüências sérias para ela e para o bebê.

Foi muito ruim...eu sofri bastante...com muita dor...quem fez meu parto foram 3 médicos acadêmicos...tudo novinho...eles forçavam a minha barriga pra ela descer e ela subia...ela me sufocou...quase eu matei ela e ela me matou...sufocada...eu não tinha respiração...eu gritava muito e eles faziam peso na minha barriga pra ela descer...aí puxaram ela com um ferro..até cortaram um pouco na cabeça dela (M6).

O momento do parto, enquanto desfecho de uma gravidez descrita como de risco, também foi vivido de modo ameaçador pela M8:

Foi horrível...tanto que eu não quero ter filho nunca mais...Deus me livre...acho que deveria ser cesárea mas optaram por normal...os médicos me deixaram lá sofrendo...depois que eu tive ele não conseguia sentar,

não conseguia levantar, não conseguia fazer nada...sentia muita dor...foi horrível, horrível, horrível (M8).

Em todo o seu relato, a M8 transmitiu uma grande ambivalência em relação à maternidade. Apesar de dizer, inicialmente, que ‘desde nova’ tinha planos de vir a engravidar, admitiu que o desejo de ter um filho era do marido, e que ela, então, concordou. A gravidez, por seu lado, foi ‘de risco’, e M8 revelou um sentimento de insuficiência para ser mãe quando, frente às ameaças de aborto, atribuiu o fato ao corpo ‘adolescente’. A reação extremada, no momento do parto, nos sugere o pânico que viveu diante da realização de um desejo difícil de aceitar.

O medo excessivo com que a M9 descreveu, durante a entrevista, seu estado habitual de ser, trouxe conseqüências graves para o parto. Após a bolsa ter estourado, M9 não conseguia ter dilatação que permitisse o nascimento do bebê e, segundo relatou, a médica chegou a dar uma injeção para facilitar, mas *o bebê fez coco na hora*. Quando o feto evacua ainda no ventre, que pode ser percebido pela cor do líquido amniótico, é sinal de que está em estado de sofrimento, o que o coloca em risco de vida e torna necessário uma cesariana de emergência, como teve que ser feito.

A M1, cuja rejeição à gravidez já foi relatada, não se queixou de dificuldades do ponto de vista físico, ainda que tenha sido seu primeiro filho. Por outro lado, o nascimento desse bebê indesejado foi descrito: *quando ele nasceu tive vontade de degolar ele...tive depressão pós-parto...não podia ouvir ele chorar*.

A M3 fez a opção pelo parto cesáreo para poder fazer ligadura de trompas, motivo que a permitiu desistir do aborto, e nos transmitiu a impressão de que estava mais interessada na cirurgia, que a livraria não só de ainda precisar tomar pílula anticoncepcional como também de outra gravidez indesejada.

Na hora fiquei um pouquinho nervosa...mas tava empolgada ...fazer a ligadura...querendo que nascesse logo...não deu tempo pra pensar em nada...fiquei deitada lá...acho que apaguei...na hora que o bebê nasceu, ela me acordou e mostrou...mas nem vi ele chorando...reclamei: tô fatigada.

Ao ser indagada como teria sido a experiência do nascimento para o bebê, M3 riu e respondeu: *criança não pensa...nasceu com a cara tristonha...porque eu não queria...o segundo filho não é aquela alegria*. A ambivalência afetiva com que recebeu o filho nos pareceu significativa, e foi acentuada quando comentou: *dizer que eu ficava com raiva do bichinho, não...ele nasceu lindão...ele é feio agora...parecia um japonês*.

Também a M5 decidiu pela cesariana, que justificou pelo fato de ter tido dificuldade de dilatação no primeiro parto, condição que entendemos como decorrente da depressão vivida durante toda a gravidez, e pela intenção de fazer ligadura. Apesar de procurar se mostrar convicta de ter feito a escolha certa, quando perguntada se acompanhou o nascimento, e ouviu o neném chorar, M5 respondeu: *não ouvi nada porque eu apaguei...dormi e não vi mais nada*.

❖ Amamentação

❖ Sentimentos frente às reações do bebê na primeira mamada

O momento da primeira mamada é, também, o momento em que a mãe prossegue seu relacionamento com o filho, agora ao seu lado, e a oportunidade para que se desenvolva uma adaptação mútua. Mas, para que ocorra de modo satisfatório, é necessário que a mãe consiga controlar sua ansiedade e possa conhecer o ritmo de seu filho.

Segundo Winnicott (1988 [1954-1970]), os bebês podem variar quanto à sua capacidade de iniciar uma vida instintiva em termos de alimentação ao seio, e, por parte das mães, também ocorre uma variação na capacidade de amamentação, na dependência de diferentes fatores. Nesse sentido, o aleitamento pode ser considerado como normal quando o bebê e a mãe estão prontos para começarem a se relacionar. Esse momento foi vivido de formas variadas pelas mães entrevistadas.

A M3, que só aceitou essa gravidez quando soube que ia poder fazer a cirurgia de ligadura, mas já tinha revelado que não estava ‘*assim...*’ para mais um filho, mostrou sua impaciência para se adaptar ao ritmo do bebê, dizendo:

Ele custou sentir fome pra mamar...eu dava o peito e ele custou a pegar...eu pensei: esse menino não tem fome não?...achei que estava sem fome pra mamar...tentei acordar...tentei dar chupeta...ele não pegou a chupeta...nenhum dos meus filhos pegou chupeta...então eu tinha vontade que um chupasse...porque chupeta é bom...bebê fica calmo (M3).

Em relação à M2, entendemos que a sua incerteza na capacidade de ser mãe, manifestada em uma gestação difícil quando da primeira filha, e que a fez negar o desejo por outra gravidez, foi o que a levou a expressar sua dúvida na possibilidade de amamentar sua segunda filha mesmo após uma gravidez considerada ‘uma beleza’. No seu primeiro encontro com o bebê, M2 declarou que não tinha leite porque não tivera após o parto da filha mais velha, e se mostrou surpresa porque o bebê *soube puxar muito bem...até a doutora falou: nunca vi uma criança saber puxar tão bem*, atribuindo à filha o sucesso na amamentação.

Para a M5, que relatou ter ficado *desanimada* frente à notícia da gravidez, o fato do bebê não ter conseguido mamar logo foi descrito, em um primeiro momento, como uma situação normal.

Não pensei nada...eu achei que ela ainda não tinha ‘descobrido’ que tava fora...que já tinha nascido (M5).

Mas a demora na reação do bebê, que mamou normalmente no dia seguinte, provocou efeitos na M5, como relataremos no prosseguimento da amamentação, e a fez declarar: *eu pensei em dar mamá a ela até o dia em que eu pudesse...eu nunca mais ia ter outro filho para amamentar.*

Após um parto difícil, no qual o impulso do bebê para nascer sofreu a interferência materna contra a expulsão, a M6 parece ter se sentido esvaziada a tal ponto que o leite demorou a surgir. Entendemos que a fantasia de não ter sido um ambiente materno ‘suficientemente bom’, durante a gestação, pode justificar a primeira impressão que teve da filha, descrita como: *nasceu com muita fome...comendo as mãos de fome*. A voracidade que atribuiu ao seu bebê levou M6 a se queixar de que ficou com o seio ferido, ‘mordido’ pelo bebê, e que só depois de meia hora mãe e filha conseguiram se encontrar, e a amamentação teve início.

A sensibilidade para captar o tempo do seu bebê não pôde ser vivida pela M9 que, frustrada pela experiência que entendeu como uma rejeição, comentou:

Não mamou logo porque não quis...só depois de 12 horas...eu chamei a enfermeira e falei...ela pegou a cabecinha dele e botou no meu peito...aí ele quis mamar...eu já tinha tentado e ele gritava que não queria...rejeitava o peito...depois que ela insistiu ele quis (M9).

Outros motivos alegados pelas mães, como não ter bico no seio ou o leite não ter surgido logo, foram apontados como causas das dificuldades iniciais, provocando reações no intuito de amenizá-las. Para a M8, cuja gravidez foi descrita como de risco, a primeira experiência de amamentação também não foi vivida de forma satisfatória, e o oferecimento da chupeta pode ser entendido como uma tentativa de compensação.

Eu não tinha bico no seio...ele usou chupeta desde que nasceu...dei escondida porque tava chorando de fome...a enfermeira disse que não podia...quando ele ia pro berçário eu tirava (M8).

Consideramos necessário sublinhar a importância que atribuímos ao momento da primeira mamada, por se constituir, principalmente, no primeiro encontro da mãe com seu bebê. Ainda que seja comum, na atualidade, a prática de se colocar o recém-nascido sobre o colo da mãe logo após o parto, entendemos que esse acontecimento, pela sua brevidade no tempo, pelo número de pessoas ao redor e pelo estado físico em que se encontra a mãe, não é um momento propício para que ela possa viver uma experiência íntima com seu bebê. Desta forma, entendemos que a primeira ocasião em que o bebê é levado para amamentação uma linha divisória é estabelecida, a partir da qual os sentimentos maternos para com o ser que estava sendo gerado podem ser reforçados ou modificados, com inegável consequência para a qualidade da *maternagem*.

No texto winnicottiano, a amamentação inicial é nomeada como *primeira mamada teórica* (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.120), por se constituir do somatório de uma sequência de mamadas, e sua importância é considerada crucial para que o desenvolvimento das potencialidades do bebê ocorra sem distorções. A

ênfase com que o autor abordou esse acontecimento, e o destaque atribuído às possíveis consequências adversas, o levaram a afirmar que:

(...) quando existe uma dificuldade, a mãe e o bebê podem levar muito tempo até conseguirem se entender um com o outro, e frequentemente acontece que a mãe e o bebê falhem desde o princípio, e assim sofram (ambos) as consequências dessa falha por muitos anos, e às vezes para sempre (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.123).

A nosso ver, a mãe que rejeitou a gravidez, por motivos conscientes ou inconscientes, quando toma o filho em seus braços, e o amamenta, se depara com uma outra qualidade de experiência, que pode levá-la a redimensionar o significado até então atribuído à criança. As possibilidades de desdobramento desse encontro são inúmeras, e não pretendemos esgotá-las na presente tese, mas, ao tomarmos como referência a leitura das entrevistas, encontramos que essa primeira experiência exerceu influência no padrão estabelecido para o prosseguimento do aleitamento.

❖ *Padrão estabelecido nas mamadas seguintes*

Consideramos que a mãe, quando está ativamente adaptada ao seu bebê, é capaz de reconhecer os sinais indicativos dos momentos em que a amamentação é necessária, distinguindo-os daqueles em que o bebê está apenas exercitando sua motricidade corporal, além de saber entender os diferentes significados do choro, como também respeitar momentos em que o bebê necessita ficar sozinho.

O relato da M6, que chegou a pensar em aborto e teve uma gravidez emocionalmente instável, nos revelou:

Ela mamou até os 4 meses...eu vivia com ela no colo porque ela sentia muita fome...comecei a dar Nam também...tava toda querendo...era comendo as mãos...não ficava quieta...toda a hora chorando...eu achava que era colo, mas eu botava no colo e ela começava a querer...na maternidade ensinaram que era de 3 em 3 horas, mas eu não esperava...ela abria o berreiro...pra calar a boquinha dela eu dava mamar (M6).

Interessante observar que a M6, na entrevista, comentou ter chorado muito durante a gravidez, vivida sem apoio, tanto emocional quanto financeiro, em decorrência de ter sido abandonada pelo namorado, pai da criança. Esta situação se manteve durante os primeiros 10 meses de vida da filha, quando, então, estabeleceu uma união estável com outro homem. No período inicial, portanto, nos parece que o choro do bebê mobilizava na mãe sentimentos penosos, que precisavam ser ‘calados’ de qualquer maneira. As palavras da M6 nos permitem entender que ela viveu uma identificação com a filha, porém não no lugar de mãe-ambiente, já que se sentia tão desamparada quanto o bebê, o que a levava a precisar ficar com o a filha no colo todo o tempo, com a justificativa de que *ela não queria saber de cama...abria o berreiro*. Nesse sentido, consideramos que a filha era o ‘colo’ do qual ela sentia falta.

A experiência da amamentação foi vivida de forma intensa pela M5 que, segundo nos relatou, quando era bebê mamou apenas por um mês, e a fez afirmar:

(...) eu dizia pra minha mãe que vou dar de mamar pra minha filha porque eu não mamei o tempo que eu devia ter mamado, e ninguém vai ‘banhar’ minha filha...toda a vida eu tive vontade de ter filho, mas eu tinha medo...de criar filho sem pai...de criar filha com fome(M5).

Ao priorizar sua necessidade de exercitar a maternidade por meio da alimentação, M5 não conseguiu estabelecer um padrão regular para a amamentação da filha.

Eu não esperava...meia hora, 40 minutos...ela começava a gritar...aí eu botava no peito e ela mamava...passava um tempo ela mamava de novo...eu tinha tanto leite que chegava a tirar e jogar fora (M5).

Assim também, quando a filha estava com 3 meses, M5 entendeu que *ela não estava satisfeita só com o peito*, e acrescentou mamadeira com leite de vaca e papinha de legumes, demonstrando o quanto o *medo de criar filho com fome*, como relatou, a ameaçava.

Para a M9, a experiência de amamentação nos parece ter significado mais do que o aleitamento e a troca afetiva com o filho. Se na maternidade precisou do

auxílio da enfermeira para conseguir iniciar a amamentação, depois de 12 horas de tentativas frustradas, em casa descreve o processo, que durou por 1 ano e 7 meses, como uma fonte de prazer por ter lhe assegurado a capacidade de ser mãe.

Em casa não tinha hora pra mamar, mamava muito...ele pedia...ficava se mexendo...eu dava...mamava a noite inteira...eu dormia com ele...ele deitava na minha cama e mamava a noite inteira (...) Por um lado achei que devia ter dado mais tempo...não teria tanto problema como tem tido...por outro não achava porque ele já estava grande...nenhuma criança pode mamar até 4, 5 anos (M9).

O relato da M4 nos fala de um desencontro ocorrido entre ela e seu bebê desde os primeiros momentos, no qual identificamos que sua necessidade de exercitar a maternidade prevaleceu sobre as necessidades da filha. O fato do bebê não ter aceitado o peito logo após o nascimento, que M4 procurou justificar dizendo “ela não tava com fome...tava com preguiçinha ainda”, repercutiu emocionalmente nessa mãe que, segundo revelou, “tava sentindo muito carinho e atenção pra ela”. Acreditamos que a dificuldade inicial do bebê foi vivida pela M4 como uma rejeição, que a levou a impor a amamentação, como observamos em suas palavras:

Eu ficava botando o peito na boca dela...porque como ela era muito preguiçosa, quase não acordava para mamar...eu achava que ela tava com fome...aí eu ficava espremendo o peito na boca dela e ela acabava pegando o peito...uma hora e pouco eu achava que ela tava com fome e dava de novo...ela foi um anjo, não acordava de madrugada para mamar...eu é que ficava acordando ela pra mamar.

Essa imposição alimentar se manteve até os 2 meses, quando o bebê começou a vomitar na hora da mamada. Apesar de afirmar que *sempre soube cuidar muito bem de criança, desde recém-nascida...tenho experiência de cuidar de crianças desde os 10 anos...cuidei da minha irmã mais nova, meus sobrinhos*, a M4 não demonstrou perceber a relação entre a sua atitude e a resposta da filha, que entendemos ter sido vivida com acentuada frustração, proporcional à dedicação com que procurou demonstrar estar revestindo os cuidados maternos.

Tendo concluído que a filha tinha *enjoado do leite...chorava de fome mas não queira mamar no peito*, M4 passou oferecer a chuquinha, por sugestão de uma tia, com leite Nam, e o bebê, então, *mamava que chegava a suar...aí dormia...ficava bastante tempo sem mamar*. Por outro lado, demonstrando que a solução não resolveu sua necessidade de amamentar, chegou a comprar um bico de silicone para voltar a oferecer o peito, e a filha, novamente, não aceitou. A insistência da M4 em relação à alimentação provocou complicações no bebê, que aos 3 meses precisou ser internado com infecção intestinal, já que passou a dar leite Ninho, sopinha, além de ‘danoninho’, geléia e gelatina, atitude prejudicial que só foi contornada porque a pediatra do hospital orientou a dar apenas o leite Nam. Aos 4 meses o bebê não aceitou mais a mamadeira, e *queria tudo na colher*, forma como se alimenta até o presente. Embora tenha descrito a filha como um ‘anjo’, M4 comentou: *o único bico que a T. aceita até hoje é chupeta...começou recém-nascida...dei porque chupeta acalma a criança*.

Uma experiência de amamentação tumultuada também foi vivida pela M1, que teve depressão pós-parto e chegou a expressar que teve vontade de *degolar* o filho quando ele nasceu. Em seu relato, M1 comentou que *tinha muito leite*, mas o filho *não pegou o peito de jeito nenhum*, de modo que passou a tirar o leite com bomba e oferecer na mamadeira, mas apenas no primeiro mês. Quando passou para leite Ninho, o bebê tomava a mamadeira para, em seguida, vomitar tudo que tinha ingerido, e M1, desconhecendo que o filho tinha alergia ao leite de vaca, oferecia outra mamadeira que era vomitada novamente. Segundo M1, essa situação perdurou por todo o primeiro ano de vida do filho, que além do vômito também ficava com o rosto inchado, tinha febre e diarreia, e os médicos a quem recorreu tratavam como infecção intestinal, até que foi feito o diagnóstico correto que possibilitou uma adequação na dieta da criança.

No nosso modo de ver se, por um lado, para cada dupla mãe-bebê há uma história e uma dinâmica própria, por outro não podemos deixar de considerar que o início de vida dessas crianças foi marcado por experiências desfavoráveis, que tiveram, em alguma medida, interferência no processo de construção da individualidade. Os transtornos na *adaptação ativa*, como revelados pelas mães, apontam para um estado de *preocupação primária* atravessado por fantasias de insuficiência para o exercício da maternidade.

4.5. Interpretação dos resultados

Antes de comentar os resultados da pesquisa, consideramos necessário abordar algumas questões que se encontram refletidas, direta ou indiretamente, no conteúdo desses resultados. Ao focalizarmos a mãe na função de maternagem, não podemos deixar de assinalar a importância do papel desempenhado pelo pai da criança, desde o início da gravidez, que ao proporcionar à mãe um ambiente de suporte “suficientemente bom”, pode favorecê-la no exercício satisfatório da *preocupação primária*.

Essa importância pode ser aferida a partir dos relatos colhidos nas entrevistas, quando a experiência de ser abandonada pelo pai da criança logo após a notícia da gravidez, ocorrida com duas entre as mães, ocasionou uma gestação vivida sem apoio afetivo, e também financeiro. Seus comentários nos revelaram como o sentimento de desamparo trouxe conseqüências para a experiência da maternidade, quando a *preocupação materna primária* foi invadida por uma preocupação objetiva, e premente, pela sobrevivência. Por outro lado, constatamos que mesmo quando existe um pai presente, mas o relacionamento do casal é tumultuado por brigas, como ocorreu com a M5, a estabilidade emocional da mãe fica comprometida, trazendo, inclusive, perturbações à sua saúde física e, conseqüentemente, ao ambiente materno oferecido ao filho.

De modo semelhante, consideramos que a presença da família ocupa um papel significativo, enquanto funcionando como um “ambiente materno” acolhedor para a mãe. Ao admitirmos que a gravidez provoca um aumento de sensibilidade na mulher, produzindo oscilações no humor, além de dúvidas e medos sem justificativa, muitas vezes associados a fantasias perturbadoras, entendemos que quanto mais amplo for o aporte afetivo com que a mãe puder contar, melhores serão as condições para uma gestação satisfatória.

Dificuldades de natureza econômica, necessidade de trabalhar, local de moradia inadequado, ônus por ser a única responsável pelo emprego de métodos contraceptivos, são, entre tantos outros, fatores que perpassam os relatos, e que devem levados em conta não para justificar as alterações nos cuidados percebidas por parte das mães, mas para melhor compreendê-las.

Ao longo da análise das entrevistas constatamos que, na história de vida das crianças focalizadas, ocorreram falhas no ambiente materno desde as etapas mais precoces, ainda no útero enquanto primeiro ambiente. Essas falhas se manifestaram, a princípio, pela predominância do sentimento de rejeição à gravidez, ao que se seguiram transtornos orgânicos e alimentares no período de gestação, cuja influência sobre o feto pode assumir graduações diferentes mas não pode ser desconsiderada, vindo a culminar em dificuldades durante a amamentação.

Retornando ao ponto em que formulamos nossa indagação inicial, e que promoveu a construção da pesquisa, concluímos que, por terem ocorrido em uma etapa na qual o bebê depende que a mãe forneça uma *adaptação ativa absoluta*, segundo a concepção winnicottiana, para a garantia de um processo evolutivo satisfatório, as falhas adaptativas maternas se traduziram em uma vivência, por parte do bebê, de invasão ambiental, que propomos nomear de *adaptação invasiva*.

Diferentemente da *adaptação ativa* como estabelecida por Winnicott (1979 [1960], p.52), enquanto expressão da *preocupação materna primária*, a adaptação proveniente de uma mãe *invasiva*, ao produzir uma quebra na linha de continuidade de existência do bebê, provocando a necessidade de reação e interferindo na associação da psique com o soma, acarreta falhas no estabelecimento da unidade psicossomática. Essa condição adversa é o suficiente para ocasionar, como consequência, a utilização do soma, por meio da manifestação alérgica respiratória naqueles bebês geneticamente predispostos, para expressão das ansiedades que não puderam encontrar outra via de escoamento, conforme constatamos na história das crianças pesquisadas.

Ao recorrermos ao material obtido na pesquisa encontramos, nos depoimentos, a presença freqüente de sentimentos de ambivalência em relação à maternidade, manifestados tanto por meio de perturbações durante a gravidez, como no momento do parto ou durante a amamentação, indicativos do quanto a existência real do bebê não tinha sido plenamente significada e investida pela mãe. Um bebê que não devia ter existido, a não ser na fantasia, se transforma num corpo desconhecido, de forma que encontrá-lo, mesmo durante a gestação, e,

principalmente, cuidar dele, demanda o esforço de percebê-lo como um ser com vida própria, com necessidades que lhe são pessoais.

Consideramos importante assinalar que, com o presente estudo, não pretendemos afirmar que todos os bebês, crianças, e até adultos, portadores de alergias respiratórias, necessariamente têm, ou tiveram, mães *invasivas*, já que o nosso olhar se deteve naqueles casos cujo distúrbio se manifestou de forma muito precoce e freqüente. Devemos ter em mente, também, que mesmo nos casos em que ocorreu algum transtorno na adaptação materna durante a gravidez, depois que o bebê nasce a mãe pode resignificá-lo, encontrando um espaço para ele em sua vida, contando para isso, inclusive, com a própria participação do bebê.

CONCLUSÕES

O campo de estudo e pesquisa em psicossomática tem atraído muita atenção na atualidade, e o cenário científico vem se ampliando na mesma medida com que, cada vez mais, é admitida a participação do psiquismo no adoecimento do soma. No nosso entendimento, porém, ainda predomina um estado de dispersão teórica em sua abordagem.

Por estar situada na interface entre o psíquico e o somático, a origem dos transtornos no funcionamento psicossomático do indivíduo, com a produção de doenças orgânicas, vem sendo estudada por diferentes correntes de pensamento. Essas correntes, em função da teoria em que se apóiam, oferecem explicações que oscilam entre a localização de causas primordialmente biológicas à causas fundamentalmente psíquicas, sem que haja um consenso.

Para o nosso presente trabalho encontramos que, entre os seguidores da medicina psicossomática, o privilégio está depositado nas funções fisiológicas do organismo, que seriam afetadas por dificuldades na relação com o ambiente social, enquanto produtora de conflitos, e se traduziriam em distúrbios. O adoecimento, então, é entendido como uma resposta à tensão emocional que, pela intensidade e duração, ocasionaria alterações crônicas no funcionamento do corpo.

Esses pesquisadores identificam, como fator etiológico da crise asmática na infância, o conflito proveniente do convívio com uma mãe superprotetora. Ao nosso ver, essa concepção, apesar de ter ampla aceitação no meio médico, além de já ter sido assimilada culturalmente, por se basear na descrição de comportamentos manifestados pelas mães, sem se deter na compreensão da psicodinâmica subjacente à relação mãe-filho, não leva em consideração a experiência subjetiva da mãe nem a qualidade afetiva que alimenta essa relação, apontando para um aspecto superficial e, conseqüentemente, insuficiente para abranger uma realidade extremamente variável.

No grupo de estudiosos que utilizam a psicanálise como instrumento teórico, figuram os que se identificam com a psicossomática psicanalítica, e que elegeram o modelo econômico da teoria freudiana como prioritário para explicar o adoecimento somático. De acordo com essa abordagem, a somatização decorre de uma deficiência na constituição do aparelho psíquico, originada em falhas no investimento libidinal materno, acarretando uma fragilidade no equilíbrio psicossomático pela insuficiência de mecanismos psíquicos disponíveis para a representação simbólica da excitação, por meio da atividade fantasmática ou do sonho.

Entre esses estudiosos, Marty propôs inovações na psicanálise tradicional, e localizou a gênese da constituição do psiquismo em uma etapa pré-natal, que determinaria a existência de *estruturas psíquicas inatas* e a possibilidade de uma vulnerabilidade constitucional para as respostas somáticas. O modelo martyano, apesar das inovações propostas, manteve a importância do investimento libidinal materno, na satisfação das necessidades pulsionais do bebê, como indispensável para a evolução e hierarquização das funções necessárias à vida, participando na organização psicossomática particular do indivíduo.

Quando levado para o campo da infância, os estudiosos da psicossomática psicanalítica vêm utilizando o conceito martyano de *estrutura psíquica inata*, por meio do qual buscam explicar as patologias somáticas de surgimento precoce, e, também acompanhando os pressupostos da teoria psicanalítica freudiana, valorizam a necessidade da satisfação pulsional e a função materna de pára-excitação na organização psicossomática do bebê.

Ao tomarmos como referência a experiência reunida, ao longo de anos, no trabalho junto a bebês e crianças pequenas com patologias alérgicas, concluímos pela necessidade de uma ferramenta teórica que nos possibilitasse abordar o problema sob outro viés, privilegiando as questões fundamentais vividas pela dupla mãe-filho nas etapas mais precoces: os cuidados necessitados pelo bebê para um desenvolvimento físico e psíquico saudável, e a possibilidade de fornecimento desses cuidados pela mãe.

Nossa contribuição a esse estudo, então, propõe, no lugar do modelo pulsional, que consideramos insuficiente para abordar os primórdios da construção do ser, a utilização da teoria do desenvolvimento de Winnicott que, ao

focalizar a *estrutura relacional mãe-bebê* do início, prioriza a satisfação das necessidades decorrentes do estado de dependência do bebê.

A *mãe-ambiente*, termo que Winnicott criou para enfatizar a diferença da mãe psicanalítica tradicional tomada como objeto sexual, tem como função reduzir ao máximo as invasões ambientais a que o bebê, pelo estado de imaturidade, precisa reagir, de modo a favorecer sua tendência inata no sentido do amadurecimento. No lugar do papel de pára-excitação, a mãe winnicottiana oferece uma *adaptação ativa* ao seu bebê para atender as necessidades dele, que inicialmente são corporais e somente depois do ego, colaborando, assim, para a gradativa integração do psique-soma do início, até o estabelecimento da unidade psicossomática na criança.

Ao reconhecer que a base da psique é o soma, e que, em termos de evolução, o soma se constitui primeiro, Winnicott admitiu, também, que o sentimento do ‘estar vivo’ não se reduz à vitalidade dos tecidos. A localização da psique no corpo, portanto, é algo a ser conquistado, e o sentimento de continuidade da existência não só tem um papel fundamental nessa conquista, como é prioritário em relação à satisfação da sexualidade.

Assim, ao apontar para as perturbações que possam colocar em risco esse processo, Winnicott chamou a atenção para a tendência, de certas mães, de interferir no desenvolvimento de seus bebês por meio de intrusões desnecessárias, que são vividas, pelo bebê, como uma *invasão*. Tal condição adversa provoca, no bebê, a necessidade de reagir, perturbando a continuidade do ser e debilitando a associação da psique com o soma, configurando, portanto, um ambiente propício à manifestação psicossomática.

Como pudemos constatar em nossa pesquisa de campo, a criança alérgica que apresenta crises de surgimento precoce, manifestando-se com frequência elevada e de difícil controle por meio de remédios e vacina, tem na figura materna uma mulher que, ao ‘invadir’ a experiência da maternidade com questões de sua própria dinâmica pessoal, encontrou maior dificuldade em se identificar com o filho que estava gerando, e, conseqüentemente, prejudicou a possibilidade de vivenciar plenamente a *preocupação materna primária*, acarretando transtornos na *relação* desde o primeiro ambiente, ainda no útero, oferecido ao bebê.

As mães entrevistadas, mesmo considerando suas diferenças individuais, revelaram a presença comum do sentimento do próprio desamparo, aliado à fantasia de insuficiência para se colocar no papel de mãe, como se não tivessem muito a oferecer ao próprio filho, o que as impediu de perceber quais eram as reais necessidades da criança, e, assim, a *adaptação* inicial, pelo que foi possível constatar, se transformou numa experiência caótica para o bebê, particularmente no tocante à amamentação.

Consideramos que a imposição alimentar, tanto em quantidade quanto em duração, como foi verificada com frequência, pode ser entendida como uma tentativa de compensação pela falta de confiança na capacidade de ‘dar vida’ ao filho, e na qual o alimento passou a figurar como substituto do *ambiente materno*. De maneira semelhante, a atitude de ficar com o bebê no colo todo o tempo nos indica o temor em percebê-lo, e significá-lo, como um ser separado, com vida própria. Em qualquer das hipóteses, concluímos que as manifestações psicossomáticas apresentadas pelas crianças pesquisadas, expressas por meio de distúrbios alérgicos respiratórios, estão diretamente relacionadas com as falhas maternas, que se traduziram em uma *adaptação invasiva* continuada.

Finalmente, ao elegermos a teoria do desenvolvimento de Winnicott como uma ferramenta teórica indispensável, consideramos que sua utilização não se resume à compreensão dos distúrbios psicossomáticos na primeira infância, mas, e principalmente, na possibilidade de aplicação no campo prático, por meio de ações preventivas de acompanhamento psicológico às mães, favorecendo uma melhor qualidade na relação da dupla mãe-filho, com benefícios para ambos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAM, J. (1996). *A linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- ALBERTS, B. et al. (1997). *Biologia molecular da célula*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- AJURIAGUERRA, J. de (1976). As doenças psicossomáticas. In: *Manual de Psiquiatria Infantil*. Rio de Janeiro: Masson, 1980.
- ALEXANDER, F. (1950) *Medicina psicossomática: seus princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas. (1989).
- BALINT, M. (1955). Prefácio. In: *Sándor Ferenczi: Obras Completas*, vol. II, São Paulo, Martins Fontes, 1992.
- BARDIN, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 1979.
- BICHAT, X. (1800). *Recherches physiologiques sur la vie e la mort*. 1ère partie, article 7, p.58-59. Disponível em http://agora.qc.ca/mot.nsf/Dossiers/Xavier_Bichat. Acessado em 10/10/2003
- BOGOMOLETZ, D. (1990). Notas introdutórias à tradução (brasileira), In: *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- BRAZELTON, T.B. (1987). O bebê parceiro na interação. In: *A Dinâmica do Bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- CANGUILHEM, G. (1952) *La connaissance de la vie*, Paris: Hachette.
- CARVALHO, L. & RIOS, J. (2001). *Conheça sua alergia*. Rio de Janeiro: Revinter.
- CASTRO, L. (1997). Uma introdução à psicossomática da criança através do estudo funcional da asma. In: *Psicossoma: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- COELHO, T. (1984). O fuçador das almas. In: *O livro d'Isso*. São Paulo: Perspectiva, 1991.
- CRAMER, B. (1987). A psiquiatria do bebê: uma introdução. In: *A Dinâmica do Bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- DAVIS, M. & WALLBRIDGE, D (1981) *Limite e espaço: uma introdução à obra de D.W.Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.

DEBRAY, R. (1983). *O equilíbrio psicossomático: e um estudo sobre diabéticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

_____ (1987). *Bebês/Mães em revolta*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

_____ (1991). Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique. In: *Revue Française de Psychosomatique*, 1.

DEJOURS, C. (1998). Biologia, psicanálise e somatização. In: *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

DIAS, E. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.

DUNBAR, F. y otros (1952). *Medicina psicossomática y psicoanálisis de hoy*. Buenos Aires: Paidós (1965).

DURANT, W. (1996). *A História da Filosofia*. São Paulo: Nova Cultural.

DURRELL, L. (1963). Prefácio. In: *O livro d'Isso*. São Paulo: Perspectiva, 1991.

EMERSON, F. & MELLO, I. (2001). *Asma infantil sem segredos*. Rio de Janeiro: Vitro Comunicação.

FAIN, M. (1969). Réflexions sur la structure allergique. In: *Revue Française de Psychanalyse*, 2.

_____ (1971). Prélude a la Vie Fantasmagorique. In: *Revue Française de Psychanalyse*, 2.

_____ (1981). Vers une conception psychosomatique de l'inconscient. *Revue Française de Psychanalyse*, 2.

_____ (1996). Intervention. *Revue Française de Psychosomatique*, 9.

FERENCZI, S. (1909) A respeito das psiconeuroses. In: *Obras Completas*, vol. I, São Paulo, Martins Fontes, 1991.

_____ (1917a). As patoneuroses. In: *Obras Completas*, vol. II, São Paulo, Martins Fontes, 1992.

_____ (1917b). A psicanálise dos estados orgânicos. In: *Obras Completas*, vol. II, São Paulo, Martins Fontes, 1992.

_____ (1932). *Diário clínico*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

FERNANDES, M.H. (2003) *Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista*. Disponível em http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/3_Fernandes_116151003_port.pdf. Acessado em 20/11/03.

FERRAZ, F. C. (1997). Das neuroses atuais à psicossomática. In: *Psicossoma: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

FORTES, O. (1998). *Alergia: tudo o que você precisa saber sobre as doenças alérgicas*. Teresópolis, RJ: Clip Art.

FREUD, S. (1886). Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In: *Obras Completas*, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1893 [1888-1893]). Alguns pontos para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. In: *Obras Completas*, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1894). Rascunho E. In: *Obras Completas*, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1894). As neuropsicoses de defesa. In: *Obras Completas*, vol.III. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1895) Projeto para uma Psicologia Científica. In: *Obras Completas*, vol.I. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1895 [1894a]). Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia. In: *Obras Completas*, vol.III. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1895 [1894b]) Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada 'neurose de angústia'. In: *Obras Completas*, vol.III. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1896). A etiologia da histeria. In: *Obras Completas*, vol.III. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1897). Extrato dos documentos dirigidos a Fliess. Carta 69. In: *Obras Completas*, vol.I. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1897). Sinopses dos escritos científicos do Dr. Sigm. Freud. In: *Obras Completas*, vol.III. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1898). A sexualidade na etiologia das neuroses. In: *Obras Completas*, vol.III. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1905). Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade. In: *Obras Completas*, vol.VII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1908). Moral sexual 'civilizada' e doença nervosa moderna. In: *Obras Completas*, vol.IX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1910a). A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. In: *Obras Completas*, vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1910b). Psicanálise silvestre. In: *Obras Completas*, vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: *Obras Completas*, vol.XII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Obras Completas*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1915a). Os Instintos e suas Vicissitudes. In: *Obras Completas*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1915b). O Inconsciente. In: *Obras Completas*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1917). O Estado Neurótico Comum. In: *Obras Completas*, vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1920). Além do Princípio do Prazer. In: *Obras Completas*, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1923 [1922]). Dois verbetes de enciclopédia. In: *Obras Completas*, vol XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1923b). O ego e o id. In: *Obras Completas*, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1925 [1924]). Um estudo autobiográfico. In: *Obras Completas*, vol.XX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1926). Inibições, sintomas e ansiedade. In: *Obras Completas*, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1932). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. In: *Obras Completas*, vol.XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1933). Sándor Ferenczi. In: *Obras Completas*, vol.XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GAGO, M.I. (1986). *A biografia de Georg Groddeck*. Disponível em <http://psicomundo.org/groddeck/biografia.htm>. Acessado em 27/08/02.

GARCIA-ROZA, L.A. (1984). *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

GRODDECK, G. (1909). Du langage. In: *La maladie, l'art et le symbole*. Paris: Gallimard, 1969.

_____ (1917). Détermination psyche et traitement psychanalytique des affections organiques. In: *La maladie, l'art et le symbole*. Paris: Gallimard, 1969.

_____ (1920). Du ça. In: *La maladie, l'art et le symbole*. Paris: Gallimard, 1969

_____ (1923). *Le livre du ça*. Paris: Gallimard, 1963

_____ (1925). Le ça et la psychanalyse. In: *La maladie, l'art et le symbole*. Paris: Gallimard, 1969.

_____ (1926) De l'absurdité de la psychogénèse. In: *La maladie, l'art et le symbole*. Paris: Gallimard, 1969.

GUEDENEY, A & GRASSO, F. (2003). Attachement et psychosomatique de l'enfant. In: *Perspectives Psy*, volume 42, p. 115-121.

GURFINKEL, D. (1997). Psicanálise, regressão e psicossomática: nas bordas do sonhar. In: *Psicossoma: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo

HUGHES, J. M. (1989). *Reformulando o território psicanalítico*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

KAMIENIECKI, H., (1990). Introdução. In: *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____ (1992). Quelques sources historiques du mouvement de psychosomatique de l'Ecole de Paris. In: *Revue Française de Psychanalyse*, 2.

_____ (1994) *Histoire de la psychosomatique*. Paris, Presses Universitaires de France.

KAHR, B. (1996). *A vida e a obra de D.W.Winnicott: um retrato biográfico*. Rio de Janeiro: Exodus, 1997.

KHAN, M. (1958). Prefácio. In: *Textos selecionados: da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1958a.

KLEIN, M. (1932). *Psicanálise da criança*. São Paulo: Mestre Jou, 1975.

_____ (1945). O complexo de Édipo à luz das primeiras ansiedades. In: *Contribuições à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1981.

KREISLER, L., FAIN, M. & SOULÉ, M. (1974). *A criança e seu corpo*, Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

KREISLER, L. (1981). L'Ambiguïté du corps de l'enfant. In: *Revue Française de Psychanalyse*, 2.

_____ (1991). Les bases originaires de l'organisation psychosomatique. In: *Revue Française de Psychosomatique*, 1.

_____ (1992) *A nova criança da desordem psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

_____ (1994). L'enfant sur le chemin de la connaissance psychosomatique. In: *Revue Française de Psychosomatique*, 6.

_____ (1995) Pathologies fonctionelles néonatales alarmantes. In: *Revue Française Psychosomatique*, 9, 1996.

KUHN, T. (1970) *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2000.

LANGER, M. (1978). *Maternidade e sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. (1967) *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo, Martins Fontes, 1986.

LEBOVICI, S. (1974). Prefácio. In: *A criança e seu corpo*, Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

_____ (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.

_____ (1995). Quelques réflexions théoriques sur l'approche psychosomatique chez le très jeune enfant. In: *Revue Française de Psychosomatique*, 7.

LECANUET, J.-P., GRANIER-DEFERRE, C, & SCHALL, B. (1991). Les perceptions foetales. Ontogénese des systèmes et écologie foetale. In: *Revue Française de Psychosomatique*, 1.

LEWINTER, R. (1969). Préface. In: *La maladie, l'art et le symbole*. Paris: Gallimard.

_____ (1973). L'art de l'enfance. In: *Le livre du ça*. Paris: Gallimard.

LINS, M.I.A. (1995). A representação do corpo na criança. In: *Cadernos de Psicanálise*, Vol.12, nº. 15, pp. 63-74.

LOPARIC, Z. (1997). Winnicott: uma psicanálise não-edipiana. In: *Revista Percurso*, ano IX, nº. 17, pp.41-7.

_____ (2000). O animal humano. In: *Natureza Humana*, vol.2, nº 2, p. 351-97.

_____ (2001). Esboço do paradigma winnicottiano. In: *Cadernos de História e Filosofia da Ciência*, v.11, n.2, p. 7-58.

MAHLER, M. (1975). *O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

MANNONI, M. (1979). *A teoria como ficção*. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

MARGOTTA, R. (1998). *História Ilustrada da Medicina*. São Paulo: Manole.

MARTY, P. & FAIN, M. (1955). Importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet. In: *Revue Française de Psychanalyse*, Tome XIX, p. 205-310.

MARTY, P. (1958) The allergic object relationship. In: *The International Journal of PsychoAnalysis*, vol. XXXIX. p. 98-103.

_____ (1969). Notes cliniques et hypothèses à propos de l'économie de l'allergie. In: *Revue Française de Psychanalyse*, 2.

_____ (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort: Essai d'économie psychosomatique, Tome I*. Paris: Payot.

_____ (1980). *L'ordre psychosomatique : Essai d'économie psychosomatique, Tome II*. Paris: Payot.

_____ (1981) Les processus de somatisation. In: *Revue Française de Psychosomatique*, 19, 2001.

_____ (1983). Prefácio. In: *O equilíbrio psicossomático: e um estudo sobre diabéticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

_____ (1991). Genèse des maladies graves et critères de gravité em psychosomatique. In: *Revue Française de Psychosomatique*, 1.

_____ (1990). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____ (1998). *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

McDOUGALL, J. (1983). *Em Defesa de uma Certa Anormalidade: teoria e clínica psicanalítica*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1991.

_____ (1987). *Conferências brasileiras: corpo físico, corpo psíquico, corpo sexuado*. Rio de Janeiro: Xenon.

_____ (1989). *Teatros do corpo*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

_____ (1992). Corps et langage. Du langage du soma aux paroles de l'esprit. In: *Revue Française de Psychosomatique*, 2.

MELLO FILHO, J. (1989). *O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas.

_____ (1994). *Concepção psicossomática: visão atual*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

MINAYO, M.C.S. (1994). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

OGDEN, T. (2002). Lendo Winnicott. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*, v.36 nº. 4, pp. 737-755.

OUTEIRAL, J. & GRAÑA, R (1991). *Donald W. Winnicott: estudos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

PHILLIPS, A. (1988). *Winnicott*. London: Fontana Press.

PINHEIRO, T. (1995). *Ferenczi: do grito à palavra*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

PIONTELLI, A. (1995). *De Feto a Criança. Um estudo observacional psicanalítico*. Rio de Janeiro, Imago.

RACHMAN, A. (1997). *Sandór Ferenczi: El terapeuta de la ternura y la pasión*. Indepsi [online]. Disponível na internet em: www.indepsi.terra.cl/ferenczi/notas/notas.html. Acessado em 15/05/1999.

RANÑA, W. (1997). Psicossomática e o infantil: uma abordagem através da pulsão e da relação objetal. In: *Psicossoma: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

RODMAN, R. (1987). Introdução. In: *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

SCHULTZ, D. & SCHULTZ, S. (1969). *História da psicologia moderna*. São Paulo, Cultrix, 1992.

SMADJA, C.(1991) Le concept de pulsion: essai d'étude comparative chez Freud et P.Marty. In: *Revue Française de Psychosomatique*, 1.

_____ (1996). *Argument*. In: *Revue Française Psychosomatique*, 9.

_____ (2001). *Présentation de la psychosomatique*. Disponível em http://www.spp.asso.fr/Main/Extensions/13_psychosomatique.htm. Acessado em 22/09/02.

SOULÉ, M. (1996). Intervention. *Revue Française de Psychosomatique*, 9.

SPITZ, R. (1958). *El primer año de vida del niño*. Madri: Aguilar (1977).

_____ (1959). *La formación del yo: Una teoria genética de campo*. Argentina: Centro Editor de America Latina, 1962.

_____ (1965) *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica (1969).

_____ (1965). *O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais*. São Paulo: Martins Fontes, 1980

STERN, D. (1992). *O mundo interpessoal do bebê*. Porto Alegre, Editora Artes Médicas.

SZWEC, G. (1993). *La psychosomatique de l'enfant asthmatique*. Paris: Presses Universitaires France.

_____ (1995). Introduction. In: *Revue Française de Psychosomatique*, 9, 1996.

VOLICH, R.(Org) (1997). *Psicossoma: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____ (1998). *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____ (2000). *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

WINNICOTT, C. (1989). D.W.Winnicott: uma reflexão. In: *Explorações psicanalíticas: D.W.Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, D.W. (1931). Notas sobre normalidade e ansiedade. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: F.Alves, 1978.

_____ (1936). Appetite e perturbação emocional. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: F.Alves, 1978

_____ (1941). Observação de bebês numa situação padronizada. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: F.Alves, 1978.

_____ (1944). Psiconeuroses oculares da infância. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: F.Alves, 1978.

_____ (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: F.Alves, 1978.

_____ (1947). O ódio na contra-transferência. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: F.Alves, 1978.

_____ (1948). Pediatria e psiquiatria. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: F.Alves, 1978.

_____ (1949a). Recordações do nascimento, truma do nascimento e ansiedade. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: F.Alves, 1978

_____ (1949b). A mente e sua relação com o psique-soma. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: F.Alves, 1978.

_____ (1950-5). Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: F.Alves, 1978

_____ (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: F.Alves, 1978.

_____ (1952). Ansiedade associada à insegurança. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: F.Alves, 1978.

_____ (1953). A tolerância do sintoma na pediatria – a história de um caso. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: F.Alves, 1978.

_____ (1954-5). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: F.Alves, 1978.

_____ (1956a). Preocupação materna primária. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: F.Alves, 1978.

_____ (1956b). A tendência anti-social. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: F.Alves, 1978.

_____ (1956c). Pediatria e neurose infantil. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: F.Alves, 1978.

_____ (1957a). A capacidade para estar só. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1979

_____ (1957b). A contribuição da mãe para a sociedade. In: *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1986

_____ (1958). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: F.Alves, 1978.

_____ (1960). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1979.

_____ (1962a). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1979

_____ (1962b). Enfoque pessoal da contribuição kleiniana. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1979.

_____ (1963). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1979.

_____ (1964a). Mais idéias sobre os bebês como pessoas. In: *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

_____ (1964b) A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos. In: *Explorações psicanalíticas: D.W.Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____ (1964c) Resenha de *Memories, Dreams, Reflections*. In: *Explorações psicanalíticas: D.W.Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____ (1967a). *O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil*. In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975

_____ (1967b). “Pós-escrito: D. W. W. sobre D. W. W”. In: *Explorações psicanalíticas: D.W.Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____ (1969). O uso de um objeto no contexto de Moisés e o *Monoteísmo*. In: *Explorações psicanalíticas: D.W.Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____ (1964). *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editora, 1979.

_____ (1965). *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.

_____ (1970). Assistência residencial como terapia. In: *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

_____ (1971a). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

_____ (1971b). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1984.

_____ (1986). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

_____ (1987). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

_____ (1988 [1954-1970]). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1990.

_____ (1989). *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1994.

_____ (1996) *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1997.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
 mãe do(a) menor _____, n.º
 de matrícula _____, abaixo assinada, concordo em
 participar do estudo Compreensão psicossomática dos distúrbios alérgicos
 respiratórios na 1ª. infância. Fui devidamente informado pela pesquisadora
Ramilda Fontan Soto sobre o teor do estudo, e seus objetivos. Ao aceitar fazer
 parte, estou ciente de que serão resguardados o sigilo e a privacidade das
 informações que prestar, e que meu nome não será mencionado em qualquer
 publicação. Também estou sendo informada que este projeto de pesquisa foi
 revisado e aprovado por uma Comissão de Ética em Pesquisa, e está de acordo
 com a Resolução 196/96 do CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa)
 do Ministério da Saúde que regulamenta a pesquisa em humanos.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

A pesquisa objetiva conhecer a dinâmica da relação mãe-filho de crianças que
 apresentam distúrbios alérgicos respiratórios, e que estão em tratamento
 ambulatorial no Hospital Municipal Jesus. A partir de seus resultados, serão
 propostas estratégias de orientação psicológica às mães visando favorecer esse
 relacionamento, ao mesmo tempo possibilitando o esclarecimento de dúvidas e
 preocupações comuns a todas as mães nas mesmas condições.

 Local e data

 Mãe entrevistada

 Ramilda Fontan Soto

Roteiro da entrevista

Do presente roteiro constam algumas perguntas de partida, para motivar o processo de investigação, de modo que em cada entrevista surgiram outras perguntas, acompanhando o relato da mãe.

- 1) Qual a dificuldade do (a) seu (sua) filho (a)?
- 2) Como foi a gravidez?
- 3) Como foi o parto?
- 4) Como foi a primeira mamada?
- 5) Como foi a amamentação?