

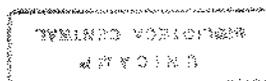
HERLENE PERSON ROMANO MAROT

A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ E AS MANIFESTAÇÕES
PSICOSSOMÁTICAS PRECOSES

Dissertação de mestrado
apresentada à Faculdade
de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de
Campinas.

Orientadora:
Profª Drª Lídia Strauss

Campinas, SP
1995



UNIDADE	78C
N.º CHAMADA:	7/UNICAMP
	M347r
V.	Ex.
TOMBO BC	3947
ASOC.	4343
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,50
DATA	11/11/95
L.º CPD	Cm dup 67275-9

FICHA CATALOGRAFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

M347r Marot, Herlene Person Romano
A relacao mae-bebe e as manifestacoes psicossomaticas precoces
/ Herlene Person Romano Marot. -- Campinas, SP : [s.n.], 1995.

Orientador : Lidia Strauss.

Dissertacao (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Ciencias Medicas.

1. Mae e filho. 2. Psicossomatica. 3. Psicanalise.
4. Crianças - Desenvolvimento. I. Strauss, Lidia.
II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciencias
Medicas. III. Titulo.

*Ah, todo o cais é uma saudade de pedra!
E quando o navio larga do cais
E se repara de repente que se abriu um espaço
Entre o cais e o navio,
Vem-me, não sei por quê, uma angústia recente,
Uma névoa de sentimentos de tristeza
Que brilha ao sol das minhas angústias relvadas
Como a primeira janela onde a madrugada bate,
E me envolve como uma recordação duma outra pessoa
Que fôsse, misteriosamente minha.*

Fernando Pessoa

Aos meus pais

iii

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Lídia Strauss, minha orientadora, por acreditar em mim, por ajudar-me, de maneira tranqüila, a trilhar os caminhos deste estudo.

À Profª Drª Maria Adélia Jorge Mac Fadden, pela disponibilidade carinhosa e pelas importantes contribuições que forneceu a este trabalho.

À Profª Sônia Novaes de Rezende, pelo incentivo sincero, pela riqueza das supervisões e por haver-me despertado para o entendimento das crianças e dos bebês, o que muito contribuiu para a realização deste estudo.

Ao Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda, pelos ricos ensinamentos, pela atenção e pelo respeito.

À Profª Drª Rachel Vilela Fávero e ao Prof. Dr. Roosevelt Moisés Smeke Cassorla, por tudo que me ensinaram.

Ao Prof. Dr. Antônio Muniz de Rezende, a quem sou muito grata por haver-me propiciado a compreensão mais profunda e o crescimento.

Aos professores e colegas do Departamento de Psiquiatria da Unicamp, pelas experiências enriquecedoras.

Ao Prof. Dr. Alceu Roberto Casseb, pela disponibilidade e gentileza.

A Sílvia Helena Franchetti, pelo dedicado trabalho de revisão

e editoração desta dissertação.

A Rosemari Urbano Wrany, Solange Aparecida da Costa Barros e Sônia Maria Graça de Alencar, pelos momentos compartilhados, pela amizade, compreensão e sensibilidade.

Aos meus pais, Agnes e Hailto, e à minha irmã Helga, pelo que eles são e pelo que me ajudam a ser.

Ao Rui, meu marido, pelo incentivo, apoio e companheirismo.

Ao Eduardo, meu filho, por ele existir.

Finalmente, aos meus pacientes, pela confiança e entrega, e por tudo que me ensinam.

SUMÁRIO

RESUMO	iv
ABSTRACT	v
INTRODUÇÃO	1
CAP. I - A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ - UMA UNIDADE	7
I.1. Contribuições Psicanalíticas	7
I.1.1. A "simbiose normal" e o processo de "separação-individuação"	7
I.1.2. A trajetória da dependência absoluta rumo à independência	14
I.1.3. Relações objetais	27
I.1.4. A <i>reverie</i> materna	33
I.2. Outras Contribuições	36
I.2.1. A relação mãe-bebê como um sistema interacional regulador	36
Cap. II - A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ - MATRIZ PSICOSSOMÁTICA	44
CAP. III - A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ E AS MANIFESTAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS PRECOCES	54
III.1. Uma defesa contra o aniquilamento (<i>breakdown</i>)	55
III.1.1. Manifestação psicossomática como elo do psique-soma	55
III.1.2. Manifestação psicossomática e o falso <i>self</i>	56
III.1.3. Manifestação psicossomática: fantasias no corpo	57

III.1.4. O sintoma psicossomático e o objeto transicional	58
III. 2. As manifestações psicossomáticas e a depressão do bebê	60
III. 3. Manifestação psicossomática e "crise"	62
CAP. IV - PENSANDO O ADOECER	69
IV.1. Uma ilustração	69
IV.2. Algumas considerações	75
CAP. V - CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82

RESUMO

Nesta dissertação propomo-nos estudar a relação mãe-bebê no primeiro ano de vida e o desenvolvimento psicossomático da criança a partir dessa relação. Trata-se de um estudo teórico-clínico, de referencial psicanalítico, onde buscamos integrar conhecimentos a respeito da construção da unidade psicossomática do indivíduo nos períodos precoces do desenvolvimento e entender as manifestações psicossomáticas emergentes nesta fase, dentro do contexto psicodinâmico da relação mãe-bebê.

Nos dois primeiros capítulos, são revistas algumas teorias que priorizam o papel do vínculo materno-infantil no desenvolvimento psicossomático do indivíduo. Em seguida, as manifestações psicossomáticas emergentes no primeiro ano de vida são enfocadas de maneira geral, tentando situá-las como sinalizadores de bloqueio no desenvolvimento psicossomático da criança, oriundas da desarmonia na relação mãe-bebê. No quarto capítulo é feita a descrição de um caso clínico, onde buscamos focar a relação entre uma criança e sua mãe e, em seguida, são relatadas algumas considerações sobre o caso exposto.

Finalmente, situamos o presente estudo como uma contribuição para o entendimento das etapas primitivas do desenvolvimento humano, que fornece subsídios a serem utilizados com fins terapêuticos e profiláticos.

ABSTRACT

In this paper we propose to study the relationship between mother and child during the child's first year of life, and the child's psychosomatic development derived from this relationship. It is a theoretic and clinic study with psychoanalytic references, in which we try to gather knowledge about the formation of the individual's psychosomatic unity at its early development stages. We also try to understand the emergent psychosomatic manifestations at this stage within the psychodynamic context of the mother & child relationship.

In the two first chapters some theories prioritizing the role of the link between mother and child in the individual's psychosomatic development are reviewed. Next, the emergent psychosomatic manifestations in the first year of life are approached in a general sense, in an attempt to consider them as indications of a block in the child's psychosomatic development, deriving from disharmonies in the relationship between mother and child. In the fourth chapter the description of a clinical case is presented, where we try to focus on the relationship between a child and its mother. Next, some considerations about the case presented are made.

Finally, we deem the present study as a contribution to the understanding of the early stages of the human development, which might provide data to be used with therapeutic and prophylactic purposes.

INTRODUÇÃO

*Ao olharmos, vemos uma mãe, e um bebê desenvolvendo-se em seu útero, ou seguro em seus braços, ou sendo cuidado por ela de alguma forma. Mas se olharmos através dos olhos do bebê, veremos que ainda não há um lugar a partir do qual olhar. No entanto, a semente de todo o desenvolvimento futuro está ali, e a continuidade da experiência do ser é essencial para a saúde futura do bebê que virá a ser um indivíduo (WINNICOTT, *A natureza humana*, 1988, p. 153).*

Com estas palavras, WINNICOTT nos fala da relação peculiar, primeira relação do ser humano: a do bebê com sua mãe. No entanto, falamos de relação como espectadores, porque supõe-se que, para o bebê, a noção de dois, de relação entre dois, ainda não esteja presente.

Como então esse bebê, tão mergulhado na relação, pode vir a se tornar um, com idéia de "EU" distinto, entidade separada, e ver com os seus olhos o outro?

Como Narciso pode se desprender desse outro que ainda é ele mesmo e caminhar para ser Édipo, para viver as emoções e conflitos próprios da natureza humana?

Quando as condições são favoráveis, o bebê vai gradativamente emergindo dessa relação e se descobre, então, como enti-

dade distinta de sua mãe. Por condições favoráveis, entendemos aqui aquelas que possibilitam a essa dupla viver períodos de intensa sincronia, semelhantes talvez a bailarinos num *pas-de-deux*.

Podemos falar do "ambiente facilitador" e da "mãe suficientemente boa", de WINNICOTT, ou da capacidade de "reverie" materna, de BION, ou da função de "prótese materna", que nos relata PIERA AULAGNIER. São estas algumas das condições para que o bebê possa se desenvolver e possa "SER", num primeiro momento, para depois poder dizer "EU SOU", quando se supõe que ele já tenha um substrato psíquico para reconhecê-lo e distinguir o "eu" do "não-eu".

M. MAHLER (1975), quando nos fala sobre o nascimento psicológico, diz que este não coincide com o biológico. Para um espectador, o corte do cordão umbilical separa dois corpos, que no entanto permanecem unidos, envoltos numa membrana ilusória, que fornece as condições necessárias para que o bebê se desenvolva e se constitua como uma unidade psicossomática.

Neste sentido, a relação do bebê com sua mãe, ou pessoa que desempenhe esta função, traz em si, no seu âmago, a condição *sine qua non* para que o bebê possa vir a ter uma existência psicossomática, e isto se dá quando o pequeno corpo infantil está em íntimo contato com o corpo e com o psiquismo maternos.

... esse envolvimento sensual primitivo, é a condição prototípica da sobrevivência psíquica... É um momento mítico, primordial, na estruturação psíquica do pequeno indivíduo que virá, pois existe apenas a interpretação materna (cuja "violência" inelutável PIERA AULAGNIER [1975] destacou) das necessidades de seu filho, para fazer desse corpo biológico um corpo pulsional (MCDOUGALL, 1982, p. 177).

Dessa forma, esse corpo, que um dia esteve contido no corpo de um "outro-mãe", vai criando dentro de si um aparelho psíquico, estruturado como um continente materno, para abrigar e transformar os afetos, que, sem essa possibilidade, ficariam aprisionados para sempre no soma, sem oportunidade de serem sonhados, sentidos e, muito menos, pensados.

Para nós, o adoecer somático e psíquico sempre foram alvos de questionamentos e reflexões e, sob este ângulo, os distúrbios psicossomáticos talvez sejam aqueles que mais intriguem a médicos e a psicanalistas: terra de ninguém, ao mesmo tempo que possível ponte para o entendimento da relação psique-soma.

Vários estudos contemporâneos (TAYLOR, 1987; MCDOUGALL, 1982, 1989; MAC FADDEN, 1993) vêm demonstrando que pacientes adultos com distúrbios psicossomáticos geralmente trazem em si ilhas de um funcionamento psique-soma, que devem ser remetidos a etapas primitivas do desenvolvimento infantil, etapas essas

situadas onde o bebê vivia com sua mãe em um estado de fusão.

Um mergulho nesse período do desenvolvimento nos remete necessariamente a pensar no bebê numa situação de indiferenciação com o meio, sendo o meio, aqui, a própria mãe. Da mesma forma, o bebê, por sua imaturidade desse período, não tem outra maneira para se expressar a não ser somaticamente. Não dispõe ainda de um aparelho psíquico estruturado para "metabolizar" as sensações arcaicas. Precisa de um outro, um continente materno, conforme BION (1962), para desempenhar esta função.

E é sob o ângulo do desenvolvimento primitivo que, neste estudo, objetivamos principalmente integrar conhecimentos sobre as vicissitudes da relação mãe-bebê nas etapas precoces da vida e as repercussões desta relação no psique-soma inicial e na constituição psicossomática do indivíduo.

Para tanto, buscamos aprofundar a compreensão das manifestações psicossomáticas precoces, situando-as dentro da relação mãe-bebê. Serão entendidas como manifestações psicossomáticas precoces as alterações funcionais dos diversos órgãos e sistemas que surgem no primeiro ano de vida. Julgamos poder contribuir, com este estudo, para a criação de intervenções precoces e adequadas, com fins terapêuticos e/ou profiláticos.

A integração de vários estudos tem como finalidade a ampliação do conhecimento, a possibilidade de se estabelecer pontes, analogias, num movimento de ir e vir, que pensamos ser próprio do crescimento.

Situamos este como um estudo teórico-clínico, onde é feita

uma revisão teórica inicial, seguida pela ilustração através de um caso, quando utilizamos então o método clínico para seu entendimento.

Conforme ARRUDA (1991), o método clínico se origina na prática clínica, é ditado "pelas bases teóricas fundamentadoras e decorrentes dessa prática", apoia-se "na criticidade e no modelo interpretativo das ciências humanas" e visa à compreensão, à conexão de sentidos e à elaboração de conhecimentos". De acordo com REZENDE (1987), a criticidade é o critério de cientificidade das ciências humanas, que implica numa crítica reflexiva, que impõe a intervenção do outro, do confronto com o outro, na busca de consenso, de sentidos, da multiplicidade de sentidos.

No primeiro capítulo deste estudo, buscamos situar a relação mãe-bebê como uma unidade. São revisados aspectos das teorias do desenvolvimento infantil de M. MAHLER, D.W. WINNICOTT, M. KLEIN e W. BION, pois julgamos que esses autores priorizam, de maneira original e complementar, o vínculo materno-infantil no desenvolvimento psicossomático do indivíduo. A unidade dual mãe-bebê é também abordada neste capítulo através de alguns estudos que, a partir da psicobiologia, situam a relação mãe-bebê como um sistema interacional regulador.

A partir dessa revisão inicial, no segundo capítulo é enfocada o desenvolvimento psicossomático do indivíduo propriamente dito. A relação mãe-bebê, como então entendida, constitui a matriz original a partir da qual os processos de individuali-

zação vão acontecendo. Dentro da matriz indiferenciada eu-mundo, a diferenciação psique-soma começa a se realizar e a criança passa a reconhecer o próprio corpo, a ter noção de interior-exterior. Tais processos podem ser favorecidos ou dificultados pelo comportamento materno.

No terceiro capítulo são enfocadas as manifestações psicossomáticas precoces dentro do contexto da relação mãe-bebê e do desenvolvimento psicossomático do indivíduo. Essas manifestações são vistas como sinalizadoras de uma desarmonia na relação mãe-bebê, oriunda de dificuldades maternas e/ou da criança, devendo cada caso, portanto, ser entendido nas suas peculiaridades.

É isso que é feito no quarto capítulo, através da ilustração por um caso clínico, seguido de algumas considerações, feitas em função do exposto anteriormente, quando concluimos, então, esta dissertação.

CAPÍTULO I

I. A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ - UMA UNIDADE

A relação mãe-bebê é vista, neste capítulo, como uma unidade, matriz inicial de onde se desenvolve o psiquismo infantil e emerge o indivíduo.

I.1. CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS

I.1.1. A "SIMBIOSE NORMAL" E O "PROCESSO DE SEPARAÇÃO-INDIVIDUAÇÃO"

O nascimento biológico do homem e o nascimento psicológico do indivíduo não coincidem no tempo. O primeiro é um evento bem delimitado, dramático e observável; o último, um processo intrapsíquico de lento desdobrar (MAHLER, 1975, p.15).

MARGARET MAHLER (1975) situa o nascimento psicológico do indivíduo como um segundo nascimento, "um desabrochar para fora da membrana comum simbiótica mãe-criança" (MAHLER e GOSLINER, 1955, apud MAHLER, 1975), o emergir de um estado de indiferenciação eu-mundo, através do processo de separação-individuação,

que caracteriza como um processo intrapsíquico normal e universal.

MAHLER (1963, 1974) refere que o bebê humano, devido a sua imaturidade biológica, vive, nos primeiros meses após o nascimento, um estado de dependência absoluta da mãe, específico da espécie, estabelecendo uma matriz dual mãe-bebê, necessária para a formação de um sistema de regulação homeostático em condições extra-uterinas, que assenta as bases para a integração egóica e para as futuras relações objetais.

No primeiro mês de vida, logo após o nascimento, o bebê vive um estado que MAHLER (1965, 1975) denominou "Autismo Normal", no qual a criança - semelhante a um sistema monadário fechado, auto-suficiente, em estado de semi-sonolência e semi-vigília - busca a satisfação alucinatória das necessidades. Segundo a autora, há "uma ausência relativa de catexia dos estímulos externos" (MAHLER, 1975), e o bebê não tem consciência da mãe, não diferenciando os cuidados maternos que aliviam suas necessidades, de suas próprias tentativas para reduzir a tensão, como urinar, defecar, tossir, cuspir, espirrar, vomitar, regurgitar. Consegue apenas diferenciar a experiência "boa"/"prazerosa" da "má"/"desprazerosa" (MAHLER e GOSLINER, 1955, apud MAHLER, 1975). Conforme a autora descreve (MAHLER, 1975), os processos fisiológicos nesta fase predominam sobre os psicológicos.

Através dos cuidados maternos, o bebê vai adquirindo consciência sensorial do mundo, por uma espécie de remanejamento da

catexia, situada nos processos fisiológicos internos esplâncnico-vegetativos, para um nível sensorial periférico (RIBBLE, 1943, apud MAHLER, 1974). Para MAHLER (1974) a principal tarefa da fase autista é a manutenção, por mecanismos fisiológicos, do equilíbrio homeostático após o nascimento.

A partir do segundo mês de vida, MAHLER (1963, 1967, 1975) relata que o escudo autista começa a se romper e tem início, então, a fase "Simbiótica Normal", quando o bebê passa a ter consciência difusa da mãe e a se comportar como se ele e a mãe formassem "um sistema onipotente, uma unidade dual dentro de uma fronteira comum" (MAHLER, 1967). Devido à ocorrência do deslocamento de energia para a periferia, forma-se um escudo sensorial protetor contra estímulos externos, que é, ao mesmo tempo, seletivo e perceptivo (MAHLER, 1967, 1975). A mãe, ainda nesse momento, protege a criança contra o excesso de estimulação externa.

A passagem da catexia êntero-proprioceptiva para sensório-perceptiva periférica constitui, segundo MAHLER (1967), um importante passo para o desenvolvido do ego corporal.

Apesar de o termo "Simbiose" ter sido utilizado, ele tem significados diferentes para o bebê e para a mãe, "a necessidade que a criança tem da mãe é absoluta; a necessidade que a mãe tem da criança é relativa" (MAHLER, 1975). MAHLER (1967) diz que, no contexto da unidade dual mãe-bebê, o termo simbiose é uma metáfora e refere-se a um estado de fusão, de indiferenciação que a criança vive com a mãe, onde o "self" e o "não-

self" são indiscriminados, e onde o interior e o exterior estão apenas iniciando a diferenciação.

A característica essencial da simbiose é a fusão somatopsíquica onipotente alucinatória ou delirante, com a representação da mãe e, em particular, o delírio de uma fronteira comum entre dois indivíduos psiquicamente separados (MAHLER, 1975, p.54).

Nesta fase, o ego rudimentar do bebê é complementado pelo ego materno, e MAHLER (1974) coloca como a principal realização psicológica da fase simbiótica a criação do vínculo específico entre a mãe e o bebê, evidenciado pela resposta sorridente descrita por SPITZ (1965).

A partir da metade do primeiro ano, segundo MAHLER (1967), há um segundo massivo remanejamento de catexias, que inicia a criança no processo de separação-individuação. A autora postula que grande proporção de catexia se desloca da órbita simbiótica para as funções egóicas do bebê, como locomoção, percepção, aprendizagem.

O processo de separação-individuação se caracteriza, segundo MAHLER (1975), "por um aumento constante da consciência do desligamento entre *self* e "outro", que coincide com as origens do sentido do *self*, da verdadeira relação de objeto, e da consciência da realidade do mundo externo", e se realiza atra-

vés de quatro subfases:

- a) Diferenciação
- b) Exploração ou treinamento
- c) Reaproximação
- d) Início da constância objetal

a) Diferenciação

Esta subfase inicia-se por volta do quinto ou sexto mês de vida extra-uterina e caracteriza-se, segundo MAHLER (1965), por uma diminuição da dependência corporal da mãe. O desenvolvimento da motricidade possibilita que a criança inicie movimentos como levantar-se e engatinhar, e ela experimenta satisfação no uso de seu corpo e na busca de estímulos no mundo externo. MAHLER (1975) diz que há um "processo de desabrochamento", onde a atenção da criança, antes voltada exclusivamente para dentro da órbita simbiótica, começa a se dirigir para fora. Essa fase caracteriza-se também pela investigação sensório-motora primitiva do rosto materno e pelos jogos de esconde-esconde, que se estabelecem entre a mãe e a criança.

A criança demonstra clara preferência para executar as novas funções junto à mãe, onde expressa segurança e estabilidade (MAHLER, 1965).

b) Exploração ou Treinamento

Esta subfase inicia-se a partir dos nove ou dez meses de idade, indo até o décimo quinto mês. A criança, nesse momento, apresenta maior desempenho motor, e com isso aumenta a sua exploração do ambiente. Encontra-se interessada nas próprias funções corporais e permanece bastante absorvida em suas atividades. Começa a distanciar-se da mãe em alguns momentos, mas logo retorna a ela, como para "reabastecer-se" perto dela (MAHLER, 1965).

Para MAHLER (1975), a criança encontra-se, nessa fase, rumo à consciência do desligamento e à individuação.

c) Reaproximação

A subfase de reaproximação acontece entre os quatorze e vinte e dois meses de idade. A criança, nesse momento, já tem domínio da marcha, e o maior desenvolvimento motor e cognitivo a tornam mais consciente da separação física da mãe, o que gera grande ansiedade (MAHLER, 1965). A "despreocupação" do período anterior cede lugar a uma preocupação constante com o lugar onde se encontra a mãe. A criança, nessa subfase, quer compartilhar com ela todas as novas conquistas que vai realizando. Os substitutos maternos não são aceitos com facilidade e a criança começa a demonstrar intensa possessividade e sinais de agressividade para com a mãe. Parece viver em conflito constante entre

os desejos de separação e de aproximação. Também caracteriza essa fase o início de comunicação verbal.

A nível intrapsíquico, de acordo com MAHLER (1975), ocorre uma diferenciação progressiva entre a representação do *self* e do objeto.

d) Constância Objetal

Nesta subfase, que se situa entre os vinte e dois e os trinta e seis meses de idade, há rápida diferenciação do ego e grande desenvolvimento das funções cognitivas (MAHLER, 1975).

Para MAHLER (1975), esta subfase é caracterizada pela consolidação da individuação e pelo início da constância do objeto emocional. O estabelecimento de representações mentais distintas do *self* e do objeto "abrem caminho para a constância objetal" (MAHLER, 1974). No entanto, esse processo é lento e envolve todos os aspectos da vida psíquica (MAHLER, 1975); implica também na unificação do objeto "bom" e "mau" na mesma representação mental.

I.1.2. A TRAJETÓRIA DA DEPENDÊNCIA ABSOLUTA RUMO À INDEPENDÊNCIA

O lactente e o cuidado materno juntos formam uma unidade (WINNICOTT, 1960b, p. 40).

Para WINNICOTT (1952a), o centro da gravidade do ser não começa no indivíduo, mas na organização meio-ambiente-indivíduo. Segundo o referido autor, as provisões ambientais favoráveis facilitam o desenvolvimento da criança e, então, o cerne do ser se desloca da organização total para o indivíduo.

WINNICOTT (1954, 1963) refere que todo bebê humano traz consigo tendências hereditárias, um impulso biológico para o desenvolvimento, incluindo aqui o que ele designou de "processos de maturação"¹, que levam a criança de um estado de dependência absoluta do ambiente ao caminho da independência.

Cada bebê é uma organização em marcha
(WINNICOTT, 1949b, p. 29)

No entanto, os processos de maturação dependem, para a sua

¹"Processo de maturação" se refere à evolução do ego e do self; inclui a história completa do id, dos instintos e suas vicissitudes, e das defesas do ego relativas ao instinto (Winnicott, 1963).

efetivação, de um ambiente favorável, denominado "ambiente de facilitação" (WINNICOTT, 1964a), que inclui, num primeiro momento, a mãe com sua capacidade empática de adaptação às necessidades do bebê. É a "mãe dedicada comum", como WINNICOTT (1966a) designou: a mãe que sabe - com seu saber intuitivo e dependente das suas vivências, pois foi criança também - quais são as necessidades do bebê, e cuida dele sem precisar planejar conscientemente os seus cuidados.

Muitos erros de interpretação se originaram da lentidão de alguns em entender que as necessidades de um lactente não estão confinadas às tensões instintivas, não importam quão importantes possam ser. Há um conjunto inteiro de desenvolvimentos do ego do lactente que tem suas próprias necessidades (WINNICOTT, 1963a, p. 82).

A trajetória da dependência absoluta à independência diz respeito à revelação do potencial herdado de desenvolvimento através da facilitação materna.

A. Dependência absoluta

No entanto, para nós mesmos, devemos um reconhecimento intelectual do fato de que, no início, éramos

absolutamente dependentes psicologicamente, e por absolutamente, quero dizer absolutamente (WINNICOTT, 1966a, p. 7).

WINNICOTT (1963a) refere que, nas primeiras fases do desenvolvimento, embora o bebê não tenha consciência disso, é totalmente dependente das provisões físicas e emocionais fornecidas por sua mãe. Não apresenta um ego suficientemente integrado, ainda, para ter a noção de seu estado dependente, e não pode considerar os fatos vividos como experiências. Está sujeito, de maneira completa, às condições fornecidas pelo ambiente, no sentido do favorecimento ou das perturbações às suas tendências de desenvolvimento.

Portanto, a mãe tem, neste momento, um papel fundamental. A partir do final da gestação e nos primeiros dias após o nascimento do bebê, a mãe desenvolve o estado de "preocupação materna primária" que, para WINNICOTT (1956), se traduz numa condição psicológica que poderia ser vista como patológica em qualquer outra situação, mas nesse contexto é normal e necessária, pois permite a ela identificar-se com o bebê e com suas necessidades e, assim, facilitar o seu desenvolvimento, de tal forma que ele possa vivenciar "uma continuidade de ser" (WINNICOTT, 1960b).

A mãe que desenvolve o estado que chamei "preocupação

materna primária" fornece um setting no qual a constituição do bebê pode se mostrar, suas tendências de desenvolvimento podem começar a se revelar e o bebê pode experimentar um movimento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase inicial da vida (WINNICOTT, 1956, p. 495).

A mãe encontra-se, portanto, nesta condição, bastante identificada com o bebê, podendo-se dizer, como WINNICOTT (1966a) escreveu, que "ela é o bebê e o bebê é ela". Assim, a mãe está também bastante dependente e vulnerável, sendo beneficiada, em sua função, pelo suporte ambiental, principalmente familiar.

WINNICOTT (1945), em seu estudo sobre o desenvolvimento emocional primitivo, refere que, nesse período de dependência absoluta, antes de o bebê conhecer a si mesmo e aos outros, vários processos vão-se efetuando, e os denominou:

- a) integração
- b) personalização ou inserção da psique no soma
- c) realização ou início das relações objetais

a) Integração

Em psicologia, é preciso dizer que o bebê se desmancha em pedaços a não ser que alguém o mantenha inteiro. Nestes estágios o cuidado físico é um cuidado

psicológico (WINNICOTT, 1988, p. 137).

WINNICOTT (1962) diz que existe no ser humano uma tendência inata para a integração, e que esta se torna um fato a partir de fatores internos próprios do bebê e também de fatores ambientais. Para ele, "na saúde há quantidades suficientes dessas duas coisas e sua combinação significa estabilidade" (WINNICOTT, 1988). WINNICOTT (1945) postula um estado de não-integração primário, acompanhado de não-consciência, a partir do qual a integração se realiza.

Os cuidados maternos fornecidos pela mãe, sua capacidade de sustentação ou "*holding*"², favorecem a congregação das partículas e fragmentos de atividades motora e sensorial do bebê, que fazem surgir momentos de integração, nos quais o bebê se torna uma unidade, embora bastante dependente (WINNICOTT, 1960b).

A sustentação egóica materna facilita a organização do ego do bebê (WINNICOTT, 1966a), e, nos momentos calmos, passa a existir uma relação de ego entre a mãe e o bebê, favorecendo a identificação deste com sua mãe (VALLER, 1989), embora ela

² "*Holding*", de acordo com a descrição de Winnicott (1960a), protege o bebê da agressão fisiológica; leva em conta a sensibilidade cutânea do lactente, como tato, temperatura, sensibilidade auditiva, visual, vestibular, e a falta de conhecimento do lactente da existência de algo que não seja ele mesmo; inclui a rotina completa do cuidado, dia e noite, específica para cada lactente; adapta-se às mudanças que fazem parte do desenvolvimento físico e psicológico do lactente.

ainda não exista como objeto externo ao *self* do bebê. WINNICOTT (1966a) chamou essa identificação de "identificação primária".

Quando não existe um *holding* materno adequado, o bebê, na tentativa de se defender de "ansiedade inimaginável" (WINNICOTT, 1962) resultante desse fracasso, pode vivenciar aquilo que o autor define como desintegração, que, para ele, é "um processo de defesa ativa e corresponde a uma defesa tanto contra a integração quanto contra a não-integração" (WINNICOTT, 1988).

A sustentação egóica materna favorece que momentos de não-integração, sem ameaça existencial, possam ocorrer, o que se torna a base para as experiências posteriores de repouso e relaxamento, de onde emerge a criatividade (VALLER, 1989).

b) Personalização ou inserção da psique no soma

À medida que surgem períodos de integração do ego, a diferenciação e a inter-relação entre a psique e o soma se estabelecem, e o bebê passa a ter o sentimento de habitar o próprio corpo (WINNICOTT, 1949a). WINNICOTT (1945) denominou esse processo de "personalização" ou inserção da psique no soma e, apesar de o mesmo ser também uma tendência inata, ele se realiza a partir de duas direções: a pessoal e a ambiental.

As provisões ambientais satisfatórias, que incluem a capacidade materna de manejo (*handling*) do corpo infantil (WINNICOTT,

COTT, 1960b), facilitam a inserção da psique no soma e o bebê passa a ter, então, uma existência psicossomática. O manuseio da pele da criança, durante os cuidados dispensados a ela pela mãe, estimula a aquisição de uma membrana limitante, que define o interior e o exterior, e pode-se falar que o bebê tem agora uma realidade interna e um esquema corporal (WINNICOTT, 1960b). Os cuidados maternos suavizam o estado rotulado de paranóide, que surge à medida que a criança começa a sentir-se uma unidade separada do mundo externo (WINNICOTT, 1962, 1988).

Falhas precoces no manejo corporal levam a uma inter-relação psique-soma deficiente, que predispõe a criança - e depois o adulto - a estados de despersonalização, onde há perda de vínculo entre a psique e o soma. A hiperatividade mental é uma maneira de se compensar, segundo WINNICOTT (1949), o psique-soma deficiente, pois desta forma a mente assume algumas funções de maternagem como reação aos fracassos do ambiente. Situações traumáticas de nascimento, acompanhadas de falhas ambientais posteriores, podem levar a um tipo de funcionamento mental que WINNICOTT (1949a) chamou de "memorização" ou "catalogação", onde o bebê memoriza cada detalhe do seu nascimento, sendo que este funcionamento age como um empecilho para a continuidade do psique-soma.

Neste momento, é importante ressaltar que WINNICOTT (1949-a) faz distinção entre psique e mente. Para ele, a psique se traduz na "elaboração imaginativa de partes, sentimentos e funções somáticas" e depende de um funcionamento cerebral saudá-

vel. A mente, por sua vez, deve ser vista como uma função do psique-soma, uma especialização da parte psíquica do psique-soma e para seu entendimento é preciso que se leve em conta o desenvolvimento do indivíduo "desde os primórdios da sua existência psicossomática" (WINNICOTT, 1949a).

c) Realização ou início das relações objetais

A mãe que foi capaz de satisfazer as necessidades mais primitivas pelo simples cuidado físico possui agora uma nova função. Ela deve ir ao encontro do momento criativo específico, e saber disso através de sua própria capacidade para identificar-se com o bebê e pela observação do seu comportamento. A mãe está esperando ser descoberta. E não é preciso que ela reconheça intelectualmente o quanto é importante que o bebê a crie, para que ela possa fazer a sua parte e ser criada por cada bebê novamente (WINNICOTT, 1988, p. 122).

O estabelecimento da relação com a realidade externa se faz, segundo WINNICOTT (1945), a partir de um estado inicial de isolamento, que o bebê vive graças às condições favoráveis criadas pela mãe, que se adapta às necessidades dele.

Neste sentido, a descoberta do mundo é feita pela criança

de maneira gradual, e ela vive um período de ilusão, onde o mundo descoberto é, ao mesmo tempo, sentido por ela como sua criação. Para que esse período de ilusão possa existir, é preciso que a mãe apresente o mundo ao bebê de forma compreensiva, simplificada, adequada a ele (WINNICOTT, 1945).

WINNICOTT (1967) postula ser a amamentação o momento no qual se estabelece a primeira relação de objeto, e também o padrão da capacidade da criança de relacionar-se com o mundo.

A primeira mamada teórica é representada na vida real pela soma das experiências iniciais de muitas mamadas (WINNICOTT, 1988, p. 126).

Nos estados excitados, o bebê tem a expectativa de algo que possa aliviar a sua tensão, e o seio³ lhe é apresentado no exato momento que está pronto para ser por ele criado (WINNICOTT, 1951).

Desta forma, há o momento de ilusão, no qual o bebê acredita que o seio da mãe é parte dele e está sob seu controle mágico, correspondendo a um objeto subjetivo (VALLER, 1989).

A onipotência do bebê é assim favorecida pela adaptação materna. Para WINNICOTT, a possibilidade de a criança viver esse período da ilusão está na base de toda a criatividade futura e irá funcionar como alicerce para a construção da objeti-

³ Para Winnicott (1951), a palavra "seio" inclui toda a técnica de maternagem.

vidade (WINNICOTT, 1945).

A mãe reparte com seu filho um fragmento suficientemente pequeno para que a criança não se confunda, mas ampliando-o gradualmente, de maneira que a crescente capacidade da criança para desfrutar o mundo seja alimentada (WINNICOTT, 1949c, p. 80).

As repetidas experiências de apresentação simplificada do mundo à criança faz com que ela adquira, aos poucos, através de introjeções, um objeto bom interno, e possa começar a viver a desilusão.

Trata-se do período de transição do estado de fusão com a mãe para o estado de relação com ela como objeto externo e separado (WINNICOTT, 1951).

Para WINNICOTT (1951), no entanto, a aceitação da realidade externa nunca é completa. Durante o processo de desilusão, surge uma área intermediária, situada entre a subjetividade e a objetividade, que é a área dos fenômenos e objetos transicionais (WINNICOTT, 1951).

A existência desse espaço intermediário alivia o bebê das tensões oriundas do contato com a realidade externa. Na vida a fora, essa área permanece como um local de descanso da discriminação constante entre a realidade interna e a externa (WINNICOTT, 1951). Trata-se de um espaço potencial, que, com o

desenvolvimento, é preenchido pelo brincar, pela criatividade, pela apreciação artística e pelo sentimento religioso.

c.1. O *self* verdadeiro e o falso *self*

É por causa dessa identificação com o bebê que ela [a mãe] sabe como protegê-lo, de modo que ele comece por existir e não por reagir (WINNICOTT, 1960a, p. 135).

O conceito de *self* verdadeiro, para WINNICOTT (1960), deve ser entendido dentro da relação mãe-bebê inicial. A mãe, ao adaptar-se ativamente às necessidades do lactente, fornecendo um *holding* e um manejo adequado do corpo infantil e, ao favorecer a onipotência do bebê, fazendo-o acreditar controlar o mundo, permite que o *self* verdadeiro se revele. Pode-se considerar o *self* verdadeiro como o potencial herdado se revelando (WINNICOTT, 1960a).

A possibilidade da vivência de uma "continuidade de ser", na criança, origina o gesto espontâneo que, para WINNICOTT (1960a), evidencia a existência do *self* verdadeiro. Este emerge da somatória do viver sensório-motor, e provém da vitalidade dos tecidos corporais e da atuação das funções do corpo, realizando-se à medida que o ego fraco da criança é complementado, de maneira satisfatória, pelo ego materno.

Para WINNICOTT, quando um *self* verdadeiro pôde se tornar

real, o lactente normalmente apresenta uma organização de ego que é adaptada ao ambiente (WINNICOTT, 1960a) coexistindo com o viver espontâneo e criativo. Por outro lado, fracassos na adaptação materna, principalmente impossibilitando o sentimento de onipotência infantil no período de ilusão, vão impedir o gesto espontâneo do bebê, dando lugar à organização de um falso *self*.

A criança, deste modo, não tem o sentimento de "existir", mas adota uma atitude submissa em relação ao ambiente, como forma de reagir a este, protegendo, em seu âmago, o *self* verdadeiro (WINNICOTT, 1960a). A origem do falso *self* deve ser, portanto, remetida à primeira relação objetal e entendida como uma forma de proteção do *self* verdadeiro.

WINNICOTT (1960a) postula a existência de diversos gradientes de falso *self*. Num extremo, encontram-se os aspectos submissos da criança normal, de forma conciliadora com o ambiente. No outro extremo, encontramos alto grau de *splitting* entre o *self* verdadeiro e o falso *self*, permanecendo o primeiro totalmente oculto, estando, nesse extremo, a esquizofrenia.

Um falso *self* também pode organizar-se em indivíduos com grande potencial intelectual (WINNICOTT, 1960a). Neste caso, a mente torna-se o lugar do falso *self*, gerando uma dissociação entre a atividade intelectual e a existência psicossomática.

B. Dependência relativa rumo à independência

O estágio seguinte, o de dependência relativa, vem a ser um estágio de adaptação a uma falha gradual dessa mesma adaptação (WINNICOTT, 1963a, p. 83).

À medida que a criança vai-se desenvolvendo e diferenciando o "eu" do "não-eu", vai também podendo perceber o seu estado de dependência da mãe, e demonstra suas necessidades a ela. Neste momento, começa a adquirir recursos como a compreensão intelectual, que a capacitam a poder experimentar de outra maneira as falhas maternas, e não simplesmente reagir a elas como no estado anterior de dependência absoluta (WINNICOTT, 1963a). A capacidade de utilizar a compreensão intelectual depende, no entanto, da forma como o mundo está sendo apresentado à criança e da existência ou não de confusão em relação à realidade externa.

A criança encontra-se, nesse momento, no estágio de dependência relativa, e a mãe, diante disso, vai promovendo uma "desadaptação gradativa" (WINNICOTT, 1963a) em relação ao lactente e retornando à sua vida. Neste estágio, a criança começa a apresentar ansiedade quando a mãe permanece ausente por tempo superior à sua capacidade de mantê-la presente mentalmente.

A possibilidade de estabelecer trocas com o mundo externo (projeções das necessidades e introjeções dos cuidados mater-

nos) dão à criança um enriquecimento interno, e ela pode então manter a idéia da mãe e dos seus cuidados, mesmo durante sua ausência (WINNICOTT, 1960b).

A criança está agora à caminho da independência e autonomia. Para WINNICOTT, no entanto, a independência nunca é absoluta, existindo a vida toda uma interdependência entre o indivíduo e o ambiente.

I.1.3. RELAÇÕES OBJETAIS

As relações precoces que o bebê vivencia com a mãe são, para MELANIE KLEIN e seus seguidores, fundamentais na construção do mundo interno e da realidade psíquica da criança. Para ela, existe relação de objeto desde o nascimento, e o seio materno é o primeiro objeto com o qual o bebê se relaciona e para onde os seus impulsos libidinais e destrutivos são dirigidos (MELANIE KLEIN, 1952).

MELANIE KLEIN (1952) caracteriza essa primeira relação do bebê com o seio como uma relação de objeto parcial e considera que, à medida que o ego infantil se desenvolve, a criança passa a reconhecer a mãe como objeto total e a se relacionar com ela desse modo.

A teoria kleiniana dá grande ênfase às relações objetais

e às ansiedades a elas subjacentes. Quando propõe a noção de "posições" esquizo-paranóide e depressiva, MELANIE KLEIN (1935, 1946) situa os tipos de ansiedades, defesas e relações objetais que se configuram em determinado momento; e, indo além das concepções de fases de desenvolvimento, considera as referidas posições como modos de funcionamento psíquico, existentes e oscilantes durante a vida toda.

O ego imaturo infantil, segundo MELANIE KLEIN (1952), experimenta desde o início ansiedades provenientes de fontes externas e de conflitos internos entre os instintos de vida e de morte, e utiliza-se de mecanismos projetivos como forma de defesa contra o aniquilamento, sendo o seio materno o alvo das projeções infantis. A projeção de parte do instinto de morte dá origem ao seio mau, perseguidor, da mesma forma que a projeção dos impulsos libidinais origina o seio bom, gratificador (MELANIE KLEIN, 1946, 1952). Simultaneamente, as experiências reais de gratificação e frustração com o seio vêm reforçar a divisão entre o seio gratificador e o perseguidor. Dessa forma, o bebê passa a se relacionar com dois objetos: o seio bom, idealizado, e o seio mau, perseguidor; e, através de mecanismos introjetivos, esses objetos parciais passam a fazer parte do mundo interno da criança, povoado de objetos internos bons e maus (MELANIE KLEIN, 1946).

Assim sendo, para MELANIE KLEIN (1946), a construção do mundo interno se faz pelo interjogo constante de projeções e introjeções que a criança realiza com a mãe, mais precisamente

com o seio materno. Apesar de MELANIE KLEIN (1952) demonstrar a importância das vivências reais que o bebê tem com o seio, ela dá grande ênfase aos fatores inatos, constitucionais da criança e à capacidade infantil decorrente desses fatores para tolerar a privação e lidar com a ansiedade. Ela pontua que os fatores externos desempenham importante função no sentido de reforçar, em situações de frustração, a ansiedade persecutória e os mecanismos de divisão, ou amenizá-los quando "a boa experiência fortalece a confiança no bom objeto e facilita a integração do ego e a síntese do objeto" (MELANIE KLEIN, 1952).

A permanência do objeto interno bom facilita a integração egóica, o que torna a criança mais apta a suportar a ansiedade. Isso, de acordo com MELANIE KLEIN (1946), faz com que a ansiedade persecutória e a utilização de mecanismos projetivos e esquizóides, onipotentes - que caracterizam a posição esquizo-paranóide inicial - dêem lugar à ansiedade depressiva e à maior utilização de mecanismos introjetivos e reparadores no sentido de preservar o objeto interno bom dos próprios impulsos destrutivos, o que vem delinear a posição depressiva.

A partir dos processos alternativos de desintegração e integração, desenvolve-se gradualmente um ego mais integrado, com uma capacidade crescente de enfrentar a ansiedade persecutória. A relação do bebê com partes do corpo da mãe, focalizando o seio, transforma-se gradualmente numa relação com ela como pessoa (M.

KLEIN, 1952, p.228).

Melanie KLEIN (1946) considera que o reconhecimento da mãe como pessoa total e separada pode ser dificultado pelo uso excessivo de projeções pela criança. A autora refere que os mecanismos projetivos são úteis para o desenvolvimento do mundo interno e das relações objetais, mas destaca que o excesso de projeção dá origem a relações objetais anormais. A expressão "identificação projetiva", por ela utilizada (MELANIE KLEIN, 1946), diz respeito à projeção de partes destacadas do ego da criança para dentro da mãe, com o objetivo de controlar e tomar posse do objeto. A projeção excessiva de partes más do ego infantil dificulta à criança o reconhecimento da mãe como objeto separado: "na medida em que a mãe passa a conter as partes más do eu, ela não é sentida como objeto separado, mas como o eu mau" (MELANIE KLEIN, 1946). Da mesma forma, as partes boas do eu expelidas e projetadas vêm influenciar as relações objetais, pois, quando esse mecanismo não for excessivo, a criança identifica-se com a mãe boa, o que ajuda na integração egóica. Por outro lado, o excesso de projeção de partes boas transforma a mãe no ego ideal e gera um enfraquecimento e empobrecimento do ego infantil.

As bases significativas para o entendimento das relações objetais foram alicerçadas nos estudos de MELANIE KLEIN e seguidas por vários autores. Nos estudos de ESTHER BICK (1968) sobre as relações objetais precoces, a autora refere que o

bebê, em seu estágio de não-integração inicial, vivencia de modo passivo, através dos contatos com a mãe, a pele como algo que contém e mantém unidas, num primeiro momento, partes da personalidade ainda não distintas de partes do corpo. Os contatos epidérmicos e a introjeção do mamilo na boca, nas experiências de amamentação, fazem com que a criança tenha a percepção de um espaço que possa conter algo.

Referindo-se a essa visão de ESTHER BICK, HINSHELWOOD (1991) diz que "a primeira realização é conquistar o conceito de um espaço que contenha coisas. Este conceito é alcançado sob a forma da experiência de um objeto que mantém unida a personalidade".

Essa primeira conquista diz respeito aos primórdios do ego e é anterior à capacidade de projeção. Trata-se da introjeção de um objeto externo que desempenha esta função continente, o qual se define, para ESTHER BICK (1964), como um "objeto continente primário". Antes dessa primeira introjeção, não existe no *self* o conceito de espaço interno e não existe, portanto, a noção de um objeto que possa conter as projeções, e então a personalidade vaza num espaço sem limites.

ESTHER BICK (1968) propõe que, quando não é possível o estabelecimento dessa função primeira de pele, pode ocorrer a formação de uma segunda pele, onde a dependência do objeto é substituída por uma pseudo-independência, e certas funções mentais e talentos inatos são utilizados como substitutos para

esse continente epidérmico.

A partir do conceito de pele como objeto continente primário, HINSHELWOOD (1991) refere que E. BICK e D. MELTZER desenvolveram o conceito de identificação adesiva, uma forma de identificação anterior à identificação projetiva. Quando MELANIE KLEIN fala de identificação projetiva, ela supõe a existência de um espaço que possa conter as projeções. Na identificação adesiva, a ausência de espaço que contenha as projeções dá origem ao fenômeno peculiar de "aderir" ao objeto.

As relações objetais, desde as etapas mais primitivas, são determinadas pelas necessidades físicas, impulsos e fantasias infantis, e vão sofrendo transformações com o desenvolvimento egóico.

A diferença essencial entre as relações objetais infantis e adultas é que, enquanto o adulto concebe o objeto como algo que existe independentemente dele próprio, para a criança isso se refere sempre, de algum modo, a ela própria" (PAULA HEIMANN, 1952, p. 157).

PAULA HEIMANN (1952), referindo-se à relação do bebê com seus objetos, considera ainda que, apesar da situação de impotência e dependência infantis frente aos objetos, na fantasia do bebê "estes pertencem-lhe, fazem parte dele, vivem apenas

através dele e para ele - isto é, o bebê mantém a sua unicidade pré-natal com a mãe."

I.1.4. *RÊVERIE* MATERNA

Não se concebe a experiência emocional isolada de relação (BION, 1962, p. 69).

Partindo das contribuições de MELANIE KLEIN a respeito da vida emocional primitiva e das interações precoces entre o bebê e a mãe, W. BION vai além e amplia a teoria kleiniana em vários aspectos, sendo um deles aquele que diz respeito à função continente materna (BION, 1962).

BION (1962) propõe que falta, inicialmente, ao bebê um aparelho psíquico capaz de transformar e dar sentido às suas vivências primitivas, sendo esta função desempenhada pela mãe, que funciona então como o aparelho de pensar do bebê.

As percepções e sensações primitivas são designadas por BION (1962) de elementos-beta e, segundo ele, estes são experimentados como "coisa-em-si", passíveis de uso na identificação projetiva, atuações e somatizações, mas inadequados para pensar. A transformação dos elementos-beta em elementos que possam

ser armazenados e utilizados nos pensamentos de vigília e oníricos - elementos-alfa - requer a existência, de uma função que ele designou de função-alfa.

Assim sendo, BION postula que a relação mãe-bebê funciona inicialmente como um sistema circular, onde o bebê projeta as suas vivências arcaicas, intoleráveis e impensáveis (elementos-beta) dentro da mãe, que as contém e, através de sua função-alfa, transforma as projeções do bebê devolvendo-as a ele de forma "digerida" e mais tolerável. BION designou essa função de acolhimento e transformação maternos das vivências arcaicas do bebê de "rêverie materna" (BION, 1962).

REZENDE (1994) diz que, para BION, a *rêverie* - ou seja a capacidade materna de "gestar e pensar o vivido do bebê" - acrescenta um sentido à vivência infantil, dado pela mãe. "Para BION, o conceito é o nome que a mãe dá ao vivido do bebê" (REZENDE, 1994). E, relembando ROLAND BARTHES, acrescenta que todo discurso é um discurso amoroso, porque surge de uma relação vívida.

Esse movimento circular que se estabelece entre a mãe e o bebê faz com este, aos poucos, possa ir desenvolvendo, através da introjeção e identificação com a mãe, um aparelho para pensar e uma função-alfa para si (BION, 1962). Esse processo depende tanto da criança como da mãe.

A *rêverie* materna pode tornar-se insatisfatória em situações onde a mãe se encontra sobrecarregada emocionalmente, não

podendo desempenhar a função continente; da mesma forma, essa função pode ser atacada de maneira invejosa pelo bebê (HINSHELWOOD, 1992). Nessas situações, ficam restritas as possibilidades de o bebê introjetar o bom objeto. Ele se vê diante da reintrojeção de suas vivências desagradáveis não transformadas, intoleráveis, o que gera um pavor indefinível, sem nome (BION 1962, 1967).

BION (1962) também considera que o desenvolvimento do pensamento e de um aparelho para pensá-lo depende da capacidade de tolerância à frustração do bebê. Ele restringe, num determinado momento (BION, 1967), o termo pensamento à união de uma preconcepção com uma frustração e propõe, como modelo, o bebê que tem a expectativa de um seio (preconcepção) que se une à "realização" negativa de um não-seio, o que gera frustração.

Para BION, "o ponto crucial está na decisão entre fugir da frustração ou modificá-la" (BION, 1967). Segundo ele, a incapacidade de tolerar frustração faz com o bebê caminhe para a fuga à frustração, e o que deveria ser um pensamento se torna um objeto mau, "coisa-em-si", que se presta à evacuação, ficando com isso o desenvolvimento do aparelho de pensar perturbado. Por outro lado, a capacidade de tolerância à frustração possibilita o desenvolvimento do pensamento, da simbolização, o que por sua vez torna mais tolerável a frustração.

Portanto, em termos gerais, o desenvolvimento do aparelho mental e do pensamento em suas formas rudimentares até o pensamento simbólico vai depender da função de *reverie* materna e da

capacidade de tolerância à frustração do bebê.

O bebê dotado de boa capacidade de tolerância à frustração subsiste ao transe de mãe incapaz de reverie e incapaz portanto de lhe suprir as necessidades mentais. No outro extremo, o bebê nitidamente incapaz de tolerar a frustração não sobrevive, sem colapso, mesmo à experiência de identificação projetiva com a mãe capaz de reverie; nada menos que um seio incessante a amamentá-lo lhe serve ... (BION, 1962, p. 60-61).

I.2. OUTRAS CONTRIBUIÇÕES

I.2.1. A relação mãe-bebê como um sistema interacional regulador

Nenhum ser vivente existe isolado. No estado mais rudimentar, ele deriva de um semelhante. Qualquer ser só se desenvolve tomando sua substância do mundo exterior. A fina membrana que envolve o organismo uni-

celular, é também aquela que o separa, o protege e garante as relações de troca com ele (MARIE-CLAIRE CÉLÉRIER, 1989, p. 8) ⁴.

A biologia moderna vê o desenvolvimento como um trajeto do organismo no sentido da aquisição de maior complexidade e maior organização (EMDE, 1988). O cérebro humano, com seus numerosos neurônios e conexões possíveis, representa um potencial imprevisível de realizações. Segundo EMDE (1988) "man is not only organized, he is organizing".

A nível da biologia molecular e celular, tem-se demonstrado (KANDEL, 1983) a força das experiências vividas na modificação das funções cerebrais, através de alterações sinápticas e da regulação na expressão genética, ou seja, durante o desenvolvimento, diversas influências hereditárias estão sujeitas a mudanças, à medida que o organismo interage com o ambiente.

O desenvolvimento dos genótipos em fenótipos tem lugar num espaço epigenético no qual as forças ambientais, dos níveis celulares aos sociais, afetam a resposta fenotípica (SCARR & KIDD [1983], apud EMDE,

⁴ "Aucun être vivant n'existe isolé. A l'état le plus rudimentaire, il provient d'un semblable. Chacun des êtres ne se développe qu'en prenant sa substance dans le monde extérieur. La fine membrane qui enserme l'organisme unicellulaire est déjà ce qui l'en sépare, l'en protège et assure les relations d'échange avec lui" (Tradução da autora).

1988, p. 27) ⁵.

EMDE (1988), baseado em vários estudos, postula que as influências hereditárias estão presentes a vida toda, e que estas variam conforme a idade, sendo algumas expressões mais fortemente determinadas biologicamente e menos dependentes do ambiente do que outras. Em termos da organização afetiva, EMDE (1988) propõe que existe uma influência genética que atua precocemente, porém as diferenças individuais significativas vão emergir como resultado da interação do componente hereditário com o ambiente específico da relação mãe-bebê inicial, que se estabelece como um padrão de relacionamento.

Estudos recentes (STERN, 1985), partindo de perspectivas psicanalíticas e da psicologia do desenvolvimento, têm demonstrado que o bebê se desenvolve através de saltos maturacionais qualitativos, onde, em determinados momentos, ele tem um "sentir" social diferente, que se apóia na alteração da experiência subjetiva, advinda da interação mútua entre a mudança da organização interna da criança e a interpretação desta, feita pelos pais.

STERN (1985) propõe que, desde o nascimento, a criança experimenta a organização de um senso de eu, e apresenta uma capacidade geral inata chamada percepção amodal, onde pode

⁵ "The development of genotypes into phenotypes takes place in an epigenetic space in which environmental forces, from the cellular to the social levels, affect the phenotypic outcomes" (Tradução da autora).

receber uma informação em determinada modalidade sensorial e traduzi-la, de maneira ainda desconhecida, para outra modalidade. Nesta visão, a criança, ao nascer, é um ser bem mais organizado do que se supunha, que busca e regula estimulação de maneira peremptória (STERN, 1985), o que coloca em questão a noção de "barreira contra estímulos" descrita por Freud (1920) e a fase autista normal de M. MAHLER (1965).

Segundo STERN (1985), as pesquisas recentes das interações mãe-bebê têm demonstrado que a criança não vive, inicialmente, uma fase de indiferenciação eu/mundo. Ela interage ativamente com a mãe, reconhecendo-a como um objeto específico e separado, bem como apresenta atividade responsiva e seletiva a eventos sociais externos, desde as primeiras semanas após o nascimento.

STERN (1985) postula que questões como a oralidade, analidade, autonomia, apego, confiança e outras, que são atribuídas a fases específicas do desenvolvimento, são questões que operam a vida toda, e que variam sua expressão em função da disponibilidade dos sistemas maduros, em determinado momento. Por exemplo, a observação do olhar mútuo da mãe e do bebê, nos primeiros meses, demonstra ser esta uma poderosa forma de comunicação social - e de controle e regulação - que a criança tem, no sentido de evitar ou favorecer o contato e o vínculo com a mãe.

A maneira pela qual os bebês regulam sua própria estimulação e contato social através do comportamento de olhar é bastante semelhante, para a questão gené-

rica da autonomia e independência, à maneira pela qual eles realizam a mesma coisa nove meses mais tarde, afastando-se e retornando para o lado da mãe (STERN, 1985, p. 17).

Nestas visões, as fases de desenvolvimento da criança devem ser entendidas como momentos maturacionais, onde o bebê e a mãe devem negociar juntos as tarefas adaptativas para ele prosseguir o desenvolvimento (STERN, 1985).

A observação das interações da dupla mãe-bebê tem demonstrado que, apesar de a criança apresentar certa capacidade de auto-regulação no nascimento, existem interações complexas entre a mãe e a criança, que regulam e organizam o comportamento e a fisiologia da criança a partir desse momento (TAYLOR, 1987). Os processos reguladores se estabelecem dentro da relação mãe-bebê, onde as interações mútuas fornecem condições para a manutenção da homeostase da criança e para o seu desenvolvimento psicofisiológico. A relação mãe-bebê tem sido vista, sob este ângulo, como um **sistema interacional regulador**, que evolui de um nível biológico neurofisiológico comportamental para um nível psicológico, à medida que a criança desenvolve o aparelho psíquico e a capacidade de usar símbolos (TAYLOR, 1987).

Os estados fisiológicos e comportamentais do recém-nascido são caracterizados por certa periodicidade e ritmicidade, cujos padrões modificam-se constantemente à medida que o bebê interage com a mãe e com os ritmos por ela introduzidos, e à medida

que o amadurecimento neurológico vai-se efetuando. Neste período, a capacidade de adaptação materna é importante, pois cada nova etapa alcançada pela criança requer novos comportamentos e atitudes da mãe para com ela. Assim, o amadurecimento sugere mudanças adaptativas nos padrões da relação mãe-bebê, pois tanto a mãe quanto a criança afetam e são afetados um pelo outro, o que torna o sistema extremamente dinâmico e mutável (TAYLOR, 1987).

A capacidade de auto-regulação da criança vai sendo adquirida à medida que a criança evolui no processo de separação-individuação do esquema de desenvolvimento proposto por MAHLER (1965). A longa duração da fase simbiótica é vista, segundo alguns pesquisadores, como sendo "para permitir ao ambiente modificar expressões genéticas na criança, através de contribuições da mãe para os sistemas comportamentais em desenvolvimento na criança" (HOFER [1983] apud TAYLOR, 1987).

Partindo de pesquisas com animais, HOFER e colaboradores (1984, 1987) identificaram a existência de mecanismos reguladores táteis, nutricionais, térmicos e outros entre a mãe e o filhote, e os denominou de processos reguladores "escondidos", referindo que estes permanecem até que o filhote possa adquirir mecanismos auto-reguladores.

Apesar da dificuldade de se extrapolar pesquisas animais para a espécie humana, HOFER (1984) propõe que o sistema homeostático infantil é um sistema relativamente "aberto", onde parte da regulação biológica é feita pela mãe. Desta forma, a

relação simbiótica mãe-bebê parece constituir um sistema regulador, onde os reguladores escondidos desempenham grande função na manutenção da homeostase e no desenvolvimento de algumas funções psicológicas na criança.

As pesquisas realizadas com animais, por exemplo, demonstram que o controle da taxa de hormônio de crescimento (KUHN, BUTLER, SCHANBERG, 1978), a termorregulação, a estimulação vestibular (HOFER, 1984) dependem do contato íntimo que o filhote estabelece com a mãe nas primeiras fases do desenvolvimento. HOFER (1983, apud TAYLOR, 1987), com base nessas pesquisas, propõe que esses mesmos mecanismos parecem estar presentes nos seres humanos, o que pode explicar, de certa forma, alguns distúrbios, como o nanismo que se assemelha ao hipopituitarismo idiopático, a hipotermia, a apatia psicomotora e o comportamento de balanço que se observa em crianças privadas precocemente do contato materno.

TAYLOR (1987) relata que HOFER (1983) propõe uma teoria unificada onde os processos reguladores escondidos vão facilitar o apego (*attachment*) e este vai funcionar como um processo regulador. Portanto, a privação materna irá desencadear reações a nível psicológico e fisiológico. Nesta visão, os efeitos imediatos da separação materna e as reações de crianças mais velhas à separação podem ser entendidas dentro da teoria do apego (*attachment*), enquanto os efeitos mais lentos e as reações de crianças mais novas à separação devem ser atribuídas à

supressão dos processos reguladores "escondidos".

HOFER (1984) propõe que, à medida que a criança se desenvolve, os mecanismos psicológicos irão complementar o nível sensório-motor da regulação biológica na manutenção da homeostase. A existência de um mundo interno com representações mentais propicia que situações de separação e perda sejam suportadas sem desequilíbrio completo da homeostase, se bem que devem ser distinguidas as reações agudas dos distúrbios que se desenvolvem lentamente na organização biológica e psicológica frente à separação. HOFER (1984) sugere, no entanto, que um equilíbrio homeostático completo nunca é alcançado e que as interações sociais continuam exercendo um importante papel nos sistemas biológicos durante toda a vida.

CAPÍTULO II

II. A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ - MATRIZ PSICOSSOMÁTICA

Não é possível ter a certeza de que a psique do bebê irá formar-se de modo satisfatório juntamente com o soma, isto é, com o corpo e o seu funcionamento. A existência psicossomática é uma realização, e, embora a sua base seja uma tendência hereditária de desenvolvimento, ela não pode tornar-se um fato sem a participação ativa de um ser humano que segure o bebê e cuide dele (WINNICOTT, 1966a, p. 10).

WINNICOTT (1945), quando nos fala do desenvolvimento emocional primitivo, enfatiza a importância dos cuidados maternos, incluindo a sustentação (*holding*), o manejo do corpo infantil (*handling*) e a apresentação gradual do mundo à criança pela mãe, para que o bebê possa adquirir uma existência psicossomática.

WINNICOTT (1949a) refere que no início há o corpo, não se distinguindo a psique do soma. A partir dessa matriz indiferenciada inicial, transformações ocorrem de tal maneira que, em determinado momento, ao funcionamento corporal acrescenta-se o funcionamento psíquico.

Como referido anteriormente, WINNICOTT (1949a) define a

psique como "a elaboração imaginativa de partes, sentimentos e funções somáticas" e diz que, apesar de a mesma depender de um funcionamento cerebral saudável, não é sentida no início como inserida no corpo. À medida que, sob condições favoráveis, o processo de integração vai-se realizando, tem início um envolvimento e inter-relação entre a psique e o soma, e o bebê passa a ter uma existência psicossomática quando as experiências motoras, sensoriais e funcionais se vinculam ao estado de ser uma pessoa. WINNICOTT (1945) denominou esse processo de "personalização", ou inserção da psique no soma e afirmou que este depende muito das experiências corporais vividas pelo bebê durante os cuidados a ele dispensados pela mãe. À medida que a criança se desenvolve, a inter-relação psique-soma vai-se fortalecendo, mas existem momentos nos quais essa coesão pode ser perdida - como nos períodos de fadiga ou mesmo logo após o acordar de um sono profundo - sendo, porém, restabelecida pelo manejo cuidadoso do corpo infantil feito pela mãe (WINNICOTT, 1952). Cabe ao ambiente, mais precisamente à mãe, portanto, a tarefa de favorecer esse caminho de ir e vir sem prejuízos para o desenvolvimento da criança, proporcionando à unidade psique-soma inicial uma continuidade de existência não perturbada.

Uma vez realizada a inserção psique-soma, o bebê passa a ter uma membrana limitante, com a pele definindo os limites entre o "eu" e o "não-eu", o interior e o exterior, e o corpo se torna então a residência do *self* (WINNICOTT, 1960b).

O estabelecimento do estágio do EU SOU, a par da conquista da inserção e coesão psicossomática, constitui um estado de coisas que se acompanha de um afeto ansioso específico que tem uma expectativa de perseguição. Esta reação persecutória é inerente à idéia do repúdio do "não-eu", que acompanha a delimitação da unidade do self dentro do corpo, com a pele como membrana limitante (WINNICOTT, 1962. p. 60).

A condição de isolamento primário que a mãe proporciona ao bebê favorece o gesto espontâneo na criança e lhe cria a ilusão de que o mundo externo descoberto é por ela criado, o que vem aliviar muito a reação persecutória que emerge quando há a coesão psicossomática, com a delimitação "eu"- "não-eu", até que a criança, com o desenvolvimento, possa ir gradualmente experimentando a desilusão.

Assim como WINNICOTT, JOYCE MCDUGALL (1989) postula que, nos primórdios da vida, o bebê não tem consciência da mãe como objeto distinto dele, e a considera como um ambiente total, uma "mãe-universo".

Podemos dizer que a vida psíquica começa com uma experiência de fusão que leva à fantasia de que existe apenas um corpo e um psiquismo para duas pessoas e

que estas constituem uma unidade indivisível (JOYCE MCDUGALL, 1989, p. 33).

MCDUGALL (1989) considera que a experiência de fusão e a fantasia de corpo único tem como protótipo biológico a vida intra-uterina, e que o desejo de tornar-se novamente parte dessa "mãe-universo", do retorno ao estado de fusão original, reside profundamente em todo ser humano.

A mesma autora sugere que, quando a relação mãe-bebê é "*good enough*", nos termos winnicottianos, a partir da matriz somatopsíquica original, vai havendo, de forma gradual, a estruturação do psiquismo da criança, e à medida que o psíquico se diferencia do somático ("dessomatização" do psiquismo), paralelamente o corpo infantil vai sendo diferenciado do corpo materno.

A partir de então, segundo MCDUGALL (1989), a criança passa a conviver com os desejos paradoxais de retorno à fusão com a "mãe-universo", ao mesmo tempo em que busca a diferenciação. Quando a mãe pode conviver com esse duplo desejo existente na criança, ou seja, se os desejos inconscientes maternos não impedirem a criança de vivenciar essa tendência natural de fusão e de diferenciação do outro, o bebê, através dos processos de internalização (incorporação, introjeção, identificação), vai construindo internamente a imagem do ambiente maternal e depois a representação mental da mãe como figura tranqüi-

lizadora, que poderá ser posteriormente evocada e nomeada. Daí a criança pode passar a assumir, ela mesma, as funções maternas internalizadas e se tornar, de certa forma, mãe de si mesma.

Durante essa longa trajetória da fusão à diferenciação do outro, a criança lança mão do uso de objetos que se situam na área intermediária entre o interno e o externo, que são os objetos transicionais, descritos por WINNICOTT (1951).

Não é o objeto, naturalmente, que é transicional. Ele representa a transição do bebê de um estado em que ele está fundido com a mãe para um estado em que ele está em relação com ela como algo externo e separado (WINNICOTT, 1951, p. 30).

No caminho rumo à individualização, a criança precisa enfrentar algumas experiências fundamentais que são: a ausência, a alteridade e a diferença. Para MCDOUGALL (1978, 1989), estas são feridas narcísicas em torno das quais se articulam o sentimento de *self* e a identidade individual.

A aquisição de uma identidade separada dá origem ao indivíduo (*Individuum*: unidade indivisível) e leva ao recalca-mento o desejo de fusão original, que continua existindo no âmago do psiquismo humano, e se torna viável pelo acesso virtual das experiências de união erótica e mística (MCDOUGALL, 1989).

Segundo JOYCE MCDUGALL (1989), falhas no processo de aquisição de uma identidade distinta, provindas de dificuldades da criança e/ou da mãe, levam a situações de indiferenciação EU-OUTRO e à incapacidade da criança - futuramente do adulto - de integração e reconhecimento do próprio corpo e dos próprios pensamentos e sentimentos como sendo seus.

MCDUGALL (1989) nos faz lembrar que a realidade primeira de um bebê é constituída pelo inconsciente materno, pois este determina a maneira como a mãe vai "estar" com o seu bebê, a maneira como vai se relacionar e interpretar as necessidades dele. A interpretação que a mãe faz das necessidades da criança está vinculada aos seus próprios desejos, sujeita aos seus conflitos inconscientes, e à forma como o universo pré-simbólico está estruturado em seu psiquismo.

Neste sentido, PIERA AULAGNIER (1975) considera que toda criança vem ao mundo já inserida numa história que a precede. O corpo acariciado, alimentado pela mãe é também espaço projetivo onde os desejos e interdições maternos irão se revelar. Por outro lado, as necessidades que toda criança tem de um outro que cuide dela, não se reduz à necessidade de suprimento das funções corporais vitais, pois existem também as necessidades próprias da psique. Quando AULAGNIER (1975) propõe o seu modelo sobre a origem da atividade psíquica de representação através dos processos originário, primário e secundário, ela considera simultaneamente a função fundamental de prótese que a psique materna exerce sobre o desenvolvimento psíquico.

Para que o psiquismo infantil entre em ação, é preciso que ao seu trabalho se acrescente o da função de prótese do psiquismo materno, comparável à prótese que representa o seio, enquanto extensão do próprio corpo, objeto cuja junção com a boca, é, não só necessidade vital, como também objeto de um prazer erógeno, indispensável para o funcionamento psíquico (PIERA AULAGNIER, 1975, p. 39).

A função de prótese da psique materna permite à psique nascente do bebê o desenvolvimento da atividade de representação, uma vez que fornece material adequado a isso. O real é, em si, inacessível à psique, e só será objeto de representação psíquica uma vez que seja remodelado pela psique materna, que já sofreu os efeitos do princípio da realidade e da repressão (AULAGNIER, 1975).

Para AULAGNIER (1975), "psique e mundo se encontram e nascem um com o outro, um para o outro, são o resultado de um estado de encontro que dissemos ser coextensivo ao estado de existente". Trata-se do encontro inaugural entre o espaço corporal infantil e a psique materna, encontro que constitui a matriz original, a partir da qual emerge o indivíduo.

Apoiando-se nas idéias anteriores, ROSINE DEBRAY (1987) enfatiza e considera o desenvolvimento psicossomático do bebê como um percurso que vai do somático à constituição progressiva do aparelho psíquico, que deve funcionar como um continente só-

lido para o trabalho de pensamento. No entanto, para ela, o desenvolvimento psicossomático do ser humano só pode ser entendido, numa visão ampla, situando a criança antes mesmo da sua concepção, quando ela era ainda um projeto. ROSINE DEBRAY (1987) considera como "um percurso semeado de emboscadas" o caminho que vai do projeto de filho ao filho real, até que este se constitua como uma unidade psicossomática autônoma.

DEBRAY (1987) coloca que o projeto de um filho traz à tona nos pais desejos e angústias arcaicas vinculadas às primeiras relações.

Tornar-se mãe ou tornar-se pai reaviva necessariamente, em todo indivíduo humano, desejos antigos experimentados na infância face a seus próprios pais... é, com efeito, ter a seu modo atuado seu complexo de Édipo através das vicissitudes e singularidades pessoais de cada evolução individual (ROSINE DEBRAY, 1987, p. 15).

Para ela, o projeto de um filho faz os pais se situarem numa cadeia de gerações e entrarem em contato com a questão da maturidade e da própria finitude, ou seja, com a morte. Portanto, mesmo antes da concepção, a criança já ocupa um lugar na economia psicossomática dos pais e, dessa forma, o seu desenvolvimento psicossomático será marcado desde o início pela

configuração que a vida e a morte assumem na vida interna dos pais, dialética humana fundamental, da qual o bebê participa, até que possa assumi-la a seu modo, através do desenvolvimento e da sua "autonomização", quando passa a regular a sua própria economia psicossomática.

Segundo ROSINE DEBRAY (1987), a maneira como as características próprias do bebê vão-se entrelaçar com as particularidades maternas e paternas, num dado momento, é que irá favorecer ou bloquear o seu desenvolvimento psicossomático. Por outro lado, com esse entrelaçamento torna-se difícil distinguir o que é próprio do bebê e o que se deve à inter-relação com os pais.

ROSINE DEBRAY (1987), quando situa o desenvolvimento psicossomático como um processo que vai do mais somático ao mais mentalizado, chama a atenção para pontos de passagens importantes que dizem respeito à esfera do caráter e do comportamento.

Para DEBRAY (1987) a criança deve ser situada dentro da dialética mãe-pai-bebê, porém enfatiza o filtro que constitui o sistema de pára-excitação materno, impedindo que as estimulações externas e internas próprias do bebê e dos pais venham a gerar, na criança, uma situação de transbordamento, de excitação desorganizada, que a impeçam de caminhar no sentido da aquisição das funções psíquicas.

Para enfocar a organização psíquica gradual do bebê, DEBRAY (1987) utiliza a teorização de MICHEL FAIN ("*Prélude a*

vie fantasmatique") como a situação ideal de desenvolvimento. Nessa visão, o bebê é primeiramente o único objeto das preocupações maternas e vive com a mãe uma situação plena, estando ela física e mentalmente presente. Pouco a pouco, o bebê passa a experimentar uma sensação diferente, quando a mãe está fisicamente presente mas mentalmente ausente, voltada para as suas preocupações ou mesmo retornando aos seus desejos eróticos para com o parceiro sexual. Essa condição materna presente/ausente faz com que o bebê experimente alguma coisa referente à sensação de falta, que vai levá-lo a um estado de excitação e conduzi-lo à utilização de atividades auto-eróticas e alucinatórias. Para M. FAIN trata-se da instauração da "censura do amante", a condição fundamental para o início da atividade psíquica do bebê.

Dessa maneira, a criança deixa gradativamente de ser alvo exclusivo do investimento dos pais e isto é fundamental para o seu desenvolvimento psicossomático. No entanto, para que a criança possa suportar o desinvestimento gradativo dos pais, principalmente da mãe, é preciso que ela tenha vivido um primeiro momento onde os cuidados maternos tenham sido suficientemente bons, de tal forma que os períodos de organização tenham superado os de desorganização (DEBRAY, 1987).

CAPÍTULO III

III. AS MANIFESTAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS PRECOSES

Nenhuma criança ultrapassa os dois primeiros anos de sua vida sem atravessar em um momento ou outro um período de pequena doença, quer se trate de uma afecção rinofaríngea comum ou mais séria, de distúrbios intestinais ou das inevitáveis doenças infantis. Evidentemente, é bem diferente para o bebê - e principalmente para o seu meio - se os distúrbios somáticos surgem de uma maneira excepcional ou se aparecem de um modo repetitivo mais ainda se se instalam (ROSINE DEBRAY, 1987, p. 104).

Nos capítulos precedentes foram revisadas várias teorias e concepções a respeito do surgimento do psiquismo e do desenvolvimento psicossomático do indivíduo, no contexto da relação mãe-bebê inicial. No mesmo contexto, serão abordadas, neste momento, as manifestações psicossomáticas precoces, situando-as como alterações funcionais dos diversos órgãos e sistemas, que surgem durante o primeiro ano de vida.

As manifestações psicossomáticas precoces serão aqui compreendidas de maneira global, considerando o seu aparecimento e manutenção dentro do processo maturativo da criança e da sua

interação com o ambiente, mais especificamente com a mãe, não se enfatizando, portanto, o entendimento específico desta ou daquela manifestação isoladamente.

III.1. UMA DEFESA CONTRA O ANIQUILAMENTO

(*BREAKDOWN*)

WINNICOTT, nos seus escritos, enfatiza a necessidade de uma maternagem boa o suficiente para o desenvolvimento egóico e para a revelação do *self* verdadeiro da criança. No início, segundo WINNICOTT (1962), é o ego materno que sustenta o ego fraco da criança, até que este se desenvolva o suficiente para utilizar defesas mais elaboradas frente às inaptações do ambiente. Antes disso, as situações que impedem a criança de vivenciar uma continuidade de ser irão desencadear defesas contra as agonias impensáveis ligadas à ameaça de aniquilamento (*breakdown*) do ego (WINNICOTT, 1963b), podendo ser o transtorno psicossomático situado como uma dessas defesas.

III.1.1. Manifestação Psicossomática como elo do psique-soma

WINNICOTT (1964b) considera que os transtornos psicossomáticos podem ser compreendidos como o lado negativo de um posi-

tivo, sendo este a tendência inata para a integração, incluindo aqui os aspectos de personalização e a constituição da unidade psique-soma. FREUD (1923) considera que o ego é construído sobre a base de funcionamento do corpo, quando diz que o ego "é acima de tudo um ego corporal"; e WINNICOTT (1964b) neste sentido, acrescenta que "na saúde, o *self* mantém esta aparente identidade com o corpo e com o seu funcionamento".

Para WINNICOTT (1964b), a existência de um transtorno psicossomático está vinculada a uma cisão na organização do ego, quer pelo estabelecimento débil da unidade psique-soma, devido a um ego fraco, não sustentado pelo ego materno, quer por uma cisão na unidade psique-soma, como defesa contra o estágio do "EU SOU", pelo repúdio ao mundo hostil não-eu. Em ambas as situações se estabelece uma cisão na personalidade e o transtorno psicossomático funciona, então, como um elo entre o psique-soma ameaçado de aniquilamento, o que WINNICOTT (1949a, 1964a) considera com sendo o valor positivo da "fuga" psicossomática.

III.1.2. Manifestação psicossomática e o falso *self*

WINNICOTT (1960a) postula que um falso *self* pode surgir precocemente no bebê como resultado de defesas utilizadas para a proteção de um *self* nuclear, ameaçado de aniquilamento pelas

invasões ambientais quando existe uma maternagem insuficiente. Os protestos contra a sobrevivência, através da submissão (organização do falso *self*), surgem também precocemente através de sintomas de irritabilidade generalizada, distúrbios alimentares e de outras funções, que podem desaparecer clinicamente, resurgindo de forma severa posteriormente, ou mesmo revelando no futuro a existência do falso *self* através da pseudo-maturidade do indivíduo (WINNICOTT, 1960a).

III.1.3. Manifestação psicossomática: fantasias no corpo

EUGENIO GADDINI (1982) situa algumas alterações do funcionamento corpóreo do início da vida, como, por exemplo, a ruminação e a dermatite, entre outras, como síndromes psicofísicas precoces, e diz que estas revelam um funcionamento mental primitivo, que precede o processo integrativo, onde as fantasias corporais não mentalizadas são vividas corporalmente através de um curto-circuito corpo-mente-corpo. O funcionamento mental primitivo, segundo esse autor, origina essas "fantasias no corpo", que ele distingue das "fantasias do corpo", que já revelam um funcionamento mais evoluído. As fantasias no corpo podem aparecer como respostas transitórias normais, designadas como "imagens alucinatórias" (apesar de não se tratar propriamente de imagens), ou de forma patológica nas síndromes psico-

físicas precoces.

EUGENIO GADDINI (1982) considera a síndrome psicofísica como uma "abertura" no processo de integração egóica, uma defesa contra os processos integrativos, através da reativação do funcionamento fragmentário que o *self* produz, como um artifício de auto-proteção frente a situações de isolamento insuportável. Trata-se de uma defesa elementar que demonstra, através de um funcionamento corpóreo patológico, um distúrbio psíquico primitivo, oriundo de cuidados maternos insuficientes, descontínuos, que dificultam o estabelecimento dos limites do *self*. Essas síndromes precoces são a expressão da primeira organização fragmentária, não integrada do *self* e, segundo EUGENIO GADDINI (1982), estão vinculadas ao temor de que tal organização se desfaça em pedaços. Portanto, subjacentes às manifestações somáticas, existem ansiedades relacionadas tanto à não-integração (ansiedade de *self-loss*) quanto à integração, que pode ser sentida como catastrófica.

III.1.4. O sintoma psicossomático e o objeto transicional

WINNICOTT (1951) descreve o objeto transicional como a primeira possessão da criança, estando situado numa área intermediária "entre o subjetivo e o que é objetivamente percebido" e relacionado com o desenvolvimento do indivíduo, no sentido

das experiências de ilusão e desilusão. Para WINNICOTT (1951), o objeto transicional está na raiz do simbolismo.

Neste sentido, RENATA GADDINI (1978) sustenta a idéia de que a primeira simbolização está relacionada ao objeto transicional; para ela "os objetos e fenômenos transicionais são basicamente símbolos de união (união depois da separação) da mãe". RENATA GADDINI (1978) descreveu formas precoces de objeto transicional, que são os objetos precursores⁶ - oral e tátil - e propõe que, com o desenvolvimento da criança, o objeto precursor oral é abandonado e o precursor tátil pode se transformar em objeto transicional.

Segundo RENATA GADDINI (1978), a formação do sintoma psicossomático acontece ao longo do mesmo *continuum* de desenvolvimento que cria o objeto transicional. Para ela, tanto o sintoma psicossomático como a criação do objeto transicional são fenômenos mentais ligados a experiências de ausência e ao relacionamento da criança com a realidade externa. Seguindo o caminho proposto por WINNICOTT (1964), que considera o sintoma psicossomático como o negativo de um positivo, que é o processo de integração, RENATA GADDINI (1977) considera o aparecimento do sintoma psicossomático como o negativo da criação do objeto transicional; segundo ela, o sintoma psicossomático e o objeto

⁶ Para Gaddini (1978), os objetos precursores são aqueles que têm a capacidade de consolar o bebê, mas que não são criados por ele, são oferecidos pela mãe, ou são partes do corpo do bebê ou da mãe.

transicional se desenvolvem em direções opostas.

RENATA GADDINI (1983) postula que o desvio da integração mente-corpo, a não-personalização - devido a falhas de um ambiente não-facilitador - impede o desenvolvimento da função simbólica na criança e esta permanece num nível de funcionamento mental primitivo, onde as experiências de separação são sentidas como mutilações e o medo do "*breakdown*", conforme WINNICOTT (1963b), pode dar origem às somatizações.

Segundo RENATA GADDINI (1978), as crianças que desenvolvem sintomas psicossomáticos precoces, em geral, não desenvolvem objetos transicionais.

III.2. AS MANIFESTAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS E A DEPRESSÃO DO BEBÊ

LÉON KREISLER (1992) situa entre as linhas psicossomáticas evolutivas a linhagem depressiva, e propõe que nela se estruturara a depressão essencial descrita por PIERRE MARTY em 1968, que, segundo ele, está na base de muitos quadros de enfermidades psicossomáticas.

Para KREISLER (1992), as origens da depressão essencial podem ser encontradas nos quadros depressivos que se instalam

precocemente no lactente no período anaclítico, ou mesmo no recém-nascido, nos denominados fenômenos depressivos primários, que ele considera como uma pré-forma da depressão essencial.

Em ambas as situações, a depressão se instala no lactente devido a rupturas precoces no vínculo mãe-bebê, geralmente associadas a situações de descompensação depressiva materna. A depressão da mãe afeta a sua capacidade de *holding* e a sua função pára-estimulante, ficando o bebê exposto a um excesso de estimulação e a situações de transbordamento, que o levam ao sofrimento e à dificuldade na construção do mundo mental. A mãe deprimida fica impossibilitada de investir no bebê, de reconhecer suas necessidades e de exercer a sua função maternal de forma suficientemente boa no sentido winnicottiano, o que vem a prejudicar a organização psicossomática da criança.

Os entraves à organização da economia psicossomática do lactente dão origem a uma vulnerabilidade à somatização, que pode surgir já no lactente ou mais tardiamente no adolescente ou no adulto, em situações traumáticas da vida.

Além da vulnerabilidade psicossomática, o quadro depressivo no lactente se caracteriza também pela atonia afetiva, por certa inércia motora, pela pobreza de comunicação interativa. As manifestações somáticas no bebê deprimido são as mais variadas, desde as doenças comuns da infância, como as rinofaringites, diarréias e outras, até quadros mais severos.

III.3. MANIFESTAÇÃO PSICOSSOMÁTICA E "CRISE"

ROSINE DEBRAY (1987) considera que a vida surge e se desenvolve através de crises sucessivas, que vão encontrar as mais variadas soluções, previsíveis ou imprevisíveis, ou vão se instalar de tal modo que o "equilíbrio" é encontrado através de um desequilíbrio constante da economia psicossomática do indivíduo. Considera ainda, como exposto anteriormente, que são muitos os fatores que intervêm, às vezes de maneira contraditória, no surgimento da vida e na sua manutenção.

As situações de crise que se instalam precocemente entre a mãe e o bebê podem resultar em desequilíbrios psicossomáticos na criança, sendo, no entanto, o seu desenrolar imprevisível, relacionado muito mais às características singulares da dupla em questão, que à severidade ou não do quadro emergente (DEBRAY, 1987).

As alterações psicossomáticas banais, que surgem na vida de todo bebê, geralmente são "tratadas" de forma imperceptível por transformações no ambiente familiar, através da multiplicidade de regulações e interações na tríade pai-mãe-bebê (DEBRAY, 1987). Quando as manifestações tomam vulto importante, segundo DEBRAY (1987), faz-se necessário buscar o entendimento mais profundo de como os fatores hereditários, próprios da criança, se entrelaçam com as características do ambiente, com as singu-

laridades dos pais - principalmente da mãe - em um determinado momento. ROSINE DEBRAY (1987) propõe que qualquer sintomatologia psicossomática "só pode se instaurar se houver encontro entre as características particulares da mãe neste momento preciso de sua vida e particularidades constitutivas do bebê, isto é, deste bebê propriamente dito".

Segundo DEBRAY (1987), o bebê está inicialmente inserido na economia psicossomática materna, de maneira que as situações que venham afetar a mãe irão certamente repercutir no bebê. Algumas situações parecem ter um caráter de maior importância na eclosão de alterações psicossomáticas no bebê. Uma delas é a situação de opressão, que ROSINE DEBRAY (1987) considera como um estado de desequilíbrio na organização psicossomática materna - gerado no momento do parto ou vindo desembocar neste -, geralmente associada à experiência de perda objetal ou a outros conflitos inconscientes não elaborados anteriormente pela mãe.

Essa situação pode gerar a instauração de uma sintomatologia psicossomática importante na criança, muito precocemente, já nas primeiras horas após o parto. Para ROSINE DEBRAY (1987), o papel do pai é determinante neste momento, pois, quando ele pode funcionar como continente das angústias maternas, evita que a sintomatologia precocemente desencadeada venha se instalar de forma mais duradoura. Nesta situação, a intervenção de um terceiro, como o pai, o meio familiar, o pediatra ou mesmo o psicanalista pode ser, como enfatiza DEBRAY (1987), indispensável para que a dupla mãe-bebê não se engaje numa batalha des-

trutiva, que siga caminhos cada vez mais desfavoráveis para ambos.

Os lutos maternos não elaborados exercem grande influência na organização psíquica da mãe e as angústias a eles relacionadas podem ser reativadas por ocasião do nascimento de um filho, gerando uma situação de crise, da qual a mãe e a criança irão participar juntas, e a regulação da economia psicossomática de ambas pode ser feita pelo aparecimento de uma sintomatologia somática na criança. Algumas vezes, as angústias reativadas no pai podem desencadear situações semelhantes, quando a mãe não funciona como filtro pára-estimulante, protegendo o bebê do excesso de estimulações. Por outro lado, uma vez instalada a sintomatologia, esta vem desencadear sentimentos de impotência e incapacidade nos pais, às vezes seguidos de exaustão, o que de certa forma contribui para o agravamento do quadro. ROSINE DEBRAY (1987) mostra a importância de não se atribuir a esses sentimentos de impotência e incapacidade dos pais a origem da sintomatologia na criança.

Tanto as situações de hiperinvestimento como de hipoinvestimento da criança pela mãe estão vinculadas ao aparecimento de manifestações psicossomáticas na criança. Segundo DEBRAY (1987) a existência de preocupação materna primária, no sentido que WINNICOTT considera, necessária nos primeiros momentos da vida da criança, deve ir gradualmente dando espaço à preocupação não contínua, de tal forma que a criança possa caminhar no sentido da sua autonomização. O hiperinvestimento materno con-

tínuo vem a desencadear estados de hiperexcitação na criança e a impedi-la de desenvolver mecanismos que a ajudem na construção e na regulação da sua própria economia psicossomática. Neste sentido, a angústia de separação reativada na mãe durante o processo de separação-individuação da criança pode funcionar como um bloqueio a esta, impedindo-a de caminhar rumo à sua autonomia.

Uma das características destas díades mães-bebês atingidas por uma sintomatologia psicossomática precoce e estrondosa é encenar de modo freqüentemente dramático as vicissitudes da separação. O bebê parece, então, privado do acesso à percepção destes estados nuançados, que constitui sobretudo o reconhecimento da mãe fisicamente presente mas mentalmente ausente, e continua sendo a presa de experiências de tudo ou nada, onde a sensação de ausência desencadeia de imediato o estado de desamparo. Insisti no aspecto de situação bloqueada caracterizado por estes casais de bebês-mães, o que a própria repetição da sintomatologia do bebê bem como a resposta do meio, tendem a perenizar (ROSINE DEBRAY, 1987, p. 146).

Quando ocorre um hipoinvestimento materno, o quadro que se instala na criança é muitas vezes dramático, pois ela permanece

numa situação de carência materna, com uma organização interna deficitária, o que coloca em risco a sua própria vida. Neste caso, muito longe da possibilidade de desenvolver um aparelho psíquico que a leve rumo à capacidade de simbolização e de pensamento, a criança, numa situação de desinvestimento e oposição ao mundo externo, utiliza o corpo, às vezes de maneira compulsiva, como em alguns casos de mericismo, numa conduta contra a natureza, que pode levá-la à morte (DEBRAY, 1987). Nestes casos, DEBRAY (1987) propõe que a desintração pulsional atinge pontos máximos, havendo como que um apagamento dos instintos de conservação, pois, como ela diz, "são os cuidados maternos que asseguram a sobrevivência do bebê, favorecendo a ligação mínima para que os instintos de vida superem o que é da ordem da desorganização e do caos" (DEBRAY, 1987).

Para ROSINE DEBRAY (1987), no entanto, a forma de expressão que a sintomatologia psicossomática assume na criança, atingindo de preferência este ou aquele órgão ou função, como, por exemplo, sono, alimentação e outras não deve ser a questão relevante. Segundo ela, as manifestações psicossomáticas na criança só podem ser compreendidas, caso por caso, numa avaliação mais profunda, buscando-se situar o lugar que o distúrbio ocupa na economia psicossomática da criança e dos pais. Diante disso, para DEBRAY (1987), qualquer tentativa de classificação nosográfica se torna pouco satisfatória.

DEBRAY (1987) propõe que a eclosão de distúrbios psicossomáticos na criança se dá, na maioria das vezes, sob o efeito

de um bloqueio da livre circulação dos afetos e do desenvolvimento psicossomático da criança, advindos de desequilíbrios da relação mãe-bebê. Estes desequilíbrios estão geralmente vinculados às características pulsionais da criança e/ou à reativação de conflitos inconscientes dos pais, neste momento da vida e perante essa criança específica.

Como referido anteriormente, o desenvolvimento psicossomático está vinculado à constituição progressiva de um aparelho psíquico a partir do soma e DEBRAY (1987) acrescenta que este processo é determinado, desde os seus primórdios, pela possibilidade de a criança se organizar. Para ela, a capacidade de os bebês se organizarem ou se desorganizarem é bastante variável e facilmente observável já nas primeiras horas, através da capacidade de concentração presente ou não no contato olho a olho, nas respostas aos contatos corporais e verbais da mãe. O papel da função materna - continente e organizador das estimulações - é, segundo DEBRAY (1987), "tanto mais decisivo quanto mais imaturo ou facilmente desorganizado for o bebê". Em situações onde o continente materno se encontra sobrecarregado, a criança pode permanecer num estado de excitação desorganizada, que DEBRAY (1987) considera estar presente na maioria das crianças que apresentam sintomatologia psicossomática precoce.

À sua maneira, os bebês atingidos por uma sintomatologia psicossomática precoce vem confirmar com brilho o ponto de vista psicossomático elaborado por P.

MARTY. Com efeito, eles demonstram o impacto deletério da existência de uma sintomatologia somática no desenvolvimento psíquico. Eles revelam também, quando estão curados, que é realmente a atividade psíquica, mesmo em seus primórdios, que melhor protege o corpo contra um eventual movimento de desorganização somática. O que significa ressaltar novamente de um modo talvez não habitual, o caráter determinante do que se passa nos três primeiros anos de vida (ROSINE DEBRAY, 1987, p. 173).

CAPÍTULO IV

IV. PENSANDO O ADOECER

Com a finalidade de pensar sobre as manifestações psicossomáticas precoces no contexto da relação mãe-bebê, uma ilustração, com a descrição de um caso clínico, e algumas considerações são feitas a seguir.

IV. 1. UMA ILUSTRAÇÃO

Trata-se do caso de P., uma criança do sexo masculino, que, no final do primeiro ano de vida, começou a apresentar episódios de infecção respiratória repetitivos. Os dados da história foram fornecidos pelos pais da criança, através de entrevistas não diretivas. Após o relato da história, será feita a descrição de um momento de observação conjunta da criança com a mãe, dentro de um *setting* psicanalítico. P., nessa ocasião, se encontrava com um ano e quatro meses de idade.

Entrevista com os pais

Os pais, o Sr. J. e a Sra. M., vêm juntos à primeira en-

trevista e contam que P., até os onze meses de idade, foi uma criança "ótima", alegre, sociável e sadia. Nessa época, segundo eles, a Sra. M. começou a trabalhar, e P. foi para a escolinha, onde passou a ficar o dia todo (até então, P. fora cuidado exclusivamente pela mãe). A Sra. M. descreve esse como um momento difícil, porque ela tinha dúvidas quanto a deixá-lo ou não na escolinha e mesmo em relação aos cuidados que ele teria lá. Conforme ambos recordaram, nos primeiros dias da escolinha, P. não apresentou "problemas", mas logo começa a modificar o comportamento: "ficou mais triste", segundo a mãe, e passou a ter episódios febris na escolinha, sem causa aparente. Na seqüência, começou a ter quadros de "resfriados" freqüentes, otites de repetição e dois episódios de pneumonia que o levaram à internação hospitalar.

Nesse ínterim, P. foi para outra escolinha e, quando ele estava com um ano e dois meses, foi retirado da escola, voltando a ficar em casa com a mãe, que deixou o trabalho para cuidar dele. A Sra. M. relata que decidiu, nessa época, voltar a estudar, porque, segundo ela, se ficasse sem trabalhar e sem estudar, iria ficar "maluca".

Os pais informam que, durante o período em que P. freqüentou a escolinha, começou também a manifestar alterações de sono; passou a acordar chorando durante a noite, querendo dormir junto com os pais na cama deles (P. dorme no berço, no quarto dos pais). A Sra. M. relata que P. passou a querer dormir com o dedo dentro do ouvido ou do nariz dela e geralmente

adormece segurando na orelha da mãe. Tornou-se muito "agarrado" à mãe; durante o dia passou a evitar outras pessoas, mesmo o avô paterno, com quem sempre teve boa ligação.

A respeito dos antecedentes gestacionais, os pais relatam que estavam vivendo juntos há dois meses quando a mãe engravidou. A Sra. M. conta que foi a sua primeira gestação e que não foi planejada. No início, segundo ela, foi difícil a aceitação, devido aos padrões morais e religiosos de sua família, principalmente de sua mãe. Passados os primeiros momentos, a Sra. M. diz que foi uma gravidez "maravilhosa". Segundo relato deles, o pai passou a "paparicar" a mãe, protegendo-a de frustrações. A mãe, por sua vez, diz que "foi a fase mais maravilhosa da vida", apesar de atravessarem algumas dificuldades financeiras, pois o pai ficou desempregado nessa época, o que, por outro lado, possibilitou que ele pudesse ficar mais ao lado dela.

O Sr. J. refere que desejava muito uma menina, porque, para ele, "menina é mais afetiva e menino mais agressivo". Ele conta que é o caçula e tem três irmãs mais velhas. A Sra. M. diz ser também a caçula e ter duas irmãs e quatro irmãos. Ela considera que vem de uma família "machista", onde sempre se sentiu pouco valorizada como mulher. Conta viver uma relação difícil, conflituosa com um dos irmãos mais velhos, logo acima dela, pois julga que ele sempre foi protegido pela mãe.

A Sra. M. relata que apresentou enjoos no início da gestação e que, no oitavo mês, entrou em trabalho de parto, necessitando ficar internada no hospital, para repouso.

P. nasceu de parto normal, a termo, sem intercorrências perinatais, segundo os pais. Pesava dois quilos e novecentos gramas. Era "pequeninho", dizem os pais. Teve amamentação exclusiva ao seio durante quinze dias, mas a Sra. M. relata que tinha pouco leite e que ele mamava e chorava. Ela se sentia bastante ansiosa nesse período. Aos quinze dias, iniciou amamentação artificial, como complementação ao seio, com boa aceitação. Aos três meses de idade, P. deixou o seio e a Sra. M. se recorda de que, na mesma época, ela retirou a chupeta, porque, segundo ela, ele não gostava e cuspiu fora, e ela também não achava bom acostumá-lo com chupeta. Os pais informam que P. tinha sono tranqüilo e acordava à noite somente para mamar.

A Sra. M. não se recorda de P. ter usado algum objeto transicional. Ela se lembra de que, logo antes de P. ir para a escolinha, houve o episódio da perda de uma "mamadeirainha", que P. gostava de ficar chupando durante o dia. Os pais contam que esqueceram essa mamadeirainha na casa de uns amigos e a Sra. M. notou que P. sentiu falta dela, porque passou a ficar mais agitado à noite, nos dias subseqüentes ao episódio. Não aceitou outra "mamadeirainha" como substituta.

P. iniciou a dentição aos seis meses. Com dez meses, começou a andar e, na época da entrevista, estava iniciando o desenvolvimento da linguagem.

Outras Informações

Os pais de P. relatam, em entrevistas posteriores, a existência de conflitos conjugais e a dificuldade de enfrentá-los, porque é muito difícil se encontrarem a sós. A mãe fala de seus conflitos em relação à sua família e diz ter saído da casa dos pais praticamente fugindo de um convívio difícil com os pais e irmãos e diz ter encontrado situação semelhante no casamento. Faz menção ao relacionamento com a sogra, com quem acha que o marido tem uma relação muito dependente, o que, segundo ela, gera atritos no casal. Descreve situações de rivalidade e competição em relação a um de seus irmãos e dificuldade de sentir-se aceita e valorizada, principalmente pelo pai, que sempre favorece mais os filhos homens.

Refere que, quando era criança, tinha medo de dormir sozinha e que, por isso, dormiu durante vários anos no quarto com os pais. Relata que sua mãe (avó de P.) também dizia ter medo de dormir sozinha quando criança e dormia na cama junto com uma irmã. Questiona se isso é hereditário.

Os pais demonstram dificuldades de estabelecer limites para P. e sentem-se culpados quando tomam atitudes mais drásticas, que julgam que possam magoá-lo. A mãe se mostra confusa em relação a sair de casa para estudar ou trabalhar e deixar P. com o pai ou com a babá. Por outro lado, refere que, quando está em casa, não consegue ficar junto de P.; está sempre ocupada com os serviços da casa e P. a solicita o tempo todo.

A mãe diz que se sente mal quando discute com o marido, e P., de alguma forma, "fica do lado do pai", ela sente-se sozi-

nha e abandonada.

Observação conjunta mãe-criança

O contato com a dupla mãe-criança se realiza segundo os preceitos de um *setting* psicanalítico.

P. se mostra, desde o início, uma criança assustada e permanece junto à mãe, segurando nela e acompanhando-a em seus movimentos. Senta-se junto dela e quase não dirige o olhar para mim. A mãe fica com a atenção bastante voltada para os movimentos do filho. Observo que P. aparenta curiosidade e, ao mesmo tempo, receio de se aproximar da caixa de brinquedos que está logo à sua frente. Após algum tempo, puxa a mãe pelo braço e a traz até perto da caixa. Durante esse movimento, emite alguns vocábulos não inteligíveis. Segura a mão da mãe para que ela abra a caixa. A mãe realiza os movimentos solicitados sem oposição, enquanto verbaliza com ele algo como: "O que você quer? Você quer que eu abra a caixa?" P. começa então a tirar os brinquedos da caixa, um a um, e dá para a mãe, que os vai colocando em seu colo. Ambos estão envolvidos nesse movimento e parecem ignorar a minha presença. Depois, P. retorna os brinquedos, também a um a um, para a caixa. Repete esse movimento de tirar todos os brinquedos da caixa, dar para a mãe e depois guardá-los. Quando termina de colocar os brinquedos na caixa, abre-a e fecha-a várias vezes e então se senta no colo da mãe.

Observo que P. se interessa pelo ventilador que está um pouco distante dele, no chão da sala. Puxa a mãe pelo braço até levá-la perto do ventilador (que está desligado) e faz com que ela toque o aparelho com as mãos. Durante todos os movimentos, comunica-se com a mãe através de monossílabos, que ela vai decodificando.

O primeiro contato que P. estabelece comigo se dá no final do horário, através de um jogo de esconde-esconde, onde ele desaparece atrás da mãe e depois reaparece olhando para mim.

Observação: O comportamento da dupla mãe-criança nesse primeiro contato basicamente se mantém em contatos posteriores. P. permanece sempre muito próximo da mãe, demonstrando dificuldade em se locomover sozinho no ambiente, em explorar o material da sala; solicita à mãe que realize os movimentos por ele desejados.

IV.2. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A tentativa de entendimento surge, então, diante do caso exposto anteriormente.

Os dados clínicos parecem demonstrar a dificuldade de separação, presente tanto na criança como na mãe, e os aspectos simbióticos que delineiam esta relação.

A ansiedade de separação, normal na criança nesta fase de desenvolvimento, conforme MAHLER (1965), parece estar dando lugar a um temor excessivo da perda, onde o movimento iniciante de ir e vir da criança sofre um bloqueio e é substituído pela permanência constante da criança junto ao corpo materno.

Apesar de essa criança ter apresentado, como sintoma, um acometimento da função respiratória, não será aqui propriamente abordada a relação detalhada entre determinada afecção respiratória e os componentes afetivos específicos envolvidos, levando-se em conta, no entanto, a sua existência, como bem vem sendo demonstrado (MACFADDEN, 1993).

A proposta deste estudo, muito mais que um entendimento do sintoma em si, é poder situá-lo dentro da história evolutiva dessa criança e do contexto psicodinâmico da relação mãe-bebê.

Neste sentido, os aspectos narcísicos e simbióticos presentes na mãe parecem estar favorecendo, neste caso, a manutenção dessa dupla num nível de funcionamento primitivo, onde qualquer tentativa de separação é logo impedida. O corpo materno se impõe, então, como único apaziguador da angústia infantil, dificultando com isso o desenvolvimento simbólico nos seus primórdios. É o que a inexistência do objeto transicional nesta criança parece confirmar. De acordo com RENATA GADDINI (1978), o sintoma psicossomático e o objeto transicional têm fontes comuns, mas destinos opostos, este indicando o início do processo de simbolização e aquele a sua estagnação.

Os sentimentos ambivalentes dos pais em relação a esta

criança do sexo masculino, que são reativados principalmente na mãe pelos conflitos inconscientes ligados à rivalidade fraterna, parecem gerar um hiperinvestimento ansioso materno na criança. De acordo com ROSINE DEBRAY (1987), esse hiperinvestimento dificulta à criança caminhar no sentido do desenvolvimento psíquico, ficando ela aprisionada num nível de funcionamento sensório-motor primitivo. Da mesma forma, os conflitos edípicos inconscientes reativados nos pais com o nascimento dessa criança trazem angústias intensas, que podem funcionar como bloqueadores, dificultando que ela caminhe em direção ao complexo de Édipo, na tentativa de mantê-la numa relação dual, simbiótica primitiva. Assim, todo passo no sentido do processo separação-individuação descrito por MAHLER (1963) pode ser visto como ameaçador.

Esta criança se encontra, segundo nossa opinião, totalmente inserida na economia psicossomática materna (nos termos de ROSINE DEBRAY, 1987), no momento em que é submetida à separação, demonstrando através da sua desorganização somática não ter adquirido ainda mecanismos auto-reguladores suficientes para poder funcionar de maneira autônoma, nos períodos em que permanece longe da mãe.

A ausência de mecanismos auto-reguladores nesta faixa etária pode ser entendida como devida à própria imaturidade do aparelho neuropsíquico da criança. O aparecimento de alguma sintomatologia somática em situações angustiantes, como a separação materna, é freqüente e o desaparecimento se dá às

vezes rapidamente, devido a uma reorganização na interação da dupla mãe-criança, como considera ROSINE DEBRAY (1987).

A vulnerabilidade a adoecer e o caráter repetitivo das infecções, que surgem nesta criança, no momento específico de separação da mãe, parecem ser aqui o ponto relevante. Apesar de as infecções respiratórias serem freqüentes no primeiro ano de vida, neste caso elas parecem ser, devido a seu caráter repetitivo, sinalizadores da sensibilidade dessa criança, do seu sistema imunológico; são a sua forma de reação frente à separação e à perda. É como se a dor da perda e o sentimento depressivo, não podendo ser ainda representados psiquicamente pela criança e nem "metabolizados" dentro da unidade mãe-bebê, não tivessem outra alternativa, a não ser expressar-se somaticamente.

As infecções repetitivas, neste caso, parecem revelar, a nível de uma fragilidade imunológica, um bloqueio no desenvolvimento psicossomático da criança, provavelmente relacionado à estagnação do movimento afetivo dialético da dupla mãe-bebê, favorecido pelos conflitos inconscientes reativados nos pais nesse momento específico da vida deles e da criança em questão.

CAPÍTULO V

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando um ser humano sente que é uma pessoa que se relaciona com outras, ele já andou um longo caminho no seu desenvolvimento primitivo (WINNICOTT, 1945, p. 273).

As vicissitudes do desenvolvimento psicossomático do indivíduo trazem em si a marca de uma relação: a relação que o bebê vive com a mãe nos seus primórdios. O desprender do psiquismo da matriz somato-psíquica original se dá à medida que a criança interage com a mãe, na sua condição de dependência total, através da intimidade que o corpo infantil vivencia com o corpo e psiquismo maternos. É desse entrelaçamento que surge o indivíduo, e os contornos que a vida e a morte assumem em cada ser contam a história dessa relação primeira.

... onde a história da estruturação do sujeito e de sua separação do outro é também a história da separação do pensamento, do corpo. As teorias psicanalíticas das primeiras fases da vida psíquica são de fato

teorias do corpo e da unidade psicossomática (MARIE-CLAIRE CÉLÉRIER, 1989, p. 13) ⁷.

ROSINE DEBRAY (1987) nos fala que cada bebê e cada mãe são únicos em seu gênero e que as características da relação que se estabelece entre eles são singulares, mesmo a "despeito do que pode aparecer às vezes como uma inacreditável repetição."

Dentro da singularidade dessa relação é que as manifestações psicossomáticas precoces assumem o seu caráter revelador. Quando elas aparecem, demonstram, de certa forma, uma desarmonia na relação. Elas revelam aquilo que escapa às transformações dentro da relação. A imaturidade psíquica do bebê impede que ele possa conter e transformar as próprias vivências primitivas, ficando a mãe como receptáculo das angústias evacuatórias da criança. Quando a unidade mãe-bebê não funciona sintonicamente - por dificuldades da criança e/ou da mãe - e a mãe fica impedida de desempenhar o seu papel continente, as vivências primitivas têm o soma como único meio de expressão, ficando isentas de trabalho psíquico e representação.

Isso resulta num bloqueio no desenvolvimento psicossomático da criança, que só pode ser entendido dentro do contexto

⁷ "... où l'histoire de la structuration du sujet et de son détachement de l'autre est aussi l'histoire de détachement de la pensée, du corps. Les théories psychanalytiques des premières phases de la vie psychique sont de ce fait des théories du corps et de l'unité psychosomatique." (Tradução da autora).

da relação específica da criança com a mãe. Qualquer tentativa de generalização pode se tornar superficial e pouco esclarecedora.

O entendimento de cada situação, em suas singularidades, possibilita uma intervenção precoce neste estado, quando a vida psíquica da criança encontra-se em seus primórdios, podendo ser muito favorável, tanto pelo seu caráter terapêutico como profilático.

As medidas preventivas mais gerais em hospitais e instituições, que visam fornecer um continente às gestantes e puérperas para que estas possam sentir-se menos angustiadas diante da nova função que irão assumir, são sem dúvida muito importantes.

ROSINE DEBRAY (1987) também chama a atenção para o fato de que a vinda de uma criança é um momento favorável para remanejamentos internos nos pais, que podem desencadear a emergência de crises. Nestes momentos, a intervenção de um trabalho psicanalítico se torna benéfica por proporcionar transformações inconscientes em estruturas até então inabaláveis.

Assim sendo, as manifestações psicossomáticas precoces, quando surgem como o emergente de uma crise, apontam também os potenciais de transformações ali presentes. Um trabalho psicanalítico que englobe a mãe e a criança ou ainda os pais e a criança, de maneira conjunta, parece ser nestes casos a opção mais favorável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRUDA, S.L.S. - *Vivências clínicas de um grupo de mães, cujos filhos estão em ludoterapia*. Campinas, 1991. [Tese-doutorado, Universidade Estadual de Campinas].
- AULAGNIER, P. (1975) - *A Violência da Interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1979.
- BICK, E. (1964) - Notes on infant observation i psycho-analytic training. *Int. J. Psycho-anal.*, 45:558-66.
- BICK, E. (1968) - The experience of the skin in early object-relations. *Int. J. Psycho-anal.*, 49: 484-86.
- BION, W.R. (1962) - *O Aprender com a Experiência*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1991.
- BION, W.R. (1967) - *Estudos Psicanalíticos Revisados (Second Thoughts)*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1988.
- BUTLER, S.R.; SUSKIND, M.R.; SHANBERG, S.M. - Maternal behavior as a regulator of polyamine biosynthesis in

- brain and heart of the developing rat pup. *Science*, 199:445-447, 1978.
- CÉLÉRIER, M.C. - *Corps et fantasmes; pathologie du psychosomatique*. Paris: Dunot, 1989.
- DEBRAY, R. (1987) - *Bebês/Mães em Revolta: Tratamentos Psicanalíticos Conjuntos dos Desequilíbrios Psicossomáticos Precoces*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- EMDE, R.N. - Development terminable and interminable: I. innate and motivational factors from infancy. *Int. J. Psycho-Anal*, 69:23-42, 1988.
- GADDINI, E. - Early defensive fantasies and the psychoanalytical process. *Int. J. Psycho-Anal*, 63:379-388, 1982.
- GADDINI, R. - Transitional object origins and the psychosomatic symptom. In: *Between reality and fantasy: transitional objects and phenomena*. Ed. S.A. Grolnick, L. Barkin & W. Muensterberger. New York: Aronson, 1978.

GADDINI, R. - *Sintoma psicossomático, atuação e comunicação*. Texto do trabalho apresentado no Congresso em Genzano dei Castelli Romani. 13-15 de maio de 1983.

HEIMANN, P. (1952) - Certas funções da integração e da projeção no início da infância. In: *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982, p. 136-184.

HINSHELWOOD, R.D. - *Dicionário do Pensamento Kleiniano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

HOFER, M.A. - Early social relationships: a psychobiologist's view. *Child Development*, 58:633-647, 1987.

HOFER, M.A. - Relationships as regulators: a psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 46 (3):183-197, 1984.

KANDEL, E. R. - From metapsychology to molecular biology: explorations into the nature of anxiety. *Am. J. Psychiatry*, 140 (10):1277-1293, 1983.

KLEIN, M. (1934) - Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In: *Contribuições à psicanálise*, São Paulo: Mestre Jou, 1981, p. 355-389.

- KLEIN, M. (1946) - Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: KLEIN, M.; HEIMANN, P.; ISAACS, S.; RIVIERE, J. - *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982, p. 216-255.
- KLEIN, M. (1952) - Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. In: KLEIN, M.; HEIMANN, P.; ISAACS, S.; RIVIERE, J. - *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982, p. 216-255.
- KREISLER, L. - Les origines de la depression essentielle: la lignée depressive. *Rev. Franc. Psychosom*, 2:163-185, 1992.
- KUHN, C.M.; BUTLER, S.R; SCHANBERG, S.M. - Selective depression of serum growth hormone during maternal deprivation in rat pups. *Science*, 201:1034-1036, 1978.
- MAC FADDEN, M.A.J. - *Contribuições da psicanálise contemporânea para o estudo das manifestações psicossomáticas*. Campinas, 1993. [Tese-doutorado, Universidade Estadual de Campinas].

- MAHLER, M. (1963)- Reflexões sobre o desenvolvimento e a individuação. In: _____ - *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982. P. 13-24
- MAHLER, M. (1965) - A interação mãe-filho durante a separação-individuação. In: _____ - *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982. P. 35-45.
- MAHLER, M. (1967) - Sobre a simbiose humana e as vicissitudes da individuação. In: _____ - *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982. P. 66-81.
- MAHLER, M. (1974) - Simbiose e individuação: o nascimento psicológico do bebê. In: _____ - *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982. P. 119-131.
- MAHLER, M.S.; PINE, F.; BERGMAN, A. (1975) - *O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- MCDUGALL, J. (1978) - *Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica*. 4ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

- MCDUGALL, J. (1982) - *Teatros do eu: ilusão e verdade no palco psicanalítico*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.
- MCDUGALL, J. (1989) - *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- PESSOA, F. - *Obra poética*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Companhia José Aguilar Editora, 1972.
- REZENDE, A.M. - Psicanálise e filosofia das ciências: a questão da verdade. *IDE*, São Paulo, SBPSP, 14:21-24, 1987.
- REZENDE, A.M. - *A metapsicanálise de Bion: além dos modelos*. Campinas: Papirus Editora, 1994.
- STERN, D.N. (1985) - *O mundo interpessoal do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- SPITZ, R.A. (1965) - *O primeiro ano de vida*. 5ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- TAYLOR, G.J. - *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. Madison, CT, International Universities Press, 1987.

VALLER, E.H.R. - *A mãe devotada e o seu bebê. A teoria do desenvolvimento emocional de D. W. Winnicott*. Campinas, 1989. [Dissertação-mestrado, Universidade Estadual de Campinas].

WINNICOTT, D.W. (1945) - Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____, *Textos selecionados : da pediatria à psicanálise*. 4ª ed., Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

WINNICOTT, D.W. (1949a) - A mente e sua relação com o psique-soma. In: _____, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 4ª ed., Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

WINNICOTT, D.W. (1949b) - O bebê como organização em marcha. In: _____, *A criança e o seu mundo*. 6ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

WINNICOTT, D.W. (1949c) - O mundo em pequenas doses. In: _____, *A criança e o seu mundo*. 6ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

WINNICOTT, D.W. (1951) - Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: _____, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 4ª ed., Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. Publicado, revisado

e ampliado em *O brincar e a realidade*, Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1975.

WINNICOTT, D.W. (1952a) - Ansiedade associada à insegurança. In: _____, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 4ª ed., Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

WINNICOTT, D.W. (1952 b) - Psicose e cuidados maternos. In: _____, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 4ª ed., Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

WINNICOTT, D.W. (1954) - Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico. In: _____, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 4ª ed., Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

WINNICOTT, D.W. (1956) - Preocupação materna primária. In: _____, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 4ª ed., Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

WINNICOTT, D.W. (1960a) - Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro "self". In: _____, *O ambiente e*

os processos de mutação. 3ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

WINNICOTT, D.W. (1960b) - Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: _____, *O ambiente e os processos de maturação*. 3ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

WINNICOTT, D.W. (1962) - A integração do ego no desenvolvimento da criança. *O ambiente e os processos de maturação*. 3ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

WINNICOTT, D.W. (1963a) - Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. *O ambiente e os processos de maturação*. 3ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

WINNICOTT, D.W. (1963b) - O medo do colapso (breakdown)
In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, D.W. (1964a) - O recém-nascido e sua mãe. In: *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

- WINNICOTT, D.W. (1964b) - Transtorno [disorder] psicossomático: A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- WINNICOTT, D.W. (1966a) - A mãe dedicada comum. In: *Os bebês e suas mães*. 2ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- WINNICOTT, D.W. (1966b) - As origens do indivíduo. In: *Os bebês e suas mães*. 2ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- WINNICOTT, D.W. (1967) - O ambiente saudável na infância. In: *Os bebês e suas mães*. 2ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- WINNICOTT, D.W. (1968) - A amamentação como forma de comunicação. In: *Os bebês e suas mães*. 2ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- WINNICOTT, D.W. (1988) - *A Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1990.