

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**Instituto de Psicologia**

**Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do  
Desenvolvimento Humano**

ALINE DE LIMA PIÑA

**A CONCEPÇÃO DE AGONIAS IMPENSÁVEIS E SUA RELAÇÃO  
COM A ETIOLOGIA DAS PSICOSES NA OBRA DE D. W.  
WINNICOTT**

**São Paulo**

**2021**

ALINE DE LIMA PIÑA

**A CONCEPÇÃO DE AGONIAS IMPENSÁVEIS E SUA RELAÇÃO  
COM A ETIOLOGIA DAS PSICOSES NA OBRA DE D. W.  
WINNICOTT**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Desenvolvimento Humano e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Leopoldo Fulgencio

São Paulo

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Piña, Aline de Lima

A concepção de agonias impensáveis e sua relação com a etiologia das psicoses na obra de D. W. Winnicott / Aline de Lima Piña; orientador Leopoldo Fulgencio. -- São Paulo, 2021.

145 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2021.

I. Agonias impensáveis. 2. Aniquilamento. 3. Castração. 4. Defesas. 5. Psicose. I. Fulgencio, Leopoldo, orient. II. Título.

## Folha de Avaliação

Título: A concepção de agonias impensáveis e sua relação com a etiologia das psicoses na obra de D. W. Winnicott

Autor: Aline de Lima Piña

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Ass.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Ass.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Ass.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Aos filhos (meus e de outros) que eu venha a acolher ao longo da vida.

## **Agradecimentos**

Ao Prof. Dr. Leopoldo Fulgencio, pela generosidade em me orientar para que eu pudesse encontrar as minhas próprias habilidades como pesquisadora, além de todo o aprendizado que pude absorver em nossas reuniões e em seus seminários e palestras.

Ao Prof. Dr. João Paulo Barretta, minha gratidão pela disponibilidade em me acompanhar nos últimos anos, zelando pelo meu desenvolvimento, o qual este trabalho traduz em alguma medida. Grata, ainda, por ser meu interlocutor nos assuntos pertinentes à dissertação e pelos esclarecimentos teórico-clínicos valiosos, que espero ter contemplado no decorrer do texto.

À Prof. Dra. Ivonise Motta, pela apreciação de meu trabalho e pela atenção dispensada. Grata por sua disponibilidade e interesse.

Aos dois, Prof<sup>a</sup>. Dra. Ivonise e Prof. Dr. João Paulo, que também compuseram a banca no meu exame de qualificação, agradeço pelos apontamentos e sugestões, que tanto acrescentaram ao meu trabalho.

À Maria Beatriz Rouco, pelo acolhimento e motivação nos encontros e supervisões que tivemos ao longo desse período. Grata pela atenção com que tem me acompanhado e pela leitura e comentários ao meu texto que me ajudaram a aprimorá-lo.

À Regina Gromman e à Alice Wilmers Bei, grata pela atenção na leitura desse trabalho e aos comentários realizados, bem como pela troca de conhecimentos nos grupos de estudos de casos clínicos em Psicanálise.

Aos colegas do grupo de pesquisa: Fernanda Fernandes, Thiago Marques, Marcia Bozon, Fernanda Dias, Marília Velano, Renné Nunes, Ludymilla Zacarias e Marcos Fontoni, pelas produtivas discussões.

Às colegas Elisa Bernal, Natália Rubio, Letícia Vier e à Mariana Pajaro, pelo companheirismo durante essa etapa de minha formação.

Aos professores das disciplinas, Camila Saboia, Maria Cristina Kupfer, Isabel Gomes, Julia Durand, Rogério Lerner, Tania Aiello-Vaisberg, Leilla Tardivo, Ivonise Motta, Luciana Caetano e Betânia Dellagli, com quem tanto aprendi nesse percurso.

Aos familiares e amigos pela valorização de meu esforço. Em especial, à Silvana Panegutti, Felipe Piña, Gustavo Joaquim, Daniel Oliveira e Marina Martini.

Ao meu marido, Alziro, pela nossa parceria na vida, que se refletiu no decorrer da produção deste trabalho.

Da vez primeira em que me assassinaram,  
Perdi um jeito de sorrir que eu tinha...  
Depois, de cada vez que me mataram,  
Foram levando qualquer coisa minha...

E hoje, dos meus cadáveres, eu sou  
O mais desnudo, o que não tem mais nada...  
Arde um toco de Vela amarelada...  
Como o único bem que me ficou!

(Quintana, 2012, p. 205)

## Resumo

PIÑA, Aline de L. *A concepção de agonias impensáveis e sua relação com a etiologia das psicoses na obra de D. W. Winnicott*. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

Este trabalho tem como objetivo analisar e explicitar a concepção de *agonias impensáveis* na teoria winnicottiana do desenvolvimento emocional primitivo, diferenciando esse fenômeno do que Freud denominou de angústia de castração, e do que Klein caracterizou como angústia de aniquilamento. Para essa finalidade, percorre-se a obra de Winnicott demonstrando como surge a compreensão e descrição desse tipo de angústia e como ela estaria presente no processo de desenvolvimento emocional dos seres humanos, bem como, quais seriam seus referentes empíricos e os mecanismos de defesa a ela associados. Trata-se de uma pesquisa teórica, procurando analisar esse conceito na obra de Winnicott, realizando-se uma análise estrutural e conceitual dos seus significados.

**Palavras-chave:** Agonias impensáveis, aniquilamento, castração, defesas, psicose.

## Abstract

PIÑA, Aline de L. *The conception of unthinkable agonies and its relation to the etiology of psychosis in the work of D. W. Winnicott*. Dissertation (Master). Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo, 2021.

This paper aims to analyze and explain the conception of *unthinkable agonies* in the Winnicottian theory of primitive emotional development, differentiating this phenomenon from what Freud called “castration anxiety” and that which Klein characterized as “annihilation anxiety”. To this end, it delves into Winnicott's work in order to demonstrate how the description and understanding of this kind of anxiety arises, why it is thought to be present in the process of emotional development of human beings, and finally what would be its empirical referents and associated defense mechanisms. This theoretical research intends to investigate the topic through a structural and conceptual analysis of its meanings.

**Keywords:** Unthinkable agonies, annihilation, castration, defenses, psychosis.

## Sumário

<b>1. Introdução.....</b>	<b>11</b>
1.1. O fenômeno apontado por Winnicott.....	11
1.1.1. A associação deste tema com as psicoses.....	12
1.2. Distinções entre as angústias de Freud, Klein e Winnicott.....	13
1.2.1. Freud e Klein referindo-se a um tipo de angústia associada à psicose....	13
1.3. A proposta de compreensão do conceito winnicottiano.....	15
1.4. Estado atual de pesquisas sobre agonias impensáveis.....	18
1.5. Objetivos.....	21
1.6. Justificativa.....	21
1.7. Metodologia.....	21
1.8. Desenvolvimento.....	22
<b>2. Capítulo I. O conceito e o referente da noção de angústia de castração, para Freud, e angústia de aniquilamento, para Klein.....</b>	<b>24</b>
2.1. A angústia em Freud.....	24
2.1.1. Contextualização da angústia em Freud.....	24
2.1.2. Angústia de castração na neurose.....	32
2.1.3. Angústia de castração na psicose.....	38
2.2 A angústia em Klein.....	43
2.2.1 Contextualização da angústia em Klein.....	44
2.2.2 Angústia de aniquilamento e pulsão de morte.....	46
2.2.3 Angústia de aniquilamento na posição esquizoparanoide.....	54
<b>3. Capítulo II. O conceito e o referente da noção de agonias impensáveis para Winnicott e sua relação com as psicoses.....</b>	<b>63</b>
3.1. Conceitos gerais da teoria do desenvolvimento emocional primitivo.....	64
3.2. Agonias impensáveis.....	80
3.2.1 Caracterização-definição.....	95
3.2.2 Surgimento e desenvolvimento do conceito ao longo da obra.....	98
3.2.3 Tipos de agonias impensáveis.....	107
3.3. A psicose como organização defensiva frente às agonias impensáveis.....	112
3.4. A especificidade das agonias impensáveis: aspectos teóricos e clínicos....	117
<b>4. Considerações finais.....</b>	<b>123</b>
<b>5. Referências.....</b>	<b>125</b>

## 1. Introdução

### 1.1. O fenômeno apontado por Winnicott

Winnicott considera as psicoses como organização defensiva que o ego mobiliza em reação a um determinado tipo de angústia, muito precoce, à qual ele denomina como *agonias impensáveis* (*unthinkable anxiety*).<sup>1</sup> Nesse sentido, ele diz:

É minha intenção mostrar aqui que o que vemos clinicamente é sempre uma organização de defesa, até mesmo no autismo da esquizofrenia infantil. A *agonia subjacente é impensável*. É errado pensar na enfermidade psicótica como um colapso; ela é uma *organização defensiva relacionada a uma agonia primitiva*, e é geralmente bem-sucedida (exceto quando o meio ambiente facilitador não foi deficiente, mas sim atormentador, que é talvez a pior coisa que pode acontecer a um bebê humano). (D. W. Winnicott, 1974, p. 72, grifos nossos).<sup>2</sup>

A fim de compreender e distinguir as agonias impensáveis daquela angústia que caracteriza os mecanismos de defesa próprios às neuroses, Winnicott pondera:

Notar-se-á que embora haja valor em pensar que, na área das psiconeuroses, é a ansiedade de castração que jaz por trás das defesas, nos fenômenos mais psicóticos que estamos examinando é um colapso do estabelecimento do *self* unitário. O ego organiza defesas contra o colapso da organização do ego e é esta organização a ameaçada. Mas o ego não pode se organizar contra o fracasso ambiental, na medida em que a dependência é um fato da vida. (D. W. Winnicott, 1974, p. 71)

---

<sup>1</sup> Cujas referências principais estão dadas em dois de seus artigos: “O medo do colapso” (1974) e “O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva” (1968c).

<sup>2</sup> “It is my intention to show here that what we see clinically is always a defence organization, even in the autism of childhood schizophrenia. The underlying *agony is unthinkable*. [...]” .

### 1.1.1. A associação deste tema com as psicoses

As agonias<sup>3</sup> impensáveis estão estreitamente vinculadas às psicoses como defesas, considerando ocorrerem em momento de dependência absoluta do bebê aos cuidados e provisão ambiental que, por sua vez, serão constitutivos da organização e integração num si mesmo unitário díspar do mundo e, portanto, as agonias impensáveis comprometem a organização e a integração do ego incipiente.

A partir da compreensão de angústia de castração, para Freud, e de angústia de aniquilamento, para Klein, ambas em associação à etiologia das psicoses, faz-se necessário esclarecer quais as diferenças entre os referentes desses termos, bem como, na análise da obra de Winnicott, explicitar o caminho e os diversos momentos em que ele utiliza a caracterização das agonias impensáveis, analisando seus sentidos específicos.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> O termo adotado em Winnicott será “agonia” em vez de angústia, considerando a utilização dos termos “agony” associado a “impensável” ou “primitiva”, que especifica e diferencia o tipo de angústia a que o autor se refere. “Na verdade, a palavra ‘angústia’ é inútil, pois o tipo de aflição que o bebê sente neste estágio é muito parecido ao que se encontra por trás do pânico, e o pânico já é uma defesa contra a *agonia*” (D. W. Winnicott, 1964c, p. 31, grifos nossos). E: “É possível listar as agonias primitivas (*ansiedade*, aqui, não é uma palavra suficientemente forte)” (D. W. Winnicott, 1974, p. 72, grifo do autor). Sabemos que *anxiety* (ansiedade) não pode ser traduzido por angústia (*anguish*), e a palavra que aparece no texto original é “agony”.

<sup>4</sup> Em relação à terminologia adotada em Freud, sabemos que angústia e ansiedade não são sinônimos, e que o termo *Angst* foi traduzido ora por uma ora por outra. “O termo *Angst* (literalmente significa “medo”) é traduzido geralmente para o português como “ansiedade” (seguindo a vertente da tradução inglesa, *anxiety*) ou como “angústia” (de acordo com a tendência francesa, *angoisse*).” (Hanns, 1996, p. 62) Além disso, “Geralmente indica um sentimento de grande inquietude perante ameaça real ou imaginária de dano. Pode variar da gradação de “receio” e “temor” até “pânico” ou “pavor”. Refere-se tanto a ameaças específicas (*Angst vor*, medo de) como inespecíficas (*Angst*, medo).” (Hanns, 1996, p. 62). Outra ressalva quanto ao verbete é a de que “Na citação de Freud colocada no centro desse debate há uma sutileza (...) que não foi observada até o momento. “A angústia tem uma inconfundível relação com a expectativa; ela é angústia ante algo”. Freud sublinhou a preposição *vor* (“diante de”). Ao fazê-lo, talvez quisesse que a compreendêssemos no sentido temporal, que ela também possui em alemão: “antes de”, angústia anterior a algo (...).” (Souza, 2010, pp. 203-204). E, ainda, “*Angst*” é aparentado a “*eng*”, palavra alemã que designa “estreito”, “restrito”; “*anxiety*” deriva do latim “*angere*”, “estrangular” ou “apertar”, “estrear”; em ambos os casos, a referência é aos sentimentos asfixiantes que caracterizam as formas graves do estado psicológico em questão. Um estado ainda mais agudo é descrito em inglês pela palavra “*anguish*”, que tem a mesma derivação; e convém notar que Freud, em seus artigos em francês,

Não se trata apenas de uma distinção teórica, mas a demarcação dos momentos do processo de desenvolvimento psíquico, apreendidos do ponto de vista de perspectivas teóricas que divergem quanto à situação e às capacidades do bebê no seu início pós-natal, mais ainda, divergências quanto à avaliação das condições para que um indivíduo possa ter angústias. Além disso, essas divergências também colocam em foco determinados modos de relação que serão reproduzidos na transferência durante o tratamento pelo método psicanalítico.

## **1.2. Distinções entre as angústias de Freud, Klein e Winnicott**

A título de distinção inicial, proponho explicitar em que momento do desenvolvimento emocional, Freud, Klein e Winnicott apresentam suas descrições e explicações sobre o que são a angústia de castração, a angústia de aniquilamento e as agonias impensáveis, respectivamente, ressaltando a relação entre essas angústias e as psicoses.

### **1.2.1. Freud e Klein referindo-se a um tipo de angústia associada à psicose**

Faz-se necessário, primeiro, analisar a classificação das organizações neuróticas e psicóticas na obra de Freud, mostrando quais angústias aparecem em cada quadro: “*a neurose seria o resultado de um conflito entre Eu e seu Id, enquanto que a psicose seria o análogo desfecho de uma tal perturbação nos laços entre o Eu e o mundo exterior.*” (Sigmund Freud, 1924b-a, p. 177, grifos do autor). Assim, em ambos os casos, há um relativo fracasso do ego frente às exigências das outras instâncias (id e mundo externo), relacionado à frustração instintual, mas, tanto num caso como noutro, o limite estaria associado à angústia de castração: na neurose, a repressão; na psicose, a sua recusa.

Na neurose, a angústia de castração vincula-se ao complexo de Édipo e surge por volta dos três ou quatro anos de idade, na fase fálica do desenvolvimento psicosexual, quando o desejo se estrutura nas relações interpessoais. Freud (1924d, p. 210) afirma que “o complexo de Édipo sucumbe à ameaça de castração” e concebe “o medo da castração [como] o único motor dos processos defensivos que conduzem à neurose” (Freud, 1926d, p. 86).

---

usa a palavra aparentada “*angoisse*” (assim como seu sinônimo “*anxiété*”) para traduzir o alemão “*Angst*”. (Sigmund Freud, 1895b, pp. 117-118)

No campo das psicoses, a recusa da castração ou um “estranhamento mais extremo da castração deixaria o sujeito psicótico absolutamente perplexo diante do surgimento de qualquer obstáculo concreto à realização de seu desejo, remetendo-o à via da alucinação” (Simanke, 1994, pp. 231-232). Sobre esse funcionamento, diz Freud:

[...] no *quadro clínico da psicose* as manifestações do processo patogênico serem frequentemente cobertas por aquelas de uma tentativa de cura ou uma reconstrução. A *etiologia comum* à irrupção de uma psicose ou psicose é sempre *a frustração, a não-realização de um daqueles desejos infantis nunca sujeitos*, tão profundamente enraizados em nossa organização filogeneticamente determinada. Tal frustração é, no fundo, sempre externa [...]. (Sigmund Freud, 1924b-a, pp. 180-181, grifos nossos)

Nas psicoses, a impossibilidade da relação objetal genital causa frustração do narcisismo pela realidade externa. A não aceitação da ameaça de castração deixa a libido fixada no ego (narcisismo secundário). Essa fixação ou regressão da libido, que se manifesta na perda da relação com o mundo, busca a realização do desejo pela via da alucinação (ou por fantasias narcísicas com autoerotismo). Tais fantasias e alucinações são mecanismos de defesa de projeção para reconstrução delirante da relação com a realidade de modo a satisfazer a libido narcísica.

Assim, também a psicose depara com a tarefa de obter percepções tais que correspondam à nova realidade, o que é feito, do modo mais radical, pela via da alucinação. Quando, em muitas formas e casos de psicose, os lapsos de memória, delírios e alucinações mostram *caráter bastante grave e se ligam ao desenvolvimento de angústia*, isto é sinal de que todo o processo de transformação se realiza contra violentas forças opositoras [...]. Na psicose, provavelmente a porção rechaçada da realidade volta sempre a importunar a psique, como faz na neurose o instinto reprimido, e por isso as consequências são as mesmas em ambos os casos. (Sigmund Freud, 1924e-a, pp. 218-219, grifos nossos).

Embora haja, no caso das psicoses, um rompimento com a realidade, a própria alucinação ou delírio surgem como tentativa de reestabelecer esse contato. Observa-se que na psicose também ocorre uma resposta defensiva, embora de outro tipo que não a

repressão<sup>5</sup> que caracteriza a neurose; mas também em função de um tipo de interdição, ainda que seja uma “recusa da *inscrição psíquica da castração*” (Simanke, 1994, p. 228, grifos do autor) e, em decorrência da falta dessa representação psíquica da castração, a superação do narcisismo e o ingresso no complexo de Édipo tornam-se inviáveis.

Em Klein, a angústia de aniquilamento surge no início mais primitivo dos relacionamentos objetais, pois considera que a criança, desde o seu início pós-natal, já tem a capacidade para estabelecer relações com objetos: “[...] as relações de objeto iniciam-se quase no nascimento e surgem com a primeira experiência de alimentação” (Klein, 1955, p. 167). Nesse sentido, o bebê já nasce estabelecendo as relações de objeto, relações estas permeadas por ambiguidades. Klein (1952b, p. 72) explica: “[a] expressão “relações de objeto” baseia-se na minha asserção de que o bebê, desde o início da vida pós-natal, tem com a mãe uma relação (se bem que centrada primariamente em seu seio) imbuída dos elementos fundamentais de uma relação objetal, isto é, amor, ódio, fantasias, ansiedades e defesas”.

A angústia de aniquilamento surge, então, pensando o bebê no quadro das relações objetais e do dualismo pulsional freudiano. Klein concebe a primeira angústia do ser humano como uma angústia de desintegração em reação aos efeitos da pulsão de morte no organismo. Esse tipo de angústia (de aniquilamento) não está presente na teoria de Freud, contudo, para compreender a causa do medo do aniquilamento, Klein parte da ideia freudiana do funcionamento da pulsão de morte.

[...] no começo da vida pós-natal, o bebê vivencia *ansiedade persecutória* proveniente tanto de fontes externas quanto de internas: externas, na medida em que a experiência do nascimento é sentida como um ataque que lhe foi infligido; e internas, porque a ameaça ao organismo que, de acordo com Freud, surge da pulsão de morte provoca, a meu ver, o medo do aniquilamento – o medo da morte. *É esse medo que eu considero como a causa primária da ansiedade.* (Klein, 1950, p. 65 , grifos nossos)

O medo da morte ou do aniquilamento ocorre nos momentos iniciais após o nascimento. A angústia de aniquilamento é descrita como derivada do medo que o bebê sente de a mãe-objeto revidar a sua destrutividade, atacando-o. A angústia de aniquilamento é característica do primeiro semestre de vida, ao qual Klein classifica

---

<sup>5</sup> *Verdrängung*

como o bebê encontrando-se numa posição esquizoparanoide: uma organização inicial do ego em que a angústia principal é paranóide e o estado do ego e seus objetos se caracteriza pela cisão, que é esquizóide (cf. Segal, 1966, p. 18).

### 1.3. A proposta de compreensão do conceito winnicottiano

Em Winnicott, encontramos um cenário muito diferente, dado que, para ele, no início, o bebê não tem maturidade para estabelecer relações com objetos, reconhecidos como estando fora dele, ou como sendo externos a ele. As agonias impensáveis são experienciadas pelo bebê, mas não são caracterizadas em termos de relações objetais, tal como em Klein ou em Freud. Elas aparecem num momento anterior do desenvolvimento emocional, ou seja, antes das conquistas que tornam possível estabelecer relações objetais *stricto sensu*. Diz Winnicott:

Quando começam a ocorrer coisas importantes? [...] Eu diria que existe um estágio importante aos cinco ou seis meses, há um outro que ocorre por volta do nascimento. [...] Falando em termos psicológicos, alguma coisa *importa* antes dos cinco ou seis meses? Sei muito bem que em diversos grupos a resposta muito sincera a esta pergunta é: 'Não', e creio que devemos respeitar tal opinião, mas a minha resposta é diferente. [...] *o desenvolvimento emocional primitivo do bebê* – antes que ele reconheça a si mesmo (e, portanto, aos outros) como a pessoa inteira que ele é (e que os outros são) – *é vitalmente importante, e é neste período que serão encontradas as chaves para compreendermos a psicopatologia da psicose*. (D. W. Winnicott, 1945d, p. 222, grifos nossos)

No período que compreende o nascimento até os seis meses de idade, aproximadamente (denominado fase de dependência absoluta)<sup>6</sup>, os cuidados ambientais adequados, ou seja, que atendem às necessidades do bebê, necessidades de ser e continuar sendo, fornecem as bases de sua saúde mental. No entanto, quando há falhas na comunicação mãe-bebê ocorrem interrupções na continuidade de ser do bebê,

---

<sup>6</sup>A sistematização da obra de Winnicott, apresentando-o como tendo descrito fases do desenvolvimento emocional, tem sido feita por diversos autores (Abram, 2008; Dias, 2003; Fulgencio, 2016; Phillips, 1988; Spelman, 2013a, 2013b), ainda que estes tenham algumas divergências sobre o lugar de Winnicott na história da psicanálise. A compreensão das fases, caracterizadas em função das relações de dependência (absoluta, relativa e rumo à independência) está presente em todos eles.

provocando o surgimento de agonias impensáveis que, se recorrentes, podem estabelecer um padrão de reação defensiva e iniciar um quadro psicótico. Esse período do desenvolvimento é crucial para a constituição da saúde, num momento em que o bebê é incapaz de reconhecer a si mesmo como diferente do outro, pois ele não nasce com a alteridade estabelecida.

Antes das relações de objeto as coisas são assim: a unidade não é o indivíduo, a unidade é o contexto ambiente-indivíduo. (D. W. Winnicott, 1958d, p. 166).

Assim, até que os processos de diferenciação e integração numa unidade aconteçam e se concretizem ao longo desse primeiro semestre de vida, o bebê é indivisível de sua mãe e de seu ambiente. Diz Winnicott (1945d, p. 222, grifos nossos): “Em muitas crianças ocorre o relacionamento entre pessoas totais aos *seis meses de idade*. Assim, quando um ser humano se percebe uma pessoa relacionada a outras pessoas, *um longo caminho já foi percorrido em termos do desenvolvimento primitivo*”.

Quando ocorrem falhas, portanto, nesse período inicial, gerando agonias impensáveis, o bebê não sabe de onde vêm as falhas, pois até então, ele não se percebe como uma unidade, diferenciado do ambiente que o circunda. Winnicott será categórico ao afirmar que “trata-se de uma fase de desenvolvimento repleta de armadilhas, e do sucesso nessa etapa depende a saúde mental no que diz respeito à psicose” (D. W. Winnicott, 1953a, p. 308). As agonias impensáveis – são impensáveis porque não há, ainda, um aparato mental para registrar e simbolizar a experiência – e as defesas erigidas contra elas manifestarão seus efeitos pelo resto da vida.

A ansiedade inimaginável tem só umas poucas variedades, sendo *cada uma a chave de um aspecto do crescimento normal*. 1- Desintegração. 2- Cair para sempre. 3- Não ter conexão alguma com o corpo. 4- Carecer de orientação. Pode-se reconhecer que essas são especificamente a *essência das ansiedades psicóticas*, e pertencem, clinicamente, à esquizofrenia ou ao aparecimento de um elemento esquizóide oculto em uma personalidade não-psicótica nos demais aspectos. (D. W. Winnicott, 1965n, pp. 56-57, grifos nossos)

Pode-se observar que tanto Klein quanto Winnicott se referem aos períodos iniciais do desenvolvimento como fundamentais para a constituição saudável dos indivíduos, mas cada um deles avalia diferentemente o que ocorre nessa fase inicial,

cada um deles têm compreensões diferentes (e, até mesmo, inconciliáveis) sobre as capacidades cognitivas e afetivas dos bebês, cada um deles tem uma teoria sobre a gênese das psicoses: Em Freud a psicose é a regressão da libido ao narcisismo pela recusa da castração (angústia de castração). Em Klein a psicose é a defesa contra a angústia de aniquilamento, que surge nas relações objetais primitivas em que o bebê está na posição esquizoparanóide. Em Winnicott a psicose é a defesa contra as agonias impensáveis, em que o bebê está em uma fase de absoluta dependência e o ambiente falho provoca traumas na continuidade de ser que interrompem ou deturpam o desenvolvimento psíquico.

Diante disso, os três tipos de angústias possuem características e dinâmicas distintas, ocorrem em momentos diferentes do desenvolvimento humano e afetam diferentes aspectos na constituição psíquica, embora todas elas estejam, de uma maneira ou outra, associadas às psicoses.

O tipo de angústia a que Winnicott se refere como *agonias impensáveis* é distinta tanto da angústia de castração, em Freud, quanto da angústia de aniquilamento, em Klein, quer por terem pressupostos divergentes sobre a situação inicial dos bebês, quer pelas agonias impensáveis não estarem relacionadas a situações edípicas. Nessa direção, cabe ainda reforçar o fato de que há uma distinção conceitual fundamental entre essas angústias, na medida em que para Freud e Klein a angústia está referenciada às relações objetais e para Winnicott as agonias impensáveis dizem respeito a uma etapa anterior às relações de objeto, na fase de dependência absoluta, em que não houve, ainda, do ponto de vista do bebê, uma distinção entre eu e não-eu (e, portanto, ainda está em uma indiferenciação com a mãe-ambiente).<sup>7</sup>

Para Winnicott só pode sentir angústia de castração uma pessoa inteira que tem medo de perder uma parte importante e fundamental de si mesma.

O que observamos em crianças e bebês que ficam enfermos de uma maneira que nos força a utilizar a palavra “esquizofrenia”, embora ela originalmente se aplicasse a adolescentes e adultos, aquilo que vemos muito claramente é uma *organização no sentido da invulnerabilidade*. Diferenças são de esperar, de acordo com o estágio do desenvolvimento emocional do adulto, criança ou bebê que fica doente. O que é comum a todos os casos é que o bebê, a criança, o adolescente ou o adulto *nunca mais devem* experienciar a

---

<sup>7</sup> (cf. D. W. Winnicott, 1988, p. 150)

ansiedade impensável que se acha na raiz da enfermidade psicótica. Esta ansiedade impensável foi experienciada inicialmente em um momento de fracasso da confiabilidade por parte da provisão ambiental, quando a personalidade imatura se encontrava no estágio da dependência absoluta. (D. W. Winnicott, 1968c, p. 154, grifos do autor)

#### **1.4. Estado atual de pesquisas sobre agonias impensáveis**

Há, na literatura secundária, alguns trabalhos dedicados ao tema das *agonias impensáveis*, tais como os trabalhos de Santos (2001, 2002; 2011; 2012) que abordam a respeito deste conceito winnicottiano, pelo viés da analítica existencial; Dias (1998, 1999a, 1999b), que faz referência às agonias impensáveis no contexto da teoria das psicoses, que utilizaremos como referência neste trabalho; Loparic (1997), que faz menção às agonias impensáveis no âmbito de uma psicanálise não-edipiana (2001), enfatizando que as necessidades não atendidas que geram os mais graves sofrimentos; Hernandez (1998), que trata os fenômenos das agonias impensáveis no contexto da teoria do trauma; Santos (1999), que trata sobre a constituição do mundo psíquico em Winnicott e sua contribuição para a clínica das psicoses, abordando essas angústias primárias (agonias impensáveis), sem representações mentais, portanto impedidas de alcançar a simbolização; Safra (1999), que menciona as agonias impensáveis como abismos no *self*; André (2001), que equivale os termos agonia e desamparo e os situa além da angústia, como desamparo extremo; McCarthy (2004), que aborda as ansiedades desintegrativas de diversos autores psicanalistas em seus casos clínicos; Cesarei (2005), que apresenta o conceito relacionado ao trauma precoce na clínica com seus pacientes e a questão da regressão em quadros autistas; Binder (2006), que contextualiza as agonias impensáveis no quadro da esquizofrenia numa abordagem neurofisiológica e relacional; Naffah Neto (2007), que articula o conceito de falso *self* cindido como barreira protetora contra as agonias impensáveis; Lejarraga (2008), que apresenta como indissociáveis as noções de trauma, agonias impensáveis e falso si-mesmo na teoria winnicottiana; Silva & Pinheiro (2008), que abordam as agonias impensáveis nos processos de integração psique-soma; Ribeiro & Santos (2008), que fazem uma breve apresentação de Winnicott e seus conceitos principais, dentre os quais citam as agonias impensáveis como angústias no início do existir humano que causam graves danos ao “eu” e provocam interrupções na continuidade de ser que comprometem a integração do *self*; Chamond & Morsello (2010), que trazem as agonias

impensáveis em interface com a Daseinanalyse; Girard (2010), que examina conceitos winnicottianos demonstrando a base factual da metapsicologia da dupla-dependência, dentre eles, as agonias impensáveis; Groarke (2011), que discute os aspectos temporais e espaciais da ruptura da continuidade do ser e sua fragmentação; Fulgencio (2013a), que descreve as agonias impensáveis como o registro de um apagão na ausência de experiência pessoal do *self*; Joannidis (2013), que faz uso do conceito winnicottiano para compreensão da loucura; Dowd (2012), que propõe um caso clínico para demonstrar uma forma específica de agonia mental primitiva enquanto defesa limítrofe contra uma experiência impensável de temor sem forma; Ogden (2014), que questiona diversos pontos do artigo “O medo do colapso” e aborda as agonias impensáveis no contexto clínico de uma vida não vivida; Simões, Ambrosio & Aiello-Vaisberg (2014), que apresentam um caso de acompanhamento terapêutico com paciente psicótico em que o trabalho interventivo de sustentação (*holding*) afastou as agonias impensáveis; Jacques (2014), que menciona as agonias impensáveis como intenso sofrimento mental, sem se aprofundar no conceito; Cambuí, Neme & Abrão (2016), que apresentam a agonia impensável no contexto dos processos de constituição subjetiva e saúde mental, sem aprofundar o conceito, mas os seus efeitos.

Contudo, nenhum desses trabalhos fez um estudo comparativo do conceito de angústia entre os três autores clássicos da psicanálise (Freud, Klein e Winnicott), bem como, ao fazer essa distinção crítica-comparativa, estabelecer analiticamente a relação dos tipos de angústias vividas, em cada um dos autores, com a origem das psicoses.

Nesta pesquisa proponho completar essa lacuna. Para tanto, a proposta é retomar o texto de Winnicott, comentando o sentido e o referente das *agonias impensáveis*, em diálogo com a concepção de *angústia de castração*, em Freud, e *angústia de aniquilamento*, em Klein, a fim de se discriminar o termo-conceito; bem como, aprofundar e enriquecer essa análise crítica-comparativa, na consideração da bibliografia secundária sobre esse tema na obra de Winnicott. Associado ao tema, também estará em foco a questão da origem das psicoses e, necessariamente, sua relação com as angústias identificadas nas três teorias.

Nessa direção, seguirei, em primeiro lugar, a linha de surgimento cronológico desse termo-conceito na obra de Winnicott. Esta linha pode ser indicada a partir das referências cronológicas do autor: “Definição teórica do campo da psiquiatria infantil” (1958q); “Teoria do relacionamento paterno-infantil” (1960c); “Observações adicionais

sobre a teoria do relacionamento parento-filial” (1962c); “A integração do ego no desenvolvimento da criança” (1965n); “A localização da experiência cultural” (1967b); “A etiologia da esquizofrenia infantil em termos do fracasso adaptativo” (1968a); “O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva” (1968c); “A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências” (1968d); “A dependência nos cuidados infantis” (1970a); “A experiência mãe-bebê na mutualidade” (1970b); “O medo do colapso” (1974); “Notas preliminares para ‘Communication between infant and mother, and mother and infant, compared and contrasted’” (1987d); “O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família” (1989d); “A Psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise” (1989vk); “Nota adicional sobre transtorno psicossomático” (1989vm).

Além disso, a leitura da obra de Winnicott também poderá fornecer outras referências que não estas acima indicadas, dado que o fenômeno e/ou conceito ao qual Winnicott se refere, pode estar presente sem ser literalmente nomeado, como, por exemplo, os textos “Ansiedade associada a insegurança” (1958d) e “O recém-nascido e sua mãe” (1964c).

Com um trabalho desse tipo é possível não só dar precisão ao termo-conceito proposto por Winnicott, como contribuir para analisar os aspectos relacionados com o manejo das agonias impensáveis na clínica psicanalítica com pacientes psicóticos, e, ainda, pode ser fundamental na construção de propostas terapêuticas de casos limite, o que confere à pesquisa não só uma relevância teórica, mas também social.

### **1.5. Objetivos**

O objetivo geral deste trabalho é explicitar qual o referente, o sentido e as consequências da proposta de Winnicott na sua caracterização das *agonias impensáveis*, distinguindo-as da angústia de castração, em Freud, e angústia de aniquilamento, em Klein, associados à origem das psicoses.

Os objetivos específicos da pesquisa são demonstrar a relação entre as agonias impensáveis e a psicose, bem como demonstrar a especificidade das agonias impensáveis na compreensão dos processos descritos na teoria do desenvolvimento emocional primitivo, a fim de identificar os fenômenos que desencadeiam agonias impensáveis e aqueles que derivam delas.

### **1.6. Justificativa**

Considerando que as agonias impensáveis correspondem a fenômenos básicos da gênese das psicoses, a sua compreensão clara e distinta, na obra de Winnicott e no diálogo com as teorias psicanalíticas pode fornecer um instrumento de intervenção para a psicopatologia psicótica, não apenas aprimorando o manejo na psicoterapia, como também nas atividades profiláticas que, porventura, possam ser realizadas.

### **1.7. Metodologia**

Esta é uma pesquisa teórica, de análise conceitual e estrutural da obra do autor, buscando a descrição do conceito de agonias impensáveis, bem como suas consequências para a constituição do indivíduo.

Foram identificados artigos científicos e teses de autores da literatura secundária que trabalharam as agonias impensáveis. Tais referências foram supracitadas no final da introdução.

Cabe dizer que esta pesquisa visa, ainda, a uma compreensão geral da obra de Winnicott, tal como apresentada por alguns de seus comentadores, como Abram (2007), Caldwell & Joyce (2011), Dias (2003), Fulgencio (2016), Philips (1988), Spelman (2013a) e, primordialmente, o texto original do autor.

Do mesmo modo se buscará uma compreensão da angústia de castração em Freud, com ênfase nas psicoses, a partir de seus comentadores, como Laplanche & Pontalis (2001), Roudinesco & Plon (1998), Simanke (1994) e Fulgencio (2008), além de textos do próprio autor como “Neurose e Psicose” (1924b-a), “A perda da realidade na neurose e na psicose” (1924e-a) e “Inibições, sintomas e ansiedade” (1926d-b); e de angústia de aniquilamento em Klein, a partir de seus comentadores como Hinshelwood (1992), Segal (1975, 1983), além de textos compilados em “Inveja, gratidão e outros trabalhos”, terceiro volume da coleção *Obras Completas* da autora.

### **1.8. Desenvolvimento**

A dissertação foi composta por dois capítulos organizados e intitulados da seguinte maneira:

Capítulo I. O conceito e o referente da noção de angústia de castração, para Freud, e angústia de aniquilamento, para Klein

No primeiro capítulo procura-se revisar o conceito de angústia de castração, em Freud, os acontecimentos que geram determinada angústia e os mecanismos de defesa contra elas, no âmbito dos quadros psicopatológicos da neurose e, especialmente, da psicose. Pretende-se, ainda, apresentar a angústia de aniquilamento, em Klein, suas causas e as defesas a ela associada, no quadro geral da teoria pulsional e das relações objetais e no âmbito específico da perspectiva posicional esquizoparanoide, associada aos fenômenos mais psicóticos.

## Capítulo II. O conceito e o referente da noção de agonias impensáveis para Winnicott e sua relação com as psicoses

Neste capítulo será apresentado o conceito de agonias impensáveis em Winnicott, realizando, então, a sua distinção de angústia de castração, em Freud, e angústia de aniquilamento, em Klein. Serão enfatizados os processos do desenvolvimento em que surgem as agonias impensáveis e as suas consequências na constituição do indivíduo, como as organizações defensivas psicóticas. Para tanto, será feita leitura sistemática dos textos de Winnicott que apresentam tal concepção de angústia e as condições ambientais que as propiciam. Nesse contexto, a concepção de saúde do autor será contemplada. Também serão consultados os trabalhos da literatura secundária sobre o tema das agonias impensáveis, especificamente. Será abordada a estreita ligação entre as agonias impensáveis e as psicoses. Dada a classificação das agonias impensáveis para Winnicott, serão especificadas uma a uma como são, quando ocorrem, como o indivíduo a registra e como se manifesta no decorrer da análise.

## Capítulo I

### 2. O conceito e o referente da noção de angústia de castração, para Freud, e angústia de aniquilamento, para Klein

Neste capítulo revisitaremos os conceitos de angústia de castração, em Freud, e de angústia de aniquilamento, em Klein, destacando os fenômenos envolvidos: suas manifestações, os processos psíquicos que geram e as defesas que mobiliza.

Como forma de equiparação dos conceitos, esta análise será realizada sob a perspectiva do seu funcionamento na neurose e na psicose, visando que seja possível apontar para os fenômenos de origem das psicoses, em ambos os autores.

Esse enquadre nos permitirá identificar os tipos de angústia que propusemos distinguir e relacioná-las à psicose enquanto organização psicopatológica grave.

#### 2.1. A angústia em Freud

Antes de seguirmos para a angústia de castração, faz-se necessária uma breve contextualização de como Freud desenvolveu sua percepção acerca da angústia, em geral. Grosso modo, é possível notar uma evolução do conceito de angústia, conforme sua obra avançava na compreensão de outros fenômenos relacionados a problemas que se apresentaram na clínica de sua época. Ou seja, conforme a teoria freudiana estava sendo desenvolvida a concepção de angústia passou por modificações. A angústia tornou-se um afeto central da subjetividade humana, do qual todos os problemas estavam associados, de uma maneira ou de outra e, portanto, trata-se de um conceito-chave na psicanálise.<sup>8</sup>

##### 2.1.1. Contextualização da angústia em Freud

A angústia sempre esteve presente nas investigações psicanalíticas sobre a compreensão do sofrimento humano, ocupando a mente de Freud durante toda sua vida, e passando por diversas modificações.

---

<sup>8</sup> *Angst* – ver nota 6.

A angústia se manifesta como realística, enquanto reação a um perigo externo real, e angústia neurótica, referindo-se a um perigo desconhecido, interno ou instintual.

O verdadeiro perigo é um perigo que é conhecido, sendo a ansiedade realística a ansiedade por um perigo conhecido dessa espécie. A ansiedade neurótica é a ansiedade por um perigo desconhecido. O perigo neurótico é assim um perigo que tem ainda de ser descoberto. A análise tem revelado que se trata de um perigo instintual. (Sigmund Freud, 1926d-a, p. 160)

Posteriormente, Freud une os dois aspectos (instintual e acidental) à etiologia da neurose, em que há uma prevalência de força em um ou outro, mas sempre uma combinação.

A etiologia de todo distúrbio neurótico é, afinal de contas, uma etiologia mista. Trata-se de uma questão de os *instintos serem excessivamente fortes* - o que equivale a dizer, recalcitrantes ao amansamento por parte do ego - ou dos *efeitos de traumas precoces (isto é, prematuros) que o ego imaturo foi incapaz de dominar*. Via de regra, há uma combinação de ambos os fatores, o constitucional e o acidental. Quanto mais forte for o fator constitucional, mais prontamente um trauma conduzirá a uma fixação deixando atrás de si um distúrbio desenvolvimental; quanto mais forte for o trauma, mais certamente seus efeitos prejudiciais se tornarão manifestos, mesmo quando a situação instintual é normal. (Sigmund Freud, 1937c, p. 236, grifos nossos)

Nessa linha, a gênese da neurose está associada a duas bases ou séries complementares que articulam os instintos sexuais<sup>9</sup> (fator constitucional e quantitativo) e às circunstâncias da vida familiar na infância (experiências relacionais). Assim, as condições imaturas do ego para intermediar tais variáveis podem vir a configurar um registro traumático ao interferir no fluxo da libido, isto é, na sua fixação ou mobilidade, o que implica nas vias de satisfação. Por sua vez, o surgimento da neurose,

---

<sup>9</sup> A terminologia *Trieb* e suas traduções por pulsão (psicanálise francesa) ou instinto (mais ligado à biologia) foram utilizadas no sentido de um instinto ter sua pressão (força), sua finalidade (satisfação), seu objeto (variável) e sua fonte (corpo), sendo estes aspectos suas características essenciais. (cf. S Freud, 1915c, pp. 127-129). A variabilidade do objeto é o que confere à instintualidade humana sua peculiaridade em relação ao reino animal. Uma discussão interessante sobre os termos pode ser encontrada em (R. Simanke, 2014a) e (R. Simanke, 2014b).

desencadeada por um conflito psíquico, leva o ego a adotar como defesa o mecanismo de repressão.

As neuroses são, como sabemos, distúrbios do ego e não é de admirar que o ego, enquanto é débil, imaturo e incapaz de resistência, fracasse em lidar com tarefas que, posteriormente, seria capaz de enfrentar com a máxima facilidade. Nessas circunstâncias, exigências instintivas provenientes do interior, não menos que excitações oriundas do mundo externo, operam como “traumas”, particularmente se certas disposições inatas as vão encontrar a meio caminho. O ego desamparado defende-se delas por meio de tentativas de fuga (repressões), que posteriormente se mostram ineficazes e que envolvem restrições permanentes ao futuro desenvolvimento. (Sigmund Freud, 1940a, pp. 198-199).

A repressão como defesa tem por finalidade aliviar e impedir a sensação de desprazer ou angústia associadas ao perigo implicado nas exigências instintuais (libido sexual). Freud (1933a, p. 88) se pergunta que coisa a pessoa teme na angústia neurótica e deduz que “aquilo que ela teme é, evidentemente, a sua própria libido.”. Nesse sentido, a repressão seria um dos mecanismos utilizados pelo ego para evitar que a ideia vinculada ao instinto sexual (libido) se torne consciente e, dessa forma, atende à regulação do princípio do prazer.<sup>10</sup>

Recordamos o fato de que o motivo e o propósito da repressão nada mais eram do que a *fuga ao desprazer*. Depreende-se disso que a vicissitude da quota de afeto pertencente ao representante é muito mais importante do que a vicissitude da ideia, sendo esse fato decisivo para nossa avaliação do processo da repressão. Se uma repressão não conseguir impedir que surjam sentimentos de desprazer ou de ansiedade, podemos dizer que falhou, ainda que possa ter alcançado seu propósito no tocante à parcela ideacional. (Freud, 1915b, p. 158).

O desprazer capaz de mobilizar a repressão refere-se à angústia derivada do perigo da castração e este seria o conteúdo ideativo vinculado a um *quantum* de libido. Não obtendo sua satisfação, a libido reprimida continua exercendo uma pressão psíquica (angústia). Uma vez que “o medo da castração [é] o único motor dos processos

---

<sup>10</sup> Cf. Freud, 1915c, p. 192.

defensivos que conduzem à neurose” (Freud, 1926d, p. 86), temos um contexto para examinar a angústia de castração e sua importância na etiologia das neuroses e, também, sua relação com a etiologia das psicoses.

### 2.1.2. Três teorias freudianas da angústia neurótica

Em um quadro geral, encontramos, basicamente, três teorias da angústia neurótica em Freud. A primeira teorização relaciona a angústia às neuroses atuais (neurastenia, neurose de angústia e hipocondria) como resultado de uma insatisfação da libido na vida adulta. Na neurose de angústia, a tensão sexual não tem descarga motora nem mediação psíquica (representação) e acumula um excedente da libido, causando um estado de angústia generalizado.

Em primeiro lugar, encontramos-la [a ansiedade] na forma livremente flutuante, *um estado de apreensão difusa*, pronta a vincular-se temporariamente, sob a forma do que se conhece como "ansiedade expectante", a qualquer possibilidade que de imediato possa surgir – como acontece, por exemplo, numa neurose de angústia típica. [...] A causa mais comum da neurose de angústia é a excitação não consumada. A excitação libidinal é despertada mas não satisfeita, não utilizada; o estado de apreensão surge, então, no lugar dessa libido que foi desviada de sua utilização [...]. (Sigmund Freud, 1933a, p. 86).

Aqui, predominantemente, a angústia deriva de uma perturbação sexual atual, em outras palavras, uma inutilização da libido na vida sexual adulta, pois a excitação acumulada escaparia em forma de angústia.<sup>11</sup>

Tanto na neurose de angústia, como nos quadros fóbicos, a transformação é direta: a libido desviada de sua satisfação adequada se reverte em angústia. A angústia neurótica, portanto, seria originária da libido inutilizada que é transformada. Diz Freud (1933a, p. 87) que “As fobias infantis e a expectativa ansiosa da neurose de angústia nos oferecem dois exemplos da maneira como se origina a ansiedade neurótica: transformação direta da libido.”.

---

<sup>11</sup> (Cf. Sigmund Freud, 1898a, pp. 264-265).

A segunda teoria relaciona a angústia à histeria (histeria de conversão e histeria de angústia, ambas pertencentes às neuroses de defesa). Na histeria de angústia o afeto despreendido da representação (pela repressão), permanece solto na consciência, gerando uma crise angústia.

Em terceiro e último lugar, encontramos a ansiedade na histeria e em outras formas de neurose grave, onde ou ela acompanha os sintomas, ou surge independentemente como ataque, ou como estado mais persistente, mas sempre sem qualquer base visível em um perigo externo. (Freud, 1933a, p. 86).

A cena mental associada ao perigo foi “esquecida” porque mobilizou o mecanismo de defesa da repressão. Assim, as lembranças de impressões obtidas na infância teriam um poder traumático posteriormente, pois não havia capacidade para lidar com experiências de caráter sexual. A cena reprimida seria ativada quando acontece a cena da descoberta – uma segunda impressão que se liga à anterior –, configurando um trauma.

Em toda análise de casos de histeria baseados em traumas sexuais, verificamos que *as impressões do período pré-sexual que não produziram nenhum efeito na criança atingem um poder traumático, numa data posterior, como lembranças, quando a moça ou a mulher casada adquire uma compreensão da vida sexual.* [...].

Outra peculiaridade do caso de Katharina, que, aliás, há muito já nos é familiar, pode ser observada na circunstância de que a conversão, a produção dos fenômenos histéricos, não ocorreu imediatamente após o trauma, e sim *depois de um intervalo de incubação.* [...].

A angústia de que Katharina sofria em suas crises era histérica, isto é, era uma *reprodução da angústia que surgira em conexão com cada um dos traumas sexuais.* (Sigmund Freud, 1895d, pp. 158-160, grifos nossos)

Na terceira teoria freudiana, a angústia não mais aparece como resultado da repressão, mas como sua causa. Toda repressão é feita pelo ego para evitar a angústia que é atrelada à representação. A causa da repressão que o ego mobiliza é a angústia relacionada a uma representação mental ou fantasia que devem permanecer no inconsciente, porque são ameaçadoras.

É sempre a atitude de *ansiedade do ego que é a coisa primária e que põe em movimento a repressão*. A ansiedade jamais surge da libido reprimida. Se eu me tivesse contentado antes em afirmar que, após a ocorrência da repressão, certa dose de ansiedade apareceu em lugar da manifestação da libido que era de se esperar, nada teria hoje a retratar. A descrição seria correta, existindo, indubitavelmente, uma *correspondência da espécie afirmada entre a força do impulso que tem de ser reprimido e a intensidade da ansiedade resultante*. [...]. Mas como podemos reconciliar essa conclusão com nossa outra conclusão de que *a ansiedade sentida em fobias é uma ansiedade do ego e que surge neste, e de que não parte da repressão mas, ao contrário, põe a repressão em movimento?* Parece haver aqui uma contradição que de modo algum constitui um assunto simples de solucionar. Não será fácil reduzir as duas fontes de ansiedade a uma única. Podemos tentar fazê-lo supondo que, quando o coito é perturbado ou a excitação sexual interrompida ou a abstinência forçada, o ego fareja certos perigos aos quais reage com ansiedade. (Sigmund Freud, 1926d-b, pp. 111-112)

Para chegar a essa fonte única da angústia, conciliando-a como causa da repressão em todas as neuroses, Freud descreve um processo que combina o desenvolvimento do ego da criança com os perigos correspondentes e sua angústia naquele período. Ou seja, conforme se avança nos processos de desenvolvimento, ocorre uma alteração na angústia.

De início, o cerne da angústia foi identificado na repetição de uma experiência significativa, a saber, o ato do nascimento – uma impressão que foi recebida durante o parto e que seria a primeira vivência de angústia. O ato de nascer, enquanto saída do corpo materno ou separação da mãe configura “o primeiro grande estado de ansiedade do nascimento e a ansiedade infantil do desejo – a ansiedade devida a separação da mãe protetora.” (Sigmund Freud, 1923b, pp. 70-71).

Essa origem se fundamenta na busca de um protótipo de todas as experiências de angústia posteriores. Haveria, então, uma gênese “precoce” que se manifesta na criança, a princípio caracterizada por uma angústia de separação e estaria relacionada à transformação da libido inaplicável, mediante um desejo intenso pela mãe.

A razão por que a criança de colo deseja perceber a presença de sua mãe é somente porque ela já sabe por experiência que esta satisfaz todas as suas necessidades sem delongas. A situação, portanto, que ela considera como um

‘perigo’ e contra a qual deseja ser protegida é a de não satisfação, de uma *crescente tensão devido à necessidade*, contra a qual ela é inerme. [...] A situação de não satisfação na qual as quantidades de estímulo se elevam a um grau desagradável sem que lhes seja possível ser dominadas psiquicamente ou descarregadas deve, para a criança, ser análoga à experiência de nascer – deve ser uma repetição da situação de perigo. O que ambas as situações têm em comum é a perturbação econômica provocada por um acúmulo de quantidades de estímulos que precisam ser eliminadas. Em ambos os casos a reação de ansiedade se estabelece. (Sigmund Freud, 1926d-a, p. 136, grifos do autor)

Com esse montante de angústia represada, a transformação da libido ocorre pelo mecanismo de defesa da repressão que retira da consciência a ideia (representação). A libido, antes ligada a essa representação primária é o que busca *por* satisfação, mas liga-se a outra representação (ideia). A repressão aparece como responsável pelo surgimento da angústia nas neuroses, alterando somente a sua posição, que concebe a angústia como produto ou como produtora da repressão.

Consideramos o processo de repressão responsável pela ansiedade na histeria e em outras neuroses. Acreditamos que é possível fornecer disto uma descrição mais completa do que anteriormente, se separarmos o que acontece à ideia, que tem de ser reprimida, daquilo que acontece à quota de libido vinculada a ela. É a ideia que é submetida à repressão, e que pode ser deformada a ponto de ficar irreconhecível; *sua quota de afeto, porém, é regularmente transformada em ansiedade – e isto é assim, qualquer que possa ser a natureza do afeto, seja ele de agressividade ou de amor*. (Sigmund Freud, 1933a, p. 87, grifos nossos)

No início, a criança perturba-se com os estímulos advindos de suas necessidades que retornam a qualquer momento e sente-se desprotegida na ausência da mãe, pois suas necessidades só podem ser atendidas por ela no vínculo estabelecido nos cuidados iniciais. O perigo aqui é a não satisfação e a mãe é a figura que atende às necessidades.

Quando a criança houver descoberto pela experiência que um objeto externo perceptível pode pôr termo à situação perigosa que lembra o nascimento, o conteúdo do perigo que ela teme é deslocado da situação econômica para a condição que determinou essa situação, a saber, a perda do objeto. É a ausência da mãe que agora constitui o perigo, e logo que surge esse perigo a

criança dá o sinal de ansiedade, antes que a temida situação econômica se estabeleça. Essa mudança constitui o primeiro grande passo à frente na providência adotada pela criança para a sua autopreservação [...]. (Sigmund Freud, 1926d-a, p. 136)

Então, a criança passa a temer a ausência da mãe. Nesse momento, é a presença física que importa e a ausência provoca outra perturbação que sinaliza a angústia da perda da mãe-objeto, uma vez que a criança está voltada à própria sobrevivência.

O significado da perda de objeto como um determinante da ausência se estende consideravelmente além desse ponto, pois a transformação seguinte da ansiedade, a saber, *a ansiedade de castração*, que pertence à fase fálica, constitui também medo da separação e está assim ligada ao mesmo determinante. Nesse caso, o perigo de se separar de seus órgãos genitais. (Sigmund Freud, 1926d-a, p. 137, grifos nossos)

O perigo da perda da mãe-objeto se transforma em medo da separação, constituindo a angústia de castração na fase fálica, entre três e seis anos, aproximadamente. Esse ponto será aprofundado no próximo tópico, a fim de examinar a angústia de castração. Seguindo o processo descrito por Freud, ocorrem, ainda, mais duas etapas de mudança da angústia.

A mudança seguinte é causada pelo poder do superego. [...] A ansiedade de castração se desenvolve em ansiedade moral [...]. [...] o que o ego considera como um perigo e ao qual reage com um sinal de ansiedade consiste em o superego dever estar com raiva dele ou puni-lo ou deixar de amá-lo. (Sigmund Freud, 1926d-a, p. 138)

Assim, o que antes constituía um medo da separação se converte em uma espécie de medo da rejeição, ou seja, o medo de perder o amor e provocar raiva, ou ser punido. Essa mudança decorre do desenvolvimento do superego que estabelece os parâmetros de valores e exigências característicos do meio em que a criança vive e das relações sociais que estabelecem com ela, especialmente sua identificação com o pai (ou a figura paterna).<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> “O superego surge, como sabemos, de uma identificação com o pai tomado como modelo.”. (Sigmund Freud, 1923b, p. 67)

O ego é a sede real da ansiedade. Ameaçado por perigos oriundos de três direções, ele desenvolve o reflexo de fuga retirando sua própria catexia da percepção ameaçadora ou do processo semelhantemente considerado no id, e emitindo-a como ansiedade. Essa reação primitiva é posteriormente substituída pela efetivação de catexias protetoras (o mecanismo das fobias). O que o ego teme do perigo externo e do libidinal não pode ser especificado; sabemos que o medo é de ser esmagado ou aniquilado, mas ele não pode ser analiticamente compreendido. O ego está simplesmente obedecendo ao aviso do princípio de prazer. Por outro lado, podemos dizer o que se acha escondido por trás do pavor que o ego tem do superego, o medo da consciência. O ser superior, que se transformou no ideal do ego, outrora ameaçara de castração, e esse *temor da castração é provavelmente o núcleo em torno do qual o medo subsequente da consciência se agrupou; é esse temor que persiste como medo da consciência*. (Sigmund Freud, 1923b, pp. 69-70, grifos nossos)

Por último, essa angústia moral fundada no medo do superego se transforma no temor pela vida ou medo da morte e seria a mudança final pela qual a angústia passa ao longo desse processo.

A transformação final pela qual passa o medo do superego é, segundo me parece, o medo da morte (ou medo pela vida), que é um medo do superego projetado nos poderes do destino. (Sigmund Freud, 1926d-a, p. 138)

O medo da morte seria equivalente à angústia de castração, pois remete ao aniquilamento de algo inestimável, que representa a possibilidade de satisfação instintual e que, em outras palavras, se traduzia em uma perda de integridade.

Estou inclinado, portanto, a aderir ao ponto de vista de que o medo da morte deve ser considerado como análogo ao medo da castração e que a situação à qual o ego está reagindo é de ser *abandonado pelo superego protetor - os poderes do destino -, de modo que ele não dispõe mais de qualquer salvaguarda contra todos os perigos que o cercam*. (Freud, 1926d-a, p. 129)

---

Dessa forma, à medida que a criança avança em seu desenvolvimento a ameaça ao seu ego reconfigura-se e surge uma angústia representante de cada situação, tal como Freud descreveu: de início, surge como reação à não satisfação de sua necessidade, que depois se desloca para a ausência da figura materna e mais adiante representa a própria perda do objeto. Só então surge a angústia de castração que está relacionada à perda de uma parte inestimável de si e que, após, será endereçada numa angústia moral advinda do superego e, por último, a um temor da morte.

A conclusão a que chegamos, portanto, é esta. A ansiedade é uma reação a uma situação de perigo. Ela é remediada pelo ego que faz algo a fim de evitar essa situação ou para afastar-se dela. Pode-se dizer que se criam sintomas de modo a evitar a geração de ansiedade. Mas isto não atinge uma profundidade suficiente. Seria mais verdadeiro dizer que se criam sintomas a fim de evitar uma *situação de perigo* cuja presença foi assinalada pela geração de ansiedade. Nos casos que examinamos, o perigo em causa foi o de castração ou de algo remontável à castração. (Sigmund Freud, 1926d-a, p. 128, grifos do autor)

No quadro neurótico, constituído por problemas nas relações interpessoais atravessadas por fantasias edípicas inconscientes, a angústia de castração está na base, pois é a angústia que aparece na fase fálica e é relativa ao complexo de Édipo, em que se formatam essas relações.

Em idade muito precoce o menino desenvolve uma catexia objetal pela mãe, originalmente relacionada ao seio materno, e que é o protótipo de uma escolha de objeto segundo o modelo anaclítico; o menino trata o pai identificando-se com este. Durante certo tempo, esses dois relacionamentos avançam lado a lado, até que os desejos sexuais do menino em relação à mãe se tornam mais intensos e o pai é percebido como um obstáculo a eles; disso se origina o complexo de Édipo. Sua identificação com o pai assume então uma coloração hostil e transforma-se num desejo de livrar-se dele, a fim de ocupar o seu lugar junto à mãe. Daí por diante, a sua relação com o pai é ambivalente; parece como se a ambivalência, inerente à identificação desde o início, se houvesse tornado manifesta. Uma atitude ambivalente para com o pai e uma relação objetal de tipo unicamente afetuosos com a mãe constituem o conteúdo do complexo de Édipo positivo simples num menino.

Juntamente com a demolição do complexo de Édipo, a catexia objetal da mãe, por parte do menino, deve ser abandonada. O seu lugar pode ser preenchido por uma de duas coisas: uma identificação com a mãe ou uma intensificação de sua identificação com o pai. (Sigmund Freud, 1923b, pp. 44-45)

Assim, a angústia de castração tem início nas relações objetais quando a criança percebe que não é tudo para seus genitores, pois eles têm outros interesses, como seu interesse um pelo outro. Essa ideia é de difícil aceitação pela criança, que está diante de uma relação triangular em que ela não é amada e desejada de maneira exclusiva, pulsional e excitada pela mãe. Essa impossibilidade de desejar e ser desejado fere o narcisismo.

O superego, contudo, não é simplesmente um resíduo das primitivas escolhas objetais do id; ele também representa uma formação reativa enérgica contra essas escolhas. A sua relação com o ego não se exaure com o preceito: 'Você deveria ser assim (como o seu pai)'. Ela também compreende a proibição: 'Você não pode ser assim (como o seu pai), isto é, você não pode fazer tudo o que ele faz; certas coisas são prerrogativas dele.' Esse aspecto duplo do ideal do ego deriva do fato de que o ideal do ego tem a missão de reprimir o complexo de Édipo; em verdade, é a esse evento revolucionário que ele deve a sua existência. É claro que a repressão do complexo de Édipo não era tarefa fácil. Os pais da criança, e especialmente o pai, eram percebidos como obstáculo a uma realização dos desejos edipianos, de maneira que o ego infantil fortificou-se para a execução da repressão erguendo esse mesmo obstáculo dentro de si próprio. Para realizar isso, tomou emprestado, por assim dizer, força ao pai, e este empréstimo constituiu um ato extraordinariamente momentoso. O superego retém o caráter do pai, enquanto que quanto mais poderoso o complexo de Édipo e mais rapidamente sucumbir à repressão (sob a influência da autoridade do ensino religioso, da educação escolar e da leitura), mais severa será posteriormente a dominação do superego sobre o ego, sob a forma de consciência (conscience) ou, talvez, de um sentimento inconsciente de culpa. (Sigmund Freud, 1923b, p. 47)

Com a dissolução do complexo de Édipo e a interdição através da angústia de castração, a criança estabelece um parâmetro (ideal do eu) que lhe permite comparar a si

própria com sua figura de identificação e passa a ter como referente o critério: “quando eu voltar a ser assim, serei amado”.

Temos, então, um breve panorama da angústia, em Freud, considerando o campo das neuroses, e o processo pela qual passa do bebê até o adulto.

### **2.1.3. A angústia de castração na neurose**

A angústia de castração pode ser compreendida em referência às perdas humanas, que desencadeiam uma situação de desamparo. As experiências anteriores, ao longo dos primeiros anos, se superpõem à medida que a criança se desenvolve até se reunir, na fase fálica do desenvolvimento psicosssexual, nesse tipo de angústia. Assim, “verifica-se que a ansiedade é um produto do desamparo mental da criança, o qual é um símile natural de seu desamparo biológico” (Sigmund Freud, 1926d-a, p. 136).

Nas neuroses, a angústia é o elemento que mobiliza a formação do sintoma através do mecanismo de defesa da repressão – sintomas que, por sua vez, são criados para evitar a irrupção do estado de angústia e, dessa forma, tirar o ego da situação de perigo. O processo defensivo é uma tentativa de fuga de um perigoso impulso instintual, porém, “uma exigência instintual não é, afinal de contas, perigosa em si; somente vem a ser assim, visto que acarreta um perigo externo real, o perigo de castração.” (Sigmund Freud, 1926d-a, p. 126).

Se nos detivermos um pouco nessas situações de perigo, podemos dizer que, de fato, para cada estágio do desenvolvimento está reservado, como sendo adequado para esse desenvolvimento, um especial fator determinante de ansiedade. O perigo de desamparo psíquico ajusta-se ao estágio da imaturidade inicial do ego; o perigo da perda de um objeto (ou perda do amor) ajusta-se à falta de auto-suficiência dos primeiros anos da infância; o perigo de ser castrado ajusta-se à fase fálica; e, finalmente, o temor ao superego, que assume uma posição especial, ajusta-se ao período de latência. (Sigmund Freud, 1933a, pp. 91-92)

Esse medo ou angústia de castração foi evidenciado mais essencialmente nas fobias. Segundo Freud (1926d-a, p. 123), “todas as três [fobias, histeria de conversão e neurose obsessiva] têm como resultado a destruição do complexo de Édipo; e em todas

as três a força motora da oposição do ego é, acreditamos, o medo da castração.”. Nas fobias, portanto, a angústia de castração representa uma ameaça frente à libido da criança. Freud, comparando o caso do pequeno Hans com o Homem dos lobos afirma que em ambos implica a castração, seja o complexo de Édipo positivo (desejo pela mãe) ou negativo (desejo pelo pai):

Somente no tocante a ‘Little Hans’ é que podemos dizer com certeza que aquilo que sua fobia eliminou foram os dois principais impulsos do complexo edipiano - sua agressividade para com o pai e seu excesso de afeição pela mãe. Um terno sentimento pelo pai também se encontrava presente e desempenhou certo papel na repressão do sentimento oposto; mas não podemos nem provar que era bastante forte para atrair a repressão sobre si mesmo, nem que desapareceu depois. ‘Hans’ parece, de fato, ter sido um menino normal quanto àquilo que se denomina um complexo edipiano ‘positivo’. [...] No caso do russo, a deficiência encontra-se em outra parte. Sua atitude para com objetos femininos foi perturbada por uma sedução antiga, e seu lado passivo feminino foi acentuadamente desenvolvido. A análise de seu sonho com o lobo revelou pouquíssima agressividade intencional para com o pai, mas apresentou prova inegável de que aquilo de que a repressão se apoderou foi sua terna atitude passiva para com o pai. Em seu caso, também, é possível que os outros fatores fossem igualmente atuantes; mas não estavam em evidência. Como se explica que, apesar dessas diferenças nos dois casos que quase chegam a uma antítese, o resultado final - uma fobia - seja aproximadamente o mesmo? Deve-se procurar a resposta em outro setor. Penso que será encontrada no segundo fato que surge de nosso breve exame comparativo. Parece-me que em ambos os casos podemos detectar qual foi *a força motriz da repressão* e podemos consubstanciar nosso ponto de vista sobre sua natureza a partir da linha de desenvolvimento que as duas crianças subsequenteiramente seguiram. *Essa força motriz era a mesma em ambas. Era o temor de castração iminente.* ‘Little Hans’ desistiu de sua agressividade para com o pai temendo ser castrado. O medo de que um cavalo o mordesse pode, sem nenhuma força de expressão, receber o pleno sentido do temor de que um cavalo arrancasse fora com os dentes seus órgãos genitais - o órgão que o distinguia de uma fêmea. Como vemos, ambas as formas do complexo edipiano, a forma normal, ativa, e a invertida fracassaram através do complexo de castração. A idéia de ansiedade do menino russo de ser devorado por um lobo não encerrava, é verdade, qualquer sugestão de castração, pois a regressão oral pela qual passara a afastara para muito longe da fase fálica. Mas a análise de seu sonho torna

supérflua uma prova ulterior. Constituiu um triunfo da repressão que a forma pela qual sua fobia foi expressa não devesse mais encerrar qualquer alusão à castração.

Aqui, então, está o nosso inesperado achado: *em ambos os pacientes a força motriz da repressão era o medo da castração. As idéias contidas na ansiedade deles - a de ser mordido por um cavalo e a de ser devorado por um lobo - eram substitutos, por distorção, da idéia de serem castrados pelo pai. Esta foi a idéia que sofreu repressão.* No menino russo a idéia era a expressão de um desejo que não foi capaz de subsistir em face de sua revolta masculina; em ‘Little Hans’ foi a expressão de uma reação nele que transformara sua agressividade em seu oposto. Mas o afeto de ansiedade, que era a essência da fobia, proveio, não do processo de repressão, não das catexias libidinais dos impulsos reprimidos, mas do próprio agente repressor. A ansiedade pertencente às fobias a animais era um medo não transformado de castração. Era portanto um medo realístico o medo de um perigo que era realmente iminente ou que era julgado real. *Foi a ansiedade que produziu a repressão e não, como eu anteriormente acreditava, a repressão que produziu a ansiedade.* (Sigmund Freud, 1926d-a, pp. 109-111, grifo do autor)

A ideia de ser castrado surge no momento em que a criança passa pelo complexo de Édipo, ou seja, no âmbito das relações triangulares. No complexo de Édipo a criança vivencia os últimos momentos de um relacionamento excitado com as figuras parentais (especificamente a mãe ou o pai). Nessa etapa do desenvolvimento, a criança está às voltas com um desejo incestuoso. A interdição e a ameaça de castração são os fatores que irão barrar essa relação pulsional infantil (e posteriormente levará a criança a uma relação afetiva). Segundo Freud (1933a, p. 87), “a criança é incapaz de controlar sua excitação libidinal, não consegue mantê-la em suspenso e transforma-a em ansiedade. Essa ansiedade infantil deve, pois, ser considerada não como pertencente ao tipo realístico, e sim, neurótica.”

A criança que chegou nesta etapa do desenvolvimento sente-se desamparada com o surgimento da libido genital, tanto pela ameaça que ela representa em irromper, quanto pela consequência implícita da punição.

Em anos muito precoces da infância (aproximadamente entre as idades de dois a cinco anos) ocorre uma convergência dos impulsos sexuais, da qual, no caso dos meninos, o objeto é a mãe. Essa escolha de um objeto, em conjunção com uma atitude correspondente de rivalidade e hostilidade para

com o pai, fornece o conteúdo do que é conhecido como o *complexo de Édipo*, que em todo ser humano é da maior importância na determinação da forma final de sua vida erótica. Descobriu-se ser característica de um indivíduo normal aprender a dominar o seu complexo de Édipo, ao passo que o neurótico permanece envolvido nele. (Sigmund Freud, 1923a, p. 262)

Ocorre, assim, que essa libido direcionada ao objeto acompanha uma ameaça e um perigo simultâneos: o perigo de satisfazer a libido e a ameaça da castração. No contexto dos relacionamentos triangulares que a criança está aprendendo a lidar, instaura-se uma atitude ambivalente de afeição, mas também de ressentimento pelo mesmo genitor, ou seja, há um sentimento egoísta em que se vincula a tendência erótica.

É verdade que o menino sentia ansiedade em face de uma exigência feita por sua libido – nesse caso, ansiedade por estar apaixonado por sua mãe, assim, era, de fato, um caso de ansiedade neurótica. Mas este estar apaixonado só lhe aparecia como um perigo interno, o qual devia evitar, renunciando ao objeto, porque este suscitava uma situação externa de perigo. [...] qual o perigo real que o menino teme, como consequência de estar apaixonado por sua mãe. O perigo é a punição de ser castrado, de perder seu órgão genital. [...] Antes de mais nada, não se trata de a castração ser ou não ser realmente efetuada; o que é decisivo é que o perigo ameaça de fora e a criança acredita nele. [...] o temor de castração é um dos motivos mais comuns e mais fortes para a repressão e, portanto, para a formação das neuroses. (Sigmund Freud, 1933a, pp. 89-90)

A passagem pelo conflito edipiano marca um posicionamento do indivíduo frente à realização de seus desejos e ao objeto de sua libido (escolha objetal). A possibilidade da castração na fantasia da criança (no menino de poder acontecer e na menina de já ter ocorrido) conjuga-se no chamado complexo de castração que, para além da diferença entre os sexos, define um limite que será importante na constituição do indivíduo, considerando que a experiência de frustração daqueles impulsos cuja satisfação não pode dar-se em relação àquele primeiro objeto, a mãe ou o pai (estende-se aqui à figura materna e à figura paterna para a criança) demarca uma interdição ao desejo, que se organizará numa instância psíquica reguladora: o superego.

A fantasia infantil compreende, com a castração, que “a perda do órgão masculino resulta na incapacidade de unir-se novamente à mãe (ou a uma substituta

dela) no ato sexual' (Sigmund Freud, 1933a, p. 91), ou seja, a incapacidade de amá-la excitadamente. Apenas quando adentrar à fase de latência é que a criança poderá amá-la afetuosamente. Essa ameaça de castração leva o menino à saída do complexo de Édipo, pois o faz renunciar a esse amor exclusivo e excitado. Já a menina ingressa o referido complexo a partir da angústia de castração que imagina ter passado, pois vê-se como sendo castrada (primado fálico). Ela tem na fantasia da maternidade um substituto do falo: poder dar um bebê ao pai.<sup>13</sup> Sobre essa diferença dos meninos e meninas na passagem pelo complexo de Édipo, Freud explica:

Com a transferência, para o pai, do desejo de um pênis-bebê, a menina inicia a situação do complexo de Édipo. A hostilidade contra sua mãe, que não precisa ser novamente criada, agora se intensifica muito, de vez que esta se torna rival da menina, rival que recebe do pai tudo o que dele deseja. Por muito tempo, o complexo de Édipo da menina ocultou à nossa observação a sua vinculação pré-edipiana com sua mãe, embora seja tão importante e deixe atrás de si fixações tão duradouras. Para as meninas, a situação edipiana é o resultado de uma evolução longa e difícil; é uma espécie de solução preliminar, uma posição de repouso que não é logo abandonada, especialmente porque o início do período de latência não está muito distante. E então nos surpreende uma diferença entre os dois sexos, provavelmente transitória, no que diz respeito à relação do complexo de Édipo com o complexo de castração. Num menino, o complexo de Édipo, no qual ele deseja a mãe e gostaria de eliminar seu pai, por ser este um rival, evolui naturalmente da fase de sexualidade fálica. A ameaça de castração, porém, impele-o a abandonar essa atitude. Sob a impressão do perigo de perder o pênis, o complexo de Édipo é abandonado, reprimido e, na maioria dos casos, inteiramente destruído, e um severo superego instala-se como seu herdeiro. O que acontece à menina é quase o oposto. O complexo de castração prepara para o complexo de Édipo, em vez de destruí-lo; a menina é forçada a abandonar a ligação com sua mãe através da influência de sua inveja do pênis, e entra na situação edipiana como se esta fora um refúgio. Na ausência do temor de castração, falta o motivo principal que leva o menino a superar o complexo de Édipo. As meninas permanecem nele por um tempo indeterminado; destroem-no tardiamente e, ainda assim, de modo incompleto. (Sigmund Freud, 1933a, pp. 128-129)

---

<sup>13</sup> Cf. Freud, 1923b, p. 128.

Sem temer a castração (por já se considerarem castradas), o complexo de Édipo nas meninas tem outra configuração. No entanto, todas as separações e perdas de objeto sofridas pelo ego representam que “a castração pode ser retratada com base na experiência diária das fezes que estão sendo separadas do corpo ou com base na perda do seio da mãe no desmame.” (Freud, 1926d-a, p. 129). Com o decorrer do desenvolvimento e a mudança no perigo que ameaça o ego, a castração retoma seu sentido original de perda, antes uma perda de si (ou de partes de si) que depois passa a representar a perda do outro e, após, uma perda dos atributos do outro direcionados para si, considerando que, em todos os casos, a perda se refere a algo estimado. Nas meninas, o temor refere-se à perda do amor da mãe.

O temor de castração não é, naturalmente, o único motivo para repressão: na verdade, não sucede nas mulheres, pois, embora tenham elas um complexo de castração, não podem ter medo de serem castradas. Em seu sexo, o que sucede é o temor à perda do amor, o que é, evidentemente, um prolongamento posterior da ansiedade da criança quando constata a ausência da mãe. (Sigmund Freud, 1933a, pp. 90-91)

Nesse sentido, a angústia de castração encontra-se delimitada pelas relações triangulares, na vivência da dinâmica edipiana iniciada (nas meninas) ou encerrada (nos meninos) pelo complexo de castração. Em ambos, porém, essa angústia representa a falta ou a perda pela qual todos os neuróticos abdicam de sua satisfação pulsional e adentram na civilização regida por leis morais (não naturais), como a interdição do incesto. Com a lei, surge o desejo, contra o qual irá defender-se por intermédio do mecanismo da repressão (embora este também apresente suas falhas características na formação de sintomas), uma vez que “na psicanálise, acostumamo-nos a encarar os fenômenos patológicos como derivados, de maneira geral, da repressão”.<sup>14</sup>

Pela angústia de castração e o complexo de Édipo (complexo nuclear das neuroses), as estruturas psicopatológicas se orientam, formando e ordenando a constituição psíquica dos sintomas e defesas. Além disso, a angústia de castração é uma angústia circunscrita no campo simbólico das representações mentais em pacientes neuróticos.

---

<sup>14</sup> Cf. Freud, 1911, p. 74.

A impressionante coincidência como a ansiedade do bebê recém-nascido e a ansiedade da criança de colo são condicionadas pela separação da mãe não precisa ser explicada em moldes psicológicos. Essa explicação pode ser apresentada simples e suficientemente de forma biológica, porquanto, da mesma maneira que a mãe originalmente satisfaz todas as necessidades do feto através do aparelho do próprio corpo dela, assim agora, após o nascimento daquele, ela continua a fazê-lo, embora parcialmente por outros meios. Há muito mais continuidade entre a vida intra-uterina e a primeira infância do que a impressionante censura do ato do nascimento nos teria feito acreditar. O que acontece é que a situação biológica da criança como feto é substituída para ela por uma relação de objeto psíquica quanto a sua mãe. Mas não nos devemos esquecer de que durante sua vida intra-uterina a mãe era um objeto para o feto, e que naquela ocasião não havia absolutamente objetos. É óbvio que nesse esquema de coisas não há lugar para a ab-reação do trauma do nascimento. Não podemos achar que a ansiedade tenha qualquer outra função, afora a de ser um sinal para a evitação de uma situação de perigo. (Sigmund Freud, 1926d-a, pp. 136-137)

Portanto, a angústia de castração na neurose provém do desamparo temido como consequência do perigo instintual em que a libido se dirige a um objeto proibido e, neste cenário, evidencia-se a relação de objeto entre a criança e a mãe. Em outras palavras, a passagem de uma relação excitada para uma relação de ternura implica a angústia de castração, que por sua vez configura uma ferida narcísica, e seguem-se outros processos psíquicos, tais como a formação do ideal do eu. A ameaça de castração impõe para a criança que ela não pode ser amada do jeito que deseja naquele momento.

Ao descrever a evolução das várias situações de perigo a partir do seu protótipo, o ato do nascimento, não tive qualquer intenção de afirmar que cada determinante invalida completamente o precedente. É verdade que, à medida que continua o desenvolvimento do ego, as situações de perigo mais antigas tendem a perder sua força e a ser postas de lado, de modo que podemos dizer que cada período da vida do indivíduo tem seu determinante apropriado de ansiedade. Assim o perigo de desamparo psíquico é apropriado ao perigo de vida quando o ego do indivíduo é imaturo; o perigo da perda de objeto, até a primeira infância, quando ele ainda se acha na dependência de outros; o perigo de castração, até a fase fálica; e o medo do seu superego, até o período de latência. Não obstante, todas essas situações de perigo e determinantes de ansiedade podem resistir lado a lado e fazer com que o ego

a elas reaja com ansiedade num período ulterior ao apropriado; ou, além disso, várias delas podem entrar em ação ao mesmo tempo. É possível, além disto, que haja uma relação razoavelmente estreita entre a situação de perigo que seja operativa e a forma assumida pela neurose resultante. (Freud, 1926, p. 140).

Assim sendo, à medida que os processos de desenvolvimento avançam, os perigos ou ameaças somam-se à constituição do ego que passa a lidar com a angústia relativa a cada determinante de forma paralela ou conjuntamente.

#### **2.1.4. A angústia de castração na psicose**

Quando Freud demarca a fronteira entre neurose e psicose, o ponto que distingue os dois quadros é definido pela dinâmica entre as instâncias psíquicas, predominando a influência da realidade, na neurose, em que o superego é o imperativo; e a influência da vida instintual, na psicose, em que o id é o imperativo.

Na psicose, o ego se afasta da realidade, havendo uma perda desta. Essa perda, entretanto, refere-se a um fragmento específico evitado, na neurose, por uma espécie de fuga do perigo instintual, ignorando-o, enquanto na psicose esse fragmento de realidade é repudiado e seguido por uma fase de remodelamento, tentando substituí-lo.

Poderíamos esperar que, ao surgir uma psicose, ocorre algo análogo ao processo de uma neurose, embora, é claro, entre distintas instâncias na mente. Assim, poderíamos esperar que também na psicose duas etapas pudessem ser discernidas, das quais a primeira arrastaria o ego para longe, dessa vez para longe da realidade, enquanto a segunda tentaria reparar o dano causado e restabelecer as relações do indivíduo com a realidade às expensas do id. E, de fato, determinada analogia desse tipo pode ser observada em uma psicose. Aqui há igualmente duas etapas, possuindo a segunda o caráter de uma reparação. Acima disso, porém, a analogia cede a uma semelhança muito mais ampla entre os dois processos. O segundo passo da psicose, é verdade, destina-se a reparar a perda da realidade, contudo, não às expensas de uma restrição com a realidade - senão de outra maneira, mais autocrática, pela criação de uma nova realidade que não levanta mais as mesmas objeções que a antiga, que foi abandonada. O segundo passo, portanto, na neurose como na psicose, é apoiado pelas mesmas tendências. Em ambos os casos serve ao

desejo de poder do id, que não se deixará ditar pela realidade. Tanto a neurose quanto a psicose são, pois, expressão de uma rebelião por parte do id contra o mundo externo, de sua indisposição - ou, caso preferirem, de sua incapacidade - a adaptar-se às exigências da realidade, à [Necessidade]'. A neurose e a psicose diferem uma da outra muito mais em sua primeira reação introdutória do que na tentativa de reparação que a segue. (Sigmund Freud, 1924e-b, pp. 206-207)

O modo de funcionamento implica a totalidade do aparelho psíquico, uma vez que na neurose, a recusa do ego em atender ao impulso do id provém do imperativo do superego que, por sua vez, é originário das proibições externas e, nesse caso, entra em cena o mecanismo de repressão. Nas psicoses há um distanciamento do mundo externo e cria-se, por meio de delírios ou alucinações uma realidade alternativa àquele determinado fragmento de realidade concreta na tentativa de reestabelecer o contato com a realidade externa, agora remodelada, para não abdicar de seus instintos. Freud diz que “esse novo mundo é construído de acordo com os impulsos desejosos do id e que o motivo dessa dissociação do mundo externo é alguma frustração muito séria de um desejo, por parte da realidade - frustração que parece intolerável.” (Sigmund Freud, 1924b-b, p. 168).

[...] o novo e imaginário mundo externo de uma psicose tenta colocar-se no lugar da realidade – um fragmento diferente daquele contra o qual tem de defender-se -, e emprestar a esse fragmento uma importância especial e um significado secreto que nós (nem sempre de modo inteiramente apropriado) chamamos de *simbólico*. Vemos, assim, que tanto na neurose quanto na psicose interessa a questão não apenas relativa a uma *perda da realidade*, mas também a um *substituto para a realidade*. (Sigmund Freud, 1924e-b, p. 209)

A forma como o ego reage frente a tal frustração determina sua organização como psicopatológica ou não e caracteriza-se no quadro das neuroses ou das psicoses, muito embora, permaneça “uma *etiologia comum para a neurose e a psicose: a frustração de um desejo*. O efeito patogênico específico vai depender de como o ego reage a esta frustração; em outras palavras, a qual de seus suseranos ele optará por obedecer, se ao id em detrimento da realidade ou vice-versa [...]” (R. T. Simanke, 1994,

p. 170). No entanto, o afastamento do ego da realidade é patológico por si só e só pode conduzir à enfermidade (Cf. Freud, 1924e-b, p. 208).

A realidade substituta que o psicótico elabora em oposição à frustrante não satisfaz plenamente a pulsão<sup>15</sup> do id e o conflito permanece e dele emerge a angústia. Dotada de um caráter reparador que tenta reestabelecer as relações do indivíduo com a realidade, a psicose transforma a restrição com a realidade em uma realidade “consertada”, sem as exigências que contrariam os desejos instintuais e, portanto, uma realidade com a qual o indivíduo possa se relacionar. Por essa razão Freud afirma que a psicose repudia a realidade e tenta substituí-la por outra, mais de acordo com a vida instintiva.

Entretanto, esse processo denominado remodelamento não soluciona o conflito entre o id e o mundo externo e, portanto, é uma tarefa mal-sucedida já que a representação da realidade não consegue ser remodelada satisfatoriamente. Em outras palavras, toda vez que há um encontro entre o indivíduo e essa realidade frustrante, que impede a realização do desejo, a angústia se intensifica e ele precisa reconstruir uma realidade substituta incluindo nessa reconstrução as deformações delirantes de fragmentos reais.

Em uma psicose, a transformação da realidade é executada sobre os precipitados psíquicos de antigas relações com ela - isto é, sobre os traços de memória, as idéias e os julgamentos anteriormente derivados da realidade e através dos quais a realidade foi representada na mente. Essa relação, porém, jamais foi uma relação fechada; era continuamente enriquecida e alterada por novas percepções. Assim, a psicose também depara com a tarefa de conseguir para si própria percepções de um tipo que corresponda à nova realidade, e isso muito radicalmente se efetua mediante a alucinação. O fato de em tantas formas e casos de psicose as paramnésias, os delírios e as alucinações que ocorrem, serem de caráter muito aflitivo e estarem ligados a uma geração de ansiedade, é sem dúvida sinal de que todo o processo de remodelamento é levado a cabo contra forças que se lhe opõem violentamente. (Sigmund Freud, 1924e-b, p. 207)

---

<sup>15</sup> Pulsão como tradução de *Trieb*, conforme Laplanche & Pontalis (2001, p. 394) no sentido de “pressão ou força (carga energética, fator de motricidade) que faz o organismo tender para um objetivo.”. Também segundo Roudinesco & Plon (1998, p. 628) pulsão é a “carga energética que se encontra na origem da atividade motora do organismo e do funcionamento psíquico inconsciente do homem”.

Se a neurose se contenta em evitar o contato com o fragmento de realidade, a psicose, ao contrário, substitui o fragmento de realidade contra o qual tem de defender-se por um novo e imaginário mundo externo. Contudo, todo esse processo é angustiante, tanto na substituição da realidade (alucinações e delírios de caráter aflitivos) quanto em relação ao fragmento de realidade rejeitado, que “constantemente se impõe à mente, tal como o instinto reprimido faz na neurose”. (Freud, 1924e-b, p. 208).

Ainda sobre a substituição da realidade frustrante, tanto a neurose quanto a psicose buscam meios de fazê-lo, mobilizando os recursos psíquicos de que dispõem. Esse processo revela a dependência entre o ego e o id,

Na neurose também não faltam tentativas de substituir a realidade desagradável por outra que esteja mais de acordo com os desejos do indivíduo. Isso é possibilitado pela existência de um mundo de fantasia, de um domínio que ficou separado do mundo externo real na época da introdução do princípio de realidade. Esse domínio, desde então, foi mantido livre das pretensões das exigências da vida, como uma espécie de ‘reserva’, ele não é inacessível ao ego, mas só frouxamente ligado a ele. É deste mundo de fantasia que a neurose haure o material para suas novas construções de desejo e geralmente encontra esse material pelo caminho da regressão a um passado real satisfatório. (Freud, 1924e-b, pp. 208-209).

A natureza dessa realidade que o ego recusa e tenta substituir, na psicose, relaciona-se ao tema da castração que, em última instância, refere-se às perdas.

Na psicose, com a recusa em dar acolhida, na realidade psíquica, a uma representação tão crucial para a economia subjetiva como a da castração, o processo defensivo ocorre de modo muito mais drástico, numa espécie de reação em cadeia, que, esvaziando o sistema de sua excitação própria, exige a paciente reconstrução do mundo a partir das imagens acústicas que chegam de fora, esta formação clínica peculiar que é o delírio. (R. T. Simanke, 1994, p. 233)

A recusa da inscrição psíquica da castração equivale a uma recusa da impossibilidade de ser amado e desejado, e que por isso faz uma regressão ao narcisismo como forma de reaver a tomada de si como objeto amoroso de um outro. Em

outras palavras, frente a essa ameaça de não ser amado como deseja (castração), no momento em que deveria erigir um ideal do eu (algo que deveria buscar ser), o psicótico regride a libido ao narcisismo, como se dissesse “eu já sou amado e já satisfação completamente”. Então ele busca uma alternativa que possibilite a realização do desejo de ser desejado, seja via alucinação, seja via delírio que, para Freud (1924b-b, p. 169) são um “remendo no lugar em que originalmente uma fenda apareceu na relação do ego com o mundo externo”. Seria como se o ego não conseguisse estabelecer uma ponte entre o id e a realidade porque a realidade é concreta demais para suportar.

A psicose, por exemplo, como um estado narcísico, amiúde busca a realização de desejos pela via regressiva da alucinação. A castração, em seu significado de ruptura da situação narcísica, a partir de uma constatação na realidade concreta, vai representar, daí em diante, todo limite imposto ao desejo por esta mesma realidade, a resistência da realidade à satisfação do desejo. (R. T. Simanke, 1994, p. 226)

Nesse modo mais arcaico de relação, a libido dirigida ao objeto retorna para o ego. Diz Freud (1914c, pp. 15-16): “A libido retirada do mundo externo foi dirigida ao Eu, de modo a surgir uma conduta que podemos chamar de narcisismo”. Esse processo em que, inicialmente, a libido está ligada aos instintos de autopreservação do ego (autoerotismo através da satisfação de funções vitais), envolve uma catexia objetal da mãe ou sua substituta (relação anaclítica). Contudo, a libido pode percorrer o caminho de volta e desinvestir a realidade e seus objetos, passando a investir em si mesmo e em seus desejos, num estado narcísico secundário. Em um estado extremo, como na esquizofrenia, pode-se perder totalmente o contato com o mundo externo.

Os instintos sexuais estão, de início, ligados à satisfação dos instintos do ego; somente depois é que eles se tornam independentes destes, e mesmo então encontramos uma indicação dessa vinculação original no fato de que os primeiros objetos sexuais de uma criança são as pessoas que se preocupam com sua alimentação, cuidados e proteção: isto é, no primeiro caso, sua mãe ou quem quer que a substitua. Lado a lado, contudo, com esse tipo e fonte de escolha objetal, que pode ser denominado o tipo ‘anaclítico’, ou de ‘ligação’, a pesquisa da psicanálise revelou um segundo tipo, que não estávamos preparados para encontrar. Descobrimos, de modo especialmente claro, em pessoas cujo desenvolvimento libidinal sofreu alguma perturbação, tais como

perversos e homossexuais, que em sua escolha ulterior dos objetos amorosos elas adotaram como modelo não sua mãe mas seus próprios eus. Procuram inequivocamente a si mesmas como um objeto amoroso, e exibem um tipo de escolha objetal que deve ser denominado 'narcisista'. Nessa observação, temos o mais forte dos motivos que nos levaram a adotar a hipótese do narcisismo.

[...] presumimos que ambos os tipos de escolha objetal estão abertos a cada indivíduo, embora ele possa mostrar preferência por um ou por outro. Dizemos que um ser humano tem originalmente dois objetos sexuais - ele próprio e a mulher que cuida dele - e ao fazê-lo estamos postulando a existência de um narcisismo primário em todos, o qual, em alguns casos, pode manifestar-se de forma dominante em sua escolha objetal. (Sigmund Freud, 1914c, pp. 94-95)

Essa dominância na escolha objetal (anaclítica ou narcísica) implica que o psiquismo se abasteça ou não de instrumentos de mediação (representações) às quais possa relacionar-se com o mundo. Simanke (1994, p. 236) afirma que “o psicótico freudiano é mais bem representado como uma espécie de sujeito virado do avesso, devido à perda de seus instrumentos de mediação (as representações) para a relação com o mundo, do que como uma mônada fechada em si mesma e completamente alheia à realidade exterior”.

A falta de representação da castração no psiquismo implica uma estagnação no desenvolvimento, de modo que o indivíduo não poderá vivenciar as relações triangulares e edípicas que seguiriam à etapa do complexo de castração a partir de uma representação psíquica que filtra a satisfação instintual. “Nesse contexto, a passagem pelo complexo de Édipo provê o sujeito de um sistema de regulação do desejo, que lhe permite evitar a confrontação da realidade da castração e da ferida narcísica que ela implica”. (Simanke, 1994, p. 226). Sem essa representação psíquica, os mecanismos defensivos da psicose acabam por excluir cada vestígio da realidade castradora.

[...] a defesa psicótica, segundo seu modo particular de operação, vai extinguindo aquelas representações de coisa que assinalam o ponto de inserção da realidade insuportável no psiquismo. É uma espécie de sangramento do investimento próprio deste sistema através da brecha deixada pela ausência de inscrição psíquica de uma realidade concreta tão decisiva como a castração. Não é que o psicótico desconheça absolutamente a realidade da diferença sexual; mas ele não é capaz de subjetivar este

conhecimento. A confrontação com esta realidade não produz, na esfera psíquica, outros efeitos além da desagregação. (R. T. Simanke, 1994, p. 228)

Ao deparar-se com uma realidade que não suporta o seu desejo e sem a capacidade de subjetivação, outras condições podem ser originadas, dependendo das tendências e forças de cada instância e, então, pode-se ter consequências, tais como “o ego evitar uma ruptura em qualquer direção deformando-se, submetendo-se a usurpações em sua própria unidade e até mesmo, talvez, efetuando uma clivagem ou divisão de si próprio.” (Sigmund Freud, 1924b-b, p. 170). Sobre essas condições originárias da psicose, Freud diz que

[...] a causa precipitadora da irrupção de uma psicose é ou que a realidade tornou-se insuportavelmente penosa ou que os instintos se tornaram extraordinariamente intensificados - ambas as quais, em vista das reivindicações rivais feitas ao ego pelo id e pelo mundo externo, devem conduzir ao mesmo resultado. O problema das psicoses seria simples e claro se o desligamento do ego em relação à realidade pudesse ser levado a cabo completamente. Mas isso parece só acontecer raramente ou, talvez, nunca. Mesmo num estado tão afastado da realidade do mundo externo como o de confusão alucinatória, aprende-se com os pacientes, após seu restabelecimento, que, na ocasião, em algum canto da mente (como o dizem) havia uma pessoa normal escondida, a qual, como um espectador desligado, olhava o tumulto da doença passar por ele. (Sigmund Freud, 1940a, p. 215)

Nesse sentido, ocorre uma divisão psíquica em que coexistem uma atitude que considera a realidade e outra que desliga o ego da realidade, sob influência dos instintos. O lado que prevalecer indica a predisposição para a cura ou para uma psicose. Portanto, Freud postula uma divisão do ego em todas as psicoses.

Seja o que for que o ego faça em seus esforços de defesa, procure ele negar uma parte do mundo externo real ou busque rejeitar uma exigência instintiva oriunda do mundo interno, o seu sucesso nunca é completo e irrestrito. O resultado sempre reside em duas atitudes contrárias, das quais a derrotada, a mais fraca, não menos que a outra, conduz a complicações psíquicas. (Sigmund Freud, 1940a, p. 217)

Essas reações contrárias provenientes da divisão do ego complicam a própria função do ego como instância mediadora, tamanha sua fragilidade nesse estágio do desenvolvimento infantil.

As duas reações contrárias ao conflito persistem como ponto central de uma divisão (*splitting*) do ego. Todo esse processo nos parece tão estranho porque tomamos por certa a natureza sintética dos processos do ego. Quanto a isso, porém, estamos claramente em falta. A função sintética do ego, embora seja de importância tão extraordinária, está sujeita a condições particulares e exposta a grande número de distúrbios. (Sigmund Freud, 1940e, pp. 293-294)

Assim, as psicoses, em Freud são ocasionadas por uma angústia de castração que o ego rejeita. Ou seja, é insuportável não poder unir-se novamente à mãe numa satisfação pulsional. Igualmente insuportável é não ser desejado por essa mãe e satisfazê-la plenamente. A interdição do objeto (mãe) e a interdição de ser um objeto de satisfação pulsional da mãe (narcisismo) é rejeitada (só quem o é, é o pai, o ideal do eu).

A partir dessa recusa, retira-se a libido dos objetos e retorna para o ego (fixação do narcisismo) e uma divisão do ego se instaura, separando o ego da realidade e o aproximando do id, retirando do ego sua condição de exercer a função sintética ou mediadora, uma vez que está sob influência dos instintos que clamam por satisfação. Para satisfazê-los, substitui-se a realidade (através de alucinações ou delírios) numa tentativa de consertar a frustração baseada na perda (castração) e como esse procedimento não atende plenamente ao desejo, a angústia permanece e busca-se reestabelecer o contato com a realidade, embora esta não seja uma tarefa bem-sucedida, com a finalidade de atender ao desejo na esfera concreta, por assim dizer.

A ruidosa proliferação sintomática do psicótico decorre das tentativas empreendidas pelo ego para refazer o seu contato com a realidade. Estes esforços, às vezes desesperados, para retomar os vínculos perdidos com os objetos já testemunham por si só que a perda de realidade, tal como Freud a concebe, de modo algum coincide com o retorno tranquilo a uma existência de mônada eternamente satisfeita consigo mesma (tal é a concepção a que uma leitura ingênua da teoria do narcisismo poderia conduzir). Na medida em que a realidade interna se perde juntamente com a externa, o processo patogênico da psicose, no limite, coincidiria com uma aniquilação completa

da interioridade, que poderia resultar – e às vezes resulta – em morte física. (Simanke, 1994, p. 175)

Nesse sentido, a exclusão da realidade castradora causa um esfacelamento do mundo interno e os pensamentos (internos) tornam-se percepções (externas) dando-lhes um caráter verdadeiro e dessa forma, a realidade alucinada é vivenciada como real.

## **2.2. A angústia em Klein**

Melanie Klein desenvolveu sua teoria a partir da prática clínica inovadora para psicanálise: à análise de crianças pequenas através de um método original, a ludoterapia. Ela realça o funcionamento do mundo interno em que a dinâmica de relações primitivas envolve relações de pulsões parciais com objetos parciais, em fantasias inconscientes. Com essas características, no período inicial da vida surge um tipo de angústia distinta e anterior à angústia de castração: a angústia de aniquilamento. Veremos, agora, esse conceito de Klein, suas causas e as defesas que ela mobiliza.

### **2.2.1. Contextualização da angústia em Klein**

Klein tem como referência o dualismo pulsional postulado por Freud, que estabelece um duelo entre forças opositoras que, por sua vez, são como motores que direcionam e põem em movimento os instintos. Ao longo do desenvolvimento da psicanálise, conforme novos problemas se apresentavam, essa dualidade foi se aprimorando no que se refere à identificação dessas forças opositoras.

A princípio esse dualismo foi detectado em pulsões sexuais e pulsões de autoconservação. Posteriormente as pulsões sexuais se subdividiram entre pulsões libidinais do eu e pulsões libidinais do objeto e a autoconservação torna-se uma expressão da mesma pulsão. Essas forças se agruparam e se tornaram mais aprofundadas como pulsão de vida (Eros). Todas essas forças atuam de forma simultânea, mas não foram suficientes para englobar todos os instintos, havendo ainda que acrescentar as pulsões destrutivas.

O segundo dualismo pulsional, introduzido por Freud em 1920, inclui a oposição à pulsão de vida com a pulsão de morte (cf. Sigmund Freud, 1920g), representando dois pólos que lutam com suas forças instintuais no psiquismo como forças de ligação e forças de desligamento. Fulgencio (2008) disserta sobre o quadro em que se encontra essa formulação na teoria freudiana.

Freud deparou-se com o seguinte fato: tudo indicava que o indivíduo, agindo contra si mesmo, seguia uma tendência destrutiva. Na seqüência do desenvolvimento das teorias das pulsões, à primeira oposição entre pulsões sexuais e pulsões de autoconservação, foi acrescentada a suposição das pulsões do eu e do objeto, ambas, no entanto, de natureza sexual; a partir desse novo quadro, Freud ainda considerou necessário supor uma outra oposição “entre as pulsões libidinais (pulsões do eu e do objeto) e as outras pulsões, que se iria supor no eu, tornando necessário reconhecer as pulsões de destruição”. Com essa nova oposição, Freud elaborou um novo dualismo pulsional que englobou sua primeira formulação como um caso específico de um ponto de vista mais amplo. Freud postulou, então, um novo par de forças fundamentais, no qual há um tipo de força que tende a unir os elementos, opondo-se a outro tipo que tende à separação dos elementos, à destruição dos compostos: a pulsão de vida *versus* a pulsão de morte. Foram o reconhecimento empírico dos fenômenos destrutivos e a especulação sobre um novo par de tendências básicas, presentes em toda substância viva, que o levaram a postular suas novas pulsões elementares. (Fulgencio, 2008, pp. 322-323)

O segundo dualismo modifica o conceito de instinto para além de um articulador entre o psíquico e o somático, passando a considerá-lo como um esforço do organismo para atingir metas biológicas que, inevitavelmente, se manifestam em processos psíquicos nos seres humanos.

Uma segunda e importante diferença é que essa segunda dualidade ampliava o sentido do conceito de instinto tal como este se apresentava na primeira teoria. Antes o instinto era definido como o representante psíquico de processos somáticos contínuos e incoercíveis, ou como o ponto de articulação entre o psíquico e o somático ou, ainda, como uma medida da exigência de trabalho imposta à mente em função de sua ligação com o corpo (cf. Freud, 1998 [1905]; 1998 [1915]). Em todas essas definições, a noção de instinto parecia se aplicar somente aos processos mentais em sua relação com o corpo

ou, dito de outra maneira, aplicava-se aos processos corporais apenas na medida em que estes interessassem à estrutura e ao funcionamento da mente. Nesse sentido, “instinto”, na primeira teoria, é um conceito estritamente psicológico ou, mais precisamente, metapsicológico, um operador teórico da articulação entre o psíquico e o somático. Na segunda teoria, Freud não hesitou em definir o instinto como um esforço inerente ao orgânico para atingir determinadas metas (o retorno a um estado anterior e, no limite, ao estado inanimado, por exemplo). O conceito de “instinto” adquire, assim, uma significação abertamente biológica, e sua expressão psicológica aparece como derivada de sua natureza biológica fundamental e como um caso particular de sua manifestação. (R. Simanke, 2014a, p. 76)

A pulsão de vida, uma força instintual de união e ligação e a pulsão de morte, uma força de separação e desligamento estão em oposição, dada a sua polaridade, contudo, são inseparáveis uma da outra e mais, estão mescladas em proporções variadas. Quando prevalece, a pulsão de vida impulsiona a pulsão de morte para fora do organismo, visando sua sobrevivência, direcionando-a aos objetos, no entanto, uma porção ainda fica retida.

[...] uma parte do instinto é desviada no sentido do mundo externo e vem à luz como um instinto de agressividade e destrutividade. Dessa maneira, o próprio instinto podia ser compelido para o serviço de Eros, no caso de o organismo destruir alguma outra coisa, inanimada ou animada, em vez de destruir o seu próprio eu (*self*). Inversamente, qualquer restrição dessa agressividade dirigida para fora estaria fadada a aumentar a autodestruição, a qual, em todo e qualquer caso, prossegue. Ao mesmo tempo, pode-se suspeitar, a partir desse exemplo, que os dois tipos de instinto raramente - talvez nunca - aparecem isolados um do outro, mas que estão mutuamente mesclados em proporções variadas e muito diferentes, tornando-se assim irreconhecíveis para nosso julgamento. (Sigmund Freud, 1930a, p. 123)

Com base nesse dualismo pulsional, Klein busca compreender a angústia primária do ser humano, voltando-se para as suas causas na dinâmica interna que ocorre a partir da relação do bebê com os objetos, nas sensações que esse relacionamento provoca nele. Essa dinâmica é permeada por fantasias inconscientes que, quando desagradáveis, configuram um objeto mau que lhe queira causar dano.

A fantasia inconsciente é uma crença na atividade de objetos internos, sentidos concretamente. É um conceito difícil de compreender. Uma sensação somática arrasta consigo uma experiência mental, interpretada como uma relação com um objeto que quer provocar essa sensação, e que é amado ou odiado pelo sujeito de acordo com suas intenções, boas ou más (i.e., uma sensação agradável ou desagradável). Assim, uma sensação desagradável é representada, mentalmente, como a relação com um objeto mau, que tem a intenção de ferir e de danificar o sujeito. No sentido oposto, quando o bebê é alimentado, ele tem a vivência de um objeto, que nós podemos identificar como a mãe ou seu leite, mas que o bebê identifica como um objeto dentro da barriga com motivação benevolente de ali proporcionar sensações agradáveis (Hinshelwood, 1992, p. 34-35).

Ao nascer, o bebê está em período do desenvolvimento denominado de posição esquizoparanoide, na qual o ego ainda é fragmentado e, por conseguinte, o objeto com o qual se relaciona, a mãe, também é dividida em um objeto parcial, a princípio, o seio. Por sua vez, esse objeto parcial ora é percebido como seio bom (gratificador) e ora como seio mau (frustrante).

Com o decorrer dos processos de desenvolvimento, o ego tende a tornar-se mais integrado e também o objeto (mãe/seio), e o bebê encontra-se na posição depressiva, cujos sentimentos antes cindidos, agora se integram numa ambivalente relação de amor e ódio para com o mesmo objeto (antes separado em dois, um bom e um mau).

Nesse sentido, o sadismo como sendo um elemento da pulsão de morte é expulso e dirigido ao objeto parcial (seio) a fim de defender-se, mas também com o objetivo de destruí-lo. Por consequência, o bebê teme a retaliação que presume um contra-ataque aniquilador. Em nota explicativa de *A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego* (1930), temos a seguinte explicação:

[...] o primeiro método de defesa do ego: um mecanismo de expulsão que precede a repressão, do qual é completamente diferente. Trata-se de uma defesa contra a agressividade e a ansiedade que esta provoca: o sadismo é percebido como um perigo para o *self*, ao mesmo tempo em que se teme a retaliação dos objetos atacados, o que leva o ego a expelir o seu sadismo para o objeto não só a fim de se defender, mas também para destruí-lo. (Klein, 1930, pp. 249-250)

O perigo temido pelo ego é o sadismo e a resolução da angústia, através de mecanismo de expulsão (projeção), é central para o desenvolvimento da criança em etapas seguintes. Isso ocorre porque a mescla das pulsões impõe que a maior proporção de agressividade e libido seja destinada ao objeto, direcionando sua maior parte para ele e defletindo a menor parcela. Sem a projeção, as pulsões ficam insatisfeitas e acumuladas no ego, e, dessa forma, a agressividade autodirigida o enfraquece e o desintegra.

Por outro lado, "o excesso de sadismo dá origem a angústia" (Klein, 1930, p.252), pois o sadismo oral da agressividade dirigida ao objeto (seio da mãe) gera angústia de ser retaliado, ou seja, de sofrer um ataque persecutório. Sem, ainda, ter desenvolvido a capacidade de simbolização, essa angústia intensa mobiliza uma defesa que ataca e destrói "concretamente" o objeto, e, portanto, perde-se o contato com a realidade e pode-se configurar um quadro psicopatológico mais grave, como a psicose.

A seguir, teremos um detalhamento das formulações a respeito desse processo interno em que a angústia aparece, bem como um breve panorama da teoria kleiniana.

### **2.2.2. A angústia de aniquilamento e a pulsão de morte**

Quando Melanie Klein, segundo Segal (1983, p. 53), desenvolveu sua teoria com enfoque na construção do mundo interno da criança, considerou que o bebê nasce com um ego que, embora arcaico, é capaz de desempenhar uma série de funções sob seu domínio.

Acredito que ele [ego arcaico] existe desde o início da vida pós-natal, embora sob forma rudimentar e com grande falta de coesão. Já no estágio inicial, ele desempenha uma série de funções importantes. Pode bem ser que esse ego arcaico se assemelhe à parte inconsciente do ego postulada por Freud. Embora não afirmasse que existe um ego desde o começo, ele atribuirá ao organismo uma função que, tal como a vejo, só pode ser desempenhada pelo ego. A ameaça de aniquilamento, pela pulsão de morte interna, é, em minha concepção – que neste ponto difere da de Freud -, a ansiedade primordial; e é o ego que, a serviço da pulsão de vida, e até possivelmente posto em funcionamento pela pulsão de vida, deflete em certa medida essa ameaça para fora. (Klein, 1957, p. 222)

O ego arcaico possui duas tendências que se alternam: integração e desintegração. Essas duas tendências são manifestações das pulsões de vida e de morte que estão em atividade desde o nascimento (cf. Segal, 1983, p. 97). Tanto uma como outra variam nos primeiros meses de vida e vão fortalecendo os aspectos do ego que, com o tempo e o conjunto de experiências, se organizam e lhe conferem maior coesão. Quanto maior ou menor a coesão do ego, maior ou menor sua capacidade de tolerar a angústia. Esse quadro denota que a relação inicial estabelecida pelo ego é uma relação de pulsões parciais com objetos parciais, apontando para um estágio mais primitivo e anterior do desenvolvimento psíquico.

As concepções de Klein sobre ansiedade, à qual prestou sempre considerável atenção, evoluíram à medida que seu trabalho progredia. Em seus primeiros artigos, acompanhou Freud na suposição de que a ansiedade principal da criança está sempre associada à castração; mas passou a considerá-la cada vez mais fruto do medo de um ataque persecutório pelos pais que por sua vez tinham sido atacados em fantasia pela criança, especialmente em relação à cena primordial; a ansiedade de castração é uma manifestação desse medo mais geral. Klein relacionou a ansiedade com o medo de retaliação. (Segal, 1983, p. 53)

Oriundo da pulsão de morte, o temor que o ego sente, a princípio, é o de sofrer uma retaliação por seu ataque dirigido ao objeto parcial. O impulso destrutivo se dirige ao objeto na fantasia de ataque sádico-oral ao seio materno, percebido como mau.

Como as pulsões de vida e de morte não estão integradas, o objeto parcial é integralmente mau (o seio que não se oferece na hora que a criança quer ou precisa) ou integralmente bom (o seio bom que satisfaz plenamente), ou seja, mesmo se tratando do mesmo objeto parcial (seio materno) sua percepção dele varia conforme a prevalência pulsional, que cinde o objeto como se fossem dois, um bom e um mau. O ego arcaico não consegue integrar forças tão opostas e cada força, quando predomina, se dirige a seu próprio objeto: o impulso agressivo, ao objeto mau (perigoso, perseguidor), o impulso de vida, objeto bom (bem estar, manancial inesgotável).

A ansiedade evocada na criança pelas suas moções pulsionais destrutivas faz-se sentir no ego creio eu em duas direções. Em primeiro lugar implica o aniquilamento de seu próprio corpo por seus impulsos destrutivos, o que

constitui um medo de seu perigo pulsional interno, mas em segundo lugar focaliza seus medos quanto a seu objeto externo, contra quem são dirigidos seus sentimentos sádicos, como uma fonte de perigo (...) A esse respeito pareceria que ela reage ao intolerável medo dos perigos pulsionais transferindo o impacto maciço dos perigos pulsionais para o seu objeto, transformando, desse modo, perigos internos em perigos externos. (Klein, 1997, p. 149)

Assim, o ego estabelece relações de impulsos parciais (agressividade e libido) com objetos parciais (bons e maus). O que suscita a angústia de aniquilamento são as relações destrutivas de ataque sádico-oral ao objeto parcial percebido como mau e, portanto, a angústia deriva da agressividade. Esse objeto parcial mau é que pode retaliar a agressividade e a criança experimenta a angústia de aniquilamento por medo dessa retaliação, da qual defende-se utilizando o mecanismo da projeção.

Segundo Melanie Klein, existe ao nascer suficiente ego para experimentar angústia, usar mecanismos de defesa, e formar relações de objeto primitivas na fantasia e na realidade. Este modo de ver não está em inteira discordância com o de Freud. Em alguns de seus conceitos ele parece supor a existência de um ego inicial. [...] Pressupor que o ego tenha, desde o começo, a capacidade de experimentar angústia, usar mecanismos de defesa e formar relações de objeto, não é afirmar que o ego, no nascimento, se assemelhe, de maneira acentuada, ao ego de uma criancinha bem integrada de seis meses, para não falar no de uma criança mais velha ou no de um adulto completamente desenvolvido. (Segal, 1966, pp. 16-17)

A angústia inicial experimentada pelo ego tem fontes internas (pulsão de morte) e externas (experiências apreendidas como ataques), mas há uma relação causal entre as manifestações destrutivas internas e a angústia, como efeito. A angústia de aniquilamento é caracterizada como uma “ansiedade [que] surge da operação da pulsão de morte dentro do organismo, [e] é sentida como medo de aniquilamento (morte) e toma a forma de medo de perseguição.” (Klein, 1946, p. 24). Esse enfoque na dinâmica interna revela que tanto o ataque sádico-oral quanto a retaliação temida são projeções da agressividade do bebê, em fantasia, dirigida aos objetos parciais. Da mesma forma que o bebê ataca para defender-se (de forma a livrar-se da destrutividade interna ou autodirigida), ele pressupõe que a mãe fará o mesmo, em retaliação ou até perseguição.

Assim, a agressividade é uma ameaça que gera angústia de aniquilamento e a angústia de aniquilamento é de natureza persecutória.

O perigo do qual o ego defende-se é o da própria morte ou aniquilamento total, pois “a ansiedade é despertada pelo perigo proveniente da pulsão de morte que ameaça o organismo; e [...] essa é a causa primordial da ansiedade” (Klein, 1948, p. 49). Essa angústia suscitada pela pulsão de morte desencadeia um mecanismo de defesa de projetar na mãe a agressão ou o ódio do bebê, o que constitui um tipo de relação que caracteriza a posição<sup>16</sup> esquizoparanoide. O termo esquizo denota uma cisão (objeto é totalmente bom ou é totalmente mau) do objeto parcial (seio da mãe), e o ego não tem ainda a capacidade de integrá-los. Já o termo paranoide refere-se à fantasia de sofrer retaliação por ter atacado o objeto mau e, sendo mau, o seu contra-ataque é perigoso e temido, portanto, a retaliação é uma ameaça que causa angústia de aniquilamento (tanto de si, quanto do objeto bom).

Posteriormente, à medida em que o desenvolvimento da criança avança, o ego se torna mais integrado (pulsões de vida e de morte) e, conseqüentemente, também os objetos passam a ser percebidos de como mais integrados (mãe como pessoa inteira), pois a criança experimenta simultaneamente amor e ódio pelo mesmo objeto (mãe) e percebe nele ora bondade, ora maldade. Então, prevalecendo a pulsão de vida, acrescenta-se a essa dinâmica o elemento da culpa, um profundo remorso, que mobiliza o mecanismo de reparação, na posição depressiva.

Meu trabalho sobre o desenvolvimento inicial (Klein, 1935, 1940, 1946, 1948) levou-me a distinguir entre duas formas de ansiedade: a ansiedade persecutória, que predomina durante os primeiros meses de vida e faz surgir a “posição esquizo-paranoide”, e a ansiedade depressiva, que chega a um ponto culminante por volta da metade do primeiro ano, fazendo surgir a “posição depressiva”. Cheguei ademais à conclusão de que, no começo da vida pós-natal, o bebê vivencia ansiedade persecutória proveniente tanto de fontes

---

<sup>16</sup> Segundo Hinshelwood (1992, pp. 497-498), “posição descreve a postura característica que o ego adota em relação aos seus objetos. Embora Klein continuasse a usar os termos oral, anal, fálico etc., cada vez mais eles designavam classes de impulsos instintivos em vez de estágios: fantasias inconscientes típicas em vez de períodos estritos de desenvolvimento. (...) Com a ideia de posição, ele queria comunicar um processo de flutuações entre uma posição e outra muito mais flexível do que normalmente se imagina quando se fala em regressão a pontos de fixação em fases evolutivas.”

externas quanto de internas: externas, na medida em que a experiência do nascimento é sentida como um ataque que lhe foi infligido; e internas, porque a ameaça ao organismo que, de acordo com Freud, surge da pulsão de morte provoca, a meu ver, o medo do aniquilamento – o medo da morte. É esse medo que eu considero como a causa primária da ansiedade. (Klein, 1950, p. 65)

O tipo de angústia caracteriza uma posição do ego frente ao objeto: se a angústia é persecutória (ser atacado, invadido por objetos maus e aniquilado por eles), a posição é esquizoparanoide, se a angústia é depressiva (de culpa), a posição também é depressiva, pois a percepção do objeto visto como bom e mau ao mesmo tempo, o integra, sendo ele o mesmo objeto (mãe). Todavia, a concepção é a de que “a primeira forma de ansiedade é de natureza persecutória” (Klein, 1952b, p. 71) e “[...] a ansiedade dos primeiros anos de vida é distinta da culpa.” (Klein, 1948, p. 54).

Apresentei a hipótese de que o bebê recém-nascido vivencia, tanto no processo de nascimento quanto no ajustamento à situação pós-natal, ansiedade de natureza persecutória. Isso pode ser explicado pelo fato de que o bebezinho, sem ser capaz de apreendê-lo intelectualmente, sente inconscientemente todo desconforto como tendo sido infligido a ele por forças hostis. Se lhe é oferecido conforto prontamente – em especial calor, o modo amoroso de segurá-lo e a gratificação de ser alimentado -, isso dá origem a emoções mais felizes. Tal conforto é sentido como vindo de forças boas e, acredito, torna possível a primeira relação de amor do bebê com uma pessoa ou, como um psicanalista diria, com um objeto. Minha hipótese é que o bebê tem um conhecimento inconsciente inato da existência da mãe. Sabemos que os animais, ao nascer, imediatamente voltam-se para a mãe e obtêm dela seu alimento. O animal humano não é diferente nesse aspecto, e esse conhecimento instintivo é a base da relação primordial do bebê com a mãe. Podemos também observar que com apenas poucas semanas o bebê já olha para o rosto de sua mãe, reconhece seus passos, o toque de suas mãos, o cheiro e a sensação de seu seio ou da mamadeira que ela lhe dá – tudo isso sugere que alguma relação com a mãe, ainda que primitiva, foi estabelecida. (Klein, 1959, p. 282)

Nos estágios iniciais, o amor que o bebê recebe da mãe são expressos no modo de lidar com ele a partir de uma íntima relação do inconsciente da mãe com o inconsciente da criança (cf. Klein, 1959, p. 282). Por outro lado, todo desconforto, dor e

frustração também são atribuídos à mãe, que representa todo o mundo externo para a criança nos primeiros meses de vida. Tudo provém da mãe, tanto o que é bom quanto o que é mau e essa percepção leva o bebê a uma relação instável com a mãe, enquanto objeto parcial (seio), oscilando abruptamente do amor idealizado para a perseguição avassaladora, sem obter a percepção de que ama e odeia o mesmo objeto ou de que o mesmo objeto pode ser ora bom, ora mau. Desde que prevaleçam as sensações satisfatórias para que o curso do desenvolvimento possa seguir, integrando o ego e o objeto e, o bebê adentra na posição depressiva em que a angústia será de culpa e buscase formas de reparação.

Klein postula, então, que desde o início existe um medo da morte que é o próprio medo do aniquilamento total da vida, traduzido como um medo de ser morto. A angústia de aniquilamento é própria da posição esquizoparanoide. Ao atacar, em sua fantasia inconsciente, o bebê teme a retaliação. A angústia de aniquilamento é uma angústia persecutória de ser aniquilado ao sofrer retaliação. Em outras palavras, o medo de ser atacado e destruído, emerge como angústia de aniquilamento da vida.

[...] há, no inconsciente, um *medo do aniquilamento da vida*. Inclino-me a pensar também que, se presumirmos a existência de uma pulsão de morte, deveremos também presumir que haja uma resposta a essa pulsão nas camadas mais profundas da mente, sob a forma de medo do aniquilamento da vida. Assim, em minha concepção, o perigo resultante do trabalho interno da pulsão de morte é a primeira causa de ansiedade. Uma vez que a luta entre as pulsões de vida e de morte persiste a vida inteira, essa fonte de ansiedade jamais é eliminada, e entra como um fator permanente em todas as situações de ansiedade. (Klein, 1948, p. 50 , grifos nossos)

Dessa forma, dos perigos que ameaçam o ego inicial, o maior deles é o seu aniquilamento. Dele provém a angústia de natureza persecutória que, por sua vez, mobiliza uma resposta projetiva como mecanismo de defesa para aliviar a tensão da luta entre as pulsões de vida e de morte. Essa luta é interminável e, portanto, a angústia resultante dela também perdura por toda a vida. Klein dirá que à medida que os processos de integração se consolidam, esse conflito se ameniza. Contudo, no início da vida, essa tensão interna é extremamente polarizada e sensível a toda experiência vivida pelo bebê.

O bebê recém-nascido sofre de ansiedade persecutória suscitada pelo processo de nascimento e pela perda da situação intra-uterina. Um parto prolongado ou difícil fatalmente intensificará essa ansiedade. Outro aspecto dessa situação de ansiedade é a necessidade forçada sobre o bebê de que ele se adapte a condições inteiramente novas. (Klein, 1952d, p. 121)

Para lidar com a angústia, o ego arcaico é forçado a se defender de tudo aquilo que o perturba e que assim é sentido por ele. Assim, o ódio e a agressividade são revestidos pelo impulso da própria pulsão de vida, que visa a sobrevivência do ego. No entanto, o mecanismo utilizado para essa defesa, a saber, a projeção ou “desvio para fora de libido e agressão” (Klein, 1952c, p. 82) não é capaz de desviar totalmente o impulso destrutivo (pulsão de morte) e dirigir ao objeto externo (agressão oral ao seio da mãe), e parte dele é defletido. A porção que retorna para o ego novamente é direcionada como ataque ao objeto parcial mau, como autodefesa. O restante se liga à libido e ameaça ser destruído a partir de dentro, deteriorando a própria percepção de si e a percepção do objeto mau e causando o despedaçamento do ego. Esse restante de pulsão de morte que permaneceu dentro, uma vez ligado à libido, se voltaria ao ego para destruí-lo em um movimento de anulação ou desistência da vida, ou seja, a pulsão de vida se enfraqueceria e prevaleceria o instinto de morte. A “ansiedade primária de ser aniquilado por uma força destrutiva interna, com a resposta específica do ego de despedaçar-se ou cindir-se, pode ser extremamente importante em todos os processos esquizofrênicos.” (Klein, 1946, p. 24).

O mecanismo de cisão do ego pode ser percebido nos estágios mais iniciais em que o ego cinde tanto o objeto (bom e mau) quanto à relação com este (interno e externo), implicando numa cisão do próprio ego, inevitavelmente. O resultado da cisão como defesa do ego contra a angústia provoca uma dispersão do impulso destrutivo e novamente reforça o potencial agressivo, que agora, por assim dizer, pode vir de qualquer direção e encontra um ego desintegrado, isto é, mais vulnerável.

As várias formas de cisão do ego e dos objetos internos têm por resultado o sentimento de que o ego está despedaçado. Esse sentimento corresponde a um estado de desintegração. No desenvolvimento normal, os estados de desintegração vividos pelo bebê são transitórios. A gratificação por parte do objeto bom externo, entre outros fatores, ajuda reiteradamente a transpor esses estados esquizóides. [...] Estados de cisão e, portanto, de desintegração,

que o ego é incapaz de superar, que ocorram com muita frequência e perdurem muito tempo devem ser considerados, a meu ver, sinal de doença esquizofrênica no bebê; alguns indícios dessa doença podem ser observados desde os primeiros meses de vida. (Klein, 1946, p. 29)

O objetivo primário do ego é defender-se contra a angústia, ou seja, entre as primeiras atividades do ego está a defesa contra a angústia e esta é sua prioridade. Para tanto, o ego lança mão de outros mecanismos de defesa: além da projeção da pulsão de morte (para fora, livrando-se do perigo), e também da libido voltada para o objeto, ocorre a introjeção que “significa que o mundo externo, seu impacto, as situações que o bebê atravessa e os objetos que ele encontra não são vivenciados apenas como externos, mas são levados para dentro do *self*, vindo a fazer parte da sua vida interior” (Klein, 1959, p. 284). Esses processos não estão vinculados exclusivamente às condições ambientais, mas podem ser incrementados por circunstâncias externas desfavoráveis.

Assim, tanto o que é bom quanto o que é mau vêm à sua mente como provindos dela, o que leva a uma dupla atitude em relação à mãe mesmo sob as melhores condições possíveis. (Klein, 1959, p. 282)

A introjeção e a projeção consistem em mecanismos da maior importância para a vida mental, seja ela normal ou patológica, tal como comenta a autora:

Formei a concepção de que o amor e o ódio dirigidos à mãe estão intimamente ligados à capacidade do bebê muito pequeno de projetar todas as suas emoções sobre ela, convertendo-a desse modo em um objeto bom, assim como em um objeto perigoso. No entanto, a introjeção e a projeção, embora enraizadas na infância, não são apenas processos infantis. Elas fazem parte das fantasias do bebê, que a meu ver também operam desde o princípio e ajudam a moldar sua impressão do ambiente. Através da introjeção, essa imagem transformada do mundo externo influencia o que ocorre em sua mente. Assim é construído um mundo interno que é parcialmente um reflexo do externo. Isto é, o duplo processo de introjeção e projeção contribui para a interação entre fatores externos e internos. Essa interação prossegue através de cada estágio da vida. Da mesma forma, a introjeção e a projeção continuam através da vida e transformam-se no decorrer da maturação, sem nunca perder sua importância na relação do indivíduo com o mundo a sua volta. Mesmo no adulto, portanto, o julgamento da realidade nunca é

completamente livre da influência de seu mundo interno. (Klein, 1959, p. 284)

Em síntese, a percepção do mundo externo e seus objetos depende, em sua maior parte, do mundo interno. Há, por assim dizer, uma via de mão dupla que, em certa medida, despeja aspectos de si no exterior (ou dentro de outra pessoa) e incorpora no próprio interior aspectos de si que percebe como vindos de fora, mantendo as cisões no ego, o que influencia nas relações de objeto e nas relações mundo interno-externo. Ao mesmo tempo, a interação entre introjeção e projeção é relevante para a integração do ego e assimilação dos objetos internos. Klein comenta o quão fundamental é esse conjunto de processos no início da vida para o desenvolvimento do bebê:

Eu já mencionei que a mãe é introjetada e que esse é um fator fundamental no desenvolvimento. Conforme eu as vejo, as relações de objeto iniciam-se por assim dizer, com o nascimento. A mãe em seus bons aspectos – amando, ajudando e alimentando a criança – é o primeiro objeto bom que o bebê torna parte de seu mundo interno. Eu sugeriria que sua capacidade de fazê-lo é, até certo ponto, inata. A possibilidade de o bom objeto vir a ser parte relevante do *self* depende, em alguma medida, de não serem demasiado intensos a ansiedade persecutória e o ressentimento conseqüente. Ao mesmo tempo, uma atitude amorosa por parte da mãe contribui muito para o sucesso desse processo. Se a mãe é assimilada ao mundo interno da criança como um objeto bom do qual esta pode depender, um elemento de força é agregado ao ego. Pois eu suponho que o ego em grande parte desenvolve-se em torno desse objeto bom e que a identificação com as características boas da mãe torna-se a base para identificações benéficas ulteriores. A identificação com o objeto bom aparece exteriormente no bebezinho que copia as atividades e atitudes da mãe, o que pode ser visto em seu brincar e frequentemente também em seu comportamento em relação a crianças menores. Uma forte identificação com a mãe torna fácil para a criança identificar-se também com um pai bom e, mais tarde, com outras figuras amistosas. Como resultado, seu mundo interno vem a conter predominantemente objetos e sentimentos bons, e o bebê sente que esses objetos respondem ao seu amor. Tudo isso contribui para uma personalidade estável e torna possível estender compreensão e sentimentos amistosos a outras pessoas. Fica claro que uma relação dos pais entre si e com a criança e uma atmosfera feliz em casa desempenham um papel vital no êxito desse processo. (Klein, 1959, pp. 285-286)

Em uma visão geral, a teoria kleiniana enfoca a instauração da relação objetal, no início da vida, como um fator decisivo no funcionamento total do indivíduo posteriormente, na vida adulta, o que inclui a maneira de lidar com a angústia. Todo esse processo é movido pela luta entre as pulsões de vida e morte que nada mais são do que a capacidade de amar e odiar, em outras palavras, a possibilidade de integração dessas pulsões.

Klein, pensando em termos de um ego primitivo, sustenta que a ação do instinto de morte origina o medo de aniquilamento e que esse medo básico é que leva à projeção defensiva do instinto de morte. (Segal, 1983, p. 99, grifos nossos)

Dessa forma, desde o início ocorre um conflito intrapsíquico entre os instintos de vida e de morte e o ego projeta o instinto de morte para defender-se do medo do aniquilamento. Mas, ao fazê-lo, o ego ainda fragmentado cinde mais uma vez e desintegra-se, suscitando um medo profundo de um aniquilamento total, também originário do restante da pulsão de morte que ficou no seu interior.

O medo do impulso destrutivo parece ligar-se imediatamente a um objeto, ou melhor, é vivenciado como medo de um incontrolável objeto dominador. [...] essas experiências são sentidas desde o início como sendo causadas por objetos. Mesmo se esses objetos são sentidos como externos, através de introjeção eles se tornam perseguidores internos e assim reforçam o medo do impulso destrutivo interno. (Klein, 1946, p. 24)

Para Klein, o aniquilamento tão temido é, portanto, uma ação da pulsão de morte, conforme afirma: “a pulsão de morte (impulsos destrutivos) é o fator primário na gênese da ansiedade [...] e o objeto primário contra o qual se dirigem os impulsos destrutivos é o objeto da libido, e que o que causa ansiedade e culpa é portanto a *interação* entre a agressividade e a libido – em última análise, a fusão, assim como a polaridade, das duas pulsões.” (Klein, 1948, p. 63).

### 2.2.3. A angústia de aniquilamento na posição esquizoparanoide

O desenvolvimento da criança é descrito por Klein como “elaboração do conflito entre instintos de vida e de morte, com o instinto de vida prevalecendo gradualmente sobre as pulsões destrutivas.” (Segal, 1983, p. 107). Assim, embora sejam indissociáveis, as pulsões podem ser equilibradas de forma que, com os processos de integração do ego a partir da introjeção de aspectos bons do objeto (mãe), seja possível prevalecer as forças de ligação que fortalecem o ego e permitem seu desenvolvimento. Entretanto, no início pós-natal, o conflito interno é guiado pela pulsão de vida que movimenta para fora as forças destrutivas da pulsão de morte a fim de sobreviver e, portanto, não ser aniquilado.

Klein enfatizara os aspectos ideais e persecutórios da relação primitiva com o objeto e chamou-lhe originalmente ‘a posição paranóide’. Em 1942, introduziu o termo “paranóide-esquizóide” para enfatizar a coexistência da divisão e da ansiedade persecutória. [...] Klein usa como quadro teórico de referência a teoria de Freud dos instintos de vida e morte. (Segal, 1983, p. 99)

A posição esquizoparanoide constitui uma etapa do desenvolvimento em que pode surgir excessiva angústia e excessivo uso de defesas, considerando, ainda, que essa etapa não é demarcada claramente, pois ocorrem flutuações e entrelaçamentos entre esta e a posição depressiva.

O termo “posição” refere-se a um estado de organização do ego e descreve caracteristicamente fenômenos conjuntos: o estado do ego, a natureza das relações com o objeto interno, a natureza da ansiedade e as defesas características. A formulação das posições habilitou ainda Melanie Klein a esclarecer seus conceitos sobre a natureza da ansiedade e do sentimento de culpa. (Segal, 1983, p. 107)

O conjunto de características desse estado de organização inicial do ego atribui aspectos próprios ao objeto e a sua relação com ele, bem como à angústia: angústia paranoide e defesas esquizoides (ego cindido e objetos parciais também cindidos).

A principal angústia, na posição esquizo-paranóide é de que o objeto ou objetos persecutórios entrem no ego e dominem e aniquilem tanto o objeto

ideal como o self. Estas características da angústia e das relações de objeto, experimentadas nesta fase de desenvolvimento, levaram Melanie Klein a chamá-la de posição esquizo-paranóide, uma vez que é paranóide a angústia principal e que o estado do ego e seus objetos se caracteriza pela cisão, que é esquizóide. (Segal, 1966, p. 18)

As angústia e mecanismos de defesa enquadrados no período dos primeiros meses de vida (primeiro trimestre), no qual os aspectos amados e odiados da mãe são sentidos como separados (e, portanto, menos integrados) são característicos da posição esquizoparanoide.

Durante a posição esquizo-paranóide, isto é, nos primeiros três a quatro meses de vida, os processos de cisão – que envolvem a cisão do primeiro objeto (o seio), bem como dos sentimentos para com este – atingem seu auge. O ódio e a ansiedade persecutória prendem-se ao seio frustrador (mau), e o amor e o reassguramento, ao seio gratificador (bom). Entretanto, nesse mesmo estágio, tais processos de cisão jamais são plenamente eficazes, pois, desde o começo da vida, o ego tende a integrar-se e a sintetizar os diversos aspectos do objeto. (Pode-se considerar essa tendência como uma expressão da pulsão de vida). Mesmo em bebês muito pequenos parece haver estados transitórios de integração – os quais se tornam mais freqüentes e duradouros à medida que o desenvolvimento prossegue – em que a cisão entre o seio bom e o mau é menos acentuada. (Klein, 1948, pp. 55-56)

Nos períodos iniciais, o perigo que o bebê sente de ser destruído gera excessiva tensão no ego e provoca uma angústia que só pode ser refreada com uma resposta defensiva. As respostas à angústia persecutória de ser aniquilado são os mecanismos de defesa: cisão, projeção e introjeção (entre outros que não abordaremos neste trabalho, tais como onipotência, idealização, negação e controle dos objetos). Na projeção os aspectos bons e maus não ficam somente no interior ou no exterior e, portanto, separados. Os instintos de vida e de morte são apenas parcialmente projetados, pois algo fica retido no ego. Com a cisão, o ego divide-se em uma parte destrutiva e outra libidinal e os objetos também são assim divididos. Na posição esquizoparanoide os objetos são parciais (seio) e não objetos totais (mãe) e há outra divisão que se refere à sua qualidade: objeto ideal (bom) e objeto mau.

Se o mecanismo de projeção não pudesse operar, o bebezinho correria o risco de ser inundado pelos seus impulsos autodestrutivos. É, em parte, para desempenhar essa função que o ego é posto em ação pela pulsão de vida, na época do nascimento. O processo primário de projeção é a maneira de defletir a pulsão de morte para o exterior. A projeção também impregna de libido o primeiro objeto. O outro processo primário é a introjeção, que também está em grande medida a serviço da pulsão de vida; ela combate a pulsão de morte porque leva o ego a receber vitalizador (comida, em primeiro lugar) ligando, dessa maneira, o trabalho interno da pulsão de morte. (Klein, 1958, p. 272)

A mobilização de mecanismos de defesa fortalece o ego, pois sem eles, não haveria como dominar a ansiedade persecutória. Assim, se a pulsão de vida prevalece o ego utiliza-se da projeção e da introjeção a seu próprio favor, visando sua sobrevivência. De outra forma, a pulsão de morte inundaria e aniquilaria o ego.

A força do ego – refletindo o estado de fusão entre as duas pulsões – é, creio, constitucionalmente determinada. Quando, na fusão, predomina a pulsão de vida – o que faz supor uma ascendência da capacidade de amar -, o ego é relativamente forte e mais capaz de suportar a ansiedade suscitada pela pulsão de morte e de contrabalançá-la. (Klein, 1958, p. 273)

Klein considera saudável quando a divisão entre amor e ódio não é tão rígida e produz estabilidade e saúde mental, mas isso só é possível quando o ego já é suficientemente forte para não ser dominado pela angústia e, então, alguma integração é possível. Todavia, esse resultado só acontece se a pulsão de vida predominar sobre a pulsão de morte. Por outro lado, se a cisão for muito violenta, a fraqueza do ego impede qualquer integração, sendo ele dominado pelos impulsos destrutivos. (cf. Klein, 1958, p. 277)

O tipo de relação que o ego primitivo estabelece com os objetos é persecutória e, por conseguinte, sua angústia é dominada pelo medo de que os perseguidores destruam o eu e o objeto ideal. (cf. Segal, 1983, p. 100). A situação se traduz no perigo sentido como um ataque ou perseguição, significando um risco de vida.

Esses objetos internos não são réplicas exatas dos objetos externos reais mas são sempre coloridos pela fantasia e as projeções da criança. Eles podem ser divididos em objetos ideais e persecutórios, como o seio bom e o seio mau. Podem também tornar-se mais integrados. (Segal, 1983, p. 54)

A organização primitiva do ego deriva da projeção exterior do instinto de morte (objetos maus, fragmentados e potencialmente destrutivos) e, ao mesmo tempo, da projeção do instinto de vida num objeto ideal (libidinal, reforçado pelas boas experiências de satisfação). Em outras palavras, “a primeira relação do bebê é com objetos parciais – primordialmente, o seio materno. Esses objetos parciais dividem-se num seio ideal – o objeto do desejo do bebê – e um seio persecutório – um objeto de ódio e medo, usualmente visto como fragmentado.” (Segal, 1983, p. 67).

Ao passo que introjeta e identifica-se com o objeto ideal (inteiro), este torna-se uma espécie de aliado contra os perseguidores e pode haver uma idealização excessiva do objeto ideal nesse processo de rivalidade. A fome do bebê, por exemplo, quando retorna, seria sentida como invasão dos objetos maus e perseguidores que o ameaçariam de aniquilamento. Sobre isso, Segal (1983, p. 100) comenta: “Nesse estágio primitivo do desenvolvimento, o bebê ignora a experiência de ausência, isto é, a falta do objeto bom é sentida como um ataque desferido por objetos maus. O bebê é roído pela fome. A frustração é sentida como perseguição.”.

A posição paranóide-esquizóide é uma etapa do desenvolvimento. O bebê supera seu medo de desintegração pela introjeção do seio ideal e identificação com este. A divisão original é uma primeira etapa na capacidade de diferenciação e a identificação projetiva o primeiro passo no sentido do relacionamento com o mundo externo. Mas quando, nessa fase, a ansiedade é excessiva, os problemas não resolvidos originam a mais severa patologia. A ansiedade paranóide e as defesas esquizóides dessa fase inicial do desenvolvimento estão subjacentes ao grupo esquizofrênico de doenças, à personalidade esquizóide e às características paranóides ou esquizóides das neuroses infantis ou adultas. (Segal, 1983, p. 104)

Mesmo após todas as tentativas de dominar a angústia através dos mecanismos de defesa, quando a angústia invade o ego ele se fragmenta e cinde, sendo a própria desintegração o último recurso de uma medida defensiva contra tamanho medo da morte. Seria como dizer que o ego prefere ser anulado a morrer.

A desintegração é a mais desesperada de todas as tentativas do ego para manter afastada a angústia; a fim de evitar sofrer angústia, o ego se esforça ao máximo por não existir, tentativa que faz surgir uma angústia específica

aguda – a de se fragmentar em pedacinhos e de se tornar atomizado. (Segal, 1966, p. 23)

Todos os mecanismos de defesa resultam, paradoxalmente, em outras angústias, ainda que menores que a angústia de aniquilamento. A projeção de partes más do *self*<sup>17</sup> produz perseguição, a projeção de partes boas produz angústia de empobrecimento de bondade e de ser invadido pelos perseguidores, a identificação projetiva produz medo de retaliação e/ou angústia de ter partes de si controladas pelo objeto no qual foi projetada. Outros mecanismos, similarmente, produzirão como resultado angústias que lhe são características, contudo, conforme Segal (1966, p. 27) salienta: “todas as criancinhas têm períodos de angústia, e as angústias e defesas, que são o núcleo da posição esquizo-paranoide, são uma parte normal do desenvolvimento humano.”.

Uma das realizações da posição esquizo-paranoide é a cisão. É a cisão que permite ao ego emergir do caos e ordenar suas experiências. Esta ordenação da experiência, que ocorre com o processo de cisão em um objeto bom e um objeto mau, por mais excessivo e extremo que possa esse processo ser de início, põe contudo ordem no universo das impressões emocionais e sensoriais da criança, e é a pré-condição da integração posterior. (Segal, 1966, p. 27)

A cisão é um mecanismo de defesa extremamente importante que servirá de alicerce a posteriores aquisições do desenvolvimento, como a integração. Se temporária e reversível, ela seria a base da faculdade de discriminar (origem na diferenciação inicial bem e mal), da capacidade de prestar atenção (manter em suspenso a própria emoção). Se excessiva, a cisão é a base do recalçamento. Se menos extrema, menos incapacitante e maior a comunicação entre inconsciente-consciente. Da mesma forma a idealização é precursora de boas relações de objeto e a identificação projetiva (e a introjetiva) são a forma mais primitiva de empatia.

---

<sup>17</sup> “O ego, de acordo com Freud, é a parte organizada do *self*, constantemente influenciada por impulsos instintivos, porém, mantendo-os sob controle da repressão. Além disso, o ego dirige todas as atividades e estabelece e mantém a relação com o mundo externo. O termo *self* é utilizado para abranger toda a personalidade, o que inclui não apenas o ego mas também a vida pulsional, que Freud nomeou *id*.” (Klein, 1959, p. 283)

Precisamos, portanto, encarar os mecanismos de defesa usados na posição esquizo-paranóide, não apenas como mecanismos que protegem o ego de angústias imediatas e avassaladoras, mas também como passos graduais no desenvolvimento. [...] Para que a posição esquizo-paranóide ceda gradualmente, de modo suave e relativamente imperturbado, ao passo seguinte no desenvolvimento, a posição depressiva, é pré-condição necessária que haja predominância das experiências boas sobre as más. Para esta predominância contribuem fatores internos e externos. (Segal, 1966, p. 28)

O contrário, quando experiências más predominam sobre as boas, alterações patológicas podem ocorrer e a criança esquizóide se sente cercada de objetos hostis desintegrados, o elo com a realidade se quebra ou é muito doloroso e sua capacidade de integração está rompida (cf. Segal, 1966, p. 49).

As angústias que surgem nos estágios mais iniciais do desenvolvimento do bebê são “ansiedades, características das psicoses, que forçam o ego a desenvolver mecanismos de defesa específicos” (Klein, 1946, pp. 20-21) e nesse período da vida se encontram os pontos de fixação de todos os distúrbios psicóticos. Além disso, “ansiedades, mecanismos e defesas do ego, de tipo psicótico, da infância, têm uma influência profunda sobre todos os aspectos de desenvolvimento, inclusive sobre o desenvolvimento do ego, do superego e das relações de objeto” (Klein, 1946, p. 21).

Difiro, no entanto, de Freud, na medida em que proponho a hipótese de que a causa primária da ansiedade é o medo do aniquilamento, de morte, que surge do trabalho interno da pulsão de morte. A luta entre as pulsões de vida e de morte emana do id e envolve o ego. O medo primordial de ser aniquilado força o ego a agir e engendra as primeiras defesas. A origem fundamental dessas atividades do ego está no funcionamento da pulsão de vida. A premência do ego para a integração e a organização revela claramente a sua derivação da pulsão de vida – como Freud colocou, “...o principal objetivo de Eros – o de unir e ligar...”. Em oposição ao impulso para a integração e todavia alternando com ele, existem processos de cisão que, junto com introjeção e projeção, representam alguns dos mecanismos iniciais mais fundamentais. Todos esses, sob o ímpeto da pulsão de vida, são desde o início colocados forçosamente a serviço da defesa. (Klein, 1952c, p. 81)

A complexidade de processos que operam simultaneamente no início da vida pós-natal, incluindo-se a luta entre as pulsões de vida e de morte manifestam-se já na

experiência do nascimento como primeira fonte externa de angústia, no qual a dor e desconforto de nascer seriam sentidos pelo bebê como um ataque por forças hostis e que, de acordo com Freud, constituiria o protótipo para todas as situações de angústia posteriores (cf. Klein, 1952a, p. 86).

Desde o início, portanto, a ansiedade persecutória participa das relações do bebê com objetos na medida em que é exposto a privações. [...] as primeiras experiências do bebê com a alimentação e presença da mãe iniciam uma relação de objeto com ela. Essa relação é a princípio uma relação com um objeto parcial, posto que os impulsos orais, tanto libidinais como destrutivos, são desde o início da vida dirigidos em particular para o seio da mãe. Supomos que há sempre uma interação, embora em proporções variadas, entre os impulsos libidinais e os agressivos, correspondendo à fusão entre as pulsões de vida e de morte. Poder-se-ia conceber que em períodos livres de fome e tensão há um equilíbrio ótimo entre impulsos libidinais e agressivos. Esse equilíbrio é perturbado sempre que, devido a privações provenientes de fontes internas ou externas, os impulsos agressivos são reforçados. Sugiro que tal alteração no equilíbrio entre libido e agressão dá origem à emoção chamada voracidade, que é em primeiro lugar e acima de tudo de natureza oral. Qualquer intensificação de voracidade reforça sentimentos de frustração, os quais por sua vez reforçam os impulsos agressivos. (Klein, 1952a, p. 87)

Klein (1952d, p. 121) destaca que “a relação com o alimento parece ser a melhor aproximação à compreensão dos bebês” e influenciará vitalmente a relação com a mãe e as relações de objeto, em geral. A voracidade enquanto atitude perante o alimento aparece como uma manifestação dos impulsos destrutivos (pulsão de morte) e impulsos libidinais e pode ser aumentada por ressentimento e ódio. Do mesmo modo, a voracidade diminui à medida que a cisão também diminui.

[...] quando as ansiedades persecutórias e depressivas foram diminuídas e modificadas, o equilíbrio na fusão das pulsões de vida e de morte (e desse modo entre libido e agressividade) foi de algum modo alterado. Isso implica importantes mudanças nos processos inconscientes, isto é, na estrutura do superego e na estrutura e domínio das partes inconscientes (assim como conscientes) do ego. (Klein, 1952a, p. 113)

A angústia persecutória de ser aniquilado, característica dos estágios mais arcaicos do desenvolvimento, se ameniza à medida que as integrações e organização libidinal se consolidam e o ego se fortalece. Consequentemente, mudanças ocorrem nos processos de introjeção e projeção, essenciais para diminuição da angústia, e as relações da criança com seu mundo interno e com o mundo externo refletem essas conquistas.

Caso ocorram perturbações permanentes nos processos de integração e de síntese do ego a interação entre projeção e introjeção, que implicam uma cisão excessiva do ego, poderá se estabelecer uma raiz da esquizofrenia em que há um acúmulo de angústia de aniquilamento proveniente de situações de perigo vindas do interior e do exterior, que, como vimos, ambos decorrem da fantasia do bebê de atacar sadicamente a mãe (seio) e ser retaliado por ela. Nos estágios iniciais a falta de equilíbrio nessa interação projeção-introjeção resulta no enfraquecimento excessivo do ego que, cindido, sente que não há nada que o sustente e prevalece um sentimento de solidão. (cf. Klein, 1946, p. 33).

Somente com o decorrer dos processos de integração crescentes no segundo semestre da vida é que o bebê passa a perceber a mãe como um objeto total ou pessoa inteira e essa mudança marca o início de uma experiência de relação com o objeto de outra posição, assim denominada de posição depressiva, na qual o bebê ama a mãe como uma pessoa não fragmentada sendo capaz de identificar-se com ela e dirigir a ela seus medos persecutórios de tal modo que, introjetando-a, possa protegê-lo da perseguição interna e externa. Klein refere os processos de integração à síntese entre o amor e o ódio relacionados ao objeto parcial. Da integração derivam o sentimento de culpa e o desejo de reparar o dano, mas isso só vai ocorrer nesta outra etapa do desenvolvimento.

[...] durante o período que se estende dos três aos seis meses, ocorre um progresso considerável na integração do ego. Têm lugar importantes mudanças no que diz respeito à natureza das relações de objeto do bebê e dos seus processos de introjeção. O bebê percebe e introjeta a mãe cada vez mais como uma pessoa inteira. Isto implica uma identificação maior e uma relação mais estável com ela. Embora esses processos se concentrem principalmente na mãe, a relação do bebê com o pai (e outras pessoas em seu ambiente) passa por mudanças semelhantes, e o pai também se estabelece em sua mente como uma pessoa inteira. Ao mesmo tempo, os processos de cisão diminuem de intensidade e se relacionam, predominantemente, a objetos totais, ao passo

que, no estágio anterior, vinculavam-se basicamente a objetos. (Klein, 1948, p. 56)

A mãe, enquanto pessoa total, fica exposta aos perigos dos ataques, tantos dos objetos maus externos, quanto do sadismo do bebê. Além disso, a mãe é percebida, nessa posição, tanto como a fonte de satisfações, quanto fonte de frustrações e dor. (cf. Segal, 1983, p. 68). Dessa forma, a ambivalência amor/ódio do bebê para com a mãe o coloca em uma situação de angústias mistas (paranóides, quando o ódio é mais forte; e depressivas, quando o amor prevalece) e a possibilidade de perda da mãe, enquanto objeto de amor e identificação, é agudamente sentida.

A tarefa central da elaboração pelo bebê da posição depressiva consiste em estabelecer no âmago de seu ego um objeto interno total, suficientemente bom e seguro. Se a tarefa malograr, a criança fica exposta a doença mental da espécie paranóide ou maníaco-depressiva. Por conseguinte, a posição depressiva assinala a encruzilhada do desenvolvimento entre o ponto de fixação das psicoses e o das neuroses. No decorrer da posição depressiva, novas defesas se desenvolvem. [...] A posição depressiva mobiliza defesas adicionais de natureza maníaca. Em essência, essas defesas são dirigidas contra a experiência da realidade psíquica da dor depressiva, e sua principal característica é a negação da realidade psíquica. (Segal, 1983, p. 69)

Na posição depressiva, há uma mudança na relação da criança com a mãe enquanto indivíduo separado dela, que se relaciona com outras pessoas, e a partir disso, uma mudança ocorre na sua percepção do mundo, embora essa percepção, a princípio, seja atravessada pelas projeções e pelas flutuações de seus próprios impulsos. Esses processos vão causando na criança sentimentos de grande ambivalência e aumentam suas fantasias de atacar os pais de modo agressivo e de percebê-los como destruídos e reintrojados, num ciclo em que a prevalência das experiências, sejam elas boas ou más, constituem “a base da angústia depressiva [...] a síntese entre os impulsos destrutivos e sentimentos de amor em relação a um *único* objeto” (Klein, 1948, p. 56).

A angústia depressiva é fruto dos processos integrativos do ego que passam a sintetizar a ambivalência e, com isso, surge também o sentimento de culpa pelos ataques destrutivos ao objeto amado.

A crescente capacidade do ego de integração e síntese leva cada vez mais, mesmo durante esses primeiros meses, a estados em que o amor e o ódio e, correspondentemente, aspectos bons e maus dos objetos são sintetizados. E isso dá origem à segunda forma de ansiedade – a ansiedade depressiva -, pois *os impulsos e os desejos agressivos do bebê, dirigidos ao seio mau (mãe), são sentidos agora como perigosos também para o seio bom (mãe)*. Entre o quarto e o sexto mês essas emoções são reforçadas, pois nesse estágio, o bebê percebe e introjeta cada vez mais a mãe como uma pessoa. A ansiedade depressiva é intensificada, pois *o bebê sente que destruiu ou está destruindo um objeto inteiro com sua voracidade e agressão incontroláveis*. [...] Essas ansiedades e correspondentes defesas constituem a “posição depressiva”, que chega a um clímax por volta dos seis meses e cuja essência *é a ansiedade e a culpa relativas à destruição e perda dos objetos amados internos e externos*. (Klein, 1952b, p. 73, grifos nossos)

A partir das conquistas advindas dessa posição pode-se desenvolver, posteriormente, as relações triangulares, em que a relação com os objetos externos, a mãe e o pai, por exemplo, atribuídos como outros, separados entre si e como pessoas individuais, suscita uma série de novas experiências características desse outro estágio do desenvolvimento.

Parece provável que a ansiedade depressiva, a culpa e a tendência reparatória só sejam vivenciadas quando os sentimentos de amor pelo objeto predominam sobre os impulsos destrutivos. Em outras palavras, é possível presumirmos que as repetidas experiências de o amor suplantar o ódio – em última instância, de a pulsão de vida suplantar a pulsão de morte – são uma condição essencial para a capacidade do ego de integrar-se e sintetizar os aspectos antagônicos do objeto. Em tais estados ou momentos, a relação com os aspectos maus do objeto, incluindo a ansiedade persecutória, atenua-se. (Klein, 1948, pp. 57-58)

Fica implícito, assim, que a não predominância dos impulsos destrutivos sobre o amor nas experiências iniciais podem levar o desenvolvimento do bebê para um rumo psicopatológico. A angústia depressiva subjaz às experiências de perda do objeto idealizadamente bom, mas a própria idealização é uma defesa maníaca que enaltece o objeto. A reparação pode ser uma solução realista e mais saudável à medida que tenta restaurar a relação com o objeto apenas bom; ou pode ser uma reparação maníaca de

enaltecer o objeto de forma exagerada e desproporcional à realidade. A patologia que corresponde à essa posição é a psicose maníaco-depressiva.

## Capítulo II

### 3. O conceito e o referente da noção de agonias impensáveis para Winnicott e sua relação com as psicoses

Neste capítulo examinaremos o conceito de agonias impensáveis em Winnicott, e sua distinção de angústia de castração, em Freud, e angústia de aniquilamento, em Klein. Para tanto, é necessária uma primeira noção geral do trabalho do autor a fim de compreender o momento em que ocorrem tais agonias e os processos do desenvolvimento envolvidos, de maneira a compreender, também, as suas consequências na constituição do indivíduo, como as organizações defensivas psicóticas. Retomaremos os textos de Winnicott que apresentam o surgimento dessa concepção de agonias impensáveis e suas caracterizações no contexto de sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo. Por fim, vamos assinalar os fenômenos transferenciais e de manejo que se manifestam na clínica com esses pacientes.

#### 3.1. Conceitos gerais da teoria do desenvolvimento emocional primitivo

A partir de seu trabalho como pediatra e tendo como referência a psicanálise e o existencialismo moderno,<sup>18</sup> Winnicott repensa a ontologia freudiana, que compreende o homem como aparelhado por um psiquismo movido por forças e energia para colocar em foco a sua necessidade de ser. Nesse sentido, o homem é a sua própria continuidade de ser e esta experiência só ocorre na relação dois-em-um com a mãe que é fundamentalmente fomentada pela instintualidade, mas não se reduz a ela.

Certamente o corpo está presente desde o início, mas isto não significa que a sexualidade esteja presente desde o início. Para compreender esta diferença entre os instintos e a sexualidade, é necessário fazer uma distinção entre a existência dos instintos como um fato presente desde o início do processo de amadurecimento, e a sexualidade como sendo uma maneira específica de vivenciar a instintualidade, quando a instintualidade, num momento mais tardio do processo de amadurecimento, está integrada num Eu.

---

<sup>18</sup> Cf. Fulgencio, 2016, pp. 13-14.

Nos casos em que tal integração não ocorreu, ou ainda não ocorreu, os instintos são vividos como vindos do exterior, como algo que arrasta, empurra ou assola a pessoa. Faz parte do processo de amadurecimento saudável a experiência de viver os instintos como exteriores ao si mesmo e, só mais tarde, como uma conquista deste processo, vivê-los como integrados ao self. (Fulgencio, 2010, pp. 109-110)

Winnicott indica um início da vida psíquica do bebê diferentemente da proposição de Klein e o fez considerando como um ser indiferenciado e, dessa forma, como sendo um com sua mãe/ambiente, e este aspecto é considerado fundamental para seguir um caminho de desenvolvimento saudável.

É um alívio que a psicanálise tenha atravessado a fase, que durou meio século, na qual, quando os analistas se referiam a bebês, só podiam falar em termos das pulsões eróticas e agressivas do bebê. Era tudo questão de instinto pré-genital, de erotismo oral e anal e reações à frustração, com alguns acréscimos bastante bravios, feitos em termos do comportamento natural agressivo e idéias destrutivas, *agressivité*. O trabalho deste tipo teve o seu valor e continua a tê-lo, mas hoje é necessário que os analistas que se referem à natureza do bebê vejam o que mais se acha lá para ser visto. Para o analista ortodoxo, se ele examinar melhor, há alguns choques à sua espera. (D. W. Winnicott, 1970b, p. 196)

A mudança no modo de conceber as experiências humanas, até então experiências puramente de pressões instintuais, para ampliar essa noção e abranger a própria experiência de ser, mais fundamental porque se remete a algo que não se reduz nem à sexualidade (em seu sentido ampliado), nem à agressividade. Winnicott vai se referir a uma noção que antecede e permeia toda a existência do indivíduo.

Ao pensar como ocorre a constituição pessoal e cultural do ser humano, Winnicott não as concebeu como fruto de energias que não puderam ser descarregadas. Para ele, o ser humano não é um aparelho que procura livrar-se de suas excitações, mas *uma pessoa que necessita existir e continuar existindo*; ele observou que uma longa série de cuidados e acontecimentos relativos à interação com o ambiente eram necessários para que um bebê pudesse passar do estado de não integração no qual nasce, para um estado de identidade unitária; que, na primeira etapa do processo de amadurecimento, não há, ainda, essa unidade e que uma série de integrações precisariam ser

processadas para que possa emergir um eu separado do não-eu; mais ainda, que diversas aquisições deverão ser feitas para que o indivíduo possa ter a possibilidade de estabelecer relações a três termos, reconhecendo a si-mesmo e ao outro enquanto pessoas inteiras e tendo, pois, um sentimento de responsabilidade para com esse outro. No ponto de vista de Winnicott, só após um longo período inicial de amadurecimento é que uma criança poderá viver situações do tipo das descritas por Freud em termos do complexo de Édipo. (Fulgencio, 2004, p. 263, grifos nossos)

Assim, para Winnicott, uma série de processos anteriores acontecem antes que aqueles fenômenos, em específico, aqueles tipos de angústia vistos em Freud e em Klein tenham a possibilidade de surgir.

A princípio, o bebê está totalmente vulnerável, pois “a influência ambiental pode iniciar-se numa etapa muitíssimo precoce, determinando se a pessoa, ao buscar uma confirmação de que a vida vale a pena, irá partir à procura de experiências, ou se retrairá, fugindo do mundo.”<sup>19</sup> A saúde mental, enquanto capacidade de sentir-se vivendo uma vida própria, que valha a pena, depende de um bom começo. Dessa forma, diz Winnicott (1953a, p. 306): “esta teoria parte do princípio de que as bases da saúde mental são lançadas na primeira infância pelas técnicas utilizadas com naturalidade por uma mãe preocupada em cuidar de seu filho. (D. W. Winnicott, 1953a, p. 306)

Os cuidados com o bebê ganham uma dimensão de saúde não apenas física, de sobrevivência, mas de saúde psíquica ou mental, no sentido de que esse indivíduo possa existir a partir de sua experiência de ser no mundo, a partir de um movimento próprio dele, em que sua continuidade da existência seja imperturbada pelo ambiente consistente que se comunica subjetivamente.

[...] o lactente desenvolve dois tipos de relacionamento ao mesmo tempo – com a mãe-ambiente e com o objeto, que se torna a mãe-objeto. A mãe-ambiente é humana, e a mãe-objeto é uma coisa, embora também seja a mãe ou parte dela. [...] Quando a sua consistência domina a cena pode-se dizer que o lactente se comunica simplesmente por continuar a existir, e por continuar a se desenvolver de acordo com os processos pessoais de maturação, mas isso dificilmente merece o nome de comunicação. (Winnicott, 1983a, p. 166)

---

<sup>19</sup> Winnicott, 1988, p. 149.

Para Winnicott (1970b, p. 73), o bebê nasce indiferenciado da mãe e não existe sem uma mãe da qual possa iniciar-se, não apenas em termos biológicos, como na gestação, mas em termos psíquicos, especialmente após o nascimento. Ele diz: “Eu não significa nada, a não ser que eu, inicialmente, seja juntamente com outro ser humano que ainda não foi diferenciado.”. (D. W. Winnicott, 1987e, p. 9)

Para começar a existir enquanto entidade viva o bebê depende de uma sustentação ambiental inicial que seja sensível ao seu estado de amálgama mãe-bebê, considerando-o como um ser absolutamente dependente e, portanto, que requer uma sensibilidade exacerbada para adaptar-se às suas necessidades instintuais e emocionais. Este seria um ambiente suficientemente bom para se começar a viver, permitindo a existência de um indivíduo a partir dele mesmo.

[...] a partir de uma mistura primária entre o indivíduo e o ambiente, surge um emergente, o indivíduo que procura fazer valer os seus direitos, tornando-se capaz de viver num mundo não desejado. (Winnicott, 1988/1990, p.118).

Para Winnicott, se o indivíduo nasce em um ambiente que ofereça contato humano adaptado às suas necessidades, o desenvolvimento ocorre bem e permite que a alteridade seja estabelecida. Ele diz: “quando um ser humano se percebe uma pessoa relacionada a outras pessoas, um longo caminho já foi percorrido em termos do desenvolvimento primitivo”. (D. W. Winnicott, 1945d, p. 222). De outra forma, se não há essa mãe-ambiente voltada para o bebê, pode haver marcas definitivas no desenvolvimento do indivíduo.

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

O curso do desenvolvimento está fundamentalmente associado à mãe-ambiente e seu funcionamento, de forma que seja suficientemente bom para o bebê, sendo este fator acentuado por sua interferência não só no processo de maturação do ego, permitindo-o ou impedindo-o como ainda, podendo distorcê-lo.

Em linhas gerais, todo ser humano, para Winnicott, caminha, então, de uma dependência absoluta do ambiente para uma independência relativa até um período mais extenso rumo à independência.<sup>20</sup>

No início o lactente é completamente dependente da provisão física pela mãe viva em seu útero e depois como cuidado do lactente. [...] Há tudo o que é herdado, incluindo os processos de maturação, e talvez tendências patológicas herdadas; estas têm uma realidade própria, e ninguém pode alterá-las; ao mesmo tempo, o processo maturativo depende para a sua evolução da provisão do ambiente. Podemos dizer que o ambiente favorável torna possível o progresso continuado dos processos de maturação. Mas o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses possibilita à criança concretizar seu potencial. (D. W. Winnicott, 1965r, p. 81)

Embora herdado, o processo de maturação depende da “permissão” do ambiente, através dos cuidados dispensados ao bebê, para progredir e mesmo quando há uma provisão adequada, não é capaz de mudar os fatores herdados que venham a interferir no desenvolvimento. A contribuição do ambiente é oferecer cuidado suficiente para que o potencial da criança seja aproveitado inteiramente no decorrer da vida.

O estágio de dependência absoluta segue até os quatro meses, aproximadamente, e nele acontecem os principais processos do desenvolvimento, dos quais todos os processos seguintes decorrem. Neste estágio se estabelece a viabilidade do ser.

Todos os processos de uma criatura viva constituem um vir-a-ser, uma espécie de plano para a existência. A mãe que é capaz de se dedicar, por um período, a essa tarefa natural, é capaz de proteger o vir-a-ser de seu nenê. Qualquer irritação, ou falha de adaptação, causa uma reação no lactente, e essa reação quebra esse vir-a-ser. Se reagir a irritações é o padrão da vida da criança, então existe uma séria interferência com a tendência natural que existe na criança de se tornar uma unidade integrada, capaz de ter um *self* com um passado, um presente e um futuro. Com uma relativa ausência de

---

<sup>20</sup> Id., 1965b, pp. 79-80.

reações a irritações, as funções corporais da criança dão uma boa base para a construção de um ego corporal. Deste modo se lançam as bases para a saúde mental futura. (D. W. Winnicott, 1965r, p. 82)

Em princípio, falhas de adaptação da mãe-ambiente são captadas pelo bebê de forma que ele reage sempre que sua continuidade de ser é perturbada. Quando ele reage, há uma quebra em sua linha de vida. Se isto ocorrer repetidas vezes, estabelece-se um padrão de reação do bebê que interfere nos seus processos de integração que, por sua vez, culminam no não-estabelecimento do *self* unitário.

Esse quadro é muito distinto das concepções de Freud e de Klein. Nele, Winnicott concebe o início da vida pós-natal marcado por um estágio de total dependência do ambiente, em que o bebê tem como necessidade primordial a sua continuidade de ser até que possa tornar-se um eu diferenciado do outro (distinção eu/não-eu). De início, portanto, Winnicott trata de:

(...) versões mais precoces daquilo a que Melanie Klein se referiu como “interno”. (...). Nesse estágio precoce, “interno” só significa pessoal, e pessoal na medida em que o indivíduo é uma pessoa com um self no processo a ser envolvido. O ambiente facilitador, ou o apoio do ego da mãe ao ego imaturo do lactente, estas são as partes essenciais da criança como uma criatura viável. (D. W. Winnicott, 1965j, p. 168)

Um ambiente suficientemente bom facilita que experiências constitutivas do si-mesmo cumpram uma das tarefas primordiais no desenvolvimento emocional, denominada integração. A integração é o que unifica as experiências fragmentadas e as conecta no tempo (presente, passado, futuro) e na história pessoal do bebê em seu meio ambiente. Antes que se estabeleçam essas integrações que tem por finalidade a integração num eu unitário, não há, no bebê uma organização mínima que lhe permita vivenciar o que acontece com ele como experiência pessoal.

A capacidade que a mãe possui de ir ao encontro das necessidades em constante processo de mutação e desenvolvimento deste bebê permite que a sua trajetória de vida seja relativamente contínua; permite-lhe, também, vivenciar situações fragmentárias ou harmoniosas, a partir da confiança que deposita no fato concreto de o segurarem, juntamente com fases reiteradas da integração que faz parte da tendência hereditária de crescimento. (...) Ele [o

bebê] passa a confiar nos processos internos que levam à integração em uma unidade. (D. W. Winnicott, 1968d, p. 86)

Somente após se consolidar certo grau de integração é que o indivíduo será capaz de ter experiências vividas como pessoais. A experiência de ser é considerada a mais simples de todas as experiências,<sup>21</sup> no entanto, uma série de fatores corriqueiros nos cuidados com o lactente pode interferir nessa experiência, cuja base é a sua continuidade, compreendendo o modelo de homem que, fundamentalmente, quer ser e continuar sendo.<sup>22</sup>

A continuidade do ser significa saúde. Se tomarmos como analogia uma bolha, podemos dizer que quando a pressão externa está adaptada à pressão interna, a bolha pode seguir existindo. Se estivéssemos falando de um bebê humano, diríamos “sendo”. Se, por outro lado, a pressão no exterior da bolha for maior ou menor que aquela em seu interior, a bolha passará a reagir à intrusão. Ela se modifica como reação a uma mudança no ambiente, e não a partir de um impulso próprio. Em termos do animal humano, isto significa uma interrupção no ser, substituída pela reação à intrusão. Cessada a intrusão, a reação também desaparece, e pode haver, então, um retorno ao ser. (D. W. Winnicott, 1988, p. 148 , grifos do autor).

Dessa forma, a continuidade do ser é uma necessidade primordial que de outra forma se converte em um viver reativo e aniquila o ser. A oposição inicial, sinteticamente, está em ser *versus* reagir. Em outras palavras, no início, a mãe-ambiente adaptada conduz o viver do bebê a seu modo, no seu tempo, atendendo-o de maneira sensível e acompanhando-o, como a uma bolha que segue pelo ar, de forma que ela permaneça o máximo possível seguindo seu próprio curso sem demasiadas interrupções. Tal como uma bolha, o bebê é sensível a todo tipo de acontecimento com ele.

Embora a mãe e o ambiente suficientemente bons não sejam perfeitos, possuem uma qualidade de adaptação às necessidades do bebê, que varia com o decorrer do tempo, de acordo com etapa do desenvolvimento em que o bebê se encontra, pois suas necessidades vão também se modificando.

---

<sup>21</sup> Winnicott, 1975, p. 114.

<sup>22</sup> Cf. Fulgencio, 2016, p. 31.

Com o tempo, o bebê começa a precisar da mãe para ser malsucedido em sua adaptação (...). Para uma criança, seria muito aborrecido continuar vivenciando uma situação de onipotência quando ela já dispõe dos mecanismos que lhe permitem conviver com as frustrações e dificuldades de seu meio ambiente. Viver um sentimento de raiva, que não se transforma em desespero, pode trazer muita satisfação.” (Winnicott, 1987l, pp. 5-6).

Não se trata, então, de superproteger o bebê de toda e qualquer falha ambiental. Menos ainda que a maternagem deva ser infalível. O enfoque está na construção de um vínculo especial entre a mãe e o bebê capaz de prover tudo o que é necessário para que ele se desenvolva sem grandes perturbações ao longo desse período inicial de dependência absoluta. Ainda assim, falhas relativas são comuns e podem ser corrigidas a tempo pela mãe, comunicando ao bebê que ele é amado e proporcionando-lhe segurança nos cuidados que reparam os erros.<sup>23</sup>

Acontece que este adaptar-se dos processos de maturação da criança é algo extremamente complexo, que traz tremendas exigências aos pais, sendo que inicialmente a mãe sozinha é o ambiente favorável. Ela necessita de apoio por esta época, que é melhor dado pelo pai da criança (digamos seu esposo), por sua mãe, pela família e pelo ambiente social imediato. Isso é terrivelmente óbvio mas apesar disso precisa ser dito. (D. W. Winnicott, 1965r, p. 81)

Winnicott considera a complexidade da tarefa da mãe e como tal, que ela é passível de cometer erros. Tendo isso em vista, ele assinala a necessidade da mãe ser cuidada e receber apoio de forma que possa encontrar sua maneira singular de exercer a maternagem com seu bebê, isto é, “a mãe se sente apoiada por seu marido [ou ambiente], e assim pode ser uma mãe adequada”.<sup>24</sup> Porém, ressalta um aspecto importante para a mãe poder dedicar-se a seu bebê: que haja o mínimo de interferências externas (médicos, enfermeiras e terceiros), visto que “a tarefa mais difícil [...] é saber como evitar perturbar aquilo que se desenvolve naturalmente nas mães”.<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> (D. W. Winnicott, 1987d, p. 98)

<sup>24</sup> (Winnicott, 1957m, p. 15)

<sup>25</sup> (Winnicott, 1957m, p. 14)

É necessário que saibamos olhar para o crescimento e desenvolvimento humanos, com todas as suas complexidades que são pessoais ou intrínsecas à criança, e sejamos capazes de dizer: houve, aqui, uma falha do fator “mãe dedicada comum”, e fazê-lo sem culpar quem quer que seja. [...] precisamos levar em conta a etiologia e ser capazes, se necessário, de dizer que algumas falhas de desenvolvimento com as quais nos deparamos decorrem do fator “mãe dedicada comum” em determinado momento ou ao longo de uma fase. Isto nada tem a ver com responsabilidade moral [...] (Winnicott, 1987e, pp. 6-7).

O termo “mãe dedicada comum” configura a mãe que é capaz de oferecer um ambiente promissor ao desenvolvimento emocional primitivo do bebê. Uma mãe cujo envolvimento e preocupação materna primária se instalam porque está em um “estado de sensibilidade exacerbada”<sup>26</sup> que se reflete em uma sintonia tal com o bebê, que uma comunicação profunda e silente se torna possível entre eles.

[...] *comumente* a mãe entra numa fase, uma fase da qual ela *comumente* se recupera nas semanas e meses que se seguem ao nascimento do bebê, e na qual, em grande parte, ela é o bebê, e o bebê é ela. [...] se baseia no contato sem atividade e que cria as condições necessárias para que se manifeste o sentimento de unidade entre duas pessoas, que de fato são duas, e não apenas uma. (Winnicott, 1987i, pp. 4-5, grifos do autor).

No princípio, a comunicação que se estabelece entre mãe-bebê e as condições para uma conexão afinada, é silenciosa e somente os seus efeitos são registrados pelo bebê, em forma de confiabilidade ou falta de confiabilidade.<sup>27</sup>

À medida que prossegue o amadurecimento e o bebê adquire um interior e um exterior, a confiabilidade do meio ambiente passa então a ser uma crença, uma introjeção baseada na experiência de confiabilidade (humana, e não mecanicamente perfeita). (D. W. Winnicott, 1968d, p. 87).

No período inicial da vida do bebê, é “só através da experiência repetida da confiabilidade ambiental que começam a ser constituídos os fundamentos do sentido de

---

<sup>26</sup> (D. W. Winnicott, 1958n, p. 401)

<sup>27</sup> Cf. Winnicott, 1987d, p. 98

ser, de ser real e de poder habitar num mundo real.” (Dias, 1999b, pp. 284-285). Isso porque a confiabilidade do ambiente é condição *sine qua non* para que a continuidade de ser do bebê prossiga sem grandes perturbações, o que permitirá ao bebê adquirir a noção de interno/externo e, ao longo do tempo, darão sentido ao ser.

Isto tudo tende ao estabelecimento de um self unitário; mas não é demais ressaltar que o que acontece neste estágio precoce depende da proteção do ego proporcionada pelo elemento materno da parêntese materno-infantil. *Pode-se dizer que uma proteção do ego suficientemente boa pela mãe (em relação a ansiedades inimagináveis) possibilita ao novo ser humano construir uma personalidade no padrão da continuidade existencial.* (D. W. Winnicott, 1965n, p. 59, grifos nossos)

Assim, vê-se uma estreita ligação entre o contato inicial mãe-bebê com a origem das bases da personalidade, que será desenvolvida em conformidade com o padrão ambiental predominante, refletindo no estado de saúde ou doença do bebê, permitindo ou não que ele avance em seu processo de amadurecimento a partir de um padrão pessoal (continuidade de ser a partir de si mesmo) ou reativo (interrompido tantas vezes que se estabeleceu um padrão de reação). A repetição da maneira que o ambiente entra em contato com o bebê estabelece o padrão e este padrão permite ou não que os processos naturais do desenvolvimento ocorram ou sejam impedidos ou, ainda, distorcidos.

Tudo isso é muito sutil, mas, ao longo de muitas repetições, ajuda a assentar os fundamentos da capacidade que o bebê tem de sentir-se real. Com esta capacidade, o bebê pode enfrentar o mundo ou (eu diria) pode continuar a desenvolver os processos de maturação que ele ou ela herdaram. (Winnicott, 19871, p. 5)

Nesta conjuntura, um ambiente predominantemente falho ocasiona uma sucessão ou padrão de falhas que interrompem a continuidade de ser do bebê, fragmentando sua linha de vida. Para continuar a ser é preciso haver confiabilidade do ambiente e, então, continuar sendo sem reagir, visto que o ambiente sustenta a dependência absoluta e se adapta, sendo previsível. Em decorrência dessa previsibilidade e adaptabilidade do ambiente configura-se uma área de ilusão: “O bebê vive, inicialmente, no mundo

subjetivo, habitando uma área de ilusão, sustentado ativamente pelo ambiente.” (Fulgencio, 2016, p. 42).

A sustentação do ambiente cria a ilusão de onipotência, a que Winnicott descreve como uma experiência de onipotência inicial ou “formas pelas quais a mãe concretiza exatamente aquilo que o bebê está pronto para procurar, de tal forma que ela lhe dá uma ideia das coisas que ele está pronto para procurar.”.<sup>28</sup> Nesse sentido, as coisas que se apresentam ao bebê seriam objetos subjetivos, criados por ele e encontrados em consonância com as suas necessidades. Quando as necessidades passam, tais objetos desaparecem e só voltam a aparecer de novo em outro momento que a necessidade surgir novamente.

No mundo subjetivo, tudo o que chega ao bebê, o seio, um manejo, um ruído, deve ter, para ele, o caráter de objeto subjetivo. Esses objetos são de tal natureza que não aparecem como destacados do si-mesmo do bebê e, portanto, não o surpreendem, não causam sobressaltos, chegam no momento exato e são do tamanho exato da sua capacidade para assimilá-los como parte dele. Sua forma de presença é tal que não denuncia a sua existência externa e, desse modo, não o obriga a reagir e não interrompe a sua continuidade de ser. O bebê não tem maturidade suficiente para suspeitar da existência de algo fora de seu controle. (Dias, 1999, p. 292).

Quando não há constância dessa sincronia entre as necessidades do bebê e a sustentação ambiental, de forma que o bebê venha a ser surpreendido frequentemente com gestos repentinos que lhe tiram de sua continuidade da existência, então o bebê não experimenta essa ilusão de onipotência que, em última instância, se relacionará, mais tarde, com sua confiança no mundo como um lugar que tem algo bom para lhe oferecer ou um mundo que o perturba e o incomoda.

Portanto, nesse período inicial da vida do bebê não há, para Winnicott, relação de objetos da realidade objetiva, nem mesmo objetos parciais porque até o seio não é, ainda, percebido como externo. Para se estabelecerem as relações objetivas, há que se ter tido, antes, a experiência de onipotência com um objeto subjetivo sendo criado pelo bebê diante de suas próprias necessidades.

---

<sup>28</sup> Winnicott, 1968d, p. 89.

O início das relações objetais é complexo. Não pode ocorrer se o meio não propiciar a apresentação de um objeto, feito de um modo que seja o bebê quem crie o objeto. O padrão é o seguinte: o bebê desenvolve a expectativa vaga que se origina em uma necessidade não-formulada. A mãe, em se adaptando, apresenta um objeto ou uma manipulação que satisfaz as necessidades do bebê, de modo que o bebê começa a necessitar exatamente o que a mãe apresenta. Deste modo o bebê começa a se sentir confiante em ser capaz de criar objetos e criar o mundo real. *A mãe proporciona ao bebê um breve período em que a onipotência é um fato da experiência.* Deve-se ressaltar que, ao me referir ao início das relações objetais, não estou me referindo a satisfações ou frustrações do id. Refiro-me às pré-condições, tanto internas como externas ao bebê, que proporcionam uma experiência do ego de uma amamentação satisfatória (ou uma reação à frustração). (D. W. Winnicott, 1965n, pp. 60-61, grifos nossos)

Dessa forma, em Winnicott não é possível que uma relação objetal se dê logo de início, após o nascimento. O bebê precisa que antes, um conjunto de condições lhe seja assegurado por um período de tempo para que tais relações se estabeleçam e, portanto, elas são uma conquista do desenvolvimento saudável.

Outro fator que se apresenta como pré-condição é a própria distinção dos objetos, como o reconhecimento eu/não-eu, que também é uma conquista do processo de desenvolvimento emocional primitivo, na medida que faz parte da importante tarefa da desilusão.

Na continuidade do processo de amadurecimento, sustentado pelo ambiente, essa ilusão de onipotência deixa de ser o padrão de relação com a realidade, ou seja, dessa realidade totalmente subjetiva do início, o bebê, na saúde, passa a relacionar-se com uma realidade transicional (a dos fenômenos e objetos transicionais) em direção à integração que permite o reconhecimento de uma realidade não-Eu objetivamente dada. *A onipotência é perdida ou destruída, mas a ilusão de relacionar-se com um mundo que diz respeito ao si mesmo, um mundo que pode ser operado a partir do si mesmo, sem perda em demasia da espontaneidade, permanece* (WINNICOTT, [1955] 2000a, [1988] 1990b). *Na saúde, essa área da ilusão, área dos fenômenos subjetivos, pode ser sobreposta à área objetiva da realidade externa, pode ser vivida em conjunção com a realidade criada-encontrada dos fenômenos transicionais; enquanto, na doença, tudo que é não-eu é intolerável*

(WINNICOTT, [1955] 2000a, p. 29). (Fulgencio, 2011, pp. 497-498, grifos nossos)

Com o reconhecimento do bebê de que suas necessidades não são atendidas de imediato e que, por isso mesmo, não dependem dele, mas de outro, inicia-se um processo de desilusão daquela onipotência inicial. Essa desilusão é importante para que o bebê reconheça que há algo além dele mesmo, há um outro, não-eu. Somente a experiência anterior de onipotência pode permitir que ele confie que não está desamparado e será atendido, ainda que não seja a seu tempo e a seu modo todas as vezes. Esses progressos no desenvolvimento são marcas adquiridas ao longo das experiências, vale lembrar, das experiências suficientemente boas que prevaleceram.

O modo como o bebê sinaliza o seu avanço se mostra na sua capacidade de tolerar, por exemplo, um tempo maior para o atendimento de uma necessidade, sempre amparado pelo manejo da mãe, que tranquiliza a criança de que logo será atendida. Quando o bebê cria o objeto de sua necessidade, mas este não o atende de imediato na realidade, o bebê começa a perceber que os objetos não vêm dele e, portanto, são não-eu. No entanto, ressalva-se que, nesse aspecto, o importante é desde que esse intervalo de tempo para atendê-lo não seja maior do que a capacidade de tolerância, de modo que a realidade se torne demasiada frustrante numa etapa em que não há recursos suficientes para administrá-la e proporcione uma sensação de desamparo.

As necessidades do bebê englobam um conjunto de necessidades de sustentação (*holding*) e de manejo sensível (*handling*), que cumprem uma função estruturante do psiquismo. Em outras palavras, ser segurado cuidadosa e firmemente para sentir-se estável (como era no útero)<sup>29</sup> – já que ainda não é capaz de dominar o próprio corpo, como sustentar sua cabeça – e outros aspectos como ser tocado de maneira sensível em momentos de banho, higiene e alimentação, ser afagado quando sentir cólica, entre outros, são exemplos de momentos corriqueiros da rotina de cuidados e necessidades significativas que interferem na continuidade de ser do bebê. Winnicott ilustra que:

Os cuidados com as crianças giram em torno do termo “segurar”, principalmente se permitirmos que seu significado se amplie à medida que o bebê cresce e que seu mundo vai se tornando mais complexo. (...) No início, porém, é o ato físico de segurar a estrutura física do bebê que vai resultar em

---

<sup>29</sup> Id., Ibid. pp. 151-152.

circunstâncias satisfatórias ou desfavoráveis em termos psicológicos. Segurar e manipular bem uma criança facilita os processos de maturação, e segurá-la mal significa uma incessante interrupção destes processos, devido às reações do bebê às quebras de adaptação. (...) *o processo de desenvolvimento é retardado pelas reações aos maus-tratos, que fragmentam a linha contínua que é a criança.* (D. W. Winnicott, 1968f, pp. 53-55, grifos nossos)

Aqui o autor acrescenta-se às falhas ambientais contínuas a caracterização de maus tratos que atrasam o desenvolvimento. Ele também diz que ou “a comunicação é silente (a confiabilidade tomada como certa), ou traumática (produzindo a experiência da ansiedade impensável ou arcaica).”<sup>30</sup>.

Assim, manter um ambiente previsível do ponto de vista do bebê e confiável na forma de cuidados e provisão ambiental nessa fase de dependência absoluta permite a organização dos sentidos da criança e a protegem de uma confusão que gera angústias e aflições extremas. Diz Winnicott:

A razão pela qual esta característica especial dos cuidados aos bebês deve ser mencionada, mesmo resumidamente, é que *angústias muito fortes são experimentadas nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional, antes que os sentidos estejam organizados, e antes que ali exista algo que possa ser chamado de um ego autônomo.* Na verdade, a palavra “angústia” é inútil, pois o tipo de aflição que o bebê sente neste estágio é muito parecido ao que se encontra por trás do pânico, e o pânico já é uma defesa contra a *agonia* [...] Consideremos dois bebês: um a quem se segurou muito bem (no sentido amplo que dou ao termo “segurar”), não havendo nada que impeça um rápido desenvolvimento emocional, de acordo com as tendências inatas. O outro não passou pela mesma experiência, isto é, não o seguraram suficientemente bem, e o resultado é que o seu desenvolvimento teve de ser deturpado e protelado, e algum grau da primitiva agonia estará sempre presente ao longo de sua vida. É possível dizer que, na experiência comum de segurar adequadamente o bebê, de tal forma que o bebê teve um ego desde o primeiro instante, um ego frágil e pessoal, mas impulsionado pela adaptação sensível da mãe, e pela capacidade desta em identificar-se com seu bebê no que diz respeito às suas necessidades básicas. A criança que não passou por esta experiência ou precisou desenvolver prematuramente o seu ego, ou, talvez, tenha se tornado extremamente confusa. (D. W. Winnicott, 1964c, pp. 31-32, grifos nossos)

---

<sup>30</sup> (D. W. Winnicott, 1970b, p. 201).

Winnicott estabelece uma clara conexão: a constituição subjetiva depende do processo de desenvolvimento que, por sua vez, depende do ambiente. Inversamente, as marcas deixadas pelo ambiente no processo de desenvolvimento (especialmente nas fases iniciais) vão aparecer na constituição e personalidade da criança.

As conquistas primordiais do desenvolvimento são a constituição do si-mesmo<sup>31</sup> (pelos processos de integração), a apropriação do corpo<sup>32</sup> (personalização) e o contato com a realidade (a princípio, relações com objetos subjetivos e, somente mais tarde, relação com objetos objetivamente percebidos).<sup>33</sup> Portanto, existem tendências que se sobrepõem no desenvolvimento e que o definem quando ocorreu e quando não ocorreu na vida de um ser humano.

O desenvolvimento do ego é caracterizado por várias tendências:

1 - A tendência principal no processo maturativo está contida nos vários significados da palavra integração. A integração no tempo se acrescenta ao que poderia ser denominado de integração no espaço.

2 - O ego se baseia em um ego corporal, mas só quando tudo vai bem é que a pessoa do bebê começa a ser relacionada com o corpo e suas funções, com a pele como membrana limitante. Usei a palavra personalização para descrever esse processo [...]

3 - O ego inicia as relações objetais. Com cuidado materno suficientemente bom de início, o bebê não está sujeito a satisfações instintivas a não ser quando há participação do ego. Neste aspecto, não é tanto uma questão de gratificar o bebê como de lhe permitir descobrir e se adaptar por si mesmo ao objeto (seio, mamadeira, leite, etc.). (Winnicott, 1965n, p. 58)

Toda circunstância ambiental no início da vida do bebê é importante, até mesmo algo tão sutil como a presença, de modo que o bebê não seja deixado a sós com seus próprios recursos,<sup>34</sup> precisando ele da vivacidade do ambiente: os batimentos cardíacos (da mãe ou do pai), sua respiração, cheiro e sons.<sup>35</sup> Conforme a mãe interage com o

---

<sup>31</sup> Id., 1988, pp. 136-142.

<sup>32</sup> Id., Ibid., pp. 143-145.

<sup>33</sup> Id., Ibid., pp. 136-142.

<sup>34</sup> Id., 1970b/1994, p. 76.

<sup>35</sup> Id., 1968d/1994, p. 88.

bebê e supre sua necessidade, promove-se a apresentação de objetos, isto é, a mãe apresenta-lhe o mundo em pequenas doses (a princípio o seio, que lhe parece surgir magicamente) e, com o passar do tempo, configura-se um padrão de apresentação e interação do bebê com o mundo.<sup>36</sup> Antes, porém, o bebê se vê no rosto da mãe e a mãe reflete em seu olhar, semblante, tom das conversações, brincadeiras, imitações<sup>37</sup> e devolve para o bebê aquilo que ele passa a enxergar em si mesmo, como resultado do que provoca nela. “É possível pensar no rosto da mãe como o protótipo do espelho. No rosto dela, o bebê vê a si próprio. Se ela estiver deprimida ou preocupada com alguma outra coisa, então é claro que o bebê não verá nada além de um rosto”.<sup>38</sup> Nesse sentido, o bebê passa a nutrir uma noção de si-mesmo a partir do retorno que tem da mãe.

Winnicott atribui tamanha relevância a esses aspectos humanos que não considera possível a um bebê existir sem que tenha, primeiro, sido atendido nestas necessidades básicas, podendo submetê-lo a um sofrimento que caracterizará uma agonia impensável.

[...] há um tipo de necessidade muito sutil, que só o contato humano pode satisfazer. Talvez o bebê precise deixar-se envolver pelo ritmo respiratório da mãe, ou mesmo ouvir e sentir os batimentos cardíacos de um adulto. Talvez seja-lhe necessário sentir o cheiro da mãe ou do pai, ou talvez ele precise ouvir sons que lhe transmitam a vivacidade e a vida que há no meio ambiente, ou cores e movimentos, de tal forma que o bebê não seja deixado a sós com os seus próprios recursos, quando ainda muito jovem e imaturo para assumir plena responsabilidade pela vida. *Por trás destas necessidades há o fato de que os bebês são sujeitos às mais terríveis ansiedades que se possa imaginar.* Se deixado a sós por muito tempo (horas, minutos), sem nenhum contato humano ou familiar, passam por experiências que só podem ser descritas através de palavras como ser feito em pedaços; cair para sempre; morrer e morrer e morrer; perder todos os vestígios de esperança de renovação de contatos. (D. W. Winnicott, 1987a, pp. 75-76, grifos nossos)

As sucessivas integrações entre psique e soma a partir da elaboração imaginativa dos sentimentos e funções somáticas<sup>39</sup> - “modo de dar sentido e valor aos

---

<sup>36</sup> Id., 1988/1990, p. 176.

<sup>37</sup> Id., 1968d/1994, p. 89.

<sup>38</sup> Id. Ibid.

<sup>39</sup> (D. W. Winnicott, 1954a, pp. 333-334)

acontecimentos existenciais”, segundo Fulgencio (2016, p. 36) - tanto alojam a psique no corpo, integrando-os, o que promove no bebê um estado de unidade, passando a habitar o próprio corpo e a apropriar-se dele, como dão início ao surgimento da vida psíquica em si. Se “[...] a psique está presente desde a origem da unidade psicossomática, ou seja, desde algum momento depois da concepção mas ainda no útero, e que o bebê nasce, pois, com uma psique.” (Fulgencio, 2016, p. 41) e esta, por sua vez, corresponde ao “colorido semântico dado às experiências corporais”, a vida psíquica é totalmente voltada para o corpo, onde ocorrem as experiências que disparam seu funcionamento.<sup>40</sup>

A parte psíquica da pessoa ocupa-se com os relacionamentos, tanto dentro do corpo quanto com ele, e com relacionamentos mantidos com o mundo externo. Emergindo do que se poderia chamar de elaboração imaginativa das funções corporais de todos os tipos e do acúmulo de memórias, a psique (especialmente dependente do funcionamento cerebral) liga o passado já vivenciado, o presente e a expectativa de futuro uns aos outros, dá sentido ao sentimento do eu, e justifica nossa percepção de que dentro daquele corpo existe um indivíduo. (D. W. Winnicott, 1988, p. 46)

Dito de outra forma, o sentimento do *eu* provém da elaboração imaginativa das funções corporais que organiza e dá sentido às experiências. As experiências registradas pela psique e as experiências sensoriais do soma unem-se à experiência de onipotência e se complementam dando fluidez ao processo de desenvolvimento.

*Pode-se dizer que somente a partir da não-existência é que a existência pode começar. É surpreendente quão cedo (até mesmo antes do nascimento e certamente durante o processo de nascimento) a percepção de um ego prematuro pode ser mobilizada. Mas o indivíduo não pode desenvolver-se a partir de uma raiz de ego se esta estiver divorciada da experiência psicossomática e do narcisismo primário. É somente aqui que começa a intelectualização das funções do ego, e pode-se observar aqui que tudo isto se acha a uma longa distância, no tempo antes do estabelecimento de qualquer coisa que possa ser utilmente chamada de self.* (D. W. Winnicott, 1974, p. 76, grifos do autor)

---

<sup>40</sup> cf. Fulgencio (2016, p. 41).

No início, portanto, há uma complexidade de fatores envolvidos no desenvolvimento emocional de um ser humano, anterior a qualquer noção de indivíduo como ego autônomo. Winnicott (1965n, p. 56) diz que “o começo é uma soma de começos”, sendo crucial fornecer as condições favoráveis para a mãe e o bebê, visto que ambos são indissociáveis no período de dependência absoluta, de forma que após o nascimento seja possível o estabelecimento de um vínculo afinado entre mãe-bebê, visando não só atender suas necessidades sem invadí-lo como também, e, ao mesmo tempo, promover trocas afetuosas que darão sentido às experiências.

Parece pertinente mencionar aqui que, quaisquer que sejam os fatores externos, é a visão que o indivíduo tem do fator externo que conta. Ao mesmo tempo é necessário lembrar, contudo, que há um estágio anterior àquele em que o indivíduo começa a repudiar o não-eu. De modo que há, neste estágio tão precoce, nenhum fator externo; a mãe é parte da criança. *Neste estágio o padrão da criança inclui a experiência com a mãe tal como ela é em sua realidade pessoal.* (D. W. Winnicott, 1965n, p. 59, grifos nossos)

Assim, nos primeiros meses de vida o bebê absorve para si todo o manejo recebido, e é extremamente sensível à previsibilidade ou imprevisibilidade do ambiente. O ego se inicia inseparável da existência da criança como pessoa e ele será forte ou fraco dependendo do apoio que recebe, ou seja, da capacidade da mãe em satisfazer a dependência absoluta do bebê, no começo, no estágio anterior à separação entre a mãe e o *self*, em que o meio ambiente real é de suma importância antes que possa distinguir o não-eu do eu.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> cf. Winnicott, 1965n, p. 55-56 e 61.

### 3.2. Agonias impensáveis

No período inicial da vida (até os quatro ou cinco meses, aproximadamente) antes da integração do indivíduo em uma unidade, um ambiente falho em sua adaptação e provisão ao bebê gera nele um tipo de angústia que Winnicott chamou de *agonias impensáveis* e representam o sofrimento máximo, com sérias consequências para o devir do bebê enquanto pessoa. Essas agonias são decorrentes da quebra na continuidade da linha de vida do bebê num momento de absoluta dependência.<sup>42</sup>

[...] fracassos na *confiabilidade* ambiental nos estágios iniciais produzem no bebê *fraturas da continuidade* pessoal, por causa das *reações ao imprevisível*. Estes eventos traumáticos conduzem consigo uma ansiedade impensável ou um *sofrimento máximo*. (D. W. Winnicott, 1968c, p. 153, grifos nossos)

Tais como fraturas, essas quebras geradas por reações marcam o desenvolvimento do indivíduo dali por diante. Um evento traumático nos momentos iniciais da vida do bebê caracteriza-se pela imprevisibilidade do ambiente. Com uma ocorrência traumática desse tipo, em vez de continuar sendo através da sua motilidade, o bebê reage frente ao ambiente invasivo. Assim, “a alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila. Ser e aniquilamento são as duas alternativas”. (Winnicott, 1960c, p. 47).

Dessa forma, se o bebê experimenta um ambiente imprevisível que ora o invade ora o desampara ele é quem terá de se adaptar (ou submeter-se) ao ambiente que, sendo imprevisível, exige que ele fique alerta, precavendo-se de novas ameaças, pois a “(...) interrupção da continuidade do ser pela intrusão [...] o obriga a reagir.”. (Winnicott, 1988, p. 155).

Devido a total e absoluta dependência do bebê ao seu ambiente-mãe. Winnicott diz que “na época do nascimento, um bebê não está preparado para uma invasão ambiental prolongada” (1949/1978, p. 325). Portanto, toda interrupção na continuidade de ser perturba-o e “os pormenores do modo como as invasões são sentidas, assim como a reação do bebê a elas, tornam-se, por sua vez, importantes fatores adversos ao desenvolvimento do ego”. (D. W. Winnicott, 1958f, p. 333)

---

<sup>42</sup> Winnicott, 1988, p. 153.

A fim de preservar um modo de vida pessoal já no início, o indivíduo precisa que as intrusões provocadoras de reações sejam mínimas. Todos os indivíduos buscam, na verdade, um novo nascimento, no qual a sua linha de vida não seja perturbada por uma quantidade de reações maior que a que pode ser experimentada sem que ocorra perda do sentimento de continuidade da existência pessoal. A saúde mental do indivíduo é fundada pela mãe que, por devotar-se ao seu bebê, pode adaptar-se ativamente a ele. Isto pressupõe um estado básico de relaxamento na mãe, e também uma compreensão do modo de vida individual do bebê, e isto também deriva de sua capacidade de identificar-se com ele. Esse relacionamento entre a mãe e o bebê inicia-se antes de o bebê nascer, e em alguns casos continua durante o nascimento e mesmo depois. (D. W. Winnicott, 1958f, p. 271)

Nesse sentido, o atendimento das necessidades do bebê nos primeiros meses após o nascimento dimensiona a importância não apenas dos cuidados básicos como também da adaptação do ambiente, de modo que, quando suficientes, sincronizam-se de maneira identificada e permitem ao bebê uma continuidade de sua existência pessoal com a menor intrusão possível. O mínimo aqui significa que há um limite de reações a ser experienciado e esse limite refere-se a uma característica própria de cada bebê, de modo que as variáveis envolvidas (a sua tolerância, a sua capacidade de recuperação e seu temperamento) são estritamente particulares. Assim, não se trata de impedir todo e qualquer evento adverso que venha a causar reações no bebê, tirando-o de sua continuidade imperturbada, ou, ainda, que uma situação difícil, que beira o desamparo, seja sempre uma vivência de agonia impensável, mas de uma adaptação sincrônica com suas necessidades em um relacionamento subjetivo que sustenta o bebê.

Ao preservar sua continuidade de ser, a mãe-ambiente está protegendo o bebê de uma ameaça de angústia que pode esfacelar sua existência.

[...] uma ameaça de “*ansiedade impensável*”, a *ansiedade primitiva ou arcaica que bebês bem-cuidados não experienciam na realidade*, antes de se acharem aparelhados para lidar com o fracasso ambiental através do autocuidado (maternagem introjetada). As *ansiedades impensáveis* desse tipo incluem: queda eterna; desintegração; despersonalização; desorientação. (D. W. Winnicott, 1989d, p. 108, grifos nossos)

Havendo, então, um desencontro no estabelecimento da comunicação mãe-bebê nos estágios iniciais, podem ocorrer interrupções na continuidade de ser do bebê, produzindo agonias impensáveis que causam as mais terríveis sensações: de queda, de desintegração, de despersonalização e de desorientação. Essas sensações são provocadas por falhas no *holding* e manejo, mas são sentidas pelo bebê como internas, pois ocorrem em um momento em que não há, ainda, um si-mesmo e, portanto, não há diferenciação interno/externo, eu/não-eu.

À época da dependência absoluta, com a mãe suprimindo uma função de ego auxiliar, tem-se de lembrar que o bebê ainda não separa o *não-eu* do *eu*: isto não pode acontecer separadamente do estabelecimento do *eu*. (D. W. Winnicott, 1974, p. 72)

Uma falha precoce e recorrente, tanto pela falta, quanto pelo excesso, tanto pelo adiamento, quanto pela antecipação, consiste em uma violação da continuidade de ser do bebê, que reage àquilo que o invade e produz uma agonia impensável. Em outras palavras, a falta de confiabilidade da mãe e do ambiente está diretamente associada às agonias impensáveis porque configuram falhas na proteção à continuidade de ser do bebê.

O bebê, diz Winnicott, “não ouve ou registra a comunicação mas apenas os efeitos da confiabilidade.” A confiabilidade materna é um traço inaparente e essencial que se faz sentir em todos os cuidados e os reúne em um mundo para o bebê, sem jamais falar de si mesma: é silenciosa. E, para Winnicott, ou bem a comunicação é silenciosa e a confiabilidade está garantida, ou bem é traumática, produzindo a experiência de uma angústia impensável ou primitiva (Winnicott 1970b [1969], p. 201). (Dias, 1999b, p. 298)

Quando há confiabilidade, o ambiente torna-se imperceptível porque permite ao bebê continuar a ser, ou seja, não invade nem desampara constantemente. O que o bebê capta do ambiente são efeitos que este lhe causa, ao longo do tempo, portanto, as falhas a que Winnicott refere-se são falhas fundamentais na qualidade do contato e da relação que a mãe estabelece com o recém-nascido, em sintonia com suas necessidades físicas, mas também emocionais, de modo que ele não sinta como fragmentada a sua

continuidade da existência e as suas experiências possam ser sustentadas e as falhas eventuais (e até inevitáveis) sejam reparadas.

(...) estas milhares de falhas relativas da vida cotidiana não devem ser comparadas às falhas fundamentais de adaptação – estas não geram raiva, pois o bebê ainda não está organizado para ficar com raiva do que quer que seja – a raiva implica manter na mente o ideal que foi destruído. Estas falhas básicas produzem nele uma *inacreditável ansiedade*. O conteúdo desta ansiedade pode ser assim expresso: (1) Ser feito em pedaços. (2) Cair para sempre. (3) Completo isolamento, devido à inexistência de qualquer forma de comunicação. (4) Disjunção entre psique e soma. (...) Não é possível pensar nas falhas *básicas* de adaptação como uma forma de comunicação. Não precisamos ensinar a um bebê que as coisas podem correr muito mal. Se correm mal e não são logo corrigidas, o bebê será afetado para sempre, seu desenvolvimento será deturpado, e a comunicação entrará em colapso. (D. W. Winnicott, 1968d, p. 88, grifos do autor)

Percebe-se que não se trata de uma maternagem impecável, mas antes, uma maternagem preocupada em corrigir as falhas tão logo sejam percebidas. Por outro lado, não se trata de quaisquer falhas, mas de um tipo específico: falhas fundamentais de adaptação do ambiente em acolher e atender as necessidades do bebê. Desde que o bebê nasce até, aproximadamente, quatro ou cinco meses de vida (na fase da dependência absoluta), a função do ambiente é proporcionar um bom início de vida, discernindo entre falhas que são passíveis de correção e outras que afetam de forma profunda a estrutura nascente do ego. Winnicott explica que:

O sentimento de que a mãe existe dura  $x$  minutos. Se a mãe ficar distante mais do que  $x$  minutos, então a imago se esmaece e, juntamente com ela, cessa a capacidade do bebê utilizar o símbolo da união. O bebê fica *aflito*, mas essa aflição é logo corrigida, pois a mãe retorna em  $x + y$  minutos. Em  $x + y$  minutos, o bebê não se alterou. Em  $x + y + z$  minutos, o retorno da mãe não corrige o estado alterado do bebê. O trauma implica que o bebê experimentou uma *ruptura na continuidade da vida*, de modo que *defesas primitivas agora se organizaram contra a repetição da 'ansiedade impensável' ou contra o retorno do agudo estado confusional próprio da desintegração da estrutura nascente do ego*. Temos de supor que a imensa maioria dos bebês nunca experimenta a quantidade de privação  $x + y + z$ . Isso

significa que a maioria das crianças não porta consigo, vida afora, o conhecimento da *experiência de ter sido louco*. A loucura, aqui, significa simplesmente uma *ruptura* do que possa configurar, na ocasião, *uma continuidade* pessoal de existência. Após a ‘recuperação’ da privação  $x + y + z$ , o bebê tem de começar de novo, permanentemente *privado da raiz* que poderia proporcionar *continuidade com o início pessoal*. (D. W. Winnicott, 1967b, pp. 135-136, grifos do autor)

Pode-se inferir, então, que o bebê recém-nascido tem uma tolerância  $x$  a essa ausência, com o passar do tempo, essa tolerância pode aumentar para  $x+y$ . Ao longo de repetidas experiências de confiabilidade, o bebê desenvolve a capacidade de tolerar um tempo maior e assim sucessivamente, se tudo ocorrer bem.

No entanto, as falhas ambientais pela privação maior que a capacidade do bebê em tolerar provocam nele a quebra de sua continuidade de ser quando este ainda não constituiu um si-mesmo ou um eu/não-eu discriminados.<sup>43</sup> Ao quebrar essa continuidade de ser, configura-se o trauma. O bebê que experimenta agonias impensáveis repetidamente e, que, portanto, perde a raiz da continuidade, fica impedido de emergir como um ser a partir de si mesmo e passa a reagir como padrão de existência. Tais agonias deixam marcas de ter sido louco e equivalem a uma ameaça do colapso ou ruptura do si-mesmo, que por sua vez afetam os processos básicos iniciais de integração, causando distorções na constituição do *self* e invertendo o processo de desenvolvimento.

(...) precisamos utilizar a palavra “colapso” para descrever o *impensável estado de coisas, subjacente à organização defensiva*. Notar-se-á que embora haja valor em pensar que, na área das psiconeuroses, é a ansiedade de castração que jaz por trás das defesas, nos fenômenos mais psicóticos que estamos examinando é um colapso do estabelecimento do *self* unitário. O ego organiza *defesas contra o colapso da organização do ego* e é esta organização a ameaçada. Mas o ego não pode se organizar contra o fracasso ambiental, na medida em que a *dependência* é um fato da vida. Em outras palavras, estamos examinando a *inversão do processo de amadurecimento do indivíduo*, e isto torna necessário reformular sucintamente os estágios iniciais do crescimento emocional. (D. W. Winnicott, 1974, p. 71, grifos nossos)

---

<sup>43</sup> Id., 1988, pp. 153-154.

As agonias impensáveis se referem a um estado impensável, um caos que mobiliza defesa porque ameaça a própria organização incipiente do ego. Esse sofrimento é de uma aflição extrema, pois o ego fica totalmente desamparado diante do ambiente, sendo colocado no limite da capacidade de um ser humano se sentir vivo, pois agonizar é a sensação que antecipa a morte.

Os efeitos das agonias impensáveis não se encerram na loucura experimentada pela situação traumática (intrusão ambiental), pelo contrário, elas engendram reações e defesas que vão configurar o próprio modo de ser do indivíduo (reativo), a fim de repudiar a todo custo uma nova experiência desse grau de intrusão.<sup>44</sup>

Portanto, as falhas de adaptação podem desencadear traumas graves, considerando que qualquer desencontro entre o ambiente e o indivíduo é sensível ao bebê absolutamente dependente de provisão ambiental. O fluxo do desenvolvimento emocional com os processos de maturação pode ser comprometido de forma distorcida ou deformada com o bebê sendo forçado a se defender tão precocemente, considerando que nesses primeiros meses o recém-nascido não dispõe de recursos para suportar vivências invasivas. Somente depois desse estágio (na dependência relativa) é que “o bebê passa a se habituar às interrupções da continuidade e se torna capaz de admiti-las, desde que elas não sejam intensas demais, nem excessivamente prolongadas”.<sup>45</sup>

Todas as falhas que poderiam engendrar a ansiedade inimaginável acarretam uma reação na criança, e esta reação corta a continuidade existencial. Se há recorrência da reação desse tipo de modo persistente, se instaura um padrão de fragmentação do ser. A criança cujo padrão é o de fragmentação da continuidade do ser tem uma tarefa de desenvolvimento que fica, desde o início, sobrecarregada no sentido da psicopatologia. (D. W. Winnicott, 1965n, p. 59)

Com o avanço dos processos de desenvolvimento, o bebê torna-se capaz de admitir falhas de quebra na sua continuidade, muito embora para isso ele precisará ter tido uma experiência eventual de ruptura e não uma constante fragmentação oriunda de falhas recorrentes. De outra forma, não há possibilidade de um bebê experienciar as interrupções frequentes em sua continuidade sem, com isso, mobilizar uma reação

---

<sup>44</sup> (Cf. D. W. Winnicott, 1953a)

<sup>45</sup> Cf. Winnicott, 1988, p. 150.

defensiva padrão. Segundo Winnicott (1987, p. 5), “É preciso lembrar que tudo aquilo que aparece numa idade ainda muito precoce necessita de muito tempo para estabelecer-se como um mecanismo mais ou menos estável nos processos mentais da criança.” e dessa forma, tanto a confiabilidade quanto as falhas ambientais precisam ser prolongadas no decorrer do tempo (primeiros meses) para que o bebê venha a estabelecer o seu padrão a partir do padrão do ambiente. Daí a gravidade de falhas contínuas ocorridas neste período inicial, caracterizando o mais grave dos traumas, conforme Fulgencio (2004):

(...) o mais grave dos traumas, aquele que *tornará impossível ou precária a organização do si mesmo e a estruturação da personalidade*. Para Winnicott, esse tipo de trauma corresponde a uma falha do ambiente no atendimento à necessidade básica do bebê: a de ser e continuar sendo. Esse tipo de falha prejudica a realização das tarefas básicas do processo de amadurecimento: a integração temporal e espacial do bebê, o estabelecimento da parceria psique-soma e a constituição do si mesmo. (Fulgencio, 2004, p. 265, grifos nossos)

A vivência sucessiva de falhas interrompe a continuidade de ser e quando a interrompe, o bebê fica tomado pela agonia impensável que, por fragmentar o *self*, deixa-o imerso no caos. A agonia impensável põe em funcionamento uma organização de defesa que, por sua vez, provoca mais rupturas na continuidade de ser. Sobre esse processo, Winnicott explica:

Em seguida a experiências traumáticas, *novas defesas são rapidamente organizadas*, mas na fração de segundo que ocorre antes que isso se dê, o indivíduo teve *rompida a linha contínua de sua existência*, rompida pela reação automática à falha ambiental. (...) indiquei as variedades de experiência de ansiedade “impensável” ou “psicótica”. Elas podem ser classificadas em termos da *quantidade de integração que sobrevive à catástrofe*:

Nenhuma integração é mantida – Desintegração

Uma certa integração é mantida – Queda eterna; ir em todas as direções; cisão somática; cabeça e corpo; ausência de orientação; perda de relacionamento dirigido com objetos;

A integração é mantida – meio ambiente físico imprevisível, ao invés de “imprevisível médio”. (D. W. Winnicott, 1968c, p. 155, grifos nossos)

Com essa classificação, Winnicott apresenta três graus de agonias impensáveis de acordo com a integração que sobrevive e de acordo, também, com o estágio de desenvolvimento em que o bebê se encontra. Nos primeiros dias e semanas, a angústia experimentada pelo bebê possui característica de desintegração e não resta integração alguma após o rompimento de sua continuidade de ser.

Nesta fase [de holding] o ego se transforma de um estado não-integrado em uma integração estruturada, de modo que o lactente se torna capaz de experimentar a ansiedade que é associada à desintegração. (D. W. Winnicott, 1960c, p. 44, grifos nossos)

Dessa forma, a defesa é organizada contra algo impensável (a desintegração), visto que no início o bebê não dispõe de recursos para representar, simbolizar e sequer registrar a experiência. As marcas no desenvolvimento é que levam ao conhecimento de que houve essa ruptura da continuidade e colapso da organização do ego. Mas a defesa tem por finalidade proteger o *self* da repetição dessa angústia psicótica, um “agudo estado confusional próprio da desintegração da estrutura nascente do ego”.<sup>46</sup>

O aniquilamento significa que não há mais esperança. O bebê não constrói a capacidade de acreditar em..., de confiar. O que os traumas de que estamos falando atingem não é nada de mental ou psicológico, nem ainda uma instância do aparelho psíquico. *Eles afetam a pessoa do bebê no seu âmago.* (Dias, 1998, p. 256, grifos nossos).

Ao bebê em sofrimento com as agonias impensáveis só resta recorrer à cisão, defesa primária básica.<sup>47</sup> Para defender o próprio *self* de tamanha ameaça organiza uma defesa que separa e isola o núcleo do *self*: a cisão.

A cisão é um estado essencial em todo ser humano, mas não é necessário que ele se torne significativo se a camada protetora da ilusão se tornou possível através do cuidado materno. Na ausência de uma adaptação ativa

---

<sup>46</sup> Cf. (D. W. Winnicott, 1971a, p. 136).

<sup>47</sup> Cf. (D. W. Winnicott, 1970b, p. 201).

suficientemente boa, a cisão se torna significativa (...). (D. W. Winnicott, 1988, p. 158)

A cisão patológica consiste numa reação defensiva radical para isolar o *self* de seu aniquilamento, típica dos quadros psicóticos, e, como consequência, o bebê submete-se ao ambiente, submissão esta que caracteriza o falso *self*.

A partir de uma percepção e de uma relação criativa com o mundo, o bebê pode se tornar capaz de sujeitar-se sem perder a dignidade. Quando predomina o padrão contrário, e a submissão prevalece, ocorre a doença, e se estabelece uma base muito insatisfatória para o desenvolvimento do indivíduo. (D. W. Winnicott, 1968d, p. 92)

Como consequência dessa base insatisfatória para o desenvolvimento, originária das vivências repetidas de agonias impensáveis e rupturas na continuidade de ser, organizam-se como defesa mecanismos de cisão entre verdadeiro e falso *self*, isto é, “a raiz do verdadeiro *self* dotado de espontaneidade permanece relacionada onipotentemente ao mundo subjetivo, incomunicável e o falso *self* baseado na submissão (destituído de espontaneidade) relaciona-se com o que chamamos de realidade externa”.<sup>48</sup> O verdadeiro *self* é sacrificado, o que empobrece a psique (capacidade simbólica, poética, vida cultural), pois perde-se o contato com os impulsos e a espontaneidade, enquanto que a mente se desenvolve artificialmente, tentando atender às imposições externas e mantendo-se alerta ao meio com vistas a antecipar outra ameaça. Esse funcionamento serve o propósito de proteger o verdadeiro *self* e, ao mesmo tempo, lidar com o mundo. Contudo, essa não é a única possibilidade de organização que pode ocorrer, seria esta a melhor das hipóteses.

O falso *self* pode adequar-se muito bem ao padrão familiar, ou talvez a uma perturbação da mãe, e pode ser muito facilmente tomado como sinal de saúde. Não obstante, implica uma *instabilidade* e uma *propensão ao colapso*. (D. W. Winnicott, 1958q, p. 148, grifos nossos)

---

<sup>48</sup> Cf. Winnicott, 1988, p. 158.

Dependendo das falhas sofridas, a frequência em que ocorreram e a etapa em que o bebê se encontrava em seu desenvolvimento, poderá se estabelecer um contato pela reatividade em detrimento da espontaneidade e consequências mais graves podem advir dessas variantes ineficiências maternas, provocando uma distorção e imaturidade do ego, como personalidade esquizoide, esquizofrenia infantil ou latente e autismo, por exemplo. (cf. Winnicott, 1960c, pp. 57-58).

A quebra na continuidade da existência gera uma série de efeitos a partir das agonias impensáveis, que marcam para sempre a vida do indivíduo. Essa será sua busca na análise: recuperar a confiabilidade do ambiente para poder continuar a ser sem rupturas, a partir de si mesmo. Em outras palavras, o indivíduo precisa recuperar seu desenvolvimento que ficou estagnado. Diz Winnicott:

Essa é a raiz de seu sofrimento: não pode ter esperanças, não pode ser surpreendido, não pode acontecer – seu processo de amadurecimento está estagnado. A vida está presa a uma perpétua repetição de seu sofrimento. Contrariamente à saúde, esses indivíduos não desenvolvem um senso de existir, nem podem realizar alguns de seus potenciais, não conseguem *brincar*. (D. W. Winnicott, 1986b, p. 282, grifo do autor)

O oposto da saúde do indivíduo é a falta de um sentimento de existir, de ser real. Assim, o alcance que as agonias impensáveis (vale dizer, recorrentes ou intensas demais) têm na constituição do indivíduo será comprometedor para sua saúde mental. Para Winnicott, “a saúde mental de cada criança é possibilitada pela mãe, enquanto esta preocupa-se com a criação de seus filhos. [...] A saúde mental, portanto, é o produto de um cuidado incessante que possibilita a continuidade do crescimento emocional”. (D. W. Winnicott, 1953a, p. 306).

À primeira vista pode parecer uma posição radical em relação à mãe, mas no exercício cotidiano da maternidade muitos fatores acabam por interferir na qualidade dos cuidados que a mãe pode oferecer ao seu bebê. De todo modo, a saúde é o natural se o ambiente se adapta para atender as necessidades do bebê, com a ressalva de que essa adaptação é gradativa, pois as necessidades do bebê também o são.

(...) razão que justifica o estudo do desenvolvimento emocional em suas primeiras fases: é muitas vezes possível detectar e diagnosticar distúrbios emocionais ainda na infância, até mesmo durante o primeiro ano de vida. É

evidente que a época certa para o tratamento de um tal distúrbio é a época mesma de seu início, ou um momento tão próximo desta quanto possível. (D. W. Winnicott, 1958j, p. 4)

Nesse sentido, as agonias impensáveis configuram uma angústia proveniente do trauma do rompimento ou fratura na continuidade de um ser que sequer estava integrado. Como elas ocorrem antes da integração ser alcançada e mantida, deixam uma marca profunda na estrutura desse ser que está por iniciar-se na vida.

O trauma implica que o bebê experimentou uma ruptura na continuidade da vida, de modo que defesas primitivas agora se organizaram contra a repetição da ‘ansiedade impensável’ ou contra o retorno do agudo estado confusional próprio da desintegração da estrutura nascente do ego. (D. W. Winnicott, 1967b, p. 135)

O que o bebê sente com esse tipo de agonia traumática é traduzido por um estado de confusão aguda em meio a um desamparo que, como se houvera sofrido uma implosão, as suas conseqüências são ou a queda eterna, ficando em suspenso, ou a desintegração, quebrando-o em inúmeros fragmentos que se espalham ou o cinde, provocando uma rachadura irreparável. Sua personalidade será erguida sobre esse frágil terreno, impróprio para o desenvolvimento emocional.

Bebês que foram significativamente “desapontados” uma vez ou em um padrão de fracassos ambientais (relacionados ao estado psicopatológico da mãe ou do substituto materno). Estes bebês *portam consigo a experiência da ansiedade impensável ou arcaica*. Sabem o que é estar em um *estado de confusão aguda* ou conhecem a *agonia da desintegração*. Sabem o que é ser deixado cair, cair eternamente, ou cindir-se em desunião psicossomática. Em outras palavras, experienciaram *trauma*, e suas personalidades têm de ser construídas em torno da reorganização de defesas que seguem os traumas, defesas que devem precisar reter aspectos primitivos, tais como a cisão da personalidade. (D. W. Winnicott, 1970b, p. 201, grifos nossos)

Winnicott marca, assim, uma diferença na concepção da angústia primária do ser humano, distinta daquela concebida por Freud e mesmo da que Klein postulou, embora ela se refira ao período pós-natal. O próprio autor faz essa distinção demarcando que só

pode conceber um contexto inicial de amálgama mãe-bebê, o que resulta em um tipo de angústia diferente. Ele demonstra que partiu deste princípio apontado inicialmente pelo próprio Freud:

Os mecanismos de defesa do ego foram gradativamente formulados. Supunha-se que esses mecanismos eram organizados em conexão com a ansiedade que se derivava da tensão instintiva ou da perda do objeto. Esta parte da teoria psicanalítica pressupõe uma separação do *self* e a estruturação do ego, e talvez um esquema corporal pessoal. No ponto da parte principal deste artigo este estado de coisas não pode mais ser presumido. A discussão se centra ao redor do estabelecimento exatamente deste tipo de coisas, isto é, a estruturação do ego que gera a ansiedade da tensão instintiva ou da perda do objeto. *A ansiedade nesse estágio não é ansiedade de castração ou de separação; ela se relaciona com outras coisas, e é, na verdade, ansiedade quanto ao aniquilamento (...)*. Na teoria psicanalítica, os mecanismos de defesa do ego fazem parte mais da ideia de uma criança que tem independência e uma organização defensiva pessoal verdadeira. Nesta fronteira, as pesquisas de Klein acrescentam mais à teoria de Freud ao clarificar a *inter-relação entre as ansiedades primitivas e os mecanismos de defesa*. O trabalho de Klein se refere à infância mais precoce, e chama atenção para a importância dos impulsos agressivos e destrutivos que estão situados mais profundamente do que aqueles que são reativos à frustração e relacionados ao ódio e à raiva; também no trabalho de Klein há uma dissecação das defesas *primitivas contra ansiedades primitivas*, ansiedades que fazem parte do primeiro estágio da organização mental (*splitting*, projeção e introjeção). O que é descrito no trabalho de Melanie Klein faz parte claramente da vida do lactente nas fases iniciais e é o período de dependência de que trata este estudo. Melanie Klein tornou claro que ela reconhecia que o ambiente era importante neste período e de várias formas em todos os estágios. Sugiro, contudo, que seu trabalho e o de seus colaboradores deixaram aberto para consideração posterior o desenvolvimento do tema da dependência completa, que é a que aparece na frase de Freud: “(...) O lactente, desde que se inclua nele o cuidado que recebe de sua mãe (...)”. Não há nada no trabalho de Klein que vá contra a ideia de dependência absoluta, mas me parece não haver nenhuma referência específica ao estágio em que *o lactente existe tão-somente por causa do cuidado materno, junto com o qual ele forma uma unidade*. (D. W. Winnicott, 1960c, p. 42, grifos nossos)

Reforçando essa distinção de Winnicott, em que o próprio autor difere sua concepção das anteriores concepções de Freud e Klein, ele também argumenta especificamente quanto à ansiedade de castração:

Freud estabeleceu a importância do inconsciente reprimido, e em seu estudo da neurose chegou a um ponto crucial, sem dúvida o mais difícil em termos de aceitação geral, que denominou complexo de Édipo, com a *ansiedade de castração* como uma complicação inerente. Freud chamou a atenção para a vida instintiva da criança humana e para o fato de estarem *relacionados à vida instintiva, conjuntamente com a fantasia total do instinto*, as dificuldades principais que se originam em indivíduos normais, isto é, crianças que ultrapassaram os estágios iniciais essenciais do desenvolvimento emocional *sem distorção demasiada*. Neurose, desta forma, pode ser conceituada como evidência de tensão da ambivalência no relacionamento entre *peessoas “inteiras”* relativamente normais. (D. W. Winnicott, 1958h, p. 107, grifos nossos)

Portanto, a agonia impensável ocorre numa fase do desenvolvimento em que a dependência do ambiente é absoluta, sem qualquer consciência a esse respeito. Mais ainda, é anterior a qualquer distinção eu/não-eu e é, ainda, impensável porque não há como pensar sobre ela, lidar com ela de qualquer maneira catalográfica, que seja capaz de discernir de onde veio, como ocorreu e o que causou. Não há condições, no bebê, para lidar com ela a não ser por uma reação defensiva.

Não obstante, o trauma ocorreu e ficou registrado. Esse fato, guardado no inconsciente, não pode ser uma representação que o EU faria de tal ou tal acontecimento, dado que esse EU ainda não está lá: “Neste contexto especial, o inconsciente quer dizer que a integração do ego não é capaz de abranger algo. O ego é imaturo demais para reunir todos os fenômenos dentro da área da onipotência pessoal” (Winnicott, 1974/1994, p. 73). À angústia aí vivida é denominada por Winnicott “agonia impensável” [unthinkable anxiety] (cf. em Winnicott, 1989vh/1994, p. 99),<sup>12</sup> dado que há um EU integrado que pode pensar ou mesmo ter essa experiência. Assim, um dos aspectos desses elementos inconscientes guardados – ou congelados pelo indivíduo, como explicita Winnicott (1955d/2000) – corresponde a algo vivido, mas que não pode ser experienciado, como uma morte fenomenal (1974/1994), que permaneceria como um dado inconsciente à espera de melhores condições

para ser retomado e integrado na área do self (1960c/1983). (Fulgencio, 2013a, p. 152)

O fato ocorrido, aquilo que fez interromper a continuidade de ser e aquilo que gerou uma angústia dessa natureza não tem qualquer representação ou simbolização porque não havia um eu que pudesse fazê-lo, pondo em funcionamento esses atributos que pertencem ao ego. Nesse momento inicial, só pode ser sentido o impacto de uma agonia impensável através de suas defesas e esse é o dado psíquico que pode revelar o tipo de falha ou de situação traumática.

Muitos outros adjetivos poderiam qualificar esse tipo de inconsciente (cindido, não sustentado no tempo, não representacional etc.), especialmente ligando-o a acontecimentos patológicos, a falhas ambientais, à impossibilidade de integração de acontecimentos vividos em função da imaturidade do indivíduo, a não acontecidos, a elementos cindidos no indivíduo. Esse conjunto de adjetivos nos levaria a considerar, então, no caso da patologia, um inconsciente impensável ou agonias impensáveis, um inconsciente congelado, enfim, um inconsciente que difere do inconsciente reprimido tal como Freud propôs. O que importa aqui é a caracterização do tipo de dado que se torna inconsciente, mostrando que estamos num campo em que não é uma representação (seja a representação de coisa, seja a representação de palavra, ou melhor, “representação por meio de palavras [conceitos]”) que é tornada inconsciente, mas outro tipo de dado psíquico. (Fulgencio, 2013a, p. 153)

Sendo assim, as agonias impensáveis congelam um trauma sofrido no início da vida, em que algo causou uma ruptura na continuidade do ser. Esse fato pode ser qualquer coisa intensa que, para o bebê, seja invasivo ou mesmo inesperado.

O bebê está habitando numa continuidade de ser, tendo como garantido o ambiente sustentador. Repentinamente, alguma coisa imprevisível ocorre: algo lhe é apresentado sem que tenha partido da necessidade e ele precisa reagir a isso; ou ele faz o gesto que “busca alguma coisa em algum lugar” e não encontra nada; ou sente que não está bem seguro e desenvolve um estado de alerta; ou sente que está pensando na mãe, ou necessita que a vivacidade do ambiente seja assegurada, mas a mãe está deprimida, etc. O bebê é surpreendido pelo inesperado e sente quebrada a sua linha de vida. É como um alçapão que se abre no chão tomado como certo. (Dias, 1998, p. 254)

O inesperado causa o sobressalto que quebra a continuidade de ser do bebê, gerando nele a agonia impensável devido à súbita intrusão. No entanto, o trauma se constitui da reação que o bebê automaticamente é obrigado a ter para defender-se.

A ruptura de sua continuidade força o bebê a reagir e essa reação forçosa, sendo constante, “proíbe o eu de se constituir” (Dias, 1998, p. 255). Em outras palavras, deixar de ser em sua continuidade e precisar reagir é o mesmo que ser atingido logo no início da experiência de um si-mesmo, equivalendo à experiência de morte em vida, à impossibilidade de ser.

### 3.2.1. Caracterização-Definição

Por definição, as agonias impensáveis ou primitivas possuem características desagregadoras no processo de desenvolvimento e cada qual se associa a uma defesa que, de certa maneira, as complementam:

É possível listar as agonias primitivas (*ansiedade*, aqui, não é uma palavra suficientemente forte), entre as quais apresentamos as seguintes:

1. Retorno a um estado não-integrado (Defesa: desintegração).
2. Cair para sempre (Defesa: sustentar-se/*self-holding*).
3. Perda do conluio psicossomático, fracasso da despersonalização (Defesa: despersonalização).
4. Perda do senso do real (Defesa: exploração do narcisismo primário, etc).
5. Perda da capacidade de relacionar-se com objetos (Defesa: estados autistas, relacionados apenas a fenômenos do *self*). (D. W. Winnicott, 1974, p. 72)

Outras menções sobre a definição das agonias impensáveis são:

A ansiedade inimaginável tem só umas poucas variedades, sendo *cada uma a chave de um aspecto do crescimento normal*. 1- Desintegração. 2- Cair para sempre. 3- Não ter conexão alguma com o corpo. 4- Carecer de orientação. (D. W. Winnicott, 1965n, pp. 56-57, grifos nossos)

Deve-se notar que *toda distorção do processo de desenvolvimento infantil é acompanhada por uma ansiedade inimaginável: ser feito em pedaços; cair para sempre; fracasso total na relação objetal*, etc. (Winnicott, 1996, p. 96, grifos nossos). Notas preliminares para “Communication between infant and mother, and mother and infant, compared and contrasted” com data de 20 de novembro de 1967.

O conteúdo desta ansiedade pode ser assim expresso: (1) Ser feito em pedaços. (2) Cair para sempre. (3) Completo isolamento, devido à inexistência de qualquer forma de comunicação. (4) Disjunção entre psique e soma. (D. W. Winnicott, 1968d, p. 88, grifos do autor)

(...) experiências que só podem ser descritas através de palavras como ser feito em pedaços; cair para sempre; morrer e morrer e morrer; perder todos os vestígios de esperança de renovação de contatos. (D. W. Winnicott, 1987a, pp. 75-76, grifos nossos)

O mais próximo que dele podemos chegar é tomar o que se acha disponível na ansiedade psicótica, tais como a. desintegração; b. sentimentos de irrealidade; c. falta de relacionamento; d. despersonalização ou falta de coesão psicossomática; e. funcionamento intelectual ex-cindido; f. queda eterna; g. terapia eletroconvulsiva (ETC), com pânico como sentimento generalizado, o que pode conter qualquer um dos acima mencionados. (D. W. Winnicott, 1989vk, p. 100)

Com essas descrições, as agonias impensáveis são definidas por sensações que ameaçam a existência e mobilizam defesas que recorrem a uma auto-proteção para que se possa continuar existindo de alguma forma, ainda que em sigilo. Elas poderiam ser enumeradas da seguinte maneira, cada qual com suas características:

- 1) Ser feito em pedaços – Retorno a um estado não-integrado – Desintegração
- 2) Cair para sempre – Queda eterna
- 3) Perda do conluio psicossomático – Não ter conexão alguma com o corpo – Disjunção entre psique e soma
- 4) Perda da capacidade de relacionar-se com objetos
- 5) Fracasso total na relação objetal – Perder todos os vestígios de esperança de

- 6) Perda do senso do real – Carecer de orientação – Sentimentos de irrealidade
- 6) Funcionamento intelectual ex-cindido
- 7) Terapia eletroconvulsiva, com pânico como sentimento generalizado
- 8) Morrer, morrer e morrer.

Percebe-se que todas essas características e sensações de agonias impensáveis abrangem um estado caótico que demonstra a gravidade do esfacelamento causado na estrutura desse ser que se inicia. Os seus conteúdos referem-se à impossibilidade de ser e continuar sendo.

As agonias impensáveis, como se pode ver, não estão referidas a conteúdos de uma existência já fundada (como no caso da angústia de castração); elas ameaçam a própria existência do indivíduo, remetem ao perigo extremo de o indivíduo cair fora da existência, de que a existência enquanto tal não se dê ou se perca. É preciso supor uma espécie de morte psíquica. “A morte para um bebê nos estágios iniciais, significa algo bem definido, ou seja, a perda do ser em razão de uma reação prolongada contra a intrusão ambiental” (1954-70: NH, 156) (Dias, 1998, p. 255)

O impedimento de existir ou a perda do ser equivalem, para Winnicott, à morte psíquica. Se o ambiente não permite que o ser possa existir e continuar sendo a partir dele mesmo, invadindo-o na maioria das oportunidades de contato, ou então, não amparando o ser do bebê e o abandonando em suas necessidades (que não se resumem às necessidades de fome e higiene), o sentimento que prevalece é o de que sua existência ou é impedida ou é irrelevante.

É preciso ter clareza sobre a gravidade da ofensa. Estupro, ser devorado por canibais, diz Winnicott, são bagatelas, comparados com a violação do núcleo do si-mesmo, alteração dos elementos centrais do si-mesmo pela comunicação varando as defesas. Por isso, as experiências traumáticas que produzem ameaça de aniquilamento e levam à organização das defesas primitivas de caráter esquizofrênico, “fazem parte da ameaça ao núcleo isolado, ameaça se ele ser encontrado, alterado e de haver comunicação com ele” (1963: APM, 170). O *breakdown* da agonia impensável traz a assustadora fantasia de estar totalmente descoberto, de ser “infinitamente explorado”. (1963: APM, 163). (Dias, 1998, pp. 256-257)

Trata-se, então, de uma verdadeira ofensa, mais grave que qualquer outra violação que se possa enfrentar porque experimenta um grau extremo de vulnerabilidade que expõe o núcleo do *self* e causa uma sensação caótica de desintegração.

### 3.2.2 Surgimento e desenvolvimento do conceito ao longo da obra

Em uma linha cronológica do surgimento do conceito de agonias impensáveis na obra de Winnicott, encontram-se referências datadas de 1958 em diante, ainda que não haja um termo único mencionado. Somente em 1963 é que o termo aparece como ‘agonias impensáveis’, como forma de enfatizar o teor dessa angústia a que o autor se refere, distinta dos outros tipos de angústia formulados até então pela psicanálise.

Embora se encontrem referências a essas agonias em textos dos anos 50, é em um texto de 1960 que Winnicott começa a falar delas com o nome de angústias impensáveis (untinkable anxiety). Mais tarde, em 1963, ele preferirá o termo agonias primitivas ou impensáveis, assinalando que “a palavra angústia (anxiety) não é suficientemente forte (strong) neste caso.” (1963: Ex1, 114). (Dias, 1998, p. 257)

A seguir, listam-se os textos nos quais referências ao conceito podem ser encontradas:

“Ansiedade associada a insegurança” (1958d; 4:1:55);

“Definição teórica do campo da psiquiatria infantil” (1958q; 5:4:421);

“Teoria do relacionamento paterno-infantil” (1960c; 6:1:141);

“Observações adicionais sobre a teoria do relacionamento parento-filial” (1962c; 6:3:359);

“O recém-nascido e sua mãe” (1964c; 7:1:41).

“A integração do ego no desenvolvimento da criança” (1965n; 6:3:389);

“A localização da experiência cultural” (1967b; 7:3:429);

“A etiologia da esquizofrenia infantil em termos do fracasso adaptativo” (1968a; 8:1:161);

“O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva”(1968c; 8:1:183);

“A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências”(1968d; 8:2:227);

“A dependência nos cuidados infantis”(1970a; 9:2:249);

“A experiência mãe-bebê na mutualidade” (1970b; 9:1:131);

“O medo do colapso” (1974; 6:4:523);

“Notas preliminares para ‘Communication between infant and mother, and mother and infant, compared and contrasted’”(1987d);

“O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família” (1989d; 7:2:169);

“A Psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise” (1989vk; 7:2:229);

“Nota adicional sobre transtorno psicossomático” (1989vm; 9:1:95).

Para fins de especificação, destacam-se em particular dois textos em que o autor explana de maneira contundente sobre o conceito:

“O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva”(1968c; 8:1:183);

“O medo do colapso” (1974; 6:4:523).

Ao longo da obra, Winnicott desenvolveu o conceito partindo da perspectiva do desenvolvimento e das etapas que se sucedem, mas principalmente de suas observações clínicas com seus pacientes. Nos primeiros textos, o fenômeno e/ou conceito ao qual Winnicott se refere, está presente sem, contudo, estar nomeado, com em 1958, no texto “Definição teórica do campo da psiquiatria infantil”, em que afirma, reconhecendo que havia ansiedades de outra natureza na criança, que elas estavam relacionadas à origem das psicopatologias:

Antes desse estágio a que acabo de me referir, no qual a criança envolve-se essencialmente em relacionamentos triangulares, há um estágio em que a criança encontra-se envolvida apenas com a mãe, tendo essa relação, porém, o caráter de encontro entre dois seres humanos integrais. A separação entre esse estágio e aquele em que a criança se envolve em relacionamentos triangulares é um tanto artificial; a primeira infância, porém, é um estágio

importante, e suas ansiedades são de natureza diferente, tendo a ver com a ambivalência, isto é, o direcionamento de amor e ódio ao mesmo objeto. A condição psiquiátrica relativa a este estágio manifesta-se mais como distúrbios afetivos, depressão e paranóia e menos como neurose.

Ainda antes disso, o bebê encontra-se num estado de alta dependência e engaja-se em certas tarefas preliminares essenciais, como, por exemplo, a integração unitária da personalidade, a conformação da psique ao corpo e o estabelecimento dos primeiros contatos com a realidade externa. O estado de dependência da criança é tal que estas primeiras tarefas não podem ser realizadas na ausência de um apoio materno suficientemente bom. *As patologias derivadas desse primeiríssimo estágio assumem a natureza da psicose, isto é, dos distúrbios agrupados sob a denominação geral de esquizofrenia (...) é nesse estágio que se lançam as fundações da saúde mental.* (Winnicott, 1958q, pp. 151-152, grifos nossos)

E ainda em 1958, no texto “Ansiedade associada a insegurança”, ele diz sobre a defesa da desintegração contra um “tremendo sofrimento”:

É possível detectar a desintegração que ocorre como defesa organizada contra o tremendo sofrimento [*pain*] das várias angústias associadas ao estado plenamente integrado. A desintegração desse tipo pode ser utilizada mais tarde como base para um estado patológico caótico que, na verdade, representa um fenômeno secundário e que não está diretamente relacionado ao caos primário do indivíduo. (Winnicott, 1958d, p. 117)

No texto “Teoria do relacionamento paterno-infantil” (1960c), as agonias impensáveis estão referidas como resultado de falhas nos cuidados maternos. Nesse texto Winnicott descreve o processo de interrupção da continuidade de ser do bebê e a reação do bebê frente aos efeitos da falha ambiental. Ele diz:

É axiomático nestes temas do cuidado materno do aspecto holding que quando as coisas vão bem o lactente não tem meios de saber o que está sendo provido adequadamente e o que está prevenido. Por outro lado, é quando as coisas não vão bem que o lactente se torna perceptivo, não de uma falha do cuidado materno, mas dos resultados, quaisquer que sejam, dessa falha; quer dizer, o lactente se torna consciente de reagir a alguma irritação. Como resultado disto, no cuidado materno há a ereção no lactente de uma

continuidade de ser que é a base da força do ego; enquanto que o resultado de cada falha no cuidado materno é que a continuidade de ser é interrompida por reações às conseqüências desta falha, do que resulta o enfraquecimento do ego. Tais interrupções constituem aniquilamento, e são evidentemente associadas a sofrimentos de qualidade e intensidade psicótica. Nos casos extremos o lactente existe somente na base da continuidade de reações a irritações e da recuperação de tais reações. Isto contrasta enormemente com a continuidade de ser que é a minha concepção de força do ego. (Winnicott, 1960c, p. 51)

Em 1962, Winnicott se refere ao conceito como “ansiedade inimaginável” e novamente faz referência à “chave de um aspecto do crescimento normal” como sendo o oposto de cada sensação expressa. Ele diz:

A ansiedade inimaginável tem só umas poucas variedades, sendo *cada uma a chave de um aspecto do crescimento normal*. 1- Desintegração. 2- Cair para sempre. 3- Não ter conexão alguma com o corpo. 4- Carecer de orientação. Pode-se reconhecer que essas são especificamente a *essência das ansiedades psicóticas*, e pertencem, clinicamente, à esquizofrenia ou ao aparecimento de um elemento esquizóide oculto em uma personalidade não-psicótica nos demais aspectos. (D. W. Winnicott, 1965n, pp. 56-57, grifos nossos)

Dias (1998, p. 258) analisa que “no texto de 1960, as angústias são relacionadas a ‘segurar mal’ o bebê, o que produz uma extrema tensão dando origem às sensações de ‘partir-se em pedaços, cair no fundo do poço...’ etc”. O texto “O recém nascido e sua mãe” (1964c) evidencia essa passagem:

Na verdade, a palavra “angústia” é inútil, pois o tipo de aflição que o bebê sente neste estágio é muito parecido ao que se encontra por trás do pânico, e o pânico já é uma defesa contra a *agonia* [...] Consideremos dois bebês: um a quem se segurou muito bem (no sentido amplo que dou ao termo “segurar”), não havendo nada que impeça um rápido desenvolvimento emocional, de acordo com as tendências inatas. O outro não passou pela mesma experiência, isto é, não o seguraram suficientemente bem, e o resultado é que o seu desenvolvimento teve de ser deturpado e protelado, e algum grau da *primitiva agonia* estará sempre presente ao longo de sua vida. É possível dizer que, na experiência comum de segurar adequadamente o bebê, de tal forma que o bebê teve um ego desde o primeiro instante, um ego frágil e

peçoal, mas impulsionado pela adaptação sensível da mãe, e pela capacidade desta em identificar-se com seu bebê no que diz respeito às suas necessidades básicas. A criança que não passou por esta experiência ou precisou desenvolver prematuramente o seu ego, ou, talvez, tenha se tornado extremamente confusa. (D. W. Winnicott, 1964c, pp. 31-32, grifos nossos)

Um ano depois, explicando o processo defensivo sofisticado contra a ansiedade inimaginável ou arcaica, Winnicott aborda outro ponto da questão: as agonias impensáveis não são analisáveis. Esse ponto será mais detalhado por ele nos textos a seguir.

Usa-se o termo desintegração para descrever uma *defesa* sofisticada, uma defesa que é uma produção ativa do caos contra a não-integração na ausência de auxílio ao ego da parte da mãe, isto é, *contra a ansiedade inimaginável ou arcaica resultante da falta de segurança no estágio da dependência absoluta*. O caos da desintegração pode ser tão “ruim” como a instabilidade do meio, mas tem a vantagem de ser produzido pelo bebê e por isso de ser não-ambiental. Está dentro do campo de onipotência do bebê. Em termos de psicanálise, é analisável, enquanto as *ansiedades inimagináveis não o são*. (Winnicott, 1965n, p. 60, grifos nossos).

Na sequência, encontra-se a associação das agonias impensáveis com a loucura, a partir da experiência do bebê ter sido louco e ficar privado de sua própria raiz. Aqui Winnicott aponta o conjunto ‘falha ambiental – ruptura na continuidade de ser – agonias impensáveis – reação defensiva’ como um trauma:

O trauma implica que o bebê experimentou uma *ruptura na continuidade da vida*, de modo que *defesas primitivas agora se organizaram contra a repetição da ‘ansiedade impensável’ ou contra o retorno do agudo estado confusional próprio da desintegração da estrutura nascente do ego*. Temos de supor que a imensa maioria dos bebês nunca experimenta a quantidade de privação  $x + y + z$ . Isso significa que a maioria das crianças não porta consigo, vida afora, o conhecimento da *experiência de ter sido louco*. A loucura, aqui, significa simplesmente uma *ruptura* do que possa configurar, na ocasião, *uma continuidade* pessoal de existência. Após a ‘recuperação’ da privação  $x + y + z$ , o bebê tem de começar de novo, permanentemente

*privado da raiz* que poderia proporcionar *continuidade com o início pessoal*.  
(D. W. Winnicott, 1967b, pp. 135-136, grifos do autor)

Após afirmar sobre a loucura associada às agonias impensáveis, Winnicott as relaciona com o autismo como sendo a complexa estrutura criada contra aquelas condições ambientais que desencadearam as agonias impensáveis e, portanto, uma defesa mobilizada em um momento precoce de dependência absoluta:

O autismo é uma organização de defesa altamente sofisticada. O que nós vemos é a *invulnerabilidade*. (...) A criança leva consigo a *memória (perdida) da ansiedade impensável*, e a doença é uma estrutura mental complexa, uma garantia contra a recorrência das condições da ansiedade impensável. Este tipo muito primitivo de ansiedade só acontece em estados de extrema dependência e confiança, isto é, antes de ter sido estabelecida uma clara distinção entre o “eu central EU SOU” e o mundo repudiado que é separado ou externo. (D. W. Winnicott, 1968a, p. 195, grifos do autor)

E continua desenvolvendo o conceito quando acrescenta o fator da vulnerabilidade à qual a criança evita a todo custo passar novamente de tal forma que, independente do estágio em que ocorreu, nunca mais deverá se repetir:

O que observamos em crianças e bebês que ficam enfermos de uma maneira que nos força a utilizar a palavra “esquizofrenia”, embora ela originalmente se aplicasse a adolescentes e adultos, aquilo que vemos muito claramente é uma *organização no sentido da invulnerabilidade*. Diferenças são de esperar, de acordo com o estágio do desenvolvimento emocional do adulto, criança ou bebê que fica doente. O que é comum a todos os casos é que o bebê, a criança, o adolescente ou o adulto *nunca mais devem* experienciar a ansiedade impensável que se acha na raiz da enfermidade psicótica. Esta ansiedade impensável foi experienciada inicialmente em um momento de fracasso da confiabilidade por parte da provisão ambiental, quando a personalidade imatura se encontrava no estágio da dependência absoluta. (D. W. Winnicott, 1968c, p. 154; 8:1:187, grifos do autor)

No mesmo ano, ele categoriza que o bebê será afetado para sempre e seu desenvolvimento será deturpado devido às falhas ambientais que produzem a

inacreditável ansiedade, termo como se refere nesse texto. Enfatiza também o colapso da comunicação como outra consequência importante.

Estas falhas básicas produzem nele uma *inacreditável ansiedade*. (...) Não é possível pensar nas falhas *básicas* de adaptação como uma forma de comunicação. Não precisamos ensinar a um bebê que as coisas podem correr muito mal. Se correm mal e não são logo corrigidas, o bebê será afetado para sempre, seu desenvolvimento será deturpado, e a comunicação entrará em colapso. (D. W. Winnicott, 1968d, p. 88, grifos do autor)

No texto “A dependência nos cuidados infantis” (1970a), Winnicott apresentará o que seria o contrário das agonias impensáveis, quando essas sensações são corrigidas a tempo pela assistência materna de tal forma que sejam revertidas (desde que não ocorram frequentemente).

Um fato importante a considerar é que, graças a uma assistência satisfatória, estes sentimentos terríveis se transformam em experiências positivas, vindo somar-se à *confiança que o bebê adquire com relação ao mundo e às pessoas*. Ser feito em pedaços, por exemplo, passará a ser uma sensação de relaxamento e repouso se o bebê estiver em boas mãos; cair para sempre se transforma na alegria de ser carregado, e no entusiasmo e prazer que decorrem do movimento; morrer e morrer e morrer passa a ser a consciência deliciosa de estar vivo, e, quando a constância vier em auxílio à dependência, a perda de esperança quanto aos relacionamentos se transformará numa sensação de segurança, de que, mesmo quando a sós, o bebê tem alguém que se preocupa com ele. (Winnicott, 1970a, p. 76, grifos nossos)

Nesse sentido, ele ressalta sobre a confiabilidade do ambiente no texto “A experiência mãe-bebê na mutualidade” (1970b), afirmando que defesas primitivas são erigidas quando estados agudos de confusão acometem o bebê.

(...) um estudo da etiologia e da psicopatologia dos estados esquizóides e dos aspectos especiais da transferência esquizóide ou psicótica conduz ao *retorno imediato à reorganização de defesas de qualidade primitiva que se segue à experiência de estados agudos de confusão na primeiríssima infância*; estes, por sua vez, seguem-se a *traumas* ocorridos na área em que o bebê (para um

desenvolvimento sadio) deve poder tomar a *confiabilidade* como certa, a área que é quase abrangida por um emprego ampliado da expressão *holding*. (Winnicott, 1970b, p. 202, grifos nossos)

Em um dos textos principais sobre o tema, “O medo do colapso” (1974), Winnicott (p. 72) nomeia o fenômeno pelo termo “agonias” por ser insuficiente se referir a esse fenômeno como ansiedade, além de agonia remeter a uma aflição e sofrimento extremos. Ele diz: “agonias primitivas (*ansiedade*, aqui, não é uma palavra suficientemente forte)”. Também nesse texto o autor classifica o “impensável estado de coisas” como um *colapso* contra o qual o ego organiza defesa porque ameaça sua própria organização.

(...) precisamos utilizar a palavra “colapso” para descrever o *impensável estado de coisas, subjacente à organização defensiva*. (...) O ego organiza defesas contra o colapso da organização do ego e é esta organização a ameaçada. Mas o ego não pode se organizar contra o fracasso ambiental, na medida em que a *dependência* é um fato da vida. Em outras palavras, estamos examinando a *inversão do processo de amadurecimento do indivíduo*, e isto torna necessário reformular sucintamente os estágios iniciais do crescimento emocional. (D. W. Winnicott, 1974, p. 71, grifos nossos)

Em “Notas preliminares para ‘Communication between infant and mother, and mother and infant, compared and contrasted’” (1987d), há uma afirmação de Winnicott que toda distorção do processo de desenvolvimento é acompanhada por agonias impensáveis.

Deve-se notar que *toda distorção do processo de desenvolvimento infantil é acompanhada por uma ansiedade inimaginável: ser feito em pedaços; cair para sempre; fracasso total na relação objetal*, etc. (Winnicott, 1996, p. 96, grifos nossos). Notas preliminares para “Communication between infant and mother, and mother and infant, compared and contrasted” com data de 20 de novembro de 1967.

Outro texto que aparece uma caracterização das agonias impensáveis é “O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família”

(1989d), no qual encontram-se alguns sinônimos para o mesmo fenômeno: ansiedade impensável, ansiedade primitiva ou arcaica.

[...] uma ameaça de “*ansiedade impensável*”, a *ansiedade primitiva ou arcaica que bebês bem-cuidados não experienciam na realidade*, antes de se acharem aparelhados para lidar com o fracasso ambiental através do autocuidado (maternagem introjetada). As *ansiedades impensáveis* desse tipo incluem: queda eterna; desintegração; despersonalização; desorientação. (D. W. Winnicott, 1989d, p. 108, grifos nossos)

No texto “A Psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise” (1989vk) uma longa explanação sobre o conceito é feita por Winnicott, especialmente em relação aos aspectos clínicos, que será abordado mais adiante. Destaca-se aqui o trecho em que ele se refere às distorções no padrão de personalidade, que provocam as psicoses:

(...) nas psicoses, existe não apenas o fator de herança, mas também um *fator ambiental que opera no estágio mais inicial*, ou seja, quando a dependência é absoluta. (...) escavando-se a etiologia do paciente psicótico, chega-se a dois tipos de fator externo, a hereditariedade (que, para o psiquiatra, é algo externo) e a distorção ambiental na fase da dependência absoluta do indivíduo. Em outras palavras, *a psicose tem a ver com distorções ocorridas durante a fase da formação do padrão de personalidade* (...) Tem-se de conceder, contudo, que, muito grosseiramente falando, existem dois tipos de seres humanos, quais sejam, aqueles que não têm consigo uma *experiência significativa de colapso mental na primeiríssima infância* e aqueles que a têm, e que portanto, dela precisam fugir, flertar com ela, temê-la, e, até certo ponto, *estar sempre preocupados com sua ameaça*. (D. W. Winnicott, 1989vk, p. 96, grifos nossos)

Por fim, um exemplo contido em “Nota adicional sobre transtorno psicossomático” (1989vm) refere-se às agonias impensáveis como o estado em que ninguém sustenta o bebê, retomando o aspecto do *holding*.

Exemplo desta *ansiedade impensável* é o estado no qual não existe uma moldura no quadro; nada para conter o entrelaçamento de forças na realidade psíquica interna e, em termos práticos, *ninguém para sustentar o bebê*. (D. W. Winnicott, 1989vm, p. 91, grifos nossos)

### 3.2.3 Tipos de agonias impensáveis

Precisamos distinguir duas tipologias das agonias impensáveis. Primeiramente, o tipo de agonia que ocorre em um momento muito inicial da vida do bebê, por exemplo, no primeiro mês de vida, difere do tipo de agonia que ocorre em um momento posterior, com dois, três ou quatro meses. Certamente que, como visto até aqui, quanto mais cedo elas ocorrem, mais catastróficos os seus efeitos no desenvolvimento da criança justamente pela não existência de um si-mesmo. De todo modo, há risco de psicose e esse risco dependerá da intensidade com que ocorrerem as falhas ambientais e das conquistas do bebê, no estágio de desenvolvimento em que se encontra.

As agonias impensáveis podem ocorrer em toda a extensão dos estágios iniciais em que, não sendo ainda um si-mesmo e não tendo como defender-se das falhas ambientais, há risco de psicose. Haverá diferenças no significado da agonia impensável conforme o ponto do amadurecimento e a natureza da falha ambiental. (Dias, 1998, p. 258)

Em segundo lugar, é importante diferenciar, também, a natureza da falha ambiental. Um aspecto muito enfatizado por Winnicott é o *holding*, que pressupõe uma sensibilidade e identificação com o bebê de tal forma que interfere minimamente em sua continuidade de ser, sustentando-a no decorrer do tempo.

Um exame do ego nos leva direto aos estágios pré-genitais e pré-verbais do desenvolvimento individual e à provisão ambiental: a adaptação atrelada às necessidades primitivas que são características da primeira infância.

Neste ponto, minha tendência é pensar em termos de “segurar”. Isso vale para o “segurar” físico na vida intra-uterina, e gradualmente amplia seu alcance, adquirindo o significado de globalidade do cuidado adaptativo em relação à infância, incluindo a forma de manuseio. No fim, esse conceito pode se ampliar a ponto de incluir a função da família (...). O “segurar” pode ser feito, com sucesso, por alguém que não tenha o menor conhecimento

intelectual daquilo que está ocorrendo com o indivíduo; o que se exige é a capacidade de se identificar, de perceber como o bebê está se sentindo.

Num ambiente que propicia um “segurar” satisfatório, o bebê é capaz de realizar o desenvolvimento pessoal de acordo com suas tendências herdadas. O resultado é uma continuidade da existência, que se transforma num senso de existir, num senso de self, e finalmente resulta em autonomia. (D. W. Winnicott, 1971f, pp. 10-11)

Por outro lado, as características que as agonias impensáveis possuem enquanto sensações dão pistas sobre esses dois tipos de condições: qual tipo de falha ambiental e qual processo do desenvolvimento estava em curso. Contudo, quase não há descrições a esse respeito na obra de Winnicott.

Winnicott não chega a explicitar o sentido específico de cada uma dessas categorias. Há passagens que mencionam claramente o “cair para sempre” mas, com relação às outras formas de agonia, a explicação é escassa ou inexistente. (Dias, 1998, p. 260)

Como referência, um capítulo da tese de doutorado de Dias (1998) na qual algumas explicações mais detalhadas podem ser encontradas a esse respeito será utilizado.

#### 1) Ser feito em pedaços – Retorno a um estado não-integrado – Desintegração

A princípio a agonia impensável enquanto retorno ao estado de não-integração. Nesse ponto, refere-se a um dos processos principais do desenvolvimento que ocorrem desde a fase da dependência absoluta do bebê: os processos de integração. Porém, a defesa a esse tipo de agonia é a desintegração, revelando algum grau de integração para que ela seja possível. Algumas descrições referem-se a ser feito em pedaços, o que também se deduz a partir de uma noção de integração.

(...) o primeiro sentido refere-se aos estágios iniciais e implica num colapso da confiabilidade. Dada a dependência absoluta e a inconsciência dessa dependência, o bebê, sobressaltado pela insegurança, teme a não integração e o descanso, primeiro porque não pode mais, de modo algum, entregar-se ao “segurar” da mãe e segundo porque a não-integração é sentida como irremissível uma vez que ele não confia em que a tendência à integração

esteja em curso. Quando se atenta para o fato de que a defesa correspondente é a desintegração, é preciso considerar que algum grau de integração deve ter sido alcançado uma vez que a sensação de desintegração ou o medo da desintegração só são possíveis a partir de algum grau de integração já alcançado. “O caos [da desintegração] torna-se significativo exatamente no momento em que já é possível discernir algum tipo de ordem [integração] (1954-70: NH, 157). (Dias, 1998, p. 260)

## 2) Cair para sempre – Queda eterna

O segundo estado de agonias impensáveis é o de cair para sempre ou queda eterna. Curiosamente, trata-se de um ser em suspenso que está caindo sem nunca chegar ao chão. O ponto é que o bebê sente que está em um lugar em suspenso: não é sustentado pelo colo onde o mundo começa a se apresentar para ele, portanto está de fora dessa realidade. A constância dessa sensação (sempre, eterno, infinito) pode revelar uma falta de reparo quando as agonias impensáveis ocorreram, deixando o bebê mergulhado nessa fenda que se abriu em sua continuidade por tempo demais.

O segurar, que começa de modo simples, se complexifica e se amplia para um segurar a situação no tempo. Quando se diz que algo falha, é o segurar total que falha, e a criança que sente estar caindo para sempre tem o sentimento de estar caindo para fora do mundo onde a presença consistente e real das coisas é possível. Ou, o que dá no mesmo, caindo fora do tempo que tem demarcações e onde coisas começam, têm um meio e terminam. Note-se que a expressão “cair para sempre” ou “cair infinitamente” contém um elemento temporal. (Dias, 1998, p. 262)

Essa queda tem estreita relação com *holding*, que seria seu oposto (segurar). Naturalmente que, nesse caso, houve falha nessa sustentação ambiental ou, em outras palavras, no colo oferecido (ser segurado de forma insegura e/ou sem vivacidade) e no manejo com o bebê na fase de dependência absoluta. Dias (1998, p. 261) diz que “Nesses casos, o bebê, e depois a criança e o adulto, está permanentemente se auto-sustentando já que não pode de modo algum confiar em que haja um chão seguro ao qual entregar-se para caminhar ou para descanso”.

## 3) Perda do conluio psicossomático – Não ter conexão alguma com o corpo

A perda da coesão psicossomática ou despersonalização, isto é, não residir no corpo ou ter pouca familiaridade com o próprio corpo, está associada à temporalização e espacialização do bebê e dizem respeito a um trauma relativo ao manejo.

O corpo, transformado em soma, pela elaboração imaginativa das funções, torna-se a residência do si-mesmo e contribui para o sentido de “real” como oposto a “irreal”. Tem consistência, peso, presença visível, ocupa espaço, pode ser reconhecido. Sem isso, o bebê nunca chega a estabelecer um eu que tem a pele como membrana limitante e um contato efetivo com a realidade. Ele nunca chega a ter muito claro o que vem de dentro e o que vem de fora. (Dias, 1998, p. 265)

#### 4) Perda da capacidade de relacionar-se com objetos

A perda da relação com objetos ou da capacidade para relacionar-se é uma agonia impensável em que o bebê perde a capacidade de encontrar qualquer coisa criativamente. A falha está na apresentação dos objetos, que pode ocorrer na dependência absoluta ou na dependência relativa.

Esse tipo de fracasso leva à descrença e desesperança quanto à capacidade de relacionar-se com objetos. Nesses casos, a criança só tem como saída a cisão da personalidade, uma parte relacionando-se com o mundo subjetivo e a outra reagindo, submetendo-se ao aspecto do mundo objetivo com o qual entrou em contato. Quando se forma essa cisão e as pontes entre o subjetivo e o objetivo são destruídas, ou nunca chegam a ser construídas, a criança é incapaz de funcionar como um ser humano total (1950: PD, 193) (Dias, 1998, p. 270).

5) Fracasso total na relação objetal – Perder todos os vestígios de esperança de renovação de contatos – Completo isolamento, devido à inexistência de qualquer forma de comunicação

O completo isolamento é uma agonia impensável de desesperança na possibilidade de se encontrar com alguém, de se comunicar genuinamente e de estabelecer relações. Também é uma ameaça de invasão, por isso o indivíduo se distancia de qualquer contato e configura um autismo. “O indivíduo teme chegar a um isolamento total, como que lançado fora da província humana.” (Dias, 1998, p. 272).

#### 6) Perda do senso do real – Carecer de orientação – Sentimentos de irrealidade

A agonia impensável de perder o sentido do real abarca uma perda profunda do mundo subjetivo (em relação ao si-mesmo e também aos objetos subjetivos). Dias (1998, p. 267) refere como uma “morte interna”. A falha relaciona-se com a presença (ou ausência) da mãe.

Dessa perspectiva, pode-se entender o trauma relativo à perda do sentido de real como referente à falha da provisão, para o bebê, da presença da mãe e da vivacidade da vida através da apresentação contínua do mundo ao bebê de forma regular e previsível. Pode acontecer de a mãe deixar o bebê entregue a seus próprios recursos e, nesses casos, ele não pode construir a necessária crença na consistência da presença. A crença na realidade do mundo e no fato de que o mundo é encontrável não se estabelece. A imagem da presença esmaece e o bebê cai no vazio. (Dias, 1998, p. 267)

Segundo Dias (1998), outra consideração no que se refere ao texto “O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva” (1968c), se revela importante quando Winnicott faz uma distinção das agonias impensáveis como sendo mais definidas e agrupadas:

- 1) Desintegração – nenhuma integração é mantida
- 2) Cair para sempre, perder a residência no corpo, ausência de orientação e perda da relação direta com objetos – alguma integração é mantida
- 3) Integração é mantida, mas o meio ambiente é imprevisível

Essa classificação parece indicar que Winnicott, de fato, elenca as agonias impensáveis segundo o estágio de amadurecimento em que ocorrem. O critério segundo a “quota de integração que sobrevive ao desastre” pode equivaler a dizer: segundo o grau e a qualidade da integração que havia por ocasião do desastre. O segundo ponto a ser mencionado são as duas formas de agonia impensável que Winnicott acrescenta ao quadro de quando alguma integração é conservada: a “ausência de orientação” a um trauma na área de integração no tempo e no espaço e do alojamento da psique no corpo; a de “espalhar-se em todas as direções” pode ser vista como uma repetição, em outros termos, da agonia de perder a coesão psicossomática.

Há ainda um terceiro tipo, onde a “integração é conservada”, cuja descrição é a seguinte: meio ambiente imprevisível em lugar de meio previsível. Aqui, ao invés de confiabilidade, desenvolve-se um estado paranóico e o bebê fica

alerta em função de o ambiente físico tornar-se imprevisível. Quando o trauma se dá num momento mais adiantado do amadurecimento, dentro dos estágios iniciais, a integração pode ser conservada mas algum tipo de distorção ocorre. (Dias, 1998, p. 175)

Assim, os tipos de agonias impensáveis se mostram relacionados tanto às falhas ambientais quanto ao momento do desenvolvimento no qual elas ocorreram. Também é possível compreendê-las em função de suas defesas, sempre opostas às suas agonias, e em função do grau de integração que sobreviveu a elas.

### **3.3. Psicose como organização defensiva frente às agonias impensáveis**

Winnicott compreende as psicoses como organizações defensivas contra o retorno das agonias impensáveis ou do colapso que é o estado de coisas mobilizado pela reação que foi obrigado a ter diante de uma falha ambiental em momento precoce do desenvolvimento. A defesa é esquematizada com o propósito de não permitir que se repita o trauma.

O que observamos em crianças e bebês que ficam enfermos de uma maneira que nos força a utilizar a palavra “esquizofrenia”, embora ela originalmente se aplicasse a adolescentes e adultos, aquilo que vemos muito claramente é uma *organização no sentido da invulnerabilidade*. Diferenças são de esperar, de acordo com o estágio do desenvolvimento emocional do adulto, criança ou bebê que fica doente. O que é comum a todos os casos é que o bebê, a criança, o adolescente ou o adulto *nunca mais devem experimentar* a ansiedade impensável que se acha na raiz da enfermidade psicótica. Esta ansiedade impensável foi experienciada inicialmente em um momento de fracasso da confiabilidade por parte da provisão ambiental, quando a personalidade imatura se encontrava no estágio da dependência absoluta. (D. W. Winnicott, 1968c, p. 154, grifos do autor)

A experiência predominante de agonias impensáveis em momento precoce do desenvolvimento desencadeará graves organizações psicopatológicas, em decorrência

da imaturidade do ser para lidar com o fracasso da adaptação ambiental. De fato, podem-se estabelecer as organizações defensivas mais comprometedoras.

As conseqüências de um apoio defeituoso ao ego por parte da mãe podem ser tremendamente devastadoras e incluem as seguintes: A – Esquizofrenia infantil ou autismo (...) B – Esquizofrenia latente (...) C – Falsa autodefesa (...) D – Personalidade esquizóide (D. W. Winnicott, 1965n, pp. 57-58)

Nesse contexto, o autismo é outra estrutura defensiva que visa garantir que a agonia impensável não se repita:

O autismo é uma organização de defesa altamente sofisticada. O que nós vemos é a *invulnerabilidade*. (...) A criança leva consigo a *memória (perdida) da ansiedade impensável*, e a doença é uma estrutura mental complexa, uma garantia contra a recorrência das condições da ansiedade impensável. Este tipo muito primitivo de ansiedade só acontece em estados de extrema dependência e confiança, isto é, antes de ter sido estabelecida uma clara distinção entre o “eu central EU SOU” e o mundo repudiado que é separado ou externo. (Winnicott, 1968a, p. 195, grifos do autor).

A defesa atua para proteger o *self* de invasões e rupturas que são consideradas letais. Porém, como efeito colateral ela acaba sendo também uma ameaça a esse *self* que não pode aparecer e viver, recorrendo a um falso *self* para fazê-lo por si e enfrentar o mundo.

(...) o que ocorre ao bebê que não cuidados suficientemente bons no estágio precoce antes de ter distinguido o “eu” do “não-eu”. Este é um tema complexo por causa dos graus e variantes que pode apresentar a ineficiência materna. Convém, de início, nos referirmos: 1- às distorções da organização do ego que constituem as bases das características esquizóides, e 2- à defesa específica do cuidado de si mesmo, ou ao desenvolvimento de um *self* que cuida de si próprio, e à organização de um aspecto falso da personalidade (falso no sentido que revela um derivado não do indivíduo mas de um aspecto materno no acoplamento mãe-filho). Esta é a defesa cujo êxito pode se constituir em uma nova ameaça à base do *self*, embora designada para escondê-lo e protegê-lo. (Winnicott, 1965n, p. 57)

Nessa perspectiva, a psicose não é vista como um colapso, mas como uma organização defensiva contra o colapso. Na raiz das psicoses encontram-se as agonias impensáveis, que mobilizam a organização de defesas erigidas para proteger o *self*. A ressalva é desde que o ambiente não tenha excedido suas falhas e se tornado atormentador para o bebê, o que impediria até mesmo a manutenção dessa organização defensiva.

É errado pensar na enfermidade psicótica como um colapso; ela é *uma organização defensiva relacionada a uma agonia primitiva*, e é geralmente bem-sucedida (exceto quando o meio ambiente facilitador não foi deficiente, mas sim atormentador, que é talvez a pior coisa que pode acontecer a um bebê humano). (D. W. Winnicott, 1974, p. 72, grifos nossos)

Com a psicose, a constituição do indivíduo parte da experiência de ter sido louco ou da ameaça de uma loucura iminente. Isso porque o caos do ambiente passa a fazer parte do indivíduo.

O caos aparece pela primeira vez na história do desenvolvimento emocional através das interrupções reativas do ser, especialmente quando tais interrupções são longas demais. O caos é, primeiramente, uma *quebra na linha do ser*, e a recuperação ocorre através de uma *revivência da continuidade*; se a perturbação ultrapassa um limite possível de ser tolerado, de acordo com as experiências anteriores de continuidade do ser, (...) *uma quantidade de caos passa a fazer parte da constituição do indivíduo*. (D. W. Winnicott, 1988, p. 157)

No entanto, a mesma defesa que é contra as ameaças ao ser, contraditoriamente, acaba escondendo e isolando o ser. Mas a psicose só surge frente a um impedimento de ser que o ambiente causou anteriormente ao bebê. (Fulgencio, 2016) p. 44-45 esclarece que “os neuróticos têm problemas com o viver, já os psicóticos lutam para chegar à vida e poder vivê-la a partir de si mesmos”.

Winnicott, pensando nos modos de ser do indivíduo no mundo, considera as seguintes distinções: os que foram bem cuidados no início e os que não foram; os que amadureceram e os que não, especialmente quando caracteriza a doença como imaturidade; os que se integraram e se formaram como

pessoas inteiras (os neuróticos), os recém-integrados (os deprimidos) e os não-integrados (psicóticos). (Fulgencio, 2016, p. 45)

Assim, os psicóticos não existem, não são. Não estão integrados num si-mesmo, nem desfrutam de experiências pessoais, espontâneas. Não há comunicação, não há encontro, não há mundo externo.

O transtorno psicótico pode apresentar-se em qualquer fase da vida, mas sempre estará referido às falhas no momento de absoluta dependência do ambiente que desamparou o ego e provocou as agonias impensáveis. Refere-se, assim, a:

(...) *uma falha do apoio do ego na ocasião em que o ego do bebê só tem força por causa do apoio confiável que lhe vem da figura materna*, etc. Esta é a área em que nos descobrimos debatendo a *origem da psicose infantil* e a origem da *tendência ao transtorno psicótico*, que pode apresentar-se em qualquer idade da vida do indivíduo. (D. W. Winnicott, 1989xe, p. 330, grifos nossos)

Nesse sentido, o ego só tem força devido ao apoio que recebe da mãe-ambiente, de tal forma que sem esse elemento de confiança, o bebê sucumbe.

A possibilidade de prevenir tamanhos danos a partir do conhecimento das necessidades primárias que os pacientes psicóticos apresentam no decurso do tratamento é algo que sobressai enquanto valor dessa teoria.

Se podemos aprender com as mães e bebês, podemos começar a aprender o que é que os pacientes esquizóides precisam de nós em seu tipo especial de transferência, no decorrer de um tratamento. Há, também, um *feedback*; a partir dos pacientes esquizóides, podemos aprender a observar as mães e os bebês, vendo mais claramente o que ali se encontra. *Essencialmente*, porém, é *a partir* das mães e dos bebês que aprendemos sobre as necessidades dos pacientes psicóticos, ou de pacientes que atravessam fases psicóticas. (D. W. Winnicott, 1968d, p. 90, grifos do autor)

Winnicott lamenta que a psicose não tenha sido evitada pelo ambiente. No trabalho clínico, a perturbação na estrutura iniciante do ser é muito difícil de reparar.

Por outro lado, uma certa proporção de bebês experimentou falhas ambientais, quando a dependência era um fato; neste caso, em graus variados,

houve um *prejuízo concreto*, que pode ser muito difícil de reparar. Na melhor das hipóteses, o bebê que está se tornando uma criança ou um adulto leva consigo *a memória latente de um desastre ocorrido com o seu eu*, e muito tempo e energia são gastos em organizar a vida de tal forma que esta dor não volte a ser experimentada. Na pior das hipóteses, *o desenvolvimento da criança como pessoa é distorcido para sempre*, e em consequência *a personalidade é deturpada*, ou *o caráter é deformado*. Há sintomas que provavelmente são experimentados como algo desagradável, e a criança pode sofrer com as pessoas que pensam que punição ou treinamento corretivo são capazes de curar o que é, na verdade, um fato solidamente assentado, consequência de uma falha do meio ambiente. Pode ser, também, que a criança enquanto pessoa esteja tão perturbada que é feito um diagnóstico de doença mental seguido pelo tratamento de uma anormalidade que *deveria ter sido evitada*. (Winnicott, 1970/1996, p. 77, grifos nossos).

Na etiologia de diversas psicopatologias graves encontra-se uma falha precoce que fragmentou a continuidade do ser e sobrecarregou a criança no sentido de ter de reagir.

A criança cujo padrão é o de *fragmentação da continuidade do ser* tem uma tarefa de desenvolvimento que fica, desde o início, *sobrecarregada* no sentido da psicopatologia. Assim, pode haver um fator muito precoce (datando dos primeiros dias ou horas de vida) na etiologia da inquietação, hipercinesia e falta de atenção (posteriormente designada como incapacidade de se concentrar). (Winnicott, 1965n, p. 59, grifos nossos)

### **3.4. A especificidade das agonias impensáveis: aspectos teóricos e clínicos**

As agonias impensáveis são muito específicas e aparecem de maneira peculiar na clínica com pacientes psicóticos. Segundo Winnicott:

Em um enunciado psicanalítico teórico, dizemos que se formam defesas em relação à ansiedade. Observando um bebê vivo, dizemos que ele experiência uma ansiedade intolerável, com recuperação através da organização de

defesas. Disto decorre que o desfecho bem-sucedido de uma análise depende não da compreensão, pelo paciente, do significado das defesas, mas sim de sua capacidade, através da análise e na transferência, de *reexperienciar esta ansiedade intolerável em função da qual as defesas foram organizadas*. Num caso dito limítrofe, tem-se de *descobrir não apenas a ansiedade intolerável, mas também o colapso clínico real da primeira infância (...)*. Todo o tempo, de acordo com a idade e o estágio de amadurecimento do bebê, o progenitor(a) acha-se empenhado em *impedir o colapso clínico*, do qual a recuperação só ocorre através da *organização e reorganização de defesas*. É pelo cuidado minuto a minuto que o progenitor(a) *assenta a base da futura saúde mental do bebê*, e esta é a tremenda tarefa dos pais. (...) Como analistas, porém, nos envolvemos no tratamento de *pacientes cujos colapsos clínicos reais da primeira infância têm de ser lembrados através de sua revivência na transferência*. Em todos os casos, *o alívio só chega mediante um reviver da ansiedade intolerável original ou do colapso mental original*. O colapso acha-se associado a um fator ambiental que, na época, não pôde ser trazido para a área da onipotência do bebê, tal como me exprimi. O bebê não conhece qualquer fator externo, bom ou mau, e *sofre uma ameaça de aniquilamento*. Num tratamento bem-sucedido, o paciente se torna capaz de pôr em cena o trauma ou o fracasso ambiental e experienciá-lo dentro da área da onipotência pessoal e, dessa maneira, com um ferimento narcísico menor. (D. W. Winnicott, 1962c, p. 60, grifos nossos)

A análise consiste em reexperienciar, na transferência, a agonia impensável em função da defesa que foi organizada. É preciso investigar qual foi o colapso real ocorrido, ou seja, qual fator ambiental causou a ruptura na continuidade e, dessa vez, revivê-lo dentro da área da onipotência, sob domínio do ego.

Outra peculiaridade a ser destacada é que, embora tenha ocorrido, a agonia impensável nunca antes fora experimentada no campo da experiência pessoal. Tão somente transformou-se em um espaço vazio, uma espécie de abismo na linha do tempo do indivíduo. A esse respeito Winnicott comenta:

Segundo minha experiência, existem momentos em que se precisa dizer a um paciente que o colapso, do qual o medo destrói-lhe a vida, *já aconteceu*. Trata-se de um fato que se carrega consigo, escondido no inconsciente. [...]. Em outras palavras, o paciente tem de continuar procurando o detalhe passado que ainda não foi experienciado, e esta busca assume a forma de uma procura deste detalhe no futuro. Por outro lado, se o paciente estiver

preparado para algum tipo de aceitação deste tipo esquisito de verdade, de que o que ainda não foi experienciado apesar disso aconteceu no passado, irá se abrir o caminho para que a agonia seja experienciada na transferência, na reação às falhas e equívocos do analista. Em doses que não sejam excessivas, o paciente pode lidar com estas últimas, e explicar cada falha técnica do analista como contratransferência. Em outras palavras, o paciente gradualmente reúne o fracasso original do meio ambiente facilitador dentro da área da onipotência e da experiência de onipotência que pertence ao estado de dependência (fato transferencial). (Winnicott, 1974, p. 73, grifos do autor)

Nesse sentido, o paciente teme que algo aconteça (futuro) quando o que teme já ocorreu (passado), na fase de dependência absoluta. Isso porque ele procura reexperienciar o fracasso ambiental original não somente dentro da área da onipotência como também com a experiência de onipotência do estágio inicial em que o colapso ocorreu. Ou seja, há uma necessidade de ter a situação caótica sob controle e experienciá-la com maior capacidade de enfrentamento, além de vivê-la na relação transferencial, uma relação voltada para suas necessidades, nesse caso, que sustenta sua experiência de onipotência em relação ao caos. Logo, para recordar a loucura original é preciso revivê-la (ainda que não tenha sido experienciada). Diz Winnicott:

(...) o medo não é da loucura por vir, mas da *loucura que já foi experienciada*. É um medo do *retorno* da loucura. (...) A necessidade do paciente é *recordar a loucura original*, mas, na realidade, esta pertence a um estágio muito inicial, anterior à organização no ego daqueles processos intelectuais que podem abstrair experiências que foram catalogadas e apresentá-las para uso em termos de lembrança consciente. Em outras palavras, a loucura que tem de ser lembrada *só pode ser lembrada em seu reviver*. (Winnicott, 1989vk, p. 98, grifos nossos)

De outra forma, na análise, o paciente teme a agonia impensável original que se traduz no medo do colapso ou da loucura.

(...) o medo clínico do colapso é o medo de *um colapso que já foi experienciado*. Ele é um medo da agonia original que provocou a organização de defesa que o paciente apresenta como síndrome da doença. (...) a experiência original da *agonia primitiva* não pode cair no passado a menos que o ego possa primeiro reuni-la dentro de sua própria e atual experiência

temporal e do controle onipotente agora (presumindo a função de apoio de ego auxiliar da mãe, ou analista). (Winnicott, 1974, pp. 72-73, grifos do autor)

A intensidade da agonia impensável está além da descrição. É a função de apoio do ego auxiliar que pode ajudar o ego se fortalecer para, com seu apoio confiável, revelar a temida ameaça e conseguir lidar com ela. Poder experienciar o fato que até então era uma certeza desconhecida (algo terrível que ocorreu). Seria como dizer que o objetivo é chegar ao cerne da loucura do indivíduo.

O apoio do ego por parte de uma figura genitorial tem de ser levado em consideração aqui, com referência a ter sido ele um apoio confiável ou inconfiável. No caso mais simples possível, houve portanto uma fração de segundo em que *a ameaça da loucura foi experienciada*, mas *a ansiedade neste nível é impensável. Sua intensidade acha-se mais além da descrição* e novas defesas organizam-se imediatamente, de maneira que a loucura, de fato, não foi experienciada. Por outro lado, contudo, ela foi potencialmente um *fato*. (...) Faz parte importante de minha tese que a loucura ou o colapso de defesas originais, se viesse a ser experienciado, seria *indescritivelmente doloroso*. O mais próximo que dele podemos chegar é tomar o que se acha disponível na ansiedade psicótica, tais como a. desintegração; b. sentimentos de irrealidade; c. falta de relacionamento; d. despersonalização ou falta de coesão psicossomática; e. funcionamento intelectual ex-cindido; f. queda eterna; g. terapia eletroconvulsiva (ETC), com pânico como sentimento generalizado, o que pode conter qualquer um dos acima mencionados. (...) Tem-se de tomar o cerne da loucura como sendo algo muito pior, por causa do fato de que *ele não pode ser experienciado pelo indivíduo*, que, por definição, não possui a organização de ego para sustentá-lo e, dessa maneira, experiênciá-lo. Pode valer a pena utilizar um símbolo, X, e dizer que o bebê ou a criança pequena possuem uma organização do ego apropriada ao estágio de desenvolvimento e que algo acontece, tal como uma *reação a uma invasão* ou choque (um fator externo que se permitiu passar, por causa de um funcionamento ambiental falho), e que então ocorre um estado de coisas chamado X. Este estado pode resultar em uma *reorganização das defesas*. Isso pode acontecer uma ou muitas vezes, ou, talvez, muitas vezes em um determinado padrão. Da organização das defesas fica-se com um quadro clínico e o diagnóstico é efetuado com base na organização defensiva. Esta, por sua vez, depende até certo ponto, para suas características, de uma

contribuição oriunda do meio ambiente. O que é absolutamente pessoal ao indivíduo é X. (...) O indivíduo que chega a estas coisas no curso de um tratamento está repetidamente tentando alcançar X, mas naturalmente, ele só pode chegar tão perto de X quanto a nova força do ego, mais o apoio ao ego na transferência, possa tornar possível. A continuação da análise significa que o paciente continuamente chega a novas experiências na direção que leva a X e, da maneira que descrevi, *essas experiências não podem ser lembradas como lembranças*. Elas têm de ser vividas no relacionamento transferencial e, clinicamente, aparecem como *loucuras localizadas*. Constantemente o analista fica perplexo por descobrir que o paciente é capaz de ficar cada vez mais louco durante alguns minutos ou por uma hora no *setting* do tratamento e, às vezes, a loucura se espalha por sobre os limites da sessão. Exige considerável experiência e coragem saber onde se está, nas circunstâncias, e perceber o valor que tem, para o paciente, chegar cada vez mais perto do X que pertence a esse paciente individual. Entretanto, se o analista não for capaz de olhar para isso dessa maneira, - mas por medo, por ignorância ou pela inconveniência de ter em suas mãos um *paciente tão enfermo*, tende a desperdiçar estas coisas que acontecem no tratamento -, ele não poderá curar o paciente. Ele constantemente se descobre corrigindo a transferência delirante ou, por uma maneira ou outra, trazendo o paciente de volta à sanidade, ao invés de *permitir que a loucura se torne uma experiência administrável*, da qual o paciente possa efetuar uma recuperação espontânea. (Winnicott, 1989vk, pp. 100-101, grifos nossos)

Winnicott classifica, então, que há pessoas que carregam a experiência de terem sido loucas enquanto outras não. Essas pessoas também carregam um temor de enlouquecerem.

Duas categorias de pessoas

- A. Carregam consigo “terem sido loucas”
- B. Não são assim.

Louco significa *colapso das defesas do ego* (tal como existiam na ocasião, inclusive o apoio do ego da mãe), com aparecimento clínico de *ansiedade arcaica ou impensável*: queda eterna; desintegração; desorientação; despersonalização, etc.

Pânico como defesa contra a *ansiedade impensável*

Axioma de Winnicott

- A. Medo da loucura, loucura que já foi

B. Pulsão a recordar através do experienciar (Winnicott, 1967/1994, p. 435, grifos nossos). D. W. W. sobre D. W. W.

A cura das agonias impensáveis é possível quando se alcança o estado original de colapso:

A cura só chega se o paciente pode chegar à ansiedade em torno da qual as *defesas* foram organizadas. Podem haver muitas versões subseqüentes disto, e o paciente chega a uma após outra, mas *a cura só chega se o paciente atingir o estado original de colapso*. (Winnicott, 1989vk, p. 99, grifos nossos)

Contudo, a cura em si está no desbloqueio do processo de desenvolvimento interrompido, para que siga em direção às tendências inatas de amadurecimento do indivíduo.

Para se examinar a teoria da esquizofrenia, tem-se de ter uma teoria de trabalho do crescimento emocional da personalidade. (...) presumir a *teoria geral da continuidade*, de uma tendência inata no sentido do crescimento e da evolução pessoal, e a teoria da doença mental como uma *interrupção no desenvolvimento*. Esta última traz consigo a ideia de uma dinâmica no sentido da *cura*, isto é, de que se um *bloqueio* ao desenvolvimento é afastado, então disso decorre o crescimento, por causa das poderosas forças que pertencem às tendências herdadas no ser humano individual. (Winnicott, 1968c, p. 152, grifos nossos)

Em outras palavras, será preciso sustentar, na psicoterapia psicanalítica, uma situação de revivência da origem do ser no mundo, de maneira tal que seja possível corrigir a experiência traumática do passado e desbloquear o seu desenvolvimento (Cf. D. W. Winnicott, 1945h, p. 36).

A maneira como Winnicott esclarece a situação inicial do bebê, em sua dependência e amálgama com o ambiente, é importante não só porque mostra uma descrição empírica dos fatos que caracterizam essa fase mais primitiva do desenvolvimento, mas também porque indica qual é a situação para a qual alguns pacientes precisam regredir – regressão à dependência, à “situação bem-sucedida original do narcisismo primário” (1955d, p. 384) – para

retomarem um lugar (um modo de ser e estar) no mundo, que os possibilita agir a partir de si mesmos, refazendo e corrigindo uma situação traumática do passado. (Fulgencio, 2013b, pp. 135-136)

Assim, encontra-se um paralelo entre o narcisismo primário freudiano (autossuficiência erótica das pulsões libidinais) para uma descrição winnicottiana de dependência absoluta do ambiente e fusão mãe-bebê na qual os fenômenos ocorrem sustentando a continuidade de ser do bebê, como a ilusão de onipotência. Na prática psicanalítica, os cuidados com pacientes que sofreram quebras no seu desenvolvimento (e que, portanto, sentiram agonias impensáveis) segue o caminho inverso das etapas descritas no desenvolvimento emocional primitivo.

Tudo isto pode ser muito claramente demonstrado no tratamento analítico, desde que sejamos capazes de seguir o paciente para trás no desenvolvimento emocional tanto quanto ele precisa ir, pela regressão à dependência, a fim de alcançar o momento anterior àquele em que as intrusões tornaram-se múltiplas e impossíveis de controlar. [...]

Para chegar a esses estágios primitivos, é preciso que tenhamos mostrado ao paciente a nossa competência em todo o espectro da compreensão psicanalítica comum. E mais: quando um paciente que esteve inteiramente dependente começa a progredir novamente, será necessário que o analista compreenda muitíssimo bem a posição depressiva, e também o desenvolvimento gradual rumo à primazia do genital, bem como da dinâmica dos relacionamentos interpessoais, tanto quanto o anseio por alcançar a independência a partir da dependência. (D. W. Winnicott, 1958f, p. 276)

Dessa forma, finalmente esses indivíduos estarão desimpedidos de viver. Terão recebido a concessão para seguir adiante e realizar as integrações necessárias e encontrar algo no mundo que lhe proporcione esperança.

Ao referir-se aos psicóticos, no entanto, Winnicott (1988/1990) afirma que os problemas desses pacientes dizem respeito à luta para alcançarem a vida, ou seja, à possibilidade de se integrarem para, então, terem problemas propriamente relacionais: “um tratamento bem-sucedido de um psicótico permite que o paciente comece a viver e comece a experimentar as dificuldades inerentes à vida” (p. 100). Para chegar à vida, trata-se, então, de integrar-se no tempo, no espaço, personalizar-se em termos de realizar uma

integração (alojamento) da psique no corpo, ter fé no mundo (ter esperança de que é possível encontrar no mundo aquilo de que se necessita para ser), poder criar e encontrar o mundo (o que significa ter conquistado a capacidade de brincar), e da conquista da unidade do sujeito psicológico em termos da integração EU SOU e, depois, da chegada ao status de pessoa inteira. Essas integrações não se dão em função do mecanismo de recalque, mas sim pela sustentação ambiental. (Fulgencio, 2013a, p. 156)

#### **4. Considerações finais**

Com o estudo conceitual da angústia de castração, em Freud, angústia de aniquilamento, em Klein e agonias impensáveis, em Winnicott, pudemos observar suas especificidades. Por outro lado, temos ainda como pensar na sua complementariedade em relação à característica desenvolvimental das três teorias. Os conceitos de angústia no ser humano são descritos como originários na infância, cada qual em seu período e, nesse sentido temos uma perspectiva linear de quais etapas surgem, os cenários que se enquadram, sem, contudo, perder de vista os pressupostos ontológicos divergentes.

Muito embora Klein e Winnicott circunscrevam a angústia inicial ao início pós-natal (primeiro semestre de vida), suas ideias diferem quanto às condições do recém-nascido.

Já Freud, apesar de apontar para um protótipo da angústia a partir do nascimento, não se debruça sobre esse momento, em particular, referenciando a angústia de castração como a marca definidora da constituição psíquica neurótica ou psicótica.

A psicose em Freud é uma ferida narcísica que impossibilita o amor pleno e exclusivo (inclusive genital) e suscita a angústia de castração, que por sua vez é rejeitada (rejeição da realidade externa) causando a regressão da libido e o desinvestimento dos objetos (narcisismo secundário).

Em Klein, a angústia não é uma ferida narcísica, pois ela pensa a angústia em relação às pulsões parciais com objetos parciais e essa dinâmica difere da concepção freudiana da angústia associada aos relacionamentos com pessoas totais e o ego (narcisismo).

Klein contesta Freud sobre a primeira angústia do ser humano se referir ao “medo da morte [...] análogo ao medo da castração”. Para ela, desde o início existe um

medo da morte envolvido no medo ao superego e não, como afirmava Freud em *Inibições, Sintomas e Ansiedade* (vide subtítulos anteriores), que há uma transformação final do medo ao superego (cf. Klein, 1948, p. 51). Então, o medo da morte e o medo da castração se misturam, por assim dizer, mas o medo da morte é o primordial e o que reforça o medo da castração, posteriormente.

Para Klein, o temor que o ego sente, a princípio, não se refere à perda (castração), mas, antes, teme sofrer um ataque destruidor em retaliação por ter projetado seu sadismo-oral ao seio da mãe. Então, desde o nascimento existe um ego suficiente, embora primitivo, capaz de experienciar a angústia e usar um mecanismo de defesa (cf. Segal, 1983, p. 99), nesse caso, o mecanismo da projeção que direciona para fora a pulsão de morte a que está imerso encontrando-se na posição esquizoparanoide (ego e objetos cindidos e defesas paranoides).

Winnicott não discorda de Klein quanto à agressividade que existe desde o início no bebê, haja vista que, para ele, as raízes da agressividade estão presentes no amor primitivo no qual o bebê causa dano sem nenhuma intenção destrutiva. Para ele, o que difere é o caráter de destrutividade intencional. Só haverá intenção a partir do estágio de integração do eu-sou em diante e não nesse momento inicial de amálgama mãe-bebê.

Winnicott não coloca em termos de pulsão de vida e de morte, apesar de não questionar a importância do instinto e das funções corporais presentes desde o início como fundamentais nos processos que descreveu no desenvolvimento emocional primitivo.

Para ele, a gênese da angústia do ser humano encontra suas raízes logo após o nascimento e, sobretudo, se fortalece naquele traço original e ali mesmo limita ou impede o desenvolvimento, marcando a constituição psíquica de um trauma ou se ramifica e encontra outros referentes ao longo do caminho do desenvolvimento humano.

Se, para Freud, a angústia inicial representa o sofrimento pela perda de partes essenciais de si que lhe atribuiriam o amor do objeto, Klein denota que o bebê sofre angústia proveniente do medo do seu próprio aniquilamento como retaliação; já Winnicott indica que esses fenômenos não podem ser a primeira experiência de angústia humana, considerando que para senti-las é preciso um conjunto de integrações às quais o recém-nascido ainda não conquistou e que, para chegar a elas, depende que não sofra angústias demasiadamente traumáticas que poderão, inclusive comprometer essas integrações e afetar todo o desenvolvimento pessoal deste ser.

Assim, Winnicott não discorda totalmente nem de Freud nem de Klein, mas pensa nos instintos e na agressividade em termos de necessidades e tais necessidades não abarcam a característica intencional em relação ao objeto, no início da vida.

A experiência de análise de crianças pequenas e, posteriormente, bebês em sua díade com a mãe desenvolveu muito a psicanálise na medida em que se passou a estudar o início da constituição psíquica dos seres humanos. Winnicott fez grandes contribuições quando introduziu a análise da relação mãe-bebê e, sendo pediatra, pôde observar diretamente esse período inicial que inaugura o ser em sua experiência relacional. Assim, ele parte de um conhecimento fatural (observacional) tendo por base a sua bagagem pediátrica aliada ao conhecimento profundo de psicanálise, que coadunou não apenas a psicopatologia infantil, mas também o desenvolvimento saudável e, ainda mais, a relação mãe-bebê e a terapia de crianças e adultos, e também terapia da relação entre os dois, ou seja, da dupla mãe-bebê. Conseqüentemente, sua teoria, baseada na observação direta de mães e seus bebês e na clínica infantil, apresenta um escopo mais abrangente.

O conceito de agonias impensáveis é intrínseco à psicose, pois agonizar é uma experiência de morte em vida formulada por Winnicott como a vivência de sofrimento máximo suportável pelo bebê ( $x + y + z$ ). No entanto, essa tolerância refere-se à capacidade pessoal de cada bebê, em particular. A falha ambiental provocadora, como a ausência da mãe, por exemplo, precisa ser regulada conforme a necessidade do seu bebê, para ser e continuar sendo numa linha contínua de existência. As falhas também podem ser compreendidas como falta de adaptação do ambiente (confiabilidade), pois a agonia impensável está referida à ilusão de onipotência e proporcionar essa experiência na fase de dependência absoluta é fundamental para sua saúde ou crucial para seu amadurecimento (saúde e maturidade em Winnicott são conceitos indissociáveis).

Uma série de fatores estão envolvidos na dimensão da falha ambiental e se associa à capacidade de tolerância do bebê também pelo período em que se encontra (primeiros dias, primeiras semanas ou primeiros meses). As variáveis ambientais se referem ao conjunto: *holding* da mãe com bebê, *holding* do pai com a mãe, *holding* da família extensiva com a mãe, o pai e o bebê. Também podem haver situações externas que desorganizam a mãe, eventos adversos, a própria saúde mental da mãe, o temperamento do bebê. Assim, não há como as agonias impensáveis serem atribuídas a

um evento empírico, específico ou genérico a não ser em termos de invasão, interrupção e quebra na linha de vida.

As psicoses tratam-se, para Winnicott de um sofrimento originado no desamparo do ser do bebê, que foi exposto ao sentimento de agonias impensáveis. Assim, o seu conteúdo de psicose se amplia como uma vivência primitiva de ruptura e loucura que não pôde ser, naquele momento, organizada, contra a qual somente coube defender-se reagindo. Apesar desse grau de distorção (em vez de ser e continuar sendo, reagir), é possível dar lugar a essa experiência no presente, corrigindo o trauma do passado. Regredir ao colapso original é a oportunidade de reaver a continuidade pessoal a partir de uma nova experiência em outro ambiente.

Winnicott postula que há uma tendência herdada<sup>49</sup> para o amadurecimento e, embora dependa de um meio ambiente facilitador para colocá-la em marcha, mesmo os indivíduos afetados pelas falhas ambientais, que organizaram defesas complexas para proteger o si-mesmo, esse potencial existe, visto que a defesa é um movimento da saúde e, ainda que tenha sofrido uma espécie de congelamento, aguarda as condições para retomar seu curso natural.

Para Winnicott, “quando estamos tratando de crianças mais velhas e de adultos, descobrimos que grande parte dos distúrbios com os quais temos de lidar, em termos de distúrbios da personalidade, acabam por se mostrar evitáveis<sup>50</sup>” e nessa lógica, entendemos que há uma gama de ações possíveis na primeiríssima infância, ou seja, na intervenção com mães-bebês, que englobam a promoção da saúde mental a fim de contribuir preventivamente na resolução de problemas que desafiam as práticas em saúde mental e a sociedade como um todo.

Nós tomamos muitas coisas como naturais, se somos sadios, e por que não deveríamos? Mas como clínicos podemos usar a nossa saúde para examinar o significado da saúde e o custo em termos do atendimento à criança. Podemos investigar os *pontos de fracasso do desenvolvimento e examinar a organização das defesas da personalidade contra a ansiedade intolerável*. (D. W. Winnicott, 1969f, p. 221, grifos nossos)

---

<sup>49</sup> Id. Ibid.

<sup>50</sup> Id. 1968f, pp. 56-57.

Essas investigações e intervenções, para o autor, são semelhantes àquelas que mostram-se no trabalho analítico com os pacientes psicóticos, como necessidades não atendidas, considerando ser necessário atendê-las para recuperá-los das falhas ambientais sofridas em momento precoce e para que venham a retomar seu desenvolvimento, ainda que tardiamente, e tornem-se pessoas saudáveis.

Na saúde, o desenvolvimento emocional e suas integrações correspondentes ocorrem, evidentemente, com uma ajuda necessária do ambiente. *A doença é, para Winnicott, uma interrupção no processo de desenvolvimento e a psicoterapia nada mais é do que o conjunto de cuidados necessários para que esse desenvolvimento possa ser retomado ou corrigido.* Nas fases mais primitivas, que dependem mais profundamente do ambiente, a falha diz respeito à *sustentação que o ambiente deve fazer para que a linha da vida (a continuidade de ser, a partir de si mesmo) não seja quebrada como um padrão de funcionamento do ambiente (que gerará, por sua vez, um padrão de defesas) (...)* (Fulgencio, 2016, pp. 96-97, grifos nossos)

Dessa forma, a clínica da prevenção em psicanálise na intervenção com mães-bebês, da mesma forma que a clínica com pacientes psicóticos, pela perspectiva de Winnicott, encontram um ponto em comum: preservar a experiência de continuidade de ser a partir de si mesmo, proporcionando a confiança no ambiente e a esperança na capacidade de seguir o curso do desenvolvimento e amadurecimento emocional.

## 5. Referências

- Abram, J. (2007). *The Language of Winnicott. A dictionary of Winnicott's Use of Words* (2 ed.). London: Karnac Books.
- Abram, J. (2008). Donald Woods Winnicott (1896–1971): A brief introduction. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(6), 1189-1217.
- André, J. (2001). Entre angústia e desamparo. Trad. Pedro Henrique Bernardes Rondon. *Ágora*, IV(2), 95-109.
- Binder, P.-E. (2006). At the verge of unthinkable anxiety: On the relevance of a neurophysiologically informed relational perspective on meaning-making in psychosis. *International Forum of Psychoanalysis*, 14(4), 201-211.
- Caldwell, L., & Joyce, A. (2011). General Introduction of *Reading Winnicott*. In L. Caldwell & A. Joyce (Eds.), *Reading Winnicott*. London: Routledge.
- Caldwell, L., & Robinson, H. T. (Eds.). (2016). *The Collected Works of D. W. Winnicott*. London: Oxford University Press.
- Cambuí, H. A., Neme, C. M. B., & Abrão, J. L. F. (2016). A constituição subjetiva e saúde mental: contribuições winnicottianas. *Ágora: Rio de Janeiro*, XIX(1), 131-145.
- Cesarei, A. O. d. (2005). Early trauma and narcissism—autism bipolarity. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(3), 657-675.
- Chamond, J., & Morsello, P. (2010). Continuidade do ser e agonia primitiva: o bebê winnicottiano e a psicose. *Winnicott e-prints*, 5(1), 1-26.
- Dias, E. O. (1998). *A teoria das psicoses em D. W. Winnicott*. (Doutorado), PUCSP, São Paulo.
- Dias, E. O. (1999a). A clínica das psicoses e a teoria do amadurecimento. *Infanto. Revista de Neuropsiquiatria da infância e adolescência*, VII(Suplemento 1), 15-19.
- Dias, E. O. (1999b). Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 1(2), 283-322.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Dowd, A. (2012). Primal negation as a primitive agony: reflections on the absence of a place-for-becoming. *Journal of Analytical Psychology*, 57(1), 3-20.
- Freud, S. (1895b). Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada de neurose de angústia. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 107-yyy). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1895d). Estudos sobre a histeria. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 43-yyy). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1898a). A sexualidade na etiologia das neuroses. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 289-yyy). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914c). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 89-yyy). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1915c). Os instintos e suas vicissitudes. In *A história do movimento psicanalítico, Artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914 ~1916)* (Vol. XIV, pp. 123-144): Imago.
- Freud, S. (1920g). Além do princípio do prazer. In *Sigmund Freud. Obras Completas* (Vol. 14, pp. 161-239). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- Freud, S. (1923a). Dois artigos de enciclopédia. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 287-yyy). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923b). O ego e o id. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 23-yyy). Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, S. (1924b-a). Neurose e psicose. In T. P. C. d. Souza (Ed.), *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 16). São Paulo: Cia as Letras.
- Freud, S. (1924b-b). Neurose e psicose. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 189-yyy). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1924e-a). *A perda da realidade na neurose e na psicose* (Vol. 16). São Paulo: Cia das Letras.
- Freud, S. (1924e-b). A perda da realidade na neurose e na psicose. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 229-yyy). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1926d-a). Inibições, sintomas e angústia. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 91-152). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1926d-b). *Inibições, sintomas e ansiedade* (Vol. 17). São Paulo: Cia das Letras.
- Freud, S. (1930a). O mal-estar da civilização. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 81-yyy). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1933a). Novas conferências introdutórias à psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 22, pp. 17-yyy). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1937c). Análise terminável e interminável. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 247-yyy). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1940a). Esboço de psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 169-yyy). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1940e). Clivagem do ego no processo de defesa. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 309-yyy). Rio de Janeiro: Imago.
- Fulgencio, L. (2004). A noção de trauma em Freud e Winnicott. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 6(2), 255-270.
- Fulgencio, L. (2008). *O método especulativo em Freud*. São Paulo: EDUC.
- Fulgencio, L. (2010). Aspectos gerais da rescrição winnicottiana dos conceitos fundamentais da psicanálise freudiana. *Psicologia USP*, 21(1), 99-125.
- Fulgencio, L. (2011). Compulsão à repetição no contexto analítico para Winnicott. *Revista de Filosofia: Aurora (PUCPR)*, 23.
- Fulgencio, L. (2013a). Ampliação winnicottiana da noção freudiana de inconsciente. *Psicologia USP*, 24(1), 143-164.
- Fulgencio, L. (2013b). A situação do narcisismo primário para Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 47(3), 131-142.
- Fulgencio, L. (2016). *Por que Winnicott?* São Paulo: Zagodoni.
- Girard, M. (2010). Winnicott's foundation for the basic concepts of Freud's metapsychology? *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(2), 305-324.
- Groarke, S. (2011). Unthinkable Experience:Winnicott's Ontology of Disaster and Hope. *American Imago*, 67(3), 399-429.
- Hanns, L. A. (1996). *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Hernandez, M. (1998). Winnicott's "Fear of Breakdown": On and Beyond Trauma. *Diacritics*, 28(4), 134-143.
- Hinshelwood, R. D. (1992). *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Jacques, S. (2014). O lugar do borderline em Winnicott [Dissertação de Mestrado]. *Campinas: PUC*.
- Joannidis, C. (2013). Madness: Terror and necessity – thoughts on Winnicott. *International Forum of Psychoanalysis*, 22(1), 53-59.
- Klein, M. (1930). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In *Obras completas de Melanie Klein (Volume I. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945)* (pp. 249-264). Rio de Janeiro: Imago.

- Klein, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In *Obras completas de Melanie Klein (Volume III. Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963)* (pp. 17-43). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (1948). Sobre a teoria da ansiedade e da culpa. In *Obras completas de Melanie Klein (Volume III. Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963)* (pp. 44-63). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (1950). Sobre os critérios para o término de uma psicanálise. In *Obras completas de Melanie Klein (Volume III. Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963)* (pp. 64-69). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (1952a). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. In *Obras completas de Melanie Klein (Volume III. Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963)* (pp. 85-118). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (1952b). As origens da transferência. In *Obras completas de Melanie Klein (Volume III. Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963)* (pp. 70-79). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (1952c). Influências mútuas no desenvolvimento de ego e id. In *Obras completas de Melanie Klein (Volume III. Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963)* (pp. 80-84). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (1952d). Sobre a observação do comportamento de bebês. In *Obras completas de Melanie Klein (Volume III. Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963)* (pp. 119-148). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (1955). A técnica psicanalítica através do brincar: sua história e significado. In *Obras completas de Melanie Klein (Volume III. Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963)* (pp. 149-168). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (1957). Inveja e gratidão. In *Obras completas de Melanie Klein (Volume III. Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963)* (pp. 205-267). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (1958). Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental. In *Obras completas de Melanie Klein (Volume III. Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963)* (pp. 268-279). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (1959). Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In *Obras completas de Melanie Klein (Volume III. Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963)* (pp. 280-297). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (1997). *A Psicanálise de Crianças*. Rio de Janeiro: Imago.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2001). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lejarraga, A. L. (2008). Clínica do trauma em Ferenczi e Winnicott. *Natureza Humana*, 10(2), 115-148.
- Loparic, Z. (1997). Winnicott: uma psicanálise não-edipiana. *Revista de psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 4(2), 375-387.
- Loparic, Z. (2001). Esboço do paradigma winnicottiano. *Cadernos de história e filosofia da ciência*, 11(2), 7-58.
- McCarthy, J. B. (2004). Primitive anxiety and countertransference engagement. *Psychoanalytic Psychology*, 21(4), 618-621.
- Naffah Neto, A. (2007). A problemática do falso self em pacientes de tipo *borderline*: revisitando Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(4), 77-88.
- Ogden, T. H. (2014). Fear of breakdown and the un-lived life *International Journal of Psychoanalysis*, 95(2), 205-223. doi:10.1111/1745-8315.12148
- Phillips, A. (1988). *Winnicott*. São Paulo: Idéias & Letras, 2007.
- Quintana, M. (2012). *Canções seguido de Sapato florido e A rua dos cataventos*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Ribeiro, C. V., & Santos, E. S. (2008). Apresentação. *Aprender - Caderno de Filosofia e Psicologia da Educação*, VI(11, Número Especial: Winnicott e a Educação), 7-13.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

- Safra, G. (1999). A clínica em Winnicott. *Natureza Humana*, 1(1), 91-101.
- Santos, E. S. (2001). As angústias impensáveis em relação à angústia de castração. *Dissertação de Mestrado, Campinas/SP, IFCH-UNICAMP*.
- Santos, E. S. (2002). Angústias impensáveis: mudanças na psicanálise tradicional [Tese de Doutorado]. *IFCH/UNICAMP, São Paulo*.
- Santos, E. S. (2011). Apontamentos sobre as angústias impensáveis em Winnicott. *Rev. Filos. Aurora: Curitiba*, 23(33), 475-492.
- Santos, E. S. (2012). Angústia do ser e angústia de ser: conceitos psicanalíticos de angústia iluminados por Heidegger. *Natureza Humana*, 15(1), 63-75.
- Santos, M. A. d. (1999). A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(3).
- Segal, H. (1966). *Introdução à obra de Melanie Klein* (M. B. Lopes, Trans. Vol. 3). São Paulo: Companhia Editorial Nacional.
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Maelanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago.
- Segal, H. (1983). *As ideias de Melanie Klein* (T. d. Á. Cabral, Trans.). São Paulo: Cultrix. Ed. da Universidade de São Paulo.
- Silva, G. V. d., & Pinheiro, N. N. B. (2008). Considerações teórico/clínicas sobre a angústia e a integração psique-soma em Freud e Winnicott. *Winnicott e-prints*, 3(1/2).
- Simanke, R. (2014a). O Trieb de Freud como instinto 1: sexualidade e reprodução. *Scientiae Studia*, 12 (1), 73-95.
- Simanke, R. (2014b). O Trieb de Freud como instinto 2: agressividade e autodestrutividade. *Scientiae Studia*, 12 (3), 439-464.
- Simanke, R. T. (1994). *A formação da teoria freudiana das psicoses*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Simões, C. H. D., Ambrosio, F. F. e., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014). Trancado no quarto: reflexões preliminares sobre o cuidado a pacientes psicóticos. *Anais da XII Jornada Apoiar: A clínica social - propostas, pesquisas e intervenções*(12), 230-240.
- Souza, P. C. d. (2010). *As palavras de Freud: o vocabulário freudiano e suas versões*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Spelman, M. B. (2013a). *The Evolution of Winnicott's Thinking: Examining the Growth of Psychoanalytic Thought Over Three Generations*. London: Karnac Books.
- Spelman, M. B. (2013b). *Winnicott's Babies and Winnicott's Patients: Psychoanalysis as Transitional Space* London: Karnac Books.
- Winnicott. (1987l). A mãe dedicada comum. *Os bebês e suas mães*, 1-11.
- Winnicott, D. W. (1945d). Desenvolvimento Emocional Primitivo. In *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- Winnicott, D. W. (1945h). Para um Estudo Objetivo da Natureza Humana. In *Pensando sobre Crianças* (pp. 31-37). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- Winnicott, D. W. (1953a). Psicoses e Cuidados Maternos (D. Bogomoletz, Trans.). In *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (pp. 305-315). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- Winnicott, D. W. (1954a). A Mente e sua Relação com o Psicossoma. In *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (pp. 332-346). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- Winnicott, D. W. (1958d). Ansiedade Associada à Insegurança. In *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (pp. 163-167). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- Winnicott, D. W. (1958f). Memórias do Nascimento, Trauma do Nascimento e Ansiedade. In *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (pp. 254-276). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- Winnicott, D. W. (1958h). Análise da Criança no Período de Latência. In *O Ambiente e os Processos de Maturação* (pp. 106-113). Porto Alegre: Artmed, 1983.

- Winnicott, D. W. (1958j). O Primeiro Ano de Vida. Concepções Modernas do Desenvolvimento Emocional. In *A Família e o Desenvolvimento Individual* (pp. 3-20). São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- Winnicott, D. W. (1958n). A Preocupação Materna Primária. In *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- Winnicott, D. W. (1958q). Definição Teórica do Campo da Psiquiatria Infantil. In *A Família e o Desenvolvimento Individual* (pp. 141-152). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1960c). Teoria do Relacionamento Paterno-Infantil. In *O Ambiente e os Processos de Maturação* (pp. 38-54). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1962c). Observações Adicionais sobre a Teoria do Relacionamento Parento-Filial. In *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 59-61). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1964c). O Recém-Nascido e sua Mãe. In *Os bebês e suas mães* (pp. 29-42). São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- Winnicott, D. W. (1965j). Comunicação e Falta de Comunicação Levando ao Estudo de Certos Opostos. In *O Ambiente e os Processos de Maturação* (pp. 163-174). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965n). A Integração do Ego no Desenvolvimento da Criança. In *O Ambiente e os Processos de Maturação* (pp. 55-61). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965r). Da Dependência à Independência no Desenvolvimento do Indivíduo. In *O Ambiente e os Processos de Maturação* (pp. 79-87). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1967b). A Localização da Experiência Cultural. In *O Brincar & a Realidade* (pp. 133-143). Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975.
- Winnicott, D. W. (1968a). A Etiologia da Esquizofrenia Infantil em Termos do Fracasso Adaptativo. In *Pensando Sobre Crianças* (pp. 193-196). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- Winnicott, D. W. (1968c). O Conceito de Regressão Clínica Comparado com o de Organização Defensiva. In *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 151-156). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1968d). A Comunicação entre o Bebê e a Mãe e entre a Mãe e o Bebê: Convergências e Divergências. In *Os bebês e suas mães* (pp. 79-92). São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- Winnicott, D. W. (1968f). O Ambiente Saudável na Infância. In *Os bebês e suas mães* (pp. 51-59). São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- Winnicott, D. W. (1969f). Um Vínculo entre a Pediatria e a Psicologia Infantil: Observações Clínicas. In *Pensando Sobre Crianças* (pp. 220-234). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- Winnicott, D. W. (1970a). A Dependência nos Cuidados Infantis. In *Os bebês e suas mães* (pp. 73-78). São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- Winnicott, D. W. (1970b). A Experiência Mãe-Bebê de Mutualidade. In *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 195-202). São Paulo: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1971a). *O Brincar & a Realidade* (J. O. d. A. A. e. V. Nobre, Trans.). Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975.
- Winnicott, D. W. (1971f). O Conceito de Indivíduo Saudável. In *Tudo Começa em Casa* (pp. 3-22). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1974). O Medo do Colapso. In *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 70-76). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1986b). *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1987a). *Os Bebês e suas Mães* (J. L. Camargo, Trans.). São Paulo: Martins Fontes, 1996.

- Winnicott, D. W. (1987d). Notas Preliminares para "A Comunicação entre o Bebê e a Mãe e entre a Mãe e o Bebê: Convergências e Divergências" (após Fonte dos capítulos). In *Os bebês e suas mães* (pp. 94-96). São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- Winnicott, D. W. (1987e). A Mãe Dedicada Comum. In *Os bebês e suas mães* (pp. 1-11). São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- Winnicott, D. W. (1988). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- Winnicott, D. W. (1989d). O Conceito de Trauma em Relação ao Desenvolvimento do Indivíduo dentro da Família. In *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 102-115). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1989vk). A Psicologia da Loucura: Uma Contribuição da Psicanálise. In *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 94-101). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1989vm). Nota Adicional sobre o Transtorno Psicossomático (Parte II do cap. 20 - Transtorno (disorder) Psicossomático). In *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 91-93). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1989xe). Discussion of John Bowlby's "Grief and mourning in infancy" [Psychoanal. Study Child, 1960, 15]. In *Psycho-Analytic Explorations* (pp. 426-432). London: Karnac Books, 1989.