

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
MARIA CLAUDIA TEIXEIRA DE ANGELIS

UM ESTUDO COMPARATIVO DA DEPRESSÃO
EM WINNICOTT, FREUD E KLEIN

TAUBATÉ-SP

2014

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
MARIA CLAUDIA TEIXEIRA DE ANGELIS

UM ESTUDO COMPARATIVO DA DEPRESSÃO
EM WINNICOTT, FREUD E KLEIN

Monografia apresentada como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Tereza Elizete Gonçalves

TAUBATÉ-SP

2014

Maria Claudia Teixeira de Angelis

**UM ESTUDO COMPARATIVO DA DEPRESSÃO EM
WINNICOTT, FREUD E KLEIN**

Monografia apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do Diploma de Bacharel em Psicologia pelo Curso de Psicologia da Universidade de Taubaté.

Local e Data: Taubaté, 22 de outubro de 2014.

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. TEREZA ELIZETE GONÇALVES - Orientadora
Universidade de Taubaté

Prof^ª. Dr^ª. ANA CRISTINA ARAÚJO DO NASCIMENTO
Universidade de Taubaté

Prof^ª. Ms. MÁRCIA FRASSÃO
Universidade Salesiana de Lorena

RESUMO

Atualmente, os estados emocionais ligados à depressão representam uma demanda significativa nas Clínicas Psicológicas e, deste modo, o conhecimento teórico sobre o assunto se faz imprescindível para um atendimento terapêutico pautado na responsabilidade. Neste sentido, buscamos compreender o processo da depressão segundo a visão de três autores expoentes da Psicanálise, Sigmund Freud e Melanie Klein e Donald Woods Winnicott. A investigação foi feita por meio da pesquisa bibliográfica, utilizando-se de livros, revistas científicas, artigos publicados em *sites* científicos e base de dados validados pela comunidade científica, como Scielo e Google Acadêmico. Como resultados, vimos que, enquanto Freud e Klein vislumbram os aspectos psicopatológicos da depressão, Winnicott relaciona alguns destes estados depressivos a uma condição saudável do indivíduo maduro, que passa a assumir sua agressividade como inerente à natureza humana e, com isso, constrói a capacidade de responsabilizar-se por sua própria existência.

Palavras Chaves: Depressão. Freud. Klein. Winnicott.

ABSTRACT

Lately, depression cases are amongst the most popular emotional states identified in Psychological Clinics and, so, it is vital, for responsible healthcare, that professionals have theoretical knowledge about such a subject in mind. Due to this, we seek further comprehension on the depressive process as it was seen by exponential Psychanalyses authors, such as Freud, Melanie Klein and, most especially, Donald Woods Winnicott. This study is based on bibliographic research, involving books, scientific magazines, scientific websites published articles and other data base approved by the scientific community. As a result, we infererd that while Sigmund Freud and Melanie Klein barely appreciate the psychopathologic aspects of depression, Donald Woods Winnicott relates some of those aspects to a healthy condition that is owned by further developed people who start realizing that anger is just a part of their nature and are also able to use it in order to build up the capacity of assuming their self-existence's responsibility.

Key words: Depression. Freud. Klein. Winnicott.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	- 8 -
1.1	JUSTIFICATIVA	- 12 -
1.2	PROBLEMATIZAÇÃO	- 13 -
1.3	OBJETIVOS	- 13 -
1.3.1	Objetivo geral	- 13 -
1.3.2	Objetivos específicos	- 13 -
1.4	MÉTODO	- 13 -
2	REVISÃO DE LITERATURA	- 14 -
2.1	O ESTUDO DE FREUD SOBRE A DEPRESSÃO.....	- 14 -
2.1.1	Estruturas da Personalidade: id, ego e superego	- 15 -
2.1.2	Fases do Desenvolvimento Psicosexual	- 17 -
2.1.2.1	A fase oral.....	- 17 -
2.1.2.2	A fase anal.....	- 18 -
2.1.2.3	A fase fálica e o complexo de Édipo.....	- 18 -
2.1.2.4	O período de latência.....	- 20 -
2.1.2.5	A fase genital.....	- 20 -
2.1.3	A depressão na ótica freudiana	- 21 -
2.2	O ESTUDO DE KLEIN SOBRE A DEPRESSÃO	- 26 -
2.3	O ESTUDO DE WINNICOTT SOBRE A DEPRESSÃO.....	- 30 -
2.3.1	Winnicott e o desenvolvimento da Teoria do Amadurecimento Pessoal	- 30 -
2.3.2	Teoria do Amadurecimento Pessoal	- 32 -
2.3.3	Estágios do Amadurecimento Pessoal	- 35 -
2.3.3.1	Estágios primitivos de dependência absoluta.....	- 36 -

2.3.3.2	Estágios iniciais de dependência relativa.....	- 44 -
2.3.3.3	Estágio rumo à independência.....	- 49 -
2.3.3.4	Estágios de independência relativa.....	- 52 -
2.3.4	A depressão na ótica winnicottiana.....	- 52 -
3	DISCUSSÃO.....	- 57 -
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	- 62 -
	REFERÊNCIAS.....	- 64 -

When routine bites hard and ambitions are low
and resentment rides high but emotions won't grow
And we're change our ways, taking different roads.

Then love, love will tears us apart again
love, love will tears us apart again.

Joy Division

1 INTRODUÇÃO

Vivenciamos uma época de reclamações generalizadas pela falta de tempo cotidiano, pelo excesso de compromissos, pelo abuso de horas destinadas ao trabalho e, enfim, pela ausência de dedicação a atividades que proporcionam prazer em si mesmas. As pessoas levantam da cama, correm, correm, correm e, ao final, desmaiam novamente em seus leitos. Simplesmente não veem o dia passar.

Pais não conseguem acompanhar o desenvolvimento de seus filhos, que ficam confiados aos cuidados de babás e escolas. Crianças estão sobrecarregadas de atividades: escola, inglês, informática, natação, futebol, judô, balé, canto, etc., e, ao voltarem para casa, alienam-se com computador, televisão e videogame. Conversas entre pais e filhos, ou tempo de brincadeiras compartilhadas, raramente são usufruídos.

Até mesmo os momentos de lazer, quando ocorrem, são regrados. Viagens compradas em agências estipulam roteiros fixos, com horários britanicamente agendados. Há que se conhecer o maior número de atrativos no menor tempo possível. As pessoas terminam suas férias ainda mais cansadas quando de seu início. Ócio criativo? Pura besteira do século passado.

Mas, esse estilo de vida, sobrecarregado, acarreta consequências emocionais severas, que destacaremos logo abaixo. E são elas que nos chegam ao consultório psicológico, na forma de queixas dos pacientes, cabendo aos profissionais compreendê-las da melhor maneira possível, dentro do contexto pessoal de cada indivíduo que procura ajuda ou alívio às suas dores emocionais. Para tanto, o saber teórico do Psicólogo sobre as diversas disfunções se faz imprescindível, pois a partir dele, sua prática será pautada na ética e na responsabilidade.

O presente trabalho terá como objetivo abordar, especificamente, o tema da depressão, uma das sequelas mais expoentes deste estilo de vida contemporâneo. Para tanto, o enfoque teórico será psicanalítico, na espera de responder algumas indagações da autora: A Psicanálise consegue abordar e tratar o fenômeno da depressão? A Psicanálise apresenta um discurso único sobre a depressão?

Na tentativa de dirimir tais dúvidas, far-se-á um estudo comparativo entre três autores, Freud, Klein e Winnicott, aprofundando-se nos constructos teórico deste último que, tendo sido Psicanalista e Pediatra, construiu sua teoria a partir da observação de crianças psicóticas, bem como da análise da interação entre mães e seus bebês.

Retornando às raízes, partir-se-á, agora, de uma rápida contextualização da obra freudiana, onde a Psicanálise tem origem.

Como é de conhecimento comum aos estudiosos da área, o pai da Psicanálise, ao elaborar sua teoria psicanalítica, baseou-se fundamentalmente na observação de pacientes histéricos que apresentavam sintomas fisiológicos sem o devido comprometimento orgânico, ou seja, “... começou atendendo pessoas que expressavam seus conflitos emocionais na forma de sintomas físicos, não explicáveis ou abordáveis a partir do referencial médico anatômico ou fisiológico” (WAGNER, 2005, p. 43). Freud concluiu que tal fato ocorria pelo mecanismo do recalque, por meio do qual, situações ocorridas em tenra idade, relacionadas à sexualidade, eram exiladas ao inconsciente por conta da pressão da censura advinda do consciente do indivíduo.

Imperioso ressaltar que ao examinar uma teoria da personalidade, deve-se averiguar o ambiente social e histórico em que foi desenvolvida, senão estabelece-se uma desconexão entre a realidade e as fontes de onde surgiu tal conhecimento. Neste sentido, o estudo de todo o contexto - cenário político, social, moral e cultural, bem como a vida de seu autor -, é de extrema valia. Explica Fenichel (1981):

Quanto às influências do ambiente, este deve ser estudado em pormenor, em sua realidade prática. Não existe “Psicologia do Homem” em sentido geral, num vazio por assim dizer; **o que existe é uma psicologia do homem em certa sociedade concreta e em certo lugar social dentro desta** (p.3, grifo nosso).

[...]

Certamente que não só as frustrações e as reações a frustrações que são socialmente determinadas; **o que um ser humano deseja é também determinado pelo seu ambiente cultural**. Em todo caso, os desejos culturalmente determinados são simples variações de umas tantas necessidades básicas biológicas (p.4, grifo nosso).

Não seria diferente com a Psicanálise, errando vertiginosamente quem postula a teoria psicanalítica como constructo dissociado do contexto social. Explica Mezan (2002):

Freud opera constantemente em três níveis. [...] O terceiro, de fundamental importância, é o da referência à cultura e ao social-histórico, ou seja, as dimensões extra-individuais que de um modo ou de outro determinam a vida psíquica do indivíduo. **Estão nesta categoria suas reflexões sobre a moral e o papel coercitivo quanto aos desejos** [...] (p.21, grifo nosso).

Assim, a ênfase de Freud na questão da sexualidade reflete tanto a repressão sexual numa sociedade vitoriana¹ - sendo que “Freud tem frequentes ocasiões de contatar os efeitos devastadores dessa moral sobre as pacientes histéricas, procurando mesmo relacioná-los com as diferentes formas patológicas com que depara na clínica” (MEZAN, 2006, p.122) -, bem como traduz as falas trazidas pelos pacientes. Este é um viés na leitura freudiana, que precisa ser considerado para o entendimento de seu pensamento. Explica Mendes (2006):

Freud abominava a superficialidade vienense e tinha uma relação de muita ambivalência com a cidade que se notabilizou pelo culto ao vinho, mulheres e música. **A harmonia de fachada dessa sociedade repressiva trouxe à tona a insatisfação das histéricas, que pagavam com o próprio corpo a repressão da sexualidade e a impossibilidade de uma realização mais efetiva, condenadas a serem meros objetos.** Ao desmascarar o que havia de falso em suas pacientes, Freud deu lugar à outra cena por trás da simulação (p.25, grifo nosso).

Portanto, a Psicanálise se originou numa época de enorme coibição sexual e Freud, ao analisar os pacientes diagnosticados como neuróticos no século passado, mediante o inovador método, obteve significativos resultados.

No entanto, na contemporaneidade, esta proibição social da sexualidade é ínfima, tendo em vista que os hábitos culturais muito se modificaram. Ratifica Mezan (2002):

Quase cem anos depois do artigo que estamos comentando [A Interpretação dos Sonhos], **as condições sociais mudaram muito, e a área em que mais ocorreram transformações é certamente a dos costumes sexuais: a vida erótica do início do século XXI é incomparavelmente menos secreta do que seu equivalente no século XIX.** A exposição do corpo, a possibilidade de satisfação de tendências voyeristas e sádicas por meio de filmes, da televisão, de fotografias impactantes nos jornais - ou seja, o espetáculo do sexo de formas muito pouco indiretas, para dizer o mínimo - é onipresente na publicidade e na mídia (p. 357, grifo nosso).

Sendo assim, com a conquista da liberdade sexual e com o alucinante ritmo de vida dos indivíduos, comum hodiernamente, percebemos que na área da saúde psíquica,

¹ Denomina-se Era Vitoriana o período no qual a Rainha Vitória reinou sobre a Inglaterra, no século XIX, durante 63 anos (1837 a 1901). Vitória iniciou uma prolongada etapa de progresso na Inglaterra, sustentada pelo ápice da Revolução Industrial, que propiciou a criação de novas técnicas de produção. Este avanço deu impulso ao desenvolvimento de uma camada social média e ilustrada - a burguesia. Para além do enriquecimento da classe burguesa na Inglaterra, **a era vitoriana se caracterizou também pela rigidez de princípios moralistas.**

os fenômenos de maior incidência clínica são aqueles relacionados a outros estados subjetivos, como pânico, sentimento de vazio, depressão (que, como já especificado, será o enfoque do presente estudo) etc., não se restringindo às neuroses diagnosticadas por Freud. Segundo Wolpert (2003), o volume de pesquisas científicas sobre depressão resulta na publicação anual de aproximadamente três mil artigos científicos. Disserta Safra (2005):

O mundo atual apresenta problemas e situações que levam o ser humano a adoecer em sua possibilidade de ser: ele vive hoje fragmentado, descentrado de si mesmo, impossibilitado de encontrar, na cultura, os elementos e o amparo necessários para conseguir a superação de suas dificuldades psíquicas.

No consultório, as questões propostas por nossos analisandos não se referem mais somente aos problemas do desejo e da relação com o outro. **As queixas mais frequentes referem-se à vivência de futilidade, de falta de sentido na vida, de vazio existencial, de morte em vida** (p. 13, grifo nosso).

Por conta dessa transformação nas manifestações psicopatológicas, decorrentes inclusive da mudança de estilo de vida, faz-se necessária a investigação de novas concepções que possam proporcionar melhor embasamento teórico e prático aos profissionais ligados à área da saúde psíquica.

Neste trabalho, como já destacado, far-se-á um estudo aprofundado da obra de Donald Woods Winnicott e suas contribuições para a compreensão da etiologia da psicose e dos transtornos depressivos. Suas ideias não foram sistematizadas cronologicamente, encontrando-se espalhadas por toda a sua obra. Tal tarefa vem sendo realizada por vários pensadores, já que atualmente o estudo da teoria winnicottiana é alvo de muitos estudantes e profissionais da área da Psicologia e afins.

1.1 JUSTIFICATIVA

O presente tema foi escolhido diante de sua emergência clínica na contemporaneidade. Deste modo, os estados emocionais ligados à depressão representam uma demanda significativa nos consultórios psicológicos, sendo que o embasamento teórico sobre o assunto se faz imprescindível para um atendimento terapêutico pautado na responsabilidade.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

A Psicanálise consegue abordar e tratar o fenômeno da depressão?

A Psicanálise apresenta um discurso único sobre os transtornos depressivos?

Quais são, especificamente, as contribuições de Winnicott para o entendimento da depressão?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Compreender o processo da depressão segundo a visão de autores expoentes da Psicanálise (Freud e Klein), aprofundando-se no trabalho teórico de Donald Woods Winnicott.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Apresentar sucintamente os pensamentos de Sigmund Freud e Melanie Klein, sobre a temática da depressão, tendo em vista que estes autores foram os interlocutores diretos de Winnicott.
- Compreender a formulação do pensamento de Winnicott, em termos da depressão, e identificar seu diferencial em relação às teorias de Freud e Klein.
- Identificar, a partir da proposição winnicottiana sobre Teoria do Amadurecimento Pessoal, qual o momento da existência humana é mais vulnerável aos transtornos de ordem depressiva.
- Ressaltar qual a importância do ambiente na etiologia da depressão.

1.4 MÉTODO

A investigação foi realizada por meio da pesquisa bibliográfica, utilizando-se de livros, revistas científicas, artigos publicados em *sites* científicos e base de dados validados pela comunidade científica, como Scielo e Google acadêmico. Consistiu numa pesquisa qualitativa, com fundamentação psicanalítica e de caráter descritivo, o que possibilitou a ampliação do conhecimento acerca da complexidade do problema abordado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O ESTUDO DE FREUD SOBRE A DEPRESSÃO

Ao pesquisarmos especificamente a visão de Winnicott sobre a depressão, necessitamos conhecer os estudos de outros autores psicanalistas que embasaram o desenvolvimento de seu pensamento. Iniciaremos, então, apresentando alguns apontamentos de Sigmund Freud (1856-1939) sobre a temática em questão.

Freud foi um teórico dualista e, em todos os momentos de sua obra, concebeu o homem vivenciando um permanente conflito. O sujeito é cindido por natureza e desde sempre, tendo em vista que forças pulsionais interiores estão em constante disputa.

A metapsicologia freudiana foi assentada, fundamentalmente, em três modelos inter-relacionados: 1) modelo dinâmico, descrito em termos de pulsões, instintos, forças e suas dinâmicas inter-relacionadas que põem em marcha o psiquismo humano; 2) o modelo econômico, constructo que possibilita a observação do aparelho psíquico como administrador de uma energia quantificável, explicada em termos de catexias ou investimentos, contra-catexias ou contra-investimentos; 3) e o modelo tópico, que supõe o aparelho psíquico dividido em sistemas com características e funções diferentes (KUSNETZOFF, 1982).

Em relação a este último modelo, primeiramente, Freud dividiu o aparelho psíquico em Consciência, Pré-consciência e Inconsciente e, num segundo momento, em Id, Ego e Superego, sendo que consciente e inconsciente passaram a ser estados dessas instâncias, como explicaremos melhor abaixo.

O primeiro modelo tópico de funcionamento do aparelho psíquico (construído por Freud em 1900) dividiu a mente em três sistemas: a Consciência, a Pré-consciência e o Inconsciente. O sistema Consciente é formado pelas ideias e sentimentos que estão presentes em nossa mente a cada determinado momento, enquanto o sistema Pré-consciente inclui conteúdos mentais suscetíveis a tornarem-se conscientes pelo aumento da atenção ou memória (EIZIRIK; KAPCZINSK; BASSOLS, 2007). Já o sistema Inconsciente apresenta conteúdos mentais censurados pela consciência. Tal censura destina-se a “[...] tendências consideradas repreensíveis e indecentes de um ponto de vista moral, social e estético” (CLANCIER, 1977, p.32). Por serem inaceitáveis, as representações censuradas são recalçadas e não podem emergir facilmente à consciência.

A segunda tópica, ou modelo estrutural, elaborada por Freud a partir de 1920, passou a considerar a existência de três instâncias ou estruturas psíquicas na mente: id (que é totalmente inconsciente), ego e superego (que possuem aspectos tanto conscientes, quanto inconscientes). Explicam Eizirik, Kapczinsk e Bassols (2007):

Nesse modelo, o *ego* era entendido como separado das demandas pulsionais, possuindo aspectos conscientes e inconscientes. O aspecto consciente era o órgão executivo da mente, responsável pela tomada de decisões e pela integração perceptiva. O aspecto inconsciente continha os mecanismos de defesa, como o recalque, necessários para defender o ego das pulsões poderosas da sexualidade (libido) e da agressividade, oriundas do id. O *id* é uma instância psíquica totalmente inconsciente que inclui as pulsões - de vida e de morte ou amorosas e agressivas -, tendo como objetivo descarregar a tensão provocada pela operação dessas forças. É controlado pelos aspectos inconscientes do ego e pelo superego, que incorpora a consciência moral e o ideal de ego. O *superego* é formado a partir das identificações inconscientes com as figuras dos pais e de outras pessoas significativas, ou seja, é o herdeiro do complexo de Édipo (p.21).

Estudaremos a segunda tópica com mais pormenor, pois é neste momento de sua elaboração teórica que Freud começa a situar as afecções depressivas.

2.1.1 Estruturas da Personalidade: id, ego e superego

Como já assinalado, a partir de 1920, Freud passou a conceber a divisão do aparelho psíquico em *Id*, *Ego* e *Superego*.

O Id é a instância original da psique, reservatório e fonte de toda a energia psíquica. É a parte mais primitiva da personalidade, donde provêm todas as pulsões², entendidas como necessidades e desejos que impelem o indivíduo a agir. Afirma Clancier (1972) que o id, “[...] sem a menor dúvida, é a instância mais obscura e mais impenetrável da personalidade” (p.43). Os conteúdos do id são quase totalmente inconscientes, incluindo pensamentos primitivos que nunca foram conscientes e pensamentos que foram negados e recalçados (FADIMAN e FRAGER, 2004). É governado pelo princípio do prazer e demanda satisfação imediata. Seus objetivos são

² Segundo Hanns (1999), o termo pulsão, originário do alemão *Trieb*, de forma geral, trata-se de uma Força Impelente dos seres viventes. Para além, enfatiza o autor que “a originalidade de Freud não foi ter criado o conceito de *Trieb* propriamente dito, mas ter inserido o conceito num construto psicanalítico no qual as *pulsões sexuais e destrutivas ocupam um lugar central, bem como propor um tratamento possível dos conflitos pulsionais*” (p.36, grifo nosso).

umentar o prazer e diminuir o desprazer. Para Freud, o bebê ao nascer seria o exemplo de puro id.

O ego é a parte da psique que está em contato com a realidade externa. Desenvolve-se a partir do id e o protege: “É fácil ver que o Eu [ego] é a parte do Id modificada pela influência direta do mundo externo [...]” (FREUD, 2011 [1923], p.31). A ele cabe toda a consciência e, portanto, todas as funções mentais e executivas. Todavia, também suporta conteúdos inconscientes, como os mecanismos de defesa. O ego, regido pelo princípio da realidade, funciona como um estrategista ao unir e conciliar as reivindicações do id e do superego com o mundo externo. Desta forma, tenta manter controle sobre as pulsões do id, decidindo se elas podem ser satisfeitas imediatamente, se precisam ser adiadas para satisfação oportuna ou se devem ser suprimidas por completo.

O superego, repositório de códigos morais e padrões de condutas, é uma espécie de censor das funções do ego. Baseia-se nas normas morais que se fixam nos primeiros anos de vida a partir da interiorização do superego dos próprios pais. De acordo com Laplanche (1998), a gênese dessa instância está no “[...] dito dos pais. O que incitou o indivíduo a formar o ideal do ego, cuja guarda é confiada à consciência moral, era justamente a influência crítica dos pais, tal como ela se transmite pela voz deles” (p. 292). E, num *grand finale*, o superego é considerado o herdeiro do complexo de Édipo, como explica Kusnetzoff (1986):

Na verdade, o Superego nasce por ação da última grande proibição exercida pelos pais e pela cultura sobre os desejos da criança: seus desejos incestuosos. Assim, o Ego e o Id, que antes se dirigiam aos objetos exteriores e concretos, depois da constituição do Superego *tomarão a este como objeto*. Isto quer dizer que aos objetos exteriores, de agora em diante, chegará, sim, a energia pulsional intermediada pelo Ego, mas “fiscalizada”, permitida ou proibida, pelas prescrições e valores inscritos no Superego (p.133).

Obviamente, os três sistemas estão em constante inter-relação, sendo que a saúde mental depende muito da flexibilidade do ego para equilibrar as forças em oposição. Daí percebe-se a grande vantagem de fazer análise, pois quanto mais conteúdos se tornarem conscientes, melhor o sujeito poderá se expressar de acordo com seus reais objetivos e vontades, não ficando à mercê de teores inconscientes, que muitas vezes escapam e vêm à frente dos atos e falas da pessoa. Sendo assim, o autoconhecimento profundo é uma das consequências do processo analítico, pois ao fortalecer o ego, o indivíduo torna-se independente das excessivas e severas

preocupações do superego e tem aumentada a sua capacidade de reconhecer e controlar o material anteriormente reprimido ou oculto no id.

2.1.2 Fases do desenvolvimento psicosssexual

O conhecimento psicanalítico da infância foi elaborado, num primeiro momento, por meio da análise de conteúdos externados por pacientes adultos, sendo confirmado e estruturado posteriormente pela observação direta de crianças (BLOSS, 1998). Deste modo, antes de Freud, a sociedade acreditava que o sexo começava apenas na puberdade, sendo impensável que a inocência e pureza das crianças pudessem vir acompanhadas de fantasias, desejos e prazeres de ordem sexual (KHAN, 2007).

Mas, afinal, o que é a sexualidade para Freud? Segundo Laplanche e Pontalis (2008):

Sexualidade não designa apenas as atividades e o prazer que dependem do aparelho genital, mas toda uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância que proporcionam um prazer irredutível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental (respiração, fome, função de excreção, etc.), e que se encontram a título de componentes na chamada forma normal do amor sexual (p.476).

Neste sentido, a sexualidade é despertada na infância, pois “[...] o corpo da criança é um corpo erógeno no qual a mãe, por meio de seus cuidados, marca determinados pontos como zonas de obtenção de prazer” (FARIA, 2010, p. 28).

Assim, a libido, energia sexual por excelência, está presente desde que o bebê nasce. Ela evolui, diminui, aumenta, desloca-se e sofre transformações por toda a vida do indivíduo, mas principalmente durante as cinco fases do desenvolvimento psicosssexual (oral, anal, fálica, latência e genital).

Para além, Freud utiliza o termo fixação para descrever o que ocorre quando uma pessoa não progride normalmente de uma fase para outra, permanecendo excessivamente envolvida num determinado estágio e na sua peculiar forma de satisfação infantil do prazer.

2.1.2.1 A fase oral

A fase oral, primeira da evolução libidinal, compreende o período em que a fonte corporal das excitações pulsionais localiza-se na zona bucal, envolvendo lábios, língua e mais tarde os dentes. A pulsão básica do bebê é simplesmente receber alimento

e satisfazer as necessidades de fome e sede. No entanto, o movimento de sugar também lhe traz enorme prazer e, neste sentido, “[...] o impulso sexual, aqui, é satisfeito por apoio em outra função vital, a da alimentação que vem combater a fome” (CLANCIER, 1972, p.53). Assim, a criança logo aprende a não depender apenas do seio materno ou mamadeira para sua satisfação. O polegar, a fralda, a chupeta tornam-se, também, fontes muito prazerosas. É normal que os adultos mantenham algum interesse nos prazeres orais, como beber e comer. Entretanto, quando hábitos orais são excessivamente utilizados para aliviar a ansiedade, dizemos que houve fixação na fase oral.

2.1.2.2 A fase anal

A fase anal, a partir do segundo ano de vida, engloba o período em que as crianças geralmente aprendem a controlar o esfíncter anal e a bexiga. Segundo Fenichel (1981), “O objetivo primário do erotismo anal, certamente, é o gozo de sensações prazerosas na excreção” (p. 60). O treinamento higiênico ministrado pelos pais estimula o interesse natural na criança pela sua urinação e defecação, entendidas como produtos elaborados por ela mesma e, portanto, muito valiosos. Mas, tal fase gera muita confusão pois, se por um lado a criança é elogiada pelos pais quando controla suas necessidades fisiológicas, por outro, paira a ideia de que a higiene íntima é suja e deve permanecer em segredo. Adultos fixados na fase anal são excessivamente obstinados e disciplinados.

2.1.2.3 A fase fálica e o complexo de Édipo

A fase fálica, iniciada a partir do terceiro ano de vida e concentrada nos genitais, conscientiza as crianças de suas diferenças sexuais. Ao estimular a zona genital, a criança sente prazer, que em sua mente está relacionado com a proximidade física dos pais. Segundo Clancier (1972), é chamada de fálica por Freud por corresponder “[...] a uma organização da libido infantil em torno da primazia do falo [...]” (p.60).

Nesta fase, a criança enfrenta o complexo de Édipo, que ocorre de modo diferenciado entre meninos e meninas. Enquanto os meninos renunciam à mãe por medo de serem castrados pelo pai, as meninas, ao notarem as diferenças anatômicas, já se sentem castradas, o que gera sentimentos de inferioridade, denominados pelo autor como inveja do pênis.

O complexo de Édipo

Fundamentando-se na escuta analítica de seus pacientes, Freud concluiu que a criança, por volta dos quatro anos, apaixona-se pelo genitor do sexo oposto e rivaliza pelo amor deste com o genitor do mesmo sexo. Desde modo, “[...] os meninos sentem o desejo inconsciente de se livrar do pai e substituí-lo como amante da mãe e as meninas carregam o desejo inconsciente de eliminar a mãe e substituí-la como amante do pai” (KAHN, 2007, p.85). Como explicam Fadiman e Frager (2004), Freud chamou este conflito de complexo de Édipo, nome do herói trágico na peça elaborada por Sófocles, que mata o pai e depois casa-se com a mãe, sem conhecimento algum de que sejam seus pais. De acordo com Kusnetzoff (1986), “[...] o importante a reter será que, desde que todo ser humano deve sua origem a dois seres humanos chamados Pai e Mãe, não haverá nada passível de escapar a esta triangulação que constitui o **âmago essencial do conflito humano**” (p.64, **grifo nosso**).

Nesta época, as sensações afloradas nas crianças não têm a ver com ternura, mas com corpo, desejo, fantasia e prazer. Como explica Nasio (2007):

O Édipo é um imenso despropósito: é um desejo sexual próprio de um adulto, vivido na cabecinha e no corpinho de uma criança de quatro anos e cujo objeto são os pais. A criança edipiana é uma criança alegre que, em toda inocência, sexualiza os pais, introduzindo-os em suas fantasias como objetos de desejo e imitando sem pudor nem senso moral seus gestos sexuais de adultos. É a primeira vez na vida que a criança conhece um movimento erótico de todo seu corpo em direção ao corpo do outro (p.10).

Obviamente, toda esta excitação gera muita angústia na criança que, apesar do prazer e euforia, sente-se perdida e completamente desamparada no medo de ver seu corpo desgovernar-se sob o ardor dos impulsos e no perigo de sofrer as consequências da temida Lei do incesto (NASIO, 2007, p.10).

Resumidamente e com muita propriedade, diz Nasio (2007):

O Édipo é a experiência vivida por uma criança de cerca de quatro anos que, absorvida por um desejo sexual incontrolável, tem de aprender a limitar seu impulso e ajustá-lo aos limites de seu corpo imaturo, aos limites de sua consciência nascente, aos limites de seu medo e, finalmente, aos limites de uma Lei tácita que lhe ordena que pare de tomar seus pais por objetos sexuais. **Eis então o essencial da crise edipiana: aprender a canalizar um desejo transbordante.** [...] O Édipo é também a fantasia que essa crise molda no inconsciente infantil. Com efeito, a experiência vivida do terremoto edipiano fica registrada no inconsciente da criança e perdura até o fim da vida como uma fantasia que definirá a identidade sexual do sujeito,

determinará diversos traços de sua personalidade e fixará sua aptidão a gerir os conflitos afetivos. [...] o Édipo, no entanto, é mais que uma crise sexual e uma fantasia que modela o inconsciente; **é também um conceito, o mais crucial dos conceitos psicanalíticos**. Diria que é a própria psicanálise, uma vez que o conjunto dos sentimentos que a criança experimenta durante essa experiência sexual que chamamos de complexo de Édipo é, para nós psicanalistas, o modelo que utilizamos para pensar o adulto que somos (p.12-13, **grifo nosso**).

Como já dissemos, o Édipo ocorre de forma diferenciada entre meninos e meninas. Entretanto, não é nosso objetivo aprofundar este tema. Apenas ressaltamos que, ao final, todo o complexo é recalcado, cabendo ao superego sua primeira tarefa de manter este conflito perturbador fora da consciência e proteger a criança de expressá-lo em ações (FADIMAN e FRAGER, 2004).

2.1.2.4 O período de latência

Após enfrentar a eclosão dos impulsos sexuais na fase anterior, o psiquismo infantil perpassa um determinado período de calma, em que as pulsões são agora deslocadas para fora do ambiente familiar. Explica Clancier (1972) que “[...] durante este período as tendências sexuais continuam existindo, mas são, de certo modo, desviadas e orientadas para outros fins” (p.63).

Iniciando aos cinco ou seis anos e durando até a adolescência, a latência é o período da escolarização, do contato social com colegas e professores. Aqui têm início as atitudes do ego relacionadas à moralidade, como vergonha, pudor e repugnância.

2.1.2.5 A fase genital

A fase genital, que compreende a adolescência, é marcada pelo retorno da energia libidinal aos órgãos genitais e carrega a difícil tarefa de resolver o complexo de Édipo. De acordo com Kahn (2007):

A resolução do complexo de Édipo pode assumir muitas formas, mas uma coisa parece ser universal: os adolescentes devem se libertar do seu apego erótico ao progenitor e descobrir um meio de dirigir essa energia para pessoas novas e apropriadas. Uma adaptação saudável requer o estabelecimento de vínculos com essas pessoas novas, de tal modo que não haja o peso de uma fixação inconsciente no progenitor (p.105).

O autor explica ainda que, segundo Freud, a resolução ideal do complexo de Édipo, raramente alcançada, levaria a um relacionamento heterossexual saudável, onde afeição e desejo pudessem ser reunidos e dirigidos a uma mesma pessoa, ou seja, seria possível amar quem desejasse e desejar quem amasse (KAHN, 2007). Mas, para que

isso aconteça, o complexo há de ser totalmente eliminado e não apenas recalçado. E, como já dissemos, essa meta dificilmente é alcançada. Geralmente, na melhor das hipóteses, a resolução do Édipo deixa difíceis marcas psicológicas no indivíduo, levando-o ao desenvolvimento de sintomas neuróticos.

2.1.3 A depressão na ótica freudiana

Como já enfatizado, a explanação preliminar se fez necessária, pois as psicopatologias relacionadas à depressão apenas foram mais bem compreendidas por Freud quando o teórico estabeleceu o *segundo modelo do aparelho psíquico*, operando por meio das três instâncias e administrando o conflito dualista entre a pulsão de vida e a de morte.

Retomando, explica Moraes (2014) que, ao apresentar a primeira tópica, no texto *A interpretação dos sonhos* (1900), Freud postulou que “o dualismo pulsional ocorria entre a pulsão de autoconservação (ou pulsão do ego) e a pulsão sexual, no interior de um aparelho psíquico que era configurado por conteúdos conscientes e inconscientes” (p. 48). Essa distinção inicial serviu-se da “oposição tradicional entre as principais necessidades que são a fome, por um lado, e o amor, por outro” (CLANCIER, 1977, p.88). Explica Kusnetzoff (1982) que:

Isso ficará claro ao se compreender que Freud observara que, uma vez satisfeita em uma criança sua necessidade de fome, existe um “excedente”, um “resto” de energia que não se satisfaz agora com o objeto específico (peito/leite). Essa sobra de energia é o que Freud denominou sexualidade e que se esvazia pedindo “emprestados” os canais corporais de autoconservação (p. 143).

Ressaltemos que essa dualidade pulsional só pode ser entendida a partir do conceito de *apoio*, ou seja, “inicialmente, as pulsões sexuais e as de autoconservação não só não se opõem, mas colaboram entre si. Significa que as pulsões sexuais se apoiam nas funções de autoconservação para sua descarga e extravasamento” (KUSNETZOFF, 1982, p.143). Neste sentido, a ideia central “é a do apoio da sexualidade sobre os instintos de autoconservação, dos quais deriva, por um processo de desvio e torção, a sexualidade propriamente humana” (MEZAN, 2002, p. 24). Sendo assim, “dito de outro modo, as pulsões sexuais e as pulsões do ego se exercem sobre os mesmos órgãos e tecidos orgânicos: a boca serve tanto para comer como para beijar” (MEZAN, 2011, p. 156).

Mas, para o desenvolvimento psíquico, “se no início as duas pulsões trabalhavam juntas, descarregando-se ou satisfazendo-se num mesmo objeto, pouco a pouco tendem a se separar” (KUSNETZOFF, 1982, p.144-145). Neste sentido, a pulsão de autoconservação requer um objeto exterior concreto, enquanto a pulsão sexual não precisa de um objeto externo, pois se satisfaz autoeroticamente.

Explica Garcia-Roza (1985) que:

A diferença básica entre os dois tipos de pulsões é que elas se encontram sob o predomínio de diferentes princípios de funcionamento: como as pulsões do ego só podem satisfazer-se com um objeto real, o princípio que rege seu funcionamento é o princípio de realidade, enquanto as pulsões sexuais, podendo satisfazer-se com objetos fantasmáticos, encontram-se sob o predomínio do princípio do prazer (p. 124).

Essa primeira diferenciação pulsional, segundo Clancier (1977),

[...] resulta dos estudos que ele [Freud] realizou sobre as neuroses de transferência³. Esses estudos demonstraram-lhe que a origem de todas as perturbações do tipo neurose de transferência, como a histeria ou a neurose obsessiva, situam-se no conflito entre as exigências do ego e as da sexualidade (p.87).

Entretanto, alguns casos clínicos, “[...] particularmente graves, que incluíam um afastamento total ou parcial do mundo exterior” (KUSNETZOFF, 1982, p.145), não podiam ser explicados por Freud a partir dessa dualidade pulsional. Deste modo, ao estudar as afecções narcísicas (onde há um deslocamento da libido para o próprio sujeito, como na melancolia), percebeu que não seria possível contemplar a pulsão de autoconservação, o que alavancou uma nova estruturação na teoria psicanalítica.

Sobre essa evolução da teoria pulsional, explica Garcia-Roza (1985):

Na primeira formulação da teoria das pulsões (1910/1915), Freud elabora uma concepção dualista que opõe a pulsão sexual às pulsões do ego. Enquanto a energia da pulsão sexual é a libido e seu objetivo é a satisfação, as pulsões do ego colocariam sua energia (“interesse”) a serviço do ego, visando à autoconservação do indivíduo e opondo-se, dessa forma, às pulsões sexuais. É a partir da introdução do conceito de narcisismo que a oposição entre pulsão sexual e pulsões do ego começa a se desfazer. **O que a noção de narcisismo tornou claro foi o fato de que as pulsões sexuais podiam retirar a libido investida nos objetos e fazê-la voltar sobre o próprio ego.** Esse fato, que se tornou evidente a partir das investigações feitas sobre as

³ Categoria de neuroses que Freud diferencia das neuroses narcísicas. Nas neuroses de transferência, a libido desloca-se para objetos reais ou imaginários e não se retira para o ego, como ocorre nas neuroses narcísicas (LAPLANCHE e PONTALIS, 2008).

psicoses, foi denominado “narcisismo” e a libido investida sobre o próprio ego foi chamada de “libido narcísica” (p.109, **grifo nosso**).

Chegamos, então, no instante de esmiuçar o conceito de narcisismo na obra freudiana, pois nele está assentado o entendimento das neuroses narcísicas, da melancolia e, por fim, da depressão. Portanto, Freud (2010 [1917]), ao fundamentar o processo da melancolia, apresenta a hipótese de que “[...] a escolha objetal tenha ocorrido sobre base narcísica, de modo que o investimento objetal possa, ao lhe aparecerem dificuldades, regredir ao narcisismo” (p.81).

No narcisismo, o ego em sua totalidade é tomado como objeto de amor. Como narra Freud (2010 [1914]), o termo “narcisismo”, primeiramente utilizado por P. Näcke, em 1899, designa a “[...] conduta em que o indivíduo trata o próprio corpo como se este fosse o de um objeto sexual, isto é, olha-o, toca nele e o carícia com prazer, até sentir plena satisfação com esse ato” (p.14).

Freud (2010 [1914]), adentrado a temática, diferencia o narcisismo primário do narcisismo secundário. Laplanche e Pontalis (2008) explicam que “O narcisismo primário designa de um modo geral o primeiro narcisismo, o da criança que toma a si mesma como objeto de amor, antes de escolher objetos exteriores” (p. 290). Não há ainda nenhuma libido dirigida a objetos, tendo em vista que o ego da criança seria dotado de todas as qualidades. Assemelha-se à megalomania, com a presença plena do sentimento de onipotência, característico da vida infantil (LAPLANCHE, 1998).

Acrescenta Green (1988) que no narcisismo primário:

[...] o Eu encontra nele mesmo sua própria satisfação, se dá a ilusão de auto-suficiência, se livra das vicissitudes e da dependência de um objeto eminentemente variável no que ele dá ou recusa segundo sua vontade (p. 38).

Com relação ao narcisismo secundário, Laplanche e Pontalis conceituam que o constructo “designa um retorno ao ego da libido retirada dos seus investimentos objetais” (p. 290). Noutras palavras, houve uma escolha objetal que, por algum motivo, foi desinvestida da libido, sendo que esta energia, agora livre, retorna ao ego, tomando-o como objeto de amor.

Deste modo, quando afirmamos que na melancolia o investimento libidinal regride ao narcisismo, estamos nos referindo, especificamente, ao narcisismo secundário.

Será no texto de 1917, *Luto e Melancolia*, que Freud esmiuçará a temática, aproximando e/ou diferenciando tais constructos (luto/melancolia), já que ambos estão relacionados à perda de um objeto amado. Explica Silva (2010):

Conforme Freud, tanto na experiência do luto como naquela da melancolia, há uma reação à perda de um ser amado ou de um equivalente abstrato, que desencadeia um estado de ânimo profundamente doloroso e um desinteresse pelo novo. **A diferença fundamental da melancolia seria a perda a mais, a perda de um objeto inconsciente, havendo, portanto, uma dor de uma perda de parte de si. Por essa razão, no luto, o mundo parece empobrecido; na melancolia, é o eu que se empobrece.** Essa condição energética patológica, isto é, a fixação do objeto erótico e escassa energia de resistência, está relacionada à identificação narcísica com o objeto. Os reproches a um objeto erótico perdido retornam ao eu devido a uma identificação com o mesmo. Com a perda do que se amava, surge o ódio a si mesmo.

Esse ódio a si mesmo traduz-se na autodestruição tão típica dos melancólicos. É como se o ser melancólico facilitasse, de diferentes formas, a manifestação da pulsão de morte, perpetuando o estado de perda e, por conseguinte, trabalhasse pelo seu próprio desmoraonamento. Com efeito, Freud, em *O Eu e o Isso*, de 1923, pergunta o que acontece para que na melancolia, o supereu se torne uma espécie de ponto de concentração das pulsões de morte (p.187-188, **grifo nosso**).

Analisando o escrito de 1917, podemos descrever o processo da melancolia como se segue:

- 1) Num primeiro momento, havia uma escolha objetal, ou seja, uma ligação da libido do sujeito a certa pessoa;
- 2) Então, ocorre um abalo nessa relação de objeto, por conta de uma real ofensa ou decepção vinda por parte da pessoa amada;
- 3) Com isso, o investimento objetal é cancelado;
- 4) No entanto, a libido livre não é retirada desse objeto e deslocada para outro - o que seria considerado normal -, mas sim, recuada para o próprio ego;
- 5) No ego, a libido não encontra uma utilização qualquer, mas somente serve para estabelecer uma identificação do próprio ego com o objeto abandonado;
- 6) Como consequência, o ego passa a ser tratado e julgado como se fosse o próprio objeto abandonado;
- 7) Deste modo, a perda objetal se transforma numa perda no ego;
- 8) E o conflito existente entre o ego e a pessoa amada se transforma numa cisão entre a atividade crítica do ego e o ego alterado pela identificação com o objeto.

Ressaltemos, novamente, que na melancolia, a própria escolha do objeto é narcísica, ou seja, o sujeito prefere um objeto que tenha uma ou algumas características que lhe sejam idênticas. Por isso, quando o perde, perde a si mesmo.

Resume Miguelez (2007):

O último artigo da metapsicologia é dedicado ao trabalho de luto e à análise da melancolia. Trata-se de um dos mais belos escritos de Freud; nele, clínica e metapsicologia combinam-se magistralmente.

A questão da perda do objeto retorna à cena. O luto como modelo normal de perda é comparado à melancolia. Se no luto o mundo ficou pobre e vazio, na melancolia o que fica vazio é o eu. A **identificação do eu com o objeto perdido** (“a sombra do objeto” caindo sobre o eu), a **ambivalência afetiva** e o **eu cindido** (uma parte, identificada com o objeto; outra parte, que critica e ataca) – **esses os elementos básicos de compreensão da melancolia**. Mas, se no lugar do abandono do objeto, surge a identificação, é porque o objeto foi escolhido sob a égide do narcisismo. As críticas que o melancólico dirige contra si mesmo são brigas, querelas que mantivera com o objeto. A identificação com o objeto é considerada como corolário de uma regressão narcisista à fase oral (p. 118, **grifo nosso**).

Segundo Laplanche (1998), existem três elementos presentes na dinâmica do sintoma melancólico: *perda do objeto* (escolhido a partir de um vínculo narcísico); *identificação com o objeto perdido* (por isso há uma perda no próprio ego); *ambivalência* (o objeto perdido é amado e odiado ao mesmo tempo).

Mas afinal, melancolia, para Freud, é sinônimo de depressão?

Segundo Peres (2003), muitos autores psicanalistas reservam o termo melancolia para designar “[...] formas graves de inibição motora e afetiva, assimbolia, dentro de uma cronicidade em que podem se alternar períodos de exaltação maníaca e paralisia” (p.9), enquanto “O termo depressão aparece indicando formas menos graves, quadros neuróticos bem-definidos ou sintomas que se manifestam nas diferentes neuroses”(p.9).

Neste mesmo sentido, Moraes (2014) fez um levantamento dos momentos em que Freud utiliza os termos depressão e melancolia ao longo de sua teoria e concluiu:

Inicialmente, Freud usava os termos depressão e melancolia para designar um simples sintoma, e ainda estava fortemente influenciado pelo pensamento psiquiátrico de sua época. Desse uso genérico e comum ele vai gradativamente especificando e incorporando a melancolia em sua teoria até escrever o texto de 1917 [Luto e Melancolia], quando passa a tratá-la como um quadro clínico específico. A depressão, no entanto, permanece como um sintoma (p. 54).

Já Laplanche (1998) explica:

Uma vez mais, sem querer abranger todo o campo depressivo, Freud vai distinguir três níveis, os quais é importante que se tenham em mente para reler esse estudo [Luto e Melancolia], uma vez que eles nem sempre estão nitidamente marcados. Cada um desses níveis será caracterizado por algo a mais que o precedente. Primeiro o nível do **luto**; segue-se o **luto patológico** (um certo tipo de depressão que Freud relaciona especialmente com a neurose obsessiva) e, finalmente, a **melancolia** (p. 293).

Considerando as orientações de Laplanche (1998), a diferença entre a depressão (representada pelo luto patológico) e a melancolia, na ótica freudiana, não está somente na *intensidade* das sensações e dos sintomas vivenciados pelo sujeito diante da perda do objeto narcísico. Ocorre, pois, o *acréscimo de elementos*, sendo que na depressão coexistem a perda do objeto e ambivalência, mas sem identificação com o objeto perdido. Já na melancolia, percebem-se os três elementos, como já descrito acima: perda do objeto, identificação e ambivalência.

Portanto, a depressão, compreendida na ótica freudiana, encerra o estado afetivo marcado pela perda de um objeto ambivalente (amado e odiado ao mesmo tempo), escolhido sob a égide do narcisismo (ou seja, o objeto apresentava características próprias ao sujeito que o elegeu). Assim, quando a libido é retirada do objeto e se volta ao próprio ego, instaura-se a ambivalência no interior do sujeito, que precisa, então, reconhecer tais características como pessoais (e não apenas como inerentes ao objeto perdido), para que o conflito emocional possa ser superado.

Passamos, neste momento, ao estudo do pensamento de Melanie Klein sobre a temática dos transtornos depressivos.

2.2 O ESTUDO DE KLEIN SOBRE A DEPRESSÃO

Melanie Klein (1882-1960) contribuiu decisivamente para o desenvolvimento da técnica de análise infantil, descrevendo um modelo de funcionamento psíquico que privilegia as relações de objeto primitivas e destaca duas posições evolutivas: a *esquizoparanóide* e a *depressiva*. Esses estados mentais, que administram a destrutividade do indivíduo e são consequências do conflito entre pulsão de vida e pulsão de morte que nos acompanha permanentemente desde o nascimento até a morte, são chamados de *Posição* devido ao seu caráter transitório e dinâmico, ou seja, podemos funcionar numa ou outra posição, alternadamente (ALMEIDA, 2010).

Para a formulação desses conceitos, cumpre ressaltar que para Klein “[...] no nascimento já existe ego suficiente para experimentar ansiedade, usar mecanismos de defesa e formar relações de objetos primitivas na fantasia e na realidade” (SEGAL, 1975, p.36).

No entanto, este ego ainda é muito imaturo e à medida que vai sendo exposto aos conflitos entre a pulsão de vida e a pulsão de morte, bem como à realidade externa, a ansiedade do bebê aumenta e o ego se divide (*split*), em parte numa projeção (onde o instinto de morte é projetado no seio - objeto externo original - que, sentido como mau, torna-se um perseguidor) e noutra parte em agressividade, que passa a ser dirigida contra os perseguidores (SEGAL, 1975). Ao mesmo tempo, também se estabelece uma relação com o objeto ideal - seio bom - que nutre o ego do bebê com experiências gratificantes, advindas da mãe externa. Então, “[...] bastante cedo, o ego tem uma relação com dois objetos; o objeto primário, o seio, é, nesse estágio, dividido (*split*) em duas partes: o seio ideal e o seio persecutório” (SEGAL, 1975, p. 37). Neste sentido, o objetivo do bebê é identificar-se com o seio bom, que lhe dá vida e o protege, bem como afastar-se do seio mau, que o priva e o persegue.

Portanto, na posição esquizoparanóide:

[...] a ansiedade predominante é a de que o objeto ou objetos perseguidores entrarão no ego e dominarão e aniquilarão tanto o objeto ideal quanto o eu (*self*). Essas características da ansiedade e das relações de objeto experimentadas durante essa fase levaram Melanie Klein a chama-la de posição esquizo-paranóide, já que a ansiedade predominante é paranoide e já que o estado do ego e de seus objetos é caracterizado pela divisão (*splitting*), que é esquizóide (SEGAL, 1975, p.38).

Resta saber como o bebê, num desenvolvimento normal, ultrapassa a posição esquizoparanóide. Para que este momento seja vivenciado de forma saudável e dê lugar à posição depressiva, fase posterior do desenvolvimento, é imprescindível a prevalência de boas experiências sobre as más. Quando isso ocorre, ou seja:

[...] quando há predominância de experiência boa sobre experiência má, **o ego adquire crença na prevalência do objeto ideal sobre os objetos persecutórios, bem como na predominância de seu próprio instinto de vida sobre seu próprio instinto de morte.** Essas duas crenças, na bondade do objeto e na bondade do eu (*self*) caminham juntas [...]. O ego se identifica repetidamente com o objeto ideal, adquirindo desse modo maior força e maior capacidade para enfrentar ansiedades. O medo dos perseguidores diminui, assim como diminui a divisão (*split*) entre objetos perseguidores e ideais, que assim ficam mais bem preparados para a integração. Simultaneamente, a divisão (*splitting*) no ego diminui, quando este se sente mais forte, com maior fluxo de libido. [...]. Ao mesmo tempo

que a divisão (*splitting*) diminui, a necessidade de proteção diminui e o ego se torna cada vez mais capaz de tolerar sua própria agressividade, de senti-la como parte de si mesmo, não sendo impulsionado a projetá-la em seus objetos. Desse modo, o ego se prepara para integrar seus objetos, para se integrar [...]. Assim, prepara-se o caminho para a posição depressiva (SEGAL, 1975, p.48-49, **grifo nosso**).

No indivíduo adulto, como consequências da realização saudável da posição esquizoparanóide, pode-se destacar: a possibilidade de discriminação entre o bom e o mau; a capacidade de prestar atenção e de, quando necessário, suspender a emoção para formar um juízo racional sobre determinado acontecimento; a manutenção de certo grau de ansiedade persecutória, que possibilite ao indivíduo reconhecer e reagir a situações perigosas; a conservação de certa idealização, que permita a crença na bondade de objetos e na própria bondade pessoal (SEGAL, 1975).

Então, havendo um manejo bem sucedido das ansiedades persecutórias, o bebê segue caminhando em seu desenvolvimento, rumo à posição depressiva, na qual:

[...] o bebê percebe a mãe como mais integrada, reconhece-a como um objeto total (em contraste com os objetos parciais, ou partes dela, da fase anterior) e é capaz de relacionar-se com mais tranquilidade e menos temor persecutório (EIZIRIK; KAPCZINSK; BASSOLS, 2007, p.22).

A partir deste momento, o bebê passará a reconhecer um objeto total e a se relacionar com esse objeto. É possível identificar claramente este período, pois facilmente um terceiro percebe que o bebê é capaz de reconhecer a sua mãe (SEGAL, 1975).

Klein (1981) compreende a posição depressiva infantil como “uma melancolia em **statu nascendi**” (p. 392), onde o bebê, desde muito cedo, vivencia um luto inicial e apresenta sentimentos depressivos. Este luto inicial tem como objeto, nos termos kleinianos:

[...] o seio da mãe e tudo o que o seio e o leite chegaram a ser na mente da criança, ou seja: amor, bondade e segurança. A criança sente que perdeu isto tudo e que esta perda é o resultado da sua incontrolável voracidade e de suas próprias fantasias e impulsos destrutivos contra o seio da mãe (KLEIN, 1981, p.392).

Sendo assim, a posição depressiva “é estimulada e reforçada pela perda do objeto amado, que o bebê sente repetidamente quando lhe retiram o seio da mãe” (KLEIN, 1981, p. 385). Será neste momento que a criança começará a lidar com a ambivalência *amor* χ *ódio*, tendo em vista que passará a perceber que o objeto amado e

o objeto odiado são um só. Assim, o mesmo seio que alimenta é aquele que frustra o bebê quando não lhe atende prontamente. É justamente esta fase de desenvolvimento (que consente ao bebê reconhecer um objeto total e se relacionar com ele), que Klein denomina como posição depressiva. Elucida Segal (1975):

[...] o bebê se relaciona cada vez mais não apenas com o seio, mãos, face, olhos da mãe, como objetos separados, mas com ela própria como uma pessoa total, que às vezes pode ser boa, às vezes má, presente ou ausente, e que pode ser tanto amada quanto odiada. Ele começa a ver que suas experiências boas e más não procedem de um seio ou mãe bons ou maus, mas da mesma mãe que é igualmente fonte do que é bom e do que é mau (p.81).

Deste modo, ao integrar a totalidade do objeto, ou seja, “[...] quando passa da introjeção do objeto parcial à do objeto total, a criança sofre alguns dos sentimentos de culpa e remorso” (KLEIN, 1981, p. 386). Explica Almeida (2010):

[...] Klein (1981), chamou esse estado mental de posição depressiva. O indivíduo sente-se mortificado pelos danos que causou. No entanto, se ele conseguir realizar um movimento reparatório, aumentará a confiança na sua capacidade construtiva, o que lhe permite responsabilizar-se pela própria destrutividade. Essas mudanças são um marco de amadurecimento e de saúde emocional. A partir daí, o sujeito pode ter uma percepção mais integrada e completa de si, dos outros e das situações. Substitui o maniqueísmo por uma percepção mais realista do mundo (p.21).

Neste sentido, chegar à posição depressiva “[...] é uma conquista e implica alto grau de integração pessoal e uma aceitação da responsabilidade por toda a destrutividade que está ligada a viver, à vida instintiva, à raiva e à frustração” (WINNICOTT, 1983 [1962a], p.160). Sendo assim, contrariamente ao que parece, o termo ‘posição depressiva’ indica um processo normal no desenvolvimento infantil, onde a criança passa a importar-se com as consequências de seu amor instintivo, emitindo movimentos de reparação ao objeto imaginativamente atacado.

Portanto, “quando a posição depressiva foi alcançada e plenamente estabelecida num indivíduo, a reação à perda é de dor, ou tristeza. Se ocorreu alguma falha na posição depressiva, a consequência da perda é a depressão” (WINNICOTT, 2000 [1954], p.371).

Explicam Figueiredo e Cintra (2010):

Uma coisa é negar magicamente os estragos (em grande parte, fantasiados) no objeto amado; outra é ser capaz de diferenciar a realidade da fantasia, os estragos reais dos imaginários, até efetivamente aceitar a responsabilidade pelos primeiros, procurando reduzi-los ou remendá-los. **Certas pessoas não conseguem alcançar**

esse nível de funcionamento psíquico, oscilando entre, por um lado, profundas depressões e desesperos, carregados de culpa e medo de aniquilamento e, por outro, estados maníacos completamente fora da realidade, negações radical do mal, do sofrimento e da morte. Oscilam entre a fossa e a festa, sem abrir um caminho de contato com a realidade externa e com a sua própria realidade psíquica; e sem poder efetivamente se engajar com responsabilidade em tarefas reparatórias de cunho ético e estético (p.44, **grifo nosso**).

Portanto, para Klein, todas as formas patológicas de depressão ou melancolia advêm, justamente, quando a posição depressiva não é alcançada pelo indivíduo, que se perde em meio às suas angústias primitivas e não consegue elaborar as inevitáveis perdas inerentes à condição humana.

A seguir, incidiremos à investigação específica do pensamento winnicottiano.

2.3 O ESTUDO DE WINNICOTT SOBRE A DEPRESSÃO

Antes de adentrarmos a temática específica, *depressão*, descreveremos a visão de Winnicott sobre o amadurecimento humano, tendo em vista que o autor não compartilha inteiramente o entendimento do desenvolvimento psicosssexual humano, como consequência da evolução libidinal, proposto por Freud, nem da centralização da angústia decorrente do sadismo como em Klein. Para tal tarefa, escolhemos, como base principal, além do próprio pensador inglês, duas autoras psicanalistas contemporâneas do cenário brasileiro que descrevem o pensamento winnicottiano de forma clara e didática. São elas: Elza Dias e Ariadne Moraes.

2.3.1 Winnicott e o desenvolvimento da teoria do amadurecimento pessoal

Donald Woods Winnicott (1896-1971), pediatra e psicanalista inglês, observando simultaneamente psicóticos e o relacionamento entre bebês e suas mães, desenvolveu uma *teoria do amadurecimento pessoal* normal, evidenciando os aspectos saudáveis do ser humano, que encontra como pressupostos fundamentais para seu acontecimento: *a tendência inata ao amadurecimento* (fator biológico, que todos os seres humanos herdamos ao nascer) e *a existência contínua de um ambiente facilitador* (apesar de inata, a tendência ao amadurecimento não ocorre com a mera passagem do tempo, sendo necessário que o ambiente cuidador, especialmente a mãe, dê suporte às necessidades imediatas do lactente). Explica Winnicott (1983 [1963a]):

Na infância, o processo de crescimento pertence ao lactente e é a soma das tendências herdadas, incluindo aí o *processo de maturação*.

O processo de maturação só se efetiva no lactente se houver um *ambiente favorável*. O estudo do ambiente favorável é quase tão importante de início como o estudo do processo de maturação do indivíduo. A característica do processo de maturação é o impulso no sentido da *integração*, que vem a significar algo cada vez mais complexo, à medida que o lactente cresce. A característica do ambiente favorável é a *adaptação*, iniciada a quase cem por cento e mudando gradativamente, no sentido da desadaptação, de acordo com os novos desenvolvimentos do lactente, que fazem parte de uma mudança gradual no sentido da independência (p.215).

Diante de suas constatações, Winnicott (2013[1968]) notou que algumas aquisições do processo do amadurecimento (consideradas como já alcançadas pelo próprio fato de nascer segundo as teorias vinculadas à ciência determinista causal como, por exemplo, a psicanálise freudiana), *são tarefas importantíssimas a serem conquistadas pelo bebê* e não ocorrem apenas com o desenrolar do tempo. E mais, falhas graves neste processo podem impedir que o ser humano se constitua enquanto tal, causando, por vezes, danos irreparáveis ao psiquismo, como nos casos de psicoses.

Neste sentido, percebemos que o ponto central de divergência entre a teoria winnicottiana e as teorias elaboradas por Freud e Klein reside justamente no papel importantíssimo desempenhado pelo ambiente cuidador no início da existência. Por isso, Winnicott sempre se refere, durante as primeiras fases da existência humana, à dupla mãe-bebê, enfatizando ser impossível perceber e compreender o amadurecimento do lactente sem a concomitante observação do manejo feito pelo cuidador principal. Não há aqui dois indivíduos, mas uma relação *sui generis* que pode ser chamada “dois-em-um” (LOPARIC, 1997, p.45). Deste modo, “A unidade é a dupla mãe-bebê, sendo que a mãe é sentida pelo lactente como parte dele [...]” (DIAS, 2003, p.98).

Explica Winnicott (1983 [1963a]):

Quando o ambiente favorável é suficientemente bom (isso sempre significa que há uma mãe que está de início totalmente devotada à sua tarefa de cuidado do lactente que, gradativamente, e tão-somente gradativamente, se reafirma como uma pessoa independente), o processo de maturação tem uma oportunidade. O resultado é que a personalidade do lactente atinge certo grau de integração, de início sob o abrigo do apoio ao ego (da adaptação da mãe) e com o tempo vai se tornando cada vez mais uma conquista, que se mantém sobre seus próprios pés (p.215).

O desenvolvimento, inicialmente, é interpessoal e não intrapsíquico, como sugeriram Freud e Klein, mesmo porque, para Winnicott, o próprio psiquismo só vai se formando a partir das experiências somáticas realizadas pelo bebê, com a sustentação do

ambiente cuidador. É somente na relação com o outro, que o lactente construirá sua identidade unitária.

Ressaltamos que a grande contribuição winnicottiana reside exatamente na explicação de fenômenos ocorridos no desabrochar da vida, pois ao se deparar com certos distúrbios psíquicos precoces, Winnicott não encontrava suporte teórico satisfatório nas teorias de Freud e Klein. Entretanto, enfatizamos que o autor nunca descartou a importância do conflito edípico, mas apenas não o concebeu - e nem as neuroses - como o núcleo do adoecer psíquico. Para ele, as raízes do adoecimento encontram-se em experiências anteriores àquelas vivenciadas durante o Complexo de Édipo, onde o bebê, dependendo totalmente do ambiente cuidador, não tem suas necessidades essenciais supridas e pode tornar-se psicótico.

Tentaremos agora esclarecer, pouco mais, alguns dos principais conceitos winnicottianos.

2.3.2 Teoria do Amadurecimento Pessoal

Winnicott baseou todo o seu estudo na observação da *natureza humana*, entendida pelo autor como “[...] quase tudo o que possuímos” (WINNICOTT, 1990, p.21) e que pouco se modificou durante toda a história da humanidade. Deste modo, a natureza humana é a mesma para brancos, índios ou negros, brasileiros, hindus ou japoneses, ou seja, é a mesma para todos os seres humanos, desde os tempos mais remotos.

Não perdendo de vista esta amplitude, a teoria do amadurecimento está fundada, como já dissemos, em duas premissas centrais: a *tendência ao amadurecimento* e a *existência de um ambiente facilitador* (Winnicott, 2011b). A tendência é inata, mas apenas desabrochará mediante cuidados adaptativos do meio.

Ao nascer, segundo Winnicott (1990), o bebê ainda não é dotado de psiquismo, que vai se formando a partir de suas sensações corporais. Enquanto o corpo vivo do bebê respira, mama, evacua, chora, se move, é embalado pela mãe, a psique retém cada movimento como memória, ainda que rudimentar. Este trabalho de “[...] atribuir um pequeno significado às sensações do corpo é a raiz do sentimento de si-mesmo e de unidade, o que confere a futura concepção de que dentro daquele corpo existe um indivíduo” (CEMBRANELLI, 2010, p.62).

Por isso, a existência, para Winnicott, é essencialmente psicossomática, pois a integração psique-soma numa unidade representa conquista fundamental para o desenvolvimento humano e constitui a base da saúde psíquica. Adequadamente, diz Moraes (2014) que o amadurecimento:

[...] se caracteriza por um desenrolar histórico da natureza humana, orientado por essa tendência inata à integração, envolvendo fatos, situações e experiências vividas pela pessoa em sua concretude e totalidade. A premissa da qual parte - e que se torna a base de sua teoria do amadurecimento - é: um indivíduo precisa, primeiramente, constituir-se como uma pessoa para que possa relacionar-se com o outro e com a realidade externa (p.147-148).

Portanto, o resultado desta integração numa identidade unitária permite a noção da existência do *eu* e do *não-eu*. Segundo Dias (2003), Winnicott sugere que as crianças começam a estabelecer a integração da personalidade por volta de um ano, mas que “Esta integração só alcança mais estabilidade por volta dos dois ou três anos” (p.254).

No entanto, para que o recém-nascido possa amadurecer, faz-se urgente a existência de um *ambiente cuidador e facilitador*, pois apesar de inata, a tendência à integração não ocorre automaticamente, com o mero passar do tempo. Assim, os bebês que não recebem cuidados suficientemente bons “[...] não conseguem se realizar nem mesmo como bebês. Os genes não são suficientes” (DIAS, 2003, p.96).

Explica-nos Winnicott (1975[1967]):

O enunciado puro é este: nas primeiras fases do desenvolvimento emocional do bebê humano, um papel vital é desempenhado pelo meio ambiente, que, de fato, o bebê ainda não separou de si mesmo. Gradativamente, a separação entre o não-eu e o eu se efetua, e o ritmo dela varia de acordo com o bebê e com o ambiente. As modificações principais realizam-se quanto à separação da mãe como aspecto ambiental objetivamente percebido. Se ninguém ali está para ser a mãe, a tarefa do bebê torna-se infinitamente complicada (p.153).

O ambiente saudável, no início, caracteriza-se por *uma* pessoa que dispensa os cuidados necessários ao bebê, geralmente representada pela mãe. As expressões *mãe suficientemente boa* e *mãe devotada comum* são amplamente divulgadas pela obra de Winnicott, referindo-se justamente à totalidade destes cuidados ambientais que devem ser despendidos ao nenê. Mas vale lembrar que na ausência da genitora, outra pessoa pode e deve assumir o papel de cuidador. O que se exige não é a perfeição, mas antes, a disposição e atenção às reais necessidades do recém-nascido que, pela imaturidade, apenas tolera esporádicas falhas ambientais.

Segundo Dias (2003):

O ambiente facilitador é, no início, a “mãe suficientemente boa”. A expressão “suficientemente boa” refere-se à mãe capaz de reconhecer e atender à dependência do lactente, devido à sua identificação com ele, a qual permite-lhe saber qual é a necessidade do bebê, num dado momento, e responder a ela. [...] A mãe apenas facilita um processo [amadurecimento] que pertence ao bebê. Ela é *suficientemente* boa porque atende, ao bebê, na medida exata das necessidades deste, e não de suas próprias necessidades, como, por exemplo, a de ser boa ou muito boa (p.133).

Outro aspecto importante na obra de Winnicott, quando se refere aos estágios iniciais, é a *conceituação de ambiente*. Levando em conta o ponto de vista do bebê, o ambiente somente é externo na perspectiva do observador, pois no início da vida, “[...] **o ambiente é subjetivo** e, neste sentido, não é externo nem interno. É somente no decorrer do processo de amadurecimento que a criança poderá chegar ao sentido de externalidade” (DIAS, 2003, p.66, **grifo nosso**). Deste modo, o nenê sente o ambiente e os objetos como prolongamentos dele mesmo. Por exemplo, o seio da mãe é o bebê. É neste sentido que falamos em *ambiente subjetivo* e *objeto subjetivo*.

Esclarece Winnicott (1983[1962b]):

A mãe pode fazer isto [satisfazer as necessidades do bebê] porque ela se dispôs a uma tarefa única, a de cuidar de seu nenê. Sua tarefa se torna possível porque o nenê tem a capacidade, quando a função de ego auxiliar da mãe está em operação, de se relacionar com **objetos objetivos**. Neste aspecto o bebê pode chegar de vez em quando ao princípio da realidade, mas nunca em toda a parte de uma só vez; isto é, o bebê mantém áreas de objetos subjetivos juntamente com outras em que há algum relacionamento com objetos percebidos objetivamente, ou de objetos “não-eu” (p. 56, **grifo nosso**).

Safra (2005) ainda nos fala em “tempo subjetivo” (p.61), como uma experiência fundante da construção do *self* do recém-nascido. Pormenoriza o autor:

É, inicialmente, no ritmo, que o recém-nascido tem a possibilidade de existir de maneira singular, caso a mãe-meio ambiente possa adequar seu cuidado ao interjogo de tensões característico do bebê. A organização da dupla mãe-bebê segundo esse ritmo constitui um primeiro núcleo ao redor do qual se integram elementos sensoriais, tais como: sensações táteis, sonoras, gustativas, entre outras, que irão compor o *self* do bebê. Este núcleo sustentado pela mãe ao longo de um período dá ao bebê **duração** em qualidades, levando-o eventualmente constituir o que poderíamos denominar **tempo subjetivo**. Neste tempo, o bebê existe, com vivacidade, como ser em presença do outro, vivido como parte de si mesmo. É um tempo que, por ter surgido a partir do ritmo singular da criança, faz parte de e é seu *self*. Ele é fruto da continuidade de ser do indivíduo e o retira do vácuo da eternidade e do não-ser (SAFRA, 2005, p. 61-62).

Finalizando este tópico, enfatizamos que Winnicott percebe o processo de amadurecimento como uma longa jornada que perdura toda a vida do sujeito, mas alguns estágios iniciais, que veremos a seguir, são estruturantes da hominização e importantíssimos à saúde psíquica do indivíduo.

2.3.3 Estágios do Amadurecimento Pessoal

Antes de esmiuçarmos este e os demais tópicos, relembremos ao leitor que Winnicott não sistematizou seu pensamento, sendo mesmo avesso à ideia de “criar” uma escola “winnicottiana”. No entanto, devido à originalidade de sua obra, o “não” desejo consumou-se e hoje muitos estudiosos debruçam-se sobre seu legado.

Especificamente no Brasil, temos a Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana, fundada no ano de 2005, presidida por Zeljko Loparic e formada por inúmeros outros acadêmicos (entre eles, Elsa Dias e Ariadne Alvarenga, já destacadas).

Ressaltamos que o presente trabalho traz o viés da teorização destes autores - largamente citados -, como veremos a seguir, por exemplo, na categorização didática dos estágios do amadurecimento pessoal, com a especificidade das tarefas a serem conquistadas pelo recém-nascido. Todos os conceitos têm origem em Winnicott, mas não com tal ordenação.

Tendo sido esclarecido, continuemos *nossa* jornada.

Cada estágio do amadurecimento apresenta tarefas e conquistas específicas que, para serem alcançadas, dependem da provisão ambiental. No entanto, o processo é sempre contínuo, com os estágios se entrelaçando um no outro, em constante inter-relação. Salienta Dias (2003):

Como a apresentação sequencial dos estágios do amadurecimento e o próprio termo “estágio” podem induzir à ideia de etapas estanques, cada uma sucedendo à outra, é preciso salientar que, a despeito de ser assim apresentado, *o processo não é linear*. Primeiro, porque, na vida, os vários estágios, com suas respectivas tarefas, se superpõem parcialmente; segundo, porque, na concepção winnicottiana, **amadurecimento não é sinônimo de progresso: amadurecer inclui a possibilidade de regredir a cada vez que a vida exige descanso, em momentos de sobrecarga e tensão, ou para retomar pontos perdidos (p.101, grifo nosso).**

Sendo assim, o processo de amadurecimento é compreendido por Winnicott, como já dissemos, como uma jornada, que tem início em algum momento após a

concepção e só termina com a morte natural do indivíduo, pois *estar em transição faz parte da natureza humana*.

Neste processo, alguns momentos podem ser destacados, com o objetivo de compreender as conquistas - que podem ser - alcançadas pelo bebê durante seu amadurecimento. São: (1) estágios primitivos de dependência absoluta; (2) estágios iniciais de dependência relativa; (3) estágio rumo à independência; (4) estágios de independência relativa. Novamente, notemos que “[...] os termos são relacionais, implicando, sempre, a existência de um outro ser humano” (DIAS, 2003, p.98).

Dentre estes estágios, a ênfase recai nas aquisições primitivas, onde o bebê vive em estado de dependência da mãe, pois é neste período que estão sendo formados os alicerces da personalidade e da saúde psíquica. Falhas graves neste momento impedem que o indivíduo se constitua como um *eu* separado do *não-eu*, o que, por sua vez, pode desencadear a psicose, compreendida pelo autor britânico como o núcleo do adoecer psíquico, contrariamente a Freud que concebe a neurose como tal.

2.3.3.1 Estágios primitivos de dependência absoluta

Em alguma ocasião, após a concepção, inicia-se o processo de amadurecimento, no qual o indivíduo passa a *ser e ter de continuar a ser*. A partir deste momento, nada daquilo que o ser humano prova é perdido. Tudo significa experiência. Elucida Winnicott (2013[1968]):

Devido ao fato de os bebês serem criaturas cuja dependência é extrema no início de suas vidas, eles são necessariamente afetados por tudo o que acontece. Eles não têm a compreensão que teríamos se estivéssemos no mesmo lugar que eles se encontram, mas **estão o tempo todo tendo experiências** [...] (p.73-74, grifo nosso).

Logo ao nascer, o bebê vivencia o “[...] estado de não-integração, uma ausência de globalidade tanto no espaço quanto no tempo” (WINNICOTT, 1990, p.136), ou seja, ele ainda não é uma unidade coesa. Não integrado, o bebê está como que espalhado, desorganizado, uma mera coleção de fenômenos sensório-motores reunidos pelo suporte do ambiente. Desenvolve Winnicott (1983[1960]):

Neste estágio, o lactente está não-integrado na maior parte do tempo, e nunca completamente integrado; a coesão dos vários elementos sensório-motores resulta do fato de que a mãe envolve o lactente, às vezes fisicamente, e de modo contínuo simbolicamente (p.132).

Sendo assim, no estágio da dependência absoluta, o bebê depende inteiramente da mãe-ambiente para ser. Não há aqui dois indivíduos, “[...] mas uma relação sui generis que pode ser chamada **dois-em-um**, anterior à oposição entre o eu e o não-eu” (LOPARIC, 1996, p.45, **grifo nosso**). Deste modo, “A unidade é a dupla mãe-bebê, sendo que a mãe é sentida pelo lactente como parte dele, ou seja, como **objeto subjetivo**” (DIAS, 2003, p.98, **grifo nosso**).

Desde cedo o bebê responderá ao contato do ambiente. A questão que se coloca é: de onde parte o movimento do contato? Ele decorre da necessidade do bebê (movimento espontâneo) ou é uma reação a alguma mudança no ambiente (movimento reativo)? No primeiro caso, as experiências são *personais*, enquanto no segundo, são *intrusivas*. Comenta Dias (2003):

Se o contato é feito a partir do gesto espontâneo⁴ do bebê, o fato dele estar vivo e a própria experiência são sentidos como reais, e o acúmulo dessas experiências pessoais começa a integrar-se na personalidade; quando, entretanto, a reação à intrusão subtrai algo da sensação de um viver verdadeiro, esta só pode ser recuperada por meio do retorno ao isolamento, à quietude (p.160).

Vejamos como ocorre a experiência. O bebê lança um gesto espontâneo: *estou precisando de...* Neste momento, a mãe põe o seio na posição de ser encontrado. Então, ocorre um sentimento para o bebê: *era disto que eu precisava!* Assim, “Quando a mãe responde de maneira adaptativa ao gesto espontâneo, o bebê sente como se o mamilo e o leite fossem resultados de seu próprio gesto: ele faz a experiência de criar aquilo que encontra” (DIAS, 2003, p.170).

A este fenômeno, Winnicott (1983 [1960]) denominou “ilusão de onipotência” (p. 133): o bebê tem a ilusão de que ele mesmo criou aquilo de que necessitava, sem nenhuma ajuda do ambiente cuidador.

Manter a ilusão de onipotência, preservando o mundo subjetivo do bebê, protege sua continuidade de ser e evita que o bebê seja surpreendido com um sentido de realidade - externa somente a quem observa - para o qual não está preparado. Assim, vivenciar a ilusão de onipotência é o primeiro registro que possibilita, no futuro: (1) a

⁴ Gesto espontâneo: nome dado aos movimentos que o bebê lança na direção de um objeto (externo para o observador, mas subjetivo se considerarmos o ponto de vista do lactente) e que fazem parte de uma necessidade pessoal. Quando acolhidos, favorecem a sensação de segurança e confiança no bebê.

criação do mundo subjetivo em que habitamos; (2) a intervenção saudável no mundo da realidade compartilhada; (3) o livre trânsito do mundo subjetivo para o mundo da realidade compartilhada e vice-versa.

Deste modo, para que tenhamos essa potência, de construir nosso próprio mundo interior, fecundo de riquezas subjetivas, e de mantê-lo em conexão com o mundo da realidade compartilhada, é preciso, primeiramente, que tenhamos a ilusão de que somos nós que criamos tudo àquilo de que necessitamos.

Aproveitando o exemplo anterior, explicamos que o aleitamento foi muito privilegiado por Winnicott (1990), que utiliza a expressão “primeira mamada teórica” (p.120) para referir-se às primeiras experiências de amamentação, ocupando os três ou quatro primeiros meses de vida do lactente. Este período permite o início do contato com a realidade e o começo da constituição de um si-mesmo que, futuramente, irá integrar-se numa unidade. Aquilo de “[...] mais importante aqui é a qualidade do contato humano e a realidade de experiências que estão sendo providas ao bebê por meio do ato da amamentação [...]” (DIAS, 2003, p.165).

Ainda neste estágio, o bebê está envolvido com três tarefas básicas: *integração no espaço e no tempo* (partindo do estado de não-integração, o bebê vai realizando experiências de integração no tempo e no espaço); *personalização* (alojamento gradual da psique no corpo); *realização* (início das relações objetais). À medida que estas tarefas estão sendo realizadas, outra está se processando: a “[...] constituição do si-mesmo como identidade” (DIAS, 2003, p.167).

Tais tarefas transcorrem simultaneamente, sem uma ordem específica. Têm caráter fundamental, já que sua base é ontológica - sem essas quatro tarefas, o sujeito não se estrutura. Derivam da necessidade essencial de ser e continuar a ser. A forma como se desenrolam define a personalidade do indivíduo e denota maior ou menor saúde psíquica.

Para resolver essas tarefas iniciais, o bebê conta, de propriamente seu, a tendência inata ao amadurecimento e, no bojo deste, encontra-se a *criatividade primária* que, segundo Winnicott (1990), é inerente à natureza humana, pois “O mundo é criado de novo por cada ser humano que começa seu trabalho no mínimo tão cedo quanto o momento do seu nascimento [...]” (p.130).

Explica-nos Safra (2005) que:

A criatividade é compreendida por ele [Winnicott] como a habilidade de criar o mundo. A criança está pronta para encontrar o mundo de objetos e ideias, e a mãe apresenta o mundo ao bebê. Por sua grande adaptação, a mãe possibilita que o bebê experimente a onipotência, para que ele realmente encontre o que criou. Cada bebê começa com uma nova criação do mundo (p.37).

Então, manter o bebê na ilusão de onipotência, ou seja, na ilusão de que ele cria tudo àquilo que lhe é necessário, permite o exercício da criatividade originária e, no futuro, possibilitará ao indivíduo dotar o mundo de significado pessoal.

A primeira tarefa, *temporalizar e espacializar* o bebê, que habita inicialmente um mundo subjetivo, significa cuidar para que o tempo e espaço que regem tal mundo sejam também subjetivos e que preservem sua continuidade de ser, sem intrusões do ambiente externo.

Para tanto, são indispensáveis a confiabilidade e a previsibilidade dos cuidados maternos: a mãe segue apresentando a ela mesma e o mundo ao bebê, em pequenas doses e apenas quando lançados os gestos espontâneos. Então acontecem as pequenas integrações, com os gestos espontâneos sendo acolhidos e respondidos pela mãe e o bebê encontrando o objeto subjetivo, criado por ele mesmo na ilusão de onipotência. A repetição dessas experiências pelo bebê: 1) permite que os períodos em estado de não-integração, aos poucos, diminuam e; 2) mantem afastado o risco da desintegração.

Como já explicamos anteriormente, para Winnicott, a existência é psicossomática. No entanto, inicialmente, *soma* (constituído pelo corpo e anatomia viva inicial do bebê que respira, evacua, se move, sente fome, sede, frio, calor, etc., *mais* o corpo pessoal daquele bebê, já elaborado e sendo habitado - diferente, portanto, do corpo do anatomista) e *psique* (que, primeiramente, é uma elaboração imaginativa das funções corpóreas e organiza as sensações do lactente) *ainda não estão reunidos*. Somente “[...] constituirão uma unidade se tudo correr bem no processo de amadurecimento” (DIAS, 2003, p.208). A esta tarefa, de alojamento da psique no soma, dá-se o nome de *personalização*. Para que ocorra, é necessária a presença e participação ativa da mãe, que segura, sustenta e reúne o bebê, tanto em seus braços como em seu olhar.

Explica-nos o autor inglês:

[...] duas coisas fazem a criança juntar-se: uma experiência instintual e o nosso manejo. Estamos dando às crianças todo tipo de satisfações ao lhes proporcionar algo que faz com que se integrem a partir de seu interior. Você torna interessante aquilo que está ensinando, e maneja a criança de tal maneira que elas se mantêm de alguma forma relacionadas aos seus corpos.

[...]

Este assunto é muito semelhante ao da criança estar sentindo que mora em seu corpo por causa da existência dessas duas coisas: a criança ter experiências em que todo o corpo está envolvido, chutar, correr, comer, vir a conhecer-se como o lugar em que ela mora, e também o manejo que provém do exterior. Não tomem como certo que as pessoas vivem em seus corpos muito facilmente (WINNICOTT, 1997[1948], p. 45-50).

Chegamos à terceira tarefa, *realização*, que compreende o início das relações objetais e do contato com a realidade. Winnicott é um teórico que atribui vários sentidos à realidade, os quais são construídos de acordo com o momento vivenciado pelo indivíduo. Assim, o sentido de realidade será um, para o bebê no estágio de dependência absoluta, será tantos outros, para o nenê no estágio de dependência relativa e, assim, sucessivamente. Isso é sinal de saúde: atribuir à realidade um sentido peculiar, de acordo com o processo de amadurecimento pessoal.

Neste primeiro estágio, onde pensamos numa unidade indiferenciada mãe-bebê, em que este vive em total dependência dos cuidados maternos e sem maturidade para saber da existência do mundo externo, o único sentido possível de realidade é a *realidade do mundo subjetivo*. É aqui que o bebê lança seus gestos espontâneos e tem a ilusão de onipotência de que é capaz de criar os próprios objetos que precisa para satisfazer suas necessidades. Portanto, também aqui o objeto é compreendido como *objeto subjetivo*, contínuo ao si-mesmo.

O objeto subjetivo é confiável e previsível. Aparece somente quando o bebê necessita, desaparecendo logo depois. O encontro do objeto subjetivo e, conseqüentemente, a oportunidade de criar e vivenciar uma experiência completa, sentindo-a como real⁵, só deve ocorrer nos estados excitados do lactente, ou seja, quando sente uma necessidade e lança um gesto espontâneo. Se a mãe oferece algo

⁵ O sentimento de ser, de ser real e de existir num mundo real como um si-mesmo está intimamente ligado à realização de experiências. Somente aquilo que é vivenciado na experiência é real para o indivíduo.

quando o nenê está tranquilo, não lhe faz sentido algum ou, numa pior hipótese, pode vir a tornar-se um objeto invasivo .

Deste modo, a tarefa da mãe suficientemente boa, nesta etapa, é apresentar o mundo ao bebê em pequenas doses. Quando a mãe falha, o bebê passa a ter menos iniciativas e se retrai, lançando menos gestos. Se a falha é constante e grave (casos em que a mãe tem um comprometimento psíquico sério, como num episódio de depressão pós-parto, por exemplo), ocorre o trauma, entendido como a imposição do ambiente seguida de uma reação por parte do lactente. Neste caso, o bebê, além de não vivenciar a experiência, não retorna ao estado de não-integração mas, sim, de desintegração. Aqui está a etiologia das agonias impensáveis⁶ e das psicoses.

Ao longo de todas as tarefas apresentadas, dá-se a partida para a *constituição do si-mesmo primário* do nenê, que apenas se consolidará num estágio mais à frente. A cada vez que o bebê realiza uma experiência real e completa (qual seja: parte do estado de não-integração; lança um gesto espontâneo num momento de excitação; encontra o objeto subjetivo, criado por ele mesmo na ilusão de onipotência; satisfaz-se; retorna ao estado de não-integração), ele vivencia breves momentos de integração. Essas são as primeiras e inaugurais experiências de si-mesmo, de ser como identidade. “É esse sentido de ser que faz o bebê sentir-se não apenas real mas, também, integrado numa unidade incipiente, que é o si mesmo primário” (DIAS, 2003, p. e 219).

Esses pequenos momentos de integração, experimentados pelo bebê desde o seu nascimento, evoluirão com o tempo e por conta da constância dos cuidados maternos, até que o si-mesmo seja finalmente integrado numa identidade unitária.

Portanto, a resolução dessas quatro tarefas (*temporalização e espacialização; personalização; realização; construção do si-mesmo primário*) são de fundamental

⁶ O entendimento das agonias impensáveis é de suma importância na obra winnicottiana. Apesar da relevância, não nos aprofundaremos no tema, pois foge ao objetivo deste trabalho. No entanto, apresentamos uma breve e clara conceituação, dada por Gonçalves (2003): “Winnicott refere-se às agonias primitivas, de natureza psicótica, como reação ao sentimento de que o núcleo do self foi violado e experimentou ameaça de descontinuidade ou aniquilamento. Resultam de traumas ocorridos no estágio de dependência absoluta, período no qual a criança não tem defesas, tais como a capacidade de representar, pensar o que se passa com ela: a agonia avassaladora que subjaz é impensável. O autor relaciona angústias primitivas, tais como a perda da relação com o próprio corpo, do sentido de real, o sentimento de queda infinita, desintegração, despedaçamento somático e incomunicabilidade” (p. 4).

importância para a jornada do amadurecimento, pois estabelecem a base da personalidade e da saúde psíquica do indivíduo. Conforme Dias (2003):

Ao falar de saúde psíquica, Winnicott está se referindo, sobretudo, ao fato de uma criança ter resolvido as tarefas iniciais de maneira satisfatória e ter conseguido alcançar o estatuto unitário, que é condição básica para que a independência relativa comece a se estabelecer. A partir deste ponto, estando constituídos os alicerces, o indivíduo pode vir a sofrer de distúrbios psíquicos, **mas não padece mais o risco de tornar-se psicótico** (p.100, grifo nosso).

No mais, para que haja sucesso nessas conquistas, são necessários cuidados maternos específicos, como o *holding* (que compreende o modo como a mãe segura e sustenta tanto o bebê como o ambiente a sua volta) e o *handling* (aspecto mais específico do segurar; é o manejo da mãe relativo aos cuidados físicos com o bebê).

Sendo assim, *a priori*, a mãe adapta-se absolutamente às necessidades do bebê. Winnicott (1983 [1963d]) denomina este estado de *preocupação materna primária*, “que é a identificação da mãe com seu lactente” (p.164), de modo que possa pressentir as necessidades e expectativas mais precoces de seu bebê. Explica o autor que:

[...] ao chegar ao fim da gravidez e nas primeiras semanas depois do nascimento de uma criança a mãe está preocupada com o (ou melhor, “devotada ao”) cuidado de seu nenê, que de início parece ser parte dela mesma; além disso, ela está muito identificada com o nenê e sabe muito bem como é que o nenê está se sentindo (WINNICOTT, 1983 [1963e], p.81).

Para um observador externo, essa condição especial da mãe pode assemelhar-se a uma patologia, tamanha a regressão e identificação da genitora com seu lactente. Mas, muito contrariamente, não o é. Indica, sim, saúde, configurando um período de cuidados especiais e importantíssimos ao recém-nascido. Destaca Winnicott que:

Essa condição organizada (que seria uma doença no caso de não existir uma gravidez) poderia ser comparada a um estado de retraimento ou de dissociação, ou uma fuga, ou mesmo a um distúrbio num nível mais profundo, como por exemplo um episódio esquizoide, onde um determinado aspecto da personalidade toma o poder temporariamente. [...]. Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe no início mesmo da vida do bebê sem perceber que ela deve alcançar esse estado de sensibilidade exacerbada, quase uma doença, e recuperar-se dele. (Introduzo aqui a palavra ‘doença’ porque a mulher deve ter saúde suficiente tanto para desenvolver esse estado quanto para recuperar-se dele à medida que o bebê a libera. Caso o bebê morra, o estado da mãe repentinamente revela-se uma doença. A mãe corre esse risco) (2000[1956], p.401).

Quando, por outro lado, o padrão ambiental é marcado por atitudes invasivas, “[...] o lactente é seduzido à submissão, e um falso self submisso reage às exigências do meio e o lactente parece aceitá-las. [...]. O falso self tem uma função positiva muito importante: ocultar o *self* verdadeiro [...]” (Winnicott, 1983[1960], p.134). Deste modo, o *falso self*⁷, ou:

[...] o falso si-mesmo é uma organização defensiva que tem por objetivo proteger o verdadeiro si-mesmo da inconfiabilidade e da imprevisibilidade ambiental. Apoiado nessa falsa saúde, a pessoa poderá realizar todos os tipos de experiências, contudo, elas irão se revelar sem valor, pois o sentimento de inutilidade, próximo da ideia de que a vida não vale a pena ser vivida, será predominante (MORAES, 2014, p. 170-171).

Ilustrando, conta Dias (2003) sobre um paciente:

Um homem, de aproximadamente quarenta anos, que padece de uma descrença que corrói qualquer realidade, disse-me: “*Fui socializado antes de me tornar uma pessoa. Sei muito bem o que se espera de mim e cumpro meus deveres com exatidão, mas nada, jamais, fez qualquer sentido. Não me sinto real, não sinto o mundo ou os outros reais. Não tenho história. Não sei por que vivo ou continuo vivendo*” (p.123).

Percebemos claramente neste episódio o que sobrevém nos casos em que o mundo não é apresentado adequadamente ao bebê quando seus gestos são lançados: *não ocorre a experiência, não há o encontro com o objeto subjetivo e não se constrói o sentimento de ser real*. Então, erige-se o *falso self* como defesa do verdadeiro si-mesmo que não foi plenamente integrado.

Resumindo o estágio de dependência absoluta, diz Araújo (2003):

[...] de acordo com a teoria do amadurecimento pessoal, o ser humano parte de um estado de não integração inicial, com tendências herdadas para o amadurecimento e vai precisar de outro ser humano para isso acontecer. Ele vai precisar de uma mãe-ambiente que se identifique com ele e o ajude a integrar-se, ou seja, perceber-se no tempo e no

⁷ Precisamos esclarecer que o *falso self* pode configurar tanto um aspecto saudável da personalidade (neste caso, representando o modo como o indivíduo age em sociedade ao respeitar regras e valores já estabelecidos pela coletividade), como também um aspecto patológico e defensivo, que é enfatizado no texto acima. Detalhando a dimensão saudável ou doentia do *falso self*, explica Gonçalves (2003): “Este conceito, de D. W. Winnicott, refere-se a uma divisão na personalidade na qual o que há de mais pessoal e verdadeiro se opõe ao que há de concessão e submissão às convenções sociais. **O falso self socializado e civilizado, na saúde, protege e permite a realização do verdadeiro self que não pode se comunicar diretamente. Trata-se do “self cuidador”. Na doença, ele usurpa o lugar da autenticidade, fazendo com que a pessoa perca contato com o que há de mais criativo em si, resultando em falta de sentido, futilidade e irrealidade.** Refere Winnicott que um colapso potencial domina a cena, quando uma fachada falso *self* se transforma numa defesa contra o verdadeiro *self*” (p.1, **grifo nosso**).

espaço, reconhecer-se em seu corpo e na realidade, permitindo que ele viva uma experiência de onipotência que é importante, no início, para afastar a ameaça de falta de controle sobre o que se apresenta. A mãe, nessa fase, será um objeto subjetivo e será parte do bebê, caracterizando um estado de “dois-em-um”. A integração, que se inicia pela elaboração imaginativa das funções do corpo, vai se ampliando de acordo com os momentos do amadurecimento do bebê, abarcando também o seu relacionamento com o mundo externo (p.41).

Por todo o exposto, a herança do estágio de dependência absoluta, bem sucedido, é o início da integração num estatuto unitário, condição primordial para que a jornada do amadurecimento prossiga. Lembrando-se, no entanto, da imaturidade do bebê que vivencia esta etapa, finalizada por volta de quatro a seis meses, tal conquista não tem caráter definitivo, podendo ser perdida diante de ulteriores falhas dos cuidados ambientais. Porém, caso isso ocorra - perder-se a conquista de uma incipiente integração já “realizada” -, ainda é menos grave do que a impossibilidade de sua instauração.

2.3.3.2 Estágios iniciais de dependência relativa

Tal período é caracterizado pela passagem da adaptação absoluta da mãe às necessidades de seu bebê a um estado de desadaptação gradual, onde a genitora naturalmente emerge do estado de preocupação materna primária e passa a cometer pequenas falhas, toleráveis pelo nenê e necessárias ao “rompimento da unidade indiferenciada mãe-bebê” (DIAS, 2003, p.228).

Seguindo Winnicott, Dias (2003) sistematiza a dependência relativa, dividindo-a nas seguintes etapas: “[...] desilusão ou desmame; transicionalidade; uso do objeto; estágio do eu sou [...]” (p.227-255).

A desadaptação gradual da mãe alavanca o processo de *desilusão* do bebê. Deste modo, aos poucos, o bebê vai perdendo a ilusão de onipotência. Com o tempo, a criança perceberá que não cria, efetivamente, o mundo e que a existência deste independe e é anterior a ela. No entanto, o sentimento de que o mundo foi criado *pessoalmente* - e pode continuar a sê-lo -, não desaparece, permitindo que a criatividade e espontaneidade permaneçam.

As pequenas falhas do cuidado materno, características da desadaptação gradual, impulsionam o uso da mente no bebê, que vai adquirindo a capacidade de espera. Mas ainda falamos de uma mente pré-representacional, que vem da previsibilidade do

ambiente, da familiaridade com sensações somáticas e da somatória das experiências significativas que o bebê viveu até agora. O bebê vai construindo o esquema “*se... então*”, que lhe assegura certo conforto. Exemplificando, *se eu escuto os passos da minha mãe, então ela vem me pegar no colo*.

Por volta dos oito ou dez meses ocorre um fenômeno, desde sempre observado pelas mães: o apego do bebê a certos objetos, que ele, por assim dizer, elege. São os denominados *objetos transicionais*: o ursinho de pelúcia, a fralda, a ponta do cobertor, etc. A sistematização dos fenômenos e objetos transicionais, realizada por Winnicott, foi considerada por muito tempo sua mais criativa e inovadora contribuição teórica.

Os objetos transicionais exercem uma função indispensável de amparo, pois substituem a mãe que, agora, se desadapta gradualmente e desilude o bebê. Ocorre uma pequena quebra na onipotência, já que algumas características da realidade externa começam a introduzir-se na experiência. Se na fase da dependência absoluta ocorre a identificação primária com o objeto (ou seja, o bebê é o objeto), nesta, o bebê passa a *possuir* o objeto, o que lhe permite, gradualmente, abandonar “[...] o controle onipotente, mágico, característico da relação com os objetos subjetivos, assumindo, aos poucos, o controle via manipulação, o que envolve o prazer do exercício muscular e da coordenação” (DIAS, 2003, p.236).

Deste modo, a transicionalidade marca o início da quebra da unidade indiferenciada mãe-bebê. O lactente, ainda criador de mundos, cria a área inaugural de separação entre ele e a mãe: o *espaço potencial*, onde encontramos os objetos ou fenômenos transicionais.

A transicionalidade leva o bebê a um novo sentido de realidade. Pensamos em transição da realidade do mundo subjetivo do bebê, permeado de confiança e característico da dependência absoluta, para a realidade do mundo externo compartilhado, que se apresenta durante a dependência relativa. O espaço potencial configura um terceiro espaço, um *mundo entre* as duas realidades, um lugar de experimentação. Se o bebê tiver as condições ambientais satisfatórias que lhe possibilitem criar este novo mundo, esta área da transicionalidade será ampliada para o exercício do brincar e, no decorrer da vida, para a arte e cultura em geral.

Portanto, construir a transicionalidade permitirá o trânsito saudável entre o mundo subjetivo e o mundo compartilhado, pois “Os fenômenos transicionais estão exatamente no meio do caminho dessa longa jornada que vai da realidade subjetivamente concebida à realidade objetivamente percebida” (DIAS, 2003, p.233). Para além, permite que o contato com a realidade externa se dê de modo criativo, ou seja, possibilita que o indivíduo recepcione os acontecimentos de acordo com a sua própria e singular maneira de ser. Lembrando que criatividade, para Winnicott, não implica em grandes realizações, mas em feitos autênticos, que demonstrem o si-mesmo do indivíduo.

Caminhando no processo de amadurecimento, chegamos ao *uso do objeto*, estágio em que os objetos, efetivamente, podem começar a ser percebidos e usados como externos. Para tal alcance, o bebê precisa ter vivenciado satisfatoriamente os anteriores sentidos de realidade: o de *ser* o objeto (subjetivo), durante a dependência absoluta e o de *possuir* o objeto, durante a transicionalidade. A partir dessas vivências, o bebê caminhará em direção à realidade externa compartilhada, onde poderá *usar* os objetos, “[...] somente agora vistos de uma perspectiva objetiva” (DIAS, 2003, p.244).

O objeto que, no início do processo de amadurecimento, é subjetivo, necessita ser expulso do si-mesmo do bebê para tornar-se externo. Explica Dias (2003) que:

[...] é o lactente que confere ao objeto o caráter de externo. Ele o faz expulsando o objeto (subjetivo) para fora do âmbito da onipotência: algo (alguém) que faz parte do si-mesmo ou do mundo subjetivo é destacado, expulso para fora, para ser examinado e/ou atacado. Essa operação de expulsão do objeto, como não mais pertencendo ao mundo subjetivo, é denominada, por Winnicott, *destruição* do objeto. *O objeto que é destruído pelo bebê é o objeto subjetivo*. Melhor dizendo: é o caráter subjetivo do objeto que está sendo destruído (p.246).

[...]

A destruição primitiva ou mágica de todos os objetos é necessária para que o objeto deixe de ser parte do “eu” para ser “não-eu”, *deixe de ser fenômeno subjetivo para passar a ser objetivamente percebido* (p. 249).

Pensemos, então, na mãe como o mais importante objeto subjetivo do bebê. No caminho do amadurecimento, primeiramente, ela faz parte do bebê. Depois pode ser substituída, ainda que por pouco tempo, por um objeto transicional. E, agora, precisa ser expulsa, destruída, para que a indiferenciação mãe-bebê, aos poucos, acabe e dê lugar à

estruturação do eu do bebê, separado do não-eu (entendido como tudo aquilo, inclusive a própria mãe, que é externo do ponto de vista de um observador).

É preciso compreender bem o caráter desta destrutividade, que não é instintual nem permeada de raiva, mas que “[...] desempenha um papel na criação da realidade, com o bebê colocando o objeto fora do si-mesmo, ou seja, fora do mundo subjetivo” (DIAS, 2003, p.247) e, assim, construindo o sentido de externalidade.

Deste modo, o objeto interno é destruído pelo bebê, mas deve sobreviver e continuar existindo, tal como antes, na realidade externa. Analisemos novamente como acontece com a mãe. O bebê passa a chutá-la ou morder seu seio, mas a mãe suficientemente boa não o retalia e nem muda suas atitudes por isso, permanecendo confiável e previsível. A mãe sobrevive e é justamente essa sobrevivência do objeto que conduz ao *uso* do objeto. Se o bebê pudesse dizer algo para o objeto (neste caso, a mãe), segundo Winnicott (1994 [1968]), seria:

“Destruí você”, e o objeto acha-se lá para receber a comunicação. A partir daí, o sujeito diz: “Alô, objeto! Destruí você. Amo você. Você tem valor para mim por sobreviver à minha destruição de você. Enquanto estou amando você, estou todo o tempo destruindo você na *fantasia* (inconsciente)” (p.174).

Este modo de concepção da agressividade humana traz um grande diferencial, tendo em vista que “Na teoria ortodoxa encontra-se sempre o pressuposto de que a agressão é reativa ao encontro com o princípio da realidade, enquanto que **aqui é a pulsão destrutiva que cria a qualidade de externalidade**” (Winnicott, 1994 [1968], p.176, **grifo nosso**).

Se todo o estágio do uso do objeto for vivenciado de modo sadio, perceberemos as seguintes conquistas do bebê: a criação do sentido de realidade externa; a capacidade para o uso do objeto; a aptidão para a fantasia inconsciente (o bebê pode destruir o objeto em suas fantasias, pois sabe que ele sobreviverá no mundo externo); a incipiente capacidade para amar (aqui é o sentimento de um eu recém-integrado, o bebê, dirigido para um outro, a mãe, intuída somente agora com suas próprias características, seus estados de humor, seu jeito de ser; lembremo-nos, no entanto, que ainda *são percepções rudimentares* e que se tornarão cada vez mais sofisticadas no desenvolvimento do processo, consolidando-se somente ao final do estágio seguinte, o concernimento).

Cumpre destacar e ressaltar que, na leitura winnicottiana, somente neste momento surge a fantasia, no sentido de mecanismo mental, tendo em vista que para Freud e Klein esta capacidade é presente desde o nascimento. Explica Moraes (2014):

Falar em fantasia indica muito em termos de amadurecimento pessoal. Significa que o eu é uma unidade e está contido e separado do exterior pela pele; portanto, a psique encontrou morada no corpo e isso traz sentido para os termos interno e externo e para a relação entre eles. É, portanto, uma aquisição do amadurecimento, indicativa da temporalização do bebê, que poderá a partir de agora criar (fantasiar) a partir de memórias relativas às experiências vividas com a mãe armazenadas no mundo pessoal e também a partir de novas experiências instintivas, pois a mente exerce as funções de comparar e pensar (p.245).

Chegamos agora ao estágio do *eu sou*, onde a realização do si-mesmo, ou seja, a integração da personalidade está mais perto. Começa por volta de um ano ou um ano e meio, mas somente alcança estabilidade por volta de dois ou três anos.

Após o bebê ter experienciado diversos e inúmeros momentos de integração e “[...] ter feito, no estágio anterior, repetidas experiências de expulsar a mãe para fora do âmbito de onipotência, ou seja, após tê-la objetivado e, portanto, se separado dela, [a criança] pode, neste estágio do EU SOU, separar-se do ambiente total” (DIAS, 2003, p. 255).

O eu sou integra tanto o verdadeiro si-mesmo como o falso si-mesmo instrumental, entendido, aqui, como o verniz que apresentamos em sociedade e, portanto, saudável (vide nota n. 7). Agora a mãe passa a ser sentida como um outro, separado, e a criança começa a perceber seus estados emocionais. É somente a partir da construção do eu sou que Winnicott começa a falar em interior (realidade psíquica pessoal, entendida como o acúmulo de todas as experiências vivenciadas pelo bebê desde a gestação até então) e exterior (tudo o que está fora da pele do bebê, percebido como o não-eu).

Vale lembrar, no entanto, que o eu sou, recém-integrado, ainda é muito vulnerável, e que a criança precisa de tempo para explorar por completo essa passagem. Deste modo, na mesma ocasião em que avança a certas direções, regride a tantas outras que pareciam ultrapassadas, vivenciando vários tipos de relações objetais num mesmo dia. Descreve Dias (2003):

Uma criança pode estar brincando, entretida, com a tia ou com o cachorro, ao mesmo tempo que tem algumas percepções subjetivas e faz descobertas criativas. No momento seguinte, ela se mistura de novo com o berço, ou com a mãe, ou com os odores familiares, e se instala outra vez num ambiente subjetivo. Ao longo da vida, são esses padrões familiares da criança, os do mundo subjetivo, mais do que qualquer outra coisa, que a abastecem para todos os outros tipos de relação com a realidade, de tal modo que, ao descobrir o mundo, a criança sempre realiza uma viagem de volta - e esta viagem faz sentido para ela (p.257).

Alcançando, em algum grau, a integração num estatuto unitário, a criança prossegue em sua jornada do amadurecimento, rumo ao próximo estágio, o do concernimento.

2.3.3.3 Estágio rumo à independência

Será no concernimento⁸, estágio pré-edípico, que ocorrerá a integração da vida instintual que, por sua vez, permitirá à criança tornar-se “[...] uma pessoa inteira (*whole person*), capaz de relacionar-se com outras pessoas inteiras” (DIAS, 2003, p.259). Aqui está a origem da capacidade para preocupar-se, indicando o fato “do indivíduo se importar, ou valorizar, e tanto sentir como aceitar responsabilidade” (WINNICOTT, 1983 [1963c], p.70) pelos seus feitos.

Antes desta fase, ou seja, nos estágios iniciais de dependência absoluta e relativa, todos os gestos espontâneos, lançados pelo bebê em seus momentos excitados, têm a finalidade de diminuir a tensão instintual, ou seja, de permitir que sua necessidade seja satisfeita e, assim, possa retornar ao estado tranquilo e de contemplação. Deste modo:

[...] seu propósito, quando se agita e se lança em direção a alguma coisa, procurando algo (o seio), é alcançar o alívio para a tensão instintual; entretanto, tudo o que faz para conseguir a paz no corpo é por acaso, sem intenção de machucar ou ferir, mesmo que, ocasionalmente, quando mama, isso possa acontecer (MORAES, 2014, p. 219).

⁸ Concernimento é um neologismo, encontrado em algumas traduções de textos escritos por Winnicott (vide WINNICOTT, 2000 [1950], p.291) e empregado por Dias (vide DIAS, 2003, p.258) ao longo de sua obra, na tentativa de alcançar o amplo sentido de *concern*, termo do vocabulário inglês escolhido por Winnicott. Segundo a autora, **concern encerra o sentido de preocupação dirigida ao outro**. A maioria dos tradutores, entretanto, utiliza apenas a palavra preocupação como tradução para o termo em inglês, como veremos em algumas citações realizadas no decorrer deste trabalho.

Tal modo de se manifestar do bebê, exercitando sua vitalidade, foi denominado por Winnicott de *impulso amoroso primitivo*. Nele “[...] estão contidos dois elementos distintos: a instintualidade (potencial erótico) e a motilidade (potencial agressivo), os quais, em um amadurecimento saudável, irão fundir-se, fortalecendo a sensação de realidade e de existir do indivíduo” (MORAES, 2014, p.219). E como já dissemos, as consequências das manifestações deste amor excitado (que ocorre na forma de um instinto, um gesto espontâneo, um contato que busque alívio de alguma necessidade) não são avaliadas pelo bebê, que pode vir a machucar o objeto (mãe, seio) a que se dirige.

Portanto, na ausência do concernimento, característica das etapas do amadurecimento anteriores, “[...] o bebê é incompadecido e, por isso, exerce sua impulsividade nos momentos de excitação sem preocupação [...]” (MORAES, 2014, p.222).

Será somente a partir de agora, com um si-mesmo constituído, que o bebê passará a ser concernido, começando a se preocupar e se responsabilizar por seus gestos e pelos efeitos de sua impulsividade no outro (especialmente, na mãe).

Ainda, convém destacar que, para a criança imatura, podemos distinguir a existência de duas mães, que se diferenciam quanto aos aspectos dos cuidados direcionados ao lactente: a mãe-objeto (a quem o bebê dirige seus impulsos a fim de satisfazê-los) e a mãe-ambiente (que afasta o imprevisível e cuida para que nada de grave aconteça ao nenê).

No entanto, nesta fase do amadurecimento, a criança começa a difícil tarefa de *integrar* a mãe-objeto com a mãe-ambiente. Ou seja, ela começa a perceber que a pessoa que lhe acolhe em seus momentos tranquilos é a mesma que ela ataca em seus momentos excitados. Além, unificando a mãe-ambiente à mãe-objeto, a criança pode, também, integrar amor e ódio, percebendo que a destrutividade inerente ao impulso amoroso primitivo tem proporções menores do que imagina: apesar da voracidade destinada à mãe nos momentos de excitação, ela sobrevive. E sobrevivendo, o bebê confere valor à existência da genitora. Todo este processo gera a capacidade de preocupar-se, de responsabiliza-se e de envolver-se.

Segundo Winnicott (2012 [1962]), as circunstâncias favoráveis, necessárias à consolidação deste estágio, são as seguintes:

[...] que a mãe continue viva e disponível, isto é, acessível fisicamente e acessível no sentido de não estar preocupada com alguma outra coisa. A mãe-objeto tem que sobreviver aos episódios guiados pelo instinto [...]. À mãe-ambiente cabe, por outro lado, uma função especial, que é continuar sendo ela mesma, continuar empática em relação ao seu bebê e presente para receber o gesto espontâneo dele e ser agradada (p.115).

Então, com a constância da disponibilidade da mãe, o bebê começa a desenvolver movimentos de *reparação*, que podem se traduzir em algo concreto como um sorriso, um burburinho ou o lançamento de um gesto espontâneo de amor (WINNICOTT, 1990).

Sendo assim, para o êxito desta conquista do amadurecimento, há que se estabelecer, por várias e várias vezes, um “círculo benigno” (WINNICOTT, 2000 [1954], p.365), onde a criança experimenta sua instintualidade, preocupa-se com o resultado desta excitação e repara seu gesto, confiando na sobrevivência dos cuidados maternos suficientemente bons.

O estágio do concernimento é longo, iniciando-se por volta dos seis meses e findando-se, aproximadamente, aos cinco anos, como detalha Moraes (2014):

Em termos de extensão, a elaboração para o concernimento é um processo longo. Em circunstâncias favoráveis, é possível observar sinais esporádicos de culpa em um bebê a partir da segunda metade do primeiro ano de vida, fato que indica que ele reconhece algo da destrutividade do impulso amoroso primitivo. É durante esse período que o bebê percebe seu incompadecimento anterior e, mediante um particular relacionamento com a mãe, conquista a capacidade de sentir-se concernido e responsável pelo que faz. No entanto, em relação à tarefa específica do estágio - integração da vida instintual e da destrutividade -, o ápice do processo ocorre por volta dos dois anos; no que se refere ao sentimento de culpa que sustentará a capacidade para o concernimento, raramente se estabelece de modo seguro antes dos cinco anos (p.253).

Convém lembrar que o amadurecimento não é um processo linear. Especialmente durante o concernimento, estágio extenso, o bebê deve ter assegurado seu direito de regredir a uma situação de dependência intensa, sempre que necessário. Caberá à mãe, ou ao ambiente cuidador, atendê-lo com paciência e desvelo, fortalecendo o vínculo de confiança e proporcionando a continuidade da jornada num ritmo pessoal e sadio.

Se tudo correr bem no concernimento, a criança adquire capacidade para sentir culpa e tristeza, acreditar, responsabilizar-se, envolver-se com a vida, reagir à perda de modo organizado, diferenciar os sentidos de bom e mau, aceitar sua agressividade e sua amorosidade. A criança passa a lidar melhor com sua *ambivalência*, que é uma característica presente em cada e em todos os seres humanos. Além, disso, como veremos à frente, a possibilidade de deprimir-se também está atrelada a este estágio do amadurecimento.

Para tais conquistas, as experiências vivenciadas pelo bebê, a partir deste estágio, deverão lhe assegurar a força do ego. E isso ocorrerá pela possibilidade de continuar *sendo e existindo* de um modo pessoal e verdadeiro, mediante o auxílio de um ambiente continente. Então, “Com seu ego fortalecido, ele gradualmente se tornará independente do ego auxiliar da mãe e passará a contar consigo mesmo para lidar com a realidade externa” (MORAES, 2014, p.265-266).

2.3.3.4 Estágios de independência relativa

Após o concernimento e tendo conquistado efetivamente a identidade unitária, a criança está capacitada a vivenciar a situação edípica, com a entrada do pai como terceiro na relação que, até então, era dual. E, a partir deste momento edípico, Winnicott concorda com a conceituação freudiana, motivo pelo qual não o descreveremos pormenorizadamente.

2.3.4 A depressão na ótica winnicottiana

Diante do exposto até o presente momento, esperamos que a espinha dorsal do pensamento winnicottiano tenha restado clara: o processo de amadurecimento é uma jornada, permeada de experiências, que se inicia em algum momento após a concepção e só termina com a morte natural do indivíduo. No entanto, certas etapas, caras ao período infantil, são percebidas como fundamentais para o alicerce da saúde psíquica.

Por se referir ao tema específico deste trabalho - depressão -, vamos nos ater, agora, ao estágio rumo à independência, pois é somente neste momento que, tendo vivenciado satisfatoriamente bem os períodos de dependência (ou seja, existiu um ambiente suficientemente bom que proveu as necessidades imediatas do lactente, possibilitando que seu processo maturacional se desenrolasse de modo saudável), o bebê começa a construir a capacidade de se preocupar com o outro, de sentir culpa e de

deprimir. Diferenciando culpa de preocupação, Winnicott (1983 [1963c]) descreve essas condições emocionais do seguinte modo:

A palavra “preocupação” é empregada para expressar de modo positivo um fenômeno que em seu aspecto negativo é expresso pela palavra “culpa”. O sentimento de culpa é a ansiedade ligada ao conceito de ambivalência e implica certo grau de integração do ego do indivíduo que possibilita a retenção das imagens de bons objetos concomitante com a ideia de destruição dos mesmos. Preocupação implica maior integração e crescimento e se relaciona de modo positivo com o senso de responsabilidade do indivíduo, especialmente no que concerne aos relacionamentos em que entram os impulsos instintivos. Preocupação implica o fato do indivíduo se *importar*, ou *valorizar*, e tanto sentir como aceitar responsabilidade (p.70).

Como já assinalado, Winnicott (2000 [1950]) denomina este período de *estágio do concernimento* (p.291), equivalendo-o à posição depressiva descrita por Klein. A criança já alcançou uma satisfatória integração de ego, percebendo a mãe como um objeto externo e total, o que lhe permite se preocupar com o resultado de suas experiências instintivas, sejam elas físicas ou imaginativas (WINNICOTT, 2000 [1950]). Tal construção é anterior ao período edípico, ainda fazendo parte do relacionamento diático mãe-bebê.

Será neste momento do amadurecimento que a criança passará a lidar com as experiências de ódio e amor simultâneas, ou seja, com a ambivalência. Como já referido anteriormente, Winnicott (1983 [1963c]) propõe que, para o lactente imaturo e ainda não concernido, podemos supor a existência de duas mães, a mãe-objeto e a mãe-ambiente, ou seja:

[...] parece possível empregar estas expressões “mãe-objeto” e “mãe-ambiente” neste contexto para descrever a tremenda diferença que existe para o lactente entre dois aspectos do cuidado do lactente, a mãe como objeto, ou possuidora do objeto parcial que pode satisfazer as necessidades urgentes do lactente, e a mãe como a pessoa que evita o imprevisto e que ativamente provê o cuidado de suste e do manejo global (p.72).

Neste sentido, no auge de seu amor primitivo, o bebê torna a mãe-objeto o alvo de sua excitação e de sua experiência instintiva, lhe dirigindo toda a voracidade e a agressividade inerentes a tal experiência. E, passado este momento de excitação, retornando ao estado tranquilo, cabe à mãe ambiente receber toda a afeição da criança que, ainda, não tem concernimento quanto ao resultado de suas ações, pois:

Ela ainda não considera importante o fato de que o que ela destrói quando excitada é a mesma coisa que ela valoriza nos calmos intervalos entre as excitações. Seu amor excitado inclui um ataque imaginário ao corpo da mãe. Aqui vemos a agressividade como fazendo parte do amor (WINNICOTT, 2000 [1950], p.290-291).

Mas, ao se deparar com o fato da unicidade da mãe-objeto e da mãe-ambiente, ou seja, quando o bebê inicia a percepção de que a pessoa que lhe acolhe em seus momentos tranquilos é a mesma que ele ataca em seus instantes excitados, o lactente começa a se preocupar com as consequências de suas investidas. Obviamente, este é um processo extremamente lento, como todas as conquistas do concernimento que podem ser mais bem observadas na criança de aproximadamente cinco anos.

Neste contexto todo, a provisão ambiental continua extremamente importante, cabendo à mãe-objeto, a sobrevivência aos ataques vitais de seu bebê e, à mãe-ambiente, a constância de seus cuidados integradores e acolhedores.

Então, com a contínua disponibilidade da mãe, o bebê começa a desenvolver movimentos de “reparação” (WINNICOTT, 1990, p.91), que podem se traduzir em algo concreto como um sorriso, um burburinho ou quaisquer outros gestos de amor. E, para o êxito desta conquista do amadurecimento, há que se estabelecer, por várias e várias vezes, o *círculo benigno*, onde a criança experimenta sua instintualidade, preocupa-se com o resultado desta excitação e repara seu gesto, confiando na sobrevivência dos cuidados maternos suficientemente bons.

Será justamente na sobrevivência da mãe aos ataques imaginativos ferozes do filho, que este experimentará sua agressividade/destrutividade de modo saudável, com um valor positivo, podendo empregá-la mais tarde na “[...] tarefa de viver, amar, brincar e, finalmente, trabalhar de maneira construtiva” (MORAES, 2005, p.229). Destruindo o objeto de amor na imaginação e certificando-se de sua sobrevivência, independente ao movimento de reparação, o bebê, criança ou pessoa passam a perceber:

[...] que a vontade de destruir não tem inicialmente nada a ver com raiva, mas sim com o amor primitivo; que a destruição acontece na fantasia inconsciente ou no “sonho pessoal” e, assim, o objeto é destruído apenas na realidade interna pessoal; que a realidade se torna mais real e o impulso pessoal de exploração primitivo menos perigoso; e que, principalmente, há esperança em relação ao mundo interno. **A sobrevivência da mãe incentiva e libera a vida instintiva.** Em vez de inibição e retraimento, é possível arriscar-se em direção ao relacionamento com a realidade externa, enriquecê-la e ser enriquecido por ela (MORAES, 2014, p.307, **grifo nosso**).

E como podemos entender a capacidade de deprimir-se a partir deste constructo teórico? Moraes (2014) diz que, para Winnicott, há saúde na tristeza, tendo em vista que “[...] ser integrado e maduro não significa ter encontrado a paz e muito menos estar livre de conflitos e problemas” (p.301). Deste modo,

Aceitar e tolerar a destrutividade inerente ao impulso amoroso primitivo e ser capaz de viver uma experiência de tristeza, arrependimento, culpa e concernimento - em decorrência da consciência disso - é indicativo de amadurecimento e constitui a tese diferencial de Winnicott a respeito do tema da agressividade (MORAES, 2014, p.309).

Neste sentido, deprimir-se sugere a capacidade do indivíduo de assumir como pessoal tudo o que há de bom e de mau em sua realidade psíquica, ou seja, *de responsabilizar-se por sua existência*. Portanto, *há valor na depressão*, que está intimamente ligada ao “[...] conceito de força do ego, de estabelecimento do self e de descoberta de uma identidade pessoal” (WINNICOTT, 2011a [1963], p.62) e indica uma grande conquista do amadurecimento pessoal, pois “[...] a capacidade de fazer reparações vinculadas à culpa pessoal é um dos passos mais importantes no desenvolvimento de um ser humano saudável [...]” (WINNICOTT, 2000 [1948], p.156).

Portanto, segundo Winnicott (2011a [1963]), a depressão:

[...] *traz dentro de si mesma o germe da recuperação*. Esse é um ponto brilhante na psicopatologia e vincula a depressão ao sentimento de culpa (a capacidade para sentir culpa é um sinal de desenvolvimento saudável) e ao processo de luto. O luto também tende a terminar seu trabalho. A tendência que trazem embutida para a recuperação vincula a depressão igualmente ao processo maturacional da infância de cada indivíduo, um processo que (em ambientes facilitadores) conduz à maturidade pessoal, que significa saúde (p.60).

A depressão, compreendida sob este prisma - o de um aspecto saudável do amadurecimento -, passa a ser uma experiência importante que geralmente ocorre nos períodos em que o sujeito necessita de uma reavaliação interna que, por sua vez, gera uma nova estruturação de si mesmo.

Imperioso ressaltar que, para Winnicott (1994 [1961]), as manifestações do estado depressivo podem variar de inúmeras formas, desde assemelhar-se à normalidade até incluir-se em quadros parecidos com a psicose. Diz o autor:

Em algum lugar entre a psicose e a psiconeurose entra a depressão. Nesta, a estrutura da personalidade é relativamente bem-estabelecida. Podemos lidar com esta explicação dizendo que há depressões que são bastante psicóticas, com coisas tais como estados de despersonalização fazendo parte do quadro, e que há depressões que são praticamente psiconeuroses (WINNICOTT, 1994 [1961], p.54).

No entanto, em todas as situações, já existe uma integração egóica, ou seja, o indivíduo alcançou o estatuto unitário e estabeleceu a separação entre o *eu* e o *não-eu*. Explica Moraes (2014):

A ideia central de Winnicott a respeito da experiência da depressão é que ela, por mais intolerável, **é sinal de saúde, porque revela que a unidade da personalidade foi alcançada**. Ele defende que, mesmo nos casos nos quais uma pessoa deprimida apresenta um quadro clínico psiquiátrico e distúrbios afetivos severos, a integração está assinalada pelo humor depressivo e pelas defesas antidepressivas, que são um claro indício de certo estado de maturidade e força do ego. Como força do ego na linguagem de Winnicott está referida à integração, entende-se que uma pessoa que se deprime ou se defende da depressão mediante defesas antidepressivas está mostrando que a tendência inata no sentido da integração não foi interrompida. Seu mal-estar e desconforto são decorrentes da dificuldade de aceitar sentimentos de seu mundo interno. Em geral, essa pessoa reconhece tais sentimentos, mas não os tolera (p.317, **grifo nosso**).

Finalizando a exposição teórica winnicottiana sobre a temática da depressão, sabemos que outros constructos importantes não foram aqui abordados, como exemplos, a classificação dos diferentes tipos de humores depressivos ou os problemas que o sujeito vivenciou, no período do concernimento, que causaram dificuldades na linha de seu amadurecimento pessoal.

No entanto, a ideia central que objetivamos compreender e esmiuçar neste estudo é justamente esta: segundo Winnicott, *há valor e saúde na depressão*, que traz em si a possibilidade de crescimento pessoal.

3 DISCUSSÃO

Ao lermos os três autores para a escrita do presente trabalho, a primeira questão que emerge diz respeito à diversidade da construção teórica, por vezes com ares antagônicos. Visitando *an passant* outros pensadores como Lacan, Bion, Deloya, Kristeva e Fédida, a diferença conceitual se acentua. No entanto, todos são psicanalistas e notadamente reconhecidos como tais. Creditamos essa diferenciação à complexidade do fenômeno da depressão que, por apresentar tantas peculiaridades e revelar uma intensa dor humana, tem sido frequente objeto de estudos teóricos diversos. Estudos estes, que se revelam nas diferentes condutas clínicas e no manejo do analista frente ao paciente depressivo.

Como o objetivo principal deste trabalho foi o estudo da depressão, especialmente no diferencial winnicottiano, vejamos abaixo as principais diferenças e aproximações entre o autor britânico, Freud e Klein, não nos esquecendo, porém: que Winnicott sucedeu Freud e Klein, mantendo forte interlocução com os mesmos; que muito se beneficiou da teorização psicanalítica que o antecedeu, elaborando um desdobramento da mesma; que, portanto, jamais descartou o desenvolvimento psicosexual do indivíduo; que, por ser pediatra e atender bebês e suas mães, priorizou etapas precoces do amadurecimento humano, com o conseqüente estudo do desenrolar da natureza humana, não se atendo à estruturação do aparelho psíquico, já bem desenvolvida por Freud.

Aproximando as obras dos três autores elencados no tema do presente trabalho, temos como convergência que todos refletiram, abordaram e escreveram sobre como se dão as *relações* humanas e como suas nuances interferem no desenvolvimento do sujeito. A depressão pode ser entendida, então, como causa e resultado de perdas e desencontros nos vínculos substanciais ao sujeito, tendo em vista que este, sozinho, não se desenvolve nem se consuma existencialmente. Para os teóricos das relações objetais, depressão não é sinônimo de desordens bioquímicas.

A mais, as questões pautadas na *ambivalência*, na *destrutividade*, na *perda*, na *culpa* e na *reparação* permeiam os três expoentes que, apesar de descreverem tais constructos com suas marcas idiossincrásicas, os reasseguram como presentes nos estados depressivos.

Uma questão marcante que diferencia os três pensadores refere-se à linguagem utilizada para descrever suas respectivas teorias: enquanto Freud e Klein se valeram da

metapsicologia (que, por si, tem natureza especulativa já que não é passível de constatação empírica), Winnicott evitou esta terminologia, valendo-se de termos (que hoje são conceitos universais empregados pelos estudiosos da área) relacionados diretamente ao fenômeno observado que o autor pretendia explicar.

Numa carta à Anna Freud, narra Winnicott (2005[1954]):

[...] tenho um modo irritante de dizer as coisas em minha própria linguagem, em vez de aprender a usar os termos da metapsicologia psicanalítica. Estou tentando descobrir porque é que tenho uma suspeita tão profunda para com esses termos. Será que é porque eles podem fornecer uma aparência de compreensão onde tal compreensão não existe? (p.71-72).

Neste sentido, para Freud, a depressão resulta de um julgamento severo do superego do sujeito acerca de aspectos do próprio ego, que até então eram projetados no objeto de amor, agora perdido. Winnicott entende o humor depressivo como uma possibilidade inerente à vida do sujeito que, capaz de responsabilizar-se por sua destrutividade, preocupa-se com o outro e repara seus gestos desastrosos. Note-se que não apenas o entendimento é diferente, como também a linguagem empregada para a descrição do fenômeno.

A mais, Freud e Klein concebem o homem por meio do desenvolvimento das funções sexuais, com a evolução da libido que, inicialmente, é investida em si mesmo e, posteriormente, nos objetos exteriores. Já Winnicott vislumbra o amadurecimento humano como tendência a uma jornada que se inicia logo após a concepção e apenas termina com a morte natural. Para que se desenrole saudavelmente, o ambiente é de função ímpar. Não nega o desenvolvimento psicosexual, mas enfatiza que muito há de ocorrer nos primeiros tempos de vida e que essas questões fundantes convergem à ordem da necessidade e não do desejo.

Apesar dos primeiros autores não descartarem o outro como importante na constituição psíquica humana, atribuem função mais importante à *fantasia* e à *representação* que o indivíduo constrói desse outro. Winnicott assegura veementemente que, no início, o ambiente físico, concreto e real é imprescindível, mesmo porque a capacidade de fantasiar, a partir da situação vivenciada junto a alguém, implica numa grande conquista do processo do amadurecimento, onde o estatuto unitário já foi conquistado e, portanto, existe um eu, separado do não-eu. Deste modo, a relação interpessoal sobrepõe-se à relação intrapsíquica, constituindo o alicerce da saúde humana.

Como consequência desta diferenciação teórica, encontramos em Freud a depressão como resultado da perda de um investimento objetal ambivalente, (feito sob a égide do narcisismo), sem o devido reinvestimento objetal posterior: a libido volta-se ao próprio ego, que se torna passível de severo julgamento. Neste sentido o sujeito deprime pois, um traço - seja negativo ou positivo -, outrora projetado no outro, na verdade, lhe pertence e precisa ser integrado à personalidade. A dinâmica toda é intrapsíquica, valendo-se dos conflitos pulsionais entre ego, id e superego.

Para Winnicott, a depressão eclode quando o sujeito é capaz de responsabilizar-se pelo resultado de sua instintualidade, entrando num estado de recolhimento e reflexão. Ocorre em pessoas, nas palavras de Moraes (2014) “[...] envolvidas e **preocupadas com** a vida, e que estão em constante experiência com outras pessoas” (p.318).

Encontramos, no entanto, a divergência fundamental entre os psicanalistas estudados, no que se refere à conceituação de doença: enquanto Freud concebe a neurose como cerne do adoecimento psíquico, Winnicott e Klein vislumbram a psicose como tal.

Explica o autor britânico que o padecimento psicótico instala-se por falhas ambientais graves e constantes, ocorridas no início da existência, onde o bebê, por encontrar-se em dependência absoluta de seu cuidador, não teve a possibilidade de construir um *eu* separado do *não-eu*. Não alcançando a integração num estatuto unitário, o engate para a vida resta prejudicado. O sujeito permanece indiferenciado do ambiente, em constante estado de angústia e sofrimento.

Se comparado à psicose, o conflito neurótico é prognóstico de saúde, visto que o indivíduo, conquistando o estatuto unitário pode, agora, envolver-se nas atribuições inerentes à triangulação edípica. Já há vida psíquica própria, capaz de diferenciar-se do outro imediato (mãe), bem como de um terceiro (pai).

Portanto, enquanto Freud concebe a depressão como patologia narcísica, para Winnicott, é indicativa, também, de saúde: o sujeito é capaz de se deprimir, pois já edificou sua identidade, seu *eu*. Mesmo nos episódios depressivos mais graves, com passagens de despersonalização e cisão com a realidade, há um *self* incipiente a ser resgatado e restabelecido. Não confundamos, no entanto, a visão winnicottiana como atenuante destes casos depressivos, que realmente carregam a necessidade de acompanhamento e intervenções medicamentosas.

Na lente winnicottiana, o manejo terapêutico da pessoa com depressão objetivará, na transferência analítica, integrar a ambivalência e permitir que os aspectos instintivos (potencial erótico e destrutivo) sejam assumidos como intrínsecos ao sujeito que precisa, agora, responsabilizar-se por eles.

No tocante à construção teórica de Klein, seu conceito de *posição depressiva* está como pano de fundo à formulação winnicottiana do estágio do concernimento. Os constructos apresentam praticamente a mesma fundamentação, divergindo, no entanto quanto ao momento em que ocorrem. Para Klein, como o bebê é capaz de estabelecer relações com objetos externos desde o nascimento, a posição depressiva pode ser observada logo nos primeiros meses. Segundo Winnicott, entretanto, faz-se necessária uma construção anterior, que sinalize a saída do bebê da unidade indiferenciada com sua mãe, para que a etapa do concernimento possa se desenrolar, motivo pelo qual suas conquistas só poderão ser mais bem observadas a partir do desmame, entre os seis e os doze meses de vida (WINNICOTT, 2000 [1954]).

Outra questão interessante de verificarmos é que, enquanto as obras de Freud e Klein sofreram intensas alterações ao longo do tempo (relembremos as duas tópicas e as diferentes dualidades pulsionais de Freud, bem como, o aprofundamento no estudo do sadismo infantil, feito por Klein), Winnicott segue mantendo sua concepção, sem grandes reformulações, pensando de uma forma integrada, coesa e coerente à sua clínica. Assim como o amadurecimento humano, o autor inglês mantém uma continuidade em suas formulações, sempre priorizando o ponto de vista da saúde.

E neste sentido da saúde, temos um modo inovador de perceber a depressão - em suas formas mais próximas à normalidade -, como inerente aos processos de vida do indivíduo, onde uma reestruturação se faz necessária. Essa concepção, por sua vez, traz uma proposta revolucionária à clínica: ao analista não cabem grandes intervenções intrusivas e alheias ao movimento regressivo do paciente - inclusive medicamentosas - ou técnicas que rapidamente o retirem de seu estado de (des)ânimo. Contrariamente, o ônus do analista será suportar - oferecer suporte - à dor do paciente, que revisita áreas de falhas básicas da constituição humana.

Ao lermos autores contemporâneos, encontramos essa mesma vertente de entendimento. Delouya (2008), por exemplo, concebe “as manifestações depressivas como fenômenos e/ou estados, destituindo-lhes qualquer ‘direito’ de ocupar um lugar nas fileiras que compõem as patologias psicanalíticas” (p.12). Para o autor, o estado depressivo não necessariamente configura uma doença, apesar de todas as nuances

nosográficas atribuídas pela medicina psiquiátrica que, “por ser munida de um arsenal psicofarmacêutico, demonstra uma eficiência ‘milagrosa’ em combater as depressões, correspondendo às demandas de alívio e adequando-se às pressões da vida moderna” (DELOUYA, 2008, p.22). Continua o estudioso:

O modo maciço com que a depressão se abate sobre o sujeito e a forma densa e compacta do ‘ar’ deprimido contrastam com a expansão e o desabrochar representativo que caracterizam, na transmissão intersubjetiva, a noção imediata que adquirimos do ânimo e do viver no outro. É esse ‘fechamento do tempo’, do ‘ambiente’ humano, que confunde: uma morbidez que suscita a ideia de doença (DELOUYA, 2008, p. 22).

Gurfinkel (2002) descreve que, para Delouya, a depressão é constitutiva do ser humano e alicerce do nascimento do sujeito psíquico. Tal visão coincide com Winnicott e também é identificada no pensamento de expoentes da psicanálise: “tanto na ‘posição depressiva’ de Klein como na ‘fase do espelho’ de Lacan, assim como na passagem de um estado de indiferenciação para um outro de diferenciação, trabalhada por Winnicott e por Mahler” (GURFINKEL, 2002, p.156), a depressão é compreendida como operação estruturante do sujeito psíquico. Aqui localizamos mais um argumento de autores contemporâneos para considerá-la um *estado* afetivo e não uma patologia.

Finalizando nossa discussão, destacamos a inovadora contribuição de Winnicott que nos possibilita graduar as variações dos humores depressivos, levando em consideração a estrutura da personalidade e a integração egóica já conquistada pelo indivíduo. Essa apreciação permite que o clínico, analisando os momentos em que advieram as falhas ambientais no processo de amadurecimento do seu paciente, maneje adequadamente seu *setting*, adotando posturas e condutas condizentes à construção da saúde pessoal.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tarefa de compreender a depressão demonstrou-se, desde seu início, densa e complexa, tal como o próprio fenômeno o é. Certamente esta monografia se finaliza para a autora com mais dúvidas que respostas. Sabendo-se, no entanto, que a natureza especulativa faz parte da natureza humana, visto que incentiva a criatividade (originária e, quiçá, em ininterrupto desenvolvimento pessoal), uma certa serenidade advém, proporcionando uma agradável sensação de conquista nesta contínua jornada, que é o amadurecimento. E que novos desafios sejam muito bem-vindos.

Tentemos, agora, elaborar eventuais sínteses - onde forem passíveis de apreensão -, bem como indicar algumas lacunas - que foram possíveis de percepção -, diante do explanado no decorrer do trabalho.

O propósito nuclear, desvendar a depressão à luz da Psicanálise, mostrou-nos a diversidade de possibilidades teóricas e, conseqüentemente, de manejos clínicos dos pacientes absortos neste estado afetivo. Assim, enquanto Freud e Klein nos trazem o entendimento da depressão como patologia, Winnicott, não descartando os eventos graves, que precisam de medicalização, traz a novidade da depressão como inerente aos processos da vida do ser humano engajado, que navega por instantes de reavaliações e reestruturações emocionais.

Parece-nos cara a visão do autor britânico, pois é condizente aos crescentes casos com que nos deparamos no *setting* terapêutico atual: não estamos comumente diante de melancólicos graves ou depressivos beirando a psicose, mas sim de sujeitos estruturados psiquicamente, que, no entanto, não encontram *sentido* na existência. A estas pessoas, oferecer um ambiente terapêutico estável, que sustente sua angústia e que suporte eventuais ataques de raiva na transferência, sem retaliação, é postura essencial ao analista que, disponibilizando-se ao paciente, como a mãe suficientemente boa, permite a integração dos sentimentos ambivalentes. Dá-se, assim, a conquista do *concernimento*, da capacidade de preocupar-se com o outro e de responsabilizar-se pelo próprio viver.

Tal modo de elaboração teórica também admite o questionamento das terapêuticas intervencionistas que, por meio de remédios, técnicas cognitivas e comportamentais, retiram rapidamente o paciente de sua dor, mas não permitem a elaboração e ressignificação dos conteúdos psíquicos que se encontram nos níveis mais profundos da (in)consciência humana. Deixemos, então, os antidepressivos para os casos de gravidade que lhes são indicativos, na certeza de que a promessa do *Prozac*,

como pílula da felicidade, é apenas mais uma invenção de nossa sociedade capitalista de consumo.

Esclarecemos que a leitura da obra de Klein não fora detalhada como os dois outros pensadores, restando mesmo sem o destaque que merece. Apenas nos detivemos à construção teórica básica da autora que ofereceu apoio à elaboração das ideias de Winnicott, principalmente seu constructo da posição depressiva, relacionando-o ao concernimento. Sequer esmiuçamos como é concebida a depressão, enquanto doença, no olhar de Klein. Certamente, uma leitura mais acurada permitirá melhores inflexões, o que resta como proposta futuro.

Também percebemos a importância de diferenciar, com pormenor, as gradações da depressão, consentidas pelo viés winnicottiano, que vão desde um humor entristecido até uma grave enfermidade. Tal estudo também caberá no porvir e será de extrema valia, pois, identificar, em qual momento do amadurecimento do paciente houve falhas ambientais graves, é o alicerce para um manejo clínico assertivo que permite a reedição dos vínculos afetivos.

Enfim, que a depressão faz parte dos processos de saúde do ser humano, tendo em vista que, mesmo nos piores quadros, a pessoa já conquistou uma integração do si-mesmo, é uma leitura inovadora que admite posturas clínicas igualmente criativas.

No entanto, jamais nos esqueçamos de que qualquer dor compartilhada por um ser humano - na clínica ou fora dela -, *merece todo o nosso respeito e consideração*. Não há minimizações. Por vezes, uma criança deixada num abrigo expõe menor sofrimento psíquico que um adulto culto, financeiramente estável, mas que não encontra sentido no seu cotidiano. Afinal, “cada um sabe a alegria e a dor que vão ao coração”.

Crepúsculo no Paraíso

Quando o sol se escondeu no quintal,
Toda a luz que havia no mundo
Evadiu-se de mim, moribundo,
Pelo abrir do portão lateral.

Da luz fugidia restou o beijo,
A dizer "*reage, não é meu desejo*"..
Foi sofrido, calado, estalado na face,
Como se o fim dos meus dias ditasse.

Seguirão muitos dias lá fora,
E haverei de seguir à metade.

...

Mas oh Luz, que regressas agora,
Majestosa e azul, a Hekate,
Oxalá tornes cá, sem demora,
Pois sem ti já morri, morra ou mate...

(Azrael)

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria da Graça Blaya. Alguém para odiar. In: ALMEIDA, Maria da Graça Blaya (org.). **A Violência na Sociedade Contemporânea**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. 160p. p.16-29.

ARAÚJO, Conceição Serralha. O autismo na teoria do amadurecimento de Winnicott. In: **Natureza Humana: Revista Internacional de Filosofia e Psicanálise**. São Paulo, v.5, n.1, p. 39-58, jan./jun.2003.

BLOSS, Peter. Introdução: puberdade e adolescência. Capítulo I. In: **Adolescência: uma interpretação psicanalítica**. 2ª edição. São Paulo: Martins Fontes: 1998. 344p. p. 5-22.

CEMBRANELLI, Fernando Alberto Taddei. Vida psíquica. In: **Surpresa**. Coleção Emoções. n.7. São Paulo: Duetto Editorial, 2010. 82p. p. 59-69.

CLANCIER, Pierre -Sylvestre. **Freud**. São Paulo: Edições Melhoramentos, 1977. 112p.

DELOUYA, Daniel. Prefácio. In: **Depressão: clínica psicanalítica**. 5ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. 1ª reimpressão: 2010. 126p. p. 11-14.

_____. Depressão, psicopatologia e psicanálise. In: **Depressão: clínica psicanalítica**. 5ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. 1ª reimpressão: 2010. 126p. p. 15-36.

DIAS, Elsa Oliveira. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2003. 339p.

EIZIRIK, Claudio L.; KAPCZINSK, Flávio; BASSOLS, Ana M. S. (org.). Noções Básicas sobre o funcionamento psíquico. Capítulo 1. In: **O Ciclo da vida humana - uma perspectiva psicodinâmica**. São Paulo: Artmed: 2007. 256p. p. 15-28.

FADIMAN, James; FRAGER, Robert. Sigmund Freud e a Psicanálise. Capítulo 2. In: **Personalidade e crescimento pessoal**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2004. 520p. p. 29-60.

FARIA, Michele Roman. Freud com Lacan. Capítulo 1. **Constituição do sujeito e estrutura familiar: o complexo de Édipo, de Freud a Lacan**. Taubaté: Cabral Editora, 2010. 214p. p. 25-40.

FENICHEL, Otto. Observações introdutórias sobre a psicanálise e a teoria da neurose. Capítulo I. In: **Teoria Psicanalítica das Neuroses**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1981. 665p. p. 1-7.

_____. O desenvolvimento psíquico inicial; desenvolvimento dos instintos, sexualidade infantil. Capítulo 5. In: **Teoria Psicanalítica das Neuroses**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1981. 665p. p. 49-91.

FIGUEIREDO, Luís Claudio; CINTRA, Elisa Maria de Ulhôa. A década de 30: trabalhando a partir do luto. Capítulo 3. In: **Melanie Klein**. 2ª edição. Coleção Folha Explica. v.76. São Paulo: Publifolha, 2010. 1ª reimpressão: 2013. 105p. p. 39-54.

FREUD, Sigmund. A interpretação dos sonhos [1900]. In: **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006. v.4 e 5. p. 39-635.

_____. Além do Princípio do Prazer [1920]. In: **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006. v.18. p. 17-75.

_____. Introdução ao Narcisismo [1914]. In: **Obras Completas**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Editora Schwarcz, 2010. v.12. p. 13-50.

_____. Luto e Melancolia [1917]. In: **Obras Completas**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Editora Schwarcz, 2010. v.12. p. 170-194.

_____. O Eu e o Id [1923]. In: **Obras Completas**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Editora Schwarcz, 2011. v.16. p. 13-74.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. Pulsão e representação. Capítulo 5. In: **Freud e o inconsciente**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Jahar, 1985. 23ª reimpressão: 2011. 236p. p. 112-138.

GREEN, André. Teoria do narcisismo. Capítulo I. In: **Narcisismo de Vida x Narcisismo de Morte**. São Paulo: Editora Escuta, 1988. 303p. p. 131-185.

GONÇALVES, Tereza Elizete. Ursinhos, fraldinhas... Por que as crianças se apegam tanto a alguns objetos? Uma discussão sobre os objetos e fenômenos transicionais, a propósito do filme A árvore de Natal. In: **Revista de Ciências Humanas da Universidade de Taubaté**. Taubaté: UNITAU, 2003. v.9. n.1.

GURFINKEL, Décio. Por uma teoria da depressão generalizada. In: **Revista Percurso - Aspectos da clínica**. Ano XV. 2º semestre de 2002. n.29. Instituto Sedes Sapientiae: São Paulo, 2002. p. 155-159.

HANNS, Luiz. O que significa a palavra pulsão (Trieb) no alemão. In: **A teoria pulsional na clínica de Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1999. 230p. p. 29-36.

KAHN, Michel. O complexo de Édipo. In: **Freud básico: pensamentos psicanalíticos para o século XXI**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. 288p. p. 81-122.

KLEIN, Melanie. **Contribuições à Psicanálise**. 2ª edição. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1981. 541p.

KUSNETZOFF, Juan Carlos. Etapas da evolução psicosexual. Características da sexualidade infantil. Capítulo II. In: **Introdução à Psicopatologia Psicanalítica**. 12ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1982. 220p. p. 27-86.

_____. Noções de metapsicologia freudiana. Capítulo V. In: **Introdução à Psicopatologia Psicanalítica**. 12ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1982. 220p. p. 117-163.

LAPLANCHE, Jean. A angústia moral (capítulo 3). In: **Problemáticas I: A Angústia**. 3ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 345p. p. 237-344.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. Narcisismo primário, narcisismo secundário. In: **Vocabulário da Psicanálise**. 4ª edição. 3ª tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 552p. p. 289-291.

_____. Neurose de transferência. In: **Vocabulário da Psicanálise**. 4ª edição. 3ª tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 552p. p. 308-310.

_____. Sexualidade. In: **Vocabulário da Psicanálise**. 4ª edição. 3ª tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 552p. p. 476-480.

LOPARIC, Zeljko. Winnicott: uma psicanálise não-edipiana. In: **Revista Percurso**. São Paulo: Instituto Sedes Sapientiae, 1996. n.17. p. 41-47.

MENDES, Eliana Rodrigues Pereira. Sigmund Freud e as interseções entre psicanálise e cultura. **Revista Reverso** [online], Belo Horizonte, 2006, vol.28, n.53, p. 23-28. ISSN 0102-7395. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952006000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 2 de junho de 2013.

MEZAN, Renato. A interpretação dos sonhos: origem e contexto. Primeira parte. In: **Interfaces da Psicanálise**. 4ª edição. 3ª tiragem. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. 585p. p. 17-31.

_____. Psicanálise e cultura, psicanálise na cultura. Terceira parte. In: **Interfaces da Psicanálise**. 4ª edição. 3ª tiragem. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. 585p. p. 317-392

_____. O esplêndido isolamento. Capítulo I. Item 6. In: **Freud, pensador da cultura**. 7ª edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2006. 756p. p. 120-149.

_____. A dualidade das pulsões. Parte II. In: **A trama dos conceitos**. 5ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2011. 350p. p. 154-163.

MIGUELEZ, Oscar M. O narcisismo na Metapsicologia. Capítulo 7. In: **Narcisismos**. São Paulo: Editora Escuta, 2007. 156p. p. 99-121.

MORAES, Ariadne Alvarenga de Rezende Engelberg de. **Depressão na obra de Winnicott**. São Paulo: DWW Editorial, 2014. 432p.

_____. **A contribuição winnicottiana para a teoria e clínica da depressão**. Tese de Doutorado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2005. 328p.

NASIO, Juan-David. Abertura. In: **Édipo: o complexo do qual nenhuma criança escapa**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2007. 156p. p. 7-18.

PERES, Urania Tourinho. A dor de ser. In: **Depressão e Melancolia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. 3ª reimpressão: 2013. 64p. p. 7-13.

SAFRA, Gilberto. A face estética do ser. Capítulo I. In: **A face estética do Self**. 4ª edição. São Paulo: Unimarco Editora, 2005. 130p. p. 33-55.

_____. Era uma vez o tempo. Capítulo II. In: **A face estética do Self**. 4ª edição. São Paulo: Unimarco Editora, 2005. 130p. p. 57-76.

SEGAL, Hanna. A posição esquizo-paranóide. Capítulo III. In: **Introdução à obra de Melanie Klein**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975. 147p. p. 36-50.

_____. A posição depressiva. Capítulo VI. In: **Introdução à obra de Melanie Klein**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975. 147p. p. 80-94.

SILVA, Paulo José Carvalho da. Melancolia, Dor e Ruína. Capítulo 8. In: MARRACCINI, Eliane Michelini (org.). **O Eu em Ruína: perda e falência psíquica**. São Paulo: Primavera Editorial, 2010. 340p. p. 183-199.

WINNICOTT, Clare; SHEPHERD, Ray; DAVIS, Madeleine (org.). Psiconeurose na infância [1961]. In: **Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott**. Porto Alegre: Artmed, 1994. 1ª reimpressão: 2007. 460p. p. 53-6.

_____. O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações [1968]. In: **Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott**. Porto Alegre: Artmed, 1994. 1ª reimpressão: 2007. 460p. p. 171-177.

WINNICOTT, Donald Woods. A dependência nos cuidados infantis [1968]. Capítulo 8. In: **Os bebês e suas mães**. 4ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2013. 98p. p. 73-22.

_____. O desenvolvimento da capacidade de envolvimento [1962]. In: **Privação e delinquência**. 5ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2012. 322p. p. 111-117.

_____. O valor da depressão [1963]. In: **Tudo começa em casa**. 5ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2011a. 282p. p. 59-68.

_____. Crescimento e desenvolvimento na fase imatura [1950]. Capítulo 3. In: **A família e o desenvolvimento individual**. 5ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2011b. 247p. p. 29-41.

_____. Para Anna Freud [1954]. In: **O gesto espontâneo**. 2ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 244p. p. 71-72.

_____. A Preocupação Materna Primária [1956]. In: **Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000. 455p. p. 399-405.

_____. A Posição Depressiva no desenvolvimento emocional normal [1954]. In: **Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000. 455p. p. 355-373.

_____. A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional [1950]. In: **Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000. 455p. p. 288-304.

_____. A reparação relativa à defesa organizada da mãe contra a depressão [1948]. In: **Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000. 455p. p. 156-162.

_____. Introdução primária à realidade externa: os estágios iniciais [1948]. In: **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artmed, 1997. 1ª reimpressão: 2008. 292p. p.45-50.

_____. Introdução. In: **Natureza Humana**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1990. 222p. p. 21-22.

_____. A posição depressiva. Parte III. Capítulo I. In: **Natureza Humana**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1990. 222p. p. 89-103.

_____. Estabelecimento da relação com a realidade externa. Parte IV. Capítulo I. In: **Natureza Humana**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1990. 222p. p. 120-135.

_____. Integração. Parte IV. Capítulo II. In: **Natureza Humana**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1990. 222p. p. 136-142.

_____. Localização da psique no corpo. Parte IV. Capítulo III. In: **Natureza Humana**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1990. 222p. p. 143-146.

_____. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “*self*” [1960]. In: **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983. 1ª reimpressão: 2008. 268p. p. 128-139.

_____. Enfoque pessoal da contribuição kleiniana [1962a]. In: **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983. 1ª reimpressão: 2008. 268p. p.156-162.

_____. A integração do ego no desenvolvimento da criança [1962b]. In: **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983. 1ª reimpressão: 2008. 268p. p.55-61.

_____. Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil [1963a]. In: **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983. 1ª reimpressão: 2008. 268p. p. 207-216.

_____. Os doentes mentais na prática clínica [1963b]. In: **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983. 1ª reimpressão: 2008. 268p. p.196-206.

_____. O desenvolvimento da capacidade de se preocupar [1963c]. In: **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983. 1ª reimpressão: 2008. 268p. p.70-78.

_____. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos [1963d]. In: **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983. 1ª reimpressão: 2008. 268p. p.163-174.

_____. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo [1963e]. In: **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983. 1ª reimpressão: 2008. 268p. p.79-87.

_____. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil [1967]. In: **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975. 268p. p.79-87.

WAGNER, Claudio Mello. Psicoterapia reichiana e psicanálise: elementos para uma psicossomática funcional. In: ALBERTINI, Paulo (org.). **Reich em diálogo com Freud: estudos sobre psicoterapia, educação e cultura**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 41-57.

WOLPERT, Lewis. Introdução. In: **Tristeza maligna - a anatomia da depressão**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2003. 295p. p. 8-15.