

Apropriações da teoria psicanalítica nos textos iniciais de D. W. Winnicott

Teo Weingrill Araujo

Resumo

No presente artigo discutimos a maneira como D. W. Winnicott se apropriou das contribuições da psicanálise nos textos escritos até 1935; antes, portanto, de o autor ter se tornado membro da Sociedade Britânica de Psicanálise. Para fazermos essa discussão lançamos mão da concepção de “progresso” da psicanálise que Winnicott apresentou em um dos textos da época. Além disso, levamos em conta o caráter híbrido do pensamento do autor: se de um lado a prática pediátrica de Winnicott nutre-se da teoria psicanalítica, e especialmente das contribuições de Freud e Klein, de outro o encontro de psicanálise e pediatria permite que o autor comece a formular os germes do que viriam a se tornar suas contribuições originais.

Unitermos

Psicanálise; distúrbios psicossomáticos; D. W. Winnicott; Sigmund Freud; Melanie Klein.

Introdução

Quando ainda era um jovem estudante de medicina, Winnicott entrou em contato com a psicanálise por meio do livro *A interpretação dos sonhos*, de Freud. Alguns anos depois começou a fazer análise com James Strachey, responsável pela tradução da obra freudiana para o inglês. A análise começou no início da década de 20 e só terminou dez anos depois. À época, Strachey também era o responsável pela supervisão dos primeiros casos atendidos por Winnicott em análise. Ao mesmo tempo, Winnicott já se tornara pediatra e estava trabalhando na ala do Paddington Green Children Hospital reservada para os pacientes que não estavam internados.

Na primeira metade da década de 30, Winnicott publicou o livro *Clinical Notes on Disorders of Childhood* (1931a), e alguns artigos em periódicos da área

de medicina (1930, 1931b, 1931c, 1934). Nessa época ele atendia um grande número de crianças no hospital e dispunha de um consultório particular, no qual atendia alguns pacientes em análise – apesar de ainda não ter se tornado membro da Sociedade Britânica de Psicanálise. Todos os seus textos escritos até o ano de 1935, quando ingressou na Sociedade de Psicanálise, são dirigidos aos médicos, e procuram chamar a atenção para o fato de que os pacientes têm uma vida emocional que não pode ser ignorada. Chegar a conclusões sobre a etiologia de alguns sintomas, fazer exames e entrevistas com os pacientes e suas mães, prescrever ou deixar de prescrever determinados tratamentos, portar-se de determinada maneira nas consultas, tudo isso só pode ser feito se os aspectos emocionais envolvidos forem levados em consideração.

Nesses textos Winnicott privilegia a discussão sobre sintomas de origem emocional que se manifestam no corpo, o que o leva a tecer considerações sobre o desenvolvimento físico da criança e a considerar as repercussões subjetivas das aquisições propiciadas por esse desenvolvimento. Entretanto, não se trata de considerações de mão única, ou seja, se a maturação orgânica dá à criança condições para que ela desenvolva novas capacidades, as repercussões subjetivas associadas a essas aquisições podem incidir sobre elas. Assim, por exemplo, a criança pode demorar a andar, apesar de já ter as condições físicas adequadas.

Além disso, a discussão sobre sintomas psicossomáticos fez com que Winnicott se deparasse com a questão da relação da criança com a vida pessoal instintual, com o próprio corpo e com os processos de ingestão e excreção. Por sua vez, todos esses processos, relações e aquisições só puderam ser compreendidos porque a relação da criança com a mãe e com os outros foi levada em consideração. Os apontamentos de Winnicott relativos à etiologia dos sintomas psicossomáticos surgem do encontro e do confronto entre pediatria e psicanálise. Ele está às voltas com a mesma questão que moveu Freud nos primórdios da psicanálise. Tanto a paralisia das histéricas que chegavam ao consultório de Freud, quanto as enureses, agitações, convulsões e urticárias das crianças atendidas por Winnicott, traziam à tona a incapacidade do saber médico sobre determinadas afecções corporais.

Entretanto, enquanto Freud abandona o *setting* médico tradicional, Winnicott sustenta a posição de pediatra, e como tal está sempre às voltas com determinadas questões – que tipo de ajuda pode oferecer o médico a uma criança normal que desenvolve sintomas psicossomáticos depois de algum acontecimento doloroso, como por exemplo o nascimento de um irmão? Como lidar com os pais

das crianças? Que tipo de ajuda o médico pode oferecer a crianças com distúrbios mais graves, em um contexto em que a psicanálise é muito pouco acessível? Além de se deparar com essas questões no dia-a-dia dos atendimentos, Winnicott também se deparava com a recusa da medicina tradicional em estabelecer relações entre determinados sintomas e a vida emocional dos pacientes. Tal recusa repercutia e era sustentada pela postura de muitos médicos.

Na introdução do livro *Clinical Notes on Disorders of Childhood*, Winnicott (1931a) afirma que cada pediatra tem que se tornar um pioneiro no estudo dos distúrbios psicossomáticos, porque nada foi dito sobre eles durante a faculdade, e por outro lado, a maioria dos sintomas que faz a mãe buscar conselhos é de natureza psicossomática.

O presente texto pretende discutir o modo como Winnicott se apropriou das considerações teóricas da psicanálise nesse período inicial, apontando nesse caminho as influências da psicanálise em sua prática pediátrica, e discutindo a hipótese que a prática pediátrica também exerceu influência no modo como ele se apropriou da psicanálise.

Goldman (1993) aponta que ao escrever, Winnicott faz convites para explorações e brincadeiras, em vez de tentar apresentar o produto final de um pensamento organizado. Seu gosto por fazer listagens poderia dar a impressão de que ele apresenta as idéias de maneira sistemática e organizada, entretanto, o uso que faz delas é idiossincrático: ele apenas enumera alusões, sem tentar esgotar o que há para dizer sobre determinado tema. É um estilo de escrita que admite, de antemão, a impossibilidade de representar o fenômeno em sua inteireza. Ao invés de embalsamar o que está sendo descrito, Winnicott prefere deixar insinuadas as porosidades, de modo que novos sentidos possam ser construídos. Aqui temos oportunidade de compreendermos a afirmação de Ogden (2002), de que Winnicott usa a linguagem para criar experiências de leituras inseparáveis das idéias que apresenta. O autor que formulou o conceito de transicionalidade é o mesmo que ao escrever, respeita a materialidade do que está sendo descrito, e por isso mesmo, a possibilidade de serem criados outros sentidos.

Por outro lado, os textos dessa fase inicial centram o foco na tentativa de estabelecer, de maneira minuciosa, diagnósticos diferenciais entre doenças de origem orgânica e distúrbios psicossomáticos. Desse modo, as circunstâncias obrigam-no a proceder de modo muito mais sistemático. Ao enumerar, por exemplo, as dúvidas que precisam ser sanadas em um exame físico ou os sintomas da febre reumática, as listagens não podem ter caráter apenas alusivo.

Assim, é preciso considerar que todas as discussões que faremos a seguir sobre o modo como Winnicott se apropriou da teoria psicanalítica foram retiradas de textos escritos para pediatras, ou seja, foram textos que esbarraram na psicanálise por causa do tema que eles se propunham tratar.

Nosso trabalho de leitura foi, em grande medida, o de colher alguns pequenos trechos – e outros nem tão pequenos assim – em meio a longas discussões “estritamente objetivas”, nas quais o estilo de escrita alusivo comparece apenas em pequenos lampejos.

Apropriações da teoria psicanalítica

Winnicott propõe uma forma:

artificial e arbitrária de dividir o progresso da psicanálise em três fases. 1 – A compreensão da vida instintual pessoal e das relações interpessoais. 2 – A compreensão dos humores e da origem das idéias de perseguição, com ou sem (hipocondria) concomitante. 3 – A compreensão das tarefas emocionais primitivas, tais como o desenvolvimento da relação com a realidade externa, a integração da personalidade e o senso do corpo¹ (1931b, p. 176).

Ainda que as fases não estejam definidas de maneira muito clara e sistemática, *tentaremos construir* alguns sentidos para elas, e em seguida vamos utilizá-las como instrumento para analisar o modo como o próprio Winnicott apropriou-se da teoria psicanalítica nesses textos iniciais. De qualquer maneira, a divisão da psicanálise em três fases permite-nos afirmar que já nesse período inicial o autor a compreendia como uma construção histórica que estava em constante modificação. Mais adiante forneceremos subsídios para a afirmação que, ainda que Winnicott esteja falando em progresso – dando idéia de uma evolução linear –, as relações que estabelece propõem imbricações mais complexas entre passado e presente.

Podemos supor que a fase 1 refere-se mais diretamente às contribuições de Freud e colaboradores, e as fases 2 e 3 referem-se às contribuições propostas por Melanie Klein, que inclusive é citada em alguns textos dessa fase. A afirmação relativa à fase 3 chama a atenção para o desenvolvimento primitivo, anterior portanto, à problemática propriamente edípica. De fato, Melanie Klein foi uma das primeiras autoras a tratar do desenvolvimento mais precoce, entretanto, a terceira fase parece aludir, de maneira um tanto profética, às contribuições que o próprio Winnicott faria no âmbito da psicanálise.

Na fase 2, está insinuada uma noção de desenvolvimento, em que o foco é a relação da criança com fantasias que brotam no mundo interno e são projetadas no mundo exterior. Cintra e Figueiredo (no prelo) afirmam que os textos de Klein, escritos nas décadas de 20 e 30, enfatizam o mundo interno e retiram o foco da realidade externa. Desse modo, dão subsídios para compreender os humores e a origem das idéias de perseguição, remetendo-os aos conflitos que surgem no mundo interno.

O sentido que estamos construindo para a fase 2 não tem um caráter tão arbitrário quanto parece, pois no mesmo texto em que divide o progresso da psicanálise em três fases, Winnicott (1931b) menciona o exemplo fictício de uma criança com idéias de perseguição. Trata-se de uma criança cuja vida está dominada por perseguidores imaginários e que precisa criar perseguidores reais para não ter que se deparar com o desconhecido.

Por outro lado, no item 3 privilegia-se o desenvolvimento da relação com a realidade externa. A integração e o desenvolvimento da noção de ter um corpo próprio serão temas fundamentais na obra mais tardia de Winnicott, e só poderão ser compreendidas se levarmos em conta a relação do bebê com o ambiente circundante.

Desse modo, podemos supor que já em 1931 Winnicott inclui, de maneira antecipatória, as contribuições que viria a fazer. Em um primeiro momento isso nos levaria a rechaçar a filiação de Winnicott, nesse período inicial, a outros autores da psicanálise. Ao conceber, desde o início, as próprias contribuições como mais um passo em direção ao progresso da psicanálise, ele estaria situando no passado os autores que o precederam. Entretanto, estamos tratando de psicanálise, e nela o passado persiste como uma dimensão fundante das experiências presentes, sem ser necessariamente de modo inerte, porque as experiências anteriores estão sempre sendo ressignificadas no presente.

Ao tratarmos do modo como Winnicott se apropriou, nesse momento inicial, das contribuições de Freud e Klein, não perderemos de vista o modo de relacionar passado e presente. Isso significa perceber que a dimensão da experiência – que inclui o modo como o indivíduo lida com os próprios instintos e com as relações interpessoais (fase 1) – permanece viva mesmo quando o progresso da psicanálise levou-a a centrar foco no início da relação do bebê com a realidade externa (fase 3). Do mesmo modo, a dimensão que inclui a relação do indivíduo com as fantasias que brotam do mundo interno (fase 2) também permanece viva. E isso se dá, ainda que essas dimensões estejam sendo ressignificadas à luz das contribuições tardias.

Apresentemos o modo como Winnicott lançou mão da “compreensão da vida pessoal instintual² e das relações interpessoais” (1931b, p. 176) para significar as manifestações psicossomáticas das crianças que chegavam aos seus consultórios (fase 1).

A compreensão da vida instintual pessoal e das relações interpessoais

Winnicott, ao longo dos textos dessa fase, descreve diversos sintomas psicossomáticos e os ilustra com casos clínicos atendidos em análise ou no hospital. Nas descrições há referências constantes ao fato da criança estar em luta contra as pressões instintuais. Nesse sentido, Winnicott (1931a) toma como referência as considerações de Freud, e afirma que a maioria dos sintomas psicossomáticos é utilizada (inconscientemente) pela criança para gratificar os desejos inconscientes. Por outro lado, o caráter incapacitante do sintoma pode servir para neutralizar o sentimento de culpa associado a esses desejos inconscientes.

Abaixo iremos nos deter em algumas contribuições de Freud que podem ser encontradas nos textos iniciais de Winnicott. Em primeiro lugar, analisaremos a influência das proposições freudianas sobre as neuroses atuais na compreensão de determinados sintomas. Em segundo lugar, a influência de Freud também será notada na maneira como Winnicott concebe o desenvolvimento das sensações prazerosas e das zonas erógenas. Por sua vez, essa concepção de desenvolvimento, aliada às considerações sobre as relações interpessoais, permitirá compreender a origem de sintomas bastante comuns, como as urticárias, e também será importante para compreendermos os mecanismos associados à fala e seus distúrbios.

As neuroses atuais

Winnicott (1931a), no capítulo em que trata da masturbação, afirma que as excitações genitais vão se tornando cada vez mais importantes ao longo do desenvolvimento. Com isso, os conflitos relativos à triangulação edípica e o temor da morte e da castração vão se fazendo cada vez mais presentes. A masturbação genital surge em meio a esses temores e conflitos, e está associada a fantasias inconscientes de eliminar uma das figuras parentais. A culpa associada às fantasias pode fazer com que a criança não consiga obter a satisfação completa da masturbação. Essa inibição do ato pode, por sua vez,

dar origem a uma masturbação obsessiva. É a esse quadro que o termo neurastenia pode ser aplicado, “apesar de que mesmo na profissão médica o termo ainda é usado para significar qualquer coisa” (p. 188)³. Assim, “não é a masturbação que leva aos sintomas físicos e mentais tão freqüentemente associados a esse ato. Mais exatamente, é a ansiedade devida ao senso de culpa relacionado às fantasias que leva aos sintomas” (p. 190)⁴.

As referências à neurastenia e ao caráter tóxico do excesso de excitação aparecem várias vezes nos textos, ainda que de maneira esparsa e pouco definida. De qualquer maneira, a concepção a é de um aparelho psíquico às voltas com quantidades de excitação e com a necessidade de livrar-se de excessos. No caso dos sintomas psicossomáticos decorrentes do acúmulo de excitações no organismo, o conceito de neurose atual formulado por Freud parece estar subjacente.

As menções às neuroses atuais aparecem poucas vezes na obra de Freud. Nelas o indivíduo não é capaz de integrar o excesso de libido no psiquismo, e a excitação acaba por se expressar de maneira não simbólica por meio das manifestações somáticas. É possível, portanto, localizar nas teorizações freudianas sobre as neuroses atuais uma outra relação de temporalidade na constituição dos sintomas, não mediada pelo mecanismo de recalçamento. A excitação que não é integrada ao aparelho psíquico precisa ser descarregada de algum modo, e por isso assume a forma de afecção somática. Esta, por sua vez, age sobre o corpo biológico, ao contrário dos sintomas psiconeuróticos, que incidem sobre o corpo erógeno ou simbólico (Ferraz, 1996).

O desenvolvimento das zonas erógenas e as relações interpessoais

O modo como Winnicott concebe o desenvolvimento das sensações prazerosas e das zonas erógenas também atesta a importância da influência freudiana. Primeiro as sensações de grande intensidade associadas à amamentação transformam-se em desejo e prazer. Depois aparece o desejo de morder e o prazer de morder e machucar, que geralmente precedem o surgimento de dentes. Paralelamente às atividades de sugar, digerir e morder há as sensações dos músculos, a sensibilidade de toda a pele⁵, e as sensações associadas à defecação e à micção. No último estágio do desenvolvimento emocional a excitação genital vai se tornando cada vez mais importante. A sensação genital está associada a um tipo de fantasia que é capaz de produzir grande medo, porque coloca para a criança as questões da triangulação edípica e introduz o tema da morte e da castração.

A partir dessa concepção de desenvolvimento, que leva em conta a sucessão de zonas erógenas predominantes em cada fase, Winnicott torna-se capaz, por exemplo, de compreender as urticárias. As urticárias são muito comuns na infância e “correspondem à excitação do tecido erétil” (1934, p. 73). Quando estão associadas ao coçar obsessivo, tornam-se sintomas psicossomáticos. Ele postula que a repressão associada a formas genitais de gratificação pode estar na base das urticárias associadas ao coçar compulsivo. Para escapar dos perigos inerentes ao desenvolvimento das relações de objeto como o ciúme, a raiva e a vingança, a criança regrediria a uma fase em que o erotismo da pele é predominante. Nesse sentido, as fantasias destrutivas, que eram dirigidas a outras pessoas, voltam-se contra a própria criança, e o coçar compulsivo pode provocar feridas que chegam a sangrar.

A noção de desenvolvimento psico-sexual também é de suma importância para compreendermos as afirmações de Winnicott (1931a) sobre as repercussões subjetivas associadas à fala e sobre os sintomas que afetam essa capacidade. Ele não poderia deixar de mencionar, em um manual de pediatria, o fato de que a fala é possibilitada pelo desenvolvimento orgânico. Entretanto, além disso, o autor afirma que ela está emocionalmente ligada a fantasias derivadas do sugar, morder, digerir e defecar. Isso porque as primeiras palavras estão associadas aos barulhos e sensações que a criança experiencia. A palavra mamãe [*mum*], por exemplo, requer movimentos da boca similares àqueles feitos no sugar, e por isso resulta em sensações prazerosas. As palavras, para o autor, nunca perdem esse valor primário⁶.

Retomemos o modo como Freud concebe o início do desenvolvimento psico-sexual. No início o bebê experimenta a satisfação da fome ao mamar no seio e isso propicia sensações poderosas e intensas. Nesse momento a pulsão sexual se satisfaz por apoio na pulsão de autoconservação (a fome), e graças a um objeto, o seio materno – “como resíduo dessa hipotética fase de organização (...) podemos ver o chuchar, no qual a atividade sexual, desligada da atividade de alimentação, renunciou ao objeto alheio em troca de um objeto situado no próprio corpo” (1905, p. 76). A palavra mamãe, ao ser proferida, requer movimentos prazerosos da boca, que se aproximam do ato auto-erótico de chuchar.

Desse modo, a palavra não cumpre apenas o papel de representar o objeto. Ao falar a palavra mamãe, o próprio movimento da boca remete à vivência de satisfações primitivas e concretas. Em outros termos, a materialidade da palavra vai além daquilo que ela representa. Assim, por exemplo, pronunciar a palavra *bloody*⁷ (sanguinolento) é em si um ato agressivo

na sensação e na ação da boca. No praguejar está representado o morder e os desejos destrutivos da criança. O componente anal da fala fica patente em expressões do tipo “língua suja”, “boca suja”, “mentiroso sujo” (*dirty liar*). O componente oral aparece nas expressões “observação cortante” (*cutting remark*), sarcasmo cortante (*biting sarcasm*), ou na recomendação que os adultos dirigem às crianças para que não mastiguem ou engulam as palavras (para a criança que fala de maneira incompreensível).

Assim, a associação íntima da fala com a concretude dos movimentos implicados no falar torna comum o surgimento de distúrbios. Os mais comuns são a fala tardia e o gaguejar. No caso do gaguejar, o bebê na criança ainda está aproveitando a autogratificação da ação e da sensação na boca: “ele demora-se sobre palavras como um epicurista sobre comida, e fazendo isso ele incidentalmente controla o mundo – ao manter seus ouvintes esperando ele faz o mundo pagar tributo para seu próprio senso de poder”⁸. Gaguejar implica em manter uma prática de autogratificação, e ao mesmo tempo exercer poder sobre os outros. Quando está pronunciando as primeiras palavras, o bebê atrai para si a atenção e a admiração daqueles que o cercam. Assim, sente-se muito poderoso, e só às custas de um processo doloroso aprende que isso não é verdade. Os sintomas na fala, para Winnicott, persistem enquanto persiste a crença no próprio poder.

Entretanto, mais cedo ou mais tarde surge a necessidade de lidar com a rivalidade, com o ódio e com os sentimentos conflituosos. Em outros termos, a criança depara-se com o turbilhão de sentimentos envolvidos na situação triangular e com o fato de que a figura parental desejada não é só dela. No começo, a criança (de 3 anos) gagueja e cultiva outros hábitos (agora sintomas) com mais intensidade, como uma tentativa de resistir ao progresso inevitável que a vida traz. Mas, finalmente, ela dá o passo decisivo rumo aos terrores noturnos, punições, fobias, pequenos atos obsessivos e travessuras que podem ser consideradas normais na primeira infância. O gaguejar surge em uma fase em que a palavra da criança é aguardada por todos com grande satisfação – seja na realidade, seja na fantasia da criança. A gagueira tardia pode ser compreendida como uma tentativa de voltar a esse período da vida.

Até aqui exemplificamos como a compreensão da vida instintual e das relações interpessoais, formulada por Freud, foi utilizada por Winnicott em sua obra inicial para dar sentido aos sintomas psicossomáticos apresentados pelas crianças. Conforme afirmamos acima, os textos winnicottianos dessa fase foram escritos para pediatras e tinham como objetivo principal discutir questões concernentes à clínica médica. Assim, a tarefa de tentarmos discutir de maneira

mais pormenorizada quais textos de Freud exerceram maior influência no modo de pensar de Winnicott fica bastante dificultada. Por isso tivemos que desconsiderar, em grande medida, o caráter polifônico da obra de Freud.

De qualquer maneira, cremos que foi possível ilustrar a importância da concepção de um aparelho psíquico às voltas com quantidades de energia, da concepção de desenvolvimento das zonas erógenas, e finalmente das considerações sobre as repercussões subjetivas das aquisições propiciadas pelo desenvolvimento físico para a compreensão de Winnicott a respeito dos sintomas psicossomáticos apresentados pelas crianças.

A etiologia das convulsões: psicanálise e pediatria imbricadas

Conseguimos delimitar um item específico para descrever como as proposições de Freud sobre a vida instintual e as relações interpessoais – as quais foram denominadas de fase 1 do progresso da psicanálise – continuavam imprescindíveis para Winnicott compreender os sintomas psicossomáticos. Mais acima, identificamos as contribuições da fase 2 com as proposições iniciais de Melanie Klein, enquanto as da fase 3 nos pareceram um híbrido das idéias kleinianas e de outras, antecipatórias de contribuições que o próprio Winnicott viria a fazer. Desse modo, não nos parece tão simples tratar separadamente as fases 2 e 3. Ao invés disso, a partir da discussão de Winnicott sobre as convulsões sofridas pelas crianças, pretendemos demonstrar o quanto as proposições referentes às duas fases nos parecem imbricadas.

Além disso, a análise mais detida do fenômeno nos permitirá vislumbrar o caráter híbrido do pensamento do autor. Winnicott vale-se do conhecimento adquirido na prática pediátrica e da teoria psicanalítica. Podemos supor que o caráter “premonitório” de algumas afirmações, que antecipam contribuições que o próprio autor viria a fazer no âmbito da psicanálise, tem as raízes mergulhadas nesse hibridismo fecundo.

Winnicott dedica um capítulo do livro *Clinical Notes on Disorders of Childhood* às convulsões. Ao se propor a fazer uma pequena revisão bibliográfica, o autor cita o artigo de Freud sobre Dostoievski e o livro de um médico, Henoch⁹, escrito alguns anos antes de Freud começar a desenvolver a técnica psicanalítica. Henoch, ao descrever o caso de uma criança, relaciona o surgimento das convulsões a um primeiro episódio, no qual ela mordera o peito da mãe, que por sua vez gritou. Nesse dia a criança teve a

primeira convulsão. Depois disso a ansiedade da criança aumentou e surgiram outros ataques sem que houvesse um evento desencadeante.

Baseado na própria experiência empírica com mães e crianças, Winnicott aproxima-se mais da compreensão de Henocho sobre o fenômeno do que da compreensão de Freud – “é uma experiência bastante comum, ao investigarmos o início das convulsões, encontrarmos uma relação entre a primeira convulsão e alguma situação na qual a atitude dupla da criança em relação à mãe na fase oral veio à tona”¹⁰. No caso da criança descrita por Henocho, os dois desejos – de chupar e morder o seio – foram experienciados ao mesmo tempo. A partir dessa referência, Winnicott tece uma relação entre as convulsões e um tipo de culpa primitiva relacionada ao morder e machucar o que também é amado.

O autor descreve um caso em que o início das convulsões está associado com a inabilidade do bebê para aproveitar a amamentação. O tratamento desse bebê consistiu em colocá-lo no joelho, onde tentou morder o dedo de Winnicott. Três dias depois, ele mordeu o dedo do médico violentamente, por três vezes, e ficou jogando a espátula no chão por quinze minutos. Todo o tempo chorou como se estivesse infeliz. Finalmente, dois dias depois, a criança voltou a morder o dedo de Winnicott, e a morder e jogar a espátula. No caso dessa criança, “o ataque muito agressivo ao nó do meu dedo coincidiu exatamente não só com a cessação das convulsões, mas também com uma melhora clínica bastante pronunciada”¹¹. (...) Enquanto estava no meu joelho ela se tornou apta a aproveitar a brincadeira”¹².

Em relação a essa criança, o autor toma a capacidade de brincar como indicativo de que ela está conseguindo lidar melhor com os próprios impulsos destrutivos e com a culpa primitiva a eles associada¹³. Nesse momento da obra de Klein, a questão da inibição intelectual, que afeta sobremaneira a capacidade da criança de brincar justamente porque ela não está sendo capaz de lidar com a culpa primitiva, também aparece com grande destaque. No caso da criança descrita por Winnicott, a culpa primitiva parece ser uma culpa depressiva, na medida em que há o temor de ter ferido o objeto que também é o objeto de amor. Do mesmo modo, há uma criança que foi atendida por Klein, a qual Winnicott (1931a) menciona em outros trechos do livro, que pode ser descrita como alguém que desenvolveu, de maneira muito precoce, a consciência da mãe como objeto total.

Entretanto, se nos ativermos a uma explicação estritamente kleiniana, alguns aspectos serão desconsiderados. É muito importante ter em mente que os impulsos destrutivos não se manifestam apenas na atividade de fantasia. Para compreendermos o fenômeno, precisamos considerar que os ataques não se dirigem apenas aos objetos internos.

Os bebês não mamam apenas, eles também mordem e parecem querer devorar e atacar o seio. Antes mesmo de terem dentes, eles têm uma grande capacidade de segurar com a boca, e fazendo isso eles freqüentemente machucam os mamilos:

não há, alguém pode supor, hostilidade nesse modo de segurar, mas a mãe tende a sentir como se tivesse existido um ato de agressão. Se ela é normal, ela comumente dá um jeito de lidar com isso. Se ela tem uma tendência pronunciada a uma atitude ambivalente [amor-mais-ódio] em relação ao bebê, o seio dela está propenso a secar¹⁴.

Em relação a um dos casos descritos no capítulo sobre convulsão, Winnicott afirma: "ele [o bebê] atacou-a [a mãe] e é como se, para ela, tentasse fazê-la em pedaços, e essa lembrança constante de que o homem é um carnívoro produziu nela um estado de ansiedade"¹⁵.

Na perspectiva winnicottiana há algo acontecendo que não é apenas da ordem da intensidade dos impulsos ou da relação do bebê com os objetos internos. A atitude da mãe e o caráter mais ou menos ambivalente de seus sentimentos parecem elementos fundamentais para compreendermos essa trama. No trecho que citamos acima, em que o autor afirma que alguém pode supor que não há hostilidade por parte do bebê no ato de morder o seio, a própria noção de impulso hostil parece ser questionada de modo sutil. Isso pode antecipar uma discussão da qual Winnicott se ocupará em diversos textos de sua obra mais tardia.

O autor discorre sobre a importância dos pais nos primeiros meses de vida. Trata também da ambivalência dos pais em relação aos filhos nessa fase – "quando a hostilidade inconsciente é um fator importante, a criança sofre não apenas no momento, mas especialmente quando, aos 3 ou 4 anos, as grandes ansiedades levam à revivescência das situações precoces"¹⁶. Já há aqui um deslocamento dos conflitos para períodos muito precoces do desenvolvimento. Nesse caso, os conflitos relativos ao complexo de Édipo poderiam ser mais bem compreendidos se levássemos em conta as experiências dos primeiros meses de vida.

Podemos lançar mão das considerações mais tardias de Winnicott para compreendermos a hipótese relativa ao surgimento das convulsões em crianças. Nesse caso, a reação da mãe aos ataques impetrados contra o seio e o caráter muito ambivalente de seus sentimentos colocam-na como alteridade para o bebê, e isso o obriga a reagir e a se sentir culpado em um momento muito precoce.

De qualquer modo, se nos ativermos ao que é afirmado no livro de 1931, chegaremos à conclusão de que Winnicott, já nessa época, era capaz de compreender o surgimento de determinadas afecções corporais por meio de considerações sobre a relação mãe-bebê. Aqui podemos postular que aparece de maneira mais evidente o caráter híbrido do pensamento do autor. Ele se vale das próprias observações empíricas como pediatra e das observações empíricas de outro médico para estabelecer uma relação entre a convulsão e os ataques dirigidos ao seio da mãe.

É justamente esse hibridismo entre psicanálise e pediatria que a nosso ver dificultou a tarefa de criarmos um item específico para analisar as influências de Melanie Klein nos textos dessa época, apesar dessa autora aparecer como referência importante nesses trabalhos iniciais.

No caso das convulsões, o que está em jogo é a criança às voltas com os conteúdos de seu mundo interno (fase 2). Entretanto, isso só pode ser compreendido se levarmos em conta que o desenvolvimento da relação com a realidade externa está em curso (fase 3).

Conclusão

Ao longo do presente artigo pudemos vislumbrar o modo como Winnicott começou a se apropriar da teoria psicanalítica. Em primeiro lugar, pudemos perceber que desde o início o autor concebia a psicanálise como um campo de saber em constante desenvolvimento. Em segundo lugar, discutimos o fato de que apesar de Winnicott denominar o desenvolvimento da psicanálise de progresso, o interjogo entre as contribuições do presente, do passado e do futuro comparece de maneira viva e não-linear nos textos escritos até 1935. Em terceiro lugar, debatemos a hipótese de que Winnicott, na primeira metade da década de 30, quando ainda era um jovem médico, começou a formular os germes do que viriam a ser as contribuições originais que apresentaria no âmbito da psicanálise.

Finalmente, discutimos a hipótese de que esses germes puderam se insinuar justamente por causa do caráter híbrido do pensamento do autor. De um lado, o encontro de psicanálise e pediatria e a grande experiência empírica de Winnicott com mães e bebês, propiciada pela clínica pediátrica, permitem que o autor vá se descolando de uma leitura mais canônica das obras de Freud e Klein. De outro, a prática pediátrica de Winnicott se nutre da teoria psicanalítica.

Notas

1. "(...) I propose to make a somewhat artificial and arbitrary division of psychoanalytic scientific progress into three phases: 1. The understanding of personal instinctual life and of interpersonal relationships. 2. The understanding of moods and of the origin of ideas of persecution both within (hypochondria) and without. 3. The understanding of primitive emotional tasks, such as the development of a relationship to external reality, integration of the personality, and the sense of body" (p. 176). Todas as traduções dos trechos em inglês são nossas.
2. Optamos por denominar de vida instintual, em vez de vida pulsional. Isso parece-nos uma tradução mais fiel dos termos utilizados por Winnicott ("instinctual life").
3. "(...) though even in the medical profession the term is still used loosely to mean almost anything" (p. 188).
4. "(...) it is not the masturbation that leads to the mental and physical symptoms so frequently put down to this act. Rather it is the anxiety due to the sense of guilt over the phantasies that leads to the symptoms" (p. 190).
5. Em nota de rodapé Winnicott afirma que: "a pele inteira parece ser emocionalmente, uma extensão da pele perianal" – ["The whole skin seems to be emotionally, an extension of the peri-anal skin" (p. 184)].
6. As palavras são capazes de expressar o sentimento mais profundo somente se suas raízes são raízes que pertencem às sensações da infância" – ["Words are capable of expressing the deepest feeling only in so far as their roots are roots that belong to infancy sensations" (p. 193)].
7. A expressão *bloody* é de difícil tradução para o português. No inglês, é uma palavra injuriosa, que implica maldição ou exprime intensidade.
8. "He lingers over words like an epicure over food, and in so doing he incidentally controls the world – for in keeping his hearers waiting he makes the world pay tribute to his own sense of power" (p. 195).
9. Sobre o livro de Henschel, Winnicott menciona o título – *Lectures on Children's Diseases* – e o ano de publicação – 1889.
10. "It is quite a common experience on investigating the start of fits, to find a relation between the first fit and some situation in which the infant's double attitude towards the mother at the oral stage was emphasised" (p. 166).
11. "(...) the very aggressive mouth attacks on my knuckle coincided exactly not only with cessation of the fits but also with very marked clinical improvement" (p. 165).
12. "While on my knee she became able to enjoy play" (p. 166).
13. Winnicott volta a mencionar o caso desse bebê em texto de 1941. No texto, o autor afirma que foi esse caso que fez com que ele começasse a acreditar nas propriedades terapêuticas do jogo da espátula. Winnicott descreve novamente o caso dessa criança no livro *Playing and Reality* – "Quando eu volto aos textos que marcam o desenvolvimento do meu próprio pensamento e compreensão eu posso ver que o meu interesse atual pela brincadeira em relações de confiança que podem se desenvolver entre o bebê e a mãe sempre foi uma

característica da minha técnica de consulta, como esse exemplo de meu primeiro livro demonstra” – [“As I look back over the papers that mark the development of my own thought and understanding I can see that my present interest in play in the relationship of trust that may develop between the baby and the mother was always a feature of my consultative technique, as the following example from my first book shows” (1971, p. 48)].

14. “There is, one supposes, no hostility in this hanging on, but the mother tends to feel it as if it were an act of aggression. If she is normal she usually manages to put up with it. If she has a marked love-plus-hate attitude towards her baby her breast is liable to dry up” (p. 169).
15. “He would go for her and seem to her to try to pull her to pieces, and this constant reminder that man is a carnivore produced in her an anxiety state” (p. 171).
16. “When unconscious hostility is a big factor the child suffers, not only at the time, but especially when, at 3 or 4 years, the big anxieties lead to a revival of the earlier situations” (p. 126).

Referências Bibliográficas

- CINTRA, E. M.; FIGUEIREDO, L.C. *Melanie Klein: vida e obra*. (no prelo).
- FERRAZ, F.C. Das neuroses atuais à psicossomática. *Revista Percurso*. São Paulo. 1(16): 35-42, 1996.
- FREUD, S. (1905). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- GOLDMAN, D. *In Search of the Real: the origins and originality of D. W. Winnicott*. Northvale: Jason Aronson, 1993.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- OGDEN, T. Lendo Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, 4(36): 698-718, 2002.
- RODMAN, F. *Winnicott: Life and Work*. Cambridge: Perseus, 2003.
- WINNICOTT, D. W. (1930). Short Communication on Enuresis. In: _____. *Thinking About Children*. London: Karnac, 1996.
- _____. *Clinical Notes on Disorders of Childhood*. London: Heinemann, 1931a.
- _____. (1931b). Child Psychiatry: The Body as Affected by Psychological Factors. In: _____. *Thinking About Children*. London: Karnac Books, 1996.
- _____. (1931c). A Clinical Example of Symptomatology Following the Birth of a Sibling. In: _____. *Thinking About Children*. London: Karnac Books, 1996.
- _____. (1931d). Agitação. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____. (1931e). Nota sobre normalidade e ansiedade. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1934). Papular Urticaria and the Dynamics of Skin Sensation. In: _____. *Thinking About Children*. London: Karnac Books, 1996.

_____. (1941). A observações de bebês numa situação padronizada. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1971). *Playing and Reality*. London: Routledge, 1999.

_____. (1988). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

Appropriations of the Psychoanalytic Theory in the Firsts D. W. Winnicott's Texts

Abstract

In the present article, we discuss the way D. W. Winnicott appropriated the contributions of the psychoanalysis in his texts written until 1935: before his joining the British Institute for Psycho-Analysis. To discuss this, we focused on the conception of the psychoanalysis "progress" that Winnicott (1931b) has presented in one of his article from that time. Besides, we have considered the hybrid character of the author's thought: if, on one hand, Winnicott's medical practice is nourished by the psychoanalytic theory and, more specifically, by Klein's and Freud's contributions, on the other hand, the encounter between psychoanalysis and paediatrics allows the author to start implanting the germs of what will become his originals contributions.

Keywords

Psychoanalysis; psychosomatic disorders; D. W. Winnicott; Sigmund Freud; Melanie Klein.

Teo Weingrill Araujo

Psicólogo; Mestrando em Psicologia pelo Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia (USP).

Rua Harmonia, 1014 – 05436-010 – Jardim das Bandeiras – São Paulo/SP

tel: (11) 3813-2666

e-mail: teoaraujo@hotmail.com

recebido em 22/01/04
versão revisada recebida em 01/03/04
aprovado em 05/03/04