

O conceito de medo em Winnicott

The concept of fear in Winnicott

Danit Zeava Falbel Pondé

Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana – Centro Winnicott de São Paulo

E-mail: danitponde@hotmail.com

Resumo: Este trabalho discute o conceito de medo em D. W. Winnicott nas suas múltiplas faces, partindo do pressuposto que os diferentes sentidos do conceito estão atrelados, no âmbito etiológico, à temporalidade do amadurecimento emocional. A revisão bibliográfica da obra do autor empreende a pesquisa centrada no termo medo ou a conceitos a ele associados, tais como fobia, ansiedade, angústia, pânico, pavor noturno, terror, agonia impensável, pesadelo etc. O percurso se divide na apresentação do conceito de medo no contexto dos binômios saúde-doença e normal-patológico, e na temporalidade do amadurecimento. Sob a perspectiva da primeira discussão, o medo se inscreve como fenômeno afetivo de ordem defensiva que, como tal, é recurso de enfrentamento e comunicação, constituindo-se em material diagnóstico da condição emocional da pessoa. Nessa concepção, em detrimento de um preconceito estabelecido de estado psicopatológico, o medo atinge uma compreensão de condição existencial do ser humano. É fenômeno universal, cujo afeto ou não afeto, respeitando-se os diferentes contextos, matizes e níveis de intensidade, marcam a distinção entre o normal e o patológico. Os medos, em sua tipologia, dizem respeito às etapas do amadurecimento emocional que abrangem o que está acontecendo nas relações interpessoais entre o par mãe-filho na dependência absoluta, na dependência relativa e na formação triangular na independência relativa. Assim se configuram em medos relacionados à sobrevivência psíquica e à identidade, medos da separação da mãe, medos relativos à ambivalência amor-ódio e edípicos. Entende-se que o aprofundamento da pesquisa sobre o medo origina-se na observação e acompanhamento do sofrimento dos pacientes na clínica e, portanto, é para a prática clínica que esse conhecimento se justifica e se destina.

Palavras-chave: medo, pânico, fobia, ansiedade, psicanálise.

Abstract: This work discusses the concept of fear in D.W. Winnicott in its multiple faces assuming that different meanings of the concept are associated, in etiologic sphere, to emotional maturational process. The bibliographical review of the author followed the term fear and its associated concepts such as phobia, anxiety, panic, night terror, unthinkable agony, nightmare, etc. The research script is divided into two moments: the presentation of the concept of fear in context of the opposition health-sickness and normal-pathology, and in the maturational process temporality. On the first moment, fear

is seen as an affective defensive phenomenon that enables the person to face the world and communicate his/her emotional condition. Therefore it may be considered as diagnostic material. Thus, fear is not taken as a psychopathological prejudice, but as a tool that allow us to understand the existential condition of the human being as such. It is an universal phenomenon whose affection or non-affection, regarding its differents contexts, grades and levels of intensity, reveals the normal or pathological condition of the person. On the second moment, the tipology of fear has its origins in the stages of emotional maturational process which comprehends interpersonal relations between mother and son in the absolute dependency, relative dependency and in triangular formation during relative independency. Such types of fear are then configurated as fear related to psychological survival and identity, fear of separation from the mother, fear related to love-hate ambivalence and the edipic complex. The research on fear, such as this one, has its origins in the clinical observation of patient suffering, and shall be oriented towards it, where it shall find its deeper justification.

Keywords: fear, panic, phobia, anxiety, psychoanalysis.

O medo é um tema de expressiva presença na prática da clínica psicológica e foi objeto da minha pesquisa de mestrado “O conceito de medo em Winnicott”, sendo este artigo o primeiro desdobramento dessa pesquisa. Os pacientes frequentemente trazem, para o consultório, seus medos suscitados por uma gama de objetos determinados, tais como medo de avião, de cachorro, de insetos e da escuridão. Ali também manifestam aqueles de origem mais abstrata que, entre outros, podem ser o medo da morte, do abandono, da dependência de outros, bem como medo de si mesmo. A pluralidade de atribuições de sentido, nas multifacetadas expressões desse afeto em diferentes pessoas, não retira, mas, pelo contrário, confirma seu caráter universal. Na própria relação entre terapeuta e paciente, essa condição de compreensão configura-se como *sine qua non*, desdobrando-se em empatia para o necessário trabalho de acompanhamento das questões implicadas.

A proposição do medo como um afeto humano relaciona-se à ideia de que sua vivência está intimamente ligada aos efeitos, de forma tal que é através destes que se pode mensurar o grau de seu impacto, tanto no psiquismo como no cotidiano da pessoa. No dia a dia, aquilata-se a potência dessa afetividade através da quantidade e grau de restrições que se impõem, traduzindo-se em mobilizações e imobilizações na vida das pessoas. Nesse sentido, parte do reconhecimento atual da importância desse fenômeno subsidia a versão mais contemporânea, a conhecida Síndrome do Pânico, assunto recorrente nas produções das ciências médicas e psicológicas. Em termos estatísticos, o DSM-IV (APA, 2002, pp. 423-429) informa que, em amostras clínicas, o transtorno de pânico é diagnosticado em pelo menos 10% dos indivíduos encaminhados para consultas de saúde mental. No contexto da clínica médica, as porcentagens variam de 10% a 30% em clínicas de neurologia, otorrinolaringologia e doenças respiratórias, e até 60% nos consultórios de cardiologia, considerando que aos episódios de pânico estão associados numerosos sintomas fisiológicos tais como tontura, arritmia cardíaca, asma, doença pulmonar, entre outros.

Diante de sua recorrência clínica, que hoje está comprovada estatisticamente, a questão do medo vem despertando a atenção de muitos, a começar com Sigmund Freud, seguido por Melanie Klein, entre outros, cujas interpretações têm servido de base para inúmeros trabalhos na busca de um entendimento do fenômeno. Desde seus primórdios com Freud, a pesquisa psicanalítica avança colada nos desafios clínicos. Especificamente na minha experiência, deparei-me com um caso clínico – fosse eu médica, diria interessante –, cujo significado aponta as dificuldades envolvidas no acompanhamento terapêutico da paciente. Mulher de 50 anos, minha paciente foi trazendo paulatinamente diversos medos muito graves, entre os quais: medo de ficar sozinha, medo de ser abandonada pelo marido, medo de sair à

rua, medo de transportes públicos, medo de perder a mãe, medo de áreas verdes e selvagens (mato) e outros. Entretanto, destacou-se entre estes um medo de morrer, mas que por ela foi explicitado como um medo de morrer sozinha. Ela dizia que tinha medo de que, ao morrer sozinha, seu corpo não seria achado e por isso não seria enterrada, ficando sujeita a vagar entre o céu e a terra. Intui que a morte, nesse caso, não se constituía como uma solução para a sua condição de precariedade psíquica que, aqui, é metaforizada pelo limbo. O amparo teórico-clínico de psicanalistas é sempre bem-vindo, pois pode elucidar e ampliar o entendimento sobre pontos obscuros no fazer psicanalítico. Entretanto, foi no constructo desenvolvido pelo pediatra e psicanalista inglês Donald Woods Winnicott (1896-1971) que encontrei a fonte esclarecedora para esse caso. Em sua obra “Explorações psicanalíticas”, ele apresenta uma descrição que se aplica com precisão a esse caso em particular:

Um paciente, por exemplo, pode ser dominado por um medo de morrer que nada tem a ver com o medo da morte, mas é inteiramente uma questão de um medo de morrer sem que ninguém se encontre junto a ele na ocasião, isto é, sem ninguém junto a ele que se interesse por alguma maneira derivada diretamente do relacionamento parento-filial muito inicial. Pacientes desse tipo podem organizar a vida de maneira a jamais se acharem sós. (1989k[1965]/2005, p. 98)

Os dados resgatados da história pessoal da paciente descrevem uma infância muito sofrida e empobrecida, no que tange aos relacionamentos afetivos e aos cuidados maternos recebidos, corroborando o entendimento de Winnicott de seu profundo sentimento de desamparo, que a fazia a todo custo evitar ficar sozinha.

O medo tem se constituído um foco temático para muitos saberes, tendo percorrido um caminho de apropriações de sentido antes de chegar ao campo da saúde, do qual a psicanálise faz parte. Como fenômeno social, é datado e contextualizado historicamente, vindo a adquirir uma inscrição naturalizante e consolidando-se como tema cuja preocupação central está na busca da verdade psicológica. Sob a ótica do instintual e biológico no homem, assinala-se como determinado pelo conjunto funcional neurológico, cujo aprimoramento evolutivo se deu diante das necessidades de sobrevivência humana, correspondência equivocada com a condição dos animais. No discurso médico compartilha, como qualquer outro distúrbio, a condição de alvo a ser tratado e eliminado.

É no contexto da pesquisa teórica da clínica psicanalítica, ou mesmo, pela releitura desta somada às suas próprias experiências clínicas e observações teóricas delas retiradas, que Winnicott desenvolveu sua concepção sobre o amadurecimento emocional, do qual se extraiu o objeto temático deste artigo. Em um mapeamento sobre esse assunto na obra de Winnicott, foi possível vislumbrar uma perspectiva original que amplia o olhar sobre o medo ao abarcar considerações sobre esses múltiplos fatores e suas imbricações. Seus pressupostos permitem aprofundar não somente o conhecimento sobre os possíveis formatos e causalidades que delimitam tal fenômeno, como também sua função e importância na composição de uma estrutura psíquica. Enfim, é desenvolvida uma ideia do medo como uma experiência que fala de uma forma possível de viver, uma condição de existência, o que se arvora no reconhecimento desse afeto dentro de um *status* diferente do apenas reconhecido estado psicopatológico. Esse entendimento justifica a interlocução do conceito de medo com a sua perspectiva sobre o binômio saúde/doença e normal/patológico, mesmo porque é por essa perspectiva subsidiado.

Nesse sentido, é importante ressaltar que as especificidades do conceito de medo dentro do constructo teórico-clínico de Winnicott podem ser analisadas com base nas temáticas da temporalidade, da dependência do ambiente cuidador e do desenvolvimento emocional, que se destacam de seu pensamento. Tais aspectos podem ser apreendidos de seu artigo sobre o medo “Por que choram os bebês”:

A base do choro de medo é a dor, e é por isso que o pranto soa da mesma maneira em ambos os casos, mas agora é uma dor recordada e que ele já espera ver repetida. Depois de um bebê ter conhecido qualquer sensação dolorosamente aguda, poderá chorar de medo quando acontece qualquer outra que o ameace de voltar a ter essa mesma sensação. E logo começa a ter ideias, algumas assustadoras, e então volta a chorar porque alguma coisa recordou ao bebê a dor, embora essa alguma coisa seja agora imaginária. (Winnicott, 1945j[1944]/1982, p. 68)

O ambiente criado e os cuidados proporcionados pela adaptação da mãe a seu bebê são materializados no estabelecimento de uma rotina, levando-se em conta que as demandas do bebê, os afazeres cotidianos com seus horários e preparos repetitivos vão, paulatinamente, tecendo um repertório de conhecimento experiencial do bebê. Posteriormente, nos prenúncios da inscrição na temporalidade, o bebê passa a reconhecer os sons, cheiros e movimentações

relativas às atividades que lhe concernem. Mais adiante, o bebê consegue fazer associações com base em outras coisas. Nesse ponto, então, entende-se que a grande relevância da rotina está na sustentação do aspecto da previsibilidade dos acontecimentos que tanto permite a aquisição de mecanismos de apreensão da experiência, quanto a evolução da capacidade de elaboração e, conseqüentemente, integração da mesma na psique. A rotina relaciona-se intrinsecamente à promoção de confiabilidade no ambiente, situação que sustenta a estrutura e continuidade de ser do bebê pelo acúmulo dessa confiabilidade incorporada.

No que importa ao tema aqui trabalhado, a inscrição na temporalidade fica claramente evidenciada entre a sensação de dor e, na saúde, posteriores recordações, expectativas e associações de dor que são a matéria-prima do medo. É pela experiência própria e a repetição ao longo do tempo que o bebê começa a fazer a ligação entre os acontecimentos e, portanto, pode recordar a mesma experiência ou outra coisa poderá remetê-lo a essa recordação. Aqui se está falando do repertório pessoal do bebê ancorado nas situações que vivencia, ou seja, nas experiências de desconforto pela incerteza do atendimento. O sentimento de medo configura-se atrelado à vivência de dor em ordem temporal cronológica posterior, entretanto, entre a sensação de dor e o medo ao longo do desenvolvimento emocional podem se interpor as posteriores capacidades mentais/intelectuais adquiridas de ter recordações e “ideias”, e fazer associações que passam a reproduzir o evento ao qual estão vinculadas. Estas também compõem a matéria-prima para a formação do sentimento de medo. Nessa perspectiva, fica claro que o sentimento de medo não pertence ao início na ordem sequencial. Da mesma forma, depreende-se que sua formação é reativa, ou seja, compõe-se numa forma de lidar com a expectativa de repetição da sensação/acontecimento negativo. A partir desse ponto, esboça-se a ideia central de Winnicott sobre o medo como uma defesa.

O caminho norteador percorrido por este estudo do medo foi o de acompanhar a linha temporal do desenvolvimento emocional do indivíduo. Essa escolha se deveu à hipótese de que esse conceito tem uma amplitude de significados ancorados na fenomenologia de sua origem como defesa. Essa fenomenologia diz respeito à concretude do que está acontecendo nas relações interpessoais entre o par fusionado na dependência absoluta entre mãe e filho, na dependência relativa e na formação triangular na independência (cf. 1988/1990, pp. 173-180). Compreende-se que as variâncias se referem diretamente às cambiantes experiências que ocorrem em cada estágio. Os estágios, portanto, são etapas desse processo, no qual se compreende um universo específico de vivências baseadas nas relações de intercâmbio entre o bebê e de quem dele cuida, marcando assim as diferenças dos conteúdos relacionados ao medo. Assim, os medos, em sua tipologia, dizem respeito a essas etapas e se configuram em

medos relacionados à sobrevivência psíquica e à identidade, medos da separação da mãe, medos relativos à ambivalência e edípicos.

Ao longo da obra de Winnicott, são recorrentes as referências sobre o tema do medo, quer seja nos seus desenvolvimentos teórico-práticos, quer seja na exposição de casos clínicos. Sob esse conceito, conjugam-se associações correlatas que aparecem na obra como temor, terror noturno, pânico e fobia. Todo esse material, portanto, foi considerado para a confecção deste artigo, incluindo os temas afins como a questão da segurança/insegurança, inibição, timidez, entre outros.

Contrariamente ao postulado por outras perspectivas, o conceito de medo em Winnicott não concorda com uma origem inata de etiologia instintiva como a atribuída ao animal, que o possui como um equipamento para a sobrevivência. O indivíduo nasce e, a partir daí, são suas experiências no mundo e com o mundo que formam seu repertório. Posteriormente, esse repertório experiencial é acrescido do conjunto de ideias e associações a respeito da experiência: as fantasias. As ansiedades envolvidas nas experiências relacionais e instintuais, fantasias e emoções da criança são da ordem do normal, desde que os cuidados e o ambiente realizem sua tarefa de sustentação e manejo (cf. 1964a/1982, pp. 140-147). Caso contrário, dos conflitos surgem as organizações defensivas e as defesas, das quais o medo faz parte. O conceito de medo winnicottiano aponta para uma condição existencial à medida que estabelece uma possibilidade de o indivíduo continuar existindo, amenizando as ansiedades intoleráveis.

Ao se percorrer o constructo teórico de Winnicott, é possível perceber que existe uma lógica etiológica na formação dos distintos medos que incide no diferencial em seu teor e intensidade. Essa configuração diferencial confere ao medo o *status* daquele que porta uma mensagem e que, portanto, deve ser considerado na formulação diagnóstica. À sua manifestação, subjaz uma ansiedade que, de forma geral, faz parte da normalidade. Mesmo na doença, aponta uma possibilidade, pois é passível de cuidado. Nesse entendimento, é a ausência de medo que indica adoecimento (cf. 1938b/1982, p. 242). Essa condição confere ao medo o caráter de conquista. No entanto, mesmo sob uma observação ainda superficial, é possível diferenciar o significado do afeto naquele indivíduo que convive com medo daquele que sente alguns medos. Nesse sentido, é imperativo compreender que o sentido de segurança é construído nas fases iniciais através do padrão de confiabilidade no qual os cuidados ambientais maternos foram dados. Compreende-se o sentido de segurança como aquele que abrange tanto a crença em si mesmo como a crença nos outros. Sem essa conquista, não se pode falar em segurança e, por consequência, nem em medo como um recurso de alerta diante

de uma ameaça à segurança. Após a aquisição de segurança, os próprios movimentos rumo à liberdade de ser e de se expressar em sua personalidade se inscrevem numa linha temporal de batalha contra a segurança total, provida inicialmente apenas pelo ambiente (cf. 1993a/1999, pp. 101-107).

Retomando o desenvolvimento do conceito de medo ao longo da linha temporal do desenvolvimento emocional, identifica-se que, sobretudo, seu entendimento parte do pressuposto fundamental de que o bebê nasce numa condição de dependência de algo que lhe é anterior, sua mãe, apesar de nada saber sobre isso. Os estágios de desenvolvimento emocional marcam as distintas bases e formas pelas, e através das quais, se estabelecem as relações entre o bebê e o mundo, e como estas graduam de importância no que tange ao aspecto da sobrevivência e sentido de existência. A continuidade de ser, de seguir no desenvolvimento emocional, que no nascimento é apenas potencial, é condição *sine qua non* de saúde psíquica. Situação contrária, as fraturas nessa continuidade aportam distorções estruturais ou não, dependendo de sua etiologia temporal. Essas fraturas, quando prematuras, implicam a não instalação de um sentido identitário no indivíduo (cf. 1958f/2000, p. 265). O indivíduo segue em seu desenvolvimento físico, mas este não é acompanhado pelo desenvolvimento emocional.

Os medos associados ao início do amadurecimento emocional são defesas relacionadas às agonias impensáveis da condição de extrema vulnerabilidade do bebê que, nessas rupturas, vivencia o aniquilamento (cf. 1960c/1983, p. 47). O medo da loucura, o medo da morte, o medo do colapso, o pânico, entre outros, e o quadro sintomático a eles associados, manifestam o estado precário que corresponde a essa não aquisição de um sentido de existência (cf. 1974/2005, pp. 70-76). Por um lado, no início, o bebê possui como qualidade inata o potencial para a vida e crescimento, condição traduzida pela analogia de Winnicott sobre o bulbo que guarda como semente aquilo que será mais tarde o narciso (cf. 1949b/1982, p. 29). Entretanto, por outro lado, o desenvolvimento só é possível sob a contrapartida dos cuidados necessários, como uma bolha, segundo diagrama elaborado por Winnicott (cf. 1988/1990, pp. 147-150) para contextualizar o caráter intrinsecamente frágil das fases iniciais no conjunto ambiente-indivíduo. Ou seja, da mesma forma que uma bolha só pode continuar existindo se a pressão externa a ela for igual àquela do seu interior, o bebê continua sua existência numa situação de adaptação ambiental. Caso contrário, uma pressão externa maior ou menor que a da bolha, esta passa a ter que reagir, modificando-se ao ambiente para poder igualar-se e subsistir. Em termos do bebê, isso significa interrupção do ser pela reação à intrusão que, se repetida, pode vir a estabelecer um padrão de relacionamento, mas que retira o sentido de verdadeiro e real

do viver (cf. 1988/1990, p. 157). Mesmo resguardando-se como recurso defensivo, nessa configuração o medo tem um significado que dista em muito da qualificação de sentido atribuído a um sentimento. Isso porque esses medos possuem um conteúdo agônico (cf. 1974/2005, p. 72) muito colado nas impossibilidades da condição instável de uma pessoa com recursos diminutos e que ainda não alcançou o sentido de ser. Condição esta que fica explícita na fala dos pacientes que giram em torno dos temas morte, vazio, enlouquecimento, desequilíbrio, falta de chão, limbo, entre outros.

Ao longo do desenvolvimento emocional, à medida que a integração começa a dar um contorno estável ao qual se possa inferir o *status* de unidade, a dependência começa a se relativizar. As falhas gradativas maternas são promotoras e facilitadoras de novas conquistas, entre elas a capacidade de acionar recursos para dar conta de si mesmo diante dessas falhas (cf.1958j/2005, p. 6). De fundamental importância, no entanto, é que nesse contexto ocorre a separação do par e o bebê começa a se dar conta de sua existência como separada da mãe. Os medos, sejam normais ou patológicos, pertencentes a essa etapa estão relacionados à estabilização desse novo *status* identitário pelo qual se inaugura outra modalidade de relação com o outro, com as coisas e com o mundo, condição provida pelos cuidados e sobrevivência materna. A partir desse ponto maturacional, seja este de que existe a unidade, o aspecto da segurança entra no cenário. Dito de outro modo, o medo se arvora numa possível defesa, um recurso de alerta diante do sentido de ameaça à segurança que a pessoa pode e está experimentando. De certo que a essas ameaças correspondem ansiedades paranoides referentes ao que é esperado do externo como contrapartida pelos movimentos de separação, compondo-se no conteúdo do medo da desintegração e de retaliação (cf.1989xd[1954]/2005, p. 332). Em seguida, no entanto, o externo e o interno ficam paulatinamente mais consistentes, impondo às experiências relacionais o incremento da elaboração dos efeitos dos impulsos instintuais que, sob a forma de sentimentos, excitações, raiva, amor, estão integrados em seus movimentos (cf. 1958b/2000, p. 292). O medo compõe-se, então, das ansiedades depressivas subjacentes aos exercícios relacionais providas de duas fontes de ameaça à segurança: o si-mesmo e o externo. O “*locus*” do mundo interno para a criança, nesse ponto do amadurecimento emocional, é a barriga (cf. 1988/1990, p. 97), cujas trocas com o mundo externo são explicitadas pelo processo digestivo, de forma que se associa ao medo toda uma gama de efeitos psicossomáticos, delineando o que Winnicott chama de “fisiologia do medo” (1988/1990, p. 73). No que tange à distinção entre o normal e patológico, doravante parece válido tomar como base o sentido de valor do incômodo aos medos pertencentes a essa fase, uma vez que se acredita normal que existam e se expressem

numa variedade de manifestações como pesadelos (cf. 1968j/2005c, p. 62), enureses (cf. 1936b/2005c, pp. 143-146) etc., à medida que a criança esteja elaborando os conteúdos ansiógenos de seus conflitos. Nessa perspectiva, tanto o incômodo tem valor, por ser uma mensagem, como sua intensidade, e as restrições que impõe à pessoa e ao seu entorno são um termômetro na sinalização do aspecto patológico.

Do estágio edípico em diante, os medos passam a considerar o triângulo filho, mãe e pai, nas relações interpessoais, havendo o incremento do conteúdo genital/sexual como matéria-prima nos conflitos e ansiedades neuróticas a eles associados (cf. 1989vi[1961]/2005, pp. 53-58). O medo da castração é uma defesa à medida que amortiza os efeitos perniciosos da pré-potência sexual da criança e as frustrações que ensejam. As fobias, por sua vez, constituem-se, ao se deslocar para algum objeto externo, numa forma de dar conta dos conflitos internos, expulsando e amenizando os efeitos dos conteúdos sentidos como mal. Ambos se inscrevem na continuidade de sentido de medo como recurso defensivo diante da ameaça à segurança, que vem tanto de dentro como de fora.

Na adolescência, revisitam-se algumas características da dependência absoluta identificadas nos distúrbios psicóticos (cf. 1954d/2005, p. 117), ao mesmo tempo que há a retomada do tema sexual, agora sob o signo da potência. Os medos que pertencem a essa etapa também retomam uma configuração identitária, considerando que essa fase, de meio de caminho, é um não ser criança e um não ser adulto. Do isolamento recorrente emergem os impulsos que realizam experiências contra a segurança, mas não são essas experiências as temidas pelos jovens, mas sim pelos seus pais. Os medos dos jovens estão associados ao tema da identidade pessoal e de pertença ao grupo.

Os medos adultos elencados por Winnicott são dois: o medo da dependência associado ao medo da mulher e o medo da maternidade que, sem dúvida alguma, apontam para trás, ou seja, para as marcas originadas na totalidade da experiência infantil vivida na relação com a própria mãe nas fases iniciais. No medo da dependência, o padrão de cuidados maternos recebidos incide diretamente na possibilidade de experienciar a independência sem cair na armadilha de eleger alguém como líder absoluto de seus atos, ou seja, viver reativamente ou submisso sob a ditadura referencial de outro que não o si-mesmo (cf. 1964g/1982, p. 11). O sentido de segurança ou bem não foi conquistado ou bem se encontra distorcido. No medo da maternidade, se está num contexto em que é preciso lembrar que toda mulher carrega dentro de si a filha, a mãe e a avó. Inscrita na linha do tempo desses cuidados transgeracionais, a nova mãe resgata as ansiedades pertencentes não só ao padrão de como foi cuidada, mas de como se identifica com a mãe e reatualiza questões trazidas nessa linha de sucessão (cf.

1949f/2000, pp. 285-286). Não é incomum, tanto quanto se possa imaginar, os episódios psicóticos ou de depressão psicótica puerperal das novas mães. Nesse ponto, esses medos parecem resguardar maior ênfase do sentido identitário.

Por essa breve reflexão, é possível perceber que o tema do medo na obra de Winnicott não só tem relevância por ampliar e aprofundar o entendimento sobre o fenômeno em seu aspecto teórico, mas, sobretudo, porque esse conhecimento é essencial no que tange ao subsídio da prática clínica. O fazer psicanalítico é por essência um cuidado àquele que, diante das dificuldades inerentes à sua vida, vem em busca de ajuda. As falhas, os traumas, as vicissitudes já ocorreram e, na forma do medo, se expressam, comunicando a condição em que o paciente se encontra e em que ponto de sua história pessoal teve origem o adoecimento. O medo como defesa não se constitui no problema, mas sim na solução (cf. 1968c[1967]/2005, p.155), portanto, não cabe como terapêutica o treino antifóbico ou qualquer prática no sentido de eliminá-lo. Os medos são material de diagnóstico, são a ponta do *iceberg*, cabendo ao analista considerá-los na formulação diagnóstica que norteia o acompanhamento terapêutico ao paciente. O paciente é uma totalidade da qual os medos fazem parte, e é cuidando dessa totalidade que eles se vão, pelo menos em sua forma mais recrudescida, simplesmente por não serem mais necessários.

A obra de Winnicott sobre esse tema é vasta, incluindo-se o número de casos clínicos que ilustram as diversas apresentações do fenômeno do medo na vida cotidiana dos pacientes que por ele foram atendidos. Para contemplar de igual forma a profundidade com a qual Winnicott tratou esse assunto, e não sendo possível fazê-lo no corpo deste artigo, apresenta-se, a seguir, uma lista de índice remissivo de todos os casos clínicos nos quais de alguma forma o fenômeno do medo foi encontrado. À revelia das muitas ordenações possíveis, esse índice remissivo foi elaborado com base na nomenclatura do medo encontrado no texto, tomando, como exemplo, a fobia de chapéu, medo de animais e assim por diante. Acredita-se, com essa relação, poder facilitar a pesquisa para outros estudos sobre o tema.

Índice remissivo de casos clínicos

Esse índice remissivo foi elaborado respeitando-se as normas de citações, cujo formato compreende a data, segundo Knud, do artigo consultado e o ano da edição do livro consultado, bem como as páginas da citação do livro. A data segundo Knud se refere ao trabalho elaborado por Knud Hjulmand do Departamento de Psicologia da Universidade de

Copenhague, que compilou, numa lista, a totalidade dos trabalhos publicados por Winnicott. No entanto, optou-se nesse índice a manter os livros nos quais se encontram as citações, no intuito de facilitar a pesquisa.

ANSIEDADE, garoto, 1 ano e meio (Winnicott, 1996[1936]/2005, pp. 77-78). *Pensando sobre crianças*.

A consulta foi solicitada por causa de dores de barriga que o garoto sofria, ligadas, circunstancialmente, ao retorno do pai marinheiro ao navio após 15 dias em terra passados com o filho. A mãe, percebendo a ligação entre os fatos, acolheu as dificuldades do filho, solicitando ao pai que passasse mais uma semana em casa. A ansiedade expressa pela dor de barriga manifestava os sentimentos ambivalentes tanto em relação ao pai como em relação à mãe, pois a sentia como uma ameaça, na medida em que poderia separá-lo do pai, por estar zangada, por ser invejosa ou, ainda, por ser má. O reassentimento promovido pelo manejo da mãe proveu a distinção entre o sentimento de ameaça, a fantasia e o que é real.

ANSIEDADE, Lawrence, 2 anos e 9 meses (Winnicott, 1958e/2000, pp. 109-110). *Da pediatria à psicanálise*.

Lawrence sofria de ansiedades que lhe perturbavam o sono. Em seu brincar com as espátulas, montou uma procissão de espátulas aos pares que se moviam, se encontravam, se juntavam e se separavam, expressando, assim, que o conteúdo ansiogênico dizia respeito à cena primária.

ANSIEDADE, Margaret, 7 meses (Winnicott, 1941b/2000, pp. 117-119). *Da pediatria à psicanálise*.

Margaret foi trazida por ter tido um ataque de asma precedido, durante dias anteriores, por prejuízos no sono, acordando entre gritos e temores, além de colocar, de forma compulsiva e ansiosa, o punho na boca. No brincar, diante das espátulas, manifestou dois períodos relativamente longos de hesitação em pegar na espátula, ambos acompanhados de espasmos brônquicos. Os espasmos passaram após conseguir experimentar a confiança e o prazer na atividade com a espátula.

AUSÊNCIA DE MEDO, Simon, 8 anos (Winnicott, 1958e/2000, pp. 99-103). *Da pediatria à psicanálise*.

Simon apresentava um desenvolvimento comprometido por inúmeros sintomas, tais como falta de apetite, nervos muito retesados, pesadelos e ausência de alguns medos normais e necessários, condição que o expunha a acidentes e perigos. Dois episódios ocorridos na sua infância inicial estão associados à sua condição emocional. Entende-se que a característica inibição da voracidade foi secundária ao trauma ocorrido aos nove meses com o desmame. No entanto, esse trauma, por sua vez, também foi secundário à ansiedade psicótica explicitada pelo seu terror com o farfalhar de papel aos dois meses de idade.

CLAUSTROFOBIA, menina, s/i. (Winnicott, 1948b/2000, pp. 247-248). *Da pediatria à psicanálise*.

Na análise de uma menina esquizofrênica, foi preciso, por longo período, realizar o manejo de atendê-la de imediato de alguma forma, uma vez que qualquer tentativa de estabelecer um horário definido deflagrava um ataque de claustrofobia. Em sua história, a mãe, dietista profissional, se gabava que nunca havia ocorrido um episódio em que os filhos houvessem recusado a alimentação que oferecia. Todos, incluindo a paciente, eram muito gordos. Entende-se que a condição emocional da menina era marcada pelo total desconhecimento de como entrar em contato com a realidade a partir de si mesma.

FOBIA DE CHAPÉU, Linda, 10 meses. (Winnicott, 1969f[1968]/2005, pp. 229-230). *Pensando sobre crianças*.

Na história pessoal de Linda, sua mãe teve que se ausentar por três dias quando ela tinha 10 meses. No retorno, a mãe, ansiosa, vai com pressa ver a filha com o chapéu na cabeça. O impacto foi grande em Linda, que ficou “congelada”. Percebendo o ocorrido com a filha, a mãe conserta a situação segurando-a até a criança voltar a relaxar e se conectar novamente a ela. Apesar da retomada normal do desenvolvimento, a criança desenvolveu uma fobia por mulheres usando chapéu, que remete à experiência terrível de não ter sentimentos e estar congelada sem ser capaz de responder.

FOBIA DE CHAPÉU, L., 7 anos e meio. (Winnicott, 1968k/2005, pp. 233-243). *Explorações psicanalíticas*.

Utilizando-se da técnica do rabisco, Winnicott descreve o caso acima relatado, acrescentando considerações a respeito daquilo que entendeu ser a falta de ferocidade em sua personalidade, bem como dos aspectos saudáveis que apresentou em seu brincar. A questão da ferocidade estava relacionada com o temor das coisas que, imaginava, estivessem crescendo dentro da

barriga da mãe grávida, explicitando suas fantasias sobre as funções corporais do processo de ingestão-retenção-eliminação. Outro aspecto correlato estava ligado à raiva que sentia da mãe, que entendia estar se afastando dela por causa da nova gravidez.

FOBIA DE CHAPÉUS/MEDO DE COISAS, Eliza, 7 anos e meio. (Winnicott, 1968k/1984, pp. 52-74). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*.

Apesar de Winnicott ter desenvolvido o caso dando outro nome à paciente, trata-se do mesmo caso acima relatado.

FOBIA DE ELEVADORES, Frankie, 5 anos e meio. (Winnicott, 1966b[1965]/2005, pp. 124-126). *Explorações psicanalíticas*.

Nesse estudo sobre neurose obsessiva, Winnicott faz comentários sobre o relato feito por outra analista do caso de Frankie. Ao brincar em sua primeira entrevista, Frankie dispôs o material de forma tal a colocar um menino completamente sozinho, em uma cadeira situada em posição elevada. A despeito das interpretações realizadas pela analista, ele toma esse aspecto como sendo central da questão, incluso a fobia de elevadores da criança, uma vez que entendeu a posição elevada da cadeira como um aspecto ex-cindido da função da mãe no que se relaciona à sustentação do cuidado para com o filho. Essa hipótese se baseou na história contada pela mãe que, no primeiro momento em que segurou o bebê, disse ter se sentido alheia ao menino e ter tido impressões negativas a respeito de seu choro.

FOBIA DE SE FERIR/FOBIA A MÉDICOS, Philip, 9 anos. (Winnicott, 1953b/2000, pp. 171-186). *Da pediatria à psicanálise*.

Conduzido para acompanhamento terapêutico por atitudes delinquentes de furto na escola, Philip tinha, em sua história pessoal, um bom começo, que foi perturbado aos 2 anos pela guerra e conseqüente ausência do pai militar. Diante das incertezas ambientais, tornou-se retraído e relativamente descoordenado. Aos 6 anos, sofreu operação de amigdalectomia, depois da qual passa a ter fobia de médicos. Essa cirurgia é coincidente com o nascimento da irmã, evento a partir do qual se iniciou a degeneração de sua personalidade, cuja sintomatologia progressivamente recrudescer aos atos delinquentes. Após três entrevistas, orientou-se um processo terapêutico de acolhimento familiar a realizar-se em casa. Ao longo de um ano, Philip regrediu à dependência até sintomas de enurese, depois passou a recuperar-se e a retomar seu desenvolvimento, voltando à escola.

FOBIA DO PECADO DO ESPÍRITO SANTO, homem, 50 anos. (Winnicott, 1969i [1968]/2005, pp. 183-185). *Explorações psicanalíticas*.

O paciente desenvolveu um padrão extremamente não agressivo como reação à inadequação ambiental familiar composta pela natureza de um pai fraco e uma mãe forte. A utilização da força e fúria da mãe trouxeram prejuízos na possibilidade de utilizá-la como refúgio, encontrando-se, então, numa posição desconfortável de ter que sempre protegê-la para preservá-la e só assim poder ter qualquer possibilidade de relaxamento. Para tanto, desde momentos ainda muito iniciais, antes de ter constituído dentro de si a figura de um pai, adotou o autocontrole dos próprios impulsos, condição que inibiu tanto os impulsos como sua criatividade e espontaneidade. As blasfêmias constituíam-se em atos compulsivos imprevisíveis, material ligado a essa condição e à fobia do pecado do Espírito Santo.

FOBIA DE PEIXE, menino 14 meses. (Winnicott, 1958e/2000, p. 109). *Da pediatria à psicanálise*.

Caso relatado em seguida.

FOBIA DE PEIXE, menino, 14 meses. (Winnicott, 1934c/2005c, p. 150). *Pensando sobre crianças*.

A fobia de peixe se instaurou após um episódio de vômito causado pela briga entre os pais à mesa a respeito de peixe como alimento. A briga tinha como pano de fundo o ciúme da mãe pelo fato de o pai ter alimentado o filho, tarefa que até então era sua exclusivamente.

FOBIA DE PUDINS, Milton, 8 anos. (Winnicott, 1971b/1984, pp. 206-227). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*.

Após o nascimento de seus irmãos gêmeos, quando tinha 2 anos, Milton começou a manifestar dificuldades, mostrando-se muito dependente da mãe, apresentando tendências sadomasoquistas e perversas, agitação, nervosismo, entre outros. No início da consulta, ocorreram sinais desfavoráveis indicativos de que o menino tinha grande medo de sentimentos profundos. No entanto, através da técnica do rabisco, ele foi capaz de resgatar um sonho assustador e reviver o tempo em que se sentiu perturbado com o nascimento de seus irmãos gêmeos. Mais especificamente, a fobia do pudim estava associada à recaptura do gosto pelo pudim, ou seja, à mãe anterior sentida como perdida por causa dos irmãos.

FOBIA DE RATOS, mulher, s/i. (Winnicott, 1989o[1968]/2005, p. 165). *Explorações psicanalíticas*.

Em um sonho recorrente, a paciente está morrendo de fome e só lhe sobra uma laranja, mas vê que esta foi mordida por um rato. Ela tinha fobia de ratos, o que fez com que o fato de o rato haver tocado na laranja ficasse impossível dela usá-la. A interpretação dada referiu-se ao “empacamento” emocional relacionado aos sentimentos ambivalentes em relação ao seio da mãe e o fato de tê-la perdido ainda menina.

MEDO, Phyllis, 16 anos. (Winnicott, 1989d[1965]/2005, pp. 107-109). *Explorações psicanalíticas*.

Phyllis apresentava um quadro de graves dificuldades em sua personalidade. Na entrevista, comunicou que, durante toda a sua vida, se sentia como se estivesse apenas se equilibrando, material associado às ansiedades referentes a algum tipo de fracasso de sustentação materna em uma época ainda muito dependente. Em sua história, constava que nunca se recuperara da gravidez da mãe, quando, com 1 ano e 9 meses, havia sido informada que teria de ficar com a avó até o novo bebê nascer. A partir daí, começou seu adoecimento.

MEDO, menina, 2 anos e meio. (Winnicott, 1964b/2005, p. 246). *Explorações psicanalíticas*.

Winnicott ilustra a importância da primeira entrevista no sentido de aproveitamento inicial do material apresentado, que, especificamente nesse caso, se referia a um certo medo que a menina sentia ao qual precisava de ajuda para entender. Tendo obtido essa ajuda, continuou o trabalho por mais cinco sessões até resolver o problema.

MEDO, adulto, s/i. (Winnicott, 1986d [1966]/2005, p. 131). *Tudo começa em casa*.

Mulher resgatou episódio aos 2 anos na praia, no qual sentiu muito medo por afastar-se da mãe para catar conchinhas. O sentido relacionou-se ao fato de haver esquecido da mãe entretida na exploração do mundo, o que, em contrapartida, a fez pensar que a mãe também havia esquecido dela. Correndo de volta à mãe, foi pega no colo por um tempo, mas depois recolocada no chão sem que ainda houvesse se dirimido esse medo. A partir daí, sentiu que nunca mais encontrou sua mãe.

MEDO, menina 2 anos. (Winnicott, 1931p/2000, pp. 60-61). *Da pediatria à psicanálise*.

A menina demonstrou medo de que Winnicott fosse cortar a garganta de seu irmãozinho, cujo apego à chupeta estava causando ulcerações na garganta. A ansiedade estava relacionada aos

sentimentos ambivalentes da menina em relação ao seu irmão. Estes compreendem o desejo de machucar por ciúme inconsciente e o medo de ser ferida da mesma maneira, manifestados na consciência pela ansiedade.

MEDO DA MÃE PRETA/MEDO DO BEBÊ-CAR/PESADELLOS/TIMIDEZ, Gabrielle, 2 anos e 4 meses. (Winnicott, 1977/1987). *The Piggie: relato do tratamento psicanalítico de uma menina.*

No caso Piggie, está-se diante do relato do tratamento psicanalítico de uma menina composto por 17 sessões. Sua primeira comunicação a ele: “eu sou tímida demais” (Winnicott, 1993a/1999, p. 25) anunciava suas perdas, principalmente no sentido do ambiente que a constrangeu ao recolhimento. À noite, sofria de terrores envolvendo fantasias persecutórias sobre uma mãe preta, o papai preto, um dito bebê-car e, ocasionalmente, a própria Piggie preta. Em sua história pessoal, após um bom período no qual tudo ia bem, quando tinha aproximadamente 1 ano, a mãe ficou grávida. O período de gestação, sem muitos pormenores, foi para a própria mãe um período difícil. Essa condição da mãe por si só aponta uma mudança na qualidade ambiental, situação recrudescida pelo nascimento da irmã. A partir desse momento, Piggie começou a sofrer de ansiedades, perdendo a espontaneidade no brincar, e começou a ter pesadelos. Entendeu-se que Piggie passou por uma desilusão materna, poderia ser dito uma deprivação menor, uma vez que a mãe boa continuou parcialmente presente ao tentar refazer a situação. A perda do ambiente e de cuidados ocorreu no momento da gestação e nascimento da irmã. Na fase inicial de dependência relativa, esta falha enfraqueceu o sentido de identidade recém-conquistado no EU integrado. As fantasias persecutórias da mãe preta apontam a disposição paranoide que se desenvolveu como provável forma para não atacar a mãe, considerando que não pôde ter forças para odiar e nem canalizar esse ódio para fora. A perda da vivacidade para brincar indica as reverberações dessa perda em termos instintuais. Da mesma forma, o nascimento da irmã a lançou precocemente sobre questões de ordem sexual, à complexidade edípiana, sem que fosse madura emocionalmente para enfrentar essas questões. A ambivalência e rivalidade para com a mãe não podiam ser toleradas, incrementando as ansiedades subjacentes aos terrores noturnos. Seus problemas pré-edípicos e edípicos nas relações com os pais redundaram em impossibilidade de vivenciar e assumir a sua própria agressividade. Essa agressividade se voltou contra si mesma. Ao longo do processo, acompanha-se o desenvolvimento de uma relação na qual o analista passa a ser usado como integrador dessa instintualidade que ficou

ameaçada. Através de brincadeiras e dramatizações, o ódio no *setting* terapêutico pôde ser experimentado e, por isso, integrado.

MEDOS/SUSTOS, Lily, 8 anos. (Winnicott, 1931g/2000, pp. 83-84). *Da pediatria à psicanálise*.

Nesse caso, Winnicott pretende ilustrar uma sequência que acredita incomum entre trauma, coreia, cardiopatia reumática e artrite. Para além dos processos fisiológicos descritos no caso, o ponto importante, que possivelmente deflagra toda a sintomatologia, refere-se a dois sustos que a menina levou na mesma semana. No primeiro, foi derrubada por uma bicicleta e, em outro momento, teve medo de ir para casa porque um homem e uma mulher a seguiam. Quase na mesma época, começaram os sintomas em ordem consecutiva de tremores, emagrecimento, palidez, dores nas mãos, e assim por diante.

MEDO DE ANIMAIS, Joan, 2 anos e 5 meses. (Winnicott, 1931p/2000, p. 58). *Da pediatria à psicanálise*.

Após nascimento do irmão aos 13 meses de idade, Joan ficou muito enciumada, apresentando sintomas de falta de apetite, emagrecimento, estado irritadiço, pesadelos e ataques de ansiedade nas eventuais ausências da mãe. Manifestava seu ciúme beliscando e mordendo o bebê, não deixando o irmão brincar com nada. Também tinha medo de animais. Esse caso ilustra o significado emocional para a criança da vinda de um novo bebê e a perspectiva de Winnicott sobre quando o “adoecer” da criança é mais normal do que seria se permanecesse impassível e bem diante desse evento impactante.

MEDO DE COMER, Mollie, 8 anos. (Winnicott, 1971d[1970]/2005, pp. 217-218). *Explorações psicanalíticas*.

Mollie havia sido adotada com 1 ano de idade já carregando consigo cicatrizes do início difícil, manifestos pelo constante estado irrequieto. No entanto, as dificuldades começaram a se acirrar após o nascimento de um irmão ao qual ela passou a perseguir. Através do jogo do rabisco, surgiram os medos a respeito de comer e ser comido, e as coisas boas que tem de ser estragadas se não se quer que sejam destruídas. Surgiram, também, através dos desenhos do corpo da mãe, suas dificuldades pela diferença da cor de sua pele escura em relação à cor branca da família. Entendeu-se que sua comunicação tentava explicar os efeitos que essa descoberta sobre a diferença de pele tinha sobre ela, sinalizando seu sentimento de que havia

sido privada de um aspecto essencial do desenvolvimento da personalidade e da autorrealização no período inicial.

MEDO CULPOSO, Claire Rayner, adulta, s/i. (Winnicott, 1993a/1999, pp. 109-119). *Conversando com os pais.*

Esse é o relato de uma conversa entre Winnicott e Claire, enfermeira, conhecida apresentadora de programa de rádio e televisão, e autora de vários livros sobre saúde e cuidados com a criança, no qual, após recente nascimento da filha, ela sentiu um medo culposo quando uma parente faz uma brincadeira ao telefone fingindo ser da Sociedade Nacional para a Prevenção da Crueldade contra Crianças. A conversa centrou-se sobre os sentimentos ambivalentes e temores que as mães sentem em relação aos filhos.

MEDO DE DEMÔNIO, Jason, 8 anos e 9 meses. (Winnicott, 1971m/1984, pp. 361-397). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil.*

Jason foi trazido por demonstrar sinais constantes de tensão emocional e pelas dificuldades escolares, mais criticamente as relacionadas à aritmética. Através do jogo de rabisco, resgatou-se material relacionado ao medo do demônio que o menino sentia originado de episódio de internação hospitalar, no qual sentiu medo das injeções e do médico, e estava sozinho no quarto. No entanto, em sua história pesaram em sua condição emocional ainda anteriormente algumas situações relacionadas ao fato de ser o primogênito e os pais estarem muito ansiosos com o comprometimento da relação da mãe com a amamentação e nascimento do irmão, quando tinha apenas 1 ano e 3 meses.

MEDO DE DESASTRES (MÃE), menino, 8 anos. (Winnicott, 1996p[1936]/2005, p. 90). *Pensando sobre crianças.*

Através desse caso, Winnicott pretendeu apontar o papel que uma criança desempenha numa dinâmica familiar em que há desconfiança parental. No caso, o menino volta de um período no qual ficou hospedado com uma pessoa reconhecidamente confiável, reclamando por ter passado por certos maus-tratos, descuidos, etc. A mãe prontamente acolheu as informações como verdadeiras, uma vez que estas vinham ao encontro de suas dificuldades intensas relacionadas a conteúdo persecutório e fatalista. No entanto, entendeu-se que os exageros relatados pelo menino relacionavam-se aos sentimentos de culpa por ter gostado muito do ambiente fora de casa, o que implicava em uma séria crítica a seu próprio lar.

MEDO DE DESINTEGRAÇÃO, mulher, s/i. (Winnicott, 1965vd[1963]/1983, pp. 212-214). *O ambiente e os processos de maturação.*

Esse caso foi utilizado como ilustração clínica por Winnicott a respeito das dificuldades e da técnica adequada no atendimento de personalidades *borderline*, cujos conteúdos relacionam-se ao medo da desintegração. No caso, após algum tempo em análise com Winnicott, a moça sofrendo de anorexia, começa a descobrir, através da relação transferencial com ele, seu sentimento de gula, incluso a comparação das sessões com refeição.

MEDO DE DESTRUIÇÃO DO CÉREBRO, mulher, 25 anos. (Winnicott, 1989vn[1944]/2005, pp. 394-397). *Explorações psicanalíticas.*

A paciente esquizofrênica havia perdido o pai antes de seu nascimento, tendo restado dele apenas sua produção intelectual com a qual, de alguma forma, ela passou a se relacionar, amar e idealizar, incorporando-o em seu próprio cérebro. Sua dificuldade em tolerar os sentimentos ambivalentes em relação a esse pai manifestou-se no medo de que as pessoas estivessem conspirando para lhe destruir o cérebro e, no outro polo, acabou fazendo com que desse seu consentimento para a terapia convulsiva. Nesse caso, Winnicott discute a validade e o significado do tratamento da doença mental através da indução de convulsões. O ponto principal para Winnicott é demonstrar que a terapia convulsiva, como toda terapia violenta, tende a ser sentida como um ataque a algo dentro de si que, no caso, se refere a acabar com esses sentimentos conflitantes de grande amor misturado com grande ódio.

MEDO DE DOENÇA VENÉREA, jovem mulher. (Winnicott, 1962a[1961]/2002, p. 167). *Privação e delinquência.*

Pensando sobre a doença venérea e suas implicações no cotidiano, Winnicott resgatou o caso de jovem mulher que usou o seu medo de doença venérea na adolescência para manter-se no “caminho certo”, ou seja, não se prostituir.

MEDO DE ENTRAR EM CARROS, Joan, 4 anos. (Winnicott, 1996l[1936]/2005, p. 82). *Pensando sobre crianças.*

Aos 4 anos, Joan lidava com sentimentos ambivalentes em relação ao pai, manifestados em seus sonhos com corridas de carro nos quais o pai morria. Por diversas vezes manifestou seus medos, tentando impedi-lo de entrar em carros. Em uma saída familiar, houve uma colisão na qual viu se pai morto estendido no chão. A coincidência nefasta entre fantasia e realidade

paralisou-a emocionalmente, implicando em sintomas intensos de perda da vivacidade e rigidez, uma vez que a criança sentiu-se responsável por essa morte.

MEDO DE ENVOLVIMENTO COM A MÃE, Jane, 17 anos. (Winnicott, 1964b/2005, pp. 250-259). *Explorações psicanalíticas*.

No quadro do histórico familiar de Jane, apareciam casos de doenças psiquiátricas, ela vivia com a mãe deprimida e separada do pai, sendo o pai ausente, por sua vez descrito como instável emocionalmente e carente. Conduzida à terapia por ter se afastado de todos os relacionamentos familiares, foi apresentada como uma menina sempre problemática e retraída. Nas duas entrevistas de consulta terapêutica descritas, resgatou em sua história a diferença de apenas 14 meses da irmã com quem sempre competia e era comparada numa configuração de duas personalidades como de lados opostos da mesma moeda. Entendeu-se que seu medo de envolvimento com a mãe estava associado aos perigos de fusão e os sentimentos de ódio vivenciados com a irmã. Isso significaria a reedição do que descrevia haver duas dela própria, ou seja, de uma condição cindida antes da aquisição de uma identidade unitária.

MEDO DE IR PARA CAMA, Kathleen, 5 anos. (Winnicott, 1955b/2000, pp. 187-196). *Da pediatria à psicanálise*.

Nesse caso, há o relato do processo de tratamento de caso psiquiátrico ocorrido em casa através dos cuidados familiares com o suporte de Winnicott. A menina, trazida aos 6 anos de idade, apresentava sintomas psicóticos diante da proximidade do casamento de sua tia de quem muito gostava. Em sua história pessoal, havia indícios anteriores de que, já na primeira infância, demonstrava precisar de um cuidado mais estrito às suas necessidades e que era do tipo sensível. O desenvolvimento do sintoma aparentemente neurótico de medo de ir dormir ocorreu quando, diante dos conflitos deflagrados pelo casamento, sua irmã de 11 anos lhe contou uma história de terror na qual um homem sangra. Entende-se que possíveis dificuldades em sua identificação com o lado masculino (homossexual) impediam-na de elaborar o relacionamento com o futuro tio, conflito este que a história de terror potencializou. Como recurso, a menina desenvolveu uma defesa patológica de cuidar de si mesma dentro de si mesma, aspecto manifesto em sua disposição paranoide. Cuidada em casa e de forma bastante isolada, ou seja, sem interferência de assistência social, conforme manejo de Winnicott, após 15 meses a criança retomou seu desenvolvimento.

MEDO DE IR PARA O COLO DO PAI, Veronica, 1 ano e 5 meses. (Winnicott, 1931p/2000, pp. 62-63. *Da pediatria à psicanálise*).

Verônica passou a ter sintomas manifestando ansiedade e medo após o episódio de separação de sua mãe, quando esta precisou ser internada ficando ausente durante um mês. Durante a separação, foi cuidada por uma mulher de confiança que gostava da criança, mas possivelmente tratou da criança com certa crueldade. À medida que o tempo passava, a criança ficava cada vez mais nervosa, notando-se o medo de ir para os braços do pai. Mesmo algum tempo após o retorno da mãe, ainda persistiram sintomas relacionados à falta de apetite, dificuldades excretórias, enurese, micção ansiosa, prejuízos no sono, entre outros que explicitam o trauma emocional causado pela transformação ambiental.

MEDO DE MÉDICOS, Gertie, 17 anos. (Winnicott, 1942a/2000, pp. 143-144). *Da pediatria à psicanálise*.

Apesar de Gertie não possuir nenhum dano no tecido cerebral, desde os 5 anos, após episódio em que fez a cabeça do irmão sangrar, passou a apresentar dificuldades na escola. Conduzida ao atendimento por conta de suas dificuldades de relacionamento, aprendizagem e fala, Gertie explicitou seu medo de médicos, uma vez que já havia sido examinada por muitos e passado por muitos tratamentos sem sucesso. Em sua história pesam as preocupações hipocondríacas da mãe, presentes desde a gravidez, fator que importou no acolhimento e legitimação de Winnicott em confirmar, perante a mãe, que esta faria bem em não procurar mais nenhum médico. Após esse atendimento, Gertie arranhou amigos, emprego e sentiu-se mais confiante.

MEDO DE MORRER, adolescente, 14 anos. (Winnicott, 1989ve[1968]/2005, pp. 283-286). *Explorações psicanalíticas*.

Desde os 11 anos de idade, por ocasião de sua menstruação, esta adolescente tornou-se desajeitada, canhestra, de caminhar bamboleante, notando-se um forte repúdio do papel feminino. Desenvolveu também interesse por meninos e uma identificação com a mãe, que cuidava da casa. Pouco mais tarde, tornou-se pesada e desenvolveu um sintoma fisiológico de leucorreia, corrimento vaginal intenso e recorrente. Esse sintoma, somado a alguns sinais de ansiedade, foram considerados normais, correspondentes à fase do desenvolvimento e Winnicott legitimou o diagnóstico de saúde perante os pais, situação que trouxe melhoras à paciente. No entanto, aos 18 anos, voltou novamente a ser atendida por ele, desta vez com queixas de ordem psiquiátrica, incluindo os medos de morrer, sentir os batimentos cardíacos, medo de câncer e de apendicite etc. Os conflitos sobre papéis sexuais estavam sendo

resolvidos através de uma procura criteriosa de um homem a quem pudesse entregar seu *self* masculino bastante desenvolvido. Considerou-se que ela estava buscando suas próprias soluções, havendo recursos, mesmo que os conteúdos de suas fantasias estivessem ligados fortemente a símbolos de apetite voraz como quando era menor. Dezesesseis anos mais tarde, Winnicott atendeu uma de suas filhas que, aos 8 anos de idade, como reação ao elemento masculino da mãe, apresentou conflitos com referência aos papéis sexuais.

MEDO DE MORRER, menino, 10 anos. (Winnicott, 1986e[1964]/2005, pp. 55-56). *Tudo começa em casa.*

Nesse caso, o menino enfrentava um distúrbio de sono com perda de sono ou pesadelos provocados por preocupações de que ele e o seu pai iriam morrer. Tal sintoma instalou-se após período em que superou as dificuldades escolares e começou a despontar como um excelente aluno, sendo elogiado por todos. Entendeu-se que o conflito emocional estava centrado em que, se, por um lado, era capaz de empregar o recurso de *falso self* e agradar a todos, por outro, sentia-se péssimo, pois se via ameaçado como se fosse transformado numa mulher ou no parceiro passivo de um ataque.

MEDO DE PERDA DE IDENTIDADE, mulher, meia idade. (Winnicott, 1971a/1975, pp. 45-58). *O brincar e a realidade.*

Winnicott utilizou esse caso como ilustração clínica de dissociação primitiva, enfatizando no artigo as diferenças sutis existentes entre fantasiar, sonhar e viver. No caso, a mulher, caçula de uma família numerosa, descobriu-se, desde o início, num mundo já organizado antes que chegasse ao convívio com as demais crianças. Diante dessa situação e através de sua inteligência, adaptou-se, mas se defendendo através da atividade fantasiante em detrimento de poder experimentar e ser ativa dentro da realidade. Apesar de suas conquistas ao longo da vida, estas não eram por ela reconhecidas como significativas. Nas sessões, descrevia suas inúmeras atividades detalhadamente, mas apresentava medo de perfis de identidade. Esses medos foram entendidos como sinais de que se sentia constantemente sob o risco de que se deixara modelar, apontando o significado ameaçador de que fazer progressos poderia ser para o bem do analista no que ele entendia como satisfatório. A chave de superação traumática centrava-se na possibilidade de ela sentir-se amorfa como condição basal para descobrir o mundo a partir de si mesma, portanto, antes de qualquer modelação em formas concebidas por outras pessoas.

MEDO DE PERNILONGOS E ARANHAS, Charles, 9 anos. (Winnicott, 1971e/1984, pp. 140-158). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*.

O garoto se queixava de dores de cabeça e de “pensamentos” numa configuração que sentia que um pedaço de seu cérebro dominava o outro. Através do jogo do rabisco, surgiram os medos de aranhas, pernilongos, uma mulher, bruxa, que foram relacionados aos sentimentos ambivalentes em relação à mãe e ao sentimento de carência em relação ao pai.

MEDO DE SANGUE, menino, s/i. (Winnicott, 1931g/2000, p. 71). *Da pediatria à psicanálise*.

Descartada a hipótese de ordem física, entende-se que o desmaio está relacionado à palavra sangue lida em classe, uma vez que esta tem significado e acarreta extrema ansiedade no menino.

MEDO DE SEPARAÇÃO, Tony, 7 anos. (Winnicott, 1961a/2005, p. 110). *A família e o desenvolvimento individual*.

Aos 7 anos, Tony estava tendo atos delinquentes como explicitação de seu medo de perder a mãe. Em sua história, resgataram-se separações anteriores, sendo a ocorrida quando tinha 2 anos de idade, por conta da depressão materna, a mais traumática por impedir, durante longo tempo, a relação entre os dois. Qualquer volta da depressão materna implicava um retorno de Tony à sua obsessão com barbantes, entendido como último recurso de ordem subjetiva/objetiva que podia juntar os objetos que pareciam estar separados.

MEDO DE SER ESVAZIADO/MEDO DE ALGO, David, 8 anos. (Winnicott, 1958k/2000, pp. 210-213). *Da pediatria à psicanálise*.

Apresentando comportamentos obsessivos relativos a sexo e a banheiro, e comportamento delinquente, David era filho de um pai talentoso, porém deprimido, e uma mãe neurótica e preocupada. Nos atendimentos, demonstrava preocupação recorrente com o esgotamento do analista, uma vez que precisava e pedia que o mantivessem ocupado como mecanismo de controle. A negação do próprio cansaço, da ansiedade e dos sentimentos de culpa associa-se à negação da realidade interna. Esse controle onipotente explicita os perigos que os objetos maus representam para o ego, instaurando o medo de ser esvaziado e exaurido por esses pais internos, que sistematicamente exauriam um ao outro.

MEDO DE SER LÉSBICA, Hesta, 16 anos. (Winnicott, 1971j/1984, pp. 188-205). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*.

Hesta apresentava sintomas entre os quais: não conseguia dormir, era hipersensível ao que os outros pensavam a seu respeito, carregava um sentimento de inadaptação na escola e na vida pessoal, e tinha medo de ser lésbica. Através do jogo de rabisco, surgiram elementos relacionados à dualidade maníaco-depressiva. Como resultado dessa entrevista, Herta apropriou-se de que estava doente e, a partir daí, aceitou ajuda, sendo tratada em casa através do acolhimento familiar com poucas intervenções de Winnicott.

MEDO DE SER PERSEGUIDO POR UM HOMEM/MEDOS ESPECIAIS, adulto, s/i. (Winnicott, 1955e[1954]/2000, pp. 347-353). *Da pediatria à psicanálise*.

Esse é o relato de uma série de seis episódios da análise de um paciente psicótico, cujo material embasa o entendimento de Winnicott a respeito das diferenças entre retraimento e regressão no tratamento psicanalítico. Descrito no episódio 3, o medo de ser perseguido por um homem era um medo infantil, resgatado na análise no momento em que o material trazido pelo paciente era de natureza anal, remetido ao aspecto homossexual da transferência que muito o assustava. Os acontecimentos ligados a essa sessão explicitam a relação entre o divã como “colo” do analista, ou seja, o meio fornecido que o sustenta em seus episódios de regressão. No episódio 5, os medos especiais relacionam-se ao material trazido após um período de férias do tratamento. O medo era o de descobrir que havia beijado alguém de repente, seja quem quer que fosse, homem ou mulher. Esse material foi associado às suas dificuldades em fazer um comentário original ou ter qualquer gesto espontâneo.

MEDO DE SER TRANCAFIADO, Edward, 11 anos. (Winnicott, 1934c/2005, pp. 159-160). *Pensando sobre crianças*.

Mais velho entre três filhos, Edward sofria de ataques convulsivos sem causas orgânicas identificadas e comportamento tido como antissocial. Em suas fantasias, expressa o medo de ser trancafiado e o merecimento de castigo por crueldade com os animais. Esse medo entende-se associado com dificuldades no lidar com sentimentos ambivalentes em relação aos irmãos menores misturados na ideia dos animais, considerando também a figura de seu pai, que era policial.

MEDO DE SI MESMA, menina, s/i. (Winnicott, 1996d[1966]/2005, pp. 169-170). *Pensando sobre crianças*.

Confrontando o diagnóstico de doença cardíaca e reumática que mantinha a menina na cama, Winnicott entendeu que ela sofria com as dores e por ideias persecutórias, no entanto, exagerava suas dores numa demanda de atenção, repetindo a condição semelhante da mãe. No hospital, entretinha e encantava a todos com seus talentos artísticos herdados da mãe atriz. Em contrapartida, em outros momentos, encontrava-se deprimida, cheia de medos em relação a si mesma ou não conseguia dormir em razão de sonhos de ansiedade. O diagnóstico fisiológico afastado implicou no pleno retorno às suas atividades, condição na qual se sentia melhor.

MEDO DE SUICÍDIO, Charlotte, 30 anos. (Winnicott, 1958k/2000, pp. 213-214). *Da pediatria à psicanálise*.

Paciente depressiva, Charlotte tinha medo do suicídio, mas, apesar disso, era capaz de ter satisfação com seu trabalho e atividades ao ar livre. Entendeu-se que seu sonho recorrente sobre um trem que nunca parte associava-se ao controle onipotente sobre os pais internalizados, pais que eram mantidos em animação suspensa. No processo terapêutico, essa defesa fica enfraquecida, implicando novos rearranjos emocionais relativos à admissão do amor pelo objeto e a dependência, uma vez que, em seus sonhos, os trens começaram a partir.

MEDO DE SUICÍDIO/MEDO DE ADOECER, Mathilda, 39 anos. (Winnicott, 1958k/2000, pp. 214-216). *Da pediatria à psicanálise*.

Mathilda, clinicamente obsessiva grave, adoecera já na infância quando, desde os 4 anos, não conseguia ficar na escola e sofria de medo de adoecer. Na análise, demonstrou-se depressiva, com medo de suicídio. O material trazido ilustra o sentimento de irrealidade que acompanha a negação da realidade interna. Seus esforços em fazer rir nas sessões apontam a armadilha engendrada pela defesa maníaca que, para o analista, são desvios em compreender o material importante: o sentimento de morte, de não existir e de não ser real.

MEDO DE TER O IMPULSO DE COMER A FILHA (MÃE)/MEDO DA LOUCURA DA FILHA (PAIS ADOTIVOS), Ester, s/i. (Winnicott, 1961a/2005, pp. 102-106). *A família e o desenvolvimento individual*.

Em sua história, Ester foi criada e amamentada até os 5 meses pela própria mãe biológica que, mesmo psicótica, conseguiu conduzir os cuidados nesse período. No entanto, foi com essa idade que foi atirada por ela num canal movimentado e resgatada por um policial. Entendeu-se que essa iniciativa da mãe estava relacionada com suas dificuldades de ter recursos para a próxima fase da criança, na qual a separação do estado fusionado do par mãe-

bebê estava em pauta. Podia atirá-la no canal, mas não se separar dela. Seu psiquismo era palco de inúmeros conflitos inconscientes, entre os quais o medo de ter o impulso de comer a filha no momento da separação. No berçário, dos 5 meses aos 2 anos e meio, era considerada difícil, condição que subsidia o entendimento que seu comportamento era reivindicativo, portanto, apontava a conservação na lembrança dos bons tempos iniciais, bem como da esperança. O comportamento com a mãe adotiva significava o começo do uso desta para realizar coisas que nunca havia tido oportunidade de fazer, tais como morder, repudiar, furtar, empurrar, odiar etc. No entanto, para além das marcas de seu começo confuso, Ester carregava o estigma do medo de seus pais adotivos de que repetisse a doença psicótica da mãe.

MEDO DA VIOLÊNCIA EM SI PRÓPRIO, Peter, 13 anos. (Winnicott, 1971p/1984, pp. 311-330). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*.

Conduzido por atos antissociais ocorridos no internato, Peter resgatou de sua história dois momentos em que havia feito estragos no ambiente familiar e que tinha medo da violência em si mesmo. Desde a infância, foi considerado não tendo uma saúde boa e de comportamento difícil, marcadamente identificado a partir dos 3 anos, ocasião do nascimento de seu irmão menor, quando perdeu o senso de pertencer a família. Na época, suas atitudes giravam em torno de chamar a atenção e de pequenos atos de delitos. Soma-se a essa condição a privação do pai durante os 3 primeiros anos devido à guerra. A intervenção de Winnicott foi definitiva na legitimação de que o menino estava doente e de que tanto precisava de tempo como de cuidado familiar e doméstico para recuperar-se.

MEDO DE VOMITAR/ MEDO DO ÓDIO, menina, s/i. (Winnicott, 1996p[1936]/2005, p. 93). *Pensando sobre crianças*.

Em sua história, entre os 6 e os 10 anos de idade, a menina ficava sentada horas no vaso sanitário numa tentativa de colocar para fora todas as partículas de fezes. Entende-se que assim tentava, de forma concreta, eliminar as fantasias inconscientes de ódio, uma vez que, para ela, tudo que havia dentro de si era ruim. Sua infância foi dominada por sentimentos de culpa e por medo de vomitar, relacionados às dificuldades no lidar com seus sentimentos de ódio.

MEDO E DESCONFIANÇA DA BONDADE DA MÃE, garoto, idade escolar. (Winnicott, 1938a/2005, pp. 107-108). *Pensando sobre crianças*.

Após início normal e feliz no período escolar, o garoto desenvolveu comportamento estranho em casa, tornando-se terrível, desconfiado, facilmente aborrecido e com apetite caprichoso. Entende-se que esse comportamento guarda relação com o fato de o garoto sentir inconscientemente que a mãe sabe que ele está gostando de ficar longe dela e que isso a magoa. Portanto, passa a ter medo e a desconfiar das atitudes bondosas da mãe para com ele.

MEDOS IRRACIONAIS, Rosamund, 20 meses. (Winnicott, 1969f[1968]/2005, pp. 230-234).

Pensando sobre crianças.

Os medos irracionais de Rosamund estão associados ao treinamento do penico. Em sua história pessoal, passou por um período relativamente curto de 3 meses sendo cuidada por uma jovem *au pair* gravemente comprometida emocionalmente, obcecada em que havia algo de errado com as defecações da criança. A menina passou a desenvolver uma fobia a toda e qualquer versão deslocada de incontinência concomitante a ataques de pânico. Em agravo de sua confusão a respeito dos processos excretórios, associam-se suas dificuldades diante da circunstância paralela de gravidez e nascimento do irmão.

INIBIÇÃO, garota, 4 anos. (Winnicott, 1996l[1936]/2005, p. 83). *Pensando sobre crianças.*

Na internação por suspeita de tuberculose pulmonar, a garota apresentou-se de forma muito séria e sem alegria de viver. Resgatou-se em sua história internamento anterior, aos 2 anos, por difteria, ocasião em que foi levada pela ambulância ainda dormindo e não pôde ver a mãe nos três meses de hospitalização. Após esse evento, a menina passou a ser desconfiada, taciturna, embotada e inibida.

NERVOSISMO, menina, 11 anos. (Winnicott, 1996p[1936]/2005, p. 98). *Pensando sobre crianças.*

Apesar de uma aparente normalidade, a menina não conseguia estabelecer amizades na escola e ninguém conseguia se aproximar dela. Suas fantasias inconscientes continham perseguidores excepcionalmente fortes, de modo que só através de esforços constantes conseguia evitar os delírios persecutórios, condição que drenava sua energia. Não conseguia utilizar os sentimentos de suas fantasias para brincar ou buscar aprendizagem, chegando a desconfiar mesmo daqueles que demonstravam ser gentis com ela, acreditando ser uma cilada. Ao longo do tratamento analítico, durante o qual suas ideias persecutórias foram sendo analisadas, estas se tornaram menos terroríficas e a menina retomou o desenvolvimento.

PÂNICO/MEDOS (MÃE), Bob, 6 anos. (Winnicott, 1965i/1984, pp. 75-99). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil.*

Sob o diagnóstico de deficiência mental relativa, Bob era filho de mãe que sofria de pânico e depressão desde os seus 14 meses de idade, ocasião em que a mãe teve seu irmão. Também seu pai sofria com fases depressivas. Bob demonstrou, através do jogo de rabisco, a insegurança ambiental sentida ainda na fase de sua dependência inicial dos cuidados maternos, subsidiando o entendimento de que seus problemas não eram de ordem mental, mas de uma condição esquizofrênica que, como recurso defensivo, implicava em dificuldades no aprendizado. Após consulta, Bob passou a recuperar-se gradativamente e a retomar o desenvolvimento.

PÂNICO/MEDOS/TEMORES, Patrick, s/i. (Winnicott, 1965f/2005, pp. 260-281). *Explorações psicanalíticas.*

Patrick sofreu a perda do pai, por afogamento, na data de seu aniversário de 11 anos, quando velejavam juntos. A mãe e seu irmão estavam ainda muito perturbados com a perda, mas o rapaz demonstrava-se alheio ao ocorrido, muito embora era descrito como “emocional” e tivesse apresentando dificuldades na escola interna. Através do jogo de rabisco, surgiu conteúdo sobre seu medo associado com alucinações visuais e auditivas que precediam a tragédia, configurando um sistema fóbico cuja qualidade relaciona-se a uma idade emocional de 4 anos. O conteúdo era referente a fantasmas de um homem vingativo a retornar. Resgates de sua história pessoal falavam de um acontecimento, quando tinha 1 ano e meio, em que sua mãe se ausentara para fazer uma operação por seis semanas e ele ficou sendo cuidado por amigos. Na ocasião, ele se tornou superexcitável, manifestamente um sintoma de defesa maníaca que se tornou depressão quando a mãe retornou. Quando a viu, imediatamente cessaram suas excitações e adormeceu em seu colo por 24 horas seguidas. No entanto, disse nunca mais ter voltado a se sentir seguro em sua vida, tornando-se apegado a ela, o que significava mantê-la afastada do pai e, por tabela, prejudicou seu relacionamento com este. Considerado muito enfermo por Winnicott, foi retirado da escola, passando um tempo em casa sendo cuidado pela mãe, o que o permitiu entrar em colapso e regredir até conseguir vivenciar o afeto do trauma anterior bem como do episódio último. Após experienciar esses sentimentos gradativamente, retomou seu desenvolvimento.

PÂNICO/TERROR, menino, 10 anos. (Winnicott, 1942a/2000, pp. 144-145). *Da pediatria à psicanálise.*

Desde o nascimento, conturbado pelo parto adiado por um mês do qual saiu azul e com cortes por ser muito grande, esse menino foi considerado problemático. O equivocado diagnóstico de deficiência mental associou-se às suas intensas dificuldades emocionais, manifestas pelos ataques de pânico sem causa aparente, momentos de mau comportamento e ideias insanas que prejudicavam seus relacionamentos.

PARANOIA, menino, s/i. (Winnicott, 1989vk[1965]/2005, p. 97). *Explorações psicanalíticas*. O menino foi trazido ao hospital porque estava começando a ser intimidado pelos outros. Identificou-se que, de forma gradativa, havia se tornado uma pessoa que provocava perseguição e castigo, no entanto, seus sintomas de paranoia estavam sendo causados por um cisto de cela túrcica que dava origem à pressão intracraniana. Removido o cisto, retomou seu desenvolvimento.

PARANOIA/MEDOS VAGOS/MEDO DE ÔNIBUS, Margaret, 10 anos. (Winnicott, 1954d/2005, pp. 120-123). *Pensando sobre crianças*.

Segunda criança a ser adotada por uma família, Margaret já era uma criança perturbada por ocasião da adoção, aos 11 meses de idade, em função das dificuldades no período inicial como ter passado fome e sofrido de pneumonia. Era muito sensível ao barulho, tímida e delicada, não engatinhava e sempre esteve atrasada em relação ao correspondente em idade do desenvolvimento físico emocional. Os pais adotivos dedicaram-se de forma cuidadosa e regular às várias dificuldades apresentadas pela criança enquanto crescia: estrabismo, furtos, queixas sobre os outros, desconfiança da comida, medos de ônibus, medo de ficar trancada em qualquer lugar, gastos excessivos etc. No entanto, entendeu-se que a diversidade desses sintomas comunicaram aspectos da confiança/desconfiança do amor assim como a disposição paranoide característica apontava uma relativa força de ego, uma vez que os objetos sentidos como maus eram colocados fora, no mundo, e os bons agrupados internamente.

PAVOR/MEDO VAGO, Tom, 5 anos e 10 meses. (Winnicott, 1996m/2005, pp. 109-112). *Pensando sobre crianças*.

Tom começou a apresentar características regressivas e dificuldades para dormir por causa de medos vagos inomináveis após um acidente nas férias, quando teve de ser transportado por helicóptero-ambulância para outra cidade. Todo o período de recuperação no hospital foi passado sozinho, distante da família. Além disso, Tom ficou muito perturbado pela

deprivação de seu objeto de lã sem o qual não conseguia dormir, que a mãe enviou ao hospital, mas que, infelizmente, foi perdido.

PERSEGUIÇÃO, menina, s/i. (Winnicott, 1989vk[1965]/2005, pp. 98-99). *Explorações psicanalíticas*.

A menina trouxe para a análise o fato de que a professora estava lhe dando excessivo trabalho para casa e exigindo muito dela. Esse material foi acompanhado por fortes dores de cabeça, gritos e muita agonia. Winnicott entendeu que o exercício compreendia a busca de reexperienciar a loucura mais original possível e que, portanto, qualquer interpretação, por mais correta que fosse, iria atrapalhar essa possibilidade ou constituir-se em perseguição.

PESADELOS, menina, 8 anos. (Winnicott, 1938a/2005, p. 109). *Explorações psicanalíticas*.

A menina resgatou, através de um pesadelo, o episódio em sua história quando, aos 3 anos, foi rejeitada pela mãe, com transtorno puerperal diante do nascimento de outra filha, ao ponto de temporariamente odiar as duas. Através de dois desenhos, ilustrou seus sentimentos e dificuldades. Na primeira figura, contou sobre o pesadelo em que mostrou como lidou com a situação levando consigo latas de comida de bebê, identificando-se com o cuidado com o bebê e apontando sua esperança. O segundo, no entanto, ilustrou sua carência e desespero diante da repulsa da mãe perante a qual se sentiu despreparada.

PESADELOS, adolescente, 14 anos. (Winnicott, 1964e[1963]/2005, p. 63). *Tudo começa em casa*.

A garota foi trazida à consulta por apresentar um quadro de depressão séria, aportando dificuldades em seu desempenho escolar. Na entrevista, resgatou o pesadelo no qual sua mãe morre atropelada por um carro, cujo chofer usava o mesmo boné que o seu pai. Associaram-se suas dificuldades à ambivalência de seus sentimentos conflituosos direcionados aos pais diante das tensões sexuais.

PESADELOS, srta. H., 50 anos. (Winnicott, 1958f/2000, pp. 259-260). *Da pediatria à psicanálise*.

Essa paciente, enfermeira, sofria de grave neurose, incluindo intenso sintoma de constipação. Na análise, dormia nas sessões, acordando em meio a pesadelos cujos conteúdos e palavras ditas, em meio dos ataques, eram retomados por Winnicott, ajudando-a, assim, a recordar de incidentes traumáticos desde a infância.

PESADELLOS, menino, 12 anos. (Winnicott, 1963b[1962]/1983, p. 75). *O ambiente e os processos de maturação*.

O menino apresentava um quadro de depressão concomitante a momentos de alucinação. Em um de seus pesadelos, via uma enorme figura masculina com chifres ameaçando um minúsculo ser, um “*self-formiga*”. Resgatados seus ódios ao irmão menor em sua primeira infância, o menino, outrora indefinido em relação ao que queria ser quando crescer, conquistou a possibilidade de se imaginar contribuindo. No final da entrevista, afirmou sua vontade de ser cientista.

PESADELLOS/FOBIA DE MÉDICOS, Cecil, 21 meses. (Winnicott, 1963f/1984, pp. 253-285). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*.

Aos 13 meses, quando a mãe ficou grávida de seu irmão, Cecil começou a regredir, voltando a ter falta de sono, particularmente sintoma já vivenciado no início, como também perdeu a confiança na mãe, interesse em brincar e regrediu no controle urinário anteriormente conquistado. Após o nascimento, esses sintomas recrudesceram, acrescidos de ataques de choro nos quais esperneava e se debatia pelo menos por duas vezes ao dia, resistindo para ir dormir. Através do relato dos pais e da entrevista com Cecil, Winnicott entendeu que tanto os pais como Cecil tinham capacidade de superar essas dificuldades e acompanhou o progresso da criança dando orientações aos pais. Aos 8 anos, Cecil começou a roubar e Winnicott foi procurado novamente. Através do jogo do rabisco, entendeu-se que o sintoma retornava associado à deprivação pela reação patológica da mãe à gravidez do irmão e o sentimento de usurpação que este havia provocado. Essas questões foram trabalhadas num nível profundo, havendo a superação dos sintomas de roubo.

TERROR, Eddie, 21 meses. (Winnicott, 1949a/2002, pp. 15-18). *Privação e delinquência*.

Eddie foi trazido por sentir-se aterrorizado à noite e ter dificuldades em dormir, conseguindo fazê-lo somente ao lado da mãe, mas quando acordava, se esta não estivesse ao seu lado, ele novamente recomeçava a gritar desesperadamente. Em sua história, quando Eddie tinha 18 meses, estourou a guerra e a família acabou se separando, ele e a mãe foram para um lado, para a casa da avó, enquanto o pai ficou na casa cuidando dos negócios. Após um período de dez dias de adaptação, a mãe, acreditando poder deixá-lo assegurado, ausentou-se por um mês para ficar ao lado do marido. Em seu retorno, a criança não a reconheceu, levando um tempo longo em seu colo para novamente entrar em contato. Mesmo assim, nunca mais foi a mesma

criança, mesmo quando a família voltou a se unir sob o mesmo teto. Entendeu-se que as dificuldades de Eddie relacionavam-se com o ódio da mãe, sentido na separação, não sendo possível para ele restabelecer confiança em seus cuidados e amor, uma vez que acreditava que ela soubesse desse ódio.

TERROR, garoto, 2 anos e meio. (Winnicott, 1965k[1950]/2002, p. 199). *Privação e delinquência*.

Nesse caso, o garoto só se sentia feliz ao receber atenção especial dos pais, sendo incapaz de deixar a mãe e brincar sozinho, e, também, sentindo terror com a aproximação de estranhos. Muito embora sua adoção tenha ocorrido quando tinha apenas cinco semanas, a criança já estava doente, muito provavelmente por uma história bastante nebulosa referente a seu início na instituição.

TERROR, menino, 2 anos e meio. (Winnicott, 1965k[1950]/2005, p. 197). *A família e o desenvolvimento individual*.

Mesmo caso do acima descrito.

TERROR, Lilian, 2 anos e meio. (Winnicott, 1931p/2000, pp. 61-62). *Da pediatria à psicanálise*.

Após desenvolvimento normal e sem qualquer mudança perceptível no ambiente, Lilian subitamente acordou aterrorizada, gritando, e desde então se apresentava sempre assustada não saindo de perto da mãe. Outros sintomas estavam associados: oscilação no apetite, falta de interesse nos brinquedos e cansaço. Esse caso ilustra a emergência da ansiedade sem qualquer causa aparente.

TERROR/MEDO/FOBIA, Alan, 5 anos. (Winnicott, 1996l[1936]/2005, p. 84). *Pensando sobre crianças*.

Trazido por causa de nervosismo, Alan começou a ter dificuldades a partir dos 2 anos e meio, quando ficou aterrorizado por causa de um temporal. Desde então, diversos sintomas começaram a surgir diante de qualquer tensão exterior, entre eles, gagueira, piscar incessante, medos, dificuldades de dormir, suor, entre outros.

TERRORES NOTURNOS, Peggy, 10 anos. (Winnicott, 1931p/2000, pp. 64-65). *Da pediatria à psicanálise*.

Após uma menina ter lhe dito que não era filha de seus pais, Peggy, que era uma menina muito inteligente e esperta, sofreu uma mudança radical em seu comportamento com comprometimentos em sua memória, perda da capacidade e interesse em fazer teatro, ansiedade manifestada no roer unhas e no ter terrores noturnos, dos quais acordava gritando. Abandonada pela mãe ainda bebê, foi cuidada pela tia por dois anos, passou dois anos em orfanato até que a mesma tia formalizou a adoção, da qual ela permaneceu desinformada chamando ao casal de pai e mãe. Durante sua infância, súbitos aparecimentos da mãe ocorreram randomicamente, causando tensões, mas todo esse material foi mantido longe de sua consciência até esse dia. Em detrimento do impacto das complicações familiares, identificou-se que sua ansiedade referia-se ao tabu da sexualidade. No processo terapêutico, à medida que foi, diante da atitude não ansiosa do analista, descobrindo e aceitando as verdades dos fatos sobre esse tema, seus sintomas foram desaparecendo e retomou sua vida normal.

TERRORES NOTURNOS/MEDO DE FICAR SOZINHA/FOBIAS, Rosina, 13 anos. (Winnicott, 1931p/2000, pp. 65-68). *Da pediatria à psicanálise*.

O caso ilustra a associação entre sintomas físicos e sinais de ansiedade. Filha de mãe saudável, mas pai bastante comprometido por ansiedade histérica, Rosina nasceu prematura após 3 dias de trabalho de parto, cujo início se deu sob o bombardeio de Londres em 1917. Desde o início muito nervosa, ela passou a infância tendo colapsos nervosos além de muitos sintomas variados, alguns psicológicos e outros que simulavam doenças físicas, apesar de nunca ter desenvolvido uma propriamente dita. Qualquer barulho a aterrorizava, não podia ficar sozinha e tinha fobia de ônibus, trens e bondes, e ansiedade diante de insetos. Apesar desse quadro, que explicita o quanto sua energia psíquica cada vez mais estava comprometida pelos intensos conflitos internos, Rosina resguardava possibilidades intelectuais criativas, nutrindo ambições e tentando ser normal.

TIMIDEZ/MEDO DA PERDA DE CONTATO, menino, 7 anos. (Winnicott, 1960b/1983, pp. 140-142). *O ambiente e os processos de maturação*.

O caso do menino foi encaminhado pelo médico da família por causa de uma série de sintomas que indicavam um distúrbio de caráter. Seu comportamento difícil e sua condição emocional estavam relacionados a três momentos em sua história pessoal, nos quais sofreu uma grande separação da mãe. A primeira separação ocorreu quando tinha 3 anos e 3 meses, quando nasceu sua irmã. Posteriormente outra separação ocorreu quando, aos 3 anos e 11 meses, a mãe foi operada. Novamente se separa da mãe aos 4 anos e 9 meses por dois meses,

quando a mãe foi internada em hospital psiquiátrico por depressão e foi cuidado pela tia. No jogo do rabisco, emergiu o conteúdo de sua obsessão por tudo que se relacionasse com cordão, o que, em seu cotidiano, se traduzia em unir móveis, cadeiras, mesas e outros objetos. Entendeu-se que essa compulsão com cordões possuía duplo significado; de comunicação simbólica com a mãe e negação dessas separações, ambos vinculados aos seus medos de perda de contato pelos afastamentos ocorridos.

TIMIDEZ, menina, 10 anos. (Winnicott, 1938b/1982, pp. 240-241). *A criança e seu mundo*. Mesmo caso descrito anteriormente em NERVOSISMO.

Referências

APA (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mentais DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1971; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1971a)

Winnicott, D. W. (1982). O bebê como organização em marcha. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo* (6ª ed., pp. 26-30). Rio de Janeiro: LTC Editora (Trabalho original publicado em 1949; respeitando-se a classificação Huljmand temos 1949b)

Winnicott, D. W. (1982). *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: LTC Editora (Trabalho original publicado em 1964; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1964a)

Winnicott, D. W. (1982). Introdução. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo* (6ª ed., pp. 09-12). Rio de Janeiro: LTC Editora. (Trabalho original publicado em 1964; respeitando-se a classificação Huljmand temos 1964g)

Winnicott, D. W. (1982). Por que choram os bebês. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo* (6ª ed., pp. 64-75). Rio de Janeiro: LTC Editora. (Trabalho original publicado em 1945[1944]; respeitando-se a classificação Huljmand temos 1945j[1944])

Winnicott, D. W. (1982). Timidez e perturbações nervosas nas crianças. In D. Winnicott (1982/1964a), *A criança em seu mundo* (6ª ed., pp. 238-242). Rio de Janeiro: LTC Editora (Trabalho original publicado em 1938; respeitando-se a classificação Huljmand temos 1938b)

Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed (Trabalho original publicado em 1964; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1965b)

Winnicott, D. W. (1983). Atendimento hospitalar como complemento de psicoterapia intensiva na adolescência. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação* (1ª ed., pp. 218-224). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1965[1963]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1965u[1963])

Winnicott, D. W. (1983). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação* (1ª ed., pp. 163-174). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1965[1963]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1965j[1963])

Winnicott, D. W. (1983). Cordão: uma técnica de comunicação. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação* (1ª ed., pp. 140-151). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1960; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1960b)

Winnicott, D. W. (1983). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação* (1ª ed., pp. 114-127). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1965; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1965h)

Winnicott, D. W. (1983). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação* (1ª ed., pp. 70-78). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1963[1962]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1963b[1962])

Winnicott, D. W. (1983). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação* (1ª ed., pp. 207-217). Porto

Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1965[1963]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1965vd[1963])

Winnicott, D. W. (1983). Enfoque pessoal da contribuição Kleiniana. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação* (1ª ed., pp. 156-162). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1965[1962]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1965va[1962])

Winnicott, D. W. (1983). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação* (1ª ed., pp. 38-54). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1960; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1960c)

Winnicott, D. W. (1984). “Bob” aos 6 anos. In D. Winnicott (1984/1971b), *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (1ª ed., pp. 75-99). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1965; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1965i)

Winnicott, D. W. (1984). “Cecil” aos 21 meses, na primeira consulta. In D. Winnicott (1984/1971b), *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (1ª ed., pp. 253-285). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1963; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1963f)

Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1971b)

Winnicott, D. W. (1984). “Charles” aos 9 anos. In D. Winnicott (1984/1971b), *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (1ª ed., pp. 140-158). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1971e)

Winnicott, D. W. (1984). “Eliza” aos 7 anos e meio. In D. Winnicott (1984/1971b) *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (1ª ed., pp. 52-74). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1968; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1968k)

Winnicott, D. W. (1984). “Hesta” aos 16 anos. In D. Winnicott (1984/1971b), *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (1ª ed., pp. 188-205). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1971j)

Winnicott, D. W. (1984). “Jason” aos 8 anos e 9 meses. In D. Winnicott (1984/1971b), *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (1ª ed., pp. 361-397). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1971m)

Winnicott, D. W. (1984). “Mark” aos 12 anos. In D. Winnicott (1984/1971b), *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (1ª ed., pp. 286-310). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1965; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1965g)

Winnicott, D. W. (1984). “Milton” aos 8 anos. In D. Winnicott (1984/1971b), *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (1ª ed., pp. 206-227). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971s; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1971s)

Winnicott, D. W. (1984). “Peter” aos 13 anos. In D. Winnicott (1984/1971b), *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (1ª ed., pp. 311-330). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971p; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1971p)

Winnicott, D. W. (1984). “Rosemary” aos 10 anos. In D. Winnicott (1984/1971b), *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (1ª ed., pp. 116-120). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1962; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1962b)

Winnicott, D. W. (1987). *The Piggie. Um relato de tratamento de uma menina*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1977; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1977)

Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1988; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1988)

Winnicott, D. W. (1999). *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1993; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1993a)

Winnicott, D. W. (2000). Agitação. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise* (1ª ed., pp. 77-87). Rio de Janeiro Imago. (Trabalho original publicado em 1931; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1931g)

Winnicott, D. W. (2000). A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise* (1ª ed., pp. 288-304). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1958b)

Winnicott, D. W. (2000). Ansiedade associada à insegurança. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise* (1ª ed., pp. 163-167). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1958d)

Winnicott, D. W. (2000). O apetite e os problemas emocionais. In D. Winnicott (2000/1958a) *Da pediatria à psicanálise* (1ª ed., pp. 92-111). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1958e)

Winnicott, D. W. (2000). Um caso tratado em casa. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise* (1ª ed., pp. 187-196). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1955; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1955b)

Winnicott, D. W. (2000). Consultas no departamento infantil. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise* (1ª ed., pp. 133-147). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1942; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1942a)

Winnicott, D. W. (2000). A defesa maníaca. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise* (1ª ed., pp. 199-217). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1958k)

Winnicott, D. W. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise* (1ª ed., pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1945; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1945d)

Winnicott, D. W. (2000). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise* (1ª ed., pp. 254-276). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958; respeitando-se a classificação Huljmand, temas 1958f)

Winnicott, D. W. (2000). A mente e sua relação com o psicossoma. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise* (1ª ed., pp. 332-346). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1954; respeitando-se a classificação Huljmand, temas 1954a)

Winnicott, D. W. (2000). Nota sobre normalidade e ansiedade. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise* (1ª ed., pp. 57-76). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1931; respeitando-se a classificação Huljmand, temas 1931p)

Winnicott, D. W. (2000). O ódio na contratransferência. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise* (1ª ed., pp. 277-287). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1949; respeitando-se a classificação Huljmand, temas 1949f)

Winnicott, D. W. (2000). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise* (1ª ed., pp. 316-331). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1953[1951]; respeitando-se a classificação Huljmand, temas 1953c[1951])

Winnicott, D. W. (2000). A observação de bebês numa situação padronizada. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise* (1ª ed., pp. 112-132). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1941; respeitando-se a classificação Huljmand, temas 1941b)

Winnicott, D. W. (2000). Pediatria e neurose da infância. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise* (1ª ed., pp. 417-423). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958[1956]; respeitando-se a classificação Huljmand, temas 1958m[1956])

Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958; respeitando-se a classificação Huljmand, temas 1958a)

Winnicott, D. W. (2000). Pediatría e psiquiatria. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatría à psicanálise* (1ª ed., pp. 233-253). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1948; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1948b)

Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatría à psicanálise* (1ª ed., pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958[1956]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1958n[1956])

Winnicott, D. W. (2000). Retraimento e regressão. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatría à psicanálise* (1ª ed., pp. 347-373). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1955[1954] ; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1955e[1954])

Winnicott, D. W. (2000). Tolerância ao sintoma em pediatría: relatório de um caso. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatría à psicanálise* (1ª ed., pp. 168-186). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1953; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1953b)

Winnicott, D. W. (2002). Agressão e suas raízes. In D. Winnicott (2002/1984a), *Privação e delinquência* (3ª ed., pp. 93-110). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1964d)

Winnicott, D. W. (2002). A ausência de um sentimento de culpa. In D. Winnicott (2002/1984a), *Privação e delinquência* (3ª ed., pp.119-126). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1984b)

Winnicott, D. W. (2002). Comentários sobre “Report f the Comitee on punishment in prisons and borstals”. In D. Winnicott (2002/1984a), *Privação e delinquência* (3ª ed., pp. 229-236). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984[1961]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1984j[1961])

Winnicott, D. W. (2002). A criança desapossada e como pode ser compensada pela falta de vida familiar. In D. Winnicott (2002/1984a), *Privação e delinquência* (3ª ed., pp. 195-214) São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965[1950]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1965k[1950])

Winnicott, D. W. (2002). Crianças e suas mães. In D. Winnicott (2002/1984a), *Privação e delinquência* (3ª ed., pp. 11-18). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1940; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1940a)

Winnicott, D. W. (2002). A luta para superar depressões. In D. Winnicott (2002/1984a), *Privação e delinquência* (3ª ed., pp. 163-176). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1962[1961]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1962a[1961])

Winnicott, D. W. (2002). *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1984a)

Winnicott, D. W. (2002). A tendência antissocial. In D. Winnicott (2002/1984a), *Privação e delinquência* (3ª ed., pp. 135-147). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1958[1956]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1958c[1956])

Winnicott, D. W. (2005). Adolescência. In D. Winnicott (2005/1965a), *A família e o desenvolvimento individual* (3ª ed., pp. 115-127). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1962; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1962a)

Winnicott, D. W. (2005). Consequências da psicose parental para o desenvolvimento emocional da criança. In D. Winnicott (2005/1965a), *A família e o desenvolvimento individual* (3ª ed., pp. 101-114). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1961; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1961a)

Winnicott, D. W. (2005). Definição teórica do campo da psiquiatria infantil. In D. Winnicott (2005/1965a), *A família e o desenvolvimento individual* (3ª ed., pp. 141-152). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1958; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1958q)

Winnicott, D. W. (2005). *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1965a)

Winnicott, D. W. (2005). Fatores de integração e desintegração na vida familiar. In D. Winnicott (2005/1965a), *A família e o desenvolvimento individual* (3ª ed., pp. 59-72). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1961; respeitando-se a classificação Huljmand, temas 1961b)

Winnicott, D. W. (2005). Influências de grupo e a criança desajustada. In D. Winnicott (2005a/1965a), *A família e o desenvolvimento individual* (3ª ed., pp. 213-225). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965; respeitando-se a classificação Huljmand, temas 1965s)

Winnicott, D. W. (2005). O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In D. Winnicott (2005/1965a), *A família e o desenvolvimento individual* (3ª ed., pp. 3-28). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1958; respeitando-se a classificação Huljmand, temas 1958j)

Winnicott, D. W. (2005). Segurança. In D. Winnicott (2005/1965a), *A família e o desenvolvimento individual* (3ª ed., pp. 43-48). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965[1960]; respeitando-se a classificação Huljmand, temas 1965vg [1960])

Winnicott, D.W. (2005). Sobre a criança carente e de como ela pode ser compensada pela perda da vida familiar. In D. Winnicott (2005/1965a), *A família e o desenvolvimento individual* (3ª ed., pp. 193-212). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965; respeitando-se a classificação Huljmand temas 1965k[1950])

Winnicott, D. W. (2005). Um caso de psiquiatria infantil que ilustra a reação retardada à perda. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 260-282). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1965; respeitando-se a classificação Huljmand, temas 1965f)

Winnicott, D. W. (2005). Comentários sobre meu artigo “O uso de um objeto”. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 185-186). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989[1968]; respeitando-se a classificação Huljmand, temas 1989vu[1968])

Winnicott, D. W. (2005). Comentários sobre neurose obsessiva e Frankie. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 124-126). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1966[1965]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1966b[1965])

Winnicott, D. W. (2005). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 151-156). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1968[1967]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1968c[1967])

Winnicott, D. W. (2005). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 102-115). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989[1965]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1989d[1965])

Winnicott, D. W. (2005). Deduções a partir de uma entrevista terapêutica com uma adolescente. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 249-259). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1964; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1964b)

Winnicott, D. W. (2005). Distúrbios físicos e emocionais em uma adolescente. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 283-286). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989[1968]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1989ve[1968])

Winnicott, D. W. (2005). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 195-202). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1970[1969]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1970b[1969])

Winnicott, D. W. (2005) *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1989a)

Winnicott, D. W. (2005). Individuação. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 219-222). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989[1970]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1989n[1970])

Winnicott, D. W. (2005). A interpretação na psicanálise. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 163-166). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original em 1989[1968]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1989o[1968])

Winnicott, D. W. (2005). O jogo do rabisco. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 230-243). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1968; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1968k)

Winnicott, D. W. (2005). O medo do colapso. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 70-76). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1974; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1974)

Winnicott, D. W. (2005). Michael Balint. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 331-337). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989[1954]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1989xd[1954])

Winnicott, D. W. (2005). Nota sobre o relacionamento mãe-feto. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 127-128). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1989va)

Winnicott, D. W. (2005). Uma nova luz sobre o pensar infantil. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 119-123). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989[1965]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1989s[1965])

Winnicott, D. W. (2005). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 94-101). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989[1965]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1989vk[1965])

Winnicott, D. W. (2005). Psiconeurose na infância. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 53-58). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989[1961]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1989vl[1961])

Winnicott, D. W. (2005). Sobre as bases para o *self* no corpo. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 203-218). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1971[1970]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1971d[1970])

Winnicott, D. W. (2005). Sobre “o uso de um objeto”. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 170-191). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1969[1968]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1969i[1968])

Winnicott, D. W. (2005). Tratamento da doença mental pela indução de convulsões. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 394-397). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989[1944]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1989vn[1944])

Winnicott, D. W. (2005). O valor da consulta terapêutica. In D. Winnicott (2005/1989a), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp.244-248). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1968[1965]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1968l[1965])

Winnicott, D. W. (2005). Autismo. In D. Winnicott (2005/1996a), *Pensando sobre crianças* (2ª ed., pp. 179-192). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1996[1966]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1996c[1966])

Winnicott, D. W. (2005). O cheiro. In D. Winnicott (2005/1996a), *Pensando sobre crianças* (2ª ed., pp. 109-112). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1996; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1996m)

Winnicott, D. W. (2005). Contribuição para uma discussão sobre a enurese. In D. Winnicott (2005/1936), *Pensando sobre crianças* (2ª ed., pp. 143-146). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1936; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1936b)

Winnicott, D. W. (2005). Duas crianças adotadas. In D. Winnicott (2005/1957b), *Pensando sobre crianças* (2ª ed., pp. 115-125). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1954; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1954d)

Winnicott, D. W. (2005). A etiologia da esquizofrenia infantil em termos do fracasso adaptativo. In D. Winnicott (2005/1986b), *Pensando sobre crianças* (2ª ed., pp. 193-196). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1968[1967]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1968a[1967])

Winnicott, D. W. (2005). Higiene mental da criança pré-escolar. In D. Winnicott (2005/1996a), *Pensando sobre crianças* (2ª ed., pp. 75-88). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1996[1936]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1996l[1936])

Winnicott, D. W. (2005). Introdução primária a realidade externa: os estágios iniciais. In D. Winnicott (2005/1996a), *Pensando sobre crianças* (2ª ed., pp. 45-50). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1996[1936]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1996p[1936])

Winnicott, D. W. (2005). Necessidades ambientais, os estágios iniciais, dependência total e independência essencial. In D. Winnicott (2005/1996a), *Pensando sobre crianças* (2ª ed., pp. 51-58). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1996[1948]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1996k[1948])

Winnicott, D. W. (2005). Notas sobre um garotinho. In D. Winnicott (2005/1996a), *Pensando sobre crianças* (2ª ed., pp. 107-109). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1938; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1938a)

Winnicott, D. W. (2005). *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1996; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1996a)

Winnicott, D. W. (2005). A professora, os pais e o médico. In D. Winnicott (2005/1996a), *Pensando sobre crianças* (2ª ed., pp. 89-100). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1996[1936]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1996p[1936])

Winnicott, D. W. (2005). Psiquiatria infantil: o corpo enquanto afetado por fatores psicológicos. In D. Winnicott (2005/1996a), *Pensando sobre crianças* (2ª ed., pp. 162-163). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1996[1931]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1996e[1931])

Winnicott, D. W. (2005). Psiquiatria infantil, serviço social e atendimento alternativo. In D. Winnicott (2005/1996a), *Pensando sobre crianças* (2ª ed., pp. 235-238). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1996[1970]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1996f[1970])

Winnicott, D. W. (2005). Recusa a dormir nas crianças. In D. Winnicott (2005/1996a), *Pensando sobre crianças* (2ª ed., pp. 61-63). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1968; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1968j)

Winnicott, D. W. (2005). Sobre a neurose cardíaca nas crianças. In D. Winnicott (2005/1996a), *Pensando sobre crianças* (2ª ed., pp. 164-174). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1996[1966]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1996d[1966])

Winnicott, D. W. (2005). Urticária papular e dinâmica da sensação cutânea. In D. Winnicott (2005/1996a), *Pensando sobre crianças* (2ª ed., pp. 147-156). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1934; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1934c)

Winnicott, D. W. (2005). Um vínculo entre a pediatria e a psicologia infantil: observações clínicas. In D. Winnicott (2005/1996a), *Pensando sobre crianças* (2ª ed., pp. 220-234). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1969[1968]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1969f [1968])

Winnicott, D. W. (2005). O conceito de falso-*self*. In D. Winnicott (2005/1986b), *Tudo começa em casa* (4ª ed., pp. 53-58). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986[1964]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1986e[1964])

Winnicott, D. W. (2005). O conceito de indivíduo saudável. In D. Winnicott (2005/1986b), *Tudo começa em casa* (4ª ed., pp. 3-22). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1971; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1971f)

Winnicott, D. W. (2005). A contribuição da mãe para a sociedade. In D. Winnicott (2005/1986b), *Tudo começa em casa* (4ª ed., pp. 117-122). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1957; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1957o)

Winnicott, D. W. (2005). A criança no grupo familiar. In D. Winnicott (2005/1986b), *Tudo começa em casa* (4ª ed., pp. 123-136). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986[1966] ; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1986d[1966])

Winnicott, D. W. (2005). A delinquência como sinal de esperança. In D. Winnicott (2005/1986b), *Tudo começa em casa* (4ª ed., pp. 82-91). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968[1967]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1968e[1967])

Winnicott, D. W. (2005). A imaturidade do adolescente. In D. Winnicott (2005/1971a), *Tudo começa em casa* (4ª ed., pp. 143-163). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1969[1968]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1969c[1968])

Winnicott, D. W. (2005). Sum: Eu sou. In D. Winnicott (2005/1986b), *Tudo começa em casa* (4ª ed., pp. 41-51). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984[1968]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1984h[1968])

Winnicott, D. W. (2005). Tipos de psicoterapia. In D. Winnicott (2005/1986b), *Tudo começa em casa* (4ª ed., pp.93-104). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984i; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1984i)

Winnicott, D. W. (2005). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1986b)

Winnicott, D. W. (2005). O valor da depressão. In D. Winnicott (2005/1986b), *Tudo começa em casa* (4ª ed., pp. 59-68). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964[1963]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1964e[1963])

Winnicott, D. W. (2010). *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1986a)