

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FILOSOFIA
NÍVEL PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU
FILOSOFIA: OS CLÁSSICOS E SUAS OBRAS**

ANTÔNIO PEYROUTON LOUZADA NETO

**ERNST TUGENDHAT, DONALD WINNICOTT E MARGARET MAHLER:
OS CUIDADOS AO BEBÊ E SAÚDE MENTAL**

SÃO LEOPOLDO / RS

2017

Antônio Peyrouton Louzada Neto

ERNST TUGENDHAT, DONALD WINNICOTT E MARGARET MAHLER:
OS CUIDADOS AO BEBÊ E SAÚDE MENTAL

Monografia apresentada como requisito
parcial para obtenção do título de Pós-
Graduado em Filosofia pelo Programa de
Pós-Graduação Lato Sensu em Filosofia da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos –
UNISINOS

Orientador: Prof. Dr. Adriano Naves de Brito

São Leopoldo / RS

2017

RESUMO

O objetivo do presente trabalho é correlacionar o pensamento do filósofo alemão Ernst Tugendhat com o do psicanalista inglês Donald Winnicott e o da psicanalista húngara Margaret Mahler, no que tange à importância da relação precoce da mãe com seu bebê, relacionada à saúde mental presente e futura deste. Para isto, foram selecionado da obra de Mahler as fases do desenvolvimento infantil, que segundo a autora descrevem o nascimento psicológico da criança. Da vasta obra de Winnicott, foram selecionados quatro principais conceitos que são determinantes no entendimento da importância dos cuidados maternos no desenvolvimento infantil. Da obra de Tugendhat foi escolhido o livro "*Egocentricidade e Mística – Um estudo antropológico*", no qual encontra-se um capítulo em que o filósofo analisa a importância da relação precoce entre a mãe e o bebê, como sendo preponderante para a saúde mental do indivíduo por toda sua vida. Descrevemos separadamente cada um dos três autores. Primeiramente Margaret Mahler, depois Donald Winnicott e por fim Ernst Tugendhat. Ao descrever as ideias do filósofo alemão, será feita então a relação que existe com o pensamento dos dois autores anteriormente citados. Por fim apresentamos uma vinheta clínica com o objetivo de tornar mais claros e concretos os conceitos discutidos no trabalho.

PALAVRAS CHAVE: Ernst Tugendhat; Donald Winnicott; Margareth Mahler; relação mãe-bebê; mãe suficientemente boa; cuidados maternos; nascimento psicológico da criança; cuidados ao bebê.

ABSTRACT

This Study aims to correlate the work of the German philosopher Ernst Tugendhat with the works of the English psychoanalyst Donald Winnicott and the Hungarian psychoanalyst Margaret Mahler, regarding the importance of the early relationship between mother and child, as well as its effects on the child's mental health and its later adult life. From Mahler's work, the phases of child development were used in this study, in regards to the psychological birth of the child. From Winnicott's work, four main ideas were selected, regarding the importance of maternal care in child development. From Tugendhat's work, the book *Egocentricity and Mysticism: An Anthropological Study* was used for this analysis, specially the chapter in which the author analyses the importance of the early relationship between mother and child in later life mental health. Each author's main ideas are described separately. Afterwards, there is a comparison of Tugendhat's work with the psychoanalytical theory of Winnicott and Mahler. In the end, there is a clinical case which exemplifies the concepts presented in the study.

KEY WORDS: Tugendhat, Winnicott, Mahler, mother-child relationship, good-enough mother, maternal care, psychological birth, childcare.

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	6
2- A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NA OBRA DE MARGARET MAHLER	7
3- A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NA OBRA DE DONALD WINNICOTT	14
4- A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NA OBRA DE ERNST TUGENDHAT	22
5- VINHETA CLÍNICA	28
6- CONCLUSÃO	32
7- BIBLIOGRAFIA	33

INTRODUÇÃO

Podemos nos questionar se o desenvolvimento de uma criança já está determinado ao nascimento ou é definido por experiências posteriores. No passado defendia-se a ideia de que ao nascermos a mente seria como uma folha em branco e todo o conhecimento criado pela experiência seria então inscrito sobre ela. Hoje em dia, entende-se o desenvolvimento como produto da interação entre os fatores genéticos e os fatores de aprendizagem. Nosso organismo nasce pronto para se desenvolver, mas depende de fatores ambientais para que essa evolução se processe adequadamente. Algumas características, mesmo sendo inatas, serão ou não acentuadas conforme o ambiente no qual o indivíduo irá se desenvolver e pela qualidade dos cuidados realizados por pessoas, que via de regra são seus pais. Portanto, o futuro de uma criança começa a ser definido desde sua fecundação pela herança genética legada pelos genitores, mas também pelos posteriores cuidados e estímulos que irá receber durante seu processo de desenvolvimento.

As teorias sobre o desenvolvimento infantil são importantes porque nos ajudam a entender este processo. Elas são modelos que buscam interpretar e organizar dados referentes ao desenvolvimento da criança, observando o seu crescimento e comportamento, bem como o seu relacionamento com o ambiente no qual se insere.

O presente trabalho é referente à conclusão do Curso de Especialização em Filosofia - Os Clássicos e suas Obras, Programa de Pós-Graduação em Filosofia nível Pós-Graduação lato sensu, oferecido pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Como tema da disciplina Filosofia Contemporânea IV, estudamos o livro "*Egocentricidade e Mística – Um estudo antropológico*", de Ernst Tugendhat (daqui para frente ET); e desta obra densa escolhi abordar um aspecto que me parece de suma importância e que é pouco abordado na literatura filosófica: a importância da relação mãe-bebê no desenvolvimento psicológico do ser humano.

Começo apresentando os estudos de uma psicanalista austríaca, que realizou toda sua formação analítica na Inglaterra e dedicou-se ao estudo do Autismo Infantil: Margaret S. Mahler (MM). Elaborou uma teoria do desenvolvimento psicológico infantil, a qual denominou "o nascimento psicológico da criança",

descrevendo minuciosamente cada etapa. Passo então para outro enfoque, que é o de um psicanalista inglês que dedicou grande parte de sua obra, para analisar a importância dos cuidados dedicados pela mãe a seu bebê e as repercussões disto na vida do ser humano: Donald Winnicott (DW). Em seguida, apresento a forma como o tema aparece no livro estudado de ET, correlacionando este conteúdo com os conceitos dos psicanalistas escolhidos como parâmetro. Termino o trabalho com uma vinheta clínica de um caso que atendo em meu consultório de psiquiatria, correlacionando a má relação mãe-filho com uma doença emocional grave na vida adulta. Mostro, assim, uma integração dos pontos de vista psicanalíticos de MM e DW com os filosóficos de ET, e de como a aplicação deles na prática psicoterápica pode ser um auxílio na melhora da vida afetiva de uma pessoa. Importante referir que o caso é real, e apesar das mudanças significativas que evitam a possibilidade de identificação da pessoa, mantém a essência da realidade.

A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NA OBRA DE MARGARET MAHLER

Margaret Schönberger Mahler (1897-1985) foi psiquiatra e psicanalista infantil, nasceu em Sopron na Hungria e faleceu em Nova Iorque. Formou-se em medicina em 1922 na Áustria e depois de fazer pediatria, mudou seu foco de interesse para a psiquiatria e para a psicanálise infantil. Como pediatra estudou problemas neurológicos referentes a “tiques” em crianças e, a partir disso, interessou-se pelos problemas emocionais e quadros psicóticos na infância. Juntamente com Ana Freud, criou em Viena o primeiro centro de tratamento de problemas emocionais para crianças. Motivada pela perseguição aos judeus pelos Nazistas, em 1936, mudou-se para a Inglaterra e depois para os Estados Unidos. Em 1948 realizou estudos sobre a psicose infantil, distinguindo no bebê dois tipos de psicose: psicose autística e psicose simbiótica. Foi a partir deste estudo que MM estruturou sua teoria sobre o desenvolvimento psíquico normal do ser humano. Em 1950 fundou juntamente com Manuel Furer o *Master's Children Center* em Manhattan. Desenvolveu, então, o modelo de tratamento tripartite, onde a mãe participava do tratamento da criança, dando especial ênfase ao papel do meio ambiente e à dualidade mãe-bebê no desenvolvimento psíquico da criança. MM documentou minuciosamente o impacto das primeiras separações da criança de sua

mãe e assim desenvolveu sua teoria do nascimento psicológico da criança a respeito da simbiose, separação e individuação, sendo esta sua maior contribuição à psicanálise.

Segundo Mahler, “O nascimento biológico do homem e o nascimento psicológico do indivíduo não coincidem no tempo. O primeiro é um evento bem delimitado, dramático e observável; o último, um processo intrapsíquico de lento desdobrar”. Refere-se ao nascimento psicológico do indivíduo, como “um *processo de separação-indivuação*: o estabelecimento do sentido de desligamento (ser destacado) do mundo real e de relação com este mundo...” (MAHLER, 1993, p. 15). Referindo-se ao processo de separação-indivuação, afirma:

“Como qualquer processo intrapsíquico, este reverbera através do ciclo da vida. Nunca termina; permanece sempre ativo; novas fases veem derivativos dos processos mais antigos ainda em funcionamento. As principais aquisições psicológicas desse processo, porém, tem lugar no período que começa por volta do quarto ou quinto mês de vida do bebê e vai até o trigésimo ou trigésimo sexto mês, um período ao qual nos referimos como a *fase de separação-indivuação*. (MAHLER, 1993, p. 15).

MM deixa claro em sua obra, a diferença e a independência deste dois processos intrapsíquicos:

“Separação e individuação são concebidos como dois desenvolvimentos complementares: a separação consiste na saída da criança da fusão simbiótica com a mãe, e a individuação consiste nas aquisições que marcam o momento em que a criança assume suas próprias características individuais. Trata-se de processos de desenvolvimento entrelaçados, mas não idênticos; eles podem proceder de maneira divergente, com atraso de desenvolvimento ou precocidade em um ou outro. (MAHLER, 1993, p. 16).

Na década de 40, já trabalhando no Serviço Infantil do Instituto Psiquiátrico do Estado de Nova York e Universidade de Colúmbia, MM observou que as crianças psicóticas apresentavam um quadro clínico muito semelhante aos adolescentes e adultos esquizofrênicos. Na época, havia apenas o diagnóstico de Autismo Infantil Precoce estabelecido por Léo Kanner, quando MM identifica outra psicose infantil, diferente dinâmica e geneticamente do autismo: a Psicose Simbiótica. Em ambas as psicoses, há uma inabilidade por parte da criança em conseguir sequer perceber o objeto humano no mundo externo, quanto mais interagir com ele como outro ser humano separado. No Autismo (Psicose Autística), as crianças nunca haviam

demonstrado capacidade de estabelecer relações significativas desde o nascimento, ao passo que na Psicose Simbiótica, elas as haviam estabelecido, mas repentinamente adoeceram e perderam esta capacidade.

Ao estudar as patologias acima descritas, MM sentiu necessidade de descrever como era o desenvolvimento psicológico normal na criança. Sua teoria divide então esta evolução em 3 fases. A *primeira* é o que chamou de FASE AUTISTA NORMAL, que “está a serviço da consolidação pós-natal do crescimento fisiológico extrauterino, e promove a homeostase pós-natal”. A *segunda* é a FASE SIMBIÓTICA NORMAL, que “marca a importante capacidade filogenética que o ser humano possui de envolver a mãe dentro da vaga unidade dual, que forma o solo primordial onde todas as relações humanas subsequentes vão germinar”. A *terceira* fase foi denominada de FASE DE SEPARAÇÃO-INDIVIDUAÇÃO que “se caracteriza por um aumento constante da consciência do desligamento entre *Self* e ‘outro’ , que coincide com as origens do sentido de *Self*, da verdadeira relação de objeto, e da consciência da realidade do mundo externo”. O AUTISMO e a SIMBIOSE normais são pré-requisitos para o estabelecimento do processo normal de SEPARAÇÃO-INDIVIDUAÇÃO. (MAHLER, 1993, p. 57).

Desenvolveremos agora, a descrição de todas as fases do nascimento psicológico da criança segundo a teoria da autora em questão.

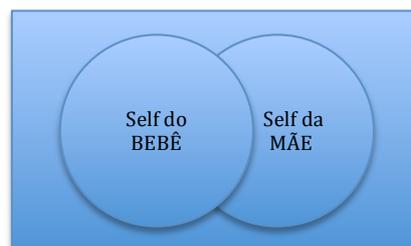
Na FASE AUTISTA NORMAL (0 – 1 mês de vida) os fenômenos biológicos são mais proeminentes do que os psicológicos. A criança apresenta um estado de sonolência, do qual apenas emerge para atividades necessárias a manter seu equilíbrio fisiológico. Seu investimento libidinal é mais interno e visceral, muito semelhante à vida intrauterina, sendo que os estímulos externos (sentidos) são menos importantes. O bebê não distingue se sua satisfação provém de si ou do exterior (mãe). Por exemplo, comer ou vomitar são formas de equilibrar o sistema e não sente que “o comer” vem de fora. O recém-nascido é um Sistema Monádico, fechado, auto suficiente, com realização alucinatória dos desejos. É uma fase anaobjetal, pois não existe um objeto externo do ponto de vista do recém nato (equivalente ao Narcisismo Primário de Freud).



Poderíamos nos perguntar: mas se não identifica o mundo externo, como o bebê evolui para a etapa seguinte? É que ele tem uma dotação genética para evoluir. Possui um Ego Autônomo, que interagindo com os cuidados maternos, vai deslocando as cargas libidinais de dentro do corpo para a periferia. Passa, então, a relacionar-se com o *meio* através dos sentidos, especialmente, tato, visão e audição, e vai podendo evoluir à sombra do amor materno.

Na FASE SIMBIÓTICA NORMAL (1 – 5 meses de vida) é fundamental que se defina Simbiose: é um vínculo estabelecido entre dois organismos para benefício mútuo no qual nenhum dos dois participantes pode prescindir do outro. Aqui, neste período Mahler afirma que o bebê vive em Simbiose Absoluta em relação à mãe, pois morreria sem ela, enquanto a mãe vive uma Simbiose Relativa em relação ao bebê, já que pode viver sem ele (MAHLER, 1993, p. 54).

Neste ponto, o bebê identificando os cuidados maternos, começa a “romper a couraça” que o mantinha como um ser monádico e autossuficiente. Podemos dizer que ele, metaforicamente, puxa a mãe para dentro do meio onde vivia sozinho até então. Começa a sentir-se numa díade onipotente composta por ele mais a mãe, formando então uma matriz única e indiferenciada com ela. O self do bebê e o da mãe estão indiferenciados dentro de um mesmo limite.



Há um aumento do investimento libidinal na mãe (que simboliza o meio) e inicia-se a demarcação de um ego corporal. Para o sucesso da fase simbiótica é necessário que os dois (mãe + bebê) invistam na relação. A mãe através do HOLDING (conceito que veremos em Winnicott adiante), permite que o bebê projete para fora da dupla seus impulsos agressivos e conserve os bons. As crianças incorporam estas pautas de sustentação empregadas por suas mães, voltando a usá-las posteriormente para acalmar suas angústias ou como modo de relação com o mundo externo. Um exemplo interessante disto é o de uma criança, que enquanto mamava ao seio manipulava o cabelo da mãe e mais tarde quando tinha mais de um ano, ao mamar na mamadeira, manipulava o próprio cabelo. Esta fase finaliza com a criança adaptada à simbiose com a mãe. A díade é percebida como onipotente e a mãe é um objeto parcial, pois para o bebê ela existe apenas como parte desta relação onipotente e não como um objeto externo à dupla que forma com ela.

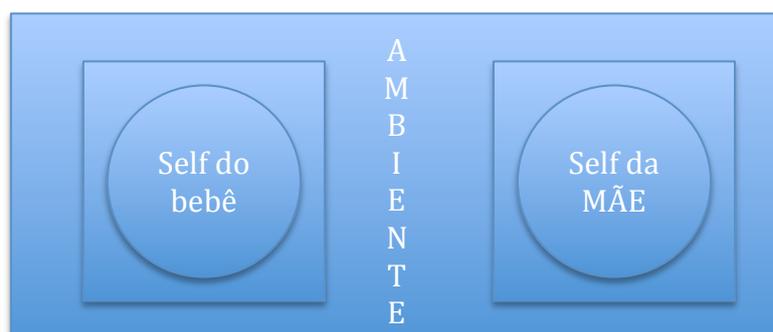
Inicia-se então a TERCEIRA FASE, que é a FASE DA SEPARAÇÃO-INDIVIDUAÇÃO (5 – 36 meses de vida) e é subdividida em 4 SUBFASES. É importante destacar a diferença entre os dois processos que se dão o mesmo tempo: Separação e Individuação. O primeiro se refere à saída da simbiose com a mãe, e o segundo ao bebê assumir suas características pessoais, ambos são resultados da evolução da autonomia intrapsíquica do recém nascido.

A PRIMEIRA SUBFASE da Separação-Individuação é a DIFERENCIAÇÃO (5 – 8 meses de vida). Existem dois pré-requisitos para entrar nesta subfase. O *primeiro* é que a criança deve estar familiarizada com a “metade” materna da matriz simbiótica que forma com ela. Na prática isto pode ser visto quando o bebê sorri *especificamente* para o rosto e para a voz da mãe, visto que o sorriso inespecífico em relação a qualquer rosto humano, o bebê já possui desde os 2 meses de vida. Isto quer dizer que a mãe está realmente investida como um objeto libidinal. O *segundo* pré-requisito é que o bebê já mostre um desenvolvimento neurofisiológico mais desenvolvido, com maiores momentos de vigília e mais habilidades motoras para poder expandir o sensorio para fora da órbita simbiótica. A criança faz exploração tátil e visual da mãe e também estende seu corpo para se afastar dela, e, dessa forma, distinguir “mãe” e “não-mãe”, e bebê e mãe (controle alfanegário

da mãe). Neste momento, a criança começa a apresentar angústia ao ter contato com estranhos, mas quanto melhor foi sua simbiose na fase anterior, menor será esta ansiedade, pois haverá mais confiança na mãe simbiótica. Aqui é importante um desejo inconsciente da mãe de que seu filho se diferencie dela. Ambos os Selves estão na mesma matriz simbiótica mas já diferenciados. O bebê estabelece a diferença entre seu Self e o da mãe que neste momento simboliza o Meio Ambiente. Há uma demarcação do ego corporal e uma consciência difusa do objeto (mãe).



A SEGUNDA SUBFASE da Separação-Individuação é o EXERCÍCIO LOCOMOTOR ou TREINAMENTO (8 – 15 meses de vida). É a fase em que a criança vai começar a *engatinhar* e adquirir habilidade física para separar-se da mãe. Esta subfase é dividida em DUAS ETAPAS: dos oito meses até que inicie a caminhar e depois de caminhar até completar quinze meses. A PRIMEIRA ETAPA é a que chamamos de EXERCÍCIO PRECOCE. A criança começa a engatinhar e parece feliz e esquecida da mãe. Afasta-se dela mas precisa voltar a todo o instante a seu lado, para um “recarregamento emocional” e tornar a afastar-se novamente. Para que tenha êxito nesta etapa, a criança necessita de dois quesitos: a dotação genética para a atividade motora e de uma mãe capaz de tolerar a separação. A SEGUNDA ETAPA é chamada de EXERCÍCIO PROPRIAMENTE DITO e começa, como já foi dito, com o caminhar da criança. Aqui há um total investimento libidinal das funções motoras e a criança as utiliza com extremo prazer. Ela adora brincadeiras de fugir e se esconder da mãe, numa simbolização de sua autonomia que cresce e de sua fuga da simbiose.



A TERCEIRA SUBFASE da Separação-Individuação é a da APROXIMAÇÃO (15 – 24 meses de vida). A criança chega nesta subfase como um ser humano separado da mãe. É capaz de locomoção, jogo simbólico e linguagem. Diz-se que a cognição e a percepção são os “parteiros do nascimento psicológico” da criança. Ela “cai na real” e se dá conta de que sua onipotência é ilusória. Tenta um “refusão” com a mãe para recuperar a onipotência perdida e que agora sente pertencer a esta. Apresenta ambivalência, pois ao mesmo tempo que deseja uma fusão com a genitora para diminuir sua ansiedade de separação, já que a sente como um ser onipotente, teme ser absorvida por ela com perda da autonomia recém conquistada e seu conseqüente prazer. Apresenta também ambitendência, querendo ser acompanhada pela mãe e ao mesmo tempo fugir dela. Esta TERCEIRA SUBFASE é subdividida em 3 ETAPAS. A PRIMEIRA ETAPA chamamos de COMEÇO DA APROXIMAÇÃO (15 – 18 meses de vida). Aqui a criança se dá conta que não é tão poderosa como fantasiava e começa a diminuir sua exploração do meio ambiente. Ela volta para a mãe, não para se recarregar emocionalmente, mas para compartilhar com ela seus êxitos e achados. Sente ansiedade por sentir a mãe como um objeto totalmente separado, embora o enfrentamento da angústia e do temor aumentem sua autonomia e reforcem seu ego. Nesta fase, o pai já desempenha um papel importante, embora MM assuma que este fato não foi suficientemente estudado em sua pesquisa. A SEGUNDA ETAPA é conhecida como CRISE DE APROXIMAÇÃO (18 – 20 meses de vida). Esta é uma etapa muito difícil para o ego imaturo da criança. Existe aqui um marcado conflito entre o exercício da autonomia e a necessidade que sente da mãe para satisfazer magicamente seus desejos. Busca o acompanhamento da mãe por necessidade de ajuda e apoio, mas foge por temor de ser absorvida por ela e perder a autonomia motora e cognitiva que tanto lhe dão tanto prazer. O humor infantil neste período é predominantemente de insaciabilidade, insatisfação geral, rápidas mudanças de estado de ânimo com berreiros frequentes. A criança fica muito “agarrada” à mãe, comumente apresentando choro nas despedidas desta. Na ausência da mãe pode se apresentar inibida ou deprimida e sentir mais temor e vergonha diante de estranhos. Em suma, uma fase muito ambivalente, pois fica desejando estar perto e fundida com a genitora para se sentir segura e com muito temor desta fusão pois significa a perda de toda a autonomia conquistada. A TERCEIRA ETAPA chama-se de MODELAGEM DA DISTÂNCIA ÓTIMA (20 – 24 meses de vida). Nesta etapa a

criança está em pleno desenvolvimento da linguagem. Nomeia objetos e a si própria em frente ao espelho e em fotografias. Inicia a internalização de objetos bons e regras, sendo isto já um precursor do superego. Tem capacidade de exprimir desejos e de fantasiar pelo jogo simbólico e até certo ponto tem a sensação que pode controlar e manejar o ambiente. Neste momento, torna-se nítida a diferença entre os sexos e o infante já está se preparando para enfrentar o Complexo de Édipo.

A QUARTA SUBFASE é conhecida como OBTENÇÃO DA CONSTÂNCIA OBJETAL, EMOCIONAL e CONSOLIDAÇÃO DA INDIVIDUAÇÃO (24 – 36 meses de vida). Podemos nos perguntar: o que é necessário para que a criança possa atingir a constância objetal e emocional? Há dois aspectos primordiais. Em *primeiro lugar*, a confiança de que a mãe simbiótica esteja sempre ali com ela e proporcionará alívio de suas tensões e necessidades vitais. Pouco a pouco a mãe vai se tornando um Objeto Total, isto é, a criança identifica que a mesma pessoa que a gratifica é a mesma que a frustra. Em *segundo lugar*, a aquisição das faculdades cognitivas permite que a criança saiba que o objeto existe mesmo que não o perceba, quer dizer, a mãe existe enquanto objeto libidinal mesmo quando ausente. Somente então torna-se possível à criança assegurar-se da constância de um objeto libidinalmente investido. Neste caso, a mãe está disponível intrapsiquicamente para a criança.

Terminada a exposição das fases do desenvolvimento infantil de Margaret Mahler, podemos facilmente notar a complexidade daquilo que a maioria das famílias fazem instintivamente. Apesar de MM sublinhar que não avaliou suficientemente o papel do pai neste processo, fica claro o papel importantíssimo da mãe no nascimento psicológico de seu filho. A interação das nuances de personalidade e saúde mental desta, interagindo com aspectos biológicos inatos de cada bebê em especial, é fator determinante no resultado final no que diz respeito à saúde mental da criança e, depois, do adulto.

A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NA OBRA DE DONALD WINNICOTT

Donald Woods Winnicott (1896-1971) foi um psicanalista inglês que teve sua formação inicial como pediatra, assim como MM. Dedicou grande parte de sua vida profissional ao atendimento de crianças e suas famílias, embora também tenha trabalhado com o atendimento de pacientes adultos. Desenvolveu conceitos muito importantes para o entendimento e atendimento de crianças e seus pais. Foi um dos psicanalistas pós-freudianos mais significativos, pois agregou à teoria psicanalítica clássica, uma nova teoria e técnica de atendimento muito importantes e inovadoras. Agregou aos pensamentos de Freud novos enfoques, que muito somaram e preencheram lacunas da teoria deste. Sua principal fonte de conhecimento foi o atendimento de crianças como pediatra e psicanalista infantil, complementado com o atendimento de adultos. Trabalhou como consultor no *Paddington Green Children's Hospital* em Londres, durante 40 anos, onde pessoalmente coletou mais de 20 mil histórias de casos (DAVIS, 1982).

Poderíamos pensar que um pediatra e psicanalista infantil pudesse ter uma visão idealizada do bebê, da relação mãe-bebê e do papel da família neste contexto de criar filhos, porém, não é o caso de DW. Cito uma frase dele que deixa claro isto: “As crianças são uma carga, e se trazem alegria é porque duas pessoas decidiram aceitar este tipo de carga; na realidade, concordaram em não chamá-la de carga, e sim de bebê” (DAVIS, 1982, p. 22).

Todavia, é evidente a importância que sempre deu para o papel significativo da atenção da mãe no cuidado da criança e dos resultados desta interação precoce na vida afetiva do adulto posteriormente. Diz ele: “Não existe isto que chamam de bebê. O que quero dizer, naturalmente, é que sempre que vemos um bebê, vemos também um cuidado materno, e sem o cuidado materno não haveria bebê” (WINNICOTT, 2000, p. 40). Outra frase que corrobora com isto é: “O potencial herdado de uma criança não pode tornar-se uma criança a não ser sob os cuidados de uma mãe”. (WINNICOTT, 2000, p. 41).

DW desenvolveu conceitos fundamentais que ajudam profundamente, como já foi dito, no entendimento da criança e suas relações primitivas e na sua evolução como ser humano até a idade adulta. Jan Abram cita:

“A contribuição fundamental de Winnicott ao pensamento psicanalítico pode ser resumida em três áreas principais: relação mãe-bebê, criatividade primária e fenômenos transicionais. Atravessando todos estes conceitos, encontramos o valor atribuído ao sentido de *self* “. (2000, p.2)

Selecionamos dentro do universo de sua obra os principais conceitos que julgamos necessários para nosso propósito, que é estabelecer uma relação com os aspectos do livro de ET que tratam exatamente da importância da relação da mãe com o bebê, como estruturadores da vida emocional deste e sua repercussão na vida do adulto. Dentre os tantos conceitos criados e estudados por DW, selecionamos quatro que julgamos os fundamentais para cumprir nosso objetivo. São eles: dependência/holding; preocupação materna primária; mãe suficientemente boa; papel do pai.

Antes de iniciarmos com os conceitos, devemos explicar o que DW quer dizer quando refere-se a algo “SUFICIENTEMENTE BOM“. Winnicott trabalha com termos como “ambiente suficientemente bom” e “mãe suficientemente boa“. Ele usa estes termos para dar uma margem de ação tanto para as famílias (como ambiente) onde as crianças são criadas, como para as mães que cuidam, amamentam e acolhem seus bebês. Esta margem de ação libera as mães da culpa, pois desde o final do século XIX eram “acusadas” de todos os problemas emocionais dos filhos. É de conhecimento geral o chiste psicanalítico: a culpa é da mãe! Por isso, basta que uma mãe e uma família sejam “suficientemente bons” para que o resultado final de seus cuidados à prole sejam considerados satisfatórios e não adoecedores. Este ponto de vista libera as famílias de um rígido padrão de amor para que possam criar pessoas saudáveis. Percebemos o conceito como se DW dissesse: sendo minimamente bons, criarão filhos saudáveis. Parece pouco mas é extremamente tranquilizador. Cada bebê é um mundo afetivo completamente novo e a ser descoberto. Não há uma fórmula replicável da criação de um filho para outro e saber que se “não atrapalharmos” nossos filhos serão saudáveis é, como já dissemos acima, tranquilizador. Winnicott cita e apoia Anna Freud quando ela diz: “Os desapontamentos e as frustrações são inseparáveis da relação mãe-criança (...) Lançar a culpa pela neurose infantil sobre as falhas da mãe ... constitui não mais que uma generalização enganosa e superficial”. (WINNICOTT, 2000, pg. 399).

Dito isto, passamos a falar do conceito winnicottiano de DEPENDÊNCIA / HOLDING. Segundo o psicanalista inglês, a dependência do bebê de seu ambiente constitui-se no mais importante dos fatores que são determinantes do seu desenvolvimento emocional. DW propôs em sua teoria a existência de três estágios de dependência na evolução emocional do ser humano. São eles: dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência. É na condição de uma acolhida por um ambiente suficientemente bom, que os dois primeiros estágios terão um bom término e o bebê estará rumo à maturidade ou à independência (terceiro estágio). Isto acontece no ambiente suficientemente bom e na presença de uma mãe suficientemente boa, que serão vistos adiante neste trabalho. Existe aqui um paralelo importante com os conceitos de MM vistos acima. Mahler fala que na Fase Simbiótica Normal existe uma Simbiose Absoluta no início, que evolui para uma Simbiose Relativa e depois para uma Fase de Separação-Individuação. São respectivamente as etapas que DW chama de dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência.

Para DW o desenvolvimento emocional do ser humano vai desde uma dependência absoluta até à independência. Ele se refere a este último estágio como *rumo à independência*, o que significa que ninguém chega a alcançá-la completamente, pois o ser humano sempre vai depender de outros seres humanos, pelo menos do ponto de vista emocional. O que varia é o grau de dependência, num espectro que vai desde uma dependência imatura até uma madura. Diríamos que um ser humano “completamente independente” é um ser humano doente – é um ser psicótico – característica fundamental do Autismo. Mahler concorda com isto ao referir que a Fase de Separação-Individuação nunca termina, pois em momentos de crises emocionais há uma tendência no ser humano a buscar uma proteção simbiótica em seus pares para depois voltar à independência.

Embora DW não faça, com relação ao desenvolvimento da independência, uma correlação cronológica rígida das etapas como vimos em MM, ele sugere que a *fase de dependência absoluta* inicia-se com o nascimento, indo até da sexta semana ao quarto mês, dependendo de cada bebê. A fase que se segue é a da *dependência relativa*, que vai desde o final da primeira fase até entre um ano e meio e dois anos de vida. A partir daí a *fase de rumo à independência* segue até ao final

da vida, que conforme as situações emocionais vividas pelo ser humano, passa por flutuações no grau de independência-dependência. Sua teoria, neste aspecto, é completamente superponível à teoria de Margaret Mahler descrita anteriormente.

O termo “*dependência absoluta*” descreve a condição do bebê, que dependeu do ventre da mãe para ser criado e crescer até vir à luz. Depois de nascer segue na dependência de que a mãe se adapte às suas necessidades particulares. Necessita que a mãe tenha entrado no estado de “*preocupação materna primária*” (conceito que será visto adiante), para que ele possa crescer de uma maneira satisfatória, tanto física como emocionalmente.

A fase da “*dependência relativa*” é aquela na qual o bebê passa a distinguir o “eu” do “não eu”. Aqui o recém-nascido inicia o processo de tornar-se consciente da sua dependência em relação à mãe e ao ambiente, fato que não existia na fase anterior. Aqui o bebê, que antes vivia como se fosse o provedor absoluto das próprias necessidades, se dá conta que depende de outra pessoa. O bebê entra em uma sensação de ansiedade ao separar-se da mãe, indicando que já sabe do cuidado e da proteção dispensados por ela. A partir daí o bebê já é capaz de distinção entre o “eu” e “não eu”. Ao ver a mãe como separada de si próprio, e que ele próprio não é a mãe que o cuida e o satisfaz, Winnicott diz que ele entra num estágio do desenvolvimento chamado de “*Status Unitário*”. A partir daí o bebê apresenta-se como uma pessoa que está por sua própria conta. Este momento é o equivalente ao término da PRIMEIRA SUBFASE da Fase Separação-Individuação que é a DIFERENCIAÇÃO (5 – 8 meses de vida) na teoria de Mahler.

DW descreve então o último estágio do desenvolvimento que é “*rumo à independência*” ou “*busca da independência*”. Jan Abram citando Winnicott:

“... O bebê desenvolve meios de passar sem o cuidado real. Isso se dá através do acúmulo de lembranças de cuidados passados recebidos, da projeção das necessidades pessoais e da introjeção de aspectos dos cuidados, juntamente com o desenvolvimento da confiança no ambiente. (WINNICOTT, apud ABRAM, 2000, p.109)

Então, a criança que já engatinha e começa a caminhar já ultrapassou os dois estágios iniciais de dependência e pode começar a estabelecer seu mundo interno, baseado nas próprias experiências. Este estágio é o que anuncia um desenvolvimento que irá se prolongar pelo resto da vida. Do ponto de vista de DW, a evolução do bebê até tornar-se um adulto refere-se à pessoa poder encontrar seu lugar na sociedade através do trabalho e estabelecer um padrão de ser, que é um meio termo entre copiar os pais e, desafiadoramente, estabelecer uma identidade pessoal.

É importante, neste momento, entendermos o que DW quer dizer com “HOLDING”. Todas as qualidades do cuidado materno que começam antes do nascimento e continuam depois dele, incluindo a preocupação materna primária, compõem o “AMBIENTE DE HOLDING”. Tanto o holding psicológico como o físico são essenciais para o bom desenvolvimento do bebê e continuarão sendo importantes pelo resto de sua vida. O ambiente de holding, que por definição é um “*ambiente suficientemente bom*”, jamais perde sua importância durante a vida inteira.

É através de um “holding suficientemente bom” que o bebê poderá desenvolver um sentimento de identidade e de dizer “EU SOU”. Neste momento de dependência é o que DW chama de “fase de holding”, pois é aqui que o bebê sente-se completamente exposto e desprotegido. Segundo Winnicott, “nesse período, apenas se alguém colocar seus braços em volta do bebê é que o momento do EU SOU poderá ser suportado, ou melhor, talvez arriscado” (WINNICOTT, apud ABRAM, 2000).

Os pais devem proporcionar ao bebê um ambiente compatível com as necessidades deste. As rotinas de cuidados ao bebê se estendem pelo dia e pela noite, não sendo iguais para dois bebês diferentes, mesmo no caso de gêmeos univitelinos. Um bebê nunca é igual ao outro. Isto significa que é o bebê que determina o holding que necessita e vai depender da habilidade da mãe decifrá-lo e suprir suas necessidades. É nesta capacidade da mãe envolver-se emocionalmente que o ambiente de holding se desenvolve. Ser amado significa ser aceito como se é,

e isto é fundamental para o desenvolvimento de autovalor no indivíduo. Ser amado pela mãe significa o direito a ser amado na vida.

Passamos agora para o segundo conceito winnicottiano a ser analisado: a “PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA”. A mulher grávida sadia torna-se “mentalmente enferma” durante o período que vai de pouco antes de dar à luz até algumas semanas depois do parto. É o que DW denomina de “*preocupação materna primária*”. É por meio da possibilidade da mãe poder ingressar e sair deste estado, que a saúde física e emocional do bebê pode ser criada e mantida. Neste período ela é o bebê e o bebê é ela. A mãe torna-se preocupada e devotada em função de sua intensa identificação com o bebê. Segundo Winnicott:

“Não creio possível uma compreensão do funcionamento da mãe nos primórdios da vida do bebê sem o entendimento de que ela deve ser capaz de atingir esse estado de intensa sensibilidade, quase uma doença, e recuperar-se dele”. (WINNICOTT, 2000, p. 401).

Satisfazer estas necessidades do bebê só é possível através do amor incondicional da mãe, que é sua completa empatia com a condição da criança. A “*preocupação materna primária*” é um estado onde a mãe saudável, suficientemente boa, é capaz de propiciar um ambiente no qual o bebê pode ser ele mesmo e crescer. É o ambiente onde o bebê pode desenvolver seu potencial de ser humano que traz gravado em seu código genético. É na verdade um ambiente facilitador para que o bebê possa vir a ser quem ele veio ser. É a base de fato na qual tanto a criança quanto a mãe estão psicologicamente fundidos. É o momento no qual a mãe se oferece como suporte para que a criança se simbiotize com ela para depois se separar e formar a própria identidade.

O terceiro conceito a ser estudado aqui é o de “MÃE SUFICIENTEMENTE BOA”. Para o bebê a mãe é o primeiro ambiente biológico e psicológico com que ele tem contato já fora do útero. A maneira como ela se comporta e se sente em relação a seu filho, especialmente pouco antes e depois do parto, exercerá uma grande influência sobre a saúde do bebê pelo resto da vida. Então o termo “*mãe suficientemente boa*” refere-se à adaptação da mãe às necessidades do bebê recém-nascido, bem como da criança durante seu crescimento.

DW estabelece uma relação importante entre os conceitos de “mãe suficientemente boa” e os de “ilusão e onipotência”. A onipotência do bebê vem da ilusão de que é ele próprio que se fez, se cuida e se desenvolve sozinho. A mãe suficientemente boa é aquela que tolera e dá espaço para que seu filho possa separar-se psicologicamente dela e descubra sua individualidade e independência. A mãe é na verdade o “ambiente facilitador” que permite ao bebê esta evolução. Nesta fase onipotente do bebê, a mãe e ele encontram-se fundidos por uma profunda “afinidade egóica”, ou seja, o bebê depende do suporte egóico, da proteção e da segurança proporcionados pela mãe.

O bebê necessita de algo que não sabe o que é. Pode ser o calor da mãe, o toque, o olhar e também o seio como alimento. A mãe que é suficientemente boa é capaz de interpretar estas necessidades e provê-las ao filho. Isto faz com que a criança tenha a ilusão de que foi ela própria que “criou” aquilo que lhe foi oferecido. Com isto, a criança sente-se o próprio Deus: onipotente. O sentimento de “confiança no mundo” origina-se aqui, com a ilusão que a mãe lhe dá de ser o Deus que criou o mundo.

Uma mãe que é “suficientemente boa”, que entrou na “doença saudável” da “preocupação materna primária” e é capaz de fornecer “holding” a seu bebê, pode adaptar-se suficientemente bem às necessidades do filho e proporcionará a ele a “ilusão” de que existe uma realidade externa que corresponde à sua capacidade de criar. É importante que o bebê tenha a ilusão de ser poderoso ao experimentar a onipotência. Sem esta ilusão oferecida pela mãe, não é possível haver confiança em si mesmo, na vida e no mundo. Repetindo esta experiência, o bebê finalmente chega ao “extremo da onipotência”, mas isto só será possível se a mãe tiver a capacidade de proporcionar a seu filho a oportunidade de sentir-se como um Deus, que evoluindo na saúde, faz com que ele saiba o que é o mundo real e que ele não é Deus. Segundo DW a comunicação feita desta forma ao bebê é como se a mãe estivesse lhe dizendo: “Venha ao mundo criativamente. Crie o mundo; é apenas o que você cria que é importante para você. O mundo está sob seu controle”. (WINNICOTT, apud ABRAM, 2000, p. 155). Venha, se arrisque, crie, que eu cuido de você. “A mãe proporciona ao bebê um breve período em que a onipotência é um

fato da experiência “. (WINNICOTT, 1975, p. 56).

No outro extremo do conceito de “mãe suficientemente boa” está a “mãe NÃO suficientemente boa”. É a mãe que não é capaz de proporcionar o ambiente que o bebê necessita para um desenvolvimento sadio. São as mães psicóticas; as mães que não podem entrar na “preocupação materna primária” e as mães atormentadoras. A *mãe psicótica* apresenta ela mesma a dificuldade de se desvincular da simbiose com o filho. A *mãe que não entra na “preocupação materna primária”* normalmente dá um jeito de compensar sua “falha”, porém a *mãe atormentadora* é a que causa o pior efeito à saúde psíquica do bebê. É a que mais atrapalha o desenvolvimento da identidade do filho, pois não dá espaço para que ele tenha a ilusão de onipotência e depois possa dentro de sua dependência confiar na proteção dela. Este aspecto é fundamental para entendermos o caso da vinheta clínica que será apresentada em seguida neste trabalho.

Para terminar esta seção, falarei sobre o “PAPEL DO PAI” na criação do filho. Tanto DW como MM assumem que dedicaram pouco espaço em suas obras para analisar o papel desempenhado pelo pai no desenvolvimento emocional da criança. No entanto, DW esteve sempre atendo à importância da parceria dos pais e no impacto desta na evolução da criança. Ele valoriza o papel do pai como “terceiro” da relação, como quem o pai é como pessoa em relação à mãe e também o pai que a mãe contém em sua mente durante a maternagem. O pai é sempre um objeto periférico e protetor da dupla mãe-bebê. Ele sempre será visto pelo filho como um objeto total, isto é, o bebê nunca vai fazer uma relação simbiótica com ele. O bebê reconhece o pai depois de já ter se individualizado da simbiose com a mãe. O bebê faz uso do pai como um exemplo de sua própria integração como objeto total.

O “ambiente suficientemente bom” depende de uma mãe adaptada às necessidades do bebê, enquanto o pai, ou terceiro, está sempre presente na mente da mãe, como também a mãe e o bebê estão presentes na mente do pai.

A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ EM ERNST TUGENDHAT

Ernst Tugendhat (1930 -) é um filósofo alemão, nascido em Brno, República Tcheca, que emigrou para a Suíça em 1938 e, posteriormente, para a Venezuela em 1941. Doutor em filosofia pela Universidade de Stanford (Califórnia –USA), foi catedrático de Filosofia nas Universidades alemãs de Heidelberg e Livre de Berlin até sua aposentadoria em 1992. Atualmente é professor honorário da Universidade de Tübingen.

A obra de ET que será aqui estudada é: “Egocentricidade e Mística: um estudo antropológico”. Muito sucintamente, podemos afirmar que o autor analisa neste livro a evolução do ser humano, desde o ponto de vista de sua capacidade de desenvolver uma linguagem proposicional, mais especificamente, de sua “capacidade de dizer eu”. A partir desta capacidade, pode raciocinar e passa a ter, então, a possibilidade de refletir e entender a vida de uma maneira que nenhuma outra espécie é capaz. No capítulo 2 deste livro, Tugendhat analisa o BOM e o IMPORTANTE e, numa parte deste capítulo, analisa a relação mãe-bebê, mais especificamente da importância do *valor* que a mãe dá a seu filho, promovendo assim a saúde emocional da criança e, por conseguinte, da saúde do adulto que ele será.

O referido capítulo trata da importância que cada ser humano dá a si próprio. ET analisa isto do ponto de vista conceitual do egoísmo, do altruísmo e da egocentricidade. De acordo com ET, o ser consciente se objetiva ao dizer “eu” através da linguagem proposicional e com isto cria também a consciência da existência de outros objetos e sujeitos. Assim o indivíduo se vê e se sente como o centro do mundo, mas também pode perceber que há outros centros no mundo, podendo então abrir mão de ser “o *centro único*” deste mundo. Esta é a construção da Egocentricidade. Notamos aqui um paralelo estreito com os conceitos de Winnicott e Mahler analisados anteriormente, nos quais o bebê parte de uma fase simbiótica onipotente, onde o único ego no mundo era o seu, fundido com o ego da mãe (*centro único*), evoluindo para a noção de ser um ego independente da mãe, agora não mais onipotente mas dependente dela. Tugendhat descreve esta evolução assim:

“Todo o indivíduo que diz “eu” parece considerar-se absolutamente importante, porém, de modo mais ou menos explícito, tem uma consciência de que os outros também se consideram importantes e de que ele está em um mundo no qual também ele próprio considera outras coisas importantes e, finalmente, de que, em relação ao mundo, ele se pode ver como mais ou menos desimportante”. (TUGENDHAT, 2013, p. 27)

Já no início do capítulo, podemos relacionar este aspecto descrito por ET, com o que Winnicott considera a “evolução” da dependência em direção à independência. O bebê passa de um estágio de Dependência Absoluta, em que só existe o seu EU no mundo, e nada mais, para um estado de Dependência Relativa, em que o bebê passa a ter consciência de um EU e de um NÃO EU, isto é, passa a reconhecer que existe a mãe. Desta forma, tem que viver com a consciência de sua fragilidade. Em relação à obra de Margareth Mahler, vemos a mesma evolução no caminho que o bebê faz, desde a Fase Autista Normal, passando pela Fase Simbiótica Normal até completar a Fase de Separação-Individuação. A aquisição da consciência de que existe a mãe e de que depende dela faz o bebê notar que existem outros egos no mundo também importantes, fazendo com que sua onipotência diminua. É o que ET quer dizer com tornar-se mais ou menos desimportante.

Um conceito analisado neste capítulo do livro, que nos parece importante para a análise à qual nos propomos, é o de OBJETIVO EM SI e OBJETIVO DERRADEIRO. Segundo Tugendhat (2013, p. 34):

“... o discurso sobre um objetivo em si mesmo diz respeito a um *fazer*. Faz-se algo com um objetivo em si mesmo quando se tem em vista os próprios interesses, e não como um meio para outra coisa, como por exemplo, passear... Já o discurso sobre o objetivo derradeiro refere-se a *alguma coisa*, a um ser. O indivíduo se refere a alguma coisa como a um objetivo derradeiro quando está preocupado com seu ser e seu bem-estar. É deste modo que eu me refiro à minha própria vida, mas assim também posso me referir à vida de outras pessoas...”.

Dentre os conceitos escolhidos da teoria de DW, fica claro que o de PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA e o de MÃE SUFICIENTEMENTE BOA se encaixam aqui. A mãe que está envolvida afetivamente com seu bebê, seja na gravidez ou no pós-parto, deve fazer dele seu “objetivo derradeiro”. Desse modo, suas ações estarão direcionadas para o bem estar do bebê e não para o seu. O

bebê é o seu objetivo, seu objetivo derradeiro. Suas ações não são um mero *fazer*, mas têm um objetivo maior que é a preocupação com o outro ser.

Abre-se aqui a discussão sobre o Altruísmo e Egoísmo. Segundo Tugendhat, “chama-se de altruísta uma ação cujo objetivo derradeiro não é o próprio bem-estar, mas o de outrem” (2013, p. 36). Ao contrário, no egoísmo, o objetivo derradeiro das ações é única e exclusivamente o próprio bem-estar. Ele faz aqui uma citação importante em relação ao comportamento dos pais, que interessa ao escopo deste trabalho:

“Sem o comportamento altruísta dos pais, por exemplo, as crianças dessa espécie não poderiam se desenvolver. Instintos fundamentais como os de se manter vivo ou de amar os próprios filhos se conservaram nos homens, mas hoje eles se apresentam remodelados pela estrutura do querer deliberativo, calcado na proposicionalidade”. (2013, p. 36)

Fica claro que o instinto de amar os filhos faz parte da vida emocional dos pais, mas *há também* uma decisão consciente de executar esta tarefa amorosa, numa espécie de *amor prático*. A decisão de fazer algo em benefício próprio ou para outrem é algo que precisa ser conscientemente desejado, pois são duas possibilidades que andam em sentidos opostos. Logo, a escolha deve levar em conta um objetivo, para definir a conduta aqui como Altruísta (tomar a atitude pensando no bem-estar do outro), ou Egoísta (pensando apenas no próprio bem-estar). A pessoa terá que decidir sobre sua ação de acordo com seu objetivo: ser egoísta ou altruísta. Notamos então, que altruísmo e egoísmo surgem ao mesmo tempo e estão no espaço de liberdade que caracteriza toda ação de um querer deliberativo. Winnicott mostra que a mãe também escolhe suas ações para com seu bebê e que seus cuidados não são apenas frutos do instinto materno, afirmando que “a mãe de um bebê é biologicamente condicionada para a sua tarefa de lidar de modo todo especial com as necessidades do bebê ... existe uma identificação – consciente mas também profundamente inconsciente – que a mãe tem com o seu bebê”. (WINNICOTT, 2000, pg. 399).

De acordo com estes conceitos, concluímos que a ação egoísta ou altruísta da mãe em relação aos cuidados a seus filhos é uma ação que tem uma base afetiva e instintiva maternal, mas é também uma escolha consciente. Embora exista

uma força instintiva que norteia a ação materna nos cuidados e no amor ao bebê, a mãe não está obrigada biologicamente a isto. Tanto a Preocupação Materna Primária quanto as ações da Mãe Suficientemente Boa, embora de base instintiva, também são definidas cognitivamente, ou seja, são também uma escolha.

Quando fazemos uma escolha, é porque temos consciência do BOM e tivemos que refletir entre várias possibilidades qual era a MELHOR. No entanto, existe outro fator que influencia na escolha além do bom e do melhor: é a IMPORTÂNCIA daquilo que escolhemos. Quando alguma coisa é mais importante do que outra, não interessa para nossa escolha que esta seja melhor. Vemos, portanto, o quanto significa para nossa espécie algo ou alguém ser importante. Ser importante significa mais do que ser melhor. Ser importante para a mãe é o fato mais significativo da vida de um bebê.

Segundo Tugendhat: “Os homens se consideram importantes e creem que tem um “valor” porque se julgam dignos de amor e apreço e porque estão cientes de que interferem nos acontecimentos do mundo” (2013, p. 42). Ele cita Tzvetan Todorov, que faz uma distinção entre a necessidade do RECONHECIMENTO da própria existência pelos outros, já presente no primeiro ano de vida, e da necessidade que surge mais tarde de ser reconhecido por ter feito algo bom.

Esta palavra “reconhecimento” se refere a uma valoração subjetiva. É muito importante a seguinte citação:

“Quando uma pessoa faz do bem-estar da outra (por exemplo, a mãe em relação ao bebê) um objetivo derradeiro, isso normalmente significa que esse bem-estar alheio tem, no âmbito dos bens da pessoa – e para seu próprio bem-estar – um grande valor e uma grande importância. A mãe dá a entender ao bebê que ele é importante para ela, e para o bebê isso parece significar que ele não apenas é importante para ela, mas que também tem um valor que é importante (sem o ‘para’). Quem é amado considera-se digno de amor. ...Desse modo, na informação ‘você é importante para mim’ já está implícita outra, a de que ‘você é importante’ “. (TUGENDHAT, 2013, p. 43)

Tugendhat cita a ideias de René Spitz: “para as crianças pequenas, a consciência de serem amadas – de serem o objetivo derradeiro para os outros e importantes para si mesmas – é uma necessidade vital” (2013, p. 43).

Vemos aqui um aspecto fundamental para o desenvolvimento emocional saudável do bebê, que é um ambiente de Holding suficientemente bom. Numa fase tão precoce da vida, quando o bebê está vivenciando etapas de dependência absoluta e relativa, é fundamental que tenha a mãe disposta a se adaptar às suas necessidades únicas, de ser humano único. Quando o bebê começa a sentir-se diferenciado da mãe e separado dela, sente-se exposto e desprotegido. Uma mãe suficientemente boa, mostrando que o bebê é especialmente amado por ela, traz para ele a sensação de que ele tem valor. As crianças, mesmo antes de dizerem “eu”, precisam saber que são consideradas importantes por outras pessoas. Sentido que outras pessoas fazem delas seu objetivo derradeiro, poderão no futuro fazer de seu bem estar pessoal seu próprio objetivo derradeiro.

Para que alguém possa considerar algo importante, é preciso primeiramente ter a sensação de ser importante. Mas, para ter a sensação de ser importante, é preciso imaginar que é importante para os outros. Desta noção de sentir-se importante para os outros vem a ideia de se ter um valor. Desta maneira, o reconhecimento é transformado em um sentimento de ser digno de reconhecimento. As pessoas no sentido de sentirem-se importantes, ou seja, de buscarem o reconhecimento do próprio valor pelos outros, são insaciáveis por toda a vida. Anseiam pela confirmação de serem dignos de amor e de apreço. Como foi visto anteriormente, nos conceitos de Margareth Mahler a fase de Separação-Individuação nunca acaba e, nos conceitos de Donald Winnicott, a fase de Rumo à Independência também não termina.

No desenvolvimento da vida adulta, aparece esta necessidade de ter valor, de ser digno de amor, em dois pontos muito significativos. Um deles é na profissão. Ser considerado “bom” naquilo que se faz equivale a manter-se assegurado de que se tem valor. O outro é ser importante e amado pela própria família. A escolha de um cônjuge amoroso e que traga a sensação de que se é importante e se é amado traz consigo a sensação de valor. Ser amado pelos filhos, reassegura também o reconhecimento do próprio valor e importância.

Nestes dois sentidos, o do trabalho e o da família como fontes de reasseguramento do próprio valor e importância, podem ser relacionados com a

teoria de DW. Inicia-se pelo valor que a criança sente pelos cuidados dispensados pela mãe nas fases de Dependência Absoluta, com os cuidados corporais e afetivos, dando espaço para que desenvolva sua onipotência. A criança, que se sente como um Deus todo poderoso, sente que tem um valor em si inesgotável, e isto é proporcionado pela mãe em sua Preocupação Materna Primária. Depois, na fase de Dependência Relativa, quando começa a descobrir que existe um Eu e um Não Eu, tem que admitir a própria fragilidade e que, se vive, é porque a mãe o ama incondicionalmente. Sente então que é um fim derradeiro para outra pessoa. Assim a mãe mais uma vez traz para o filho a sensação de que ele tem valor. Na fase do “rumo à independência”, ou seja, uma busca de independência que é um processo que nunca chega ao fim, o papel da mãe segue sendo primordial para que o filho continue confirmando seu valor. Sentindo-se digno de ser amado pela mãe, sente-se digno de amor. O papel da Mãe Suficientemente Boa tem então um significado importante na formação do bebê e segue na vida de adulto como a sensação de que é um ser importante e de valor. A meu ver, este seria o protótipo da Saúde Mental. Nota-se o mesmo desenvolvimento na obra de Margareth Mahler, desde uma dependência absoluta na Fase Autista Normal até a Fase de Separação-Individuação que se mantém por toda a vida do indivíduo.

VINHETA CLÍNICA

J.P.S. é um homem de 40 anos e procura tratamento por estar deprimido. Sente-se assim há muitos anos, com uma longa história de tratamentos psicanalíticos (desde psicanálise mais ortodoxa da linha Freudiana até psicanálise mais alternativa), psicoterápicos (psicoterapias de orientação analítica e comportamentais) e biológicos (uso de medicação).

Chama a atenção a desilusão que tem com as terapias, com os terapeutas e com a medicação. Intrigou-me sua procura por tratamento comigo, sabendo que trabalho com Psicoterapia de Orientação Analítica e uso de medicação. Retomarei este detalhe mais adiante neste trabalho.

Era nítida para mim a indicação de tratamento, visto seu estado de humor. Apresentava-se vestido com certo desleixo, descuido com o trato do cabelo e barba.

A obesidade mórbida fazia com que a poltrona do consultório ficasse pequena para ele. Sua facies depressiva era marcada pela pobreza da mímica e seu gestual era muito pouco expressivo.

Sua postura emocional nos primeiros tempos de tratamento era de uma certa “fúria” com a ineficácia dos tratamentos anteriores e por ter que começar de novo, “depois de 20 anos ainda se tratando e gastando dinheiro, sem nenhum resultado”. Quando falava nisto, seu olhar era de tanto ódio, que me fazia sentir “culpado” pelo fato da “Psiquiatria” não o ter ajudado, depois de tantas tentativas e tanto tempo e dinheiro “perdidos”. É importante salientar que eu não ficava com medo de sua brabeza, mas me sentia culpado por ele não ter melhorado com os tratamentos anteriores.

A mesma fúria, que demonstrava ao falar destes insucessos terapêuticos de mais de 20 anos de história, aparecia também quando se referia à sua história familiar em relação aos cuidados parentais. Tinha mágoas profundas com os pais, mas especialmente com sua mãe.

É o filho mais jovem de quatro irmãos, sendo a prole, ele e três mulheres. Desde muito cedo vivenciou uma família muito conflituada. O pai portador de Transtorno Afetivo Bipolar com história de várias baixas hospitalares, tanto por surtos maníacos como depressivos. Sempre muito instável, era desqualificado pela mãe para os filhos. A mãe sempre apresentou um temperamento muito instável, explosivo e invasivo, que pelos relatos do paciente me fazem pensar em um Transtorno Borderline de Personalidade. O diagnóstico do pai foi feito por médicos psiquiatras que o atenderam ao longo da vida, mas o da mãe é uma hipótese minha. Sentiu-se sempre desprotegido pela instabilidade afetiva familiar. Aqui aparece a ideia do mal que uma *mãe atormentadora* pode causar na evolução emocional da criança.

Desde muito pequeno fantasiava com o dia em que poderia se ver livre do convívio com a família. Quando nasceu, seu pai estava internado por causa de uma crise depressiva grave. Refere que em seus primeiros meses de vida foi cuidado

especialmente pela avó materna, visto que a mãe dedicou-se aos cuidados do pai ainda doente.

Refere que nunca foi estimulado pelos pais a nada. Todas as ideias que tinha de estudar e melhorar de vida eram criticadas. A mãe dizia que ele “não ia dar em nada na vida” e que seria um louco como pai.

Conseguiu se formar em Odontologia podendo assim sair da casa dos pais e obteve sucesso na profissão de dentista. Durante uns 10 anos foi relativamente bem na profissão, mas depois de passar por um quadro depressivo e agitado, começou a ter dificuldades profissionais.

Apresentou quadros afetivos de depressão grave, com risco de suicídio, mesclado com episódios de euforia e agitação várias vezes nos últimos anos. Foi então num episódio depressivo destes que comecei a atendê-lo.

Sempre chamou a atenção o ódio que sentia por sua mãe. Culpava-a ostensivamente pela forma que o maltratara na infância e adolescência. Defendia que todos seus insucessos na vida, tanto emocionais quanto profissionais, eram causados pelos danos emocionais causados pelos maus tratos sofridos dentro da família. Nunca se sentiu protegido, cuidado e respeitado.

Estava, na época em que começamos o tratamento, desempregado e passando por necessidades financeiras. Morava na casa de um parente e fazia plantões ocasionais em Pronto Socorro de Urgência Dentária para se manter.

Entendi, no decorrer do tratamento, que sua raiva da atitude parental de desassistência responsável por sua doença foi projetada nos insucessos terapêuticos, pelos quais também se sentiu abandonado. Funcionaram como “MÃES NÃO SUFICIENTEMENTE BOAS”, que não lhe cuidaram bem, da mesma forma que sua mãe. Em suma, não lhe proporcionaram o Holding que precisava e procurava, a meu ver, para encontrar o próprio VALOR.

Entendi que sua raiva não me dava MEDO, apesar de seu tamanho corporal, mas CULPA, pelo fato de eu me identificar com sua mãe, como o cuidador que me propunha ser naquele momento. Sentia como se não o estivesse atendendo adequadamente e que apesar do pouco tempo de tratamento para um caso tão grave, eu já devesse tê-lo curado. A culpa que senti me apontou para a culpa da mãe na gênese de toda a doença dele.

Com o HOLDING que foi feito desde o início do atendimento, fui conquistando a confiança de JP. Tolerar sua agressividade sem retaliações foi fazendo com que se sentisse seguro e entendido. A função de Mãe Suficientemente Boa veio por meio de meu entendimento de que aquela agressividade não se dirigia a mim pessoalmente ou ao método que eu utilizava para atendê-lo, mas ao objeto primário, sua mãe abandonadora e agressiva. Minha persistência sem brigar com ele, respondendo como se sua raiva pudesse ser tolerada por mim, fez com que ele interpretasse nossa relação como uma relação segura e onde ele poderia ser como é. Pode ser respeitado, cuidado e sentiu que tinha valor para mim. Entendeu que tinha valor para mim como paciente e que por isto tinha valor. Sentiu-se importante porque sentiu-se importante para mim.

Nos últimos tempos, ele apresentou significativa melhora. Fez uma cirurgia bariátrica e perdeu mais de setenta quilos. Está numa relação afetiva que já dura dois anos e sente-se feliz por isto. Mudou o enfoque profissional e está trabalhando melhor, recebendo um melhor salário e fazendo um mestrado numa nova área de interesse.

Há pouco tempo sua mãe adoeceu e ele conseguiu conviver melhor com ela. Pode dar assistência a ela desde uma “distância ótima” segundo ele. Não se envolvendo diretamente, mas coordenando um grupo de cuidadores. Antes ele se obrigava a cuidar da mãe, o que lhe causava muito ódio e sentimentos de culpa violentos que o levavam sempre para mais uma crise depressiva.

CONCLUSÃO

Baseado na ideia de Tugendhat, da gênese da baixa autoestima como um mau cuidado materno e naquilo que Donald Winnicott e Margaret Mahler teorizaram a respeito da importância dos bons cuidados da mãe, na gênese da saúde mental do ser humano, o exemplo clínico acima mostra a reconstrução afetiva que um vínculo sadio, via psicoterapia, pode trazer para o ser humano. Afirma a ideia de Winnicott de que o setting analítico pode fazer o papel de um ambiente de holding suficientemente bom e reconstruir aspectos da personalidade do paciente que ficaram doentes em algum momento da sua evolução. Confirma também a ideia de Tugendhat sobre a importância do *valor* que uma pessoa dá a si mesma, provinda da importância que a mãe dá a ela. Ser o objetivo derradeiro de amor para a mãe, faz o filho sentir-se digno do amor dela, e logo, digno de amor. TUGENDHAT não fala do pai enquanto DW e MM assumem não terem estudado a fundo sua função na saúde mental.

Penso que o objetivo de mostrar a similaridade entre as ideias filosóficas de ET e as ideias psicanalíticas de DW e MM, na formação da autoestima do ser humano com o equivalente resultado em sua saúde mental, baseado na importância da relação do bebê com a mãe, foi atingido. A tentativa de mostrar como o HOLDING pode servir como ferramenta terapêutica foi uma maneira indireta de demonstrar a importância do *vínculo* na noção do autovalor do ser humano, e o papel deste para o resto da vida da pessoa e que embora seja muito importante uma tônica deliberativa nas ações de cuidados ao outro, tanto da mãe como do terapeuta, os resultados dependem fundamentalmente do caráter afetivo da interação humana.

REFERÊNCIAS

ABRAM, Jan. A linguagem de Winnicott. Tradução de Marcelo del Grande da Silva. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

DAVIS, Madeleine; WALLBRIDGE, David. Limite e espaço: uma introdução à obra de D. W. Winnicott. Tradução de Eva Nick. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

MAHLER, Margaret S. O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação / Margaret S. Mahler, Fred Pine e Anni Bergman. Tradução Jane Araújo Russo. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

TUGENDHAT, Ernst. Egocentricidade e mística: um estudo antropológico. Tradução de Adriano Naves de Brito, Valério Rohden. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

WINNICOTT, D.W. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução de David Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D.W. O brincar e a realidade. Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.