

O MEDO QUE SE (RE)ATUALIZA: CONSIDERAÇÕES WINNICOTTIANAS SOBRE O MEDO DO COLAPSO¹

Celestina Maria Gomes da Silva²

Bruno Quintino de Oliveira³

RESUMO:

A proposta deste estudo, fundamentado na teoria do desenvolvimento emocional de Donald Woods Winnicott, é compreender uma possível relação entre as crises de pânico com a inibição dos impulsos agressivos cometidos pelo bebê ao seu cuidador primordial. Situamos essa discussão principalmente no que tange às questões entre o uso e o relacionamento objetal do indivíduo frente ao seu meio. Para que ocorra essa importante passagem faz-se necessário a destruição do objeto por parte do bebê, sendo crucial, nesse momento, a sobrevivência dele. Apostamos que a constante inibição e retaliação da inerente agressividade da criança, por parte do cuidador primordial, num período tão importante como é o da dependência relativa, traria danosas consequências psíquicas que se revelariam a partir de intensas ansiedades, conceituado por Winnicott como o medo do colapso, uma forma muito primitiva de confrontar o ambiente que circunda esta pessoa. Ele também enfatizou que a agressividade com o uso do objeto não é algo negativo em si, mas uma forma da criança lidar com seus sentimentos de maneira saudável. Por fim, por meio de uma revisão de literatura, reiteramos a necessária função do analista para esses casos em que o medo paralisa qualquer associatividade e espontaneidade. O analista, metaforizado pela lógica de um ambiente suficientemente bom, espaço seguro para acolher as agruras do viver, possibilitaria a esse indivíduo um (re)encontro com o primitivo traumático.

Palavra-Chave: Ansiedade e pânico. Agressividade. Medo do colapso. Winnicott.

THE FEAR THAT (RE)ACTUALIZES ITSELF: WINNICOTTIAN CONSIDERATIONS ON THE FEAR OF COLLAPSE

ABSTRACT:

The purpose of this study, reasoned on the theory of emotional development of Donald Woods Winnicott, is to understand a possible relationship between panic attacks with the inhibition of aggressive impulses committed by the baby to its primary caregiver. We situate this discussion mainly about the issues between the use and the objectrelated relationship of the individual in relation to his environment. For this

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa de Prática Clínicas. Recebido em 21/05/2023 e aprovado, após reformulações, em 21/06/2023.

² Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: celestinagomes1@gmail.com.

³ Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: brunoqoliveira@outlook.com.

important passage to occur, it is necessary for the baby to destroy the object, and it is crucial, at this moment, for the baby's survival. We bet that the constant inhibition and retaliation

of the inherent aggressiveness of the child, on the part of the primary caregiver, in a period as important as that of relative dependence, would bring harmful psychic consequences that would reveal themselves from intense anxieties, conceptualized by Winnicott as the fear of collapse, a very primitive way of confronting the environment that surrounds this person. He also emphasized that aggressiveness with the use of the object is not something negative, but a way for the child to deal with his feelings in a healthy way. Finally, through a literature review, we reiterate the necessary function of the analyst for these cases in which fear paralyzes any associativity and spontaneity. The analyst, metaphorized by the logic of a good enough environment, a safe space to welcome the hardships of living, would enable this individual to (re)encounter with the traumatic primitive.

Keyword: Anxiety and panic. Aggressiveness. Fear of collapse. Winnicott.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como finalidade compreender como um ambiente primitivo, de base traumática para o indivíduo que está por se constituir psiquicamente ao longo dos primeiros meses de vida, prejudicaria sensivelmente o desenvolvimento social e psíquico do bebê/criança. Ancorados pela teoria psicanalítica e tendo como eixo conceitual a noção de “medo do colapso”, proposto pelo psicanalista e pediatra britânico Donald Woods Winnicott (1994), iremos trilhar uma escrita que objetiva problematizar o uso do diagnóstico clínico do termo ansiedade na contemporaneidade que, muitas vezes, tende a não escutar o sofrimento psíquico a partir das nuances de um ambiente primitivo hostil. Propomos trazer à tona elementos teóricos que nos auxiliarão a pensar a constituição psíquica do indivíduo e sua particular travessia no que concerne ao seu amadurecimento emocional. Pretendemos, portanto, com este trabalho, lançar uma discussão pertinente no que se refere aos cuidados ofertados de forma saudável ou não por mães e/ou cuidadores ao pequeno indivíduo e suas repercussões frente ao ambiente.

Discutiremos a noção de dependência absoluta, relativa e rumo à independência, estágios que compõem a lógica do amadurecimento emocional segundo Winnicott (1983c). Parece-nos que um não cuidado suficientemente bom,

principalmente nos primeiros meses e anos de vida da pessoa, facilitaria a emergência de uma ansiedade aniquiladora ao eu do indivíduo, tendo assim a noção de colapso um fator central, trazendo graves e intensos sofrimentos psíquicos que se reatualizariam no presente. Iremos também colher algumas pertinentes contribuições de Sigmund Freud bem como a de pesquisas em artigos científicos indexados nas bases de dados do Google Acadêmico e *Scielo*, além de livros com informações de interesse ao nosso objeto de estudo.

O interesse em abordar este tema surge após algumas inquietações em relação ao número crescente de crianças e adolescentes apresentando intensas queixas de ansiedade. Sabemos que existem diversas concepções sobre o termo ansiedade. Escolhemos aqui tratá-lo pelo aporte da teoria psicanalítica winnicottiana. Boris e Barata (2017) relatam que as definições encontradas na literatura sobre o termo “ansiedade” são amplas. Conseguir diferenciar o que é chamado de ansiedade daquilo que é denominado como angústia não é, de fato, uma tarefa simples. Os autores afirmam que, enquanto a angústia se caracteriza pela inquietação ontológica e por um difuso receio, sem apresentar qualquer objeto definido, a ansiedade se manifesta por meio de sintomas comportamentais perceptíveis, como tensão, taquicardia e dispneia. Podem existir, assim, situações angustiantes sem expressão de ansiedade, bem como eventos de ansiedade que não mantêm relação com situações angustiantes. Dessa maneira, a ansiedade pode ser identificada como de ordem comportamental, enquanto a angústia consiste em um estado psicológico que não se expressa, necessariamente, no comportamento.

Nos últimos anos, de acordo com os relatórios da Organização Pan-Americana de Saúde (2017), vêm sendo popularizados os diagnósticos de ansiedade, e, no Brasil, encontra-se atualmente 18 milhões e meio de pessoas diagnosticadas como ansiosas. Com efeito, pelo alto número de diagnóstico dentro do significante “ansiedade”, não acreditamos que todos se referem ao que trabalharemos aqui como um ambiente primitivo de base traumática, que incidiu em um eu ainda frágil do bebê. É possível que este expressivo número em nosso país esteja também atravessado por questões trabalhistas na lógica de um capitalismo perverso, das inúmeras desigualdades sociais que nos contornam dentre outros fatores. Assim, a nossa leitura parte de um ponto

específico, isto é, como a clínica psicanalítica winnicottiana nos auxiliaria a tematizar a noção de ansiedade severa.

Com efeito, é possível verificar o aumento dos números de diagnósticos de ansiedade, não apenas nos relatórios oficiais de instituições de saúde, mas também na rotina de clínicas, consultórios e, inclusive, na mídia informativa. Apostamos que a inibição da agressividade na criança, quando se encontra na fase da dependência relativa, teria o desdobramento em ansiedades intensas, denominadas por Winnicott como o medo do colapso, uma forma muito primitiva de confrontar o ambiente que circunda esta pessoa.

Donald Woods Winnicott foi um pediatra psicanalista, nascido em 7 de abril de 1896 em Plymouth, filho mais novo e único menino. Seus pais Frederick e Elizabeth já tinham duas filhas quando ele nasceu. Mais tarde se definiria como filho único com múltiplas mães e um pai no qual descrevia como uma figura relativamente afável no início de sua vida relatado em sua teoria do desenvolvimento, mas como uma presença potente e potencialmente humilhante quando descreve uma recordação de sua infância. Estudou, em um ciclo básico de Ciências Naturais como a biologia, zoologia, anatomia e fisiologia. Seus estudos foram interrompidos pela guerra, levando-o a trabalhar nas faculdades que se tornaram hospitais militares. O começo de sua fase adulta foi marcado por uma guerra mundial onde viveu experiências, inevitavelmente cruciais. Em 1920 se tornara um médico habilitado no que na época se chamava de medicina infantil, sendo visto como um talento para lidar com as crianças. Com 23 anos descobre a psicanálise estimulados pelas leituras de Freud, onde começa uma nova jornada. Vejamos suas repercussões (PHILLIPS, 2006).

2 ANSIEDADE E PÂNICO: MARCAS DO DESAMPARO

A palavra “ansiedade” tem por significado “estrangular, sufocar, oprimir”. Sua origem deriva do termo grego *Anshein*, sendo seus primeiros registros localizados na Grécia Clássica, onde está associada a sinais corporais, apesar de já ter sido descrito alguns casos de fobia na Antiguidade quanto na Idade Média por Hipócrates, sendo raramente tida como doença (GRAEFF et al., 1999 apud CAMARGO, 2020).

Atualmente, o Transtorno de Pânico é considerado pela décima primeira Classificação Internacional de Doenças, mais especificamente, na Classificação dos transtornos mentais e comportamentais, como a forma mais frequente de ansiedade. No capítulo referente aos Transtornos Relacionados à Ansiedade ou ao Medo (*Block*L1-6B0) do manual *ICD-11* encontramos o termo Transtorno de Pânico, enumerado como 6B01 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Vejamos qual é a sua definição nos termos cunhados pela medicina:

O transtorno de pânico é caracterizado por ataques de pânico recorrentes e inesperados que não se restringem a estímulos ou situações particulares. Os ataques de pânico são episódios discretos de medo intenso ou apreensão acompanhados pelo início rápido e concomitante de vários sintomas característicos (por exemplo, palpitações ou aumento da frequência cardíaca, sudorese, tremores, falta de ar, dor no peito, tontura ou tontura, calafrios, ondas de calor, medo de morte iminente). Além disso, o transtorno de pânico é caracterizado pela preocupação persistente sobre a recorrência ou significado de ataques de pânico, ou comportamentos destinados a evitar sua recorrência, que resulta em prejuízo significativo em áreas pessoais, familiares, sociais, educacionais, ocupacionais ou outras áreas importantes de funcionamento. Os sintomas não são uma manifestação de outra condição de saúde e não são devidos aos efeitos de uma substância ou medicamento no sistema nervoso central (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018, p. 40, tradução nossa).

Segundo Pereira (2008) em seu livro “Pânico e desamparo”, alguns psicanalistas da Escola Inglesa trouxeram importantes contribuições para o entendimento do pânico. Destacamos aqui as contribuições do psicanalista Wilfred Bion ([s.d] apud PEREIRA, 2008), ao destacar em seus escritos a importância da dimensão intersubjetiva. Ele concebe o psiquismo como um aparelho para pensar os pensamentos, mas para que esse “aparelho” possa se desenvolver, “[...] é preciso haver um laço adequado com outra pessoa, ou seja, com alguém com um aparelho psíquico já previamente estruturado” (BION, [s.d] apud PEREIRA, 2008, p. 106). Ainda de acordo com o psicanalista, no início da vida o bebê não tem um aparelho psíquico capaz de elaborar os estímulos que chegam, necessitando, portanto, de um amparo constante. Quando as experiências emocionais desagradáveis não podem ser elaboradas, o pequeno ser vivencia como uma ameaça de aniquilação total. Os excessos de desprazer causam uma condição psíquica desesperada e aterrorizante no bebê no qual ele intitula esse terror como invasivo, traumático e impossível de ser pensado, o então “Terror-sem-nome”. Essa experiência vivida é completamente

incompreensível para o psiquismo do bebê, não passando de fragmentos impossíveis de simbolizar.

Frances Tustin ([s.d] apud PEREIRA, 2008), referência no campo do estudo sobre autismo, é outra psicanalista que desenvolve questões importantes para se refletir sobre a dimensão do pânico e desamparo. Ela toma esta temática para pensar os estados autistas. Segundo a autora na base dos processos autísticos está, “[...] uma horrível experiência de um pânico incontável” (TUSTIN, [s.d] apud PEREIRA, 2008, p.116). Tustin propõe uma teoria filogenética, isto é, haveria a fase do “terror primitivo” comum a todas as crianças onde, no útero da mãe, o feto passaria por certos estágios da evolução ancestral da nossa espécie, onde um desses estados corresponderia ao medo de predadores. Tal medo persistiria atualmente sob a forma de vestígios. Para enfrentar esses terrores primitivos é necessária uma ação protetora da mãe “absorvedora de choques” (TUSTIN, [s.d] apud PEREIRA, 2008, p.116).

Pereira (2008), também relata contribuições relevantes que Winnicott trouxe sobre a importância de um cuidador primordial na concepção do psiquismo bem como sobre um olhar psicanalítico do pânico. Demonstrou o papel essencial da mãe ou quem ocuparia esta função aludida aos cuidados fundamentais ao infante na constituição de uma “área de ilusão”, espaço que insere entre o bebê e o mundo real, que permite o lactente suportar seu desamparo, denominado pelo autor de espaço transicional. A presença de uma mãe suficientemente boa ou de um cuidador primordial em uma relação continuada de afetos, protege esse bebê de angústias impensáveis que ele denominou de agonias primitivas. A presença de um cuidador suficientemente bom é a condição primordial para ajudar a criança a constituir essa área de ilusão primitiva que lhe permite suportar sua própria existência (WINNICOTT, 1953 apud PEREIRA, 2008).

O pediatra britânico também afirma que o termo “ansioso” pode ser aplicado quando um indivíduo se vê em meio a alguma experiência física como excitação, raiva ou medo, que ele não pode evitar e tampouco compreender. O indivíduo desconhece grande parte das causas as quais o deixou neste estado. Afirma, ainda, que a ansiedade perpassa por todos os estágios do desenvolvimento, e está relacionada aos fatos resultantes das falhas do cuidar (WINNICOTT, 2021a).

Esta ansiedade que atravessa o ser independentemente do momento que vive, já em Freud, ele descrevia como angústia, o que nos ajuda a pensá-la quando a define como:

[...] um estado afetivo, ou seja, uma união de determinadas sensações da série prazer-desprazer com as inervações de descarga a elas correspondentes e a sua percepção [...]. Nós partimos da diferenciação entre angústia realista e angústia neurótica, a primeira sendo uma reação, que nos parece compreensível, ao perigo, ou seja, a um dano que virá de fora, e a segunda, inteiramente enigmática, como que sem finalidade. Analisando a angústia realista, nós a reduzimos a um estado de elevada atenção sensorial e tensão motora, que chamamos de disposição à angústia. Desta se desenvolveria a reação de angústia. Nela seriam possíveis dois desfechos. Ou o desenvolvimento da angústia, a repetição da antiga vivência traumática, limita-se a um sinal, e a reação restante pode adequar-se à nova situação de perigo, procedendo à fuga ou à defesa, ou a situação antiga prevalece, toda a reação se esgota no desenvolvimento da angústia e o estado afetivo tornase paralisante e inadequado ao presente (FREUD, 2010, p. 161).

No texto acima Freud discorre sobre esta angústia que já aconteceu e retorna no presente de forma inesperada e inadequada, que chega a paralisar o indivíduo acometido por ela. Nesse sentido, consideramos que Winnicott (1994) comunga da mesma ideia ao relatar essa angústia paralisante, como retorno de algo que já aconteceu, quando descreve e conceitua a noção de medo do colapso. Para ele o medo do colapso é uma característica significativa em alguns pacientes, caracterizando-se como a falência de uma organização de defesa frente a um ambiente que não foi suficientemente bom, isto é, ocorreram falhas graves e constantes que naquele momento o indivíduo não tinha um aparato psíquico suficientemente estruturado para metabolizar as experiências traumáticas. O medo do colapso se relaciona tanto a experiências vividas no passado quanto a contingências ambientais que circula o indivíduo. Descreve, ainda, que nem todos os pacientes permitem transparecer esse medo no começo do tratamento:

Alguns queixam-se; mas outros têm as suas defesas tão bem-organizadas, que só após ter havido um progresso considerável no tratamento é que o medo do colapso passa para primeiro plano enquanto fator dominante. Por exemplo, um paciente pode ter várias fobias e uma organização complexa para lidar com essas fobias, de modo que a dependência não surge de imediato na transferência. Mas com o passar do tempo a dependência tornase uma característica principal. Então, os erros e as falhas do analista tornamse causas diretas de fobias localizadas e por isso do despontar do medo do colapso (WINNICOTT, 1994, p. 71).

A ansiedade assim acompanharia o desenvolvimento maturativo da criança, que depende do ambiente e do seu potencial herdado na teia familiar. Abram (2000), importante comentadora da obra winnicottiana, afirma que a reação à intrusão do ambiente gera um choque e um trauma para a psique do bebê, justamente por ele não estar preparado para recebê-la. Winnicott (2021a) afirma que a experiência original desta agonia primitiva não pode caber enquanto tempo passado, pois o ego, neste momento, ainda não adquiriu suas experiências no tempo presente, tampouco apresenta o controle onipotente, concedendo a mãe ou cuidador esta função de ego auxiliar (WINNICOTT, 2021b apud ABRAM, 2000). Em acréscimo a isso, (SOARES, 2022, p. 26) afirma que o colapso tem relação com o que foi vivido, isto é, seria o medo aterrador que algo possa voltar, “[...] algo que foi esperado que acontecesse de uma certa forma, porém, aconteceram de outra, suscitando um estado de afetos denominados agonias impensáveis”.

Para aprofundar nossa discussão sobre o medo do colapso, iremos explicitar como o desenvolvimento emocional primitivo se dá, isto é, quais são os elementos que possibilitam uma constituição psíquica no indivíduo e como um ambiente aniquilador ao frágil eu do lactente fomentaria o espaço para as agonias impensáveis, aniquiladoras.

3 A INTERAÇÃO DO AMBIENTE FACILITADOR NO PROCESSO DO DESENVOLVIMENTO

Winnicott (1988 apud DIAS, 2003) assevera que o ambiente seria a provisão das condições necessárias que o ser humano necessita em cada período do seu desenvolvimento para que se prossiga rumo à sua espontaneidade e criatividade, peças-chaves para uma individualidade própria. Quando ocorre a falha do ambiente acima das condições de sustentação que o indivíduo consegue conceber no momento, então poderá resultar em uma instabilidade na continuidade do ser. Este ambiente, para ser facilitador ao processo maturacional do indivíduo, sobretudo quando se trata de crianças e bebês, dependerá de uma rede de pessoas que percebam as necessidades vitais, psicológicas e sociais que lhe são demandadas pelo pequeno ser. Este cuidado suficientemente bom e constante possibilita o amadurecimento pessoal

(DIAS, 2003). Por conseguinte, “Nenhum bebê, nenhuma criança, pode vir a tornar-se uma pessoa real, a não ser sob os cuidados de um ambiente que dá sustentação e facilita os processos de amadurecimento” (DIAS, 2003, p. 96).

Segundo (WINNICOTT, 1954 apud DIAS 2003), todo ser humano é dotado de uma tendência inata à integração, no entanto, para que isso ocorra de forma satisfatória, é necessário um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons. Somente através deste cuidado um bebê, uma criança, enfim, poderá tornar-se uma pessoa considerada pelo autor como real (DIAS, 2003).

A integração não é algo automático, é ato que deve desenvolver-se pouco a pouco em cada criança individual. Não é mera questão de neurofisiologia, pois, para que seu processo se desenrole, há a necessidade da presença de certas condições ambientais, a saber: aquelas que estão mais bem providas pela própria mãe da criança (WINNICOTT, 1958j apud BICHUETTI, 2011, p. 42).

Na teoria winnicottiana, a integração é um dos processos que ocorre muito cedo na vida do bebê, e está intimamente ligada a função ambiental de segurança. Esse corresponde, inicialmente, a uma não integração primária, na qual o bebê necessita de alguém que lhe junte os pedaços, para que possa vir a conquistar confiança e se autointegrar. Já a personalização que é o estabelecimento gradual da psique no corpo, e a realização que é a instituição do tempo e do espaço – início do contato com a realidade, constituem outros dois processos imprescindíveis em torno da constituição psíquica (WINNICOTT, 2021b).

Devido a importância da fase do desenvolvimento do *self*⁴ e sua intrínseca vulnerabilidade no período de constituição psíquica do indivíduo, uma grave falha neste momento acarretaria sérios problemas e danos psíquicos no que concerne as relações objetais do sujeito, que refletiriam por toda a vida do indivíduo. Dias (2003) aponta que, se tudo vai bem, esse amadurecimento transcorre de forma gradual e por estágios, sendo que cada estágio possui diferentes tarefas, conquistas e dificuldades inerentes ao processo de amadurecer do pequeno ser: “à medida que o amadurecimento avança, as tarefas se complexificam, sendo que, se o indivíduo está

⁴ Em sua obra, apesar de nunca ter sido suficientemente esclarecido pelo Winnicott, o ego constitui-se em um aspecto de *self* que possui uma função bastante particular: organizar e integrar a experiência. A palavra *self*, por conseguinte, representa um sentimento de ser subjetivo (ABRAM, 2000).

saudável, ele pode envolver-se e lidar, naturalmente, com as que são específicas de sua faixa etária” (Winnicott, 1988 apud DIAS, 2003, p. 98). Assim, o processo de amadurecimento tem início no nascimento do bebê e se estende ao longo de sua vida, gradualmente, passando por estágios e finalizando com a morte:

[...] a criança se transforma no homem ou na mulher, nem cedo demais nem tarde demais. Meia-idade chega na época certa, com as outras mudanças igualmente adequadas, e finalmente a velhice vem desacelerar os vários funcionamentos, até que a morte natural surge como a derradeira marca da saúde (DIAS, 2003, p. 98).

Discorreremos, então, os três períodos cruciais, segundo o autor, para um amadurecimento emocional suficientemente bom, ou seja, que são fundamentais para a constituição dos alicerces da personalidade e da saúde psíquica em um indivíduo. O primeiro estágio refere-se à dependência absoluta e corresponde à solidão essencial, à experiência do nascimento e à primeira mamada do bebê (WINNICOTT, 1983c). Aqui, o lactente é completamente dependente dos cuidados da mãe ou de

quem ocupa esta função. Winnicott aponta que neste momento ocorre uma simbiose entre o bebê e o ambiente, por vezes denominado por ele como mãe-bebê, isto é, o lactente sente essa mãe como parte de si mesmo, um feixe projetivo de suas ilusões onipotentes, porém necessárias nesse contexto, de que é ele quem cria os objetos que estão ao seu redor. Com efeito, isto só pode ser assim concebido pelo bebê porque há um outro ali, empaticamente cuidadoso às suas necessidades básicas e quase incessantes, dedicado às sutilezas que se exige nesse período.

Para se integrar, o bebê precisa de um ambiente facilitador e de cuidados de *holding*⁵ e *handling*⁶, sustentação e manuseio, respectivamente, sendo estimulado pelos cuidados de um ambiente que possa ajudá-lo a se integrar no tempo e no espaço, a desenvolver o processo de personalização, isto é, o alojamento da psique no corpo e a se relacionar com outros seres humanos, que se refere ao estabelecimento de

⁵ Conjunto de cuidados maternos que antecedem e advêm depois do nascimento do bebê, possibilitando-o a existir subjetivamente (WINNICOTT, 1983a).

⁶ Winnicott entendia o favorecimento do meio ambiente ao alojamento da psique no corpo facilitado pelas experiências mãe-bebê, em que a interação entre eles era mediada pelo contato corporal, sendo um tipo de comunicação muito primitiva (WINNICOTT, 1983a).

relações objetais. De acordo com Costa (2020), à medida em que essas tarefas vão sendo realizadas, uma quarta inicia seu andamento: o si mesmo começa a se constituir, por meio de repetições de contínuas experiências de integração. Gradualmente, o bebê caminha para se integrar em uma unidade (DIAS, 2003).

Winnicott (1983b), observa que estas tarefas ocorrem simultaneamente e jamais são completadas, tendo o indivíduo a tarefa de ter que lidar com elas por toda vida, o que nos ajuda a compreender seu olhar sensível e clínico sobre o ambiente que essa pessoa, independentemente de sua idade, pode atravessar e habitar diferentes espaços, uns mais suficientemente estáveis no cuidado que outros. Reforça, também, que para essas tarefas serem ofertadas, se faz imprescindível cuidados específicos de uma mãe suficientemente boa⁷, tornando assim, uma conquista do amadurecimento emocional do indivíduo.

O segundo estágio é descrito como dependência relativa, em que ocorre a desilusão do bebê que, no período anterior, acreditava criar os objetos conforme

apareciam suas demandas biológicas e psíquicas frente ao ambiente. Agora ele começa a ter um início de apreensão psíquica a respeito desses cuidados fornecidos anteriormente e pode esperar, sem grandes ansiedades, a resposta do ambiente frente às suas necessidades. É, também, o estágio da transicionalidade, do uso do objeto e do “eu sou”. Neste estágio, dá-se início uma necessária desadaptação gradual do cuidador em relação às necessidades do bebê, passando a ocorrer pequenas e constitutivas falhas que são importantes para que ocorra o rompimento da unidade ambiente-bebê e a integração em um eu unitário, capaz de estabelecer relação com o mundo externo de forma compartilhada o que, por consequência, traz notícias de que o pequeno indivíduo passa, agora, a conseguir distinguir a noção de eu e não-eu. Neste momento, o funcionamento mental e os processos intelectuais começam a ser exercidos com mais especificidade, proporcionando ao bebê condições para lidar com estas lacunas de adaptação e desadaptação do ambiente. À medida em que estes

⁷ Refere-se à mãe capaz de reconhecer e atender à dependência do lactente, devido à sua identificação com ele a qual permite-lhe saber qual a necessidade do bebê num dado momento e responder a ela. Reforçamos aqui que o significante mãe não necessariamente estaria vinculado a uma pessoa do sexo feminino que seja, de fato, uma mãe. Importa que seja um cuidado empático às necessidades vitais do bebê (DIAS, 2003).

processos vão ocorrendo, a criança cresce, amadurece e adquire, cada vez mais, a capacidade de sinalizar suas necessidades. Esta separação necessária para que ela não fique reclusa ao colo psíquico e físico deste cuidador primordial, deve ser feita de maneira gradual e segura, proporcionando condições de um retorno, caso necessário (DIAS, 2003).

No transcorrer do processo de desilusão, o bebê vivencia então importantes experiências de contato com a realidade e caminha na direção de construir um eu como identidade integrada, separado do não-eu e capaz de perceber o mundo externo compartilhado (DIAS, 2003). O autor afirma, ainda, que o amadurecimento provém das tarefas e conquistas que o bebê vivencia nas fases de dependência absoluta e relativa. Tal amadurecimento é decorrente não só dos cuidados maternos, mas também de suas próprias conquistas fundamentais para a construção dos alicerces da personalidade e da saúde psíquica (DIAS, 2003).

O terceiro e inacabado estágio intitulado pelo psicanalista como rumo à independência inicia-se quando as duas experiências de dependência – absoluta e relativa – transcorrem sem grandes distorções para o pequeno ser. Esse estágio tem como característica conferir à criança a capacidade para assumir responsabilidades sobre suas ações, atitude que o indivíduo alcança com a integração de sua vida instintual e o aumento gradual do relacionamento com o mundo externo, ampliando, assim, suas relações interpessoais (DIAS, 2003).

No estágio de rumo à independência, ocorre o que se denomina como concernimento isto é, a capacidade de se preocupar com os objetos e em sentir culpa. Ratificamos que isso é uma conquista, gestada por um ambiente que foi suficientemente bom aos cuidados primitivos do indivíduo. Um dos fatores mais importantes consiste no fato de que a criança começa a se perceber como uma pessoa única. Da mesma forma, também percebe seu cuidador primordial como a mesma pessoa: tanto a mãe-ambiente, que cuida e protege, como a mãe-objeto, que aguenta repetidamente seus ataques de agressividade durante os estados excitados. A tarefa deste cuidador é suportar e permanecer ali, disponível para reconhecer e receber o gesto restaurador, uma vez que a criança tem a capacidade de representação limitada e necessita que alguém reconheça sua dádiva simbólica (WINNICOTT, 1988 apud DIAS, 2003).

Por fim, pontuamos que a noção de rumo à independência favorece que o mundo da criança se amplie, não tendo mais esse cuidador primordial como o protagonista de sua identificação. Agora abre-se espaço para familiares, abrangendo outros grupos que se fará presente por toda a vida adulta deste indivíduo habitando, assim, um campo cada vez mais vasto e heterogêneo (WINNICOTT, 1983c).

4 A AGRESSIVIDADE COMO PARTE DO DESENVOLVIMENTO E O USO DE OBJETOS

Segundo Winnicott (2021b, p. 89), “amor e ódio constituem os dois principais elementos a partir dos quais se constroem as relações humanas”. Ele apresenta como ideia central, em um simpósio sobre a agressividade em relação ao desenvolvimento emocional, que se a sociedade se encontra em perigo, não é por causa da agressividade do homem, mas sim devido a repressão da agressividade individual. Para o autor, a agressividade não se restringe apenas à uma reação à frustração: ela é inata.

Ele afirma que existem características da natureza humana que podem ser encontradas em pessoas de qualquer idade e que algumas crianças dificilmente demonstram sua agressividade, enquanto outras tendem a revelá-la claramente, lidando de formas distintas com seus impulsos agressivos. Por outro lado, a agressão pode ser sintoma de medo (WINNICOTT, 2012b). O autor afirma, assim, que existem dois significados para agressão: o primeiro, como uma das muitas fontes de energia que um indivíduo possui e o outro, como forma de reação à frustração frente ao ambiente. As vezes a agressividade se manifesta plenamente e por outras se faz necessário alguém que possa impedi-la de causar maiores danos.

Portanto, o ambiente deve fornecer cuidados satisfatórios e se mostrar capaz de reconhecer, aceitar e integrar essa manifestação agressiva que faz parte do indivíduo. A fonte dessa agressividade, que, no início, é motilidade e faz parte do apetite, passa a ser integrada na personalidade, tornando-se um elemento central na capacidade de se defender. Se não for integrada, terá que ser escondida como timidez, autocontrole ou cedida em comportamentos antissociais (DIAS, 2000).

Ainda de acordo com o autor, a agressividade só se desenvolve ao se tornar parte do indivíduo e se lhe for dada a oportunidade de experienciá-la conforme sua necessidade e emergência no processo do amadurecimento emocional. É, portanto, a atitude do ambiente em relação ao bebê que influencia, de maneira determinante, o modo como ele irá lidar com a tendência agressiva que faz parte de sua natureza humana.

No texto “A negação” de 1925, Freud (2014), desenvolve a concepção de que a realidade é construída a partir do princípio do prazer, relatando que aquilo que pode existir é o que se internaliza, ou seja, que se consegue colocar oralmente. Podemos pensar em frases como, por exemplo, “isto eu quero comer ou quero cuspir”, “isto eu quero introduzir em mim” e “isso eu quero excluir de mim”. Tanto Freud (2014) quanto Winnicott (2021b) demonstram que a construção da objetividade, isto é, o olhar para o mundo externo de forma menos projetiva e mais intersubjetiva deve ser feita. Este olhar não ocorre de forma natural, sem que passe necessariamente por um certo filtro emocional, um filtro do desenvolvimento.

Winnicott afirma que o processo de aquisição da maturidade está intimamente ligado à capacidade do indivíduo de usar objetos para estabelecer contato com a realidade propriamente dita, marcando a existência de uma diferença entre se relacionar com esses objetos e usá-los. Para que possa usar o objeto, é fundamental que o bebê o retire de seu controle de onipotência e adquira reconhecimento do mesmo, como entidade em si mesmo (WINNICOTT, 2021c). Essa mudança dependerá da qualidade dos cuidados ambientais que o bebê irá receber, de modo que esse deva ser capaz de sustentar a destruição e sobreviver sem retaliação à espontaneidade do lactente. Quando este processo ocorre de forma satisfatória, o bebê descobre a externalidade. O objeto adquire valor justamente por sobreviver à destruição. Neste sentido, pode-se dizer que, para Winnicott (2021c), a destrutividade desempenha um papel importante na construção do que é, de fato, real, pois os objetos farão parte da realidade percebida quando forem colocados para fora do *self*, não sendo uma destruição intencional, fruto da frustração de um ambiente não suficientemente bom, por exemplo.

Neste momento o que interessa não é tanto o objeto utilizado, mas sua utilização, ou seja, os modos de ser e de se relacionar enquanto ser humano (DIAS,

2003). Ao constatar o estágio do uso do objeto e sua relevância no processo maturacional, Winnicott (1975) reforça sua concepção sobre as origens da agressividade, evidenciando que a externalidade é criada pelo impulso destrutivo e reforçando que, neste momento, não há intencionalidade. Salienta que a destruição do objeto ocorre na fantasia, sendo pano de fundo para que o bebê, posteriormente, possa amar um objeto real, situado fora da área de seu controle onipotente e pertencente, portanto, à realidade “não-eu”.

Para que esses objetos possam ser percebidos como objetos externos, é preciso que o cuidador primordial tenha sido capaz de apresentar o mundo a este bebê de forma gradual, através da identificação primária com esse objeto subjetivo e, depois, no período de desadaptação da realidade mista, com os objetos transicionais⁸. As experiências repetidas com o uso desses objetos vão, gradualmente, tornando-o significativo para o bebê, ainda que ele não saiba da existência separada do objeto. Dali em diante, o bebê passa para a relação do uso do objeto. Se tudo houver corrido bem até aqui, essa mudança implicará na criação de um outro mundo que não o subjetivo, consistindo em uma das mais difíceis e importantes conquistas do amadurecimento (DIAS, 2003).

O ponto que distingue essa relação de objeto do uso de objeto é anterior. Este bebê, que agora tem a capacidade de usar objetos, manifesta sua destrutividade de muitas formas que vêm, naturalmente, misturadas com a agressividade de outra natureza, como a instintual. Por exemplo, o bebê quando morde o seio e começa a destruí-lo, não estando raivoso ou faminto, precisa destruir o objeto seio, que ainda é subjetivo, aludindo aqui o período de dependência absoluta que comentamos anteriormente. Esta destruição desempenha um papel de criação da realidade, onde

esse objeto é colocado para fora do si mesmo, para fora do mundo subjetivo (DIAS, 2003):

O termo destruição é necessário por duas razões. Primeiro, devido ao impulso real do bebê de destruir (sem raiva), que em geral é efetivado por ocasião da relação excitada como objeto ainda subjetivo, mas, sobretudo, devido à

⁸ Objeto transicional é um símbolo de um aspecto da experiência de ambiente do bebê que aponta para a existência de um estágio de transição do desenvolvimento que parte da relação de objeto chegando até o uso do objeto (ABRAM, 2000).

possibilidade de o ambiente (mãe) não sobreviver à destruição. Se o ambiente sobreviver, a destruição transforma-se, para o bebê, na experiência da possibilidade de destruir (agredir), ou seja, na integração da destrutividade como um aspecto de sua potência, o objeto sendo agora visto como seguro para ser usado excitadamente (DIAS, 2011 apud PEIXOTO JUNIOR, 2022, p. 35).

Adiante, Winnicott (1975) ressalta que sobreviver à agressividade do lactente é não retaliar, não ser hostil. O bebê necessita experimentar esse impulso de destruir o que é real, mas somente o fará se houver segurança, quando não houver risco de o objeto sucumbir. Caso sobreviva, o impulso transforma-se na capacidade de amar o objeto que sobreviveu. A sobrevivência deste objeto conduz ao uso do objeto, que levará à destruição na fantasia inconsciente e à colocação do objeto para fora da área de projeção (DIAS, 2003). O autor descreve o que o bebê diria ao objeto na circunstância de destruição: “Eu te destruí. Eu te amo. Tua sobrevivência à destruição que te fiz sofrer confere valor à tua existência para mim. Enquanto estou te amando, estou permanentemente te destruindo na fantasia inconsciente” (DIAS, 2003, p. 248) Surge então, a partir deste momento, a fantasia para o indivíduo pois agora ele pode usar o objeto que sobreviveu.

Observamos, então, que esta sobrevivência do objeto traz um valor positivo à destrutividade. Desta maneira, cria-se um mundo de realidade compartilhada onde o sujeito pode usar e retroalimentar com substâncias diferentes de si (WINNICOTT, 1975). Percebe-se que a criação do sentido da realidade externa, a capacidade para usar o objeto e o surgimento da fantasia inconsciente são conquistas importantes para o amadurecimento e não tão simples de serem descritas, tampouco realizadas.

Contudo, se esse bebê se depara com um ambiente onde existe uma considerável retaliação, sucumbe na integração da agressividade:

Posso agora enunciar o meu argumento principal, que se revela bastante simples. Proponho que o medo clínico do colapso é o medo de um colapso que já foi experienciado. É o medo da agonia original que gerou a organização de defesa que o paciente exhibe como sintoma de uma doença (WINNICOTT, 1994, p. 72).

O indivíduo não sabe que esta catástrofe psíquica que ele retém com tanta angústia, já ocorreu e faz parte do passado. Para ele, que sofre do temor do colapso, os traços mnésicos desse trauma permanecem inacessíveis a qualquer forma de apropriação

subjetiva. Desta forma, o pânico representa uma forma de historicizar essa catástrofe e integrá-la subjetivamente. Winnicott propõe que na clínica se crie condições para que o indivíduo possa experimentar esse passado catastrófico. Estas crises de pânico estabelece um pedido de amor e reconhecimento, um apelo do sujeito para não ser abandonado a seu próprio desamparo. As sensações de estar caindo sem parar presente nos ataques de pânico, parecem manifestar corporalmente a vivência de abandono pelo objeto protetor (PEREIRA, 2008).

Certamente, tudo o que foi exposto acima se faz necessário pensar em termos clínicos, isto é, em relação a dinâmica transferencial e contratransferencial que a dupla analista e analisando atravessarão em relação as possíveis adversidades traumáticas ambientais que este último possa ter experienciado quando bebê.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de Winnicott apontar que a ansiedade é parte constituinte do desenvolvimento emocional e que acompanha o ser humano durante todo o seu caminhar na vida, o desenvolvimento deste estudo investigou uma revisão de literatura que alude uma ansiedade paralisante ao eu como uma manifestação do medo do colapso. O pânico é um dos sofrimentos mais comuns em nossas escutas clínicas atuais, mas estamos advertidos de que ele pode funcionar como uma comunicação muito primitiva, uma interpelação ao outro para o amparar da angústia. Em sua teoria do amadurecimento, Winnicott (1983b) comenta da integração do ser pela conquista da relação psique e soma, ao qual ele chama de personalização, onde o corpo ganha os contornos devido aos cuidados ambientais: “O soma é o corpo vivo, que vai sendo personalizado à medida que é elaborado imaginativamente pela psique” (DIAS, 2003, p. 104). Esta afirmação circunscreve o argumento de que conflitos psíquicos são vividos no corpo. Vimos que tanto Freud quanto Winnicott comungam da mesma ideia quando falam de uma angústia paralisante em retorno de algo que já ocorreu e que é revivido no presente.

Discutimos também que na concepção winnicottiana, a agressividade faz parte do desenvolvimento da criança, sendo de crucial importância um ambiente facilitador que proporcione de forma segura essa integração. Notamos que a fase do uso do

objeto, onde se dá o “eu sou”, necessita de atenção e de um ambiente facilitador. Em se tratando do aspecto da agressividade, neste momento de destruição do objeto se ocorre retaliação por parte do cuidador primordial onde este reage com agressividade inibindo este gesto espontâneo do lactente, ou seja, em impedir que o bebê expresse sua agressividade, cria-se um espaço traumático em seu psiquismo que aqui, no nosso trabalho, enfatizamos pela noção do medo do colapso como um efeito colateral de um ambiente hostil no desenvolvimento emocional. Isto impediria, portanto, ao bebê de exercer a sua agressividade exatamente quando ocorre sua percepção do objeto como fenômeno não eu. A partir desse momento, toda vez que tiver que enfrentar uma realidade nova, ou se imaginar em uma situação nova, diferente, poderá ocorrer neste sujeito, um medo inexplicável, um desamparo, uma ausência de contornos onde possa se segurar, trazendo em seu discurso ao analista, por exemplo, notícias de um *holding* que fracassou, de um ambiente não suficientemente bom.

Diante disso pontuamos sobre a importância de o analista fazer esse contorno por meio de um *holding*, acolhendo esse sujeito em sua particularidade e metaforizando um ambiente suficientemente bom que num passado se fez negligente e desvitalizante ao frágil eu que estava por se constituir no indivíduo. Com efeito, caberia também que esse analista suporte a destrutividade que esses analisandos por vezes depositarão em sua figura transferencial, sem retaliar e utilizando como um importante mote a noção e validação da contratransferência. Suportando os ataques este analista suficientemente bom realizaria o papel de um cuidador primordial.

Frente a essas complexidades expostas em nossa pesquisa, reconhecemos uma necessidade de mais estudos sobre a clínica psicanalítica winnicottiana e sua compreensão a respeito do medo do colapso. Estamos, nós analistas, de fato, atento a essas angústias primitivas?

REFERÊNCIAS

ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott**: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

BICHUETTI, L. P. **As relações objetais na teoria de D. W. Winnicott**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)-Pontifícia Universidade Católica de

São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em:
<https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/15023/1/Luciana%20Pontes%20Bichuetti.pdf>.
 Acesso em: 27 out. 2022.

BORIS, G. D. J. B.; BARATA, A. Angústia e ansiedade: um esboço históricoconceitual e uma perspectiva sartreana. *In*: CASTRO, F. C. L. de; NORBERTO, M. S. (Orgs.). **Sartre Hoje**. Porto Alegre: Fi, 2017. p. 151-170. Disponível em:
https://www.researchgate.net/profile/Georges-Daniel-BlocBoris/publication/320297767_J-P_SARTRE_E_OS_DESAFIOS_A_PSICOLOGIA_CONTEMPORANEA/links/5e91446292851c2f5294c036/J-P-SARTRE-E-OS-DESAFIOS-A-PSICOLOGIACONTEMPORANEA.pdf. Acesso em: 27 out. 2022.

CAMARGO, A. Traumas da infância e o transtorno do pânico. *In*: SAMPAIO, E. C.; COSTA, E.F (org). **Psicologia: Um olhar do mundo real**. São Paulo: Editora Científica Digital, 2020. p. 165-174. Disponível em:
<https://www.editoracientifica.com.br/artigos/traumas-da-infancia-e-o-transtorno-dopanico>. Acesso em: 10 abr. 2023.

COSTA, M. A. F. **Uma clínica para a atualidade**: transformações técnicas em psicanálise de crianças. 2020. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade Estadual Paulista, Assis, 2020. Disponível em:
https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/193652/costa_maf_me_assis.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 27 out. 2022.

DIAS, E. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

DIAS, E. O. Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento. **Natureza humana**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-48, jun. 2000. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151724302000000100001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2023.

FREUD, S. A negação. *In*: FREUD, S. **A negação**. São Paulo: Cosac Naify, 2014. p. 9-18.

FREUD, S. Novas conferências introdutórias à Psicanálise: Angústia e instintos. *In*: FREUD, S. **O mal-estar na civilização; Novas conferências introdutórias; Outros textos**. São Paulo: Companhia das letras, 2010. p. 160-188 (Obras completas, v. XVIII).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo**. Brasília: OPAS, 2017. Disponível em:
<https://www.paho.org/pt/noticias/23-2-2017-aumenta-numero-pessoas-comdepressao-no-mundo>. Acesso em: 01 mai. 2023.

PEIXOTO JUNIOR, C. A. O. Destrutividade, sobrevivência, subjetivação: a agressividade como potência de destruição criativa em Winnicott. **Natureza Humana – Revista Internacional de Filosofia e Psicanálise**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 17-39, 2022. Disponível em: <https://revistas.dwwe.com.br/index.php/NH/article/view/503>. Acesso em: 01 mai. 2023.

PEREIRA, M. E. C. **Pânico e desamparo**: um estudo psicanalítico. São Paulo: Escuta, 2008.

PHILLIPS, A. **Winnicott**. Aparecida: Ideias & Letras, 2006. (Coleção psicanálise século 1).

PONDÉ, D. Z. F. **Os sentimentos na obra de D. W. Winnicott**. 2018. Tese (Doutorado em Filosofia)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/Acervo/Detalhe/1058112>. Acesso em: 01 mai. 2023.

SOARES, C. M. **Transtorno do pânico**: fragmento de uma experiência clínica e articulações com Winnicott. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Teoria Psicanalítica)-Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2022. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/15859>. Acesso em: 01 mai. 2023.

WINNICOTT, D. W. Teoria do relacionamento paterno-infantil. *In*: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983a. p. 38-54.

WINNICOTT, D. W. A integração do ego no desenvolvimento da criança. *In*: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983b. p. 55-61.

WINNICOTT, D. W. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. *In*: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983c. p. 79-87.

WINNICOTT, D. W. O medo do colapso. *In*: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. **Explorações psicanalíticas**: D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artmed, 1994. p. 70-76.

WINNICOTT, D. W. Ansiedade associada a insegurança. *In*: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à Psicanálise**. São Paulo: Ubu Editora, 2021a. p. 212-217.

WINNICOTT, D. W. Desenvolvimento emocional primitivo. *In*: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à Psicanálise**. São Paulo: Ubu Editora, 2021b. p. 281-299.

WINNICOTT, D. W. Objetos transicionais e Fenômenos transicionais. *In*:

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à Psicanálise**. São Paulo: Ubu Editora, 2021c. p. 316-331.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 2012a.

WINNICOTT, D. W. Agressão e suas raízes. *In*: WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 2012b. p. 89-103.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD11 MMS)**: The ICD-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO, 2018. E-book.