



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
Curso de Psicologia

Omar Moreira Del Bianco

Depressão sob a ótica dos vínculos

São Paulo
2014

Depressão sob a ótica dos vínculos

Trabalho de Conclusão de Curso na
graduação de Psicologia da Faculdade
de Ciências Humanas e da Saúde da
Pontifícia Universidade Católica de
São Paulo, sob supervisão da Prof^a.
Dra. Ruth Gelehrter da Costa Lopes.

São Paulo
2014

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

[Leonardo Boff](#)

Agradecimentos:

À Prof^a. Dr. Ruth Lopes, pela admirável paciência e contínuo apoio.

Ao meu avô Orlando (*in memoriam*), por me acolher com muito carinho em sua casa.

Aos meus pais, Arnaldo e Lisete, pelo permanente investimento e assídua dedicação.

À minha filha, Beatriz, pela felicidade e amor que trouxe à minha vida.

À Renata, minha mulher, por acreditar profundamente em mim.

Ao Valdenir, psicoterapeuta, pelo *holding*.

Aos meus irmãos, Laura, Natália e Humberto, por permanecerem sempre ao meu lado.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	7
2. Objetivos.....	9
3. Aspectos conceituais.....	10
3.1 Depressão.....	10
3.2. Vínculo, Relacionamento e Apego.....	13
4. Correlação entre vínculos e depressão.....	16
4.1. Vínculos afetivos e depressão.....	16
4.2. Suporte familiar.....	21
4.3. Suporte Religioso\Espiritual.....	23
5. Contribuições winnicottianas à compreensão da depressão.....	27
5.1. O Estágio do concernimento e o círculo benigno.....	27
5.2. O deprimir-se.....	31
5.3. Os diferentes tipos de depressão.....	34
6. Uma ênfase winnicottiana na relação mãe-bebê.....	39
6.1. A díade mãe-bebê e o <i>holding</i>	39
7. Decisões metodológicas.....	44
8. Discussão dos resultados: conversando com Winnicott.....	45
8.1. Sobre a depressão.....	45
8.2. Sobre os vínculos afetivos e o suporte familiar.....	49
8.3. Sobre a depressão materna e a qualidade dos vínculos.....	53
8.4. Sobre a questão da <i>transcendência</i>	56
9. Considerações finais.....	60
Referências.....	64

RESUMO

Pesquisas apontam que nos próximos vinte anos a depressão será a segunda causa de incapacidade para a saúde no mundo. Através da revisão de literatura busquei a contribuição de diferentes autores e abordagens sobre o assunto. Posteriormente, optei por compreender a maneira pela qual Donald W. Winnicott concebe a depressão, ressaltando aspectos relacionados aos vínculos. Estabelecido isso, tracei uma aproximação entre os achados não-winnicottianos revisados neste trabalho e a teoria winnicottiana. Este estudo evidenciou a importância relacional dada à etiologia depressiva, com base em problemas vinculares na infância.

Palavras-chave: depressão; vínculo; Winnicott; *holding*.

1. INTRODUÇÃO

Na língua portuguesa, a palavra *vínculo* significa: 1) tudo o que ata ou liga e; 2) relação, laço. Por *relação*, entende-se: 1) dependência; 2) ligação íntima entre coisas ou pessoas e; 3) conexão entre dois objetos, fenômenos ou quantidades, sendo que um influencia na modificação do outro (Michaelis, 2009). Neste sentido, pode-se destacar o vínculo primordial entre o bebê e sua mãe, relação que serve como protótipo de todas as relações futuras do bebê e a qual possibilita o desenvolvimento emocional da criança. Trata-se de um relacionamento de extrema importância para a saúde mental do bebê. Inversamente, na falta de provisões ambientais adequadas, diversas patologias - como a depressão - podem se desenvolver (Sei et al, 2008).

Em relação à depressão, ela pode ser definida em termos de sua psicodinâmica ou de suas manifestações (sinais e sintomas). É uma psicopatologia que, além de ter apresentado maior prevalência nos estudos ao longo dos anos (Zavaschi et al., 2002), representa um importante e crescente problema para a saúde pública (Del Duca e cols., 2012). Estes últimos autores acreditam que a depressão seja a principal causa de incapacidade mental no mundo, e que nos próximos vinte anos seja a segunda causa de incapacidade para a saúde.

Em 2002, Zavaschi e colaboradores utilizaram-se de um documento da Organização Mundial da Saúde, o qual colocava a depressão no segundo lugar entre as doenças de mais anos de vida perdidos por morte prematura e por “descapacidade” (AVAD). Para Zavaschi et al (2002) e Del Duca et al (2012), a prevalência na população geral para transtornos depressivos tem alcançado números entre 4% e 10%. Há um consenso entre os autores quanto à maior incidência em mulheres do que em homens.

No que diz respeito à etiologia da depressão, considera-se que ela é influenciada por múltiplos fatores: biológicos, genéticos, psicológicos e sociais (Biazus e Ramires, 2012; Azevedo et al, 2003). Muitas áreas de conhecimento,

entre elas a psicologia, mostram-se interessadas por compreender a depressão e a sua etiologia. Paralelamente, diferentes saberes preconizam distintas causas da depressão, fato que revela a complexidade do tema e o impasse que permeia a sua etiologia (Moraes, 2005).

Sendo matéria de tamanha relevância no âmbito da saúde, justifica-se a tentativa do conhecimento acadêmico abordar todos os possíveis fatores relacionados à depressão. No entanto, busca-se neste trabalho apenas os fatores psicológicos e relacionais ligados a esta entidade nosológica, sem qualquer intenção de limitar a complexidade do assunto.

2. OBJETIVOS:

- Investigar a problemática da depressão associada aos vínculos iniciais na infância;
- Explorar a teoria winnicottiana da depressão com ênfase nos vínculos iniciais da infância;
- Apontar a importância dos vínculos para um amadurecimento saudável;
- Verificar a correlação entre as experiências negativas vinculares e a depressão.

3. ASPECTOS CONCEITUAIS

Neste capítulo, pretendemos abordar estudos que definem a depressão, os vínculos e os termos a eles associados. Para a melhor compreensão do leitor subsidiaremos a leitura, abordando os termos-chave depressão e vínculo.

3.1. Depressão

Como afirmado anteriormente, no que diz respeito à epidemiologia das síndromes depressivas, os achados de Nanhay e Villano (2011) concluem que em estudos de comunidade no Brasil e no mundo, a prevalência de depressão em um ano ficou entre 8% e 12%. Segundo os autores, nos estudos brasileiros de comunidade, a prevalência no último ano para "estados depressivos" foi de 1,5%, 1,3% e 6,7%, respectivamente para Brasília, São Paulo e Porto Alegre. Haveria uma uniformidade entre países em desenvolvimento e desenvolvidos, sendo que o pico de prevalência seria o final da meia-idade, com a idade de início principalmente entre 25 e 45 anos. Por último, os pesquisadores encontraram associação com ser mulher e solteira.

Quanto à etiologia, os fatores causais podem ser de ordem psicológica, ambiental, genética e biológica (Louzã Neto e colaboradores, 2007). Os autores baseiam-se em Akiskal (2000), para exporem a ideia de que existem múltiplos aspectos que combinam-se nos transtornos do humor. Assim, ambiente (dieta, álcool, ritmos biológicos) relacionado à personalidade poderiam desencadear a doença.

Segundo a abordagem biológica, os transtornos do humor podem ser divididos em dois grandes grupos: o transtorno de humor (ou afetivo) bipolar (TAB) e os transtornos depressivos (Louzã Neto e colaboradores, 2007). São transtornos que, segundo os autores, caracterizam-se principalmente por alterações patológicas do humor, cognitivas e psicomotoras.

Neste fluxo, Dalgalarrodo (2008) apresenta agrupamentos de manifestações de acordo com a área psicopatológica envolvida. Para ele, as síndromes depressivas podem ser caracterizadas pelo surgimento de inúmeros sintomas e sinais relativos à: a) sintomas afetivos (tristeza, irritabilidade, desespero e ansiedade); b) alterações da esfera instintiva e neurovegetativa (anedonia, fadiga, desânimo, insônia ou hipersomnia, perda ou aumento do apetite); c) alterações ideativas (pessimismo, ideias de arrependimento e de culpa, ideias de morte); d) alterações cognitivas (déficit de atenção e concentração, dificuldade de tomar decisões, déficit secundário de memória); e) alterações da autoavaliação (sentimento de vergonha ou autodepreciação, sentimento de incapacidade, sentimento de auto-estima diminuída); f) alterações da volição e da psicomotricidade (diminuição da fala, redução da voz, negativismo, mutismo) e, por fim; sintomas psicóticos (ideias delirantes de conteúdo negativo, alucinações com conteúdos depressivos). Del Pino (apud. Dalgalarrodo, 2008) complementa, e afirma que os elementos mais salientes das síndromes depressivas são o humor triste e o desânimo.

Bahls (1999), além de apontar a relevância da depressão no contexto clínico, comenta que a etiologia desta entidade nosológica é ainda desconhecida, controversa. Todavia, para efeito de estudos, os fatores etiológicos da depressão podem ser divididos em causas biológicas e psicossociais, “áreas estas que interagem intensamente entre si na expressão patoplástica da doença” (Bahls, 1999, p. 50). De acordo com o autor, as principais teorias relativas ao modelo biológico da depressão se situam no estudo sobre os neurotransmissores cerebrais e seus receptores, além de outras áreas que estão sob investigação (incluem-se aqui as considerações neuroanatômicas e neurofisiológicas). Do outro lado, ou melhor, quanto aos fatores psicossociais relacionados à etiologia depressiva, Bahls (1999) revisa os fundamentos do modelo cognitivo da depressão. O autor cita Beck (1963), o qual afirma ser a cognição o fator determinante da doença e o seu transtorno – da cognição - o elemento primário desta patologia. Ocorre, neste sentido, uma distorção patológica da cognição nos casos de depressão. Resumidamente, Bahls

(1999) comenta sobre três conceitos fundamentais para compreender o substrato psicológico da depressão de acordo com o modelo cognitivo: a tríade cognitiva, os esquemas cognitivos disfuncionais e as distorções ou erros cognitivos.

Ainda dentro de uma abordagem psicológica, Esteves e Galvan (2006) estudam as alterações afetivas levando em consideração diferentes concepções e conceitos com o objetivo de analisar as manifestações sintomatológicas atuais e sua psicodinâmica. Em relação à esta última, afirmam que, ao contrário do diagnóstico da depressão, que pode ser facilitado pela presença dos sintomas e por um bom conhecimento teórico, sua dinâmica ainda pode levantar questionamentos e diferentes interpretações. Questionam, através de diferentes autores, se as manifestações sintomáticas da depressão hoje são expressões de narcisismo ferido ou de estrutura propriamente depressiva. Levou-se em consideração a conceituação e o panorama histórico da depressão, a psicodinâmica da depressão e, por último, analisou-se esta enfermidade sob a ótica da contemporaneidade. As autoras concluíram que: (a) a depressão e suas concepções estão relacionadas ao contexto e aos preceitos em que se vive; (b) a alteração afetiva pode ser causada não apenas por uma perda propriamente dita, mas também por situações cotidianamente vividas na sociedade contemporânea e; (c) a depressão na atualidade seria uma expressão do ferimento narcísico e da não gratificação suficiente deste mundo moderno frente ao excesso de liberdade e/ou permissividade da sociedade contemporânea. Encontra-se um sujeito com inúmeras possibilidades, mas perdido, desamparado e que não sabe do que precisa para ser suprido. O sujeito coloca-se numa eterna busca pela gratificação através de objetos cada vez mais fugazes, tendo como plano de fundo a impossibilidade do ego de fazer frente à rigidez do superego.

3.2. Vínculo, Relacionamento e Apego.

De acordo com o dicionário Michaelis da Língua Portuguesa (1998), a palavra vínculo tem a sua origem no latim “*vinculu*”, que significa tudo o que se ata, liga ou aperta. Pode-se encontrar também o significado correspondente à ligação moral ou relação. Para Zimmerman (2010) a palavra “vínculo” diz respeito a alguma forma de ligação entre as partes que estão unidas e inseparáveis, embora permaneçam delimitadas entre si. O autor destaca que esta palavra pode ter inúmeras conceituações de acordo com os diferentes vértices de abordagem, inclusive no campo da psicologia. Zimmerman parte da afirmação de que “o ser humano constitui-se sempre a partir de um outro” para discorrer sobre a fundamental importância do “vínculo” para o desenvolvimento da personalidade da criança. Segundo o autor, é no nascimento que o primeiro vínculo na existência de qualquer ser humano se forma, relativo à inter-relação do bebê com a sua mãe, ou alguma figura substituta da mesma, que tenha condições de cuidar, alimentar, proteger e amparar o recém-nascido.

Zimmerman comenta que os cuidados maternos, relativos ao primeiro vínculo da criança, não se esgotam em suprir as necessidades orgânicas vitais (alimentação, calor, higiene, etc). O vínculo, adicionalmente, abarca a satisfação das necessidades afetivas da criança por parte da mãe – ou seja, esta última dispensa carinho, amor, proteção, empatia, capacidade de “continente” (capacidade de conter as eventuais angústias do bebê) e compreensão da linguagem corporal do bebê. O autor ainda discorre sobre a importância do vínculo da criança com o pai, e de influências vinculares dos avós, irmãos, babás e outros. De maneira recíproca, ele comenta, tem-se a necessidade da mãe (e cuidadores) em ser reconhecida, aceita e amada pelo seu filho. É nesta relação de reciprocidade em que a noção de vínculo deve ser entendida em sua totalidade.

Escreve que é fundamental a qualidade dos vínculos que vão se estabelecendo, que podem ser de predominância benigna ou maligna. Entende-se também que quanto mais primitivos os vínculos, mais importante

ficam sendo as suas fixações na mente do bebê – se experiências benignas predominam, tem-se no sujeito uma configuração vincular de cooperação e construtivismo; caso contrário, estabelecer-se-á uma vigência de destrutiva competição (Zimerman, 2010). Outra importante observação realizada pelo autor diz respeito à qualidade de vida de cada pessoa em particular, a qual será determinada pela qualidade dos vínculos em todas as situações de relacionamento.

Foi Bion (apud Zimerman, 2010) o psicanalista que mais se aprofundou e descreveu as modalidades, formação, articulação e funcionamento dos vínculos. De acordo com Bion (*idem ibidem*) “vínculos são elos de ligação – emocional e relacional – que unem duas ou mais pessoas, ou duas ou mais partes da mesma pessoa”. Com efeito, e de maneira resumida, Zimerman (2010) afirma que os vínculos podem ser de natureza intersubjetiva (entre duas ou mais pessoas), intrassubjetiva (as diferentes partes dentro de uma mesma pessoa), ou transsubjetiva (de forma bastante ampla, como no caso de nações em litígio).

Em seu livro, Zimerman (2010) considera diferentes enfoques de vínculos, provindos de importantes autores da psicanálise. Assim, o autor aproxima esta palavra a outras, como “apego”, “relacionamento” e “ligação”, dando um aspecto antigo à noção de vínculo, presente também na bíblia, na religião, na literatura, na mitologia e nas artes.

No que diz respeito ao termo “relação”, podemos encontrar no dicionário Michaelis (2009) da língua portuguesa, entre outras, as seguintes definições: 1) conexão entre dois objetos, fenômenos ou quantidades, tal que a modificação de um deles importa na modificação do outro; 2) ligação, dependência, nexos; 3) ligação íntima de coisas ou pessoas. Paralelamente, na literatura, são vastos os estudos que abordam o tema dos relacionamentos interpessoais – é possível nos depararmos, por exemplo, com a temática referente aos: a) relacionamentos familiares (Wagner et al, 1999; Pelisoli e Dell'Aglio, 2008); b) relacionamentos afetivos amorosos (Justo, 2005); c) relacionamentos

profissionais (Rosenberg, 2006; Almeida e Placco, 2006) e; d) relacionamentos pessoais e sociais (Souza e Hutz, 2008)

Em relação ao termo “apego”, de acordo com Azevedo et al (2003), este comportamento - de apego - pode ser compreendido como qualquer forma de agir que permita a um indivíduo alcançar e manter proximidade com outro. Assim, este último é por aquele escolhido, pois é considerado mais apto a lidar com as problemáticas do mundo. Os autores utilizam-se da vertente psicanalítica de Bowlby (1989), o qual descreve três modelos centrais de apego e as condições familiares (representadas pelas figuras parentais ou substitutos) que os promoviam: a) apego seguro; b) apego resistente e ansioso e; c) apego ansioso com evitação. O primeiro reflete a segurança, por parte do indivíduo, de que seus pais (ou substitutos) estarão constantemente disponíveis para oferecer ajuda no contato com o mundo. A segunda modalidade é aquela representada pelo indivíduo que se mostra inseguro e incerto quanto à disponibilidade de seus pais (ou substitutos) para oferecer-lhe ajuda. Por fim, temos o modelo de apego mais debilitado, pois denota completa incerteza, por parte do sujeito, em receber ajuda de seus pais ou eventuais substitutos – o indivíduo, pelo contrário, teme a rejeição.

Segundo Bowlby (apud. Azevedo e cols., 2003), o comportamento de apego pode ser claramente observado durante a infância, mas também durante a idade adulta. Assim, durante todo o ciclo de vida é possível enxergar este tipo de comportamento, inclusive em períodos de emergência, como no caso de um indivíduo com depressão.

4. CORRELAÇÃO ENTRE VÍNCULOS E DEPRESSÃO

Neste capítulo pretendemos abordar, inicialmente, estudos que abarcam a vicissitude dos vínculos afetivos e a sua relação com a depressão. Posteriormente, evidenciamos a relevância do suporte familiar para a saúde mental do indivíduo. Por fim, busca-se abordar o vínculo religioso/espiritual enquanto suporte individual frente ao sofrimento mental.

4.1. Vínculos afetivos e depressão

De acordo com Bowlby (1995), a saúde mental do bebê depende de uma relação contínua, calorosa e satisfatória com a mãe ou mãe substituta permanente. A situação na qual uma criança não encontra este tipo de relação com o seu cuidador denomina-se, de acordo com o autor, “privação da mãe”. Este conceito denota a ausência de uma relação prazerosa entre as partes. Dito de outra forma, o bebê não encontra uma relação amorosa estável e duradoura com a mãe, pois esta não conseguiu provê-lo dos cuidados necessários. De acordo com o termo privação, podemos encontrar algumas variações do termo, e também efeitos variados na saúde mental da criança. A “privação parcial”, ou seja, o tipo de relação relativamente satisfatória entre a criança e uma mãe substituta confiável, carrega consigo “a angústia, uma exagerada necessidade de amor, fortes sentimentos de vingança e, em consequência, culpa e depressão” (pg.14). Ainda quanto às raízes do estado depressivo, os mesmos podem ser produto de experiências de separação precoce vivenciadas pela criança. O autor considera significativos os estudos que estabelecem uma associação entre luto na infância (pelo falecimento de um dos pais) e doenças depressivas posteriores. De maneira análoga, Bowlby (1990) afirma que duas síndromes psiquiátricas podem ser associadas a uma elevada incidência de vínculos afetivos desfeitos durante a infância; são elas: a) personalidade psicopática e; b) depressão. Apesar de demonstrar estas confluências através de meios estatísticos, o autor é cauteloso, e afirma não estar apresentando uma relação causal entre os fenômenos.

Zavaschi e colaboradores (2002) revisaram a literatura referente ao período de maio de 1991 a maio de 2001 sobre os fatores relacionados à depressão, com o objetivo de traçar uma associação desta com estressores na infância. Foi realizada uma busca *on-line* de bases de dados como Medline, PsycINFO, Cochrane e Lilacs. Os autores destacaram uma correlação favorável entre estas variáveis. Em outras palavras, perdas de vínculos afetivos na infância provocadas por morte de pais ou irmãos, ou a privação daqueles por separação ou abandono, constituem importantes fatores associados à depressão na vida adulta. Os pesquisadores ressaltaram a influência da vulnerabilidade neurobiológica e genética quando adicionada ao trauma, fato que pode desencadear o primeiro episódio depressivo. A partir deste primeiro episódio, o indivíduo pode ficar mais vulnerável, visto que o aprendizado da situação traumática poderá agregar-se a uma alteração no nível neuroendócrino. Esta mudança pode favorecer a reedição de novos eventos depressivos diante de outros estressores, conferindo-lhe uma qualidade aditiva. Concluem os autores que, conforme o estudo revisado, diferentes graus de associação entre depressão e traumas por perdas na infância podem existir. Todavia, independentemente da intensidade, esta correlação existe e é significativa em quase todos os estudos revisados por Zavaschi et al. (em apenas dois achados a relação entre depressão e traumas por perdas na infância não foi favorável).

Em 2003, Azevedo e colaboradores avaliaram a representação mental das relações de apego de um indivíduo diagnosticado com transtorno depressivo maior. O estudo de caso de uma paciente assim diagnosticada foi analisado sob a óptica de estudos anteriores que sugeriam ligação entre relações de apego estabelecidas no grupo familiar e depressão. O estabelecimento de vínculos disfuncionais em sua família de origem (pais e irmãos), marcada pela representação mental da relação de apego ansiosa e evitante, foi relacionada positivamente ao modelo patológico de funcionamento (depressão). Ressaltam que a relação de apego estabelecida entre esta paciente e suas figuras significativas, durante a infância e adolescência, contribuíram para a

manifestação da depressão que se iniciou já na adolescência, e se agravou na fase adulta. Baseando-se nos estudos de Bowlby, discorrem sobre as consequências de experiências de rejeição e abandono vivenciadas pela paciente, as quais culminaram na modalidade de apego ansiosa e evitante. Em tais modalidades, o sentimento de desamparo quanto à capacidade do indivíduo em estabelecer e manter relações afetivas se faz presente, assim como na maioria das manifestações dos distúrbios depressivos. Com efeito, os autores destacam a importância da família, enquanto base segura, na construção do sujeito e para a saúde biopsicossocial.

Ainda dentro da vertente psicanalítica da Teoria do Apego, Biazus e Ramires (2012), discutiram a depressão na adolescência sob a óptica dos vínculos afetivos. Os autores mencionam uma ampla gama de estudos que relacionam o apego inseguro ou o vínculo parental inadequado como elemento propulsor da psicopatologia depressiva. Ressaltam que, de maneira crescente na literatura atual, coloca-se em questão o modelo relacional e não mais o do conflito pulsional para a compreensão das psicopatologias. Ainda para Biazus e Ramires é a qualidade das relações primárias entre a criança e as figuras significativas desde a primeira infância que contribuem para a depressão na adolescência. De acordo com os autores, na adolescência faz-se necessário que o jovem vivencie uma nova separação dos pais, a fim de reconstruir a sua (nova) identidade e conquistar a autonomia. O adolescente passa por um processo de reconstrução, com alterações da subjetividade. Relacionam este complexo fenômeno da adolescência com a depressão – esta patologia ocorre quando o adolescente, que precisa se separar dos pais e de seus representantes internos, não tem recursos para representar esta nova experiência subjetiva que vivencia. Internamente, é neste momento que o adolescente coloca à prova a qualidade dos vínculos anteriormente estabelecidos durante a sua infância, pois a forma pela qual esta nova experiência subjetiva é vivenciada encontra-se enraizada nas primeiras relações entre a criança e o cuidador primário. De maneira resumida, os autores concluem que é possível identificar uma associação importante entre o

estabelecimento de um padrão de apego inseguro na infância e o desenvolvimento da depressão na adolescência.

O trabalho realizado por Mendes e Galdeano, em 2006, objetivava levantar os fatores de risco para o vínculo mãe/bebê prejudicado, partindo de informações oriundas de um questionário semi-estruturado respondido por enfermeiras de um hospital geral da cidade de São Paulo/Brasil. Em relação aos fatores de risco, relatados pelas enfermeiras, para o vínculo mãe-bebê prejudicado, destacam-se: doença do recém-nascido (identificado por 45,5% das enfermeiras), despreparo dos profissionais (39,4%) prematuridade (33,3%) e gravidez indesejada (30,3%). No texto, as autoras discorrem sobre a importância do equilíbrio emocional da mãe, além da assistência de enfermagem, para o sucesso de um vínculo saudável e consistente entre mãe e filho. Para as autoras, a saúde do bebê depende da saúde materna e do consequente vínculo entre ambos. Mendes e Galdeano citam Ribeiro (2002), destacando as consequências, para o bebê, de uma mãe com depressão – o mesmo pode não receber acolhimento, afeto e a segurança requerida, podendo desencadear (na criança) transtornos de conduta e comprometimentos na saúde física e mental. Com efeito, apontam as autoras, a criança, cujos pais não mantiveram um vínculo afetivo positivo, pode apresentar distúrbios cognitivos e afetivos, com problemas no comportamento.

Ainda no fluxo mãe-bebê, Motta, Lucion e Manfro (2005) se aprofundaram nos efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. Os autores citam evidências acerca dos efeitos colaterais associados às alterações no padrão de apego e no desenvolvimento motor e mental dos bebês, as quais estariam relacionadas às falhas no cuidado inicial do bebê devido à negligência, abuso físico e/ou psicológico. De maneira análoga, destacaram possíveis correlações entre experiências iniciais de privação e a ocorrência de depressão, ansiedade e abuso de drogas tanto na criança quanto no adulto. Com efeito, a depressão pós-parto (DPP) estaria relacionada à ocorrência tanto de abuso quanto de privação e negligência, principalmente se os sintomas depressivos forem persistentes. Motta, Lucion e Manfro, além

de revisarem a influência da DPP materna no desenvolvimento da criança, também examinaram a bibliografia psicanalítica sobre desenvolvimento e relação mãe bebê. Discorreram sobre as contribuições de autores como Winnicott, Bion e Bowlby sobre a importância da mãe para o desenvolvimento do bebê, bem como a psicodinâmica da relação entre eles. Apesar de mencionarem importantes psicanalistas, os autores passaram muito rapidamente sobre os conceitos de “mãe suficientemente boa”, *reverie* materno e sistema de apego, deixando superficiais e simplificadas teorias profundamente complexas. Dentre outras, Motta, Lucion e Manfro concluem que é significativa a associação de depressão materna e alterações no padrão de interação mãe-bebê, fato que poderia repercutir em alterações neuroendócrinas, autonômicas e psicológicas neste último. Todavia, mais importante é o estilo de interação emocional a qual o bebê está exposto; ou seja, a qualidade “suficientemente boa” da relação (ou de apego seguro) com a mãe e a qualidade da maternagem.

Utilizando-se de outro referencial teórico, Moreira e Callou, em 2006, realizaram uma pesquisa de cunho fenomenológico transcultural com o objetivo de aprofundar a temática da solidão em relação à depressão. Em outras palavras, as autoras pretendiam compreender até que ponto a solidão é causa (etiologia) ou consequência (sintoma) da depressão. Moreira e Callou utilizaram-se de autores como Tamayo e Pinheiro (1084a) para descreverem a solidão como uma reação emocional de insatisfação, decorrente de falta e/ou de deficiência nos relacionamentos pessoais significativos, os quais incluem algum tipo de isolamento. Assim, a solidão pode ser compreendida com uma falha ou déficit do vínculo afetivo com o outro. A partir da análise da temática “solidão” de 21 entrevistas que abordaram o tema, as autoras constataram o significado ambíguo da solidão na experiência da depressão – ou seja, a solidão tanto é causa como consequência desta enfermidade; tanto é sintoma como origem. Pode-se destacar que, segundo as autoras, a maioria das falas dos sujeitos-colaboradores, nos três países estudados (Brasil, Chile e EUA), relata situações de solidão que levariam à depressão. Dito de outro modo, a

solidão (falta e/ou deficiência nos relacionamentos) estaria relacionada à etiologia da depressão.

4.2. Suporte familiar

No ano de 2001, Baptista, Baptista e Dias realizaram um estudo abordando as influências na relação entre o suporte familiar e a depressão na adolescência. Apesar de focarem mais especificamente nos fatores sociais, os autores reconhecem a depressão enquanto uma doença multifatorial, com a etiologia e manutenção influenciados por fatores genéticos/biológicos, psicológicos e sociais. Ao abordarem a família e a sua influência no comportamento, Pardeck et al (apud Baptista, Baptista e Dias, 2001), encontraram correlação entre famílias intactas (não separadas e morando em um mesmo local) e alta satisfação em viver ou bem estar psicológico em adolescentes. De maneira semelhante, Rosales (citado por Baptista e colaboradores) correlacionaram positivamente famílias funcionais com uma maior auto-estima de adolescentes. Neste estudo, famílias disfuncionais apresentaram jovens adolescentes com auto-estima significativamente inferior aos jovens de famílias funcionais. Apesar da complexidade do termo, não foi explicitado o significado dos termos “famílias funcionais” ou “famílias disfuncionais” utilizados neste artigo. Ressaltam, apenas, que não acusaram proporcionalidade entre o tipo de família (intacta, uniparental ou reconstruída) e a auto-estima dos adolescentes. Também destacam outros estudos que associam o meio familiar ao auto-conceito, segurança pessoal e auto-controle dos adolescentes. Concluem que parece haver concordância teórica e prática em afirmar que o suporte familiar pode ser considerado como um importante preditor de transtornos afetivos (dentre eles, a depressão) em crianças, adolescentes e adultos. O suporte familiar parece influenciar diretamente como o indivíduo se auto-avalia e como avalia as informações provindas do meio exterior.

Bowlby (1995), no importante capítulo intitulado “A finalidade da família”, aborda a importância do suporte familiar para a personalidade do filho. Para o

autor, o vínculo fundamental entre a mãe e o bebê precisa ser afetuoso, íntimo e contínuo, características fundamentais para a saúde mental da criança. Este vínculo define-se, também, pela reciprocidade da relação. Mãe e bebê precisam encontrar prazer e bem-estar nesta relação humana viva, marcada pela necessidade de ambos sentirem-se identificados um com o outro. Uma criança precisa saber que é um objeto de satisfação para a sua mãe. Esta última, por sua vez, encontra a mais profunda satisfação em saber que graças aos seus cuidados, o seu filho passou pelas diversas fases da vida até se tornar um homem ou mulher independente. Nas palavras do autor: “por isso, o amor materno de que uma criança necessita é tão facilmente encontrado no seio da família e extremamente difícil fora da mesma” (pg.74). Observa-se, nesta citação, a grande importância dada por Bowlby aos serviços habitualmente prestados pelos pais. Isso porque, para o autor, não existe nenhum outro tipo de relação em que seres humanos se colocam de maneira tão irrestrita e contínua à disposição de outro. É no seio familiar que a criança recebe alimentação, abrigo, ensinamentos, conforto nos momentos de angústia e segurança através da continuidade nos cuidados. Adicionalmente, e mais importante, por mais que esta criança seja maltratada ou mal cuidada, ela se sentirá segura, pois sabe que tem algum valor para alguém que se empenhará em cuidar dela. Bowlby, à favor da família, teoriza que crianças desenvolvem-se melhor em maus lares do que em boas instituições, além de desenvolverem uma forte ligação até mesmo com maus pais. Após uma breve citação (transcrita por Bowlby) realizada por um grupo de psiquiatras e assistentes sociais sobre a importância do lar para a criança, afirma o autor: “a partir daí, chega-se à conclusão óbvia de que a vida familiar tem uma importância fundamental e que ‘nada se pode igualar ao próprio lar’” (pg. 77). Nota-se, portanto, que é na família que os principais vínculos se formam e se sustentam – a inquestionável (e inúmeras vezes mencionada) relação mãe-bebê é favorecida pela presença do pai. Este último fica implícito em quase todos os momentos na obra de Bowlby através do (fundamental) apoio econômico e emocional à mãe.

Souza e colaboradores (2008) também contribuem para a compreensão do suporte familiar e saúde mental. No estudo, as autoras objetivaram buscar evidências de validade baseada na relação com outras variáveis entre o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e o Questionário de Saúde geral de Goldberg (QSG). Embasadas em diversos autores, elas afirmam que a família se constitui como um dos principais pilares da vida psíquica das pessoas, na medida em que exerce funções como proteção, afeição, formação social, mas também atenção, carinho, autonomia, diálogo, liberdade, proximidade afetiva e independência. Ainda de acordo com as autoras, a família é a base da construção de um modelo relacional que permite criar outras relações, desde as laborais, de amizade, de parentesco, até a formação de uma nova família. Discorrem sobre a Organização Mundial de Saúde (2001), a qual destaca a importância do relacionamento que os pais ou cuidadores estabelecem com a criança durante a infância para o desenvolvimento normal da mesma. A falta de afeto, atenção e cuidados constantes dispensados à criança, todavia, podem aumentar a probabilidade desta criança de manifestar distúrbios mentais e comportamentais durante a infância, mas também na vida adulta. Neste sentido, Martin et al (apud. Souza e colaboradoras, 2008), após investigações com estudantes adolescentes, indicam que a disfunção da família influencia indiretamente os pensamentos, comportamentos suicidas e a sintomatologia depressiva. Souza e cols. apresentam como resultado da pesquisa a correlação significativa entre os dois instrumentos (IPSF e QSG). Em outras palavras, a correlação entre os instrumentos foram expressivas e negativas, uma vez que a pontuação destes é inversa – quanto maior o suporte familiar percebido, menores manifestações de doença mental, ou vice-versa. Concluem que quanto menor a percepção nas demonstrações de afeto, cuidado, carinho e emoção por parte da família, maior o estresse psíquico do indivíduo.

4.3. Suporte Religioso\Espiritual

Para melhor compreensão das influências da religiosidade\espiritualidade (RE) na saúde mental, torna-se fundamental a definição de três diferentes

categorias: espiritualidade, religiosidade e *coping* religioso-espiritual (CRE). Koenig et al (apud. Stroppa e Moreira-Almeida, 2008) entende-se por espiritualidade a busca pessoal pela compreensão das questões últimas acerca da vida, do seu significado, e da relação com o sagrado e o transcendente. Por religiosidade, Stroppa e Moreira-Almeida (2009) também discorrem sobre a aproximação entre o indivíduo e o divino, destacando duas formas possíveis de relação entre a pessoa e este último: a religiosidade extrínseca e a intrínseca. Nesta, as pessoas têm na religião seu bem maior, e demais necessidades são vistas como de importância secundária. Na religiosidade extrínseca, a religião tida como um meio utilizado para obter outros proveitos e finalidades, tais como: consolo, segurança, sociabilidade, status e distração. A palavra *coping*, por sua vez, pode ser traduzida para o português como enfrentamento ou adaptação. No entanto, a melhor definição para abarcar a complexidade desta palavra é: “conjunto de estratégias utilizadas por uma pessoa para se adaptar a circunstâncias de vida adversas ou estressantes” (Stroppa e Moreira-Almeida, 2008). Desta forma, a RE oferece uma ampla gama de métodos ou estratégias de *coping*, as quais influenciam ativamente comportamentos, emoções e cognições com a função de reduzir ou suportar situações de estresse da vida. A maneira pela qual o indivíduo utiliza-se da RE para lidar com eventos estressantes da vida pode se dar de maneira positiva ou negativa. O CRE positivo abrange estratégias que proporcionam efeito benéfico ao praticante, ao passo em que o CRE negativo envolve estratégias que geram efeitos maléficos ao indivíduo.

A experiência da vinculação com o Divino também demonstra ser passível de influenciar questões relativas à saúde mental do indivíduo. Stroppa e Moreira-Almeida (2008) afirmam que nas últimas duas décadas pesquisas científicas rigorosas têm sido elaboradas e publicadas em grande número nas literaturas médicas e psicológicas. A maioria dos estudos tem apresentado uma associação positiva entre saúde e envolvimento religioso – ou seja, crenças religiosas influenciam positivamente indicadores de bem-estar psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevado). Seguindo o mesmo fluxo, o envolvimento religioso parece relacionar-se com uma melhor

saúde física e mental em diversas categorias como transtorno afetivo bipolar, transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtorno por uso de substância etc.

Para os autores (2009), crenças religiosas influenciam o modo como indivíduos encaram situações de dificuldade, sofrimento e problemas vitais, podendo prevenir e contribuir para o tratamento e a recuperação de pessoas com transtornos mentais. No entanto, a maneira pela qual o indivíduo relaciona-se com a religiosidade pode gerar dois tipos distintos de alterações em sua subjetividade - pode proporcionar à pessoa (1) maior aceitação, segurança e capacidade de adaptação às situações difíceis de vida, com o predomínio da paz, autoconfiança e perdão, e uma imagem positiva de si mesmo, ou (2) de forma oposta, pode gerar culpa, dúvida, ansiedade e depressão por aumento da autocrítica. Todavia, comentam os autores, de vários estudos publicados acerca da associação entre prática religiosa e indicadores de bem-estar psicológico, a grande parte deles encontraram uma correlação positiva entre estas variáveis, com o predomínio do *coping* religioso-espiritual positivo.

No que toca os problemas mentais, Stroppa e Moreira-Almeira (2009) afirmam que pesquisas têm buscado investigar a relação existente entre depressão e diversos grupos religiosos, níveis de envolvimento religioso e quanto essa vinculação pode influenciar como as pessoas lidam com eventos negativos da vida.

“Pargament identificou elementos cognitivos e comportamentais específicos e inversamente relacionados com a ocorrência e intensidade de sintomas depressivos, como *coping* religioso colaborativo, socorro religioso e suporte proporcionado por membros de sua comunidade religiosa. Koenig, Pargament e Nielsen também encontraram alguns tipos de *coping* religioso relacionados diretamente com depressão, como a crença em um Deus punitivo, religiosidade passiva e submissa, insatisfação com sua religião ou com sua comunidade religiosa.” (Stroppa e Moreira-Almeira, p.6, 2008).

Consoante Stroppa e Moreira-Almeira (2008), a maioria desses estudos tem apontado que o nível de envolvimento religioso está inversamente relacionado ao nível de sintomas depressivos. Adicionalmente, o tamanho dessa associação, embora modesto, é similar ao encontrado entre depressão e gênero (mulheres sofrem mais de depressão do que os homens), uma das variáveis mais expressivas dentro deste tema. Citam os autores (2009), que estratégias de *coping* como suporte social e vivência religiosa podem facilitar a adaptação do indivíduo deprimido com as limitações da sua doença, reduzindo a ocorrência e a recorrência da depressão. Por fim, o indivíduo pode encontrar na religiosidade/espiritualidade uma melhor compreensão e aceitação da sua doença, favorecendo uma melhor visão de mundo e capacidade de resiliência.

5. CONTRIBUIÇÕES WINNICOTTIANAS À COMPREENSÃO DA DEPRESSÃO.

Neste capítulo, primeiramente abordaremos as vicissitudes da relação de amor e ódio entre o bebê e sua mãe no processo de amadurecimento. A seguir, foca o sentido elaborativo da depressão como possibilitador do enriquecimento das forças instintivas aterrorizadoras. Por fim, optamos por nos deter na descrição dos tipos de depressão segundo a teoria de Winnicott.

5.1. O Estágio do concernimento e o Círculo benigno

No início da vida, ou seja, no primeiro estágio do desenvolvimento (de pré-integração), a agressão do bebê é parte do seu apetite natural. Isso significa, de acordo com Winnicott (apud Phillips, 2006), que o bebê apresenta um propósito sem preocupação – isto é, a criança existe como uma pessoa e tem um propósito, mas não tem preocupação quanto aos resultados de suas experiências. De acordo com Phillips (2006), não se pode dizer que o bebê, nesse estágio, esteja odiando ou desejando destruir a mãe, mas está, apenas, a “amando descuidadamente” (p. 156).

No estágio posterior, devido à integração do bebê, as pulsões podem começar a ser consideradas intenções pessoais (Phillips, 2006). É a partir deste estágio que podemos discorrer sobre a depressão do ponto de vista winnicottiano e onde devemos nos inclinar, necessariamente, sobre um complexo conceito trabalhado pelo autor: o concernimento (*concern*).

Moraes (2005) comenta que a base para o estudo da depressão em suas diferentes formas de manifestação, bem como a compreensão da interação do sujeito com o mundo externo, relaciona-se intimamente à conquista do concernimento, pois é com este importante fenômeno do amadurecimento pessoal que o sujeito adquire a capacidade para deprimir-se. Até aqui, o que deve ser destacado é a conotação positiva dada a este estado de recolhimento

pessoal, visto que é ao deprimir-se que o bebê organizará o seu mundo interno.

Segundo Moraes (2005) o estágio do concernimento inicia-se depois que a criança se percebe enquanto unidade, que é outro patamar de amadurecimento: a criança distingue o mundo interno do mundo externo, possibilitando uma firmação topográfica da personalidade, ou seja, a organização do núcleo do ego. O estágio do concernimento tem uma longa duração - o seu auge é por volta dos dois anos de idade do bebê, mas não se estabelece de forma consistente antes dos cinco anos (Dias, 2000).

Neste delicado estágio, o bebê necessita da atenção e dos constantes cuidados maternos para que o si-mesmo pessoal seja fortalecido e a integridade mantida. Com efeito, o papel da mãe será o de sobreviver e sustentar a situação no tempo – *sustentar*, pois a mãe deve permanecer presente, tranquila e empática, atenta no cuidado para que os potenciais fatores externos não desorientem a elaboração do bebê do que se passa no seu interior; e *sobreviver*, pois o bebê precisa integrar as duas mães (ambiente e objeto) e perceber que a mãe participou e sobreviveu das tensões e impulsos instintivos do filho (Moraes, 2005).

A autora também discorre sobre a questão *tempo*. Neste período do amadurecimento o bebê precisará de muito tempo para elaborar e avaliar cada experiência excitada e enfrentar os resultados destas – a mãe, ao manter-se ilesa e disponível, favorece o fortalecimento do ego do bebê, o qual apreende que o que ele acha verdadeiro não é necessariamente real, e que fato concreto difere-se de fantasia. Em suas palavras, a criança “alimenta sua confiança na mãe e nutre a esperança de poder continuar sendo e relacionando, pois vê que a atitude da mãe permanece inalterada” (Moraes, 2005,p.202).

De maneira análoga, Dias (2000) comenta sobre a importância do tempo para o amadurecimento do bebê, segundo a teoria de Winnicott. De acordo com a autora, para que a conquista de reparação e restituição estabeleçam-se como

capacidades integradas à personalidade, a criança precisa sustentar a culpa por algum tempo. Esta sustentação, por sua vez, só é possível com a ajuda de uma mãe suficientemente boa, disponível ao longo do tempo para reconhecer e receber o gesto reparador de seu bebê.

A mãe que sustenta a situação durante o tempo, consoante Dias (2000), possibilitará que a sua criança organize as numerosas experiências imaginativas da experiência instintiva e resgate algo que seja sentido como bom, aceitável e, com isso, repare imaginativamente o dano causado à mãe. Conforme descreve Winnicott (1990), na relação entre o bebê e a sua mãe a “sequencia de machucar-e-curar se repete muitas e muitas vezes. Gradualmente, o bebê passa a acreditar no esforço construtivo e a suportar a culpa, e assim tornar-se livre para o amor instintivo” (p. 90). Feito deste modo, o que antes era sentido como culpa insuportável tende, agora, a ser resolvido devido à capacidade desenvolvida pela criança de fazer reparações. Com isto, a culpa é suportada e o amor instintivo torna-se livre, possível (Winnicott, 1990).

Portanto, discorre Moraes (2005), é com trocas interpessoais favoráveis (no início somente com a mãe e, a posteriori, com pais, avós, tias, professores etc.), que a criança alcança a conquista do concernimento – ou seja, de um estado de incompadecimento inicial, o bebê (ou criança) torna-se compadecido, e responsável/preocupado pelas consequências do que sente pensa e realiza. Diz-se que a criança conquistou a capacidade de sentir-se culpado e de tolerar os impulsos instintivos dirigidos à mãe (e aos outros). O bebê passa a reconhecer que o eu dos estados tranquilos e estados excitados é o mesmo, e que a mãe que hora cuida e hora é atacada é uma mesma pessoa (Dias, 2000). Para Moraes (2005), no final do estágio do concernimento, e com a conquista positiva do mesmo, algumas características poderão ser observadas:

- a) a noção de unidade e de um “Eu Sou” fortalecido;

- b) a condição de administrar o mundo interno, e de separar o que é bom do que é mau;
- c) a conquista da capacidade de fazer reparações e;
- d) a conquista das bases do potencial criativo e construtivo.

Winnicott (1990) comenta que a desenvolvimento da capacidade do *concern* é um assunto complexo, e depende do contínuo relacionamento entre o bebê e a sua mãe. Destarte, de acordo com Moraes (2005), para que a conquista do concernimento seja considerada um fenômeno estabelecido, ela precisa ser confirmada ao longo de uma fase de vida do bebê, até que estabeleça-se a conquista do círculo benigno – isto é, a mãe precisará sobreviver e sustentar, ao longo do tempo, a constante e repetitiva dinâmica de machucar-curar de seu bebê. O que está em pauta neste período é a necessidade da presença da mãe, bem como a complexidade e riqueza da relação mãe-bebê. Com uma mãe permanentemente disponível e cuidadora, o bebê (1) torna-se confiante na capacidade de sobrevivência da mãe aos seus impulsos instintivos e, com efeito, não inibirá os seus instintos e, (2) confia e potencializa a sua capacidade de reparação e criação.

Comenta que são as infinitas repetições da sequencia machucar-reparar ou destruir-construir que darão substratos necessários para que o bebê sinta-se mais confiante em suas ideias e atos reparadores e, destarte, sinta-se livre para uma nova onda de experiências instintivas, enriquecendo o seu mundo interno. Com esta repetição se convertendo em lembranças de que algo construtivo poderá ser feito, o bebê consegue suportar a culpa e o ciclo recomeçará. Havendo consistência por parte do ambiente (principalmente com uma mãe que dispensa seus contínuos cuidados), um círculo benigno deverá se estabelecer. De acordo com Winnicott (1990),

“(...) quando o bebê conta, felizmente, com a experiência de um cuidado materno contínuo e pessoal, ele cria uma capacidade de reparação também maior, e a isto se segue um novo patamar de liberdade na experiência instintiva. Deste modo, estabelece-se um círculo benigno, que forma a base para a vida do bebê por um longo período” (Winnicott, 1990, p.92).

Neste fluxo, Dias (2000) comenta que com o estabelecimento do círculo benigno a criança torna-se capaz de reconhecer a sua destrutividade e o seu próprio ímpeto reparador e reconstrutor. De acordo com a autora, se as ideias e atos reparados têm êxito, a criança torna-se cada vez mais audaciosa e isso, por sua vez, possibilita o enriquecimento da experiência instintiva e da realidade psíquica da criança, onde está se desenrolando uma grande disputa entre o bom e o mau. Deste modo são as experiências construtivas que capacitam o indivíduo a experimentar a sua destrutividade – ou seja, é pela experiência de reparação que o bebê (ou adultos) edifica uma força pessoal que o possibilita ter tolerância para suportar a destrutividade pertencente à sua natureza. Para Winnicott (1990):

“A culpa pelos impulsos amorosos primitivos representa uma conquista do desenvolvimento; ela é grande demais para ser suportada pelo bebê a não ser através de um processo gradual que se segue ao estabelecimento do círculo benigno descrito anteriormente” (Winnicott, 1990, p.99).

Assim, conclui-se que os efeitos de um círculo benigno estabelecido são favoráveis, pois a criança torna-se realmente capaz de assumir a responsabilidade e a culpa pelos seus atos, emoções e pensamentos, e também por conquistar a capacidade para a ambivalência (existência concomitante de amor e ódio dirigido a um mesmo objeto), por adquirir um ambiente interno bom incorporado em sua realidade psíquica e por poder ser preocupado e deprimir-se de modo mais seguro (Moraes, 2005). Fala-se, por conseguinte, que o ego do bebê foi fortalecido e que ele se tornou mais auto-suficiente e confiante para lidar com o seu mundo interno e com as falhas do ambiente externo.

5.2. O deprimir-se

Observa-se que a capacidade para deprimir-se foi alcançada quando a criança apresenta um humor deprimido, encontrando-se voltada para o seu mundo

interno (Moraes, 2005). Comenta, a partir de Winnicott, que o humor depressivo é uma condição para que a integração e a totalidade do indivíduo se concretizem, indicando uma possibilidade natural em amadurecimentos saudáveis. Existe, assim, valor na depressão, pois ela só é observável como consequência de uma conquista do amadurecimento pessoal. Reside, em Winnicott (apud. Moraes, 2005), a ideia de que a depressão, por mais intolerável e desconfortável que seja, é indicativo de saúde, pois evidencia que a unidade da personalidade foi conquistada.

A capacidade para deprimir-se está ligada à conquista da capacidade para ser preocupado e ao estabelecimento e manutenção do círculo benigno (Moraes, 2005). Assim, tanto a experiência de luto quanto as depressões reativas (simples ou patológica) devem ser entendidas sob o prisma do amadurecimento, na medida em que a criança responsabiliza-se pela destrutividade inerente ao impulso amoroso primitivo e assume como próprio os elementos bons e maus em seu mundo interno. Ao assumir estes elementos em sua realidade psíquica, o bebê pode distanciar-se temporariamente do mundo externo e voltar-se para o seu interior, buscando uma resolução para o conflito entre esses elementos contraditórios (Moraes, 2005).

É a presença do humor deprimido que possibilita pensar que o ego não está rompido ou que certa integridade do eu se manteve. Deve ser destacado que a integração em uma unidade é “a condição primordial para que o estágio do concernimento seja alcançado; por sua vez, a conquista do concernimento (do compadecimento), que promove o senso de culpa, é a base para a capacidade para deprimir-se” (Moraes, 2005 p. 234). Comenta, portanto, que sob a ótica winnicottiana, o deprimir-se indica força do ego, estabelecimento de si-mesmo e a descoberta da identidade, sendo indicativos de maturidade pessoal. Com efeito, as diferentes intensidades da depressão e as suas diversas formas de manifestação podem ser compreendidas de acordo com a força do ego e da maturidade pessoal do deprimido.

De acordo com Winnicott (citado por Moraes, 2005) o período da depressão corresponde ao tempo que o sujeito necessita para administrar o seu mundo pessoal interno – os impulsos agressivos e a agressão/destrutividade precisam ser acomodados, e os elementos internos bons e maus rearranjados. Dito de outra forma, diante de uma mobilizadora experiência instintiva vivida com outra pessoa ou objeto, o sujeito carece de um tempo de contemplação interna para reavaliar e reorganizar os elementos bons e maus do seu mundo pessoal. Moraes (2005) comenta ainda que sentido de bom e mau dado a esses elementos é constituído na relação mãe-bebê, ao longo do amadurecimento pessoal.

Sob a luz winnicottiana, discorre a autora, a administração do mundo pessoal (e logo, o deprimir-se) é tarefa vital de cada indivíduo que alcançou a integração, o alojamento da psique no corpo, a capacidade de concernimento e a diferenciação entre fatos e fantasias. Diz respeito à organização interna de tudo que foi submetido à destrutividade, a qual se encontra presente nas experiências de amor.

Para a compreensão da saúde e do adoecimento psíquico em geral, coloca-se a importância dada ao conceito de administração do mundo pessoal, pois, consoante Winnicott (apud Moraes, 2005) há uma estreita relação na maneira pela qual a pessoa administra o seu mundo interno e como administrará o mundo externo. Neste fluxo, evidencia-se novamente a importância dada ao externo e a sua estreita relação com o mundo pessoal. Nas palavras da autora:

“Se a provisão ambiental permanece, o mundo pessoal e o mundo externo compartilham experiências e enriquecem um ao outro. Porém, quando a provisão ambiental foi ou se torna falha, a depressão e outras defesas antidepressivas se organizam como um padrão” (Moraes, 2005 p.249).

Para a autora, deve-se buscar saber se o sujeito suporta o peso da culpa e da responsabilidade relativas à tarefa de administrar internamente a agressividade e os impulsos destrutivos ou se utiliza frequentemente a depressão ou as

defesas antidepressivas para manter os instintos ameaçadores sobre controle. Quanto às defesas antidepressivas, elas serão mais frequentes, rígidas e organizadas nos quadros menos saudáveis de depressão. Por outro lado, no âmbito da saúde, a administração do mundo pessoal e o intercâmbio com o mundo externo é feito de maneira mais frutífera – o sonhar, o brincar compartilhado e a atividade construtiva indicam a possibilidade para ser profundo, e de converter em bem na vida real o que imagina mal na fantasia (Moraes, 2005).

5.3. Os diferentes tipos de depressão

Em uma perspectiva winnicottiana, o diagnóstico e a análise dos estados depressivos devem ser realizados tendo como base a força do ego, o qual pode ser forte ou fraco (Moraes, 2010). Ou seja, é a maturidade pessoal e a força do ego que se relacionam intimamente à visão da depressão e ao estudo das suas diferentes formas de manifestação. Neste fluxo, o que deve ser feito de maneira minuciosa e primordial é uma avaliação da estrutura do ego e o grau de distorção deste em termos de verdadeiro e falso si-mesmo presente na personalidade do deprimido. Isso porque, explica a autora, é a integração ou força do ego que dará, ou não, condição para a pessoa deprimir-se e conseguir conviver com as ansiedades inerentes aos estados depressivos.

Partindo das colocações de Moraes (2010), podemos discorrer sobre as diferentes formas do termo depressão na teorização de Winnicott. Amaral (2006) comenta que, para o psicanalista inglês, a depressão pode ser compreendida enquanto (a) sinal de amadurecimento e de um desenvolvimento normal e (b) como uma patologia relacionada à interrupção do desenvolvimento emocional. Esta afirmação “genérica” e inicial nos permite identificar, na obra de Winnicott (Abram apud Amaral, 2006), três diferentes tipos de depressão:

“a primeira seria a depressão enquanto capacidade desenvolvida através dos processos maturacionais normais, quando o desmame foi bem-sucedido e o sentimento de culpa verdadeiro estabelecido; o segundo tipo é o que designa uma ordem afetiva resultante de uma falha precoce do ambiente, aqui o objeto não sobrevive; a terceira forma de depressão, apontada por Abram (1996) na obra de Winnicott é a que mobiliza defesas contra ela mesma, como as defesas maníacas, a hipomania e a psicose” (Amaral, 2006, p.72).

Portanto, segundo Amaral (2006), o primeiro tipo de depressão refere-se àquela que se coaduna com pessoas que puderam conviver em um ambiente suficientemente bom, estabelecer uma capacidade de concernimento e um sentimento de culpa verdadeiro. A depressão para estes indivíduos advém como algo possível de manejar, e o que se observa é o humor deprimido puro (Winnicott citado por Amaral, 2006). Trata-se de uma depressão reativa (*idem ibidem*) das pessoas consideradas normais, a qual possibilita o controle do *id* e o seu uso de acordo com as possibilidades da realidade—assim, nestes casos, não se deve pensar em suprimir imediatamente o humor deprimido, pois ele é um sinal de saúde e um mecanismo de cura (Amaral, 2006).

A segunda forma de depressão citado por Winnicott (*apud* Amaral, 2006) diz respeito àquela depressão estudada pela psiquiatria, e que não tem relação com a posição depressiva (*concernimento*). Consoante Amaral (2006) este tipo de depressão estaria associada a distúrbios anteriores à posição depressiva, período denominado por Lacan (*idem*) de estágio do espelho. Comenta que, nestes casos, o que predomina é a sensação de inutilidade oriunda de um *faux self* uma desesperança em relação aos relacionamentos objetais.

O terceiro tipo de depressão para Winnicott, segundo Amaral (2006), é a depressão que mobiliza defesas contra ela mesma. De acordo com o autor, tem-se aqui um mecanismo de encobertar a depressão, e o seu funcionamento é o da defesa maníaca, maneira de lidar com a ansiedade depressiva – ou seja, a pessoa sente-se deprimida, mas a mania age enquanto defesa contra esse sentimento. Decerto, um objeto externo é constantemente utilizado para

diminuir uma tensão do mundo interior. Não é incomum, neste tipo de depressão, que se predomine os sentimentos de alegria e bem estar, e não o de amortecimento de humor (Amaral, 2006). Doravante, afirma o autor, é possível identificar quatro formas de manifestação da defesa maníaca e que se inter-relacionam: (1) negação da realidade interna; (2) fuga da realidade interna para a realidade externa; (3) animação suspensa e; (4) negação de certos aspectos dos sentimentos da depressão. Todas estas manifestações seriam formas de se defender da ansiedade depressiva, da capacidade de sentir-se culpado e da responsabilização pelas próprias experiências instintivas nas quais a agressividade está inserida (Amaral, 2006).

A depressão, para Winnicott (citado por Moraes, 2005) também pode ser organizada em dois tipos principais e com diferenças entre si. Destacam-se: (1) a reativa, a qual pode ser simples ou patológica e; (2) a psicótica. No que tange à reativa, comenta Moraes (2005), estão pessoas que conquistaram o concernimento e, assim, a capacidade para deprimir-se e lidar com a perda de maneira organizada. Neste tipo de depressão a pessoa é capaz de admitir e aceitar a destrutividade como pessoal (*idem*).

De acordo com a autora, a depressão reativa simples é aquela encontrada em pessoas saudáveis, capazes de suportar e tolerar tudo o que passa em sua realidade interna. Caracteriza-se por fases depressivas sempre que sentimentos de culpa, arrependimento ou preocupação associados às experiências instintivas de amor e destrutividade emergem na vida do sujeito (Moraes, 2005). Trata-se de um conflito, no interior da pessoa, de elementos bons e maus que precisariam ser rearranjados. Assim, o humor deprimido seria a uma experiência de recolhimento passageira, a qual interdita que os instintos não elaborados sejam colocados no exterior. Quando estes elementos internos são finalmente reorganizados, a crença na capacidade construtiva reafirmada e a confiança no mundo externo reiterado, o humor deprimido se dissipa sem necessidade de um atendimento especializado (Moraes, 2005). Discorre que o deprimido sai desta experiência mais enriquecido (sábio) e fortalecido.

Sobre a depressão reativa patológica, Moraes (2005) expõe que o seu despontar ocorre como uma reação à perda – todavia, ressalta, não é a perda real de um objeto ou de uma situação que provoca este estado depressivo, mas sim a “incapacidade da pessoa para lidar com essa perda em razão da dificuldade em assumir como pessoais os sentimentos e afetos (bons e maus) experienciados na situação de perda” (Moraes, 2005, p.259). Para a autora, o que se destaca neste tipo de depressão é a dificuldade, por parte do indivíduo, para se responsabilizar pelos seus impulsos destrutivos, bem como uma interrupção da reparação e um rebaixamento da atividade criativa e construtiva. Com efeito, é comum que mecanismos de defesa como a repressão e a projeção estejam presentes, visto que estas são maneiras de a pessoa encontrar alívio para as tensões dos problemas internos.

Sobre as depressões psicóticas, elucida Moraes (2005), estão os casos de perda (nem sempre de um objeto real) em que o luto e a depressão reativa mostram-se impossíveis frente à imaturidade da pessoa e fraqueza do ego (Moraes, 2010). Agora, estamos naquilo que Winnicott (citado por Moraes, 2005) denomina de impurezas do humor deprimido, impurezas que nos conduzirão ao campo da psicopatologia, fazendo da depressão uma entidade mórbida (Vidal e Lowenkron, 2008). Para Moraes (2005), nas depressões psicóticas o que se observa claramente é uma superposição de estados depressivos, “de uma manifestação neurótica até uma doença psicótica, que faz a depressão se aproximar de uma esquizofrenia” (Moraes, 2005, p.264). Comenta que as falhas estariam relacionadas à estruturação da personalidade ou ao desfazimento da integração pela quebra do círculo benigno. Adicionalmente, propõem Vidal e Lowenkron (2008), a depressão é marcada por impurezas quando não há integração da experiência agressiva na etapa de dependência relativa. Ou ainda, a dificuldade de o sujeito em se preocupar com o outro (visível nas depressões impuras) teria, em sua gênese, defesas ligadas ao controle do ódio, associado à agressividade não integrada (Vidal e Lowenkron, 2008). Estes últimos, assim como Moraes (2005), destacam sete situações que estariam sob o domínio das depressões com impurezas:

- (a) os fracassos de organização do eu, com ameaças de desintegração;
- (b) humor depressivo com delírios persecutórios;
- (c) hipocondria e doenças somáticas enquanto alívio para as tensões internas;
- (d) defesa maníaca;
- (e) oscilação maníaco-depressiva;
- (f) medo esquizoide e;
- (g) melancolia e mau humor.

6. UMA ÊNFASE WINNICOTTIANA NA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ

Embora se tenha evidenciado, até o momento, a importância dos cuidados maternos para o amadurecimento do bebê, neste capítulo procura-se ampliar e subsidiar a compreensão sobre o assunto. Frente à riqueza e complexidade do vínculo mãe-bebê, ressalto que não tenho o objetivo de reduzir ou limitar a ampla teoria sobre o tema.

6.1. A díade mãe-bebê e o *holding*

O universo relacional primitivo do bebê com sua mãe pode se iniciar pautado naquilo que Winnicott (1982) denominou de Preocupação Materna Primária. Segundo o autor, esta é uma condição psicológica da mãe saudável que perdura durante a gravidez (e, singularmente, no seu final) e continua por algumas semanas depois do parto. É especial, pois a mãe desenvolve um estado de sensibilidade aumentado, colocando-se facilmente no lugar de seu bebê. A mãe entraria em uma “doença normal” (Winnicott, 1982, p.494), ou seja, em um patamar aumentado de preocupação, o qual a capacitaria a se adaptar sensivelmente e delicadamente às necessidades iniciais do bebê. Comenta que, no início, as necessidades do bebê a serem supridas são às corporais e, paulatinamente, também às necessidades do ego, “à medida que, a partir da elaboração imaginativa da experiência física, surge a psicologia” (Winnicott, 1982,p.496)

O psicanalista inglês fala sobre dois tipos distintos de ambiente do bebê: (1) o suficientemente bom, o qual permite o bebê alcançar, a cada estágio, as satisfações, ansiedades e conflitos inatos adequados e; (2) o ambiente que não é suficientemente bom, o qual distorce o desenvolvimento do bebê que, por sua vez, sofre de uma ameaça de aniquilamento. Neste caso, as reações à invasão são observáveis na vida do bebê, e uma suficiência do “continuar a ser” (Winnicott, 1982, p. 496) torna-se impossível.

O domínio das pulsões, o enfrentamento de todas as dificuldades inerentes à vida e a construção/desenvolvimento de um ego pessoal, ou melhor, de um suficiente “continuar a ser” que não foi interrompido por reações à invasão, só serão possíveis quando a mãe se encontra no estado de preocupação materna primária (Winnicott, 1982). Com uma provisão ambiental suficientemente boa, torna-se possível,

“um *setting* no qual a constituição do bebê pode se mostrar, suas tendências de desenvolvimento podem começar a se revelar e o bebê pode experimentar um movimento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase inicial de vida” (Winnicott, 1982, p.495).

Nota-se nesta frase que, em Winnicott, a relação mãe-bebê está diretamente implicada com o desenvolvimento da criança (Nascimento et al, 2009). Para os autores, este desenvolvimento infantil baseia-se em uma história de dependência absoluta, que avança em graus decrescentes de dependência até a conquista da independência. Este feito é possível através daquilo que Winnicott (apud Nascimento e cols, 2009) denomina de *holding* – ou seja, (1) o cuidado materno que protege o bebê das agressões fisiológicas como alimentação, aquecimento, dores, cólicas etc, e (2) o tipo singular de envolvimento efetivo com o outro que apenas o contato humano (e especialmente o materno) pode trazer, o qual possibilita vivacidade e proporciona um mundo seguro para o bebê.

Figueiredo (2007) contribui teoricamente para o nosso entendimento sobre o *holding* winnicottiano. Para ele, o *holding* possibilita o senso de realidade e garante a continuidade do ser. Trata-se, inicialmente, de uma continuidade somato-física no seu nível mais concreto e, posteriormente, outras dimensões de continuidade, envolvendo as referências identitárias e simbólicas. É a relação com um agente cuidador que fornece estas tarefas transobjetivas de sustentação que possibilita a constante construção e reconstrução da continuidade do bebê. Esta sustentação (*holding*), consoante Figueiredo (2007), é o que se espera de uma mãe suficientemente boa, a qual fornece

cuidados e da continência às necessidades e angústias de seu bebê. Uma mãe suficientemente boa também é aquela que se coloca constantemente disponível, reconhecendo e recebendo o gesto restaurador de seu bebê (Dias, 2000).

Paralelamente, Parente (2009) não esgota o tema, mas deixa contribuições significativas sobre o conceito de holding para Winnicott. Para ela, traduzir *holding* como “o segurar” não é suficiente para abarcar este amplo conceito, o qual, inclusive, nunca foi definido com toda a sua amplitude em um escrito winnicottiano. Todavia, comenta, “é possível afirmar que o *holding* implica, acima de tudo, confiabilidade em um outro, isto é, o bebê precisa sentir-se seguro e sustentado, sem maiores riscos” (Parente, 2009 p. 5). Com efeito, para a autora, o *holding* inclui o segurar, o sustentar e o envolver o bebê em uma totalidade psicossomática - ou seja, é toda provisão ambiental, que não se limita ao segurar físico do bebê e aos cuidados físicos dispensados a ele, mas também os aspectos psíquicos, considerando a sua sensibilidade (Regis et al, 2005).

O ambiente facilitador, de *holding*, possibilita que o bebê seja e continue sendo – a sua necessidade de permanecer existindo ininterruptamente é garantida por uma mãe que reconheça e suporte o estado de não integração de seu bebê, integrando-se a ele até formar uma unidade (Parente, 2009). De acordo com Regis et al (2005), considera-se a integração como o principal aspecto do desenvolvimento do ego da criança, o qual deve ser complementado pelo ego materno, tornando o ego do bebê forte e estável. As autoras vão um pouco mais além, e discorrem sobre a importância do holding no processo de integração, personalização e relação objetal do ponto de vista winnicottiano.

Com os cuidados maternos satisfazendo às necessidades psicossomáticas da criança, esta passa a sentir-se segura, pois criou uma memória (ainda que difusa no início da vida) dos efeitos de um ambiente confiável e cuidador (Parente, 2009). De acordo com a autora, os cuidados maternos precisam ser monótonos e regulares para que exista a crença, por parte do bebê, de que

este ambiente é confiável e passível de se experienciar. A passagem do estado de não-integração para o estado integrado, bem como a oscilação entre estes dois estados, relaciona-se diretamente à esta confiabilidade ambiental, ou seja, à regularidade dos cuidados maternos. Resumidamente, a tarefa do *holding* materno possibilita que a criança passe a confiar nos processos internos que levam à integração em uma unidade (Winnicott, apud Parente, 2009).

Deve-se destacar que a ausência de um ambiente suficientemente bom e, logo, sem o *holding* materno, as mais simples conquistas inerentes ao processo de amadurecimento do bebê podem ficar complicadas (Parente, 2009). Discorre a autora, por outro lado, que se uma assistência satisfatória do ambiente é possível, as ansiedades avassaladoras do bebê são transformadas em experiências positivas, somando-se à confiança que a criança adquire nas pessoas e no mundo. Diz-se que “a confiabilidade foi introjetada de acordo com base na experiência suficientemente boa que o bebê teve em relação ao ambiente” (Parente, 2009 p.7).

Cabe ser mencionado que o *holding*, apesar de ser muitas vezes referido ao ato de segurar o bebê no colo nos primórdios de sua vida, não se limita apenas ao estágio de dependência absoluta (primeiro estágio de desenvolvimento do bebê). Para Regis e colaboradoras (2005), espera-se que um *holding* satisfatório esteja presente ao longo de todos os estágios naturais do desenvolvimento emocional do bebê – inicialmente na dependência absoluta, em seguida, na dependência relativa e, por último, na independência relativa. Conforme afirma Winnicott (1990), o *holding* “segue também as mudanças instantâneas do dia-a-dia que fazem parte do crescimento e do desenvolvimento do lactente, tanto físico como psicológico” (p.48).

Por último, torna-se válido retornarmos aos estudos de Moraes (2005), a qual deixa valiosas contribuições acerca da relação mãe-bebê winnicottiana. Sobre a importância e complexidade desta relação, comenta a autora:

“Traduzir em termos concretos todas as situações em que a mãe precisa

sobreviver e sustentar a situação no tempo ao longo de todo esse estágio implicaria tentar elencar uma infinidade de exemplos cotidianos da relação mãe-bebê que, com certeza, não cobririam a complexidade desse momento no desenvolvimento emocional e nem fariam justiça à sutileza do que realmente acontece entre o bebê e sua mãe” (Moraes, 2005, p.210).

Para a autora, a mãe que sustenta a situação no tempo (no estágio do concernimento e círculo benigno), não o faz de acordo com uma extensão temporal que pode ser medida linearmente, mas sim com base na sequência de acontecimentos interpessoais com o seu bebê.

7. DECISÕES METODOLÓGICAS

No que diz respeito ao objetivo, o trabalho realizado fundamenta-se nas características de uma pesquisa exploratória - ou seja, objetivou-se proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a explicitá-lo. (Gil, 2008). Como procedimento técnico, uma pesquisa bibliográfica foi realizada. Para Gil (apud Silva e Menezes, 2005, p.21) este tipo de pesquisa é “elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e atualmente com material disponibilizado na Internet”. Com efeito, consoante Silva e Menezes (2005), a pesquisa bibliográfica é a metodologia recomendável para a elaboração de uma revisão de literatura. Uma revisão de literatura, por sua vez permite: (a) mapear *quem* a escreveu e; (2) conhecer *que* já foi publicado sobre o tema. Trata-se, por conseguinte, de uma fundamentação teórica utilizada para tratar o tema e o problema da pesquisa (Silva e Menezes, 2005).

Foi realizada revisão da literatura utilizando periódicos dos seguintes bancos de dados (bibliotecas virtuais): Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia) e LILACS (Biblioteca Virtual em Saúde). Foram também considerados diferentes livros, teses de doutorado e dissertações de mestrado para a elaboração deste trabalho. As palavras-chave deste estudo são: depressão, Winnicott, vínculo, holding e relação.

8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: CONVERSANDO COM WINNICOTT

Nos capítulos iniciais, “ouvimos” o que os autores de diferentes teorias tinham para nos falar sobre a depressão, o vínculo/apego, o suporte religioso/espiritual, o suporte familiar e a relação destes com aquela entidade nosológica. Mas, diante de tudo isso, o que Winnicott teria para nos falar? Como Winnicott enxergaria as contribuições não-winnicottianas sobre a depressão e a sua relação com os vínculos conforme revisados no início deste trabalho? Uma conversa com Winnicott objetivará responder estas questões.

8.1. Sobre a depressão

Inicialmente, devemos novamente considerar os estudos de Moraes (2005) a fim de explicitar as limitações do trabalho que se segue. Segundo a autora, em Winnicott, a depressão refere-se a um conceito amplo e com diferentes formas de manifestação – as suas vicissitudes partem de “uma manifestação ‘quase normal’ até um quadro ‘quase psicótico’” (Moraes, 2005, p.238). Todavia, nos artigos revisados neste trabalho, tem-se a dificuldade (ou até mesmo a impossibilidade) de se estabelecer, de acordo com o referencial winnicottiano, o tipo de depressão que está sendo estudada. Isso porque, de acordo com a autora, a diferenciação dos tipos de depressão é “realizada mediante o conhecimento da história inicial do paciente e a avaliação do estado de maturidade pessoal e da força do ego” (Moraes, 2005, p.239). Assim, observou-se que as informações contidas nos estudos revistos são escassas, e não nos permitem conhecer se “a integração da personalidade pode tolerar a carga da doença depressiva” (Winnicott apud Moraes, 2005, p.239). Todavia, visto que no âmbito da depressão quase normal, Winnicott (apud Moraes, 2005) inclui as pessoas consideradas saudáveis ou normais, considerou-se, nas elaborações finais deste trabalho, que os estudos revisados tratavam dos tipos menos saudáveis de depressão – ou seja, de pessoas que usam

frequentemente de defesas depressivas ou a própria depressão para manter os instintos sobre controle (*idem ibidem*).

Paralelamente, o que muitas vezes se verifica são sinais e sintomas, os quais transmitem o desconforto para lidar e suportar o ambiente interno e externo do deprimido. Na depressão há a tendência a ficar deitado e ao isolamento (Louzã Neto e colaboradores, 2007). Adicionalmente, para Dalgarrondo (2008) e Louzã Neto et al (2007), em cada indivíduo pode predominar ideias e sentimentos negativistas como temor, medo, insegurança, desespero, baixa auto-estima, inutilidade, ansiedade, culpa, perda de inteligência, negativismo, etc. – o sujeito “isola-se”, mas permanece “vazio” e com baixa (ou sem) capacidade hedônica (Louzã Neto e cols, 2007).

O texto intitulado “A capacidade para estar só”, de Winnicott (1958) nos ajuda a compreender as colocações de Louzã Neto et al (2007) e Dalgarrondo (2008) expostas acima. Em 1958, Winnicott expõe um dos mais importantes sinais psicanalíticos acerca do amadurecimento emocional humano: a capacidade que o sujeito tem de realmente ficar só consigo mesmo. Este ficar só, entretanto, não se baseia no simples ato de isolar-se num ambiente ou de outrem (ou mesmo com outrem) e, assim, fechando-se em si mesmo e envolvendo-se em sofrimento e desamparo. Conseguir ficar realmente só significa ficar em silêncio, pensando na própria vida e no seu ambiente interno, sem o auxílio de outrem e num bem estar subjetivo.

Cintra (2007) comenta que conseguir ficar realmente só relaciona-se à “sensação de uma intimidade prazerosa, uma capacidade de ocupar-se com suas próprias coisas, com o seu mundo de objetos internos, com aquilo que pode absorvê-lo e apaixoná-lo mais profundamente” (p.39). Portanto, para a autora, estar realmente só, mesmo que na presença de outra pessoa, permeia-se pela apreciação de estar só e pelo contentamento de estar só, sem sentir-se isolado e incomodado na presença ou ausência de outra pessoa, por períodos limitados.

Winnicott (1958) discorre sobre a base da capacidade de ficar só, a qual se fundamenta em um paradoxo: a capacidade de ficar só quando mais alguém esta presente. A base para estar realmente só esta intimamente vinculada, inicialmente, à experiência do bebê de ficar só na presença da mãe – é justamente aqui que mora o paradoxo, pois estar só exige a companhia e a presença de alguém à nossa disposição (mais alguém está presente). O autor afirma que este “estar-com” é uma relação especial, em que a mãe (ou substituta) está confiantemente presente e disponível ao seu lactente.

Adicionando, Cintra (2007), discorre sobre esta relação que se estabelece e que possibilita a capacidade para estar só na presença de alguém. Para a autora, esta capacidade esta enraizada num mundo relativamente ordenado e vital, com o fundamental conhecimento de que alguém esta por perto, ausentemente disponível e com quem podemos entrar em contato a qualquer momento. O livre acesso a este outro se dá tanto em uma realidade exterior quanto em uma realidade psíquica interior.

Para adquirirmos a capacidade para estar só, comenta a autora, faz-se necessário um ambiente formado por seres bem vivos, com vozes do passado e do presente que se encontram em relativa harmonia. Winnicott (1958) e Cintra (2007) utilizam-se também dos estudos de Melanie Klein para explicar este fenômeno. Para eles, a capacidade de ficar só depende da existência de um objeto bom na realidade psíquica do indivíduo. A maturidade emocional para estar realmente só depende que o indivíduo tenha uma maternidade suficientemente boa para construir uma crença num ambiente benigno, e que lhe dê confiança quanto ao presente e ao futuro de sua vida. Objetos bons (seio ou pênis) ou uma relação satisfatória que é internalizada dão ao indivíduo a autossuficiência para viver e ficar prazerosamente em silêncio (capacidade para estar só), mesmo na ausência de relações ou objetos exteriores. As palavras de Cintra (2007) esclarecem esta ideia:

“O objeto ‘suficientemente bom’ corresponde à elaboração do Édipo e da posição depressiva. Ele é tanto a origem, quanto a meta da capacidade para estar só. O objeto bom é o nome de uma experiência de prazer, acolhimento e

segurança. Ele é a presença residual de um dinamismo relacional, a memória de que no início havia ali duas pessoas, uma delas tinha a necessidade de algo que a ela foi entregue por outra pessoa, por quem a primeira sente gratidão. Aqui há uma diferenciação e uma aliança maiores entre o masculino e o feminino, o parental e o filial.” (Cintra, 2007, p.46)

Portanto, a capacidade para estar só depende, no âmbito das relações duais (posição depressiva), da percepção da criança da presença contínua de uma mãe disponível. Igualmente, no campo das relações triádicas (aqui compreendido como o complexo de Édipo), são os cuidados maternos de sustentar e acalantar e a função paterna de separar e discriminar que precisam estar ausentemente disponíveis, para que se possa viver sossegadamente e subjetivamente satisfeito (Cintra, 2007).

É neste sentido que podemos nos aproximar das afirmações de Moreira e Callou (2006). Para as autoras, cuja vertente é a fenomenológica, a solidão tanto é causa (etiologia) como consequência (sintoma) da depressão. Distintamente, com base na teoria winnicottiana – e seus diferentes pressupostos - poderíamos refletir acerca da (in)capacidade para estar só de um deprimido. Estes conceitos (solidão enquanto causa ou sintoma da depressão e incapacidade para estar só) podem ser explicados com base na falta de maturidade emocional de um indivíduo – ou seja, um objeto bom não foi incorporado na realidade interna do deprimido, resultante de um vínculo inicial insatisfatório com a mãe (ou cuidador substituto), a qual não conseguiu transmitir para a criança confiança, proteção e os cuidados necessários. À vista disto, a ausência (solidão enquanto origem) de uma mãe suficientemente boa é que, no futuro, refletir-se-á na incapacidade para ficar só (solidão tida como sintoma) de um deprimido.

Por fim, para se compreender a depressão sob a ótica winnicottiana, e em uma contextualização contemporânea, podemos regressar aos estudos de Esteves e Galvan (2006). As autoras citam Maciel (2002), o qual propõe, partindo da teoria psicanalítica de Winnicott, que a depressão “esteja relacionada a um bloqueio do potencial criativo do sujeito para dar conta da atual pluralização

dos sentidos e das novas possibilidades existenciais” (Esteves e Galvan, 2006, p.5). Comentam que as bases da criatividade estariam na relação da criança com uma mãe suficientemente boa, a qual possibilita ao bebê a ilusão de ter criado o objeto. Com efeito, seria este potencial criativo desenvolvido na infância que permitiria o enfrentamento, por parte do sujeito, das inúmeras (e novas) possibilidades inerentes ao mundo atual, contemporâneo (Winnicott, apud. Esteves e Galvan, 2006).

8.2. Sobre os vínculos afetivos e o suporte familiar.

Como ponto de partida, podemos tentar aproximar o conceito de vínculo, exposto anteriormente por Zimmerman (2010), e o conceito de *holding*, segundo Winnicott (1990). Uma estreita semelhança é encontrada nas afirmações de cada autor – para Zimmerman (2010), “o ser humano constitui-se sempre a partir de um outro” (p.21); e, de acordo com Winnicott (1990), “não há tal coisa como um lactente” (p.40). Assim, para ambos os autores, um bebê só pode existir na *relação com*, pois sempre que encontramos um bebê encontramos, também, a maternagem e os cuidados físicos e psicológicos do ambiente.

Nos achados bowlbianos (1990;1995) expostos neste trabalho, o autor considera significativa a correlação entre separação precoce vivenciada pela criança e depressão – isto é, a perda de vínculos afetivos familiares teria forte associação com doenças depressivas posteriores. De maneira semelhante, em 2002, Zavaschi e colaboradores associaram favoravelmente duas variáveis: perdas (ou privação) de vínculos afetivos na infância provocada por morte (ou abandono) dos pais e depressão na vida adulta. O enfoque relacional da etiologia depressiva também pode ser observado em Azevedo et al (2003). Para eles, a relação de apego ansiosa ou evitante, as quais têm como base a rejeição e o abandono pelas figuras significativas na infância, contribuem para a manifestação depressiva na adolescência e vida adulta.

As revisões acima apresentam um ponto comum: a quebra de laços afetivos. Se a interrupção do vínculo entre o bebê e sua mãe ocorre nas fases iniciais de

vida do bebê - mais especificamente no início do estágio do concernimento - teríamos o que Winnicott (apud Moraes, 2005) entenderia como uma falta da assistência materna, enquanto ambiente facilitador, durante “essa passagem do amadurecimento em que o *viver com* começa a se constituir como realidade” (Moraes, 2005, p. 191). Desta forma a autora, partindo de Winnicott, destaca a importância da continuidade do relacionamento entre o bebê e uma mesma figura materna para que o desenvolvimento da capacidade para o concernimento seja positivo, viável. Comenta que a mãe precisa estar presente para que a diferenciação entre fatos e fantasia se estabeleça de modo seguro e o bebê assegure a sua confiança em seu potencial reparador.

Em suma, devemos lembrar que Winnicott (citado por Moraes, 2005) discorre sobre a importância da mãe em sobreviver e sustentar a situação no tempo até que o círculo benigno se instaure e a conquista do concernimento seja considerada um fenômeno estabelecido. A morte ou a ausência da mãe, com efeito, pode ser considerada a chave para a explicação (a) das dificuldades em conquistar e ter o concernimento estabelecido (depressões psicóticas) e; (b) dos problemas relativos ao mundo interno após a conquista do concernimento, ou seja, reveses tardios referentes ao estágio do concernimento (depressões reativas patológicas).

A ausência da mãe, e de seus cuidados, é imprescindível também para Parente (2009). De acordo com a autora, Winnicott nos atenta sobre a necessidade da repetição monótona e regular dos cuidados maternos ao seu bebê. Isso se justifica porque é desta forma que o bebê adquire uma capacidade, no decorrer do seu desenvolvimento, para confiar no ambiente e nas pessoas. O que fica evidenciado como empecilho à criança, no decorrer de todo o seu amadurecimento emocional, é a ausência do *holding* materno. Nas palavras de Parente (2009), “sem o *holding* materno, as mais simples conquistas inerentes ao processo de amadurecimento, como a integração da psique no corpo, podem se complicar para o bebê” (p.6). Tudo isso nos leva a concluir que “quanto menor a criança, tanto mais perigo há em separá-la de sua mãe” (Phillips, 2006, p.102).

As associações entre depressão e vínculos não se limitam às relações duais. A literatura não-winnicottiana encontrada também nos permite relacionar a depressão/ saúde mental ao suporte familiar ou às relações triádicas (Bowlby, 1995; Baptista, e cols, 2001; Souza et al, 2008). A perda de vínculos por morte, separação ou abandono dos pais e a sua comunicação com a depressão (conforme exposto acima) deve ficar implícita ao abordarmos a questão familiar – isto é, a ruptura de vínculos afetivos familiares corresponde a um déficit ou falta de um suporte familiar adequado; ou ainda, o suporte familiar indica, necessariamente, a presença (e não a ausência) das figuras significativas da criança (sobremaneira a mãe e, mais distante, o pai).

Inicialmente é Parente (2009), utilizando-se de Winnicott, que contribui para a nossa compreensão sobre a importância da casa, local familiar (e de *holding*) onde o bebê começa a viver e a explorar o mundo. Consoante a autora,

“para Winnicott a casa é o lugar onde o mundo do ser humano se inicia. Trata-se de um universo em miniatura, que se traduz nos braços da mãe suficientemente boa que sustenta o bebê, no brinquedo predileto que tem valor de objeto transicional, na segurança da rotina que traz confiança no mundo, ou em tantos outros detalhes necessários para que a constituição psique-corpo se desenrole” (Parente, 2009, p.2).

A relevância da família também é encontrada no estudo de Gomes et al (2005), visto que estas associam o sintoma dos filhos à imaturidade dos pais. Em outras palavras, as autoras discorrem sobre um caso clínico onde a formação de sintomas nas crianças era decorrente da dificuldade do casal parental na constituição da conjugalidade e do estabelecimento de papéis de cada um no interior da família. Para melhor compreenderem as inter-relações entre a imaturidade dos pais e o processo de criação dos filhos, Gomes e cols (2005) utilizam-se do referencial teórico winnicottiano, autor que discute o papel da família no estabelecimento da saúde individual e questiona a capacidade do homem de atingir a maturidade fora do contexto familiar. Assim, de acordo com

Gomes et al (2005), “Winnicott atribui um peso muito grande à família, como formadora e propiciadora de um desenvolvimento saudável ao ser humano”(p.2). Partindo de Winnicott, sustentam a ideia de que o casamento pode ser uma possibilidade de *holding* e que tanto a conjugalidade quanto a família “podem se constituir ou não como espaço de maturidade parental, onde haja contínuo crescimento de todos os envolvidos” (Gomes et al, 2005, p.2). Sobre a riqueza do seio familiar, podemos utilizar a seguinte afirmação de Winnicott (1990):

“No interior da família, a criança pode avançar passo a passo, do relacionamento entre três pessoas para outros mais e mais complexos. É o triângulo simples que apresenta as dificuldades e também toda a riqueza da experiência humana. Na estrutura familiar, os pais fornecem também a continuidade no tempo, talvez uma continuidade desde a concepção da criança até o fim da dependência, que caracteriza o término da adolescência” (Winnicott, 1990, p.57).

Vilhena (2004) é outra teórica que, utilizando-se de Winnicott, “repensa a família” (título do seu texto) em uma sociedade de consumo. A autora destaca o trabalho de Winnicott denominado “Provisão para crianças na saúde e na crise” (1962), o qual dá pistas sobre a importância dos cuidados oferecidos pelo ambiente.

“Winnicott esclarece que ao se falar de provisão para a saúde o que interessa é o desenvolvimento emocional da criança e o estabelecimento das bases de uma vida de saúde mental. Segundo ele, prover para a criança é uma questão de prover o ambiente que facilita a saúde mental individual e o desenvolvimento emocional” (Vilhena, 2004, p.11).

Devemos ter claro que “não existe o bebê sem a sua mãe” (Winnicott, apud Vilhena, 2004 p. 10) e que Winnicott nos fala de dois tipos distintos de ambiente: (1) o meio facilitador do desenvolvimento dos processos inatos do indivíduo e; (2) o meio o qual falhas grosseiras induzem ao trauma e ao

surgimento de um “*falso-self*” (Vilhena, 2004, p.12). Analogicamente, a criança pode crescer em um ambiente suficientemente bom - ou seja, num ambiente que contenha condições físicas e psicológicas favoráveis, com as quais o indivíduo convive, adequadas o suficiente à necessidade deste; e o ambiente não suficientemente bom – meio em que as condições favoráveis oferecidas são insuficientes às necessidades do indivíduo (Araújo, 2005).

8.3. Sobre a depressão materna e a qualidade dos vínculos

Este subcapítulo deve ser considerado mais como uma continuação dos precedentes (apesar de suas especificidades) do que como um estudo de temas isolados ou dissemelhantes. Isso porque, de acordo com Araújo (2005) Winnicott, além de usar a palavra “ambiente”, utiliza-se de outras expressões que insinuam o seu significado como “meio”, “maternagem”, “mãe” etc. Com efeito, os trabalhos que abordam os comprometimentos físicos e psicológicos (como depressão) da criança frente à depressão materna (Manfroet al, 2005; Mendes e Galdeano, 2006), podem ser entendidos, dentro da perspectiva winnicottiana, considerando-se as denominações “falhas na provisão ambiental” (Vilhena,2004; Moraes, 2005), “falhas na maternagem” (Silva, 2012) ou, ainda, “mãe não suficientemente boa” (Rocha, 2006; Bolsanello, 1998; Bossa, 2008).

Inicialmente, portanto, faz-se preciso a diferenciação entre uma mãe suficientemente boa e a outra, que não é suficientemente boa, bem como as diferentes implicações, no desenvolvimento do bebê, do cuidado entre ambas. Em relação à mãe suficientemente boa, lungano e Tosta (2009) discorrem que este termo se refere àquela mãe que cumpre satisfatoriamente as suas principais funções (de holding, handling e apresentação de objetos), permitindo ao bebê usufruir de uma continuidade de ser. Adicionalmente, pode-se afirmar que a saúde mental do indivíduo é edificada por um ambiente facilitador fornecido por uma mãe suficientemente boa, ou melhor, por uma mãe que

reconhece a dependência inicial do filho e se adapta ativamente às suas necessidades (Winnicott apud Bolsanello, 1998). Aqui poderíamos fazer um paralelo com a mãe que desenvolve a preocupação materna primária (Winnicott, 1982) e a mãe que sobrevive e sustenta a situação no tempo (Moraes, 2005).

Todavia, com bases em Winnicott, comenta Dias (2000):

“Se o ambiente não puder oferecer esses cuidados devido à ausência do pai ou por uma depressão materna da mãe, a criança torna-se inibida e perderá a capacidade para o amor excitado (...). Nesses casos, há inibição da espontaneidade e do impulso, e um permanente temor de que algum aspecto da destrutividade fuja ao controle. O resultado pode ser uma depressão, intercalada com episódios de violência” (Dias, 2000, p.10).

Com esta citação de Dias (2000), é possível observar as consequências (depressão) de falhas na provisão ambiental (devido à depressão materna, por exemplo). Assim, se a mãe não é suficientemente boa, as coisas ocorrem de outra forma, e problemas serão inerentes ao desenvolvimento do bebê.

Para Bossa (2008), “A mãe que não é suficientemente boa é incapaz de complementar a onipotência do lactente” (p.142); com efeito, ela falha inúmeras vezes em satisfazer as necessidades e o gesto do bebê, substituindo-o pelo seu próprio gesto e, assim, submetendo o lactente. A autora ainda comenta que a deficiência da adaptação da mãe aos impulsos espontâneos e às alucinações do bebê, impede que se inicie, ou se torna fragmentado, o processo de criação de símbolos.

Bolsanello (1998) discorre que a mãe não suficientemente boa falha nas suas principais funções – isto é, as funções de *holding*, *handling* e apresentação de objetos são descumpridas, o que reflete em negligenciar o filho. Coloca-se a impossibilidade da formação de um *self* verdadeiro, ou este tende a ficar oculto

por trás de um falso self. Está lançada, assim, a base de um sentimento geral de insegurança e falta de confiança do bebê.

É também nesse sentido que podemos abarcar a relação entre a qualidade dos vínculos (qualidade das relações primárias) e a depressão estudada por Biazus e Ramires (2012) no início deste trabalho. Para Winnicott,

“Um *holding* deficiente produz aflição na criança, sendo fonte: da sensação de despedaçamento, da sensação de estar caindo em num poço fundo, de um sentimento de que a realidade exterior não pode ser usada para o reconforto interno, e de outras ansiedades” (Winnicott apud Bolsanello, 1998, p.33).

Portanto, se o ambiente não é suficientemente bom, ou ainda, se a mãe não é suficientemente boa por falhar em suas funções, algo intolerável acontece ao bebê. Esses aspectos intoleráveis, de acordo com Parente (2009), são denominados como angústias, agonias impensáveis e ansiedades inconcebíveis. É neste fluxo que podemos compreender os três diferentes modelos de apego e a sua relação com as condições familiares de uma criança, conforme descrito por Azevedo et al (2003). O apego seguro, para os autores, reflete a segurança, por parte do indivíduo, de que seus pais estarão permanentemente disponíveis para lhe oferecer ajuda e cuidado. Nesta situação, de acordo com a vertente winnicottiana, poderíamos dizer que o ambiente (ou a mãe) da criança é suficientemente bom (boa). Dito de outra forma, para o modelo de apego seguro, faz-se necessário a presença da provisão ambiental e de uma mãe suficientemente boa, a qual cumpre suas principais funções. Inversamente, existem os casos em que a mãe (ou ambiente) não é suficientemente boa (bom), fato que pode dar origem à modalidade de apego resistente ou ansiosa com evitação (no primeiro tipo, encontra-se a insegurança e a incerteza do indivíduo quanto à disponibilidade dos pais; no segundo, nota-se a completa incerteza, por parte da criança, em receber ajuda de seus pais).

7.4. Sobre a questão da transcendência

Para Stroppa e Moreira-Almeida (2008; 2009), estudos têm apontado que o envolvimento religioso está inversamente relacionado ao nível de sintomas depressivos. Nota-se ainda, segundo os autores, o predomínio do *coping* religioso-espiritual positivo em relação ao negativo. Em face dos achados da literatura recente, surge a pergunta: como o tronco teórico winnicottiano poderia se aproximar dessas formulações?

Embora Winnicott nunca tenha abordado de forma explícita a questão da religiosidade (Paiva e colaboradores, 2004), algumas contribuições podem ser úteis para nos aproximarmos deste tema que atravessa a existência humana. A primeira é que Winnicott concebe a religiosidade enquanto um dos inúmeros fenômenos transicionais (Paiva et al, 2004; Aletti, 2004; Junior, 2011; 2004) do mundo adulto. Os termos “objetos transicionais” e “fenômenos transicionais” referem-se a uma área intermediária de experiência, terceira parte da vida de um ser humano, para a qual contribuem tanto o mundo externo quanto a realidade interna (Winnicott, 1988). Ainda, de acordo com o autor, os termos designam uma área neutra da experiência, a qual nunca será contestada (se pertence à realidade interna ou externa) e nem disputada. Considera-se que “os fenômenos transicionais são saudáveis e universais” (Winnicott, 1988, p.405). Discorre que essa área intermediária constitui a maior parte da experiência do bebê e, ao longo da vida, é conservada, por exemplo, nas artes e na religião.

O objeto transicional não é um objeto interno, tampouco é, para o bebê, um objeto externo; é, portanto, uma possessão (Winnicott, 1988). Tais objetos são altamente investidos de significado afetivo, e possibilitam ao bebê suportar melhor o estresse, a tensão e as ansiedades inerentes à relação entre ele e o mundo externo real - torna-se útil, por exemplo, para o bebê suportar a ausência da mãe (Paiva et al, 2004). Para o autor, os objetos transicionais servem de ponte entre o mundo interno e o mundo externo do bebê, entre a sua fantasia de onipotência (ilusão) e sua decepção (des-ilusão). Em suma, de

acordo com Winnicott (1988), esta área intermediária (dos objetos transicionais e fenômenos transicionais) é fundamental para o início da relação do bebê com o mundo.

Os fenômenos e objetos transicionais pertencem ao campo da ilusão e situam-se na “raiz do simbolismo” (Winnicott, 1988, p. 395) – isto é, possibilitam ou preparam o bebê para a simbolização. A ilusão mostra-se fundamental para o processo maturacional através da qual o bebê pode alcançar a realidade compartilhada e a relação com os outros (Novinsky, 2013).

É com base na área intermediária de experiência que podemos nos aproximar da afirmação de que, consoante Stroppa e Moreira-Almeida (2008;2009), crenças religiosas influenciam o modo como indivíduos encaram situações de dificuldade, sofrimento e problemas vitais, podendo contribuir para o tratamento e a recuperação de transtornos mentais. A crença religiosa, enquanto fenômeno transicional, mostra-se vitalmente importante “constituindo uma defesa contra a ansiedade, especialmente a ansiedade do tipo depressivo” (Winnicott, 1988, p.392) e para o alívio da “tensão de relacionar a realidade interna e externa” (Winnicott, 1988, p.404). Apesar de Winnicott ter feito a primeira afirmação para o uso de fenômenos transicionais pelo bebê, o paralelo com a vida adulta se torna possível, pois o autor possibilita a ampliação deste tema para o “do brincar, da criatividade e apreciação artísticas, do sentimento religioso” (Winnicott, 1988, p.395), deixando campo aberto para grandes variações.

Junior (2011), ao contribuir sobre a área intermediária de experiência, a qual é conservada, no decorrer da vida, na experimentação religiosa, comenta:

“Desta forma, é a partir do processo de ilusão inicial que surgirá o sentido de confiabilidade e previsibilidade ambiental, tão necessários ao estabelecimento das bases da saúde mental. É na transicionalidade que todas as pessoas podem tornar o não-familiar em familiar, por meio do sentido simbólico pessoal” (Junior, 2011, p.34).

É nesse fluxo que podemos sublinhar a relevância dada à experiência de confiabilidade e da “crença em” (Junior, 2011, p.34; Dias, 2007, p.8), ou do “acreditar em” (Paiva, 2004, p. 295) para a saúde mental do indivíduo. Para os autores, a ideia de Deus, que pode ser introjetada, não servirá se for ensinada pedagogicamente ou imposta, mas depende sobremaneira (ou apenas) da capacidade de “acreditar em”. Isso significa que a “crença em”, enquanto “fundamento de uma personalidade segura e de uma religiosidade saudável” (Paiva et al, 2004,p.295), só será possível quando incorporada pela experiência de “bondade originária” (Dias, 2007, p.8). Esta experiência inicial, por sua vez, implica em um *holding* satisfatório, de uma mãe suficientemente boa, a qual acolhe amorosamente as necessidades e fantasias ilusórias de seu bebê (Paiva e colaboradores, 2004). Nas palavras de Aletti (2004):

“Só um ambiente facilitador, que se pode resumir na expressão ‘mãe suficientemente boa’, e daí confiável, permite aqueles processos de amadurecimento e de crescimento na confiança (Winnicott, 1982), que estão na base da possibilidade de ‘crer em’ e, ao mesmo tempo, da ‘capacidade de ficar sozinho’. E é só em continuidade com a experiência pré-verbal da ‘confiabilidade humana’, colhida no sentir-se abraçado, que a criança estará em condições de aproximar-se do conceito de ‘braços eternos de Deus’ (Winnicott, 1989).” (Aletti, 2004, p.4).

Buscou-se, até o momento, aproximar a teoria winnicottiana das formulações de Stroppa e Moreira-Almeira (2008; 2009), os quais discorrem sobre a inversa relação existente entre o nível de envolvimento religioso e o nível de sintomas depressivos/transtornos mentais. Mas, utilizando-se também de Winnicott, como poderíamos nos aproximar dos casos em que a religiosidade gera culpa, ansiedade e depressão, e que estariam associados ao *coping* religioso-espiritual negativo? Podemos, abaixo, considerar alguns aspectos que nos permitem enriquecer a compreensão sobre o assunto, sem qualquer objetivo de esgotar esta complexa questão.

Inicialmente, salientam-se condições desfavorecedoras, de fenômenos transicionais e objetos transicionais que perdem a sua importância, ou melhor, de fenômenos que não têm mais valor enquanto área intermediária de experiência. Nestes casos, a religião (e o sentimento religioso) que antes apresentava o valor de fenômeno transicional, deixará de ser vivida como área intermediária de experiência. Perde-se, assim, “uma das funções fundamentais dos objetos transicionais, a de favorecer ‘a tarefa de aceitação do real’, fazendo a ponte entre o mundo subjetivo e a realidade objetiva” (Aletti, 2004, p.4). Como exemplo, Winnicott (1988) discorre sobre as implicações de uma mãe que, ao lavar o objeto transicional (um cobertor macio, por exemplo) do seu filho, “introduzirá uma ruptura de continuidade na experiência do bebê, ruptura que pode destruir o significado e o valor do objeto para ele” (Winnicott, 1988, p.393).

Existe, também, a situação em que o “acreditar em” não se assenta em um ambiente originário facilitador (de uma mãe suficientemente boa), mas fundamenta-se em imposições externas (Dias, 2007; Junior, 2011) – neste caso, a ideia de Deus se torna “um princípio puramente mental, que não pertence à vida, mas paira no abstrato” (Dias, 2007, p.8). Com efeito, segundo Paiva (2004), para que se tenha a transmissão verdadeira da experiência religiosa, a criança precisa estar inserida em um ambiente (a começar pela mãe suficientemente boa) que tenha uma experiência egossintônica de Deus. Caso contrário, isto é, se os adultos que convivem com a criança tiverem uma experiência egodistônica do Sagrado, dão-se distorções que podem afastar a criança de Deus e de uma atitude religiosa “intrínseca” (Paiva, 2004, p.292).

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi analisar, a partir das diferentes contribuições da literatura atual, a teoria winnicottiana da depressão, enfatizando os aspectos relacionados aos vínculos iniciais da infância. A busca por melhor compreender a depressão foi impulsionada pelo aumento dos casos que ocorrem no mundo e pelo impasse que envolve a sua etiologia.

Com a intenção de delimitar o campo de pesquisa, realizei um levantamento no campo da psicanálise, psicologia e psiquiatria, áreas de conhecimento com vastos estudos realizados. Para atender aos objetivos propostos, pensei ser necessário, inicialmente, fazer a conceituação de “depressão” e “vínculo”, termos-chave deste trabalho. Em um segundo momento, considerei as produções (não winnicottianas) que abarcavam o tema da depressão com base nas vicissitudes dos vínculos. Posteriormente, revisei a teoria da depressão conforme concebida por Donald W. Winnicott, sublinhando os aspectos do relacionamento inicial da mãe com o seu bebê. Estabelecido isso, realizei uma aproximação de quase todos os estudos não-winnicottianos revisados neste trabalho de (a) depressão, (b) vínculo, relacionamento e apego e (c) vínculos afetivos e depressão com o tronco teórico winnicottiano. A aproximação de Winnicott com os subitens “suporte familiar” e “suporte religioso/espiritual” também foi realizada. Depois deste breve retrospecto, penso ser necessário melhor retomarmos os processos de elaboração e conclusões de cada etapa deste trabalho.

No que diz respeito à conceituação de depressão, ficou evidente a oposição entre psicanálise e psiquiatria, ciências com diferentes focos de estudo. A psiquiatria enfatiza a descrição de sinais e sintomas, ao passo que a psicanálise segue priorizando a psicodinâmica de depressão. Quanto à etiologia, estudos afirmam que a depressão é uma psicopatologia complexa, com inúmeros fatores que se inter-relacionam. Apesar disto, não existe um

consenso sobre a gênese desta doença, fato que abre margem para o impasse e a discussão.

É ampla a gama de estudos presentes na literatura que abarcam o termo “vínculo”, algumas vezes aproximado das palavras “apego”, “relacionamento” ou “ligação”. Referem-se, em poucas palavras, à ligação emocional e relacional entre duas ou mais pessoas. Maiores aproximações e distanciamentos poderiam ser realizados entre as obras de Bowlby e Winnicott, autores comumente presentes nas pesquisas sobre o tema e muito citados nesta revisão. Considerando as variações do termo “vínculo”, assim como as peculiaridades pelas quais os autores discorrem sobre o assunto, observei que para ambos a ênfase recai sobre a díade mãe-bebê e a importância, para a criança, deste vínculo e dos cuidados maternos para um desenvolvimento saudável.

Em outro momento, quando associei na minha pesquisa os termos-chave deste trabalho (depressão e vínculo), foi possível encontrar que a etiologia depressiva se relacionava com os seguintes problemas vinculares:

- (a) A perda de vínculos afetivos por morte ou privação dos pais;
- (b) As modalidades de apego ansiosa e evitante;
- (c) A baixa qualidade das relações primárias;
- (d) A depressão materna e;
- (e) A solidão enquanto causa e consequência da depressão.

Ainda, considerei discorrer sobre a importância dada ao suporte familiar e, inversamente, a ausência deste suporte e a sua relação com a depressão. Guardando as suas especificidades, os estudos revisados demonstram grande influência da família na saúde mental do indivíduo, agindo como uma espécie de pilar da vida psíquica e da personalidade do sujeito. É no fluxo do “suporte” que optei por incluir a questão da transcendência (ou do Sagrado). Para isso, utilizei-me da definição mais ampla dada à palavra “vínculo” – ou seja: tudo o

que ata, liga. Os estudos sugerem que a relação com o Divino pode se dar de maneira positiva ou negativa, ajudar ou atrapalhar a saúde mental (depressão) do indivíduo. Ocorre, no entanto, o predomínio do *coping* religioso-espiritual positivo, ou ainda, o envolvimento religioso está, sobremaneira, inversamente relacionado aos sintomas depressivos.

Depois disso, procurei conhecer a maneira pela qual Winnicott concebe a depressão. O deprimir-se pode ser considerado enquanto *capacidade*, conquista da criança e condição saudável para a continuidade do amadurecimento pessoal. A capacidade para deprimir-se é possibilitada pela mãe que sustenta a situação do bebê no tempo e no espaço. Procurei ressaltar, ainda, as situações em que a depressão pode adquirir um caráter patológico. Neste sentido, os diferentes tipos de depressão propostos por Winnicott foram também classificados. Entre outras coisas, pode-se concluir que a pessoa que conquistou a capacidade para deprimir-se é capaz de:

- (a) se responsabilizar pelos seus pensamentos, comportamentos e sentimentos;
- (b) se preocupar consigo e com os outros;
- (c) se relacionar com a realidade externa e;
- (d) administrar o mundo interno pessoal, reavaliar e reorganizar os seus elementos bons e maus.

Assim como fiz na primeira parte deste trabalho, ocupei-me em, após estudar a depressão, compreender a questão do vínculo (agora para Winnicott). A ênfase deste capítulo recaiu sobre a díade mãe-bebê e na definição do *holding* winnicottiano, importante conceito introduzido pelo autor no âmbito psicanalítico.

Finalmente, procurei traçar aproximações entre a literatura não-winnicottiana e o tronco teórico winnicottiano. Dito de outra forma, objetivei, partindo de Winnicott, contribuir teoricamente para o entendimento de praticamente todos os achados não-winnicottianos revisados neste estudo. Em poucas palavras, dessa aproximação foi possível concluir que:

(a) A religião e o sentimento religioso são, para Winnicott, fenômenos transicionais, área intermediária de experiência intimamente ligada à saúde mental do indivíduo. Pertencem ao domínio da ilusão;

(b) A depressão é, na visão de Winnicott, uma doença relacional, dos vínculos, ligada a problemas com a culpa e com as falhas ambientais (traduzidas, também, pela mãe não suficientemente boa, a qual falha no exercício de suas principais funções).

REFERÊNCIAS

ALETTI, Mario. A Figura da Ilusão na Literatura Psicanalítica da Religião. **Revista Psicologia USP**. São Paulo, Vol.15, nº 3, 2004.

ALMEIDA, L.R.; PLACCO, V.M.N.S. et al. **O Coordenador pedagógico e o Espaço da Mudança**, 5ª. Edição, Edições Loyola, São Paulo, 2006

AMARAL, Joana Gomes Paula Domingues. **Os destinos da tristeza na contemporaneidade – Uma discussão sobre a depressão e melancolia**. 2006. 96p. Dissertação Mestrado Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

ARAÚJO, C.A.S. **O ambiente em Winnicott**. Winnicott e-prints Eletronic Version. Vol.4, nº1, 2005.

AZEVEDO, Celina Monteiro et al. Representação Mental das Relações de Apego de um Indivíduo Diagnosticado com Transtorno Depressivo Maior. **Estudos Psicológicos**. Campinas, Vol. 20, nº2, Maio/Agosto 2003.

BAHLS S-C. Depressão: Uma Breve Revisão Dos Fundamentos Biológicos E Cognitivos; **InterAÇÃO**, Curitiba, v. 3, p. 49 a 60, jan./dez. 1999

BAPTISTA, M.N.; BAPTISTA, A.S.D.; DIAS, R.R. Estrutura e Suporte Familiar como Fatores de Risco na Depressão de Adolescentes. **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, Vol. 21, nº 2, Junho 2001.

BIAZUS, Camila Baldicera; RAMIRES, Vera Regina Röhneilt. Depressão na Adolescência: uma Problemática dos Vínculos. **Psicologia em Estudo**. Maringá, Vol. 17, nº 1, Jan./mar.2012.

BOLSANELLO, Maria Augusta. **Interação Mãe – Filho Portador de Deficiência: Concepções e Modo de Atuação dos Profissionais em Estimulação Precoce.** Tese de Doutorado. São Paulo, USP, 1998.

BOSSA, N.A. **Fracasso Escolar: um olhar psicopedagógico.** Porto Alegre, Artmed 2008.

BOWLBY, John. **Formação e Rompimentos dos Laços Afetivos.** Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

BOWLBY, John. **Cuidados Maternos e Saúde Mental.** Tradução de Vera Lúcia Baptista de Souza e Irene Rizzini. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

CINTRA, E. M. U. **Trate-me como um Cachorro. Ou assim que for possível (Treat me like a dog. Or as soon as possible.)** Caderno de Psicanálise, SPCRJ. Rio de Janeiro, Vol. 23, n. 26, p. 35-51, 2007.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais.** Porto Alegre: Artmed Editora, 2008.

DEL DUCA, G. P. BASTOS, G. A. N. CUNHA, R. V. **Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.** Revista brasileira de epidemiologia. vol.15, no.2, São Paulo, Junho, 2012.

DIAS, Elsa Oliveira. Incorporação e Introjeção em Winnicott. **Winnicott E-Prints**, São Paulo, vol.2, nº 2, 2007.

DIAS, Elsa Oliveira Winnicott: Agressividade e Teoria do Amadurecimento. **Natureza Humana.** São Paulo, Vol. 2, nº1, 2000.

ESTEVES, Fernanda Cavalcante; GALVAN, Alda Luiza. Depressão numa contextualização contemporânea. **Alethéia.** Canoas, nº 24, dez. 2004

FIGUEIREDO, Luís Claudio. A metapsicologia do cuidado. **Psyche**. São Paulo, Vol.11, nº 21, 2007.

JUNIOR, F. G. Psicologia Clínica e Espiritualidade Religiosidade: interlocução relevante para a prática clínica contemporânea. **Psicologia Revista**: São Paulo, Vol. 20, nº1, p 29-41, 2011.

JUNIOR, F. G. **A questão religiosa na Esquizofrenia Paranóide**, Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Departamento de Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2004.

JUSTO, J. S. O “ficar” na adolescência e paradigmas de relacionamento amoroso da contemporaneidade. **Revista do Departamento de Psicologia**. UFF, v. 17 - nº 1, p. 61-77, Jan./Jun. 2005.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, I.C. CICCO, M. F. de, PAIVA, M.L.S.C. **Família e Conjugalidade: o Sintoma dos Filhos frente à Imaturidade do Casal Parental**. Psicologia Clínica. Rio de Janeiro, Vol.17, nº 2, 2005.

IUNGANO, E.M; TOSTA R.M. A realização da função materna em casos de adoecimento da criança. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**. São Paulo, vol. 29, nº1, jun/2009.

LOUZÃ NETO, Mário Rodrigues; ELKIS Hélio. **Psiquiatria Básica**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2010.

MANFRO, G. G.; LUCION, A. B.; MOTTA, M. G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. **Revista Psiquiatria**, RS, maio/agosto, 2005.

MENDES, Ana Paula Diniz, GALDEANO, Luzia Elaine. Percepção dos Enfermeiros Quanto aos Fatores de Risco para Vínculo Mãe-Bebê Prejudicado. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá Vol. 5, nº 3, p.363-371, set./dez. 2006.

MICHAELIS. **Dicionário on Line**, UOL, 2009. Acesso em 23/02/2014.

MICHAELIS, Dicionário da Língua Portuguesa, 1998.

MORAES, Ariadne Alvarenga Rezende Engelberg **A Contribuição Winnicotiana Para a Teoria e a Clínica da Depressão**. Tese de doutorado, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, PUC-SP 2005.

MORAES, Ariadne Alvarenga Rezende Engelberg A Defesa do Falso Si-Mesmo e os Estados Depressivos. **Winnicott E-Prints**, São Paulo, Vol. 5, nº 1, 2010.

MOREIRA, Virginia, CALLOU, Virginia. **Fenomenologia da Solidão na Depressão. Mental**, Vol. 4, nº 7, Barbacena, Nov. 2006.

MOTTA, M.G., LUCION A.B., MANFRO, G.G. Efeitos da Depressão Materna no Desenvolvimento Neurobiológico e Psicológico da Criança. **Revista de Psiquiatria RS** Vol.27, nº 2, p 165-176, 2005.

NASCIMENTO, Rose Dayse Melo; PEDROSO, Janari da Silva; MORAES, Marco Aurélio Vale. Psicopatologia da Carência Afetiva do Bêbe: a Depressão Anaclítica. Belém. **Revista Paraense de Medicina**, vol 23, nº1, jan./mar.2009.

NANHAY, A. L. G., VILLANO, L. A. B. Depressão: epidemiologia e abordagem em cuidados primários de saúde. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Vol. 10, N.2, UERJ, 2011.

NOVINSKY, Ilana Waingort. Possibilidades e Limites das Teorias Psicanalíticas: a questão da religiosidade. **Ide**, vol.36, nº 56, São Paulo, junho 2013.

PAIVA, G. J.; ZANGARI, W. A Representação na Religião: Perspectivas Psicológicas. Edições Loyola. São Paulo, 2004.

PARENTE, A.A.M. A Casa e o Holding: Conversas entre Bachelard e Winnicott. **Natureza Humana**. São Paulo, Vol. 11, nº 1 junho 2009.

PHILLIPS, A. **Winnicott**. Aparecida, Idéias & Letras, 2006.

PELISOLI, C.; DELL'AGLIO, D.D. Do Segredo à Possibilidade de Reparação: Um estudo de Caso sobre Relacionamentos Familiares no Abuso Sexual. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, Vol.1, nº2, dez.2008.

REGIS, F.C.; KAKEHASHI, T.Y.; PINHEIRO, E.M. Análise do Cuidado ao Bebê Hospitalizado Segundo a Perspectiva Winnicottiana. **Revista Brasileira de Enfermagem**.: Brasília, vol. 58; nº1, jan/fev.2005.

ROCHA, M.P. **Elementos da Teoria Winnicottiana na Constituição da Maternidade**. Mestrado em Psicologia Clínica, Núcleo de estudos e Pesquisas de Práticas Psicoterápicas. PUC-SP, 2006

ROSENBERG, M.B. **Comunicação não-violenta: Técnicas para Aprimorar Relacionamentos Pessoais e Profissionais**. São Paulo, Ágora, 2006

SEI, M.B.; SOUZA, C.G.P.; ARRUDA S.L.S. O sintoma da criança e o sintoma familiar: Orientação de pais na psicoterapia infantil. São Paulo, **Vínculo**, vol.5, nº2, dez.2008.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005. 138 p. Disponível em: www.posarq.ufsc.br/download/metPesq.pdf. Acesso em: 04.04.2014.

SILVA, M.A. **A importância da família no desenvolvimento emocional do recém-nascido**. Monografia AVM, Faculdade Integrada, Rio de Janeiro, 2012.

SOUZA, L.K.; HUTZ, C.S. Relacionamentos Pessoais e Sociais: Amizade em Adultos. **Psicologia em Estudo**. Maringá, vol. 14, nº2, p. 257-265, abr/jun.2008

SOUZA, M.S.; BAPTISTA, M.N.; ALVES, G.A.S.; Suporte familiar e Saúde Mental: Evidência de Validade Baseada na Relação Entre Variáveis. **Alethéia**, nº28, Canoas, dez. 2008.

STROPPIA, André. ALMEIDA, Alexander Moreira. Importância e Impacto da Espiritualidade na Saúde Mental. **Zen Review Espiritualidade e Saúde Mental**. Juiz de Fora, vol.2, 2009.

STROPPIA, André. ALMEIDA, Alexander Moreira. Religiosidade e Saúde. **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Belo Horizonte: Inede, p. 427 a 443, 2008.

VIDAL, Manola, LOWENKRON, Theodor. **Sobre Depressão Pura**. Revista Brasileira de Psicanálise. São Paulo, vol.42, nº 1 mar. 2008.

VILHENA, Junia de. Repensando a família. Rio de Janeiro: 2004. Disponível em www.psicologia.com.pt. Acesso em 03.03.2014.

WAGNER, A. et al. Configuração familiar e o Bem-Estar Psicológico dos Adolescentes. **Psicologia Reflexão e Crítica**. Porto Alegre. Vol. 12, nº 1, 1999

WINNICOTT, D. W. A capacidade para estar só. In: **O ambiente e os processos de Maturação – estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artes Médicas, p.31-37,1990 [1958].

WINNICOTT, D. W. **Natureza Humana**, tradução de Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990.

WINNICOTT, D. W. Preocupação materna primária. in: **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**, tradução J. Russo (2ª.ed.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1982 [1956].

WINNICOTT, D. W. Objetos transicionais e Fenômenos Transicionais. in: **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**, tradução J. Russo (2ª.ed.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1988 [1951].

WINNICOTT, D.W. **O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1990.

ZAVASCHI, Maria Lucrecia Scherer ET al. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo. Vol.24, nº4, Out/2002.

ZIMERMAN. David E.; **Os Quatro Vínculos: Amor, ódio, conhecimento e reconhecimento na psicanálise e em nossas vidas**; Porto Alegre; Artmed, 2010.