

O FENÔMENO DA NEGAÇÃO NÃO PSICÓTICA DA GRAVIDEZ NA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA

Thomás Gomes Gonçalves

Mestre em Psicologia Clínica do Programa de Pós Graduação em Psicologia (PUCRS).

Doutorando em Psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Psicanalista em formação no Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre (CEPdePA).

Membro da Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse (Toulouse, França).

E-mail: <gomes.thomas@gmail.com>.

RESUMO

Trata-se de um estudo teórico que aborda o fenômeno da negação não psicótica da gravidez, situação na qual uma mulher não sabe que está grávida durante uma significativa parte da gravidez ou até o momento do parto. Explora-se esta situação a partir da perspectiva winnicottiana abordando aspectos relativos à condição psíquica materna, principalmente ao que se refere a proposição da condição da preocupação materna primária como fator essencial na relação mãe-bebê. São apresentadas hipóteses a respeito de uma conflitiva que resulta na impossibilidade de uma mulher reconhecer sua condição gestacional, bem como são destacadas as conseqüências desta impossibilidade na qualidade da relação mãe-bebê.

Palavras-chave: gravidez, maternidade, psicanálise.

O não reconhecimento da própria gravidez por parte de mulheres sem diagnóstico de psicose é uma situação denominada em inglês como *non psychotic denial of pregnancy*. Esse fenômeno pode ser definido como a falta de consciência subjetiva por parte da mulher em relação a estar grávida (Wessel, Endrikat & Buscher, 2002). Nessa condição a realidade está preservada, ou seja, a realidade não é substituída por outra realidade alternativa, logo as grávidas não estão vivenciando um episódio psicótico, assim, a mulher pode passar boa parte ou todo o período gestacional sem saber que está grávida. (Spielvogel & Hohe-ner, 1995). Trata-se, portanto, de um fenômeno no qual não ocorre nenhuma dissimulação da gravidez e tampouco pode ser considerado como resultante de uma condição psíquica de ruptura com a realidade.

O fenômeno da *non psychotic denial of pregnancy*, devido à sua complexidade e também se considerando as conseqüências dele decorrentes, torna necessária uma reflexão que inclua pensar

sobre fatores de risco tanto para a mãe, quanto para o bebê. Para tal, pode-se encontrar, nos aportes psicanalíticos de Donald Winnicott, elementos que contribuam para a exploração da complexidade psíquica envolvida nessa situação. Uma das proposições desse autor que possibilita abordar a dinâmica presente na negação não psicótica da gravidez refere-se ao conceito de *Preocupação Materna Primária*. Winnicott (1950/1993) utiliza esse termo para designar um estado de grande sensibilidade em que se encontra a mãe durante a gravidez, e principalmente ao final dela. Essa condição se prolonga por algumas semanas após o parto e, não fosse o fato da própria gravidez, esse estado seria considerado uma doença, devido às suas características de retraimento, dissociação e fuga, podendo ser comparado também a um estado mais profundo, como um episódio esquizoide (Winnicott, 1950). Em inglês, o termo para designar a preocupação materna primária é *Primary Maternal Preoccupation*. Segundo o dicionário Oxford (2007), *preoccupation* refere-se a

um estado de pensamento contínuo sobre alguma coisa; algo em que o sujeito pensa frequentemente, ou por um longo tempo, ou ainda um estado de espírito criado pelo pensamento que resulta em cuidado sobre alguma coisa e em ignorância quanto a outras. Assim, a pessoa que está *preocupada* não presta atenção nas demais coisas, pelo contínuo pensamento e inquietação *sobre algo*.

A definição de preocupação, quando associada a uma função materna, não se trata de algo corriqueiro, ou seja, não é uma preocupação qualquer, e sim uma preocupação que passa pelos cuidados que ela precisa despende a seu filho. É uma preocupação que envolve o acalmar, aquecer o corpo do bebê, amamentá-lo e consolá-lo em suas dores (Granato, 2000). A Preocupação Materna Primária é definida como uma condição que a mãe deve alcançar, no início mesmo da vida do bebê, que corresponde a uma sensibilidade exacerbada sobre tudo o que diga respeito a seu filho (Winnicott, 1950). Além disso, segundo Dias (2003), este estado em que se encontra a mãe é de extrema importância para o bem-estar do lactente. Se existe uma mãe preocupada, há um bebê que está numa continuidade de ser (Dias, 2003).

Pode-se pensar o bebê como uma bolha que, se a pressão externa e a pressão interna estão equalizadas, pode seguir na sua existência, ou seja, o bebê pode continuar sendo. Caso a pressão externa e a interna não estejam em compasso, haverá uma reação à intrusão. Essa bolha, segundo Dias (2003), se modifica como reação a uma mudança no ambiente, não passando por um impulso próprio. A autora refere que, nessa situação, “o bebê terá uma interrupção do ser, produzida pela reação à intrusão” (p.159).

O fenômeno da Preocupação Materna Primária descreve, assim, uma situação na qual alguém está suficientemente identificado com o bebê, identificando, desse modo, suas demandas e dando condições de continuidade de ser ao bebê. Em relação a esta condição de identificação, as mães vão, gradativamente, ainda com seu bebê no útero, tendo uma percepção aguçada perante as necessidades do filho que está sendo gestado (Dias, 2003). Essa identificação permanece por algum tempo após o parto e vai perdendo sua relevância aos poucos. Porém, cabe destacar, por mais que a preocupação materna primária seja descrita como uma condição da maternidade, há mulheres que, de alguma forma, demonstram limitações psíquicas para entrar em contato com

esse tipo de estado, ou seja, evitam se submeter à regressão que existe nessa condição; não conseguindo assim se focar no bebê que esperam, não obtendo, dessa forma, uma identificação com o bebê (Dias, 2003).

Sem essa identificação, a mãe não estaria atendendo àquilo que é necessário no começo da vida seu filho, ou seja, uma adaptação viva às necessidades do recém-nascido (Winnicott, 1979). Porém, um aspecto que merece ser destacado é a menção feita por Winnicott ao fato de que a mãe deve ter saúde suficiente para desenvolver este estado de *doença/enamoramento* e, também, para recuperar-se dele à medida que o bebê a libere (Winnicott, 1979).

Nas situações em que as mães que não estabelecem uma comunicação profunda com os seus filhos, por estarem ocupadas com outras preocupações, há o sério risco de que elas não consigam cuidar do lactente de forma adequada, fazendo-o somente, então, por via mental, de maneira engessada, intelectualizada e deliberada (Dias, 2003). Nesse modelo de relação, provavelmente, a mãe seguirá apenas roteiros de como se deve cuidar de um bebê, tendo, assim, um contato pessoal, não estabelecendo um cuidado suficientemente bom.

A Preocupação Materna Primária, quando pensada no cenário da ocorrência do fenômeno da negação da gravidez em mulheres não psicóticas, permite a construção de importantes considerações. Justamente por essas mães não terem estado nessa condição de sensibilidade em relação à criança que estão gestando, tão necessária para uma adaptação melhor do lactente ao mundo, cabe a preocupação com os efeitos prejudiciais daí decorrentes tanto para a mãe, quanto para seu filho. Esta provisão ambiental tão essencial para o desenvolvimento maturativo das primeiras semanas e meses da vida do bebê, quando falha, pode constituir-se em um fator traumático que terá importante repercussão no processo de integração que favorece ou não a formação de *self* (Winnicott, 1979). Quando não há essa falha, o bebê vive de maneira subjetiva, por um certo período de tempo, num mundo onde a realidade externa não está incidida; e este bebê vive “um senso de previsibilidade, e, desta maneira, as funções dos estágios iniciais muito delicados do crescimento da personalidade podem ser assentadas. Profilaxia, no contexto da saúde mental, é a provisão de uma facilitação suficientemente boa

neste estágio inicial” (Winnicott, 1979, p. 220). Este senso de previsibilidade é, segundo Mello (2008), uma espécie de conhecimento baseado na familiaridade, que torna possível ao bebê ser capaz de reter lembranças, esperar pelos cuidados e cogitar a respeito dos sentimentos da mãe. Desse modo, é a previsibilidade dos cuidados maternos que viabiliza o encadeamento paulatino de um sentido de passado, presente e futuro e a conformação do eu enquanto uma unidade. (p. 44)

Em algum momento da gestação o bebê tem um primeiro despertar – uma consciência ainda muito primitiva, assim como um incipiente estado de ser e da continuidade de sua existência no tempo. Os movimentos que o feto faz vão sendo retidos por memórias corporais e, aos poucos, a junção dessas memórias vai vingar num novo ser humano. Quando o movimento parte de dentro para fora, ou seja, quando a ação advém do bebê e a mãe consegue respeitar essa exploração que o bebê está fazendo do ambiente, isso ajudará a estabelecer um padrão de relacionamento. Por outro lado, se o movimento parte do externo para o interno, isto é, se o ambiente se antecipa ao movimento do bebê, ocorrerá uma intrusão nesta tentativa de criação de um padrão de relacionamento (Dias, 2003).

O bebê pode ser atingido, ainda na vida intrauterina, por uma rigidez ou inadaptabilidade advindas da ansiedade ou de um estado depressivo materno (Winnicott, 1988). Cabe também ressaltar que “o feto pode sentir mudanças repentinas no ritmo cardíaco da mãe, bem como suas movimentações bruscas ou os efeitos de uma alimentação tóxica ou desregrada” (Winnicott, 1979, p. 159). Logo, deve-se considerar o prejuízo que pode sofrer o feto quando a mãe não está consciente de estar gestando um ser que necessita, desde essa época, de um cuidado especial.

Para o ingresso nessa condição de preocupação materna, sabe-se do estado de regressão necessário: é preciso que a mulher tenha recursos psíquicos para retrair-se e identificar-se com seu bebê. Pode-se considerar, numa situação de mulheres que não sabiam que estavam grávidas, que ocorra um temor a experienciar este estado regressivo que a preocupação materna primária exige, uma vez que suas condições psíquicas parecem insuficientes. Assim, diante de uma importante condição de fragilidade psíquica, fica-lhes impossibilitada a condição de regredir, porque essa condição as aproximaria de um estado

psicótico no qual a desintegração está presente. Trata-se de considerar a hipótese de que, inconscientemente, mulheres que não sabiam que estavam grávidas não ingressem no estado próprio à preocupação materna primária por não contarem com saúde psíquica a fim de atravessar esse momento de fuga e regressão. Elas se mantêm, assim, afastadas desse estado de percepção aguçada para com o seu bebê, para não sofrerem maiores danos à sua própria saúde psíquica. O risco está em padecer de um estado de tamanha desintegração como a psicose. É preciso saúde para entrar em preocupação materna primária. Porém, para essas mulheres que experienciam o fenômeno da negação não psicótica da gravidez, não há saúde suficiente que as possibilite se identificar com o filho que estão gestando.

Essa questão nos remete ao que Winnicott (1989/2007) denominou de *medo do colapso*. Segundo Winnicott (1989/2007), esse medo de colapso estaria relacionado “às experiências passadas do indivíduo e aos caprichos ambientais” (p. 70). O colapso está associado a uma defesa contra um impensável estado de coisas, e é, segundo o autor, um “medo de um colapso que já foi experienciado” (p. 72). Winnicott (1989/2007) afirma que, na clínica com pacientes que passam por esse medo do colapso, é necessário por parte do terapeuta dizer para o paciente que o colapso já aconteceu e que é um fato que o paciente carrega consigo escondido no inconsciente. Ainda, segundo o autor, no caso desses pacientes, o inconsciente não pode ser pensado como o inconsciente reprimido das psiconeuroses, uma vez que se trata de um inconsciente no qual “a integração do ego não é capaz de abranger algo” (p. 73). Nesse caso, o ego é imaturo demais para “reunir todos os fenômenos dentro da área de onipotência pessoal” (Winnicott, 1989/2007, p. 73). O que tanto se teme por parte desses pacientes ainda não foi experienciado, e a necessidade de experienciar esse acontecimento passado é a mesma que os pacientes psiconeuróticos têm de se lembrar de acontecimentos reprimidos. Aquilo que o sujeito teme, e que ainda não foi experienciado, diz respeito ao fato de que, quando ocorreu o evento significativo, não havia um si mesmo, ou seja, remete a um estatuto originário que é alcançado em um estágio chamado EU SOU (Dias, 2003).

Nesse sentido, a constante preocupação do paciente em relação a algo que é do passado, segundo Winnicott (1989/2007), diz respeito ao

fato de a experiência original da agonia primitiva não poder “cair no passado a menos que o ego possa primeiro reuni-la dentro de sua própria e atual experiência temporal e do controle onipotente agora” (p. 73). Ou seja, cabe ao paciente buscar no futuro o detalhe passado que ainda não foi reconhecido como já experienciado. Ao falar das agonias primitivas, o autor lista o “retorno a um estado não-integrado” como sendo uma delas e considera que a defesa utilizada contra essa agonia, nesse caso, é a desintegração. A desintegração como defesa é de extrema relevância para o entendimento do fenômeno da negação não psicótica da gravidez, porém, para que essa compreensão seja a mais clara possível, é necessário que se retome a diferenciação entre não integração, integração e desintegração.

Segundo Dias (2003), os sujeitos possuem uma “tendência inata à integração numa unidade ao longo de um processo de amadurecimento” (p. 94), e isso irá levar a uma unidade, porém, por mais que haja essa tendência inata, é incerto que todos chegarão a um todo unitário, não bastando assim a mera passagem do tempo. Trata-se de uma tendência e não algo linear, como se fosse dado como certo que irá acontecer (Dias, 2003). Para que ocorra uma integração, segundo Santos (2010), é necessária a contribuição de fatores internos e de um cuidado ambiental, sendo um processo que se dá aos poucos. Para o autor, “a integração se dá gradualmente por breves períodos e momentos, só se tornando um fato depois de muitas idas e vindas do bebê do estado de não-integração para o estado de integração” (p. 101). Assim, o que vem antes da integração é um estado de não integração onde o bebê está, segundo Winnicott (1965), “desorganizado, uma mera coleção de fenômenos sensorio-motores reunidos pelo suporte do ambiente” (p. 175). Nesse sentido, Santos (2010) aponta que, além da conquista da integração, é preciso que o bebê conquiste “um sentido de tempo, uma localização no espaço e uma capacidade para distinguir o que pertence à realidade e o que não pertence” (p. 102). Isso se dará num estágio de dependência absoluta do bebê e que contará com uma mãe suficientemente boa. A mãe conseguirá lidar com essas demandas iniciais de seu filho por meio da preocupação materna primária (Santos, 2010).

Quando ocorrem falhas nesses cuidados adequados, acontece uma desintegração com esse bebê, porém, ao firmar-se sobre uma desintegra-

ção, afirma-se a condição do bebê alcançar uma unidade, conquistar um todo unitário, uma integração. Nos casos de falha nos cuidados, o bebê passa da integração para a desintegração, e não para o estado não integrado. A desintegração, então, é sentida como uma ameaça, pois já existe alguém para senti-la.

Segundo Winnicott (1979/2008), a desintegração diz respeito a uma defesa sofisticada, ou seja, uma defesa que é uma produção ativa do caos contra a não-integração na ausência de auxílio ao ego por parte da mãe, isto é contra a ansiedade inimaginável ou arcaica resultante da falta de segurança no estágio de dependência absoluta. (p. 60).

E sempre que for intolerável ao bebê, isto é, ao não conseguir mais suportar o excesso e a falta em demasia em relação às suas demandas, o bebê “tenderá a formar um falso self, como uma barreira frente ao meio ambiente ou frente aos seus impulsos vitais ameaçadores, barreira esta destinada a proteger o self verdadeiro” (Naffah Neto, 2007, p. 79). Esse processo ocorre a fim de protegê-lo contra a ansiedade inimaginável. Sobre a ansiedade inimaginável, Winnicott (1979/2008) refere, como variedades dessas ansiedades, a desintegração, o cair para sempre, o não ter conexão alguma com o corpo e o carecer de orientação. Além disso, elas são a essência das ansiedades psicóticas e “pertencem, clinicamente, à esquizofrenia ou ao aparecimento de um elemento esquizóide oculto em uma personalidade não-psicótica nos demais aspectos” (Winnicott, 1979/2008, p. 57). Ainda, segundo o autor, deve-se atentar para o que ocorre com o bebê quando não acontecem os cuidados que são essenciais num tempo primeiro e antes deste bebê ter a noção da distinção entre ele e o outro. Nesse sentido, o autor refere que, nesses casos, há distorções da organização do ego que estão na base das características esquizoides e uma defesa relacionada ao cuidado de si mesmo, isto é, a organização de um aspecto falso da personalidade. Assim, cabe ressaltar as consequências de um apoio defeituoso ao ego por parte da mãe: esquizofrenia infantil ou autismo, esquizofrenia latente, falsa autodefesa e uma personalidade esquizoide.

Associando as consequências de um apoio defeituoso ao ego por parte da mãe (Winnicott, 1979/2008) com a dinâmica observada no fenômeno da negação não psicótica da gravidez, podem-se lançar hipóteses acerca de sua dinâmica.

Ou seja, nessa linha de raciocínio pode-se abordar os motivos pelos quais essas mulheres não têm consciência de estarem grávidas, tomando como referência os efeitos referidos por Winnicott frente à ocorrência de um apoio que não foi suficientemente bom por parte da mãe e que acabou causando importantes falhas psíquicas. Um exemplo dessa condição se faz presente no caso da personalidade esquizoide. Tal hipótese permite considerar a possibilidade de que, no caso dessas mulheres que desconhecem sua condição gestacional, se trate de uma personalidade esquizoide, no sentido de que essas mulheres não estão vivenciando um episódio psicótico e não têm um diagnóstico de psicose. Winnicott (1979/2008), em relação à personalidade esquizoide, refere que “comumente se desenvolve um distúrbio da personalidade que depende do fato de um elemento esquizoide estar oculto em uma personalidade que é normal em outros aspectos” (p. 58). Em sua investigação de casos individuais que apresentam uma personalidade esquizoide, o autor pôde constatar “vários tipos e graus de falhas em cuidado, manejo e apresentação do objeto no estágio inicial” (p. 58).

Seria o fenômeno da negação não psicótica da gravidez a manifestação de um elemento esquizoide oculto em uma personalidade que tem um bom funcionamento em outras situações da vida? Mulheres que não sabiam que estavam grávidas teriam, então, importantes falhas que dizem respeito ao cuidado, ao manejo e à apresentação de objeto? Sabendo-se que no desenvolvimento do ego é necessário que tenha havido uma experiência de cuidado para que, assim, o bebê se torne um todo unitário, além de um manejo saudável para que haja uma coesão entre o ego e o corpo, e, ainda, considerando-se a essencial apresentação de objeto para que o bebê inicie as suas relações de objeto, pode-se ter uma clara noção dos prejuízos inerentes à situação da negação não psicótica da gravidez. Logo, neste fenômeno, trata-se de uma experiência que pode ser abordado pelo viés de falhas importantes na vida destas mulheres que, na condição de estarem grávidas, não conseguem integrar ao eu a condição de gestação que experienciam. Essa incapacidade do presente remete a falhas inaugurais de sua história infantil, falhas primitivas quando ainda não havia uma separação do eu e o não eu.

O raciocínio desenvolvido permite apresentar alguns questionamentos. Se a percepção da

própria gravidez fosse acolhida pelo ego, estariam essas mulheres que não sabiam que estavam grávidas se deparando com o medo do colapso por meio da constatação da gestação? A gravidez poderia representar um vivenciar outra vez em relação àquilo que foi vivenciado com falhas na dependência absoluta, ou seja, antes de uma unidade de eu? Não perceber a gravidez e assim não entrar na preocupação materna primária seria a forma, então, encontrada por essas mulheres para não se verem diante do colapso? Reviver por meio da gravidez aquilo que foi falho seria sentido por essas mulheres como um risco em voltar a um estado em que ainda não havia uma integração, ou seja, a um estado de não integração? Como já foi dito, a defesa contra a um retorno a um estado de não integração é a desintegração. Uma desintegração no sentido de que os sintomas próprios de uma gravidez não possam ser pensados como característicos realmente a uma gravidez, e, sim, atribuídos a outros fatores, como estresse ou um luto recente, na tentativa de justificar o aparecimento daqueles sintomas. Seria a desintegração o modo com que essa mulher denuncia sua fragilidade psíquica e encontra recursos para não reviver falhas primitivas, desintegrando assim partes fundamentais que a levariam a juntar as peças de um quebra-cabeça carregado de agonia, que seria apresentado frente à sua condição de gravidez? São questões que denunciam a importância de refletir sobre a complexidade de fatores envolvidos neste fenômeno, bem como considerar o sofrimento psíquico que se oculta na impossibilidade de uma mulher experienciar sua própria gravidez. Trata-se, portanto, da relevância de ampliar a discussão e compreensão a respeito de um fenômeno que terá importantes repercussões na qualidade da relação mãe-bebê.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fenômeno da negação não psicótica da gravidez interroga e solicita um olhar mais amplo, que não esteja restrito apenas a uma questão obstétrica, mas também contemple um questionamento a respeito das consequências psíquicas decorrentes de falhas na relação mãe-bebê, desde a vida intrauterina. Sabe-se da relevância de que, mesmo antes do nascimento, a mulher possa ocupar-se das importantes demandas decorrentes da condição de estar gestando uma criança.

Os aportes de Winnicott a respeito dos tempos iniciais da relação mãe-bebê trazem à cena estas questões emocionais vinculadas à construção dessa relação e contribuem para uma reflexão sobre a necessidade e a urgência de buscar um estudo aprofundado sobre essa problemática. Considera-se, então, que houve falhas importantes nos primórdios da vida dessa mulher que não detecta sua própria gravidez. Essas falhas podem ser denominadas como agonias a partir das contribuições winnicottianas. São essas agonias que, depois, na vida adulta, podem resultar em impedimentos por parte da mulher em reconhecer sua gravidez, uma vez que a condição necessária para que ocorra um movimento identificatório com o seu bebê exige recursos psíquicos dos quais ela parece não dispor. A condição de acesso a um estado de preocupação materna primária, ao provocar um movimento regressivo a um estado que sua condição psíquica não daria conta, não pode ser viabilizada. Nessas situações gera-se na mulher o medo do colapso, isto é, um temor de reviver aquilo que já foi vivenciado quando não havia experimentado um estado unitário.

A condição da negação não psicótica da gravidez denuncia a fragilidade psíquica por parte dessas mulheres e também evidencia, por sua dinâmica, aquilo que poderá ocasionar em termos de prejuízos futuros na relação mãe-bebê. Para tal, é necessário que esse fenômeno, que põe tanto a mãe quanto seu bebê em condições de não poderem usufruir daquilo que pode ser saudável nessa relação, seja objeto de estudo e discussão por parte de profissionais que têm nas relações humanas seu foco de atenção.

REFERÊNCIAS

- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D.W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Ferragu, G. (2002). *Le déni de grossesse: une revue de littérature*. Tese de doutorado, Université de Rennes I, Rennes.
- Granato, T.M.M. (2000). *Encontros terapêuticos com gestantes à luz da preocupação materna primária*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Mello, R.M. (2008). *A confiança na construção dos vínculos objetivos: uma perspectiva psicanalítica*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Naffah Neto, A. (2007). A problemática do falso self em pacientes de tipo borderline: revisitando Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise* [online] 41(4), 77-88.
- Oxford (2007). *Oxford advanced learner's dictionary*. Oxford: Oxford University Press
- Santos, E. (2010). *Winnicott e Heidegger: aproximações e distanciamentos*. São Paulo: DWW Editorial.
- Spielvogel, A.M., & Hohener, H.C. (1995). Denial of pregnancy: a review and case reports. *Birth* 22(4), 220-226.
- Wessel, J. Endrikat, J. & Buscher, U. (2002). Frequency of denial pregnancy: results and epidemiological significance of a one-year prospective study in Berlin. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81, 1021-1027.
- Winnicott, D.W. (1950/1993) *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. São Paulo, Livraria Francisco Alves.
- Winnicott, D.W. (1965). *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Winnicott, D.W. (1979/2008). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D.W. (1988/1993). *Natureza humana*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D.W. (1989/2007). *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

The phenomenon of non-psychotic denial of pregnancy in Winnicottian perspective

ABSTRACT

This is a theoretical study which addresses the phenomenon of non psychotic denial of pregnancy which a woman does not know she is pregnant during a significant part of the pregnancy or even until labor. This situation is explored from the Winnicottian perspective addressing aspects related to the maternal psychic condition, especially concerning the concept of primary maternal preoccupation as an essential factor in the relationship between mother and child. Some hypotheses are presented concerning a conflict which unable the mother to recognize her own pregnant condition as well as we discuss about the consequences of this impossibility in the quality of the relationship mother-child.

Keywords: pregnancy, motherhood, Psychoanalysis.

Recebido em: 13/01/2014

Avaliado em: 14/05/2014

Correções em: 09/05/2014

Aprovado em: 08/09/2014

Editor: Vinícius Renato Thomé Ferreira