

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

FERNANDA BELLUZZO GUEDES FERREIRA

**UMA COMPREENSÃO WINNICOTTIANA SOBRE AS
NOÇÕES DE *SOMA*, *PSIQUE* E *MENTE* COMO
REFERÊNCIA PARA O ENTENDIMENTO DA
INTEGRAÇÃO PSICOSSOMÁTICA**

CAMPINAS

2010

FERNANDA BELLUZZO GUEDES FERREIRA

**UMA COMPREENSÃO WINNICOTTIANA SOBRE AS
NOÇÕES DE *SOMA*, *PSIQUE* E *MENTE* COMO
REFERÊNCIA PARA O ENTENDIMENTO DA
INTEGRAÇÃO PSICOSSOMÁTICA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientador: Prof. Dr. Leopoldo Pereira Fulgencio Junior

PUC-CAMPINAS

2010

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t150.195
F383c Ferreira, Fernanda Belluzzo Guedes.
 Uma compreensão winnicottiana sobre as noções de *soma*,
psique e *mente* como referência para o entendimento da integração
psicossomática / Fernanda Belluzzo Guedes Ferreira. – Campinas:
PUC - Campinas, 2010.
 139p.

 Orientador: Leopoldo Fulgencio.
 Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de
Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
 Inclui bibliografia.

 1. Psicanálise. 2. Corpo e mente. 3. Corpo e mente - Aspectos
psicológicos. 4. Medicina psicossomática. 5. Winnicott, D. W. (Donald
Woods), 1896-1971. I. Fulgencio Leopoldo. II. Pontifícia Universidade
Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação
em Psicologia. III. Título.

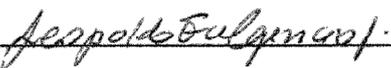
22. ed.CDD – t150.195

**Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Centro de Ciências da Vida - Programa de Pós-Graduação**

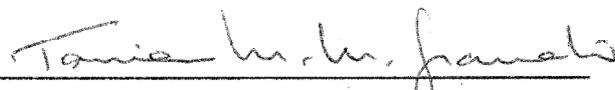
Fernanda Belluzzo Guedes Ferreira

Uma compreensão winnicottiana sobre as noções de *soma*, *psique* e *mente* como referência para o entendimento da integração psicossomática

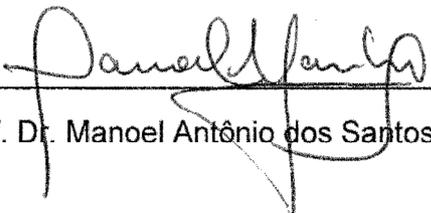
BANCA EXAMINADORA



Presidente Prof. Dr. Leopoldo Pereira Fulgencio Junior



Prof. Dra. Tania Mara Marques Granato



Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos

Aprovação obtida em 10/02/2010

PUC-CAMPINAS

2010

Em memória de meu pai, Célio.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Célio e Maria Zilda, que sempre deixaram que eu encontrasse o meu próprio caminho, me deram a vida e tantas outras coisas... Sou grata a vocês por tudo.

À PUC, seu Reitor, professores e funcionários.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e tecnológico- CNPq, que possibilitou a realização desta pesquisa.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Leopoldo Fulgencio, por dividir conosco com entusiasmo os seus conhecimentos. Minha gratidão pela capacidade de me acolher nos momentos difíceis da vida.

Ao meu companheiro Rodrigo, que sempre me incentivou a ir mais além. Obrigada por fazer parte da minha vida e estar ao meu lado em todos os momentos.

Aos caros irmãos Guilherme e Eduardo. Obrigada pelo apoio, pelo carinho e por estarem sempre tão presentes.

Aos estimados padrinhos Marco e Sueli, agradeço imensamente pelo acolhimento, estímulo e auxílio na minha caminhada pela psicanálise.

A Roseli, por acreditar em mim e me ajudar a descobrir quem eu sou.

A todos os meus colegas da PUC, Carol, Carla, Marília, Lucas, Saulo e, em especial Priscila e Renata, pelas trocas, pelas risadas, pela amizade e pelos valiosos momentos que estivemos juntas.

Aos queridos amigos, pelo inestimável amparo, pelos momentos de descontração, pelo apoio que me deram e força constante. Obrigada!

A todos os meus familiares que estiveram próximos e se fizeram presentes nos momentos em que eu mais precisava.

RESUMO

FERREIRA, Fernanda Belluzzo Guedes. **Uma compreensão winnicottiana sobre as noções de *soma*, *psique* e *mente* como referência para o entendimento da integração psicossomática.** 2010. 139f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2010.

Esta pesquisa de natureza teórica pretende compreender o processo de integração psicossomática considerando as noções de *soma*, *psique* e *mente* no quadro da teoria psicanalítica proposta por Donald W. Winnicott, adotando a compreensão de sua teoria do amadurecimento pessoal tal como interpretada por Elsa Dias e Zeljko Loparic. Procura-se mostrar que esse autor faz introduções conceituais na psicanálise que modificam a perspectiva geral de reflexão sobre a organização psico-afetiva do ser humano, concebida por ele como o objeto de sua psicanálise. Ao invés de manter a oposição corpo-mente, Winnicott propõe que a organização psico-afetiva se dá considerando-se outros pólos, colocando de um lado a *psique* e, de outro, o *soma*, sendo a *mente* um aspecto diferenciado do funcionamento da psique. A explicitação desses termos-conceitos, bem como o que ele caracteriza como elaboração imaginativa das funções corporais, em conjunção com a descrição que faz de uma das tarefas iniciais do amadurecimento, o alojamento da psique no corpo, oferece indicações úteis para entender a proposição winnicottiana de que a existência é essencialmente psicossomática. Além disso, pode-se citar, em caráter ilustrativo, alguns distúrbios psicossomáticos (em especial, a anorexia e a bulimia), os quais elucidam a maneira como Winnicott considera este tipo de problema clínico. *Grosso modo*, procura-se mostrar que o autor citado entende os distúrbios que envolvem o corpo como tentativas de alcançar uma integração psicossomática que não se constituiu satisfatoriamente no processo do amadurecimento afetivo.

Palavras-chave: Psicanálise, Psique, Mente, Soma, Integração psicossomática.

ABSTRACT

Author: FERREIRA, Fernanda Belluzzo Guedes. **A Winnicottian comprehension of the concepts: *soma, psyche* and *mind*, as a reference to the understanding of psychosomatic integration.** 2010. 139f. Thesis (MA in Psychology. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 2010).

This theoretical research aims to understand the process of psychosomatic integration considering the notions of soma, psyche and mind in the framework of psychoanalytic theory proposed by Donald W. Winnicott, adopting the understanding of his theory of personal maturation as interpreted by Elsa Dias and Zeljko Loparic. It aims to show that the author makes conceptual issues in psychoanalysis that modify the general approach of reflection on the psycho-affective organization of the human being, conceived by him as the object of his psychoanalysis. Instead of keeping the opposition body-mind, Winnicott suggests that the psycho-affective organization is given based on other poles, opposing the psyche and the soma and considering the mind a different aspect of the functioning of psyche. The explanation of these terms-concepts, as well as what he characterized as imaginative elaboration of bodily functions, in conjunction with the description that he makes of one of the initial task of maturation, the housing of the psyche in the body, provide useful information to understand the Winnicottian proposition whereby existence is essentially psychosomatic. Moreover, one can cite, as a matter of illustration, some psychosomatic disorders (especially anorexia and bulimia), which clarifies the way Winnicott considers this type of clinical problem. *Roughly speaking*, it aims to show that the cited author considers disorders involving the body as attempts to achieve a psychosomatic integration that was not satisfactory achieved in the process of emotional maturation.

Keywords: Psychoanalysis, Psyche, Mind, Soma, Psychosomatic integration.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1. Aspectos gerais.....	09
1.1 – O problema dos distúrbios psicossomáticos	09
1.2 – A psicanálise e a especificidade da contribuição winnicottiana para o estudo da integração psicossomática.....	14
2. Justificativa.....	29
3. Perspectiva teórica.....	31
4. Método e objetivos.....	38
5. Desenvolvimento.....	43
CAPÍTULO I	
A linha geral do amadurecimento pessoal e suas fases	46
1.1 – Impulsos básicos: continuidade de ser e tendência inata à integração	50
1.2 – As fases, tarefas e conquistas do processo de amadurecimento ...	57
CAPÍTULO II	
A distinção entre o <i>soma</i>, a <i>psique</i> e a <i>mente</i>	69
2.1 – O <i>soma</i>	71
2.2 – A <i>psique</i> e a <i>mente</i>	74
CAPÍTULO III	
Aspectos gerais do processo de integração psicossomática	82
3.1 – A elaboração imaginativa das funções corporais	89
3.2 – O alojamento da psique no corpo	94
3.3 – A integração da instintualidade	102

CAPÍTULO IV

Considerações winnicottianas sobre os distúrbios psicossomáticos, como problemas relacionados à integração 112

CONSIDERAÇÕES FINAIS 123

REFERÊNCIAS 128

Introdução

Aspectos gerais

1.1- O problema dos distúrbios psicossomáticos

A diversidade de problemas psicossomáticos e as dificuldades em compreendê-los e tratá-los é uma realidade que tem exigido a articulação de diferentes disciplinas científicas dedicadas à saúde. Os distúrbios da alimentação, como a anorexia, a bulimia, a drogadição, a procura e o uso abusivo das cirurgias plásticas, e as doenças e sintomas físicos específicos os quais surgem associados a quadros de sofrimento psíquicos, entre outros, formam uma grande variedade de sintomas e patologias passíveis de serem caracterizados como psicossomáticos. Não temos a intenção de abordar aqui todos estes problemas, mas, focando nossa atenção num aspecto específico da perspectiva teórica do pediatra e psicanalista inglês Donald Woods Winnicott, pretendemos explorar algumas de suas concepções. O objetivo é contribuir tanto para a própria compreensão da obra deste autor e da questão específica da integração psicossomática, quanto para o trabalho de construção, feito pouco a pouco pelos pesquisadores e clínicos, do entendimento dos transtornos psicossomáticos.

A fim de visualizar um pouco mais concretamente esse tipo de problema, assim como a nossa proposta de pesquisa, tomaremos dois distúrbios específicos da alimentação, a bulimia e a anorexia, como modelo para a exposição de alguns indicativos sobre a dinâmica destes transtornos. É importante ressaltar que esses distúrbios serão aqui descritos e comentados a título de exemplo e ilustração, não havendo a finalidade de apresentar uma compreensão dos problemas alimentares.

A bulimia e a anorexia, como transtornos do comportamento alimentar, representam uma importante patologia, tanto no que se refere a sua grande freqüência, bem como pelo fato de serem considerados transtornos difíceis de serem abordados, por sua complexidade e, conseqüentemente, pela dificuldade

de definir sua etiologia, a qual parece abarcar diversos fatores. Conforme Silva e Santos (2006), o tratamento de pessoas com transtornos alimentares, como a anorexia e a bulimia, é um desafio para os profissionais da área da saúde em geral. Tal fato se dá em virtude de essas patologias se apresentarem de forma complexa e, além disso, comumente afetarem muitas áreas do comportamento humano – como a física, a psicológica, a social, entre outras. Desse modo, os autores citados acreditam que essas síndromes psicossomáticas de etiologia multifatorial dificilmente podem ser tratadas por um profissional isolado (p. 415).

Observa-se atualmente um aumento significativo dos casos de transtornos da conduta alimentar. Temos notícias de inúmeros casos, por meio dos veículos de comunicação, como os telejornais, revistas e jornais em geral, bem como por meio de trabalhos clínicos, tanto individuais como institucionais. A título de exemplo, citamos o AMBULIM - Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, criado em 1992 pelo Prof. Dr. Táki Athanássios Cordás e especializado no tratamento desses transtornos. Considerado hoje o maior centro especializado em transtornos alimentares do Brasil e da América Latina, oferece tratamento gratuito para pacientes de todo o país.

Segundo dados¹ do AMBULIM, ao longo da vida, entre 0,5% e 4% das mulheres terão anorexia nervosa, e de 1% a 4,2% destas pacientes apresentarão também bulimia nervosa. Além disso, dados do ambulatório revelam que aproximadamente 30% das pessoas obesas em tratamento apresentam descontrole alimentar caracterizado pela ingestão compulsiva de grandes quantidades de alimento, com sensação de perda de controle. Conforme Taki Athanássios Cordás, coordenador do AMBULIM e professor de pós-graduação do Departamento de Psiquiatria da FMUSP, "A Anorexia é uma doença de adolescente e adulto jovem, que aparece geralmente entre os 12 e 18 anos de idade – 90% são meninas". No entanto, em recente artigo, Andrade e Santos

¹ Informações retiradas dos sites: <http://www.ambulim.org.br/transtornos_alimentares.php> e <<http://www.webodonto.com/html/artigo08.htm>>. Data da consulta 10/02/2009.

(2009) advertem que o culto pela magreza e pelo corpo esbelto, que marcam a época presente, também vem afetando jovens do sexo masculino, tendo havido aumento no número desses casos.

Outro importante grupo de referência que oferece há mais de duas décadas assistência multidisciplinar a pessoas com transtornos alimentares é o programa denominado GRATA² – Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares. A equipe de saúde do programa é constituída por médicos nutrólogos, psiquiatras, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros e estagiários do curso de graduação em Psicologia que atendem pacientes com anorexia nervosa e bulimia nervosa. Esse grupo entende que as categorias nosológicas correspondem a nomes genéricos os quais indicam diagnósticos de psicopatologias que guardam entre si algumas similaridades. No entanto, esses transtornos também têm distintas formas de apresentação, evolução e prognósticos, sendo que cada caso específico demanda um tipo de tratamento personalizado (Santos, 2006, p. 386-387).

De acordo com as estatísticas³ da Associação Brasileira de Transtornos Alimentares (ASTRAL), estima-se a incidência de novos casos a cada ano, da seguinte maneira: anorexia nervosa, mais de 11 novos casos por 100.000 pessoas por ano, e bulimia nervosa, mais de 18 novos casos por 100.000 pessoas por ano. Esses dados mostram que a incidência de bulimia nervosa é maior que de anorexia nervosa.

Há uma diversidade de possibilidades e de perspectivas teóricas que têm se dedicado a resolver e compreender transtornos desta natureza. No campo da saúde, médicos, psicólogos, psiquiatras e psicanalistas têm apresentado alguns pontos de vista.⁴ Ao que tudo indica, nenhuma dessas propostas se mostra

² Esse programa é um dos pioneiros no atendimento dos referidos transtornos. Foi implantado em 1982 dentro de um serviço especializado junto ao Ambulatório de Nutrologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (Santos, 2006, 386-387).

³ Dados pesquisados no site: <<http://www.astralbr.org/noticias/node/85>>. Data da consulta 27/02/09.

⁴ Para obter maiores referências sobre o tema, ver: Miranda, M. R. Tese de doutorado (PUC-SP): *Anorexia Nervosa e Bulimia à luz da Psicanálise: – a complexidade da relação mãe-filha*, 2003;

hegemônica, visto que nenhuma alcançou ainda um nível de eficácia que a destacaria das outras como um caminho para a solução e compreensão dos problemas clínicos em questão. É possível que a consideração dos diversos pontos de vista, auxilie os vários profissionais envolvidos na tarefa de compreender e tratar transtornos dessa natureza, evidentemente guardadas suas singularidades epistemológicas.

Nesse sentido e procurando traçar um quadro de referência mais amplo destes problemas, prosseguimos a nossa exposição retomando a descrição do manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV / 2002), que caracteriza os transtornos alimentares como graves perturbações no comportamento alimentar. Tendo traçado o quadro geral, mostraremos o ponto de vista específico sobre o qual a nossa pesquisa será desenvolvida.

Segundo a definição do DSM-IV (2002), a anorexia nervosa caracteriza-se fundamentalmente pela recusa do indivíduo de manter um peso corporal numa faixa mínima, acompanhado de intenso medo de engordar, além de significativa perturbação na percepção da imagem corporal. O indivíduo emprega diversas maneiras de perder o peso, como veremos a seguir:

A perda de peso em geral é obtida, principalmente, por meio da redução da ingestão alimentar total. Embora os indivíduos possam começar excluindo de sua dieta aquilo que percebem como sendo alimentos muito calóricos, a maioria termina com uma dieta muito restrita, por vezes limitada a apenas alguns alimentos. Métodos adicionais de perda de peso incluem purgação (isto é, auto-indução de vômitos ou uso indevido de laxantes ou diuréticos) e exercícios intensos ou excessivos. (DSM-IV, 2002, p. 556).

De acordo com o manual, parece ser bastante raro que o indivíduo com anorexia procure auxílio por conta própria, sendo mais freqüente que ele seja levado a um profissional pela família.

Além da anorexia, há outro tipo de transtorno alimentar, a bulimia nervosa, a qual sugere ser uma patologia próxima da anorexia, talvez complementar. Jeammet (1984) explica que a anorexia e a bulimia formam uma dupla antagonista e afirma que:

Não há anoréxica que não tema tornar-se bulímica. Mesmo que um pouco mais de 50% efetivamente se torne bulímicas, em um momento qualquer de sua evolução as anoréxicas puramente restritivas vivem com a idéia fixa do alimento e do ganho de peso. (Jeammet, 1984, p. 31)

A bulimia é caracterizada pela apresentação de episódios de hiperfagia e pelo emprego de métodos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso, que devem ocorrer ao menos duas vezes por semana durante três meses. No DSM-IV (2002), lemos: “Um episódio bulímico é definido pela ingestão, em um período limitado de tempo, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria sob circunstâncias similares” (p. 561).

Segundo estas descrições, as crises bulímicas freqüentemente ocorrem às escondidas, uma vez que o paciente pode se envergonhar da grande quantidade de alimento ingerida em curto período, necessitando, desse modo, ocultar seu descontrole e seus sintomas. Geralmente, a crise bulímica persiste até que o indivíduo sinta desconforto físico ou até que seja surpreendido por outra pessoa.

Notamos que o DSM-IV tem a finalidade de apresentar um quadro descritivo, psiquiátrico, ou seja, é um manual que oferece a relação de sintomas dos transtornos sem, contudo, especificar exatamente a sua gênese. Parece-nos que a desejável tarefa de encontrar a origem e o tratamento dos distúrbios da alimentação e dos distúrbios psicossomáticos ainda não foi atingida, embora

sejam muitos os avanços no entendimento destes problemas e diversas as pesquisas⁵, no quadro de múltiplas disciplinas científicas, que têm se dedicado a essas questões. É possível que a grande maioria dos distúrbios alimentares e psicossomáticos esteja numa situação semelhante a que descrevemos acima, referindo-nos à anorexia e à bulimia.

Nosso interesse é, focado numa perspectiva específica, a teoria psicanalítica de Winnicott, contribuir para o conjunto das pesquisas as quais têm procurado abordar estes problemas, não propriamente para solucioná-los, mas para aprofundar e esclarecer alguns pontos fundamentais de uma linha de pesquisa visando à possível procura dos fatores psicogênicos envolvidos. Essa perspectiva não pretende a hegemonia da compreensão ou tratamento desses problemas, mas somente iluminar alguns fatores que estão relacionados a esses quadros psicopatológicos. Assim, o foco deste trabalho está em compreendermos o processo de integração psicossomática através da elucidação das noções de *soma*, *psique* e *mente* presentes na obra do referido autor, tendo em vista o esclarecimento de aspectos envolvidos na gênese desses problemas clínicos.

1.2 - A psicanálise e a especificidade da contribuição winnicottiana para o estudo da integração psicossomática

Ao longo de sua existência, a psicanálise passou por diversas reformulações e acréscimos, uma vez que novos problemas, novas dificuldades clínicas e teóricas apareceram, assim como outras patologias foram surgindo e a necessidade de compreendê-las e tratá-las tornou-se necessária. Por muito tempo na história da psicanálise e, ainda hoje, compreendeu-se a etiologia de diversas patologias, como a histeria, a fobia e a neurose obsessiva, por meio das

⁵ Para o leitor interessado, ver os trabalhos de: Miranda, M. R. (2003) Tese de doutorado (PUC-SP): *Anorexia Nervosa e Bulimia à luz da Psicanálise - a complexidade da relação mãe-filha*; Scazufca, A. C. M. (1998) Dissertação de mestrado (PUC-SP) *Abordagem Psicanalítica da anorexia e da bulimia como distúrbios da oralidade*; Moura, F. E. G. A. (2007) Dissertação de mestrado. (USP) *O cuidado materno e a estruturação do vínculo mãe-filha nos transtornos alimentares*.

relações estabelecidas entre estas e a sexualidade infantil destes pacientes e, mais precisamente, a partir do estabelecimento de relações com o complexo de Édipo.

No que diz respeito à histeria, podemos afirmar que as descobertas de Freud abriram caminho para uma nova possibilidade de se pensar as relações existentes entre a mente e corpo. Foi essa a patologia através da qual Freud iniciou seus estudos e a que o estimulou a compreender a mente humana e o seu funcionamento. A partir dos estudos sobre a histeria, ele percebeu “outra cena⁶” ou uma “parte da consciência” desconhecida e regida por outras leis. Concebeu, então, o inconsciente e a noção de defesa psíquica como a forma pela qual a mente lida com ideias aflitivas. Os sintomas de conversão presentes na histeria intrigavam Freud, deixando evidente que era na mente que se dava a conflitiva, pois as causas orgânicas eram descartadas e outros agentes surgiam como determinantes na origem dos sintomas histéricos.

Em seu artigo “As neuropsicoses de defesa” (1894a)⁷, Freud discute como a defesa opera no psiquismo, apontando as forças motivadoras inconscientes e destacando a importância da sexualidade na etiologia das neuroses. “Ademais, é fácil verificar que é precisamente a vida sexual que traz em si as mais numerosas oportunidades para o surgimento de representações incompatíveis [com o eu do paciente]” (p. 59). Inicialmente, ele fala de uma divisão da consciência para explicar os fenômenos histéricos, decorrente de uma experiência ou sentimento muito aflitivo, que fica representado de forma conflitante e que o psiquismo não pode suportar. Nas palavras de Freud:

houve uma ocorrência de incompatibilidade em sua vida representativa - isto é, até que seu eu se confrontou com uma experiência, uma representação ou sentimento que suscitaram um afeto tão aflitivo que o sujeito decidiu

⁶ Na parte VII, item (B) “Regressão” de *A interpretação dos Sonhos*, Freud escreve, citando Fechner: “No curso de um breve exame do tema dos sonhos, o grande Fechner [...] expressa a ideia de que *a cena de ação dos sonhos é diferente da cena da vida representacional de vigília*”. (Freud, 1900-1901, p.566, grifos de Freud).

⁷ Freud estará sendo citado a partir da classificação feita por Strachey, na Standard Edition inglesa.

esquecê-lo, pois não confiava em sua capacidade de resolver a contradição entre a representação incompatível e seu eu por meio da atividade de pensamento. (Freud, 1894a, p. 55).

Surgiu, desse modo, a noção de um dinamismo na mente, com forças e ideias em oposição. Freud (1894a) entende que o sujeito “esquece-se” desse conteúdo desagradável e assim o “expulsa” de sua consciência. No entanto, ele percebe que esse tipo de “esquecimento” não funciona efetivamente, e ainda propicia o aparecimento de várias reações patológicas (p.55). Para Freud, isso ocorre quando o eu transforma essa representação ou ideia desagradável numa representação enfraquecida, através da retirada da carga afetiva contida nessa ideia. Porém, de acordo com o referido autor, esse afeto ou soma de excitação que ficou desvinculada da ideia original fica livre para ser utilizada de outra forma e, no caso da histeria, é descarregada no corpo. Ele concluiu, posteriormente, que a divisão da consciência não seria o fator característico da histeria, mas antes, a capacidade de conversão (Freud, 1894a, p. 57). Freud propôs, naquele momento, o nome *Histeria de Defesa* ou *Histeria de Conversão* para designar o tipo de patologia o qual possui um mecanismo psíquico envolvido, a saber, a conversão.

Em *Estudos sobre Histeria*, Freud e Breuer (1895d) apresentam novamente algumas ideias sobre suas pacientes histéricas, afirmando que os sintomas histéricos eram determinados por um trauma psíquico que continuava a atuar, mesmo muito mais tarde da sua ocorrência:

Devemos antes presumir que o trauma psíquico - ou mais precisamente, a lembrança do trauma - age como um corpo estranho que, muito tempo depois de sua entrada, deve continuar a ser considerado como um agente que ainda está em ação. (Freud, 1893, p. 42)

Para Freud, as lembranças capazes de conduzir a histeria não eram acessíveis à consciência. Ele notou a resistência de suas pacientes para recordar tais lembranças aflitivas e identificou-as como a mesma força que teria levado

essas pacientes à formação inicial dos sintomas, compreendendo a histeria como resultado de forças em oposição. O autor citado imaginou que uma parte da mente precisava empregar medidas defensivas a fim de proteger-se contra forças inconscientes percebidas como perigosas, que geravam um acúmulo de excitação desagradável, a qual precisava encontrar escoamento.

Segundo Freud (1895), a razão para o acúmulo de excitação não descarregada é a repressão; mas a tensão ou excitação acumulada gera desprazer e por isso é diretamente vertida no corpo, como “uma necessidade do organismo” de eliminar tal excitação excedente (p. 218). Esse mecanismo ocorre devido ao “princípio da constância⁸”, que visa à busca de equilíbrio no aparelho psíquico, tentando regular o nível de excitação para o mais baixo possível, tanto por meio do afastamento de estímulos desprazerosos, como pela via de uma descarga, objetivando diminuir o nível de tensão na mente. Neste momento, Freud fala desse princípio somente como “uma *tendência a manter constante a excitação intracerebra*” (p.218, itálicos de Freud).

Em 1896, Freud escreveu “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” e “A etiologia da histeria”, oferecendo uma descrição mais pormenorizada daquilo contra o qual a defesa opera. Ele conclui que, na histeria de conversão, a ação da defesa incide contra uma experiência sexual de caráter traumático, ocorrida na infância através da sedução da criança por um adulto, experiência traumática a qual teria um caráter passivo. Porém, assinala que “não são as experiências em si que agem de modo traumático, mas antes sua revivescência como lembrança depois que o sujeito ingressa na maturidade sexual” (p. 165). Aparece na teoria freudiana a noção de sintoma como uma falha da defesa e um retorno do recalcado.

Numa correspondência a Fliess de 1897, (*Carta 69*), Freud passou a questionar-se sobre o caráter real dessas experiências sexuais infantis relatadas por suas pacientes e declarou não acreditar mais na sua teoria inicial, uma vez que percebeu o papel fundamental das fantasias sexuais inconscientes na

⁸ Ver: “Além do princípio do prazer” (1920g), vol.XVIII, p. 19.

etiologia das neuroses. Essa carta ficou conhecida como um marco do abandono da teoria da sedução e do trauma e o início da “teoria do desejo”, inaugurando, dessa forma, a existência de uma realidade psíquica (a noção de fantasia) e de uma sexualidade infantil.

É possível pensarmos que Freud compreendia a psicopatologia da histeria em termos de conflito e sua correspondente defesa, que eram narrados no corpo. No entender do referido autor, esses conflitos inconscientes sofrem uma conversão e se expressam através de um sintoma no corpo, como são as paralisias motoras, perda do tato, cegueira, etc. Os sintomas conversivos que ele observou nas histéricas e caracterizou como resultado de um conflito de origem sexual e intolerável para a consciência, evidenciaram sua convicção sobre a influência mútua dos fatores mentais nos corporais.

Posteriormente, em “Fragmento da análise de um caso de histeria” (1905), seu conhecido “Caso Dora”, ele acrescentou algumas inovações teóricas, afirmando que esse trauma estava relacionado à sexualidade infantil reprimida e que esta girava em torno da conflitiva edípica. Freud pôde observar como o sintoma de Dora revelava, no seu deslocamento pelo corpo, aquilo que a própria consciência da paciente não tinha conhecimento: seus desejos edípicos.

No entanto, a idéia da existência de uma realidade psíquica⁹ como agente dos conflitos na mente do indivíduo e, conseqüentemente, dos sintomas e patologias, privilegiou a compreensão psicanalítica do funcionamento intrapsíquico (as representações inconscientes, as defesas, a resistência do paciente, etc.), resultando em certo esquecimento do ambiente. Alguns autores de peso, tal como Winnicott, consideram que o ambiente não pode ser esquecido. Ele vai além e afirma que:

⁹ O próprio Winnicott reconheceu na suposição de Freud sobre a existência de uma realidade psíquica, uma das grandes descobertas para a construção de uma psicologia científica. Ele afirma: “Freud criou um método de abordagem científica ao problema do desenvolvimento humano; desafiou a relutância em se falar abertamente de sexo e especialmente da sexualidade infantil, [...]; demonstrou a existência do inconsciente reprimido e lançou luz sobre as operações do inconsciente; insistiu no pleno reconhecimento da realidade psíquica (o que é real no indivíduo, e não apenas o realizado em ato); procurou, intrepidamente, formular teorias relativas aos processos mentais, algumas das quais tornaram-se geralmente aceitas”. (Winnicott, 1965t, p. 29).

Não é suficiente que se reconheça que o ambiente é importante. Se vai haver uma discussão da teoria do relacionamento paterno-infantil, então nos dividimos em dois grupos se há aqueles que não concordam que nos estágios iniciais do lactente este e o cuidado materno pertencem um ao outro e não podem ser separados (Winnicott, 1960c, p. 40)¹⁰.

Para Winnicott (1965s [1955]), “a psicanálise preocupa-se primordialmente... com as necessidades instintivas (do ego e do id), mas... estamos mais preocupados com as condições ambientais que tornam possível todo o restante” (p.215). De acordo com ele, a importância do meio ambiente para o bebê nos estágios iniciais é tão grande que não é possível descrever o bebê sem descrever o ambiente (Winnicott, 1970b [1969], p.197). Winnicott lembra que: “ao considerarmos um bebê, também consideramos as condições ambientais e, por trás delas, a mãe” (1964c, p.29). E diz ainda:

Do meu ponto de vista, a saúde mental do indivíduo está sendo construída desde o início pela mãe, que oferece o que chamei de ambiente facilitador, isto é, um ambiente em que os processos evolutivos e as interações naturais do bebê com o meio podem desenvolver-se de acordo com o padrão hereditário do indivíduo. (Winnicott, 1969b [1968], p. 20).¹¹

Além de não ressaltar a importância do ambiente e da mãe real, é conhecido que a teoria freudiana se ocupou das neuroses e, segundo Winnicott (1989vi [1961]), “a psicose..., não encontra a sua etiologia na condição ambiental, mas nos conflitos pessoais que pertencem especialmente ao indivíduo” (p.57-58). Ele entendia que, para Freud, o complexo de Édipo figurava no centro

¹⁰ As referências à obra de Winnicott foram feitas de acordo com a classificação estabelecida por Knud Hjulmand (1999), professor do Departamento de Psicologia da Universidade de Copenhagen. Além disso, incluí dados de classificação estabelecidos por Harry Karnac (1996). Nas referências bibliográficas também acrescentarei a classificação feita por Harry Karnac (1996), na qual os livros de Winnicott estão numerados de 1 a 21 (W1, W2, W3 e assim por diante). Optou-se por usar esta classificação de Knud Hjulmand também em função da informação dada por Jan Abram (2008) de que as obras completas de Winnicott, em fase de preparação para publicação, obedecerão esta classificação.

¹¹ É importante lembrar que nem sempre o padrão hereditário do indivíduo é “bom”.

de tudo e que a análise das neuroses levava continuamente o analista às ansiedades que pertenciam ao período dos quatro aos cinco anos do relacionamento das crianças com seus pais. Dificuldades anteriores eram consideradas e tratadas como regressão a pontos de fixação pré-genitais, no entanto, a dinâmica era entendida como sucedida do conflito Edípico (Winnicott, 1965va [1962], p.157).

Partindo de Freud, Melanie Klein apresentou importantes desenvolvimentos para a psicanálise e se ocupou de problemas mais arcaicos do desenvolvimento, abrindo caminho para o tratamento de crianças pequenas. Entretanto, Klein valorizou demasiadamente a mãe introjetada pelo bebê, primeiro parcialmente (na posição esquizo-paranóide) e, mais tarde, de forma total e mais integrada (na posição depressiva). A ênfase dada por ela parece ter sido colocada sobre o “mundo interno” e “objetos internos” do bebê (seio bom – seio mau, mãe boa – mãe má), como é possível observarmos a seguir:

O bebê projeta seus impulsos de amor e os atribui ao seio gratificador (bom), assim como projeta seus impulsos destrutivos para o exterior e os atribui ao seio frustrador (mau). Simultaneamente, pela introjeção, um seio bom e um seio mau são estabelecidos dentro dele. Dessa forma a imagem do objeto, externo e internalizado, é distorcida na mente do bebê por suas fantasias, que estão intimamente ligadas à projeção de seus impulsos sobre o objeto (Klein, 1952, p. 88).

De tal modo, critica-se a teoria kleiniana por não ter valorizado adequadamente a importância do ambiente e da mãe da realidade externa, conferindo maior destaque às fantasias do bebê, suas elaboradas capacidades cognitivas no início da vida, bem como à mãe interna, introjetada (cf. Greenberg & Mitchell, 1994, p.108). O próprio Winnicott afirma: “Melanie Klein representa a tentativa mais vigorosa de estudar os processos precoces do desenvolvimento da criança *afora o estudo do cuidado da criança*” (1965h [1959-1964], p.116, grifos

de Winnicott) Em outro momento, ele comenta sobre a ausência de alusão à questão dos cuidados da mãe-ambiente na teoria kleiniana:

Não há nada no trabalho de Klein que vá contra a ideia de dependência absoluta, mas me parece não haver nenhuma referência específica ao estágio em que o lactente existe tão-somente por causa do cuidado materno, junto com o qual ele forma uma unidade (Winnicott, 1960c, p. 42).

Desse modo, parece que o ambiente¹² (tal como este termo é entendido por Winnicott) não encontrou lugar na teoria psicanalítica clássica¹³ como fundamental no desenvolvimento humano, assim como a metapsicologia freudiana (com seus conceitos de caráter especulativo, que não são descritivos), parece ter introduzido abstrações conceituais pouco operativas para a resolução de problemas do desenvolvimento (cf. Fulgencio, 2003 e 2008, para a compreensão da natureza especulativa da metapsicologia).

Não se trata apenas de considerarmos o ambiente, mas também de considerarmos outros determinantes no processo de amadurecimento os quais não são redutíveis a instintualidade e a sexualidade. Conforme Winnicott, e como esperamos mostrar neste trabalho, o desenvolvimento humano ou os sintomas psicossomáticos não poderiam ser explicados baseados exclusivamente na sexualidade e no conflito edípico nas relações interpessoais¹⁴.

Nessa direção, é possível dizermos que Freud colocou em relevo as determinações inconscientes presentes nos sintomas e patologias, firmando uma compreensão acerca das neuroses com enfoque principal na existência das pulsões, na sexualidade infantil, e uma ênfase centrada nos conflitos edípicos. A

¹² Winnicott entende que o primeiro ambiente que se constitui para o bebê é a mãe. Ele considera que tanto o cuidador quanto os cuidados referem-se ao ambiente. Ver Serralha (2007), que aborda esse assunto detalhadamente em sua tese de doutorado: *Uma abordagem teórica e clínica do ambiente a partir de Winnicott*.

¹³ Entenda-se por clássica ou tradicional a Psicanálise de Freud e Melanie Klein e seus seguidores. Essa nomeação “clássica”, “tradicional”, ou ainda “ortodoxa” foi dada pelo próprio Winnicott em alusão às obras desses autores. Cf. Winnicott, 1969i, p.176. Para maiores referências, consultar Loparic (2006, 2008).

¹⁴ Cf. Dias (2003) e Loparic (2005).

maior parte do desenvolvimento da psicanálise pós-Freud (Klein, Bion, Lacan) sustentou, ainda que de formas diferentes, esses elementos como suas variáveis fundamentais (cf. Loparic, 2006).

No campo dos distúrbios alimentares, em especial da bulimia e da anorexia – que estamos usando como maneira de exemplificar o problema ao qual se relaciona nosso estudo teórico –, há uma diversidade de trabalhos psicanalíticos, fundamentados classicamente em Freud, Klein, Bion e Lacan. Dentre eles, no que se segue, citaremos alguns exemplos para indicar que há um cenário de estudos sobre este tema, ainda que não possamos afirmar que todos eles reduzem esses problemas à sexualidade infantil e ao complexo de Édipo como seus determinantes centrais.

Um dos exemplos é o artigo de Jeammet (1984) “A abordagem psicanalítica dos transtornos alimentares”, o qual pode ser encontrado no livro organizado por Urribarri, com o título de *Anorexia e Bulimia*. Temos ainda o trabalho de doutorado de Miranda, com o título “Anorexia Nervosa e Bulimia à luz da Psicanálise – a complexidade da relação mãe-filha” (2003), e o livro “A Bulimia”, organizado por Brusset, Couvreur e Fine (2003). Todos eles abordam o problema das condutas alimentares dentro do campo da psicanálise tradicional, principalmente com foco nas teorias de Freud, Klein e Bion.

Procurando sintetizar e especificar a perspectiva psicanalítica clássica, podemos dizer que os problemas psicossomáticos em geral e os de distúrbio da alimentação são comumente pensados considerando a oposição entre o corpo e a mente, relacionados a conflitos referentes à sexualidade e ao complexo de Édipo¹⁵.

Certamente, as diversas perspectivas psicanalíticas teriam acréscimos e desenvolvimentos significativos a fazer nessa afirmação. Entretanto, não é esta a finalidade desta pesquisa, reunir todos os desenvolvimentos das várias

¹⁵ Como visto, Freud tem na histeria um modelo para se pensar os transtornos psicossomáticos dentro da perspectiva da psicanálise clássica.

perspectivas, mas sim, traçando um quadro geral, esclarecer os aspectos do que pretendemos aqui desenvolver, a saber: a transformação que Winnicott faz da clássica oposição corpo-mente para psique-soma, e a importância que ele confere ao ambiente em sua teoria, elementos fundamentais para o entendimento da integração psicossomática.

Dessa maneira, pretendemos especificar neste estudo a perspectiva psicanalítica de Winnicott, que apresentou contribuições teóricas e clínicas inovadoras relacionadas ao tema focalizado neste estudo. A teoria do amadurecimento pessoal desenvolvida por ele nos possibilita compreender quadros clínicos relacionados às dificuldades no alcance de uma constituição satisfatória da integração psicossomática. Essa teoria nos permite também visualizar os processos estruturais de desenvolvimento que estão arraigados no soma e que devem ser sustentados continuamente pelo ambiente, sem referi-los exclusivamente à questão da administração dos instintos nas relações interpessoais e à conflitiva edípica. Winnicott (1965va [1962]) afirma: “apresentei amostras de histórias clínicas que de modo algum tinham de ser reconciliadas com a teoria do complexo de Édipo como ponto de origem de conflitos individuais. Os bebês podiam ficar emocionalmente doentes” (p.157).

No exercício da pediatria e também como psicanalista, Winnicott continuamente procurou dialogar com outras disciplinas e buscou uma abordagem que considerasse a pessoa inteira, ou em suas palavras, o “*animal humano*”¹⁶ (Winnicott, 1988, p. 25), levando em consideração seus aspectos somáticos e psíquicos, sempre relacionados ao ambiente, o que determinou o desenvolvimento de um modelo teórico que modificou a compreensão psicanalítica da relação psicossomática, seja em termos da doença ou em termos da saúde. Do ponto de vista desse autor, a maneira como a psicanálise tradicional

¹⁶ Loparic, comentando sobre o uso dessa expressão na obra de Winnicott, coloca que o “animal humano” é o que confere unidade às diferentes áreas científicas. Segundo ele: “O termo pode causar estranheza. É do senso comum ver o ser humano como animal racional. Chamá-lo de animal humano parece sugerir uma conotação biologizante que incomoda. O aspecto “físico” da natureza humana foi certamente central nas considerações de Winnicott, mas,... este não deve ser identificado, sem mais nem menos, com o “biológico”. Fica mais fácil entender a escolha terminológica do autor se notarmos que o termo “animal” é derivado do adjetivo latim *animal*, o que respira”. (Loparic, 2000, p. 2).

abordava os problemas relativos aos sintomas psicossomáticos, fazendo uma oposição entre a mente e o corpo, parecia-lhe equivocada:

Estamos bastante acostumados a ver as duas palavras - mente e corpo - sendo utilizadas como uma oposição, e não faremos objeção a esse modo de usá-las na conversação cotidiana. Mas, se esses dois conceitos forem colocados em oposição numa discussão científica, algo muito diferente estará acontecendo. (Winnicott, 1954a [1949], p. 333).

Para Winnicott (1954a [1949]), a oposição a ser considerada é entre a psique e o soma, sendo a mente um tipo de especialização (diferenciação) característica da psique: “Aquele que aceita essa disciplina poderá, então, estudar a mente de um indivíduo enquanto especialização da parte psíquica do psicossoma” (p. 333). Winnicott (1988) complementa: “Será especialmente interessante pesquisar os estágios muito precoces da dicotomia entre psique e soma na criança, e os primórdios da atividade mental” (p.29). Em *Natureza Humana*, ele também apontava que a medicina psicossomática equivocava-se ao se tornar um campo de pesquisa e prática médica desconectados da psiquiatria, da clínica geral e da psicanálise, considerando o mental e o físico como elementos opostos (Winnicott, 1988, p. 44).

Winnicott (1988) considera que os “distúrbios do psicossoma são alterações do corpo ou do funcionamento corporal associados a estados da psique” (p. 44), não sendo possível fazer, nessas situações, a suposição de uma intensa relação entre soma e psique. Nestes estados, ao contrário, ele dizia que era necessário considerar que a relação entre estas partes estava comprometida, ou até mesmo rompida (Winnicott, 1988, p.44-45). Assim, é preciso assinalarmos que, em Winnicott, a clássica oposição corpo-mente deu espaço a uma nova oposição¹⁷: entre *soma* e *psique*.

Ao colocarmos a oposição psicanalítica clássica corpo-mente, buscamos apontar que, em Winnicott, o problema foi colocado de outro modo, não se

¹⁷ A nova oposição proposta por Winnicott será abordada posteriormente no capítulo II.

tratando mais da oposição corpo-mente, mas da *psique* de um lado e, de outro, o *soma*, sendo a *mente* apenas um aspecto diferenciado do funcionamento da psique. Essa alteração nos levou a focar o presente estudo na explicitação da perspectiva winnicottiana, como uma contribuição possível a ser considerada para o esclarecimento do processo de integração psicossomática e seus desdobramentos, a partir do ponto de vista do autor em questão.

Segundo Winnicott, a integração psicossomática é aquisição fundamental das fases mais iniciais do processo de amadurecimento humano e que depende do ambiente para ser alcançada. A partir dessa conquista essencial, o bebê pode sedimentar a base para uma vida saudável e para a fruição de uma existência psicossomática, uma vez que, de acordo com ele, na saúde, *psique* e *soma* estão intimamente relacionados. Sobre o processo de integração, Winnicott explica:

Na formulação de uma teoria psicológica é muito fácil considerar a integração como garantida, mas no estudo dos estados iniciais do desenvolvimento individual humano é necessário pensá-la como algo a ser alcançado. Não há dúvida de que existe uma tendência biológica em direção a integração, mas os estudos psicológicos da natureza humana jamais serão satisfatórios se se basearem excessivamente nos aspectos biológicos do crescimento. (Winnicott, 1988, p.136).

O autor citado comenta ainda que se deve ter o cuidado de não se partir do estudo da desintegração para compreender o processo de integração, pois o primeiro refere-se a uma defesa organizada e um estado posterior o qual desfaz a integração conquistada, isto é, para desintegrar-se, é necessário que alguma integração tenha sido alcançada anteriormente. Em razão disso, Winnicott (1988) propõe um estado inicial de não-integração, a partir do qual a integração se produz ou torna-se possível. Para ele, tal estado está diretamente relacionado à ausência de consciência por parte do bebê. Em suas palavras:

O bebê que conhecemos como unidade humana, seguro dentro do útero, ainda não é uma unidade em termos de

desenvolvimento emocional. Se examinarmos [isto] do ponto de vista do bebê (embora o bebê, como tal, não esteja lá para ter um ponto de vista), a não-integração é acompanhada por uma não-consciência. (Winnicott, 1988, p.136).

Winnicott sugere também que o estado não-integrado é tranquilamente experimentado pelo bebê se este for cuidado adequadamente e se a mãe lhe proporcionar o sentimento de segurança, o que o levará a integrar-se gradualmente (Winnicott, 1958d [1952]). Para ele: “Sendo o bebê bem cuidado, esse é o estado natural e ninguém se preocupa com isso. O cuidado adequado leva a um estado de coisas em que a integração começa a tornar-se um fato, e uma pessoa começa a ser encontrada ali” (Winnicott, 1958d [1952], p.165).

Em *Natureza Humana*, Winnicott (1988) evidencia o pensamento de que a análise do desenvolvimento humano deve ser realizada através do estudo da criança, uma vez que: “existe uma constante já visível na criança e que persiste até o fim, assim como o rosto de uma pessoa permanece reconhecível ao longo de toda a sua vida” (p.25). Assim, o estudo dos estágios iniciais propostos e descritos por Winnicott é de fundamental importância para o entendimento de como ocorre a integração psicossomática no processo de amadurecimento.

Podemos retomar, a título de ilustração da perspectiva psicanalítica winnicottiana sobre a integração psicossomática, algumas de suas afirmações sobre os distúrbios psicossomáticos, indicando um campo de pesquisa a ser desenvolvido. Para Winnicott, esses distúrbios parecem estar relacionados ao fracasso no alcance dessa conquista. De acordo com ele, o transtorno psicossomático é uma organização defensiva, em que há uma cisão ou dissociação persistente na organização do ego do paciente, sendo isso o que configura, para o referido autor, a verdadeira enfermidade (1966 d [1964], p. 82). Em seu entendimento, em virtude dessa dissociação ou cisão ocorre uma alteração no significado de “eu” e “eu sou” (Winnicott, 1966d [1964], p.89). Ele dizia:

A enfermidade psicossomática é o negativo de um positivo, com este último sendo a tendência no sentido da integração em vários de seus significados.... O positivo é a tendência herdada que cada indivíduo tem de chegar a uma unidade da psique e do soma, uma identidade experiencial do espírito, ou psique, e da totalidade do funcionamento físico. Uma tendência conduz o bebê e a criança no sentido de um corpo que funciona, no qual e a partir do qual se desenvolve uma personalidade que funciona, completa com defesas contra a ansiedade de todos os graus e espécies. Em outras palavras, como Freud disse há muitas décadas atrás, o ego se baseia em um ego corporal. Ele poderia ter continuado dizendo que, *na saúde*, o *self* mantém esta aparente identidade com o corpo e com seu funcionamento. (Winnicott, 1966d [1964], p.89, grifos de Winnicott).¹⁸

Esse comentário de Winnicott indica a proficuidade e necessidade de pesquisa nesta perspectiva de trabalho, uma vez que esclarecimentos sobre o tema podem ser úteis aos profissionais envolvidos no tratamento e prevenção de problemas dessa natureza, bem como podem ser proveitosos para futuros estudos que pretendem abordar o tema dos transtornos psicossomáticos.

No campo da literatura secundária sobre Winnicott, dedicada aos problemas em questão, temos diversos trabalhos, tais como o de Cotta (2003), o de Mendonça (2007) e o de Laurenttis (2008). A dissertação de Cotta (2003) teve por finalidade analisar um caso clínico à luz da teoria winnicottiana, relacionando-o com a questão do alojamento da psique no corpo, além de avaliar a adequação, atualidade e aplicabilidade clínica da teoria de Winnicott. O estudo de Cotta

¹⁸ É preciso esclarecer como os termos *ego* e *self* são utilizados por Winnicott. Abram (2000) lembra que, ainda que ele faça uma diferenciação entre *ego* e *self*, os termos são utilizados de forma contraditória e ambígua por toda a sua obra, muitas vezes parecendo sinônimos (p. 11). Essa autora aponta: “Embora Winnicott freqüentemente afirme que existe uma diferença entre o *self* e o ‘ego’, esta distinção nem sempre fica suficientemente clara ao longo de sua obra, pois o termo *self* geralmente é empregado alternadamente com os termos *ego* e *psique*” (Abram 2000, p. 220). Em relação ao termo *self* Abram (2000) comenta: “o termo *self* apresenta-se essencialmente como uma descrição psicológica de como o indivíduo se sente subjetivamente, sendo o ‘sentir-se real’ o que coloca no centro do sentimento de *self*” (idem, p. 220, grifos de Abram). Em outros momentos, Winnicott afirma: “Pode-se usar a palavra *ego* para descrever a parte da personalidade que tende, sob condições favoráveis, a se integrar em uma unidade” (Winnicott, 1965n [1962], p.55).

apresenta predominantemente considerações clínicas sobre a integração psicossomática. É, portanto, diferente do que pretendemos desenvolver em nosso estudo, uma vez que nos colocaremos muito mais no campo do estudo teórico.

A tese de doutorado de Mendonça (2007) trata de algumas contribuições de Winnicott para o campo da psicomotricidade e da educação somática¹⁹. Tal autora buscou, em seu trabalho, explicitar problemas ainda sem resposta nesse campo, para depois apresentar os conceitos winnicottianos que poderiam elucidar essas questões. Destacou-se que a Psicanálise tradicional não é satisfatória para tratar e compreender as dificuldades corporais, assinalando que Winnicott representa uma mudança paradigmática²⁰ na psicanálise e que ele realizou uma redescritção dos estágios iniciais do desenvolvimento emocional. A noção de paradigma de Thomas Kuhn (1975) foi utilizada para isso e serviu para esclarecer a educação somática como disciplina emergente. O conceito de imagem corporal foi usado por Mendonça como ligação entre as três disciplinas estudadas para indicar a existência de compatibilidades entre as mesmas e a necessidade de aprofundamento. Como resultado, verificou-se ser necessário o fortalecimento do quadro teórico da educação somática, principalmente no que se refere aos conhecimentos sobre o desenvolvimento emocional primitivo e a parceria psicossomática, tendo em Winnicott uma perspectiva a ser considerada.

Já a dissertação de Laurenttis (2008) objetivou especificar os aspectos somáticos na teoria do amadurecimento de Winnicott com o foco na influência mútua entre o corpo vivo e o ambiente humano, para instrumentalizar o psicanalista na compreensão de fenômenos clínicos não verbalizáveis. Para isso, Laurenttis explicitou a tarefa de alojamento da psique no corpo, bem como a integração da instintualidade ao si-mesmo, na descrição do caminho que o bebê deve percorrer até o alcance do estágio do “eu sou”.

¹⁹ Campo teórico-prático que se interessa pela consciência corporal, ou seja, pelas relações dinâmicas entre o movimento do corpo, a consciência, a aprendizagem e o meio. Refere-se ao processo de ampliar a capacidade de sentir o próprio corpo ou o corpo enquanto experiência. As demandas que estes profissionais atendem são de cunho somato-psíquico, isto é, envolvem o corpo e o comportamento emocional.

²⁰ Neste momento, não explicitaremos a noção de paradigma de Thomas Kuhn, usada e desenvolvida por Loparic na leitura da obra de Winnicott. A noção de paradigma será citada ao se explicar o método desta pesquisa.

Acreditamos que esta pesquisa possa complementar e enriquecer o que foi desenvolvido até o presente momento por outros pesquisadores. Esperamos contribuir para o entendimento do conceito de integração psicossomática presente na obra de Winnicott, o que poderá ser útil no entendimento teórico e no manejo clínico dos problemas e sintomas psicossomáticos.

2- Justificativa

Winnicott tem sido reconhecido como um autor que modificou a teoria freudiana de modo a ampliá-la²¹ e, ao longo dos últimos anos, o interesse por sua obra tem crescido de forma significativa. Estudiosos e pesquisadores de suas idéias têm entendido sua teoria como um avanço para a compreensão e o tratamento de estruturas não-neuróticas, como são os psicóticos, os casos fronteiros (*borderlines*), os anti-sociais e os problemas psicossomáticos.

O interesse cada vez maior por Winnicott e sua teoria pode ser verificado de diferentes formas. Foi publicado em 2007, por exemplo, no *International Journal of Psychoanalysis*, um artigo com o título de “Authors who have an impact on candidates’ training. Cultural differences and theoretical languages”. O texto discute uma pesquisa feita na qual foi solicitado que analistas em formação na IPA (Internacional Psychoanalysis Association), da América do Sul, do Norte e da Europa, apontassem, numa lista de 50 referências, os autores psicanalíticos por quem eles consideravam ter maior interesse. Como resultado, o nome de Winnicott destacou-se na apuração geral. O interesse crescente por sua obra também pode ser verificado quando são acessados, via Internet, informações e dados em banco de teses ou artigos publicados nos últimos anos. Ademais, têm sido realizados encontros, simpósios, congressos nacionais e internacionais sobre Winnicott e sua obra.

²¹ Cf. Abram (2008), Philips (2006), Loparic (2006, 2008), Dias (2003).

Ao mesmo tempo em que o interesse por esse autor cresce, sua obra tem sido apontada por alguns estudiosos como possibilidade para uma psicanálise sem o uso da metapsicologia²², apresentando, desse modo, uma teoria baseada nos fatos, que oferece uma linguagem mais descritiva e próxima da experiência clínica imediata (cf. Fulgencio, 2006). Sendo assim, nosso estudo insere-se num contexto o qual aponta para novas perspectivas teóricas no que diz respeito ao desenvolvimento da psicanálise e à compreensão de fenômenos da vida humana que necessitam ser compreendidos e tratados.

Devemos ressaltar que a idéia formulada originalmente pelo referido autor sobre a integração psicossomática, ampliou o horizonte teórico e clínico na psicanálise e possivelmente em outras áreas do conhecimento, como demonstrou Mendonça (2007) em seu trabalho de doutorado, citado anteriormente.

Além disso, verificamos, através de pesquisas em bibliotecas virtuais e banco de teses em *sites* acadêmicos²³ que, embora o interesse em Winnicott tenha crescido, o tema da integração psicossomática tem sido pouco explorado nesta perspectiva. Tal fato também justifica a importância deste estudo, uma vez que, abordando o assunto neste trabalho, temos a possibilidade de oferecer um esclarecimento do tema.

Dos trabalhos que se dedicaram a abordar, direta ou indiretamente, o tema da integração psicossomática, citamos como exemplo os de Loparic, “O animal humano” (2000b) e “Elementos da teoria winnicottiana da sexualidade” (2005), além da tese de Mendonça (2007) e da dissertação de Laurenttis (2008). Observamos, portanto, que esse tema foi pouco explorado até agora.

Podemos afirmar que nenhum desses trabalhos se ocupou de especificar e discriminar com mais detalhes as diferenças entre os termos *mente*, *psique* e *soma*, no entender de Winnicott. Destarte, esta pesquisa justifica-se a partir das

²² Essa leitura de Winnicott tem sido desenvolvida por Loparic, Fulgencio e outros estudiosos de sua obra.

²³ Sites pesquisados: Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0102-3772 (data de acesso 12/09/2008) e Capes: <http://www.periodicos.capes.gov.br/portugues/index.jsp> (data de acesso 18/09/2008).

contribuições que o estudo desses termos presentes na obra de Winnicott pode oferecer para o entendimento do conceito de integração psicossomática, visando a colaborar, através da explicitação desse ponto de sua teoria, com o desenvolvimento de futuras pesquisas sobre os distúrbios psicossomáticos. Assim sendo, pretendemos, com este estudo, esclarecer o tema da integração psicossomática no enfoque winnicottiano, tendo como base a teoria do amadurecimento do referido autor.

O estudo desse tema procura oferecer ainda, uma contribuição para a compreensão da própria teoria psicanalítica de Winnicott, assim como esperamos poder auxiliar o psicanalista no tratamento e esclarecimento de problemas clínicos contemporâneos associados aos transtornos psicossomáticos, apoiando-se na reflexão teórica que, conduzida passo a passo, pode promover a elucidação dos aspectos citados.

3- Perspectiva teórica

Winnicott tem sido reconhecido como importante referência para entender diversas questões da clínica contemporânea, sem, apesar disso, reduzi-las aos conceitos da sexualidade e dos conflitos edípicos. Vale reforçarmos que ele tem sido considerado por alguns estudiosos (Phillips 2006; Loparic 2001b, 2006; Dias 2003; Fulgencio 2003; Abram 2008) como um autor que modificou de forma significativa a teoria e o método psicanalíticos.

A experiência de Winnicott como médico e pediatra com crianças e suas mães o tornou um habilidoso observador do desenvolvimento infantil, especialmente das relações mãe-bebê. A partir da pediatria, ele começou a olhar e pensar o amadurecimento humano, os aspectos de sua saúde e de suas doenças. Mais tarde, formou-se psicanalista e, ao longo do tempo, distanciou-se da psicanálise tradicional, delineando uma forma própria de compreender e tratar seus pacientes.

A respeito de seu pensamento e obra, podemos constatar diferentes leituras, tanto por parte daqueles que avaliam suas idéias como uma continuidade do desenvolvimento da psicanálise clássica de Freud e Klein, quanto daqueles os quais consideram que dela o autor divergiu. Nesse vasto campo de possibilidades, há os que desenvolveram leituras específicas da obra de Winnicott, como por exemplo, Outeiral e Graña (1991). Há ainda quem tenha considerado que a obra de Winnicott rompeu em diferentes pontos com a psicanálise tradicional, caso de Loparic²⁴. Isso promoveu, no ponto de vista deste estudioso da obra de Winnicott, uma mudança de paradigma na ciência psicanalítica. Como citado, a questão do uso da noção de paradigma, colocada por Loparic como forma de leitura da obra de Winnicott, será explicitada a seguir na seção de método.

Conforme Phillips (2006) afirma, “Winnicott derivaria tudo de sua obra, inclusive uma teoria das origens da objetividade científica e uma revisão da psicanálise, a partir desse paradigma do relacionamento mãe-bebê em desenvolvimento” (p. 27), indicando considerar que Winnicott promoveu inovações no campo da psicanálise. Todavia, Dias (2003) adverte que o sentido de paradigma usado por Phillips é o de “modelo”, não sendo o mesmo que Loparic utiliza, ou seja, o sentido técnico de Thomas Kuhn (p. 22).

Abram (2000), partindo ainda de outra leitura, ressalta uma mudança de foco na psicanálise, afirmando que até o início da década de 50, o enfoque teórico predominante no universo psicanalítico estava relacionado muito mais ao indivíduo e seu mundo interno. Segundo essa autora, a contribuição de Winnicott para a transformação deste ponto de vista não pode ser esquecida, uma vez que ele trouxe contribuições importantes, relacionadas ao indivíduo em permanente relação com seu ambiente. De acordo com ela, Winnicott desenvolveu uma teoria para a compreensão do desenvolvimento afetivo e relacional do ser humano, considerando o ambiente como fundamental neste processo (Abram 2000, p.26).

²⁴ Zeljko Loparic é um dos precursores no desenvolvimento de pesquisas que objetivam esclarecer a obra de D. W. Winnicott, como um novo paradigma na psicanálise.

No entanto, não pretendemos realizar aqui uma discussão a respeito das possíveis leituras da obra winnicottiana, mas assinalar de que ponto de vista esta pesquisa irá desenvolver-se. Desse modo, temos por objetivo compreender o processo de integração psicossomática, considerando as noções de *soma*, *psique* e *mente*, dentro da leitura que Loparic faz da obra de Winnicott. No intuito de delimitar mais claramente esse ponto de vista, explicitaremos alguns dos pontos da teoria de Winnicott que se diferenciaram da psicanálise clássica.

A princípio, podemos destacar que, diferentemente da psicanálise tradicional e de forma inovadora, há na teoria winnicottiana referências a aspectos constitucionais (fatores hereditários) de extrema importância a serem considerados para a compreensão do processo de integração psicossomática. Winnicott chamou-os de *tendência inata a integração* ou *ao amadurecimento* e a *continuidade de ser*. A teoria desse autor irá se apoiar nessas duas idéias fundamentais.

A dependência do bebê no início da vida também é um fato que Winnicott considerou fundamental no entendimento do processo de amadurecimento humano e do processo de integração psicossomática. Ele dizia que, quando se vê um bebê, certamente nota-se também alguma pessoa cuidando deste bebê, ou seja, ele não pensava o bebê como ser isolado e independente de um ambiente cuidador. Em suas palavras:

Isso que chamam de bebê não existe”.... se vocês me mostrarem um bebê, mostrarão também, com certeza, alguém cuidando desse bebê, ou ao menos um carrinho no qual estão grudados os olhos e ouvidos de alguém. O que vemos, então, é a “dupla amamentante. (Winnicott, 1958d [1952], p.165)

Assim, ele entendia que, no início da vida, o bebê não existe como unidade, mas como uma estrutura ambiente-indivíduo (um par), que o sustenta e lhe fornece cuidados. Além disso, os comentários de Winnicott revelam que a integração psicossomática, ou que a relação que o indivíduo experimenta de uma

unidade corporal, só pode ocorrer após a relação com um par corporal (entre o bebê e sua mãe), como ele assinala:

Algumas vezes acreditamos, indolentemente, que antes da relação de dois-corpos havia a relação de um corpo único, mas trata-se de um erro, e de um erro óbvio, se olharmos com mais atenção. A capacidade para o relacionamento com um corpo único vem depois do relacionamento de dois-corpos. (Winnicott, 1958d, [1952], p.165).

A passagem mostra que, para Winnicott, o bebê apenas pode tornar-se uma pessoa que se relaciona com seu corpo e com o mundo através da sustentação ambiental, ou seja, na dependência de alguma pessoa que cuide dele, principalmente no início da vida.

Tentando explicitar os pontos divergentes e comparando as idéias de Freud e Winnicott, Phillips (2006) comenta, no tocante à dependência:

Na visão de Freud, o homem é dividido e compelido, pelas contradições de seus desejos, na direção de um envolvimento frustrante com os outros. Em Winnicott, o homem só pode encontrar a si mesmo em sua relação com os outros, e na independência conseguida através do reconhecimento da dependência. Para Freud, em resumo, o homem era o animal ambivalente; para Winnicott, ele seria o animal dependente, para quem o desenvolvimento- a única “certeza” em sua existência- era a tentativa de se tornar “separado sem estar isolado”. Anterior à sexualidade como o inaceitável, havia o desamparo. Dependência era a primeira coisa, antes do bem e do mal. (Phillips, 2006, p. 29)

Também no entender de Dias (2003), a psicanálise de Winnicott, diferentemente da de Freud (fundamentada na neurose), foi elaborada a partir de suas experiências com bebês e psicóticos e é baseada em sua teoria do amadurecimento pessoal, sobretudo nas tarefas constitucionais que o bebê

precisa atravessar no seu processo de amadurecimento (p.300). Indicando as diferenças fundamentais de Winnicott com a psicanálise tradicional, Dias explana:

A teoria freudiana concebe o desenvolvimento em termos do desenvolvimento *das funções sexuais*. Isto deriva da tese central de Freud de que as neuroses são distúrbios relativos a um conflito sexual. O tema central do conflito é o complexo de Édipo, e é no interior da resolução do complexo que se dá a constituição do sujeito.... Segundo Winnicott, entretanto, o amadurecimento não diz respeito a funções isoladas, mas exatamente à integração numa inteireza e à tendência de existir como uma unidade. Embora o amadurecimento pessoal inclua a integração gradual da instintualidade e o desenvolvimento da sexualidade, não é nesse domínio que o indivíduo se constitui. (Dias, 2003, p. 301, grifos dela)

Notamos que Winnicott tem sido reconhecido como um autor que apresentou uma nova teoria do amadurecimento afetivo, mais ampla, englobando e redescrevendo a teoria da sexualidade tal como apresentada por Freud e Klein²⁵. Nesta descrição inovadora, a sexualidade deixa de ser o impulso primitivo que coloca o aparelho psíquico em funcionamento para ser um tipo de conquista do processo de amadurecimento. Além disso, o complexo de Édipo passa a ser também um tipo de vivência que só ocorreria em fases avançadas do amadurecimento pessoal. Em Winnicott, dessa forma, a questão triangular das relações edípicas perdeu sua condição de fator estruturante da constituição psíquica em favor da relação mais primitiva mãe-bebê, experiência anterior ao complexo de Édipo. Há, então, uma mudança em termos de teoria, uma vez que, com Winnicott, ela passa da sexualidade para a teoria do amadurecimento (Loparic, 2008, p. 145).

Dias (2003), usando a expressão do próprio Winnicott em seu livro *A Teoria do Amadurecimento Pessoal de D. W. Winnicott*, afirma que a teoria por ele desenvolvida é considerada a “espinha dorsal” de seu pensamento teórico e

²⁵ Sobre a teoria da sexualidade em Winnicott, ver Loparic 2007.

clínico, explicitando que há uma teorização sistemática bem elaborada nesse autor (p.13).

Com essas modificações teóricas, percebemos que Winnicott não pensa em fases de desenvolvimento da sexualidade como Freud, e nem mesmo em posições (esquizo-paranóide e depressiva), como Melanie Klein. De acordo com Dias (2003), Winnicott compreende que há um amadurecimento geral o qual conjuga o desenvolvimento dos instintos e sua administração ao desenvolvimento do si mesmo relacional. Nesse percurso de amadurecimento, o sujeito parte de uma *dependência absoluta* em direção a uma *independência relativa*, sendo a sexualidade uma das conquistas a ser alcançada posteriormente (p. 98).

Em termos gerais, a Teoria do Amadurecimento pessoal de D. W. Winnicott é composta por estágios (tal como Dias sistematizou em 2003), aos quais correspondem algumas tarefas e/ou conquistas, a saber:

1. Estágio da *dependência absoluta* (mais ou menos os quatro primeiros meses), cujas conquistas básicas do amadurecimento são: a integração no tempo e no espaço (temporalização e espacialização); a conquista do alojamento da psique no corpo (personalização); o início do contato com a realidade e a constituição do si-mesmo primário. Todas essas conquistas estão associadas à integração psicossomática;
2. Estágio da *dependência relativa*, subdividido em Desmame, Transicionalidade, Uso do objeto e Fase do EU SOU;
3. Estágio *rumo à independência* ou *concernimento*. Segue-se aqui a fase de Latência e a adolescência;
4. *Maturidade e independência relativa* (autonomia, adaptação sem perda excessiva da espontaneidade).

Esta pesquisa colocará em destaque, particularmente, a fase de *dependência absoluta*, pois é nessa fase inicial que ocorrem as mais importantes conquistas integrativas e durante a qual podemos encontrar os elementos

constituintes dos fundamentos da saúde psíquica do ser humano em desenvolvimento.

Notamos que Winnicott deu grande importância ao fato da dependência, assim como ao impacto do ambiente e da relação da mãe com o bebê no seu processo de amadurecimento, principalmente nos primeiros estágios. Ele assinalou que a diferença entre um ambiente bom e outro que é inadequado produz efeitos sobre a saúde do bebê no início da vida e por todo o seu desenvolvimento (1958n [1956], p. 399). Para ele, a integração da personalidade do bebê numa unidade:

não é algo automático; é algo que deve desenvolver-se pouco a pouco em cada criança individual. Não é mera questão de neurofisiologia, pois, para que seu processo se desenrole, há a necessidade da presença de certas condições ambientais, a saber: aquelas cujo melhor provisor é a própria mãe da criança. (Winnicott, 1958j, p.7).

Com a introdução dos estágios mais primitivos, nos quais Winnicott localiza a gênese dos distúrbios mais graves, como é o caso da esquizofrenia, torna-se possível inferimos que a falha ambiental no início pode originar sérias conseqüências no curso do amadurecimento, na *continuidade do ser* e no alcance das conquistas básicas e da integração psicossomática.

Intentamos pesquisar a obra de Winnicott para verificar o que ele tem a dizer especificamente sobre a integração psicossomática, bem como sobre os termos, *soma*, *psique* e *mente*. Consideramos, nesta pesquisa, o fato já referido de que ele não reduziu a compreensão do amadurecimento à administração da sexualidade e dos conflitos intrapsíquicos, aquisições muito sofisticadas para a imaturidade do bebê na época da dependência absoluta. Segundo Winnicott, nesse período, o bebê nem mesmo chegou a ser uma pessoa inteira, não podendo, em razão disso, estabelecer relações com pessoas inteiras. O problema fundamental nesse momento do desenvolvimento parece consistir na conquista de uma integração básica a ser alcançada.

Nesse sentido, o propósito deste estudo é de auxiliar a desenvolver e complementar o que até aqui foi pesquisado, esperando contribuir para o entendimento da integração psicossomática, bem como para desenvolvimentos futuros no campo da psicanálise de Winnicott.

4- Método e objetivos

Conforme já mencionado, esta pesquisa objetiva ampliar a compreensão da integração psicossomática proposta por Winnicott através da análise dos conceitos de *soma*, *psique* e *mente*, com o intuito de lançar luz sobre os distúrbios psicossomáticos, facilitando o trabalho clínico.

Para isso, buscamos reunir e estudar algumas das diversas referências na obra de Winnicott sobre o conceito de integração psicossomática, bem como pretendemos esclarecer como ele entende os termos *soma*, *psique* e *mente*, para uma melhor compreensão desta integração, tendo como base a teoria do amadurecimento pessoal desse autor. Privilegiaremos o estudo dos estágios iniciais descritos por Winnicott.

O presente trabalho está inserido na linha de pesquisa do grupo de pesquisa GPWinnicott – “Winnicott e a psicanálise tradicional: estudos sobre o método de tratamento psicanalítico”²⁶ – coordenado pelo Prof. Dr. Leopoldo

²⁶ O grupo de pesquisa “Winnicott e a psicanálise tradicional: estudos sobre o método de tratamento psicanalítico”, fundado em 2009 no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas, objetiva estudar o método de tratamento psicanalítico proposto por D. W. Winnicott considerando-o como um novo paradigma (no sentido que Thomas Kuhn dá ao termo) para a psicanálise. Esse tipo de interpretação da obra de Winnicott tem sido reconhecido como uma vertente importante a ser considerada no que se refere à análise das contribuições que a obra de Winnicott significa para o desenvolvimento do método de tratamento psicanalítico e de outras práticas psicoterápicas; tanto no cenário nacional (cf., p. ex. os estudos em desenvolvimento na Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana) quanto internacional (como é possível encontrar citado em artigos em revistas de tradicional importância na área, tal como o *International Journal of Psychoanalysis*, p. ex., Jan Abram, 2008-6). O desenvolvimento de pesquisas (de iniciação científica, dissertações de mestrado, teses de doutorado e pesquisas individuais dos pesquisadores deste grupo), as atividades didáticas e a organização de reuniões e eventos científicos compõem seu leque de atividades, visando a difundir o estudo e o diálogo com todas as vertentes de pesquisas sérias sobre a obra de Winnicott.

Fulgencio. Esse grupo, do qual fazemos parte, está ligado ao GrupoFPP²⁷ que, do mesmo modo, objetiva desenvolver pesquisas na psicanálise e, mais particularmente, sobre a obra de Winnicott.

A escolha de realizar este estudo na perspectiva winnicottiana foi pautada no fato de Winnicott ter desenvolvido uma teoria do amadurecimento diferente da teoria do desenvolvimento da sexualidade, utilizada pela psicanálise tradicional (na qual a integração psicossomática não é propriamente um tema e/ou uma conquista), ao contrário do que é postulado por Winnicott. De acordo com Loparic (2008), a teoria winnicottiana introduziu um novo modelo na psicanálise “centrado no conceito de tendência para a integração, para o relacionamento com pessoas e coisas e para a parceria psicossomática” (p. 145).

Para realizarmos esta pesquisa, utilizamos o método que vem sendo usado pelo grupo de pesquisa ao qual pertencemos: o princípio clássico da hermenêutica. Este princípio recomenda que cada frase de uma obra seja compreendida dentro dessa obra como um todo e que a obra seja iluminada na sua totalidade por cada frase que lhe pertence²⁸. Percorrendo a leitura da obra de Winnicott, pretendemos compreender as afirmações desse autor sobre o tema em questão, à luz de seu pensamento.

Assim, esta pesquisa está baseada em uma revisão bibliográfica sobre a integração psicossomática e sobre os termos *soma*, *psique* e *mente* presentes na obra de Winnicott, considerando a maneira como esse autor construiu tal conceito e tais termos.

Com vistas a isso, a obra de Winnicott será tomada como o principal objeto, de onde serão retiradas as formulações fundamentais feitas por ele a respeito do tema da integração psicossomática e sobre os termos citados acima,

²⁷ Grupo de pesquisa em Filosofia e Práticas Psicoterápicas, fundado em 1995 por Zeljko Loparic como instituição interdisciplinar e interinstitucional, realizando pesquisas sobre a estrutura, a história e os fundamentos das teorias psicoterápicas, com ênfase especial na reconstrução e desenvolvimento dos componentes teóricos e clínicos do Paradigma Winnicottiano da Psicanálise à luz do pensamento de Martin Heidegger.

²⁸ Sobre o método de leitura usado, cf. Hans-Georg Gadamer (2002), *Verdade e Método*, v. 1 e 2, Vozes, bem como Lawn, C. (2007). *Compreender Gadamer*, Vozes.

ou ainda, as enunciações relacionadas, direta ou indiretamente, a esses pontos de sua teoria. Estaremos lendo e interpretando tais formulações à luz da teoria winnicottiana do amadurecimento.

Em primeiro lugar, é preciso esclarecer qual é o quadro geral para visualizar e compreender de que ponto de vista a obra de Winnicott estará sendo lida, uma vez que a obra desse autor é entendida a partir de diferentes pontos de vista, inclusive no campo da própria psicanálise. Optamos pela mesma compreensão que Loparic²⁹ apresenta da teoria winnicottiana, utilizando-se da noção de paradigma de Tomas S. Khun,³⁰ como instrumento teórico que possibilita tal visualização, bem como a comparação da teoria winnicottiana com a de outros psicanalistas clássicos na compreensão do desenvolvimento da psicanálise como uma ciência.

A consideração de que Winnicott representa um novo paradigma para a psicanálise é uma questão que tem sido discutida, tanto defendida quanto recusada, por vários comentadores da obra desse autor. Um texto atual que se refere às diversas interpretações da obra de Winnicott, no qual esta perspectiva de leitura está incluída, foi desenvolvido Jan Abram (2008). Nessa direção, a teoria do amadurecimento de Winnicott foi sistematizada por Dias (2003), obra que tomaremos como referência neste estudo para o entendimento da teoria do amadurecimento, de suas fases, tarefas, conquistas, etc.

Em relação ao conceito de paradigma a que fizemos alusão, Kuhn (1970, p.229-234) afirma que o termo pode ser compreendido, *grosso modo*, como um conjunto de teorias e conceitos, valores que, partilhados por uma comunidade científica, auxilia na compreensão da estrutura interna de uma ciência, bem como

²⁹ Como já citado, Loparic é um dos precursores no desenvolvimento de pesquisas que objetivam esclarecer a obra de D. W. Winnicott como sendo um novo paradigma. Para o leitor interessado, citamos: “Esboço do paradigma winnicottiano” (2001a) e “De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática” (2006). Este trabalho de Loparic tem promovido diversas pesquisas nesta mesma direção. Entre alguns pesquisadores, indicamos Dias, com “A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott” (2003), e Fulgencio, que elucida os diversos usos de paradigma na psicanálise em seu: “Paradigmas na história da Psicanálise” (2006), (cf. também Loparic 1996; 1997a; 2001; 2006; 2008).

³⁰ A noção de paradigma de Tomas S. Kuhn é descrita em seu livro *A estrutura das revoluções científicas* (1970).

na formulação e resolução de problemas a que esta ciência se coloca. Para ele, um paradigma é formado por diversos elementos, a saber: *Problemas Exemplares*, são os problemas centrais que determinada ciência busca compreender e solucionar; *Generalizações Simbólicas*, concebidas como aspectos teóricos aceitos, compartilhados por aqueles que pertencem a determinado paradigma e aplicáveis aos problemas; *Modelos Metafísicos ou ontológicos*, os quais representam princípios e conceitos; e *Valores*, comuns ao grupo e que orientam o trabalho e dão o sentimento de pertença aos integrantes desse grupo (Kuhn, p.229-234).

Fulgencio (2007b, p.118-119) assinala que Loparic adaptou o conceito de paradigma de Kuhn para aplicá-lo em seu estudo da ciência psicanalítica e que suas apreciações indicam a possibilidade de considerar na psicanálise a existência de um *paradigma freudiano* (que ele chamou de *edípico*). Diz Loparic:

Considerando a importância do exemplar do Édipo na psicanálise de Freud, convém chamar o seu paradigma de *edípico* ou *triangular*. Se levarmos em conta a natureza sexual da situação edípica, a matriz disciplinar de Freud pode ser designada como *sexual*. (Loparic, 2006, p.24, grifos do autor)

Loparic (2006) avalia, como pudemos verificar, que é possível localizar no trabalho de Freud os elementos descritos por Kuhn, compartilhados por um grupo de psicanalistas. Procurando explicitar estas adaptações na utilização do termo paradigma e comparando as propostas de Winnicott ao que ele caracterizou como a psicanálise tradicional ou *paradigma freudiano* (Freud, Klein, Bion, Lacan), Loparic aponta, apoiado na noção de paradigma de Kuhn³¹, algumas diferenças básicas as quais fundamentam suas ideias. Ele considera que, em Freud, temos a teoria do desenvolvimento da sexualidade, enquanto que em Winnicott temos

³¹ Não estaremos discutindo a questão da existência ou não de paradigmas na psicanálise (para isso, consultar Fulgencio, 2007, que fez uma análise sobre as diversas maneiras como o termo paradigma tem sido usado no estudo da psicanálise). Nosso objetivo é apenas marcar as diferenças consideradas na comparação entre os diversos modelos psicanalíticos, com o intuito de justificar nosso foco de estudo.

uma teoria do amadurecimento pessoal a qual, por sua vez, abrange uma teoria da sexualidade.

Loparic (2006) ainda nos lembra que Freud usa metáforas e analogias, em especial as que comparam os acontecimentos da vida psíquica com aparelhos e máquinas, ao passo que Winnicott escolhe descrever os fenômenos da maneira mais direta possível. Ademais, na psicanálise de Freud, todos os casos clínicos têm no Complexo de Édipo seu problema básico, utilizando-se o modelo da “criança na cama da mãe”. No entanto, Loparic salienta que, em Winnicott, o Édipo deixa de ser central, uma vez que seus casos clínicos exemplares referem-se aos problemas de ser, os quais surgem antes dos problemas de fazer, cujo entendimento e solução devem ser referidos ao modelo do “bebê no colo da mãe” (p. 28-29).

A partir das idéias de Loparic (2006), o paradigma winnicottiano pode ser descrito, de modo geral, pelo abandono do *paradigma edípico*, expresso em sua frase “a criança na cama da mãe”. Segundo esse autor, há uma mudança na perspectiva de Winnicott para “o bebê no colo da mãe”, referindo-se a um bebê que necessita “crescer, isto é, constituir uma base para continuar existindo e integrar-se numa unidade” (Loparic, 2008, p.145).

As considerações de Loparic sobre a existência de paradigmas na psicanálise foram aqui citadas como modo de visualizar o quadro geral no qual esta pesquisa está inserida. Entretanto, não estaremos nos detendo aos elementos que compõem um paradigma e de que esse autor tem se ocupado. O que nos interessa destacar, neste estudo, é a mudança do *exemplar* (do problema Edípico para os problemas de ser) bem como a modificação da *teoria-guia* (da sexualidade para o amadurecimento); são esses os aspectos utilizados como linhas-guia para a compreensão de temas específicos de Winnicott e do que pretendemos considerar neste estudo.

Esse quadro auxilia no entendimento do caminho a ser seguido nesta pesquisa, que visa realizar a distinção entre *soma*, *psique* e *mente* como base

para compreender os processos de integração os quais caracterizam a existência psicossomática.

Para isso, nosso embasamento será feito em alguns textos específicos de Winnicott: “A mente e sua relação com o psique-soma” de 1954a [1949], “A integração do ego no desenvolvimento da criança” (1965n [1962]), “Transtorno psicossomático” (1966d [1964]), “Sobre as bases para o *Self* no Corpo” (1971f [1967]), e em seu livro *Natureza Humana* de 1988, entre outros dedicados à questão da integração psicossomática. Também nos apoiaremos em alguns textos da literatura secundária (Loparic, “O animal humano”, 2000; dissertação de mestrado de Laurenttis, 2008). Neste momento, nosso objetivo será, com base no caminho citado, apresentar os aspectos gerais dessa teoria para o entendimento da integração psicossomática, proposta por Winnicott.

Feita a compreensão psicanalítica winnicottiana das bases do desenvolvimento emocional, será possível desenvolvermos os aspectos específicos desta pesquisa, ou seja, o esclarecimento do que são os termos *soma*, *psique* e *mente* e da relação entre eles, contribuindo, assim, para a elucidação de como ocorre a integração psicossomática.

Na parte final deste estudo, com os referidos elementos explicitados, poderemos recorrer a alguns comentários de Winnicott sobre as doenças e distúrbios psicossomáticos, procurando indicar a maneira como ele aborda estas questões.

5- Desenvolvimento

Os fatores que afetam a saúde e promovem problemas na vida humana, no entender de Winnicott, estão vinculados à experiência vivencial e relacional do ser humano no seu encontro com o ambiente durante o percurso de amadurecimento pessoal. Bem no início da vida, na fase da dependência

absoluta, esses fatores têm a ver com as relações entre o *soma* e a *psique* e, conseqüentemente, com os problemas básicos de integração.

Como mencionamos anteriormente, em suas idéias e teorias, Winnicott retratou as experiências do bebê no seu encontro com o ambiente desde o nascimento e, ao longo de uma linha ou percurso de desenvolvimento, ele procurou observar e descrever o desenvolvimento humano do ponto de vista da saúde. Desse modo, o estudo da integração psicossomática em Winnicott dependerá, em primeiro lugar, da compreensão e visibilidade geral dessas grandes linhas que definem a sua teoria do amadurecimento pessoal e desenvolvimento afetivo. Tal compreensão colocará em evidência as questões relativas à *continuidade de ser* e à *tendência inata à integração*, relacionando-as com a concepção de que, na saúde, a existência é psicossomática. Tendo em mente, como dado central, a questão da integração, será possível realizarmos um estudo em Winnicott que contemple também a tarefa do alojamento da psique no corpo e da elaboração imaginativa das funções corporais. Estando isso realizado, será possível retomarmos alguns pontos da obra de Winnicott para comentar as diversas passagens em que ele se refere a essas questões, sempre guiados pela linha da teoria do amadurecimento pessoal.

Propomos o seguinte percurso nesta pesquisa: no capítulo I, será desenvolvida a apresentação dos aspectos gerais da obra de Winnicott e de sua *teoria do amadurecimento pessoal*, que fundamenta todo o pensamento deste autor. Explicitaremos os conceitos mais significativos para a abordagem do tema proposto como, por exemplo, a *continuidade de ser* e a *tendência inata a integração*.

Outro ponto que será destacado para compreendermos o percurso do amadurecimento pessoal é a dependência como condição humana no início da vida. Esse tema é desenvolvido na obra de Winnicott através de estágios específicos os quais têm início logo após o nascimento, sendo o primeiro deles marcado pela *dependência absoluta*. Neste capítulo, explanaremos sobre as demais fases que compõe o referido processo, ressaltando a primeira delas,

quando devem ocorrer as aquisições mais essenciais, o que permitirá a passagem bem-sucedida pelas diferentes fases posteriores. Além disso, esse capítulo demonstrará ainda a decisiva importância que Winnicott deu ao ambiente como um dos fatores que determinam o percurso de amadurecimento.

Apresentaremos, nessa perspectiva, a *teoria do amadurecimento pessoal* de Winnicott, explicitando suas fases e tarefas, assim como os impulsos básicos da existência humana, de modo a oferecer um quadro geral que fundamentará este estudo e permitirá ao leitor situar claramente qual o ponto de vista utilizado.

No capítulo seguinte, mostraremos as diferenciações que Winnicott propôs dos termos *soma*, *psique* e *mente*, para melhor apreensão do conceito de integração psicossomática. Essas distinções demonstrarão que Winnicott apresentou inovações teóricas e conceituais que servirão para uma melhor compreensão dessa integração.

Em seguida, no capítulo III, esclareceremos, com maiores detalhes, o processo de integração psicossomática, bem como o que é *elaboração imaginativa das funções corporais* e o *alojamento da psique no corpo*. Versaremos também sobre a *integração da instintualidade*.

No último capítulo, faremos algumas considerações sobre as formulações encontradas no conjunto da obra de Winnicott a respeito da integração psicossomática, bem como sobre os problemas psicossomáticos, procurando estabelecer relações entre as partes.

Ao final desta pesquisa, pretendemos oferecer uma contribuição para o entendimento da integração psicossomática e para a própria compreensão da psicanálise de Winnicott e de sua *teoria do amadurecimento pessoal*. Esperamos, além disso, colaborar para o desenvolvimento da ciência psicanalítica e para a compreensão da origem dos problemas psicossomáticos, auxiliando diferentes áreas do conhecimento envolvidas no tratamento de pessoas que padecem de problemas análogos.

CAPÍTULO I

A linha geral do amadurecimento pessoal e suas fases

Neste capítulo, apresentaremos a teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott, em suas linhas gerais, como forma de mostrarmos o pensamento desse autor, visando ao aprofundamento de um aspecto do processo de amadurecimento – a integração psicossomática –, tema que será abordado no terceiro capítulo.

Na introdução desta pesquisa, fizemos referência à noção de paradigma, – na perspectiva e acepção que Khun (1970) dá a este termo –, e sua importância para a compreensão do conteúdo de uma dada ciência. Como vimos, os elementos que compõem um paradigma permitem uma exposição, uma visão geral da perspectiva proposta por Winnicott. Trataremos de explicitar aqui dois destes elementos, a saber: o *exemplar* e a *teoria geral guia*.

Um *exemplar* é considerado como sendo um problema ou situação empírica de referência, que serve de modelo que permite formular e resolver os problemas pertinentes a uma determinada ciência. Na teoria winnicottiana, o *exemplar* é “o bebê no colo da mãe” – expressão de Loparic (2006, p.8) – que alude à dependência vivida pelo ser humano, principalmente no início do seu desenvolvimento emocional. Esse desenvolvimento acontece quando se conjugam *fatores inatos* com o fornecimento contínuo de cuidados ambientais, o que possibilita os diversos tipos de integração do bebê e, do mesmo modo, a sua continuidade de ser. Trata-se de uma mudança de perspectiva em relação à psicanálise clássica, cujo *exemplar* central, de acordo com Loparic (2006), “é o complexo de Édipo, a criança na cama da mãe às voltas com os conflitos, potenciais geradores de neuroses, que estão relacionados à administração de pulsões sexuais em relações triangulares” (p. 4).

Outro elemento a ser destacado no paradigma winnicottiano é a sua *teoria geral guia*: a teoria do amadurecimento pessoal e afetivo. Para Winnicott, essa teoria corresponde a uma linha que vai da dependência em direção à independência:

Possuímos a única formulação realmente útil, que existe, da maneira pela qual o ser humano psicologicamente se desenvolve de um ser completamente dependente e imaturo para um estado maduro relativamente independente. A teoria é excepcionalmente complexa e difícil de ser enunciada de modo sucinto, e sabemos que existem grandes lacunas no nosso entendimento. Apesar disto, existe a teoria, e, desta maneira, a psicanálise efetuou uma contribuição que é de modo geral aceita, mas usualmente, não-reconhecida. (Winnicott, 1989vk, p. 94)

Ele explica como isso deveria ser estudado:

Seria lógico descrever o desenvolvimento do ser humano desde a concepção, gradualmente prosseguindo através da vida intra-uterina, o nascimento, passando em revista o bebê que aprende a andar e a criança em fase de latência, e depois o adolescente, e mais tarde alcançando o adulto maduro, pronto para ocupar um lugar no mundo, e que depois envelhece e morre. (Winnicott, 1988, p. 51)

De acordo com Winnicott (1965h), esse desenvolvimento é impulsionado por uma tendência inata ao amadurecimento, a qual precisa da sustentação ambiental para se realizar (p. 125-126). Vemos, pois, que o conjunto de idéias winnicottiano tem como *teoria geral guia* a teoria do amadurecimento pessoal. Diferente da psicanálise tradicional, a teoria winnicottiana comporta a sexualidade, mas não se restringe a ela, ou, no dizer de Loparic (2006), “a teoria da sexualidade é apenas uma parte” da teoria; ou ainda, como considera Fulgencio (2008), a teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott “engloba e redescreve a teoria do desenvolvimento da sexualidade” (p. 4). Tomando a

sexualidade como um dos elementos que compõe o desenvolvimento humano, Winnicott concebe o amadurecimento impulsionado pela *tendência inata à integração* e pela *continuidade de ser*.

Winnicott entende que o bebê, para se desenvolver, deverá fazer um percurso ao longo desse amadurecimento, que vai de uma *dependência absoluta* (logo após o nascimento) em direção a uma *independência relativa* (vida adulta, maturidade), regido por estas duas tendências básicas: a *continuidade de ser* e a *tendência inata à integração*, sustentadas pelos cuidados da mãe-ambiente. Esse autor afirma:

Com “o cuidado que ele recebe de sua mãe” cada lactente é capaz de ter uma existência pessoal, e assim começa a construir o que pode ser chamado de *continuidade* do ser. Na base dessa continuidade do ser o potencial herdado se desenvolve gradualmente no indivíduo lactente. Se o cuidado materno não é suficientemente bom então o lactente realmente não vem a existir, uma vez que não há a continuidade do ser; ao invés a personalidade começa a se construir baseada em reações a irritações do meio (Winnicott, 1960c, p. 53 – grifos dele).

Dias sistematizou as fases propostas por Winnicott durante esse trajeto, as quais serão comentadas mais adiante. Apoiada na obra de Winnicott, ela as denomina: fase da *dependência absoluta*; fase da *dependência relativa*, subdividida em Desmame, Transicionalidade, Uso do objeto e Fase do EU SOU; fase *rumo à independência* ou *concernimento*; e a fase da *independência relativa*, que dá continuidade ao processo de amadurecimento. Nessa fase inicial, da *dependência absoluta*, ocorrem algumas conquistas básicas que colocaremos em relevo, a saber: temporalização, espacialização, alojamento da psique no corpo, início do contato com a realidade e a constituição de um si mesmo primário.

Ao comentar as fases do desenvolvimento, buscaremos dar ênfase ao processo de integração psicossomática, explicitando-a como uma tendência e dinâmica que ocorre ao longo de toda a existência do indivíduo. Entretanto, a fase

da *dependência absoluta* será colocada em relevo, uma vez que é neste período que se encontram os alicerces constitucionais da existência humana e, portanto, fase aonde acontece uma série de conquistas integrativas que se relacionam ao início do processo de integração psicossomática. Winnicott destaca como a questão dependência do ambiente percorre todo o desenvolvimento e, principalmente, faz-se presente no início da vida:

O desenvolvimento, em poucas palavras, é uma função da herança de um processo de maturação, e da acumulação de experiências da vida; mas esse desenvolvimento só pode ocorrer num ambiente propiciador. A importância desse ambiente propiciador é absoluta no início, e a seguir relativa; o processo de desenvolvimento pode ser descrito em termos de dependência absoluta, dependência relativa e um caminhar rumo a independência (Winnicott, 1965v [1960], p. 27).

Cabe ressaltar a especial atenção que Winnicott dedica ao papel decisivo que o ambiente exerce no início da vida sobre a constituição do bebê e sua integração, bem como em todo o processo de amadurecimento. O ambiente é, para ele, sinônimo dos cuidados e dos cuidadores – sobretudo da mãe – que atende às necessidades do bebê sensivelmente e constitui um importante determinante no processo do amadurecimento pessoal. Winnicott explica:

Todos nós aceitamos a ideia geral de que, quanto mais recuarmos no exame desse processo de crescimento individual, mais importância deve ser dada ao fator ambiental. Isso resume-se a aceitação do princípio de que a criança parte da dependência em direção a independência. (Winnicott, 1965s [1955], p. 214)

Enfatizamos, desse modo, a grande importância que Winnicott conferiu a influência real do ambiente no curso do desenvolvimento, sendo aquilo que pode funcionar como favorecedor ou como um obstáculo neste percurso. Esse autor explicava que: “Devido à extrema dependência emocional da criança, seu

desenvolvimento ou sua vida não podem ser estudados à parte da consideração do cuidado que lhe é fornecido” (Winnicott, 1958j, p.5).

Sobre a importância dos cuidados no início do processo de amadurecimento humano e a dependência do bebê de uma mãe suficientemente boa, Winnicott (1960c) afirma: “O auxílio ao ego do cuidado materno possibilita ao lactente viver e se desenvolver, a respeito de não ser capaz de controlar ou de se sentir responsável pelo que de bom e mau ocorre no ambiente” (p.39).

Para o autor citado, a mãe suficientemente boa torna-se, no período inicial, inteiramente dedicada ao seu bebê, sendo que seu ego é usado de forma complementar ao da criança, para que o ego do bebê se torne mais estável e fortalecido, através desse cuidado materno. Winnicott (1960c) diz que “Este é essencialmente um período de desenvolvimento do ego, e a integração é o principal aspecto desse desenvolvimento” (p.41).

1.1 - Impulsos básicos: continuidade de ser e tendência inata à integração

Winnicott (1974) entende que o amadurecimento humano assenta-se sobre duas bases: a tendência inata ao amadurecimento (ou à integração) e a existência contínua de um ambiente facilitador. Esses dois aspectos são, para ele, indissociáveis: “o indivíduo herda um processo de amadurecimento, que o faz progredir na medida em que exista um meio ambiente facilitador e *somente na medida em que este exista*” (p. 71, grifos nossos).

A teoria por ele formulada propõe que a saúde do ser humano tem suas bases estabelecidas bem no início da vida, nas relações do bebê com sua mãe, a qual, em estado de “preocupação materna primária” (1958n [1956]), inicialmente, cuida do bebê de modo físico, por meio do calor corporal, do contato com ela, com alternância de movimentos e de quietude, de acordo com as necessidades do recém-nascido. Dessa forma, a mãe protege o bebê e vai apresentando a ele

pequenas porções de mundo, nos momentos adequados, de maneira a fornecer-lhe uma continuidade (Winnicott, 1948b, p.237-238). Para Winnicott:

É especialmente no início que as mães são vitalmente importantes e de fato é tarefa da mãe proteger o seu bebê de complicações que ele ainda não pode entender, dando-lhe continuamente aquele pedacinho simplificado do mundo que ele, através dela, passa a conhecer. (Winnicott, 1945d, p. 228)

Esse autor acredita que a adaptação atenta e sensível da mãe é de fundamental importância para o desenvolvimento saudável do bebê e sua *continuidade de ser*, principalmente nos estágios mais iniciais da vida (de dependência absoluta). Nessas primeiras etapas da existência e da experiência humana, Winnicott afirma ser o bebê extremamente dependente do cuidado materno para colocar em ação suas tendências inatas ao desenvolvimento, em termos físicos e psíquicos, uma vez que ele nasce frágil e impossibilitado de sobreviver sem um ambiente que cuide dele. Segundo o referido autor, “O potencial herdado inclui a tendência no sentido do crescimento e desenvolvimento” (Winnicott, 1960c, p. 43), mas esse potencial não se realiza se as condições forem adversas. Ele diz ainda:

Os lactentes humanos não podem começar a *ser* exceto sob certas condições.... Os lactentes vêm a ser de modo diferente conforme as condições sejam favoráveis ou desfavoráveis. Ao mesmo tempo essas condições não determinam o potencial do lactente. Este é herdado, e é legítimo estudar este potencial herdado do indivíduo como um tema separado, *desde que sempre seja aceito que o potencial herdado de um lactente não pode se tornar um lactente a menos que ligado ao cuidado materno.* (Winnicott, 1960c, p. 43, itálicos dele)

Assim, Winnicott ressalta a dependência do bebê das condições ambientais, ou seja, a importância do cuidado materno para que a *continuidade*

de ser do bebê não seja atrapalhada e para que seu potencial herdado³² se realize. Em suas palavras: “Vamos partir do princípio de que o desenvolvimento inicial do indivíduo implica num *continuar a ser*. O psicossoma inicial prossegue ao longo de uma certa linha de desenvolvimento, desde que esse *continuar a ser não seja perturbado*” (Winnicott, 1954a [1949], p.334, grifos dele). Sem o suporte adequado, o bebê encontrará dificuldades:

No universo psicológico, há uma tendência ao desenvolvimento que é inata e que corresponde ao crescimento do corpo e ao desenvolvimento gradual de certas funções ... Todavia esse crescimento natural não se constata na ausência de condições suficientemente boas... (Winnicott, 1958j, p. 5).

Observamos que a *continuidade de ser* e a *tendência inata à integração* auxiliam na constituição e integração do si-mesmo (*self*). Essa é uma consideração fundamental na teoria do amadurecimento de Winnicott. Ele sublinha a necessidade da combinação da *tendência inata à integração* e de condições ambientais favoráveis para que a *continuidade de ser* não seja atrapalhada e o desenvolvimento aconteça. Winnicott esclarece:

Em nossa teoria do cuidado infantil, a continuidade do cuidado tornou-se característica central do conceito de meio ambiente facilitante e observamos que, através dessa continuidade da provisão ambiental, e somente através dela, o novo bebê em dependência pode ter continuidade na linha de sua vida, evitando-se o estabelecimento de um padrão de reagir ao imprevisível e sempre começar de novo. (Winnicott, 1971a, [1968], p.191)

³² Ressaltamos que Winnicott não negligenciava a importância do potencial herdado. Ele apenas colocou o foco no cuidado materno e no ambiente, que é onde o psicanalista pode intervir. Talvez seja importante lembrar que o psicanalista pode ser útil para ajudar e sustentar os problemas que cada ser humano tem para lidar com seu potencial herdado.

Dias (2003), estudiosa da obra de Winnicott, também evidencia a importância do ambiente para que as tendências inatas ao amadurecimento possam ter lugar:

o bebê vive pelo fato de “estar vivo” e de haver alguém que responde satisfatoriamente a este fato; ele amadurece por ser dotado de uma tendência inata ao amadurecimento e pelo fato de haver alguém facilitando a realização desta tendência. (Dias, 2003, p. 79)

De tal modo, Winnicott demonstra que os fatores ambientais são essenciais no processo de amadurecimento, como pudemos ver. O bom ambiente é, para ele, o que se adapta às necessidades do bebê ativamente e permite que seu potencial herdado se manifeste, bem como sua *continuidade de ser* e continuar sendo. Segundo Winnicott (1954a [1949]), quando o ambiente não se ajusta e não atende às necessidades do bebê, este sente uma intrusão, a qual o faz reagir, o que perturbará a sua *continuidade de ser* (p. 334). As consequências da não-adaptação ambiental são objeto do comentário do referido autor:

A alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila. Ser e aniquilamento são as duas alternativas. O ambiente tem por isso como principal função a redução ao mínimo de irritações a que o lactente deva reagir com o conseqüente aniquilamento do ser pessoal. Sob condições favoráveis o lactente estabelece uma continuidade da existência e assim começa a desenvolver a sofisticação que torna possível estas irritações serem absorvidas na área de onipotência. (Winnicott, 1960c, p. 47)

Winnicott salienta que, inicialmente, ambiente e bebê são uma mesma e única coisa; não há qualquer diferenciação. Eles constituem uma “unidade total” que, mais tarde, com o processo de amadurecimento, chegará a se diferenciar, o que marcará o início do existir de um indivíduo. O referido autor explica que, no início:

o indivíduo ainda não se encontra ali, ainda não está separado do aspecto ambiental da unidade total. A mudança do centro de gravidade do ser para aquela parte da unidade que tão facilmente identificamos como sendo o bebê representa, na verdade, uma conquista do desenvolvimento emocional saudável. (Winnicott, 1988, p. 179).

O psicanalista postula que existe uma “tendência inerente do indivíduo a crescer, a se integrar, a se relacionar com objetos, a amadurecer” (Winnicott, 1965h, p. 125). No entanto, Winnicott (1988) entende que, inicialmente, existe “um estado primário do ser”, que se caracteriza pela “não-integração”, na qual não há vinculação entre soma e psique e onde não é possível pensar em algo que se diferencie do “não-EU”. Conforme seu entendimento, não há, no momento inicial, um si-mesmo (*self*) individual capaz de perceber o ambiente e discriminar entre o EU e o não-EU (Winnicott, 1988, p.153). De acordo com ele, “A partir do estado de não-integração se produz a integração por breves momentos ou períodos, e só gradualmente o estado geral de integração se transforma em fato” (Winnicott, 1988, p. 136-137). Expõe Winnicott (1988) que “É necessário postular, portanto, um estado de não-integração a partir do qual a integração se produz. O bebê que conhecemos como uma unidade humana, seguro dentro do útero, ainda não é uma unidade em termos de desenvolvimento emocional” (p. 136).

Vemos que Winnicott acredita não existir, no início da vida, um “eu”³³ integrado; existe um ser não-integrado dotado da tendência hereditária à integração, tendência que permite que os acontecimentos da vida do bebê, que é permeada, primeiro, por períodos de não-integração, gradativamente ganhem um contorno mais ou menos estável. Dias (2003) comenta que essa não-integração não significa deficiência, “mas um estado natural de extrema imaturidade do bebê e significa a falta de reunião num si-mesmo, falta de integração no espaço e no tempo, falta de integração psicossomática, enfim, falta inteireza” (p. 128). Ela acrescenta:

³³ Winnicott denomina de “ego”, a própria tendência inata à integração, e não propriamente o resultado desta integração numa unidade pessoal: “Pode-se usar o termo ego para descrever a parte, em crescimento, da personalidade humana que tende, sob condições favoráveis, a se integrar numa unidade” (Winnicott, 1965n, p. 55).

Embora haja ali um bebê para o observador e para a mãe, ainda não há, para o bebê, nem ele mesmo, nem mãe, nem mundo. O bebê não é ainda uma unidade; os inúmeros aspectos, que vão ser integrados à pessoa inteira que ele será, estão ainda desconectados (Dias, 2003, p. 128).

A autora citada afirma que, para Winnicott, a natureza humana “consiste essencialmente numa tendência inata à integração numa unidade ao longo de um processo de amadurecimento” (Dias, 2003, p.94). A habilidade da mãe em prover as necessidades do bebê repetidamente propicia a experiência de continuidade e integração. Winnicott comenta, a esse respeito:

A capacidade que a mãe possui de ir ao encontro das necessidades em constante processo de mutação e desenvolvimento deste bebê permite que a sua trajetória de vida seja relativamente contínua; permite-lhe também vivenciar situações fragmentárias ou harmoniosas, a partir da confiança que deposita no fato concreto de o segurarem, juntamente com fases reiteradas da integração que faz parte da tendência hereditária de crescimento. O bebê passa, com muita facilidade, da integração ao conforto descontraído da não-integração, e o acúmulo destas experiências torna-se um padrão e forma uma base para as expectativas do bebê. Ele passa a confiar nos processos internos que levam à integração numa unidade. (Winnicott, 1968d, p. 86)

Com o auxílio de uma provisão ambiental satisfatória e com o bebê se desenvolvendo bem, há possibilidade de tolerância ao retorno do estado de não-integração. Todavia, se as condições ambientais não são favoráveis, o bebê deixa de experimentar a não-integração e vivencia a desintegração. Esta consiste em uma defesa contra as falhas constantes do ambiente as quais o levam a experimentar uma situação de “caráter defensivo e só pode ocorrer após alguma integração ter sido alcançada” (Dias, 2003, p. 128). Sobre o estado de integração, de não-integração e desintegração, Winnicott sintetiza:

Na vida de uma criança normal, o descanso deve poder incluir o relaxamento e a regressão para a não-integração. Gradualmente, à medida que o *self* se desenvolve em força e complexidade, essa regressão à não-integração aproxima-se mais e mais do doloroso estado de desintegração “enlouquecedora”. Existe, portanto um estado intermediário, no qual um bebê bem cuidado e em pleno desenvolvimento pode relaxar e não-integrar-se, e tolerar (mas apenas tolerar) sentir-se “louco” no estado não-integrado. Em seguida é dado um passo adiante, um passo em direção à independência, e à perda para sempre da capacidade de não integração, exceto na loucura ou nas condições especializadas fornecidas pela psicoterapia. Deste momento em diante, o termo não é mais não-integração, e sim desintegração (1988, p.138- 139).

Podemos dizer que, para Winnicott (1960c), o bebê precisa ser acompanhado continuamente no seu desenvolvimento pela mãe que o sustenta. Ao mesmo tempo, a mãe é o ambiente de que o bebê necessita, pois, devido a sua imaturidade, este não tem condições de controlar o ambiente. Nas palavras do referido autor:

Quando as coisas vão bem o lactente não tem meios de saber o que está sendo provido adequadamente e o que está sendo prevenido. Por outro lado é quando as coisas não vão bem que o lactente se torna perceptivo, não de uma falha do cuidado materno, mas dos resultados, quaisquer que sejam, dessa falha; o lactente se torna consciente de reagir a alguma irritação. Como resultado disso, no cuidado materno há uma continuidade de ser que é a base da força do ego; enquanto que o resultado de cada falha no cuidado materno é que a continuidade de ser é interrompida por reações às consequências desta falha, do que resulta o enfraquecimento do ego. a continuidade de ser que é minha concepção de força do ego. (Winnicott, 1960c, p.51)

1.2 - As fases, tarefas e conquistas do processo de amadurecimento

Winnicott considerou que, nas fases mais primitivas do desenvolvimento emocional, ocorre um tipo de integração entre o *soma* e a *psique* – integração também denominada de *alojamento da psique no corpo* – a qual fornece uma base para o desenvolvimento saudável. Tal integração não ocorre por si só; ela depende totalmente dos cuidados ambientais. Quando algo não ocorre bem nessas primeiras fases, os processos integrativos podem ficar prejudicados, eventualmente causando o aparecimento de diversos problemas, dentre os quais as psicoses em geral e, em particular, os problemas psicossomáticos. A teoria winnicottiana nos fornece contribuições para pensarmos como são gerados esses problemas, mostrando como ocorrem, na saúde, os processos integrativos das fases mais primitivas, fases que fundamentam a existência do bebê em seu próprio corpo e o auxiliam na conquista da integração psicossomática.

Há um vasto conjunto de termos e conceitos que podem ilustrar e aprofundar o que Winnicott desenvolveu sobre todo o processo de amadurecimento humano. No entanto, desenvolvê-lo em todos os seus detalhes corresponderia a uma tarefa que ultrapassa os objetivos deste trabalho. Desse modo, selecionamos o que é essencial em relação à fase de dependência absoluta (aproximadamente do nascimento até o quarto mês) para ajudar na compreensão da integração psicossomática.

No seu artigo "Desenvolvimento Emocional Primitivo", Winnicott (1945d) afirma que existem três processos os quais começam muito cedo na vida do bebê. São eles: a integração, a personalização (ou alojamento da psique no corpo) e a apreciação do tempo e do espaço (subjetivos, que dizem respeito ao bebê) (p.222-223).

Ele teorizou e compreendeu o amadurecimento humano em termos de fases relacionadas à dependência. Em os *Bebês e suas mães*, Winnicott (1987a) assinala que: "Pode-se afirmar que a história do desenvolvimento infantil é uma história de dependência absoluta, que avança firmemente através de graus

decrecentes de dependência, e vai, tateando, em direção à independência” (p. 73). Sobre a dependência, esse autor afirma que:

É importante reconhecer o fato da dependência. A dependência é real. É tão obvio que os bebês e as crianças não conseguem se virar por si próprios, que as simples ocorrências da dependência passam facilmente despercebidas. (Winnicott, 1987a, p. 73).

Winnicott (1965r [1963]) nomeou três fases do processo de amadurecimento em termos das relações de dependência: a *dependência absoluta*, a *dependência relativa* e *rumo à independência*. A passagem bem-sucedida do bebê por esses estágios fundamenta-se, para ele, na existência de um ambiente *suficientemente bom* desde o começo da vida e, sobretudo nesse período. O último estágio proposto por ele, *rumo à independência*, indica que nenhuma pessoa alcança total independência, mesmo na fase adulta.

Fundamental a tudo isso é a idéia de dependência individual, sendo a dependência o princípio quase absoluto, e alterando-se gradativamente, e de maneira ordenada, para a dependência relativa e no sentido da independência. A independência não se torna absoluta e o indivíduo, visto como uma unidade autônoma nunca, de fato, é independente do meio ambiente, embora existam maneiras pelas quais, na maturidade, ele possa *sentir-se* livre e independente, tanto quanto contribua para a felicidade e para o sentimento de estar de posse de uma identidade pessoal. (Winnicott, 1968g, p. 188)

Dias (2003) sistematizou a teoria winnicottiana. Nesta pesquisa utilizaremos, a teoria do amadurecimento pessoal da forma como foi apresentada por essa autora³⁴.

³⁴ Esta interpretação da obra de Winnicott corresponde a uma inserção desta pesquisa no Grupo de Pesquisa, “Winnicott e a psicanálise tradicional: estudos sobre o método de tratamento psicanalítico”, que, por sua vez, trabalha numa direção que compartilha este tipo de interpretação

As tarefas e conquistas fundamentais do amadurecimento acontecem num momento muito primitivo, no qual o bebê encontra-se em *dependência absoluta* do ambiente e dos cuidados maternos. Essa fase comporta a resolução de algumas tarefas fundamentais: a integração no tempo e no espaço (temporalização e espacialização), *o alojamento da psique no corpo* (personalização) e o início do contato com a realidade e a constituição de um eu unitário primário. Winnicott (1960c) explana:

Este é essencialmente um período de desenvolvimento do ego, e a integração é o principal aspecto desse desenvolvimento. As forças do id clamam por atenção. De início elas são externas ao lactente. Normalmente o id se torna aliado a serviço do ego, e o ego controla o id, de modo que as satisfações do id fortalecem o ego. Isto, contudo, é uma conquista do desenvolvimento normal e na infância há muitas variantes dependentes da falha relativa dessa conquista. Na falta de saúde na infância conquistas desse tipo dificilmente são atingidas, ou podem ser alcançadas e perdidas. (Winnicott, 1960c, p. 41)

Sobre o uso do termo “integração” na teoria winnicottiana, Dias (2003) comenta que ele é utilizado para indicar a tendência inata ao amadurecimento, que leva ao estatuto unitário, mas também para designar as várias integrações parciais que vão acontecendo pouco a pouco durante o processo de desenvolvimento. De acordo com ela, *a integração no tempo e no espaço* é uma das tarefas fundamentais; é condição da saúde do processo de amadurecimento. Dias afirma:

não há sentido de realidade possível – nem do corpo, nem do mundo, nem do si mesmo – fora de um espaço e de um tempo; não há indivíduo que se não houver uma memória de si, aquilo que mantém a identidade em meio as transformações; não há encontro de objetos se não houver

um *mundo* onde os objetos possam ser encontrados e se não houver um *si-mesmo* que possa encontrá-los. Todo o processo integrativo tem sua base na temporalização e espacialização do bebê, que começa a realizar-se no início da vida. (Dias, 2003, p. 197, itálicos dela)

Dias (2003) esclarece que a temporalização e a espacialização não expressam que o bebê será inserido no tempo e no espaço do mundo externo, até porque, num período inicial, o recém-nascido não tem a possibilidade de perceber nem ele mesmo, nem o mundo. A temporalidade dele é a sua *continuidade de ser*, uma vez que o bebê vive em um mundo subjetivo. É o ambiente que deverá inseri-lo no sentido do espaço e do tempo através do cuidado e manutenção desse espaço e desse tempo, para que eles sejam também subjetivos no início da vida. Desse modo, o sentido do tempo, no mundo subjetivo do recém-nascido, advém da presença repetida da mãe, de sua permanência e da continuidade dos cuidados que ela fornece ao bebê. Ainda que ele não tenha conhecimento disso, certamente o bebê sente os efeitos da presença materna e, aos poucos, cria uma memória dessa presença (p. 197). Winnicott (1988) explica como a mãe, se ela é suficientemente boa, age ao pegar o seu bebê:

A mãe sabe por empatia que quando se pega um bebê é preciso levar um certo tempo nesse processo. O bebê deve receber um aviso, as várias partes do corpo devem ser seguradas em conjunto; finalmente no momento certo, a criança é levantada; além disso, o gesto da mãe começa, continua e termina, pois o bebê está sendo levantado de um lugar para o outro, talvez do berço para o ombro da mãe. (Winnicott, 1988, p. 137)

Como observamos, o conjunto dos cuidados maternos suficientemente bons, no início se ajustam ao ritmo do funcionamento fisiológico do bebê (como a amamentação, a excreção, o sono), e o protegem de imprevistos e invasões, permitindo que ele viva, no começo da vida, em um mundo subjetivo.

Gradualmente, a criança estabelece “um sistema de memórias e uma organização de lembranças” (Winnicott, 1967b, p.136) desses cuidados, os quais, sendo regulares e repetidos muitas vezes, originam “*um sentido de previsibilidade*” (Dias, 2003 p.201). Se isso não ocorre e, ao contrário, a mãe impõe ao bebê um ritmo que é externo as suas necessidades, Dias (2003) aponta que “a temporalidade subjetiva e a coesão psicossomática ficam prejudicadas, se não impedidas” (p. 200).

A fase de *dependência absoluta* pode ser descrita como um período em que o bebê não tem nenhum controle sobre o ambiente e encontra-se extremamente vulnerável. Caracteriza-se por uma dependência física e afetiva, como mostra Winnicott:

A independência é algo que se realiza a partir da dependência, mas é necessário acrescentar que a dependência realiza-se a partir de algo a que se poderia chamar de dupla dependência. Nos primórdios, há uma dependência absoluta em relação ao ambiente físico e emocional. No primeiríssimo estágio não há vestígios de uma consciência da dependência, e por isto esta é absoluta. (Winnicott, 1958j, p.5-6)

Segundo ele, “o termo dependência dupla indica que a provisão essencial estava completamente fora da percepção e compreensão do lactente” (Winnicott, 1963c, p. 203), ou seja, nesse momento não há o sentimento de dependência e, por isso, ela é absoluta. Falhas nesse momento primitivo do desenvolvimento poderão acarretar sérios danos à saúde do indivíduo e, conseqüentemente, problemas em todo o seu desenvolvimento, como no alcance da integração psicossomática. Por esse motivo, Winnicott entende que não é possível deixar de considerar e estudar os cuidados maternos:

Metade da teoria do relacionamento paterno-infantil se refere ao lactente, e é a teoria da jornada do lactente da dependência absoluta, passando pela dependência relativa, à independência.... A outra metade da teoria do

relacionamento paterno-infantil se refere ao cuidado materno.
(Winnicott, 1960c, p. 43)

Winnicott chama a atenção para a completa dependência do lactente nesse período e o paradoxo que surge no processo de amadurecimento humano. Este consiste no fato de o bebê possuir aspectos herdados e, ao mesmo tempo, depender do ambiente provedor para realizá-los. Ele diz:

No início o lactente é completamente dependente da provisão física pela mãe viva em seu útero e depois como cuidado do lactente. Mas em termos de psicologia devemos dizer que o lactente é ao mesmo tempo dependente e independente. Este é um paradoxo que precisamos examinar. Há tudo que é herdado, incluindo os processos de maturação, e talvez tendências patológicas herdadas; estas têm uma realidade própria, e ninguém pode alterá-las; ao mesmo tempo, o processo maturativo depende para a sua evolução da provisão do ambiente. Podemos dizer que o ambiente favorável torna possível o progresso continuado dos processos de maturação. Mas o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses possibilita à criança concretizar seu potencial. (1965r [1963], p.81)

A partir dessas assertivas, ressaltamos que Winnicott referiu-se à provisão ambiental como condição indissociável para ocorrer a continuidade dos processos de maturação. Podemos observar que a noção de ambiente é bastante presente na sua teoria, à qual ele confere grande influência sobre a saúde emocional do bebê no início e por todo o seu amadurecimento. Winnicott comenta ainda:

O processo de maturação só se efetiva no lactente se houver um ambiente favorável. O estudo do ambiente favorável é quase tão importante de início como o estudo do processo de maturação do indivíduo. A característica do processo de maturação é o impulso no sentido da *integração*, que vem a

significar algo cada vez mais complexo, à medida que o lactente cresce. A característica do ambiente favorável é a adaptação, iniciada a quase cem por cento e mudando gradativamente, no sentido da desadaptação, de acordo com os novos desenvolvimentos do lactente, que fazem parte de uma mudança gradual no sentido da independência. (1965vd [1963], p. 215)

Para Winnicott (1974), “à época da dependência absoluta, com a mãe suprimindo uma função de ego auxiliar, tem-se de lembrar que o bebê ainda não separa o *não-eu* do *eu*: isto não pode acontecer separadamente do estabelecimento do *eu*” (p. 72, grifos dele). Do ponto de vista do bebê, não há realidade *não-self*; os objetos com os quais o bebê se relaciona são subjetivos, ou seja, não são objetivamente percebidos, sendo apenas gradualmente que ele poderá separar o “*não-eu*” do “*eu*” (Winnicott, 1989m [1964], p.81).

No período inicial, o bebê imagina que suas necessidades são atendidas naturalmente. Não há maturidade que lhe permita ter conhecimento de suas próprias necessidades. De acordo com Fulgencio (2007), “ele não tem, ainda, maturidade para saber o que precisa ou mesmo para alucinar objetos (o seio, por exemplo), ele apenas experimenta suas necessidades que o levam *a procurar algo em algum lugar*” (p.13). O gesto de buscar algo é movido por forças instintivas, adicionado pela própria vivacidade do bebê, que desperta a capacidade de ser criativo nesse início do contato com a realidade. Citamos Winnicott:

É difícil encontrar as palavras exatas para descrever este simples evento; mas podemos dizer que em razão de uma vitalidade do bebê e através do desenvolvimento da tensão instintiva o bebê acaba por esperar alguma coisa; e então há um movimento de alcançar algo, que pode rapidamente tomar a forma de um movimento impulsivo da mão ou da boca em direção a um suposto objeto. (1988, p.122)

Nesta fase, o bebê vive a sensação de ter criado o que lhe é proporcionado, tendo a “*ilusão* de que existe uma realidade externa

correspondente à sua própria capacidade de criar” (Winnicott, 1953c, p. 27), momento que Winnicott chamou de “ilusão de onipotência”, descrito por ele a seguir:

A mãe, no começo, através de uma adaptação quase completa, propicia ao bebê a oportunidade para a ilusão de que o seio dela faz parte do bebê, de que está, por assim dizer, sob o controle mágico do bebê. ... A tarefa final da mãe consiste em desiludir gradativamente o bebê, mas sem esperança de sucesso, a menos que, a princípio, tenha podido propiciar oportunidades suficientes para a ilusão.... A mãe coloca o seio real exatamente onde o bebê está pronto para criá-lo, e no momento exato. (Winnicott, 1971a, p.26)

O referido autor complementa:

Para que a ilusão se dê na mente do bebê, um ser humano precisa dar-se ao trabalho permanente de trazer o mundo para ele num formato compreensível e de um modo limitado, adequado as suas necessidades. Por esta razão não é possível a um bebê existir sozinho, física ou psicologicamente, e de fato é preciso que uma pessoa específica cuide dele no início. (Winnicott, 1945d, p. 229)

Nas fases seguintes, o bebê já está mais apto a tolerar as falhas ambientais e maternas, embora o ambiente deva continuamente estar atento às necessidades do bebê e disponível para atendê-las, assim como deve iniciar gradativamente o processo de desilusão. Winnicott (1970b [1969]) enfatiza que o desenvolvimento ocorre e que o estágio seguinte surge “*por causa das experiências que o bebê tem do comportamento adaptativo da mãe*” (p. 197).

A condição fundamental para que a dependência relativa comece a se estabelecer é o alcance de um estatuto unitário inicial, ou seja, a conquista de um eu integrado, estágio denominado por Winnicott de “EU SOU”. Segundo esse autor, o bebê só pode chegar ao estágio do “Eu Sou” porque há um meio protetor,

que, no seu entender, é a mãe preocupada com sua criança e orientada para o atendimento das necessidades do ego infantil através da sua identificação com o bebê (Winnicott, 1958g [1957], p. 35). Para que isso ocorra, o bebê precisa ter sido segurado e visto por sua mãe, na fase de dependência absoluta.

Em “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil” (1967c), trabalho contido em *O Brincar e a realidade* (1971a), Winnicott indaga: “O que vê o bebê quando olha para o rosto da mãe?”. Ele responde: “O que o bebê vê é ele mesmo. Em outros termos, a mãe está olhando para o bebê e *aquilo com o que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali*” (grifos de Winnicott, p. 154). O olhar dela reflete o que ela vê, e ser visto pela mãe é uma das bases para o sentimento de existir do bebê. Winnicott acrescenta: “Quando olho, sou visto, logo existo” (p. 157). Nesta bonita passagem de sua obra, ele ressalta a importância do olhar materno, entendendo o rosto da mãe como o protótipo de um espelho: “No rosto dela, o bebê vê a si próprio. Se ela estiver deprimida ou preocupada com alguma outra coisa, então é claro que o bebê não verá nada além de um rosto” (Winnicott, 1968d, p. 89). No entanto, Winnicott entende que o desenvolvimento posterior à aquisição do estatuto de unidade depende, também, da simplicidade estável e confiável do ambiente (Winnicott, 1955c [1954], p. 360).

Na *dependência relativa*, Winnicott observou uma diferença em relação à fase anterior: nessa etapa, o bebê tem capacidade de perceber a própria dependência, isto é, “o lactente pode tomar conhecimento” (1965r [1963], p.83). Outra característica dessa fase é a capacidade que o bebê adquire de se adaptar às falhas ambientais que ocorrem no processo de desenvolvimento por meio da conquista de recursos específicos do amadurecimento, como o início da capacidade mental, conseguindo ser, assim, relativamente dependente. Abram (2000) enfatiza que o bebê inicia a distinção entre o eu e o não-eu motivado pelo processo de desmame “que ocorre tanto com a mãe quanto com o bebê” (p.103).

O desmame desencadeia o processo de desilusão correspondente à importante percepção que o bebê começa a ter de que ele não é criador do seio, o qual lhe é dado e não criado por sua vontade. Para Winnicott:

Desde o nascimento, portanto, o ser humano está envolvido com o problema da relação entre aquilo que é objetivamente percebido e aquilo que é subjetivamente concebido e, na solução desse problema, não existe saúde para o ser humano que não tenha sido iniciado suficientemente bem pela mãe. (Winnicott, 1953c, p.26)

Neste momento do processo de amadurecimento, há também o começo das funções mentais, da criatividade e o da separação eu/não-eu. Além disso, na fase de dependência relativa, os fenômenos da transicionalidade se iniciam. Dias (2003) afirma que esta descrição foi a contribuição mais aceita e difundida de Winnicott, além de ser, ao mesmo tempo, a que o tornou conhecido e consagrado (p.232). Sobre os fenômenos transicionais Winnicott assinala:

A área intermediária a que me refiro é a área que é concedida ao bebê, entre a criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste da realidade. Os fenômenos transicionais representam os primeiros estádios do uso da ilusão, sem os quais não existe, para o ser humano, significado na idéia de uma relação com um objeto que é por outros percebido como externo a esse ser. (Winnicott, 1953c, p. 26)

Apontando sobre a importância do período da transicionalidade, Winnicott adverte:

O bebê que perdeu seu objeto transicional perde de uma só vez a boca e o seio, a mão e a pele da mãe, a criatividade e a percepção objetiva. Esse objeto é uma das pontes que tornam possível um contato entre a psique individual e a realidade externa. (Winnicott, 1965s [1955], p.217)

Ao lado dos fenômenos transicionais, Dias (2003) explica que, com o processo do desmame e da desilusão, o bebê adquire a capacidade de lidar com a realidade. Contudo, esta autora lembra que tais experiências apenas se tornam possíveis devido à capacidade inicial de adaptação materna e a gradual desadaptação realizada nesse estágio. Isso proporciona ao bebê a experiência de ir, pouco a pouco, distinguindo-se da mãe, do mundo externo, constituindo-se gradativamente numa unidade em meio à separação do que antes era o “dois-em-um” inseparável. Dias (2003) comenta:

Se é saudável, a mãe emerge naturalmente do estado de “preocupação materna primária”, cansada já do estreitamento de seu mundo e da extrema exigência que a dependência absoluta do bebê requer. Passam a ocorrer pequenas falhas, que, por se darem na medida da maturidade crescente do bebê, pertencem, ainda, à pauta da adaptação. Isto coincide com a necessidade do bebê de dar prosseguimento ao amadurecimento, ou seja, a desadaptação da mãe é imprescindível para o início do rompimento da unidade indiferenciada mãe-bebê, de modo a pôr em marcha o longo e vagaroso processo de separação que levará o pequeno indivíduo à integração em um eu unitário e separado, capaz de estabelecer relações com o não-eu ou o mundo externo. (Dias, 2003, p.228)

De acordo com Winnicott (1960c), no estágio *Rumo à independência*, “O lactente desenvolve meios para ir vivendo sem cuidado real. Isto é conseguido pelo acúmulo de recordações do cuidado, com o desenvolvimento da confiança do meio” (p.46, grifos dele).

Além disso, nos estágios *rumo à independência* e *independência relativa*, a mãe fornece tempo e ambiente contínuo para que o bebê “organize” seus instintos juntamente com a agressividade associada a eles. Todavia, a integração da agressividade com o si-mesmo pode dar origem a temores, medos e fantasias retalhadoras no bebê, que precisa encontrar na mãe a disponibilidade receptiva e protetora para amenizar tais temores. Se tudo corre bem, acontece uma aquisição

importante em termos de amadurecimento: o sentimento de culpa por danificar e sua tolerância pela possibilidade de reparação (Winnicott, 1988, p.91-92). Em relação a esta fase, ele complementa que:

O desenvolvimento implica um ego que começou a se tornar independente do ego auxiliar da mãe, podendo-se agora dizer que há um interior no bebê, e portanto, também um exterior. O esquema corporal começa a viver e rapidamente adquire complexidade. Daí em diante o lactente vive uma vida psicossomática. (Winnicott, 1963b, p. 72)

O estágio *rumo à independência*, refere-se, para Winnicott (1988), à própria integração, que significa “responsabilidade, ao mesmo tempo que consciência, um conjunto de memórias, e a junção de passado, presente e futuro dentro de um relacionamento” (p.140). Para Fulgencio (2007), na fase final do concernimento, se o processo ocorrer da maneira adequada, a criança estará integrada a ponto de ser reconhecida como uma pessoa inteira:

não só aquilo que é não-eu, mas também as pessoas com as quais se relaciona como também sendo pessoas inteiras que ela ama e odeia, deseja e rechaça, não só em termos gerais, mas agora, com a integração de seus instintos, com amor e ódio coloridos por fantasias relacionais acompanhadas de excitações e clímax. (Fulgencio, 2007, p.21)

De acordo com a teoria de Winnicott, é apenas nesse momento que se chega ao complexo de Édipo, visto que, como comenta Dias (2003): “Pela teoria winnicottiana, é preciso haver antes um indivíduo para que algo como a sexualidade humana possa acontecer” (p. 302). Citamos Winnicott para concluir esse capítulo com a ideia de que, na saúde, a dependência nunca se separa do indivíduo: “A independência nunca é absoluta. O indivíduo normal não se torna isolado, mas se torna relacionado ao ambiente de um modo que se pode dizer serem o indivíduo e o ambiente interdependentes” (Winnicott, 1965r [1963], p. 81).

CAPÍTULO II

A distinção entre o *soma*, a *psique* e a *mente*

Conforme indicado na introdução deste estudo, a questão da integração psicossomática como uma das conquistas básicas da fase de dependência absoluta, proposta por Winnicott, reformulou a distinção e a oposição entre o corpo e a mente, introduzindo novos parâmetros como o *soma*, a *psique* e a *mente*. Para esse autor:

É lógico contrapor soma e psique, e portanto contrapor o desenvolvimento emocional ao desenvolvimento corporal do indivíduo. Não é lógico, porém, opor o mental ao físico, pois não são da mesma ordem. Os fenômenos mentais são complicações de importância variável na continuidade do ser do psicossoma, na medida em que contribuem para formar o eu individual. (Winnicott, 1954a [1949], p. 346)

É preciso assinalar que o abandono da distinção corpo-mente para *psique-soma* não significa que Winnicott excluiu um tipo de oposição, mas que a reformulou em outros termos. O hífen³⁵ indica um traço de relação (na saúde), de separação (nas patologias) e, ao mesmo tempo, um traço de união. O autor diz: “o hífen tanto une quanto separa” (Winnicott, 1966d [1964], p. 82). Para ele, quando *psique* e *soma* estão cindidos, significa que algum tipo de patologia está presente, uma vez que esses termos aludem a dois modos de funcionamento distintos, porém os quais devem estar intimamente relacionados, numa dependência mútua. Cabe ressaltarmos, portanto, que a teoria de Winnicott representa uma nova perspectiva na compreensão do que é a *mente* e sua relação com o psico-soma. A esse respeito, Loparic (2000b) comenta:

³⁵ O hífen se refere ao sinal da versão original no inglês, entre *psyche-soma* ou ainda, *psychosomatic* (Winnicott, 1966d [1964], p. 82, nota do tradutor).

Em Winnicott, a diferença mente-corpo é substituída pela *diferença operacional* entre as funções corpóreas e psíquicas. Analogamente, o *problema de união* entre a mente e o corpo é substituído pelo *problema da integração* das funções corporais pelas funções psíquicas. (Loparic, 2000b, p. 360, grifos dele)

Assim, Loparic (2000b) afirma que na teoria winnicottiana, o problema tradicional da relação mente-corpo não se coloca mais. Para Winnicott, a diferença entre a mente e o corpo, introduzida por Descartes, não é negada, mas substituída pela diferença entre as funções corpóreas e as funções psíquicas. Loparic ainda acrescenta:

Enquanto a psicanálise tradicional, seguindo uma linha de pensamento influente na filosofia moderna, fisicaliza o corpo e trabalha exclusivamente com o lado mental, mais precisamente representacional, da existência humana, a psicanálise winnicottiana coloca essa existência diante da tarefa primordial de “elaborar” o corpo, sendo que “elaborar” não significa originariamente “simbolizar”, mas “alojar-se” no corpo fazendo dele a nossa primeira *morada* neste mundo. (Loparic, 2000b, p.8, grifos dele).

Winnicott postula que, no início da vida, o corpo e a vida psíquica confundem-se, e que será através de uma maternagem suficientemente boa que, pouco a pouco, um processo de elaboração psíquica das funções corporais se iniciará e uma integração inicial, relacionada ao alojamento da psique no corpo, poderá ter lugar. De acordo com as idéias de Winnicott (1988): “No início há o soma, e então a psique, que na saúde vai gradualmente ancorando-se ao soma. Cedo ou tarde aparece um terceiro fenômeno, chamado intelecto ou mente” (p.161). Nessa perspectiva, explicitaremos a seguir as descrições dos fatos e dinâmicas relacionadas à existência do *soma*, da *psique* e da *mente*, tendo como objetivo diferenciar os termos para uma melhor compreensão do processo da integração psicossomática.

2.1- O Soma

A teoria winnicottiana não contém exclusivamente o estudo da *psique* para compreender o amadurecimento; ela considera também o corpo na sua condição real e não na sua condição representativa. Assim, é baseado no corpo real que Winnicott entende ser possível o desenvolvimento humano, a elaboração imaginativa das funções corporais, a qual está, por sua vez, intimamente relacionada à integração psicossomática.

Ele aponta que a base para a existência psicossomática é a anatomia daquilo que é vivo, que conhecemos por fisiologia: “Os tecidos estão vivos e fazem parte do animal como um todo, e são afetados pelos estados variáveis da psique daquele animal” (Winnicott, 1988, p.44). Desse modo, por estar vivo, Winnicott afirma que o corpo ou *soma*, cresce, respira, tem excitações e é excitável pelo ambiente, tem fome, mama, digere e evacua, ou seja, é um corpo que tem necessidades, é sensível e estabelece contato com o ambiente desde o início. Em vista disso, uma das características do *soma* é sua vitalidade.

Para Winnicott o corpo é vivo e, por ser vivo, diz respeito a um corpo animado, que respira, possui necessidades e não simplesmente a àquele que reage a estímulos ou visa descarregá-los, ou seja, um corpo que já é carregado de sentidos. Ele lembra que “a base de um *self* se forma sobre o fato do corpo, que, sendo vivo, não apenas tem formas, mas também funções” (Winnicott, 1971d [1970, p. 209, *itálicos dele*]). Este corpo é dotado, segundo o referido autor, de uma qualidade criativa no encontro com si mesmo e com o mundo. Dias (2003), nesta passagem, esclarece a questão:

Este corpo vivo é físico, sem dúvida, mas não meramente fisiológico ou anatômico, não, certamente, a máquina física, autônoma em relação à psique, da qual se ocupa a medicina clássica; portanto não é um corpo que possa ser estudado por meio de cadáveres. O corpo vivo é um aspecto do ‘estar vivo’ do indivíduo; da vitalidade deste, como pessoa, fazem

parte intrínseca a respiração, a temperatura, a motilidade, além da vitalidade dos tecidos. (Dias, 2003, p.104).

Winnicott entende que, aos poucos, o corpo vai sendo elaborado imaginativamente, passando a ser personalizado. Dessa maneira, ao invés de considerar o corpo como apenas biológico, esse autor o concebe a partir da elaboração imaginativa das funções corporais, ou seja, a partir do sentido que vai sendo dado a este corpo ao longo da experiência do bebê no seu encontro com o ambiente. Loparic (2000b) afirma:

O que é elaborado psiquicamente não é a máquina fisiológica, mas precisamente esse corpo vivo, capaz de se mover, entrar em repouso, respirar, ficar tenso, mamar, digerir, evacuar, ter coordenação motora, tônus muscular, ficar excitado, ereto, andar e assim por diante. O soma winnicottiano não é o corpo físico, é o corpo vivo personalizado, de modo que tudo o que Winnicott tem a dizer sobre ele cabe sob o título “resultados da elaboração imaginativa”. (Loparic, 2000b, p. 13).

Winnicott acredita que o ambiente, e mais precisamente a mãe, irá possibilitar a elaboração imaginativa das funções corporais, por meio dos cuidados dispensados ao seu bebê, através da sustentação e de seu manejo. Falando sobre a sustentação que a mãe dá a seu filho, ele diz:

quando uma mãe, através da identificação com seu bebê (isto é, por saber o que o bebê está sentindo), é capaz de sustentá-lo de maneira natural, o bebê não tem de saber que é constituído de uma coleção de partes separadas. O bebê é uma barriga unida a um dorso, tem membros soltos e, particularmente, uma cabeça solta: todas estas partes são reunidas pela mãe que segura a criança e, em suas mãos, elas se tornam uma só. (Winnicott, 1969g, p.432)

Desse modo, parece ser necessário que um bebê experimente a sensação de ser integrado, ainda que inicialmente isso seja feito por outra

pessoa, a saber, sua mãe. É ela quem reunirá os pedaços do bebê em seus braços e, sem isso, é possível que o bebê encontre muita dificuldade para integrar-se, podendo não conseguir manter sua frágil integração ou até mesmo não ser capaz de alcançá-la (Winnicott, 1945d, p. 224). No decorrer do processo de amadurecimento, Winnicott postula que o corpo vai sendo significado pelo bebê pela crescente relação psique-soma:

Gradualmente, os aspectos psíquico e somático do indivíduo em crescimento tornam-se envolvidos num processo de mútuo interrelacionamento. Essa interação da psique com o soma constitui uma fase precoce do desenvolvimento individual. Num estágio posterior o corpo vivo, com seus limites e com um interior e um exterior, é *sentido pelo indivíduo* como o cerne do seu eu imaginário. (Winnicott, 1954a [1949], p.334, grifos dele)

No entanto, é preciso assinalar que a tendência para o crescimento não deve ser confundida com a tendência à integração. A conquista dos diversos níveis de integração, ainda que haja uma tendência para isso, depende muito do encontro do bebê com ambiente. Já o crescimento corporal acontece em alguma medida independentemente desse encontro. Ao mesmo tempo, é necessário considerarmos que o bom desenvolvimento das funções corporais e aquisições do bebê no nível somático – como a coordenação motora –, podem ser afetados devido a dificuldades no desenvolvimento emocional.

Em conformidade com a teoria de Winnicott, quando o bebê nasce, uma de suas tarefas é integrar *psique* e *soma*. Contudo, no decorrer da vida, os tecidos e o corpo como um todo crescem e se modificam, o que exige novas integrações. Desse modo, ainda que um bom assentamento no corpo tenha sido adquirido no início da vida, haverá a constante necessidade de elaboração do *soma*. Ele afirma: “Aquilo que começa no período inicial da infância, nunca está terminado. Em todas as crianças isso continua acontecendo todo o tempo, consolidando posições, que sempre podem ser perdidas e recuperadas” (Winnicott, 1948, p. 46).

2.2- A *psique* e a *mente*

Como vimos, para Winnicott, inicialmente tudo o que é sentido no *soma* é também psíquico, e ser amado é ser tocado, sustentado de forma satisfatória pelo ambiente. Segundo ele, os bebês “dependem inteiramente do cuidado e da compreensão humanas e de uma coleção de coisas que podem ser reunidas e descritas através da palavra ‘amor’” (1969g, p. 430). A partir dessas experiências e da continuidade dos cuidados ambientais, a *psique* vai gradativamente se diferenciando do *soma*, ao mesmo tempo em que a elaboração imaginativa das funções corpóreas fornece um esquema corporal³⁶. Do mesmo modo, existe também um inter-relacionamento de complexidade crescente entre o *soma* e a *psique*, e uma organização desse relacionamento proveniente da *mente* (Winnicott, 1988, p.29). Comentando brevemente sobre a diferenciação entre o *soma* e a *psique*, diz Winnicott:

A base da *psique* é o *soma*, e, em termos de evolução, o *soma* foi o primeiro a chegar. A *psique* começa como uma elaboração imaginativa das funções somáticas, tendo como sua tarefa mais importante a interligação das experiências passadas com as potencialidades, a consciência do momento presente e as expectativas para o futuro. (Winnicott, 1988, p.37).

Para Dias (2003), a tarefa fundamental da *psique* é a constituição paulatina da temporalidade humana e do sentido de história na vida humana. Cabe à *psique* não somente a elaboração imaginativa das experiências e funções corporais, mas também o “armazenamento e reunião das memórias dessas experiências” (p.106).

Sobre a *psique*, Winnicott explica: “Suponho que a palavra *psique*, aqui, significa *Elaboração imaginativa* (imaginative) *dos elementos, sentimentos e funções somáticos*, ou seja, da vitalidade física” (Winnicott, 1954a [1949], p.333,

³⁶ Sobre a expressão “esquema corporal”, cf. Winnicott, 1954a [1949], p.333.

grifos dele). Ou ainda: “A elaboração imaginativa das experiências somáticas, ou seja, a *psique*” (Winnicott, 1954a [1949], p. 344, grifos nossos).

No entender de Winnicott, é a *psique* que torna possível ao bebê, no seu encontro com o ambiente, elaborar e dar sentido às experiências somáticas que ele experimenta. Em outras passagens de sua obra, Winnicott parece descrever a *psique* como o resultado dessas elaborações: “A *psique* se forma a partir do material fornecido pela elaboração imaginativa das funções corporais” (Winnicott, 1988, p.70). No que se segue, preservaremos os dois sentidos e chamaremos de *psique* a própria atividade de elaboração imaginativa ou os seus produtos.

Loparic (2000b) assinala que: “o termo ‘psique’ não é corrente na psicanálise tradicional. Esta prefere, para se referir ao mesmo domínio de fenômenos, os termos “alma”, “mente”, “aparelho psíquico”, “sujeito”, entre outros” (p.9). No entanto, Winnicott entende que *psique* e *mente* são termos distintos. Para ele, a *psique* está presente desde o início da vida e depende de um tecido cerebral saudável. Apesar disso, “a *psique* [...], pode estar ela mesma doente, ou seja, deformada por falhas no desenvolvimento, a despeito de existir uma base cerebral saudável para o seu funcionamento” (Winnicott, 1988, p. 30). Os problemas do desenvolvimento emocional estão relacionados, conforme ele entende, a fatores ambientais adversos (idem, p. 34).

O termo psicossoma é usado, por esse autor, com a intenção de preservar a essencial relação que, na saúde, *soma* e *psique* estabelecem e mantêm entre si (1988, p.71). Para Winnicott, se o início for bem-sucedido, o bebê adquire, posteriormente, através da adaptação materna, uma *mente* em decorrência da parceria ou integração *psique-soma*. No seu entender, a *mente* não está necessariamente vinculada ao corpo, ainda que dependa do funcionamento cerebral (idem, p. 71). A *mente*, de acordo com a teoria em questão, parece ter início quando a mãe não se adapta mais tão precisamente às necessidades do bebê e este passa a estabelecer relações entre os fatos e a fazer previsões para lidar com as falhas maternas:

No processo de criação dos bebês, é vitalmente importante que as mães forneçam desde o início esta adaptação ativa, primeiro em termos físicos e posteriormente em termos que incluem a imaginação, mas também é característica essencial da função materna uma *gradual falha na adaptação*, de acordo com a crescente capacidade do bebê individual de suportar a falha relativa por meio de sua atividade mental, ou seja, por meio da compreensão (Winnicott, 1954a [1949], p.335, grifos dele).

Embora o bebê necessite, no início, de um ambiente que lhe sustente e assegure sua continuidade de ser, a mãe deverá falhar com o passar do tempo e a *mente* do bebê deve ajudá-lo, se ele estiver se desenvolvendo bem, a tolerar as falhas maternas, como Winnicott (1954a [1949]) indica: “A necessidade de um ambiente bom, de início absoluta, torna-se rapidamente relativa. *A mãe devotada comum é suficientemente boa. Se ela é suficientemente boa, o bebê virá a dar conta de suas falhas através da atividade mental*” (p.335, grifos dele).

Nesse sentido, Winnicott (1954a [1949]) afirma que a raiz mais importante da *mente* está na necessidade do indivíduo de ter um ambiente quase³⁷ perfeito (p.335). Ele diz:

O intelecto começa a explicar, admitir e antecipar a desadaptação (até certo ponto), transformando assim a desadaptação novamente em adaptação total. As experiências são catalogadas, classificadas e relacionadas a um fator tempo. Muito antes do pensamento se transformar numa característica, possivelmente necessitando de palavras para se realizar, o intelecto já tem uma tarefa a cumprir. A função intelectual varia enormemente de um bebê para outro, visto que o trabalho a ser realizado pela mente depende não de fatores inerentes ao ser ou do crescimento em si mesmo,

³⁷ Ainda que nessa passagem de sua obra Winnicott se refira a um “ambiente perfeito”, a interpretação dada com a palavra “quase” se justifica pela consideração de que a mãe e o ambiente “suficientemente” bons, expressão largamente utilizada por esse autor, comporta a falha e a imperfeição ambiental numa faixa de tempo tolerável pelo bebê, faixa que não quebra a continuidade de sua vida.

mas do comportamento do ambiente, ou seja, da mãe que cuida do bebê. (Winnicott, 1988, p. 161)

Sobre o início da atividade mental, Abram (2000) aponta que, em dada fase, a mãe começa a sair do estado de preocupação materna primária e o processo de desilusão do bebê se inicia por meio da desadaptação ambiental. Como esclarece essa autora, “é nesse momento do desenvolvimento emocional, situado entre a ilusão e a desilusão, entre a dependência absoluta e a relativa, que a compreensão intelectual do bebê se desenvolve” (p. 189).

Todavia, se inicialmente o ambiente não se adapta adequadamente às necessidades do bebê, é possível que este desenvolva precocemente uma *mente* a qual tentará dar conta dos cuidados e funções que deveriam ser fornecidos por uma apropriada sustentação ambiental. Com um funcionamento hiperativo da *mente*, o desenvolvimento psicossomático do bebê poderá ficar prejudicado, resultando em um distanciamento da relação entre *psique* e *soma*. Em consequência, pode se originar aquilo que Winnicott chamou de uma “psique-mente” (1954a [1949], p. 336-337).

no crescimento excessivo da função mental em reação a uma maternagem errática, percebemos que surge uma oposição entre a mente e o psicossoma, pois em reação a este ambiente anormal o pensamento do indivíduo assume o poder e passa a cuidar do psicossoma, enquanto na saúde é o ambiente que se encarrega de fazê-lo. Na saúde a mente não usurpa as funções do ambiente. (Winnicott, 1954a [1949], p. 336)

Na ocorrência de um processo tal como o descrito por Winnicott, não pode haver parceria direta entre a *psique-mente* e o corpo do indivíduo e, assim, o funcionamento mental passa a existir como um fenômeno patológico que sobrecarrega o psicossoma (Winnicott, 1954a [1949], p.337-338). Para Winnicott (1988): “a mente, nestes casos, tem uma função falsa e uma vida própria, dominando o psico-soma em vez de ser uma função específica do mesmo” (p.161-162).

Segundo o autor inglês, as rupturas na *continuidade de ser* do bebê podem originar problemas no processo de integração psicossomática e, conseqüentemente, no desenvolvimento mental:

Uma das raízes da mente, portanto, é o funcionamento variável do psicossoma, sempre às voltas com as ameaças à continuidade de ser que acompanham cada falha da adaptação ambiental (ativa). Conseqüentemente, o seu desenvolvimento é muitíssimo influenciado por fatores não especificamente pessoais, e isto inclui fatores aleatórios. (Winnicott, 1954a [1949], p. 335).

De acordo com Winnicott (1954a [1949]), a coesão da *psique* com o *soma* ou funcionamento psicossomático antecede a existência da *mente*, como podemos entender em suas palavras: “O estudo do conceito de mente deve ser sempre realizado em relação a um indivíduo, um indivíduo total, aí incluído o desenvolvimento desse indivíduo desde o início de sua existência psicossomática” (p.333). Ele complementa:

A mente não existe enquanto entidade no esquema corporal individual das coisas, sempre que o esquema corporal ou psicossoma desse indivíduo tenha evoluído satisfatoriamente desde os estágios mais primitivos. A mente, então, será apenas um caso especial de funcionamento do psicossoma. (Winnicott, 1954a [1949], p.333)

Nesses novos parâmetros, a *mente* é algo secundário, alguma coisa que surge da parceria psique-soma. Winnicott (1988) confirma: “a natureza humana não é uma questão de corpo e mente – e sim uma questão de psique e soma inter-relacionados, que em seu ponto culminante apresentam um ornamento: a mente.” (p. 44). Sendo assim, para Winnicott, *psique* e *mente* são coisas diferenciadas. Nesta citação, ele esclarece a distinção dos termos:

Com um ano, a criança já terá desenvolvido de modo bastante perceptível os rudimentos de uma mente. A mente é

algo muito distinto da psique. A psique está ligada ao soma e ao funcionamento corporal, ao passo que a mente depende da existência e do funcionamento daquelas partes do cérebro que se desenvolvem depois (na filogênese) das partes relacionadas a psique primitiva. (É a mente a responsável pela gradual aquisição, pela criança, da capacidade de esperar a comida ficar pronta, enquanto ouve os barulhos que indicam a proximidade da hora de alimentação. Este é um exemplo grosseiro do uso da mente). (Winnicott, 1958j, p.9)

A *mente*, enquanto uma especialização (ou modo de funcionamento específico) da psique, corresponde a uma estrutura que poderia ser expressa pela equação “se x então y” (ainda que a *mente* seja mais do que isso). Um exemplo sobre esse tipo de associação, dado por Winnicott, é a relação barulho-comida. Como o próprio autor diz, embora este não seja o melhor exemplo a ser dado, essas associações são possíveis (barulho-comida), visto que, para Winnicott (1958j), “É função da mente catalogar eventos, acumular memórias e classificá-las. Pela mente, a criança é capaz de usar o tempo como forma de medida e também medir o espaço. A mente também relaciona causa e efeito” (p.9). Sobre a *psique*, Winnicott considera que:

A parte psíquica da pessoa ocupa-se com os relacionamentos, tanto dentro do corpo quanto com ele, e com os relacionamentos mantidos com o mundo externo. Emergindo do que se poderia chamar de elaboração imaginativa das funções corporais de todos os tipos e do acúmulo de memórias, a psique (especificamente dependente do funcionamento cerebral) liga o passado já vivenciado, o presente e a expectativa de futuro uns aos outros, dá sentido ao sentimento do eu, e justifica nossa percepção de que dentro daquele corpo existe um indivíduo. (Winnicott, 1988, p.46)

O referido autor assinala, entretanto, que as aquisições mencionadas não acontecem automaticamente como um fato ligado apenas ao crescimento, embora isso também esteja presente. O que Winnicott destaca é a importância da adaptação ambiental às necessidades do bebê, afirmando que o fator de crescimento é mais claro em termos do desenvolvimento corporal (1988, p. 47). Ainda sobre a *psique*, ele explica:

A psique, portanto, está fundamentalmente unida ao corpo através de sua relação tanto com os tecidos e órgãos quanto com o cérebro, bem como através do entrelaçamento que se estabelece entre ela e o corpo graças a novos relacionamentos produzidos pela fantasia e pela mente do indivíduo, consciente ou inconscientemente (Winnicott, 1988, p.70).

Em virtude disso, a *mente* está mais relacionada ao intelecto. Pela *mente* ou pelas previsões da atividade mental do bebê, este pode tolerar ou esperar, por um determinado tempo, que suas necessidades não sejam atendidas. É como se, por meio da atividade da *mente*, o bebê tivesse uma experiência do tipo: “minha mãe não está aqui, mas logo virá. Sei disso por causa das minhas experiências passadas, quando esta ausência ocorreu e logo depois minha mãe apareceu”. Isso ocorre na saúde, quando o ambiente não falha em excesso. Na patologia, a *mente* tenta corrigir ou suportar a falha ambiental usando algo, por exemplo, um falso *self*, para lidar com as falhas do ambiente (ou invasões ambientais), como Winnicott assinala:

Se tomarmos agora o caso de um bebê cujo fracasso da mãe em adaptar-se é rápido demais, podemos descobrir que ele sobrevive por meio da mente. A mãe explora o poder que o bebê tem de refletir, de comparar e de entender.... este pensar transforma-se num substituto para o cuidado e adaptação maternas. O bebê “serve de mãe” para si mesmo através da compreensão, compreendendo demais. (Winnicott, 1989s [1965], p.122)

Desse modo, a *mente* tanto pode auxiliar a lidar com falhas ambientais, quanto participar de uma patologia, como o falso *self* (intelecto apurado³⁸). Podemos pensar a “Mente enquanto especialização da parte psíquica do psicossoma.... enquanto especialização da psique saudável” (Winnicott, 1954a [1949], p. 333), ou seja, como uma função auxiliar da *psique* ou como algo que “*passa a existir por si mesmo*, praticamente substituindo a mãe boa e tornando-a desnecessária” (idem, p. 336, grifos dele). Quando isso ocorre, Winnicott verifica que:

Um risco particular se origina da não rara ligação entre abordagem intelectual e o falso self. Quando um falso self se torna organizado em um indivíduo que tem um grande potencial intelectual, há uma forte tendência para a mente se tornar o lugar do falso self, e neste caso se desenvolve uma dissociação entre a atividade intelectual e a existência psicossomática. (no indivíduo sadio, presume-se, a mente não é para o indivíduo algo para ser usado para escapar de ser psicossomático....). (Winnicott, 1965m [1960], p.132).

Conforme as idéias de Winnicott, podemos entender que, na saúde, a *mente* tem sua origem num momento específico do percurso de amadurecimento, surgindo como uma especialização da parte psíquica da parceria *psique-soma*, ou seja, após haver alguma integração entre *soma* e *psique*. Isso ocorre, inicialmente, quando começa a fase de desilusão, e segue como uma linha sempre presente ao longo de toda existência do indivíduo.

³⁸ Winnicott utiliza essa expressão em seu artigo “Distorções do ego em termos de falso e verdadeiro ‘self’”, (1965m [1960], p.132). Encontramos também, no conjunto da obra winnicottiana, a expressão “intelecto explorado”, para designar este tipo de patologia.

CAPÍTULO III

Aspectos gerais do processo de integração psicossomática

Neste capítulo, focalizaremos as tarefas do *alojamento da psique no corpo* e da *elaboração imaginativa das funções corporais*, assim como a *integração da instintualidade*. Buscamos esclarecer como ocorre o processo de integração psicossomática e sua importância para iluminar alguns problemas do desenvolvimento, além do seu valor na teoria de Winnicott. Esse autor descreveu variadas formas e níveis de integração fundamentais para um desenvolvimento saudável (como a moradia da *psique no soma*; a separação eu, não-eu; a experiência psicossomática; etc.) (Winnicott, 1989m [1964], p. 80). De acordo com ele:

A integração do indivíduo não é um fato que se possa tomar como dado. A integração pessoal é uma questão de desenvolvimento emocional. Para atingi-la cada ser humano parte de um estado inicial não-integrado. Dedicaram-se já muitos estudos a questão dos primeiros estágios do desenvolvimento infantil, quando o self, tendo apenas começado a se estabelecer, depende ainda de modo absoluto do cuidado materno para efetuar progressos pessoais. Em condições favoráveis normais (que estão ligadas a íntima identificação da mãe com seu filho e, posteriormente, ao interesse combinado de ambos os pais), o bebê humano é capaz de manifestar uma tendência inata a integração, que faz parte do processo de desenvolvimento. Esse processo precisa desenrolar-se integralmente para cada criança. (Winnicott, 1961b [1957], p. 68)

Como vimos anteriormente, a teoria winnicottiana propõe que o bebê nasce num estado não-integrado – sem um ego estabelecido – e tem, via

cuidados com seu corpo, o atendimento as suas necessidades. Nas fases iniciais do amadurecimento, ocorre uma série de aquisições básicas, dentre elas aquilo que o autor denominou de personalização (Cf. 1963c, p. 201 e 1971d, p. 203), ou seja, a *psique* que habita o *soma* e chega, com outras integrações, ao estágio no qual o bebê integra-se numa “pessoa”, com um eu separado do não-eu.

Essa potencialidade do bebê para integrar-se em uma unidade e estabelecer uma distinção entre eu e não-eu, está intimamente atrelada à função ambiental de *holding*. Ao falar sobre o processo de integração no início da vida, Winnicott (1988) aponta para a importância desse cuidado materno: “A integração também é estimulada pelo cuidado ambiental. Em psicologia, é preciso dizer que o bebê se desmancha em pedaços a não ser que alguém o mantenha inteiro. Nestes estágios o cuidado físico é um cuidado psicológico” (p. 137). Esta passagem mostra e nos faz pensar em como o cuidado deve ser psicossomático, desde o início.

O referido cuidado físico-psíquico parece ser, para esse autor, a base de todo o desenvolvimento posterior e o que irá propiciar que a integração psicossomática aconteça. Segundo a teoria winnicottiana, quando não há *holding* materno, o processo de amadurecimento fica prejudicado ou interrompido, ou seja, “quando a mãe não é suficientemente boa, a criança não é capaz de começar a maturação do ego, ou então ao fazê-lo o desenvolvimento do ego ocorre necessariamente distorcido em certos aspectos vitalmente importantes” (Winnicott, 1965n [1962], p.56).

No estágio de dependência absoluta, o bebê necessita de provisão ambiental muito adaptada às suas necessidades, a qual poderá ser devidamente fornecida pela mãe, se esta encontrar-se em condição de preocupação materna primária, o que inclui o *holding*. “Na fase de *holding* o lactente é dependente ao máximo” e não tem como perceber o cuidado materno nem controlar o que lhe é feito. O bebê somente pode se beneficiar ou sofrer distúrbios (Winnicott, 1960c, p. 45-46). O que Winnicott chama de *holding* (ou sustentação) refere-se a tudo o que a mãe faz no início e que dá confiança ao bebê, garantindo a continuidade de

sua existência, por intermédio do segurar físico e psicológico. Para ele, “O *holding* inclui especialmente o *holding* físico, que é uma forma de amar” (Winnicott, 1960c, p. 49).

Winnicott (1974) explica que “o meio ambiente facilitador pode ser descrito como *sustentação [holding]*, evoluindo para *manejo [handling]*, ao qual se acrescenta a *apresentação de objetos [object-presenting]*” (p.72). Nesta passagem, ele retoma a importância dos cuidados ambientais, do *holding* materno e das experiências instintivas para que o bebê viva alguns momentos de integração, até que esse fato se torne um pouco mais estável:

A tendência a integrar-se é ajudada por dois conjuntos de experiências: a técnica pela qual alguém mantém a criança aquecida, segura-a e dá-lhe banho, balança-a e a chama pelo nome, e também as agudas experiências instintivas que tendem a aglutinar a personalidade a dentro.... Na vida normal do bebê ocorrem longos períodos de tempo nos quais o bebê não se importa de ser uma porção de pedacinhos ou um único ser, nem se ele vive no rosto da mãe ou em seu próprio corpo, desde que de tempos em tempos ele se torne uno e sinta alguma coisa. (Winnicott, 1945d, p.224)

O *handling* (ou manipulação) também está relacionado aos cuidados iniciais fornecidos pela mãe, quando esta, sendo suficientemente boa, manipula o bebê como uma pessoa inteira, e não apenas como um corpo. O autor em questão se refere à importância do manejo³⁹ (entendido como toque materno, parte do *holding*) para o bom desenvolvimento da relação da *psique* com o *soma*:

O manejo descreve a provisão pelo meio que corresponde mais ou menos ao estabelecimento de uma associação psicossomática. Sem manejo ativo e adaptativo

³⁹ As palavras “manipulação” e “manejo” são utilizadas por Winnicott, muitas vezes, como sinônimos. Desse modo, a palavra “manejo” será compreendida como um aspecto do *holding* materno, isto é, como toque materno, manipulação (*handling*), fazendo referência aos cuidados físicos que a mãe fornece ao bebê. Abram (2000) esclarece que esta palavra é também usada por Winnicott em relação “ao cuidado dispensado a determinados pacientes... bem como na relação analítica” (p. 139).

suficientemente bons, a tarefa interna pode vir a ser difícil, pode na verdade vir a ser impossível para o desenvolvimento de uma inter-relação psicossomática se tornar estabelecido adequadamente. (Winnicott, 1965n [1962], p. 60)

Para Granato e Vaisberg (2006), a mãe que entra em estado de preocupação materna primária “estará em condições de se adaptar sensivelmente às necessidades de seu bebê, o que a colocará num lugar privilegiado para a satisfação das necessidades mais básicas do filho” (p. 85). Conforme explanam essas autoras, o cuidado materno descrito por Winnicott como realização comum e natural abrange três áreas fundamentais: o segurar, a manipulação, e a apresentação de objeto (idem, p. 86). Winnicott considera que a apresentação de objetos (realização), isto é, tornar real o impulso criativo do bebê, é o que capacita que ele se relacione com os objetos (1965vf, p. 27). Em relação a esse ponto, ele afirma:

A integração está intimamente relacionada a função ambiental de segurança. A conquista da integração se baseia na unidade [mãe-bebê]. Primeiro vem o “eu” que inclui “todo o resto é não-eu”. Então vem “eu sou, eu existo, adquirei experiências, enriqueço-me e tenho uma interação introjetiva e projetiva com o *não-eu*, o mundo real da realidade compartilhada.” Acrescente-se a isso: “Meu existir é visto e compreendido por alguém”; e ainda mais: “É me devolvida (como uma face refletida em um espelho) a evidencia de que necessito de ter sido percebido como existente”. (Winnicott, 1965n [1962], p.60).

Segundo Winnicott (1965vf), as falhas ambientais na função materna de apresentar objetos também afetam a capacidade da criança de sentir-se real em sua relação com o mundo dos objetos (p. 27). Ainda que o referido autor considere haver uma tendência hereditária de desenvolvimento no sentido da integração, ela não se realiza sem a presença de um ambiente que cuide adequadamente do bebê:

Não é possível ter a certeza de que a psique do bebê irá formar-se de modo satisfatório juntamente com o soma, isto é, com o corpo e seu funcionamento. A existência psicossomática é uma realização, e, embora sua base seja uma tendência hereditária de desenvolvimento, ela não pode tornar-se um fato sem a participação ativa de um ser humano que segure o bebê e cuide dele. (Winnicott, 1987e [1966], p.10).

Destarte, é apenas na presença contínua de um ambiente facilitador que Winnicott (1974) entende que “o indivíduo passa por um desenvolvimento que pode ser classificado como *integrador*, ao qual se acrescenta a *personalização [indwelling]* (ou conluio psicossomático) e, depois, o *relacionamento objetal [object-relating]*” (p.72, itálicos dele). Vimos que, no início da vida, o bebê não tem seus elementos integrados, mas ele é mantido unido por um ambiente (a mãe que segura o filho) do qual ele ainda não se encontra diferenciado (Winnicott, 1965s [1955], p. 217). O autor citado comenta:

Antes da integração, há um estágio em que o indivíduo só existe aos olhos do observador. Para o bebê o mundo externo não está diferenciado, assim como não existe um mundo interno ou pessoal, e uma realidade interna. Depois da integração o bebê começa a ter um *self*. Antes, tudo o que a mãe podia fazer era estar pronta a ser repudiada; depois, o que pode fazer é proporcionar à criança apoio, calor, cuidado amoroso e vestimentas (e logo ela começa a responder a necessidades instintivas). (Winnicott, 1965s [1955], p. 217)

Winnicott considerou como constitutivas as primitivas fases do desenvolvimento emocional, relacionadas aos processos de amadurecimento de base que, facilitados ou inibidos pelo ambiente, referem-se ao inter-relacionamento psicossomático e à integração. Nesse sentido, ele entende que o bebê não tem como existir sozinho, sem um ambiente adequado que cuide dele, e alerta para os efeitos nocivos de uma falha materna:

é impensável que, sem uma mãe suficientemente boa, um bebê possa existir antes da integração. Só ao completar-se esse processo podemos dizer que, se a mãe falhar, o bebê morrerá de frio, ou cairá num abismo sem fundo, voará para longe ou explodirá como uma bomba de hidrogênio, destruindo num único momento o *self* e o mundo. (Winnicott, 1965s [1955], p. 217)

Apenas depois do alcance da integração numa unidade, quando “a psique e o corpo ocupem o mesmo lugar”, será possível que o bebê comece a ter um *self* (Winnicott, 1965s, pp. 216-217), podendo fazer uma diferenciação entre ele e o mundo externo, isso porque agora pode existir uma pessoa, menos dependente do ambiente, estágio denominado por Winnicott de “EU SOU” (Winnicott, 1966d [1964] p. 89). Ele diz:

Antes da integração, o indivíduo é um conjunto não-organizado de fenômenos sensório-motores contidos pelo ambiente externo. Depois da integração o indivíduo É, ou seja, a criança humana atingiu o *status* de unidade, podendo já dizer EU SOU (a não ser pelo fato de não ser ainda capaz de falar). O indivíduo possui agora uma membrana limitante, de forma que o que é não-eu é repudiado, é externo. Este eu possui agora um dentro, onde podem reunir-se as memórias de experiências e edificar-se a estrutura infinitamente complexa que pertence ao ser humano. (Winnicott, 1965s [1955], p. 216, grifos dele)

Conseqüentemente, a partir desse momento, no qual “a psique chega a um acordo com o corpo”, Winnicott afirma que o bebê começa a ser capaz de perceber um interno e um externo, além de obter a possibilidade de integrar o presente, o passado e o futuro. Ele explica que, na saúde, o indivíduo alcança um estado de coisas no qual “as fronteiras do corpo são também as fronteiras da psique.... juntamente com a capacidade de usar o pronome da primeira pessoa do singular” (Winnicott, 1988, p. 144). Winnicott faz uma relação direta do desenvolvimento inicial do bebê com alguns cuidados maternos:

Parece possível relacionar estes três fenômenos do crescimento do ego com três aspectos do cuidado da criança: Integração se relaciona com cuidado. Personalização, com manejo. Relações de objeto, com apresentação de objetos. (Winnicott, 1965n [1962], p. 59)

Os processos integrativos, segundo Winnicott, não ocorrem de uma só vez. Mesmo quando o ambiente fornece cuidados adaptados ao bebê, as aquisições desse processo nunca estão completamente garantidas, pois o ser humano não se separa inteiramente do ambiente e da dependência dele, podendo perder conquistas alcançadas em situações específicas: “A integração da personalidade não é alcançada num determinado dia ou numa determinada época. Ela vem e vai, e mesmo quando alcançada em alto grau pode ser perdida devido a uma situação ambiental adversa” (Winnicott, 1958b [1950], p. 289).

O referido autor lembra, contudo, que as falhas ambientais freqüentes no início, período de dependência absoluta, são as que comprometem o desenvolvimento saudável. Para ele: “Todo o desenvolvimento tem que ser levado a cabo, qualquer salto ou falha no processo é uma distorção, e um pulo ali ou um atraso aqui deixam uma cicatriz” (Winnicott, 1988, p. 47). Desse modo, as falhas ambientais deixam marcas, provocam dificuldades no desenvolvimento. A esse respeito, Winnicott (1945d) diz: “Em nossos consultórios vemos todo dia inúmeros exemplos dessas falhas do desenvolvimento primitivo, e através deles somos lembrados da importância de processos, tais como integração, personalização e realização” (p.223).

3.1- A elaboração imaginativa das funções corporais

Para Winnicott, o ser humano tem uma necessidade básica que constitui o próprio sentido de sua existência: ser e continuar a ser a partir de si mesmo. Ele afirma:

A continuidade do ser significa saúde. Se tomarmos como analogia uma bolha, podemos dizer que quando a pressão externa está adaptada à pressão interna, a bolha pode seguir existindo. Se estivéssemos falando de um bebê humano, diríamos “sendo”. Se por outro lado, a pressão no exterior da bolha for maior ou menor do que aquela em seu interior, a bolha passará a reagir à intrusão. Ela se modifica como reação a uma mudança no ambiente, e não a partir de um impulso próprio. Em termos do animal humano, isto significa uma interrupção no ser, e o lugar do ser é substituído pela reação à intrusão. (Winnicott, 1988, p. 148, grifos dele)

Assim, a potencialidade para ser depende da sustentação ambiental. Ocorrendo tal sustentação, o bebê (ou o ser humano nas suas mais diversas fases) pode agir a partir de si-mesmo. Isso caracteriza o que Winnicott denomina de gesto criativo, criatividade ou espontaneidade. Faz parte deste “gesto criativo”, por assim dizer, a capacidade de atribuir sentido às sensações, partes do corpo, funções e sentimentos, o que Winnicott chamou de *elaboração imaginativa das funções corporais*. Tal elaboração ocorre antes dos processos de simbolização e representação, estando mais relacionada ao processo do bebê tornar próprias as suas manifestações corpóreas, conferindo-lhes qualidades, o que o capacita para constituir um esquema corporal e alojar-se em seu corpo.

A *elaboração imaginativa das funções corporais* “depende da existência de um cérebro saudável em funcionamento, especialmente de certas partes do mesmo” (Winnicott, 1954a [1949], p.333-334). Para Winnicott, ela acontece pouco a pouco no processo de amadurecimento e está intimamente relacionada à parceria psicossomática. Em suas palavras: “A elaboração imaginativa do funcionamento corporal organiza-se em fantasias, que são qualitativamente

determinadas pela localização no corpo, mas que são específicas do indivíduo, por causa da hereditariedade e da experiência” (Winnicott, 1988, p.69). Dias (2003), porém, adverte que:

essa ‘imaginação’ que elabora as funções somáticas desde a origem, e que é responsável pela inter-relação mútua entre psique e *soma*, *não é ainda a fantasia*, no sentido tradicional do termo A substituição que Winnicott opera da tradicional concepção da psique – entendida no mesmo sentido de mente - por uma psique na qual a mente é apenas um aspecto desta última é do mesmo caráter da substituição que ele faz do conceito de “fantasia” para o de elaboração imaginativa, no que se refere aos estágios iniciais.... ele pleiteia todo um período inicial em que o trabalho da psique, via elaboração imaginativa, leva a uma *esquematização do corpo*, ou seja, a uma apropriação pessoal do sentido da anatomia, das sensações, dos movimentos e do funcionamento corpóreo em geral, sem a participação da mente. (Dias, 2003, p.107-108, grifos dela)

Desse modo, Dias (2003) afirma que a elaboração imaginativa das funções corporais pode ser entendida como uma função psíquica primária a qual é base necessária para que a fantasia (no sentido de mecanismo mental) seja, mais tarde, uma aquisição do amadurecimento. A autora mencionada entende, ademais, que essa função não desaparece com o início da capacidade de fantasiar, mas permanece por toda a vida, tornando-se cada vez mais complexa, visto que as funções mentais são adicionadas e que o crescimento e as transformações anatômicas e funcionais do corpo exigem novas elaborações (p. 109).

O fator cuidado ambiental adequado é importante para o processo de elaboração acontecer. Como vimos anteriormente, na saúde, Winnicott afirma que a mãe é naturalmente conduzida, ao longo de sua gestação, a alcançar, biológica e emocionalmente, um estado psicológico para lidar de um modo especial com seu filho e com as necessidades deste. Por meio de uma identificação profunda

estabelecida com o bebê, a mãe é levada a desempenhar satisfatoriamente a função materna, o que auxilia que o bebê *elabore imaginativamente as funções corporais*. Winnicott aponta:

a mãe através de sua identificação com o lactente sabe como o lactente se sente, de modo que é capaz de prover quase exatamente o que o lactente necessita em termos de *holding* e provisão ambiental em geral. Sem tal identificação acho que ela não seria capaz de prover o que o lactente necessita no começo, que é uma *adaptação viva às necessidades do lactente*. (Winnicott, 1960c, p.53, grifos do autor)

Tal estado psíquico é denominado pelo autor citado de “preocupação materna primária” (1958n [1956]) e pode ser descrito como o ingresso da mãe em um estado de sensibilidade acentuado durante e no fim da gravidez, o qual quase se assemelha a uma doença e perdura por algumas semanas ou meses após o nascimento do bebê. Winnicott afirma:

Neste estado, as mães tornam-se capazes de colocar-se no lugar do bebê, por assim dizer. Isto significa que elas desenvolvem uma capacidade surpreendente de identificação com o bebê, o que lhes possibilita ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido, de uma forma que nenhuma máquina pode imitar, e que não pode ser ensinada. (Winnicott, 1964c, p. 30)

Para ele, as mães saudáveis devem entrar neste estado, “adoecer temporariamente” e, em seguida, recuperar-se dele, à medida que o bebê torna-se menos dependente dela (Winnicott, 1958n [1956], p.400-401). Esse conceito envolve sutilezas da função materna e do estado em que a mãe se encontra. Certamente por isso notamos a dificuldade do próprio Winnicott para colocar em palavras a totalidade da ideia:

Essa condição organizada (que seria uma doença no caso de não existir uma gravidez) poderia ser comparada a um estado de retraimento ou dissociação, ou a uma fuga, ou mesmo a um distúrbio num nível mais profundo, como por exemplo um episódio esquizóide, onde um determinado aspecto da personalidade toma o poder temporariamente. Gostaria muito de encontrar um bom nome para essa condição, e propor que ele seja adotado como algo a ser levado em consideração toda vez que fosse feita referência à fase inicial da vida do bebê. (Winnicott, 1958n [1956], p. 401)

Inicialmente, esta capacidade da mãe para se colocar no lugar do bebê e perceber aquilo que ele precisa se expressa pelo atendimento adequado por ela fornecido, via cuidados corporais, às necessidades de seu filho. Winnicott entende que, gradualmente ocorre a *elaboração imaginativa das funções corporais*, através das experiências que o bebê experimenta por meio dos cuidados maternos. Para ele: “Todas as experiências são tanto físicas quanto não-físicas. As ideias acompanham e enriquecem as funções corporais, e estas acompanham e *realizam* a ideação” (Winnicott, 1958b [1950], p. 289, grifos dele).

Quando a função materna é suficientemente boa e a mãe consegue se recuperar do estado de “preocupação materna primária”, pode retomar alguns dos interesses temporariamente abandonados para que pudesse preocupar-se e se ocupar do filho; e assim, o bebê pode vir a perceber a mãe como uma pessoa (Winnicott, 1958n [1956]). Desse modo, para que um bebê se desenvolva de forma saudável, Winnicott entende que é imprescindível a presença de um ambiente especializado no início. O relacionamento mãe-bebê proposto por esse autor é, nas palavras de Granato (2006), a “matriz geradora do desenvolvimento emocional do indivíduo” (p.33).

No caso dessa situação não ocorrer, ou seja, quando a mãe não é capaz de se comunicar profundamente com seu bebê, Winnicott aponta para a possibilidade de o bebê apresentar falhas ou distorções no curso do seu processo de desenvolvimento e na sua “continuidade de ser”. Segundo Winnicott, o bebê

apenas conseguirá constituir seu ego através do apoio e sustentação de uma mãe capaz de alcançar o estado de “preocupação materna primária”, propiciando que a “continuidade de existir e ser” do bebê não seja interrompida e invadida. Para ele:

Nos primeiros estágios desse processo, o bebê é extremamente dependente do cuidado materno, da presença contínua e da própria sobrevivência da mãe. Esta deve realizar em si uma adaptação ativa suficientemente boa às necessidades da criança, sem a qual esta não pode evitar desenvolver defesas que distorcem o processo; o bebê precisa, por exemplo, assumir ele mesmo a função ambiental se esta não se impõe do exterior, de modo que constitui-se nele um *self* verdadeiro escondido e, voltado para fora, um falso *self* engajado na dupla tarefa de esconder o *self* verdadeiro e ceder as exigências que o mundo lhe impõe a todo momento. (Winnicott, 1965 [1955], p. 215, grifos do autor)

Winnicott esclarece que as falhas nesse período não são sentidas pelo bebê como falhas maternas, mas como uma intrusão e uma ameaça na sua “continuidade de ser” (1958n [1956]). Ele explica que, por meio dos cuidados providos pela mãe em estado de *preocupação materna primária* – (que provê sustentação e manipulação adaptadas ao recém-nascido) – são fornecidos os elementos de base para o bebê se desenvolver de maneira satisfatória. Winnicott, comentando sobre os efeitos da manipulação apropriada ou deficiente, diz:

A manipulação facilita a formulação de uma parceria psicossomática na criança. Isso contribui para a formação do sentido do “real”, por oposição a “irreal”. A manipulação deficiente trabalha contra o desenvolvimento do tônus muscular e da chamada “coordenação”, e também contra a capacidade de a criança gozar a experiência do funcionamento corporal, e de SER. (Winnicott, 1965vf [1960], p.27)

3.2- O alojamento da psique no corpo

A questão do alojamento da *psique* no corpo na obra de Winnicott não é algo claro e simples de ser compreendido. Este trabalho busca explicitar e elucidar esta ideia proposta por ele para a compreensão da integração psicossomática. Para esse autor:

A integração no ser humano em desenvolvimento assume uma ampla variedade de formas, uma das quais é o desenvolvimento de um arranjo operacional satisfatório entre a psique e o soma. Isto começa anteriormente à época em que é necessário adicionar os conceitos de intelecto e verbalização. (Winnicott, 1971d [1970], p. 209)

De acordo com Winnicott, na saúde, a existência é psicossomática, sendo o alcance da unidade psique-soma um dos aspectos essenciais do amadurecimento pessoal. Como citamos anteriormente, esse processo de amadurecimento inicia-se desde o nascimento e estende-se por toda a vida, não só porque muitas das conquistas adquiridas nesse percurso não estão garantidas e podem ser perdidas, mas também porque este vínculo (alojamento) entre *psique* e *soma* está em constante processo de atualização. Ele entende que, no início da vida, todas as conquistas do bebê são perdidas e readquiridas inúmeras vezes até que a personalidade do bebê esteja integrada de modo mais estável e que ele possa se sentir vivendo dentro do próprio corpo (Winnicott, 1948b, p.239).

No início do processo de desenvolvimento, em que o bebê se encontra em um estado de total dependência, é que se localiza, dentre outras, o começo da conquista do alojamento da psique no corpo. É também nesse estágio inicial (pós-natal, período da dependência absoluta) que o bebê deve sedimentar as bases de sua saúde psíquica, tendo em vista o caminho que irá percorrer até se estabelecer como uma unidade em direção a uma existência psicossomática. Para Winnicott (1954a [1949]), “Gradualmente, os aspectos psíquico e somático do indivíduo em crescimento tornam-se envolvidos num processo de mútuo

interrelacionamento. Essa interação da psique com o soma constitui uma fase precoce do desenvolvimento individual” (p.334).

Winnicott advertiu diversas vezes em sua obra que não se deve tomar como certa a afirmação de que as pessoas vivem em seus corpos (Cf. 1988, p.143 e 1948, p. 49). O alojamento da psique no corpo depende, para ele, de alguns fatores para que possa acontecer. Ele comenta:

O ego se baseia em um ego corporal, mas só quando tudo vai bem é que a pessoa do bebê começa a ser relacionada com o corpo e suas funções, com a pele como membrana limitante. Usei a palavra personalização para descrever esse processo. (Winnicott, 1965n [1962], p. 58).

Nesse sentido, Winnicott empresta o conceito de Freud de “ego corporal⁴⁰”, mas faz a observação de que apenas na saúde existe identidade entre o si-mesmo, o corpo e seu funcionamento. Essa identidade resultaria da elaboração das funções corporais, levando em consideração a existência e a presença de um ambiente que sustente o bebê adequadamente. Sobre o termo ego na concepção freudiana e sua diferença em relação à Winnicott, Loparic (2000b) comenta: “tal como o ego e o id, o ego corporal de Freud, entidade especulativa, relacionada à superfície do corpo, é essencialmente diferente do de Winnicott, baseado na elaboração imaginativa efetivamente experienciada no corpo inteiro” (p.382). A ênfase é colocada, como vemos, nas próprias experiências corporais, em si mesmas, que vão sendo pouco a pouco elaboradas imaginativamente.

Assim, segundo Winnicott, a conquista do alojamento da psique no corpo não é óbvia; ela é uma realização que depende de um ambiente satisfatório, ou em suas palavras, de um ambiente “*suficientemente bom*”, ou seja, de um ambiente que se adapte às necessidades do bebê respeitando a sua tolerância (no tempo) de não ser atendida. Deve ser uma adaptação que não decepcione o

⁴⁰ No seu artigo “O Ego e o Id” (1923), Freud afirma: “O ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (Freud, p. 39). Desse modo, ele entende o ego como uma projeção mental da superfície do corpo.

bebê e com a qual ele sinta, *grosso modo*, que a sua continuidade de ser não foi interrompida, visto que tem suas necessidades atendidas. De acordo com Winnicott (1988) o alojamento da psique no corpo: “Se trata de algo a ser alcançado. É uma aquisição que de modo algum se encontra ao alcance de todos” (p.143). Ele afirma:

a psique com o soma (isto é, a pessoa e o corpo que, juntos, são uma pessoa) não se iniciam como uma unidade. Eles formam uma unidade *se tudo correr bem no desenvolvimento desse indivíduo*, mas isto é uma conquista. Não podemos de maneira alguma tomar por certo que, em todos os casos, a psique e o soma do bebê virão a operar como uma unidade, com a criança vivendo no corpo e este funcionamento de acordo com a “intimidade” que a criança tem com seu corpo. (Winnicott, 1969g, p. 430-431)

Não há, portanto, garantia alguma no alcance da unidade psique-soma, pois o bebê nasce num estado de não-integração e absolutamente dependente de alguém que cuide dele. Conforme o autor em questão, embora exista uma tendência básica para o amadurecimento e uma tendência inata à integração, é indispensável que o bebê receba cuidados de um ambiente que se adapte as suas necessidades e possibilite a sua continuidade de ser. No tocante ao ambiente e seus efeitos no percurso do amadurecimento, Winnicott defende:

Existe algo que chamamos de ambiente não suficientemente bom, que distorce o desenvolvimento do bebê, assim como existe o ambiente suficientemente bom, que possibilita ao bebê alcançar, a cada etapa, as satisfações, ansiedades e conflitos inatos e pertinentes. (Winnicott, 1958n [1956], p 399).

Do mesmo modo, Dias (2003), comentando sobre a parceria psicossomática na obra de Winnicott, assinala que ela não é uma garantia e afirma: “A coesão psicossomática é uma realização, e não tem como estabelecer-se, a não ser que haja a participação ativa de um ser humano que segure o bebê

e cuide dele, reunindo-o nos braços e no olhar” (p. 209). Dias (2003) esclarece que a conquista do alojamento da psique no corpo (também chamada por Winnicott de “personalização”), pode ser entendida da seguinte forma:

A tarefa de alojamento da psique no corpo só faz sentido se aceitarmos a ideia de que, de início, corpo e psique ainda não se reuniram e só se constituirão como uma unidade *se tudo correr bem no processo de amadurecimento*. Bem no início, *soma* e psique estão indiferenciados. Aos poucos, ocorre a diferenciação, ao mesmo tempo que a tendência à integração age no sentido de reuni-los numa unidade. (Dias, 2003, p. 208, grifos dela)

Deste modo, para Winnicott, o corpo o qual cresce e se desenvolve, não é suficiente para o bebê alcançar esta parceria; é necessário alguém que cuide do bebê e lhe propicie um ambiente suficientemente bom para que a conquista de uma organização psicossomática satisfatória se torne possível. O autor citado afirma: “Em circunstâncias favoráveis a pele se torna o limite entre o eu e o não-eu. Dito de outro modo, a psique começa a viver no soma e uma vida psicossomática de um indivíduo se inicia” (Winnicott, 1965n [1962], p. 60).

No início, esse cuidado suficientemente bom é realizado através do amor da mãe, expresso pelo cuidado físico que esta dispensa ao seu bebê, como segurá-lo bem, aconchegá-lo em seu berço para que não fique solto no espaço, realizar a limpeza corporal, acariciá-lo. Todas essas experiências permitem ao bebê a crescente conexão entre psique e *soma*, favorecendo a associação psicossomática e a sensação de realidade de si-mesmo (Dias, 2003, p. 210). De acordo com Dias:

Sentindo-se bem seguro e reunido no corpo, sobretudo durante as experiências excitadas, o lactente entrega-se confiantemente aos cuidados da mãe e, nessas condições, a psique pode realizar o seu trabalho de elaboração imaginativa das funções e sensações corpóreas. Aos poucos o corpo torna-se *soma* e vai sendo estabelecida uma

íntima conexão de complexidade crescente entre *soma* e *psique*, tornando real o caráter potencialmente psicossomático da existência. A *psique* passa a habitar no corpo, tornando-o sua morada. (Dias, 2003, p. 209, grifos dela)

Notamos que o cuidado, a proteção e a sustentação oferecidos pela mãe (que Winnicott chamou de *holding*) contribuem para que o bebê alcance a tarefa de viver em seu próprio corpo. É na fase de *holding* que o ego do bebê pode se transformar, de um estado de não-integração para um estado mais integrado. Dessa maneira, com um ego um pouco mais estruturado, o bebê pode conhecer um tipo de ansiedade que está ligada a desintegração. Sobre isso, ele esclarece:

A palavra desintegração começa a ter um sentido que não possuía antes da integração do ego se tornar um fato. No desenvolvimento normal, neste estágio o lactente retém a capacidade de reexperimentar estados não-integrados. Mas isso depende da continuidade de um cuidado materno começando gradualmente a serem percebidas como tais. O resultado do progresso normal no desenvolvimento do lactente durante esta fase é que ele chega ao que se poderia chamar “estado unitário”. O lactente se torna uma pessoa, com individualidade própria. Associada a isso está a chegada do lactente à existência psicossomática, que começa a adquirir um padrão pessoal; eu me referi a isso como inserção da *psique* no *soma*. (Winnicott, 1960c, p. 44)

Como vimos, Winnicott relaciona o desenvolvimento do ego com três aspectos do cuidado da criança: a integração se relaciona com o cuidado, a personalização, com o manejo, e a relação de objetos, com a apresentação de objetos. Para esse autor, a mãe-ambiente a qual se adapta à criança oferece a possibilidade de o bebê alcançar a relação entre *psique* e *soma*, como aqui ele explicita:

Este estado de coisas, no qual psique e soma estão em íntima relação, desenvolve-se a partir da série de estados iniciais em que a psique imatura (embora baseada no funcionamento corporal) não se encontra estreitamente ligada ao corpo e a vida do corpo. A existência de um grau razoável de adaptação às necessidades da criança é o que melhor possibilita o rápido estabelecimento de uma relação forte entre psique e soma. (Winnicott, 1958j, p.8)

De acordo com a teoria winnicottiana, Granato (2006), lembrando dos elementos que fundamentam o cuidar do bebê pela mãe (sustentar: *holding*; manejo: *handling* e apresentação de objeto: *object presentation*), acredita que são os cuidados físicos (o manejo) fornecidos ao bebê – o que envolve a amamentação, o toque, o banho, o embalar – que irão possibilitar a integração psicossomática (pp. 34-33). Ela comenta: “A manipulação do corpo do bebê, que se dá através do toque que não interrompe o ser em continuidade, traça os contornos do *self* e faz do corpo a morada do eu, propiciando assim a experiência de personalização” (p. 35).

Segundo Winnicott (1958j), quando há falhas recorrentes nessa adaptação, “surge uma tendência de a psique desenvolver uma existência fracamente relacionada à experiência corporal, acarretando como resultado que as frustrações físicas não sejam sentidas em toda a sua intensidade” (p. 8). Ele explica como essas falhas podem atrapalhar a coesão psicossomática, chamando atenção para o problema do cuidado materno dissociado (atenção ao corpo ou a psique):

O desenvolvimento não pode se dar a menos que a pessoa que está cuidando da criança consiga manejar o bebê e o corpo do bebê como se os dois formassem uma unidade. Há algumas mães, ou pessoas que cuidam de crianças, que estabelecem bom contato com o bebê como pessoa, mas parecem incapazes de saber o que o corpo do bebê está sentindo ou precisando; de modo semelhante, há outras que são naturalmente boas em cuidados físicos, mas parecem

ignorar o fato de que há um ser humano começando a alojar-se no corpo que estão banhando e limpando. Quando aqueles que cuidam de um bebê ou criança pequena possuem este tipo de dificuldade, a criança de que cuidam não pode tornar-se integrada em uma unidade. (Winnicott, 1969g, p. 431)

Neste caso, ele entende que, ao invés da coesão psicossomática, assenta-se a base para uma cisão psicossomática, uma vez que, apesar de existirem forças que tendem a integrar o bebê numa unidade, elas não são capazes de produzir, por si só, tal integração. Dessa maneira, o bebê ficaria com uma tendência a perder a capacidade de viver como uma unidade psicossomática (Winnicott, 1969g, p. 431). No entanto, Winnicott adverte que há momentos em que a relação da *psique* com o *soma* não pode ser mantida, embora haja o alcance satisfatório do alojamento da psique no corpo. Ele comenta:

Mesmo gozando de boa saúde, a criança de um ano nem sempre está firmemente enraizada em seu corpo. A psique de uma criança pode normalmente perder contato com o corpo, e pode haver fases em que não é fácil para a criança retornar de súbito para o corpo: no caso por exemplo de acordar de um sono profundo. (Winnicott, 1958j, p. 8)

Isso revela que a mencionada conquista é um processo que acontece ao longo do tempo. Todavia, na saúde, esperamos que o bebê desenvolva essa parceria psicossomática e possa manter a conquista mais tarde. Nesse sentido, é possível afirmarmos que a *psique* e o *soma* estão intensamente relacionados na saúde e nas patologias, estão cindidos, desconexos. Por esse motivo, no desenvolvimento saudável, “é conveniente que a psique e o corpo ocupem o mesmo lugar no espaço, de modo que a membrana limitante não seja apenas um limite metafórico da psique, mas coincida também com a pele corporal” (Winnicott, 1965s [1955], p. 216).

Na compreensão de Winnicott, conforme notamos, o sentimento de viver no próprio corpo é uma conquista fundamental da saúde, facilitada e possibilitada pelos cuidados corporais:

Igualmente importante, além da integração, é o desenvolvimento do sentimento de estar dentro do próprio corpo. Novamente é a experiência instintiva e a repetida e silenciosa experiência de estar sendo cuidado fisicamente que constroem, gradualmente, o que poderíamos chamar de personalização satisfatória. Assim como a integração, o fenômeno psicótico da despersonalização também está relacionado ao retardamento da personalização no início da vida. (Winnicott, 1945d, p. 225)

Se o ambiente fornece ao bebê os cuidados adequados na fase de dependência absoluta, permitindo que não haja rupturas na sua *continuidade de ser*.

O resultado do progresso normal no desenvolvimento do lactente durante esta fase é que ele chega ao que se poderia chamar “estado unitário”. O lactente se torna uma pessoa, com individualidade própria. Associada a isso está a chegada do lactente a existência psicossomática, que começa a adquirir um padrão pessoal; eu me referi a isso como a inserção da psique no soma.... Como um desenvolvimento adicional vem a existir o que se poderia chamar de membrana limitante, que até certo ponto (normalmente) é equacionada com a superfície da pele e tem uma posição entre “eu” e “não-eu” do lactente. De modo que o lactente vem a ter um interior e um exterior, e um esquema corporal. Desse modo começam a ter sentido as funções de entrada e saída; além disso, se torna gradualmente significativo pressupor uma realidade psíquica interna ou pessoal para o lactente. (Winnicott, 1960c, p. 44-45)

3.3- A integração da instintualidade

Nas fases mais iniciais do desenvolvimento, o controle das tensões instintuais pelo bebê não pode ocorrer, uma vez que os instintos ainda não foram elaborados imaginativamente, não sendo sentidos como próprios dele. Para Winnicott (1965m), nas primeiras etapas do amadurecimento, “os instintos não estão ainda claramente definidos como internos ao lactente. Os instintos podem ser tão externos como o toar de um trovão ou uma pancada” (p. 129).

Apesar disso, desde muito cedo, o bebê é acometido por uma série de excitações instintuais, de tensões as quais têm um caminho próprio e se transformam em urgências que, se atendidas, promovem um relaxamento. Winnicott discute isso:

Não importa qual seja a natureza do instinto; uma vez que os instintos tenham sido despertados, quer mediante o ritmo que provém do interior, quer em reação a estímulos chegados de fora (reais ou imaginados), o corpo começa então a percorrer um caminho que, em termos de fisiologia pura, deveria conduzir a um clímax: a fome levando a uma refeição, um certo tipo de sensação que conduz naturalmente à uma atividade excretória. (Winnicott, 1969g, pp. 427-428)

Winnicott (1958j) diz haver um momento apropriado para a satisfação de um impulso, uma vez que existe um clímax interno o qual deve vir junto com a experiência de satisfação. No entanto, o impulso instintivo cria, de acordo com ele, uma circunstância que pode evoluir tanto para a satisfação quanto para a insatisfação, ou ainda, para o desconforto generalizado da *psique* e do *soma*. No primeiro ano de vida do bebê, a satisfação tem muita importância, sendo que a capacidade para esperar será adquirida gradualmente e ancorada nessas experiências (p 15). Ele afirma:

A excitação do instinto leva a criança, assim como qualquer outro animal, a preparar-se para a satisfação quando o

mesmo alcança seu estágio de máxima exigência. Se a satisfação é encontrada no momento culminante da exigência, surge a recompensa do prazer e também alívio temporário do instinto. A satisfação incompleta ou mal sincronizada acarreta alívio incompleto, desconforto, e a ausência de um período de descanso muito necessário entre duas ondas de exigência. (Winnicott, 1988, p. 57)

Inicialmente, as pressões instintuais que atingem o bebê são sentidas por ele como externas, como alguma coisa vinda de fora, já que o recém nascido não sabe nada a respeito de sua necessidade ou do que pode ser esperado do ambiente. Ele não sabe sequer de sua existência, nem da existência de objetos externos. Pela própria imaturidade do bebê, ele sente como se essas pressões fossem qualquer outro evento do ambiente, uma vez que não são uma criação sua e, para o recém-nascido, não existe uma realidade não-*self* ou um si-mesmo constituído. É como se o bebê não fosse criar aquilo que o incomoda, pois “os instintos são poderosas forças biológicas que vêm e voltam na vida do bebê ou da criança, e que exigem ação” (Winnicott, 1988, p. 57).

Essas forças biológicas as quais modificam o estado do bebê – de tranquilo para excitado – são compreendidas por Winnicott da mesma forma que os instintos existentes em outros animais. A importante diferença, enfatizada por ele, é que o ser humano pode elaborar imaginativamente esses instintos quando o ambiente se adapta as suas necessidades. Isso resultará numa *psique* complexa, no sentimento de existir no próprio corpo e numa *mente* como uma organização especializada do funcionamento psicossomático. Dessa forma, a sensação que o bebê experencia no início da vida, de que os instintos não pertencem a ele, acontece como descrito porque, no começo, os instintos ainda não foram elaborados imaginativamente e, por esse motivo, também não estão integrados. Winnicott explica que:

A princípio, a vida instintiva da criança baseia-se no funcionamento alimentar. Os interesses ligados às mãos e à boca predominam, mas as funções excretoras aos poucos

vão acrescentando sua contribuição. A começar de certa idade, talvez aos cinco meses, a criança torna-se capaz de relacionar a excreção à alimentação, e vincular fezes e urina ao consumo oral. De par com isso tem início o desenvolvimento do mundo pessoal interno, que, conseqüentemente, tende a ser localizado na barriga. Originando-se deste padrão simples, a experiência do psique-soma se alastra até abarcar o todo do funcionamento corporal. (Winnicott, 1958j, p. 12)

Logo que se inicia o processo de elaboração imaginativa das funções corporais (as quais dão, progressivamente, sentido às experiências), essas pressões passam gradativamente a se estabelecer como instintos organizados e se tornam significativos para bebê, podendo ser integrados a um funcionamento corporal. Winnicott (1965n [1962]) afirma não haver id antes de ego, ou seja, a experiência instintiva como tal só tem sentido existindo um ego capaz de experimentar e se fortalecer com ela, ao invés de sentir que é atingido pelas pressões instintuais. O referido autor afirma que a vida instintiva à parte do funcionamento do ego deve ser ignorada; ele acredita que a vida instintiva reconhecida só pode existir se houver uma organização, que só o ego pode fazer (p. 55).

O ego, compreendido por Winnicott como a tendência à integração numa unidade (que só existe se houver um cérebro normal), organiza as tensões instintuais; estas passam a ser vivências do ego. O id (a vida instintual vivida como sendo a algo que pertence ao indivíduo) somente chegará a ser vivido dessa maneira, quando esses fenômenos forem registrados, experienciados, ou seja, quando a integração dos instintos ocorrer. Sobre isso, Dias (2003) complementa:

Elaboradas imaginativamente, desde o início da vida, todas as funções corpóreas do bebê – motoras, sensoriais e instintuais – são simultaneamente, organizadas, isto é, articuladas e integradas pelo funcionamento do ego. O resultado é a experiência do ego. É graças a essa função de

organização, da qual participa a elaboração imaginativa das funções corpóreas, que as experiências do id, isto é, instintuais, não são perdidas, mas reunidas em todos os seus aspectos. (Dias, 2003, p. 110)

Se o ambiente for suficientemente bom, com o passar do tempo e através da sustentação ambiental – a qual tornará possível a integração das experiências instintuais –, o ego do bebê cria força para se apropriar dos seus instintos e para sentir que as exigências instintuais do id são parte dele. Ocorrendo isso, a satisfação do id pode vir a tornar-se fortalecedora para o *self* (Winnicott, 1965m, p.129).

Em “Sobre as bases para o *self* no corpo”, Winnicott (1971d) mostra que o *self* (si-mesmo) é uma unidade baseada no funcionamento corporal: “Para mim, o *self*, que não é o ego, é a pessoa que é eu, que é apenas eu, que possui uma totalidade baseada no funcionamento do processo de maturação [...] O *self* se descobre naturalmente localizado no corpo” (p. 210).

Podemos dizer, então, que os cuidados ambientais e as técnicas de cuidado maternas determinam o sucesso ou fracasso das integrações no bebê, da percepção paulatina do si-mesmo e do mundo externo, além do sentimento de habitar e estar vivendo em seu corpo, como Winnicott afirma:

Através dessas técnicas, o centro da gravidade do ser no interior do contexto ambiente-indivíduo pode dar-se ao luxo de estabelecer-se no centro, no cerne em vez de na casca. O ser humano que agora passa a desenvolver uma entidade a partir do centro pode localizar-se no corpo do bebê, começando assim a criar um mundo externo ao mesmo tempo que adquire uma membrana limitadora e um interior. De acordo com essa teoria, não havia no início um mundo externo, ainda que *nós, enquanto observadores*, pudéssemos ver um bebê dentro de um ambiente. (Winnicott, 1958d [1952], p.166)

Sendo assim, os bebês necessitam de um manejo satisfatório no início da vida, para tornarem-se capazes de manejar, posteriormente, suas próprias experiências instintuais. De acordo com Winnicott, há duas coisas que propiciam que o bebê integre sua personalidade:

Uma delas são os momentos de intenso sentimento, de um tipo ou outro, que fazem com que o bebê se reúna e se torne uma só pessoa, zangada ou faminta. A outra é o manejo da criança. Eu tento pensar nisso como aquilo que a mãe faz quando pega o seu bebê. Ela não o pega pelo dedão do pé. Ela pode fazer algum som suave para dar tempo a ele, ela o envolve e de alguma maneira o congrega. (Winnicott, 1948, p.48).

Além disso, Winnicott entende que, como o bebê nasce em um estado de não-integração, as experiências instintivas não só pressionarão o bebê no sentido de que sejam integradas pelo ego, mas contribuem também para a própria integração do si-mesmo como um todo. Se o bebê estiver sendo sustentado por um ambiente que se adapte as suas necessidades, poderá alcançar um estado integrado, cada vez mais seguro. Ele explana:

A partir do estado de não-integração se produz a integração por breves momentos ou períodos, e só gradualmente o estado geral de integração se transforma em fato. Fatores internos podem contribuir para promover a integração; como por exemplo temos a exigência instintiva ou a expressão agressiva, cada uma delas sendo precedida por uma convergência aglutinadora do self como um todo. Nestes momentos, a consciência se torna possível, pois ali existe um self para tomar consciência. (Winnicott, 1988, p. 137)

Na saúde, o bebê vai se desenvolvendo em direção à integração e, em razão disso, seu estado de dependência absoluta se modifica e os primeiros movimentos no sentido da independência relativa começam a ter lugar, assim como o fortalecimento de sensação de si mesmo. Winnicott diz:

À medida que o self se constrói e o indivíduo se torna capaz de incorporar e reter lembranças do cuidado ambiental, e portanto de cuidar de si-mesmo, a integração se transforma num estado cada vez mais confiável. Dessa forma, a dependência diminui gradualmente. Enquanto a integração vai se tornando um estado contínuo do indivíduo, a palavra desintegração revela-se mais apropriada para descrever o negativo da integração do que o termo não-integração. (Winnicott, 1988, p. 137)

O referido autor entende que, a partir da experiência de integração, o bebê poderá experimentar, em lugar da não-integração, uma futura desintegração, relacionada à experiência de não se sentir seguro:

Fortemente associada a este problema da integração recém-alcançada, com a não-integração ficando para trás e a desintegração pendendo como ameaça no futuro, está a exploração das sensações de pele, a dramatização do cuidado físico e a ênfase excessiva na capacidade de cuidar de si próprio, que por sua vez derivam de uma mistura de memórias de ser levado ao colo e da experiência de não estar sendo suficientemente bem seguro. (Winnicott, 1988, p. 138)

Apesar das experiências instintivas cooperarem para o processo de integração no percurso do amadurecimento, de acordo com Winnicott, a função materna de *holding* é ainda mais fundamental para o processo de integração:

Não há dúvidas de que as experiências instintivas contribuem imensamente ao processo de integração, mas é necessário também, a todo momento, um ambiente suficientemente bom, uma pessoa que dê *holding* à criança adaptando-se suficientemente bem às suas necessidades mutáveis. (Winnicott, 1965s [1955], p.216)

Winnicott complementa:

Nota-se que existe, aqui, um relacionamento vitalmente importante entre o bebê e sua mãe, que no entanto não deriva da experiência instintiva nem da relação objetal surgida a partir da experiência instintiva. Esse relacionamento é anterior à experiência instintiva, paralelo a ela, e entremeado a ela. Estamos nos aproximando da tão conhecida observação de que a ansiedade mais antiga é aquela relativa a sentir-se segurado de um modo inseguro. (Winnicott, 1958d [1952], p.164)

O autor inglês acredita que as experiências instintivas são as portadoras da crescente capacidade do bebê de se relacionar com objetos, o que culminará na capacidade dele se relacionar amorosamente com outra pessoa inteira (a princípio, a mãe). Mais tarde, o relacionamento triangular (nos parâmetros freudianos) aparece aos poucos na vida da criança, por volta do período do seu primeiro ano de vida (1958j, p.13-14). Winnicott afirma:

Há uma progressão natural no desenvolvimento daqueles impulsos que, com sua força, quase dilaceram a criança. Num primeiro momento, naturalmente, são a boca e todos os demais mecanismos de absorção, incluindo o agarrar com as mãos, que formam a base daquela fantasia que constitui o auge da excitação. Mais tarde, são os fenômenos da excreção e o funcionamento interno do corpo que fornecem material para fantasias de excitação. Com o tempo vê-se aparecer uma modalidade genital de excitação que domina toda a vida do menino ou da menina de dois a cinco anos de idade. (Winnicott, 1965, p. 36)

Cabe ressaltar que os conceitos de *instinto* e de *pulsão* têm naturezas completamente diferentes, não sendo comparáveis entre si. Pode-se afirmar que a *pulsão* é usada por Freud como uma construção auxiliar para a busca de explicações sobre o funcionamento do psiquismo, concebida por analogia a forças

físicas, cuja intensidade é, por sua vez, pensada em função de quantidades de energia, tal como uma pressão atuando na mente, visando à descarga e eliminação das excitações acumuladas. A finalidade da pulsão é, para Freud, sempre a satisfação. Fulgencio (2008) assinala que “As pulsões enquanto forças psíquicas, são, para Freud, *suposições, postulados, convenções*, necessários à compreensão dinâmica do funcionamento da vida da alma, ou seja, elas são apenas idéias abstratas, especulações heurísticas” (p. 290, grifos dele).

Winnicott, por sua vez, não utiliza a noção de pulsão em sua obra, no entanto, a noção de instinto é amplamente utilizada (cf. Fulgencio, 2006). Os instintos, considerados na teoria de Winnicott como um importante componente da vida humana, não são convenções, especulações, idéias abstratas, mas são fatos empíricos que exigem ação (Winnicott, 1988, p. 57), sendo apenas um dos aspectos da vida do bebê. Além disso, os instintos são elaborados imaginativamente, fortalecendo não a mente, mas o vínculo entre o *soma* e a *psique*.

Para Freud, as pulsões guiam, mobilizam e determinam a vida psíquica do indivíduo desde o início, enquanto que, para Winnicott, comenta Dias (2003), “o que impulsiona a vida e o psiquismo é o próprio fato do bebê estar vivo e carregar em si a tendência inata à integração” (p. 301), sendo que a vida instintual é apenas um dos aspectos da existência. Para Winnicott, os instintos são excitações corporais que auxiliam na constituição do si-mesmo (quando sustentados pelo ambiente), si-mesmo que também é determinado por outros fatores que não os instintos.

A somatória das experiências excitadas e tranquilas permite ao bebê integrá-las gradualmente, descobrir o próprio corpo e alojar-se nele. Por intermédio do bom cuidado materno e da elaboração imaginativa das funções corporais, o bebê descobre os vários aspectos de seu corpo (a boca, os dedos, o pé, sua cabeça, genitais etc). Ademais, descobre, com o tempo, que pode se relacionar com o mundo através desse corpo ou de partes dele. No início da vida, o bebê não sabe que possui uma boca, uma cabeça, genitais. Entretanto, caso

receba uma adaptação ambiental suficientemente boa, ele passa a possuir (a partir de seu gradual desenvolvimento) um corpo que tem uma boca, uma cabeça e outras tantas partes e funções.

A partir dessas considerações, podemos dizer que, para Winnicott, o bebê nasce sem conhecer e sem saber o que fazer com as pressões instintuais, presentes desde o início da vida, mas que, nesse começo, são sentidas como advindas de fora. Segundo Winnicott, uma das tarefas que o bebê deve realizar para continuar se desenvolvendo é a integração de seus instintos na sua “pessoa total”. Ao mesmo tempo, podemos pensar que, durante a vida toda, o ser humano deverá fazer novas integrações, porque os tecidos continuam crescendo, transformando-se e envelhecendo, inclusive. No caso de uma doença orgânica⁴¹, por exemplo, todo o funcionamento corporal pode ter que vir a passar por transformações. Desse modo, haverá, ao longo da vida, uma constante necessidade de elaboração imaginativa do *soma*, no sentido da integração de novos relacionamentos psicossomáticos.

As conquistas básicas descritas neste trabalho, relacionadas à integração psicossomática, acontecem mais ou menos simultaneamente e são interdependentes, não podendo ser adquiridas isoladas umas das outras. No entanto, de acordo com a teoria winnicottiana, elas permanecem como conquistas e tarefas que nunca são inteiramente abandonadas e terminadas.

Dias (2003) aponta também que, para que as conquistas básicas do amadurecimento sejam alcançadas, são necessários alguns cuidados maternos específicos:

à integração no espaço e no tempo corresponde o segurar ou sustentar (*holding*); o alojamento da psique no corpo é facilitado pelo manejo (*handling*), que é um aspecto mais específico do segurar, relativo aos cuidados físicos; o

⁴¹ Em *Natureza Humana* (1988), Winnicott comenta que a doença física influencia diretamente a autoconsciência pessoal do indivíduo, uma vez que “se considera que a inclusão dessa complicação adicional é uma parte plausível do todo.” (p. 51).

contato com os objetos é propiciado pela apresentação de objetos (*object-presenting*). (Dias, 2003, p. 167)

CAPÍTULO IV

Considerações winnicottianas sobre os distúrbios psicossomáticos, como problemas relacionados à integração

Estabeleceremos, neste capítulo, relação entre as dificuldades vinculadas aos processos integrativos no decorrer do percurso de desenvolvimento humano e os problemas e sintomas psicossomáticos, por meio da explicitação e análise de algumas referências da obra winnicottiana nas quais ele comenta sobre esse tipo de sintoma e patologia.

No decorrer de sua obra, Winnicott apresentou algumas ideias sobre os transtornos psicossomáticos que nos fornecem material para considerações. Ele advertiu que a oposição entre os termos mente e corpo trazia inúmeros prejuízos na compreensão e descrição dos quadros psicossomáticos (Winnicott, 1954a [1949], p. 333). Vimos que a dicotomia a ser considerada é entre o *soma* e a *psique*. Esses elementos devem estar, para ele, sempre inter-relacionados, numa dependência mútua, principalmente quando estamos falando do ponto de vista de um desenvolvimento saudável. Assim, a compreensão winnicottiana é diferente da concepção dicotômica mente-corpo, muito presente na compreensão de outros autores.

De acordo com Winnicott, quando falamos de um corpo afetado por fatores psicológicos, devemos nos preocupar primeiramente em compreender e descrever a psicologia das emoções:

Muitos trabalhos poderiam ser citados, mas ainda precisa ser feita muita pesquisa sobre o que acontece com o corpo quando uma criança (em várias idades) fica agitada em relação à alimentação, fica agitada quando evacua ou urina, fica agressivamente excitada, sente medo de alguma coisa

específica, permanece moderadamente ansiosa por um longo período de tempo, e assim por diante. (Winnicott, 1931, p. 163).

Winnicott sustentava que muito deveria ser feito no campo das pesquisas para se compreender os diversos aspectos envolvidos nesta questão, assim como para o entendimento da variedade de sintomas que esse tipo de distúrbio pode apresentar. Para ele, o estudo do psique-soma abrange necessariamente as mudanças somáticas relacionadas aos processos psíquicos e vice-versa: “Distúrbios do psique-soma são alterações do corpo ou do funcionamento corporal associados a estados da psique” (Winnicott, 1988, p. 44). Desse modo, Winnicott (1969g) avalia que, nos quadros depressivos, por exemplo, toda a fisiologia encontra-se em “maré baixa” no sentido de os tecidos estarem “menos vivos e um pouco mais próximos de estarem mortos” (p. 428).

O transtorno psicossomático, conforme a teoria winnicottiana, não é somente corporal, nem simplesmente psíquico, porque está relacionado à vida emocional do indivíduo, incluindo as distorções psíquicas, mentais e somáticas relativas ao amadurecimento pessoal. Em virtude disso, esse tipo de problema não pode ser considerado como doença física em si, mas sim como um problema de interação entre *psique* e *soma*, entre “a personalidade do indivíduo e o corpo em que a pessoa vive” (Winnicott, 1969g, p.427).

Em situação de desenvolvimento instável, de falta de adaptação materna, isto é, quando o meio falhou repetidas vezes e o bebê teve que continuamente reagir às invasões, a integração ou unidade psicossomática se estabelece de forma insatisfatória e o indivíduo pode ter um contato deficiente com o próprio corpo e seu funcionamento. As defesas organizadas para lidar com esse ambiente que ocasionou quebras na continuidade de ser do bebê, podem provocar a separação da *psique* do *soma* e uma fuga para a existência puramente intelectual, o que Winnicott chamou de psique-mente ou falso *self* (si-mesmo) (1954a, p.336-337; 1988, p.161-162). Tais organizações defensivas podem estar vinculadas, como o autor elucida:

Um risco particular se origina da não rara ligação entre abordagem intelectual e o falso self. Quando um falso self se torna organizado em um indivíduo que tem um grande potencial intelectual, há uma forte tendência para a mente se tornar o lugar do falso self, e neste caso se desenvolve uma dissociação entre a atividade intelectual e a existência psicossomática. (Winnicott, 1965m [1960], p.132)

Nesse caso, a *mente* funciona como uma defesa contra as invasões ambientais, surgindo precocemente e resultando em uma falência da satisfatória integração psicossomática, o que é, para Winnicott, a expressão de uma dissociação. Essa é uma descrição possível da perda da morada no corpo, gerada por uma cisão na tentativa de reagir e se defender das invasões do ambiente. Ele completa: “A cisão é certamente uma divisão que separa o cuidado físico da compreensão intelectual; mais importante, ela separa o cuidado da psique do cuidado do soma” (1966d, p. 84).

Para Winnicott (1969g), quando os indivíduos que cuidam do bebê não manejam a criança como alguém que está começando a alojar-se no corpo, ela não pode tornar-se integrada em uma unidade (p. 431). Esse autor entende que, quando isso acontece, ao invés da coesão psicossomática, estabelece-se a base para uma cisão do psique-soma. Ainda que existam forças as quais tendem a integrar o bebê numa unidade, elas não são suficientes para produzir tal integração e, por conseguinte, o bebê fica com a tendência a perder a capacidade de viver como uma unidade psicossomática (Winnicott, 1969g, p. 431). No início da vida, conforme Winnicott:

a unidade não é o indivíduo, a unidade é o contexto ambiente-indivíduo. O centro da gravidade do ser não surge no indivíduo. Ele se encontra na situação global. Através do cuidado suficientemente bom, através das técnicas, da sustentação e do manejo geral, a casca passa a ser gradualmente conquistada, e o cerne (que até então nos dava a impressão de ser um bebê humano) pode começar a tornar-se um indivíduo. Esse início é potencialmente terrível

em razão das ansiedades.... e em razão do estado paranóide que ocorre logo após a primeira integração, e também após os primeiros acontecimentos instintivos, levando o bebê a perceber um novo significado nas suas relações de objeto. As técnicas do cuidado suficientemente bom neutralizam a perseguição externa, e previnem os sentimentos de desintegração e de perda de contato entre a psique e o soma. (Winnicott, 1958d [1952], p.166)

Podemos considerar que a ameaça de perder a coesão psicossomática se relaciona aos problemas relativos ao *holding* materno, mais especificamente com um aspecto desse cuidado: o manejo (relativo ao toque materno, a manipulação). De acordo com Winnicott (1965n), a conquista do inter-relacionamento crescente entre *psique* e *soma* está relacionada a esse cuidado materno, na fase de dependência absoluta (p. 60). Para esse autor:

O manejo descreve a provisão pelo meio que corresponde mais ou menos ao estabelecimento de uma associação psicossomática. Sem manejo ativo e adaptativo suficientemente bons a tarefa interna pode vir a ser difícil, pode na verdade vir a ser impossível para o desenvolvimento de uma inter-relação psicossomática... (Winnicott, 1965n, p.60)

Winnicott lembra que, na saúde, o funcionamento do corpo vai se fortalecendo através das experiências emocionais que, por sua vez, aprimoram a qualidade dessa relação e fortalecem o viver do bebê no seu próprio corpo. Na doença psicossomática, assim como em outros problemas do desenvolvimento, parece que o manejo não foi suficientemente adaptado às necessidades do bebê:

Três tipos de ansiedades ocorrem como consequência de falhas nas técnicas de cuidar do bebê: não-integração, que se transforma num sentimento de desintegração; ausência de relacionamento entre a psique e o soma, que resultará num sentimento de despersonalização; e a sensação de que

o centro da gravidade da consciência foi transladado do cerne para a casca, do indivíduo para o cuidado, para a técnica. (Winnicott, 1958d [1952], p. 165).

Quando uma integração inicial é alcançada pela criança e o ambiente falha, segundo Winnicott (1958d [1952]), “a falha no cuidado leva a uma desintegração, em vez de uma volta a não-integração. A desintegração é sentida como uma ameaça porque (por definição) há alguém ali capaz de sentir a ameaça. Por outro lado, ela é uma defesa” (p. 165). O autor afirma:

A desintegração da personalidade é um fenômeno psiquiátrico bem conhecido, e sua psicopatologia é muitíssimo complexa. O exame desses fenômenos na análise, todavia, mostra que o estado não-integrado primário fornece a base da desintegração, e que o atraso ou falha na integração primária predispõe à desintegração quando a regressão se dá, ou quando fracassa algum outro tipo de defesa. (Winnicott, 1945d, p.224)

O transtorno psicossomático, segundo Winnicott (1966d), está relacionado a uma dissociação ou tendência persistente a cisão (p. 82). A enfermidade psicossomática é, nesse sentido, o negativo de um positivo, sendo o positivo a manutenção da tendência no sentido da integração (Winnicott, 1966d, p. 89). Winnicott reafirma o seu entendimento de que a doença psicossomática seria uma tentativa de estabelecer novamente uma íntima relação entre *soma* e *psique*:

A doença psicossomática é muitas vezes pouco mais que o reforço deste elo psicossomático em face de ameaça de rompimento do mesmo; esse rompimento resulta em vários quadros clínicos que recebem o nome de “despersonalização”. Aí, de novo, o inverso do desenvolvimento que se observa no lactente dependente é um estado que reconhecemos como doença

despersonalização ou a doença psicossomática o ocultando.
(Winnicott, 1963c, p. 201-202)

No entender de Winnicott (1965n), diversos significados foram dados ao termo “despersonalização”, porém eles estão relacionados, de modo geral, à perda da relação da criança com o corpo e com o funcionamento corporal. Significa ainda “a perda de uma união firme entre o ego e o corpo” (p.58). Por outro lado, o termo personalização se refere à conquista da coesão psicossomática e, “em termos desenvolvimentais, representa uma conquista da saúde” (Winnicott, 1971 d, p. 203). Sobre isso, ele diz:

Trata-se de uma realização que se torna gradualmente estabelecida, e não é doentia, mas em verdade, um sinal de saúde que a criança possa usar relacionamentos nos quais há uma confiança máxima, e em tais relacionamentos às vezes desintegrar-se, despersonalizar-se e até mesmo, por um momento, abandonar a premência quase fundamental de existir e sentir-se existente. As duas coisas, portanto, andam juntas no desenvolvimento sadio: o senso de segurança em um relacionamento mantendo a oportunidade para a anulação repousante dos processos integrativos, ao mesmo tempo em que facilita a tendência geral herdada que a criança tem no sentido da integração, e, como estou acentuando neste artigo, na questão da morada ou habitação no corpo e o funcionamento corporal. (Winnicott, 1971 d, p. 203).

Segundo Winnicott, é possível classificar os transtornos psicossomáticos de acordo com sua teoria do amadurecimento, além de duas ideias fundamentais: a primeira, já descrita antes nesta pesquisa, é a de que há um estado inicial não-integrado e que existe uma tendência inata para integrar-se, mas que depende da capacidade de adaptação da mãe-ambiente para se realizar. A segunda é de que a integração psicossomática ou o alojamento da psique no corpo (também denominado personalização) possam ser seguidos de uma fruição da unidade

psicossomática na experiência pessoal do indivíduo (Winnicott, 1966d [1964], p. 89). Em suas palavras:

No processo de integração, o bebê (no desenvolvimento sadio) ganha um ponto de apoio na posição “EU SOU” ou o “rei do castelo” do desenvolvimento emocional e, então, não apenas a fruição do funcionamento do corpo reforça o desenvolvimento do ego, mas este último também reforça o funcionamento do corpo (influencia o tônus muscular, a coordenação, a adaptação as mudanças de temperatura, etc.). O fracasso desenvolvimental nestes aspectos resulta na incerteza da “morada”, ou conduz à despersonalização, na medida em que a morada tornou-se um aspecto que pode ser perdido. O termo “morada” é utilizado aqui para descrever a residência da psique no soma pessoal, ou vice-versa. (Winnicott, (1966d) [1964], p. 89).

As falhas maternas ou ambientais na fase de dependência absoluta, consoante Winnicott, deixariam o bebê sem os subsídios fundamentais para o funcionamento dos processos integrativos, ou seja, para que a tendência à integração em potencial pudesse se realizar satisfatoriamente. Consequentemente, os sintomas e transtornos psicossomáticos parecem estar relacionados a uma maternagem não suficientemente boa a qual gerou um ego frágil e igualmente não possibilitou o estabelecimento satisfatório da parceria psicossomática; ao invés disso, promoveu uma cisão. Diz Winnicott:

a enfermidade psicossomática implica uma cisão na personalidade do indivíduo, com debilidade da vinculação entre psique e soma, ou uma cisão organizada da mente, em defesa contra a perseguição generalizada por parte do mundo repudiado. Permanece na pessoa enferma individual, contudo, uma tendência a *não* perder inteiramente a vinculação psicossomática. (Winnicott, 1966d [1964], p.90, *grifos dele*)

Winnicott (1958b [1950]) chama nossa atenção para as falhas ambientais na determinação de problemas no desenvolvimento, principalmente quando há uma imposição ambiental que provoca, em consequência, uma sensação de invasão no bebê:

Na doença ocorre que nesse estágio tão primitivo é o ambiente que se impõe, sendo a força vital consumida em reação a intrusão- e a consequência é o contrário da sólida instauração do *Eu*. Em casos extremos acontecem muitas poucas experiências a não ser através de reações, e o *Eu* não se estabelece. Em vez disso, encontramos um desenvolvimento baseado na experiência da reação. O indivíduo que assim passa a existir será chamado de falso, pois a impulsividade pessoal estará ausente. (Winnicott, 1958b [1950], p. 303, grifos dele)

Segundo a teoria do referido autor, os transtornos psicossomáticos apresentam um importante aspecto a ser considerado, relacionado a uma tentativa de restabelecer a conexão psicossomática:

É importante ter sempre em mente o seguinte ponto sobre os problemas psicossomáticos: o elemento físico da doença empurra a doença psicológica de volta para o corpo. Isto é particularmente importante por constituir uma defesa contra a fuga para o puramente intelectual, que levaria o indivíduo a perder uma parte do vínculo entre a psique e o soma. Neste sentido, os fenômenos muito precoces, descritos até agora sob a denominação geral de “primitivos”, podem se revelar importantes para o estudo de qualquer caso que apresente um distúrbio psicossomático [...]. (Winnicott, 1988, p.185)

Nessa tendência, Winnicott ressalta a existência de um aspecto positivo e esperançoso no transtorno psicossomático, isto é, na vinculação somática ou possibilidade de unidade psicossomática que está presente em potencial. Ele

explica: “é possível perceber que um dos objetivos da *doença psicossomática* é o de retomar a psique da mente, e levá-la de volta à sua associação íntima original com o soma” (Winnicott, 1954a [1949], p.345). E complementa:

Nas doenças psicossomáticas de certo tipo há, na sintomatologia, uma insistência na interação da psique com o soma, sendo isso mantido como *defesa* contra a ameaça de perda da união psicossomática, ou contra alguma forma de despersonalização. (Winnicott, 1965n [1962], p. 60, grifos dele)

Todavia, Winnicott (1966d [1964]) acrescenta que “Nossa difícil missão é ter uma visão unificada do paciente e da doença, *sem parecer fazê-lo de uma maneira que vá a frente da capacidade que o paciente tenha de alcançar integração em uma unidade*” (p.90, grifos dele).

Ainda que o objetivo de nossa pesquisa não consista na compreensão dos transtornos alimentares, faremos alguns comentários gerais sobre o tema, com a finalidade de oferecer uma contribuição para essa discussão. Embora existam poucas referências⁴² na obra de Winnicott sobre casos de transtorno alimentar, consideraremos agora a anorexia e a bulimia, buscando estabelecer relações com a integração psicossomática. Sabemos que existem graus de anorexia nervosa e bulimia nervosa, alguns pouco perceptíveis e outros muito graves, que podem colocar a vida em risco, podendo levar a pessoa acometida à morte. O próprio Winnicott afirma: “há certos aspectos comuns nos casos de anorexia, ainda que, em determinado caso, a criança possa ser quase normal e, em outro, ela (às vezes) possa estar muito enferma” (1966d, p. 85). No entanto, nesse trabalho, ele não especifica esses aspectos comuns, somente realiza uma descrição resumida do caso de uma menina de dez anos.

Em outro artigo, intitulado “A influência do desenvolvimento emocional sobre os problemas de alimentação”, no qual Winnicott (1967) discute essas

⁴² Cf. Winnicott, 1931 (p.162);1966d (p.85); 1967 (p.59); 1988 (p. 39).

questões, ele diz que “a vasta maioria das dificuldades de alimentação do bebê não têm nada a ver com infecção ou com uma inadequação bioquímica do leite. Elas têm a ver com o imenso problema que cada mãe tem de se adaptar às necessidades de um novo bebê” (p. 60). O referido autor assinala que, para o desenvolvimento do bebê transcórrer bem, a mãe precisa se envolver com ele em um nível profundo, identificando-se com seu filho profundamente (idem, p. 60).

Podemos pensar que, tanto na anorexia como na bulimia, encontramos a dissociação à qual Winnicott faz referência nos transtornos psicossomáticos, entre a *psique* e o *soma*. Na anorexia, é possível observarmos que a dissociação permite à pessoa se manter numa escassez ou falta de ingestão alimentar (nos chamados períodos restritivos), como que excluindo as necessidades corporais e privando o corpo daquilo que ele precisa para continuar vivo. Esse funcionamento psíquico dissociado coloca o corpo em risco e o indivíduo na sua totalidade, isto é, em seus aspectos somáticos, psíquicos e mentais. Sabemos que, sem o corpo, não há vida. No entanto, certamente há um sentido afetivo que busca, neste estado, algo mais vivo que o próprio corpo, algo que tem a ver com a integração do si mesmo e, paradoxalmente, com a necessidade de ser e continuar sendo.

Do mesmo modo, é possível sugerir que, nos casos de bulimia, os sinais fisiológicos, corporais e somáticos os quais avisam ter sido atendida a satisfação da necessidade (alimentar) do indivíduo, ou ainda mais além, os que alertam para a necessidade de suspensão da ingestão alimentar parecem estar, de modo semelhante ao da anorexia, dissociados da “pessoa total”. A compulsão alimentar, combinada com técnicas para induzir vômitos, expressa tal fato, indicando que o funcionamento e o interrelacionamento psicossomático encontram-se deficiente ou dissociado. Sabemos que os problemas de transtornos alimentares produzem conseqüências somáticas. Contudo, há também na bulimia algum sentido afetivo que procura, como na anorexia, alguma coisa mais viva que o próprio corpo, algo que tem a ver com a paradoxal formulação de Winnicott (1966d): a de que o transtorno psicossomático é a própria dissociação psicossomática e, ao mesmo tempo, a tentativa de não perder completamente a integração entre a *psique* e o *soma*, pois permaneceria no indivíduo uma tendência no sentido da integração,

ou seja, uma “tendência a *não* perder inteiramente a vinculação psicossomática” (p. 90, grifos de Winnicott), o que ele considera ser o elemento positivo ou o aspecto esperançoso do transtorno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procuramos explicitar, neste trabalho, o conceito winnicottiano de integração psicossomática, entendida em termos do desenvolvimento emocional humano e em consonância com a teoria do amadurecimento desse autor. Essa teoria exigiria certamente, maior aprofundamento em vista de sua complexidade conceitual. Por esse motivo, buscamos apresentar e desenvolver aqueles pontos mais próximos do objetivo específico desta dissertação – como foram os conceitos de *soma*, *psique* e *mente*, usados como referência para a compreensão da integração psicossomática.

Para compreender o processo de desenvolvimento humano, vimos que Winnicott enfatizou a importância dos diversos níveis de integração (a personalização, o desenvolvimento da mente, o alcance do si-mesmo unitário), pensados sempre na dependência de um ambiente facilitador (1989m [1964]).

Observamos que, para Winnicott, todo indivíduo é dotado de uma tendência à integração a qual acompanha o seu desenvolvimento (1965h, 1974). A integração se origina a partir do estado inicial não-integrado; é uma conquista que se realiza gradualmente como produto da referida tendência. Ao mesmo tempo, é resultado da somatória de experiências que o bebê tem no seu encontro com o ambiente e com a mãe, a qual poderá fornecer cuidados bem adaptados às necessidades dele, se alcançar o estado de preocupação materna primária, como esse autor propôs (Winnicott, 1988).

O caminho percorrido sem maiores problemas para o bebê, que o atravessa na companhia de um ambiente suficientemente bom (desde o seu nascimento até o alcance de um estatuto unitário), permite que ele se estabeleça como uma unidade integrada. Grande parte dos cuidados físicos dedicados ao bebê facilita a obtenção da integração entre a *psique* e o *soma*, aquisição fundamental para o desenvolvimento, ainda que esta integração não ocorra de

uma só vez. Desse modo, se o ambiente fornece ao bebê as condições para o alcance das conquistas integrativas, ocorre o alojamento da *psique* no *soma* (por intermédio da elaboração imaginativa das funções corporais), e o bebê alcança o estatuto unitário, chegando também a existência psicossomática (Cf. Winnicott 1958j, 1960c, 1965n [1962]).

Para Winnicott, sentir-se dentro do próprio corpo, usufruir dele e das funções corpóreas, são condições fundamentais para uma vida saudável. A conquista dessa unidade, cujo funcionamento corporal é integrado à personalidade do indivíduo, ou seja, faz parte da sensação de “EU SOU”, torna o bebê capaz de estabelecer um dentro e um fora, além de se reconhecer como uma pessoa inteira que vem a se relacionar com pessoas inteiras.

Verificamos, todavia, que o alcance da unidade *psique-soma* não é uma conquista que está ao alcance de todos, visto que a integração e a vinculação entre *psique* e *soma* está na dependência de um ambiente facilitador e sustentador, principalmente no início da vida (Cf. Winnicott, 1987e [1966], 1988). Nesse período, *psique* e *soma* não estão propriamente separados, mas ainda estão indiferenciados entre si. Na fase de dependência absoluta, esses elementos não se uniram num mútuo inter-relacionamento e a ocorrência deste fato depende da existência de um ambiente que facilite o processo. Winnicott (1969g) aponta: “a psique e o soma [...] não se iniciam como uma unidade. Eles formam uma unidade se tudo corre bem no desenvolvimento desse indivíduo, mas isto é uma conquista” (p. 430).

Se o oposto ocorre e o ambiente não se adapta ao bebê, principalmente nos estágios iniciais, é possível a ocorrência de uma conexão deficiente entre o *soma* e a *psique*, dificultando ou impedindo que o bebê estabeleça a base de um si-mesmo no próprio corpo e de sentir que vive em seu corpo. Em virtude disso, o corpo pode ser sentido como algo estranho ao eu individual, por constituir um aspecto não-integrado de sua personalidade (Cf. Winnicott, 1966 d [1964]).

Observamos, nesse sentido, que a falha ambiental na adaptação às necessidades do bebê nos estágios mais precoces do amadurecimento pode

resultar no desenvolvimento do falso *self* (si-mesmo) e na cisão da *psique* com o *soma*. O falso si-mesmo encontra-se atrelado à fraca ou ausente inter-relação do psique-soma, que pode ceder lugar para uma psique-mente, uma vez que o indivíduo precisou reagir as intrusões ambientais no curso desse desenvolvimento, o que promoveu quebras na sua continuidade de ser e dificuldades no alcance dos processos integrativos (Cf. Winnicott, 1954a [1949], p.336-337).

Winnicott nos ensina que a *psique* se insere gradualmente no *soma* (se houver o ambiente suficientemente bom) por meio das experiências funcionais e sensoriais, através da elaboração imaginativa das funções corporais. Tais experiências também levam o bebê, pouco a pouco, à integração dos instintos (que passam então a serem vividos não como externos, mas pertencentes ao indivíduo), visto que as experiências instintuais, se sustentadas pelo ambiente, contribuem para a inter-relação do *soma* e da *psique*. Elas fornecem ao bebê um sentido pessoal que lhe é significativo, justamente porque está ancorado no seu funcionamento corporal.

Constatamos que, no entanto, o funcionamento corporal isolado não corresponde à saúde, assim como a *psique* também não pode estar desconectada do *soma*. A mente foi estudada, neste trabalho, como um caso especial do funcionamento psicossomático (Winnicott, 1954a e 1988). Winnicott entende que, na saúde, o funcionamento somático e psíquico precisam estar unidos e intrinsecamente relacionados. Para ele, o suporte ambiental suficientemente bom é a condição da conquista do amadurecimento.

Para a compreensão dos processos integração psicossomática que ocorrem no estágio de dependência absoluta, é necessário retomar o que Winnicott descreveu sobre o ato de *segurar* o bebê, o *holding*, relacionado com sustentação e manejo. Isso implica, para esse autor, em uma comunicação entre o bebê e a mãe, por meio da qual ele se sente confiante, porque é segurado, sustentado e protegido para que não caia. Assim, o bebê depende da capacidade da mãe de segurá-lo e manipulá-lo satisfatoriamente, levando em conta que está

cuidando não apenas de um corpo, mas de uma pessoa inteira, ainda que o bebê, nos estágios iniciais, não se saiba uma pessoa inteira. Todas essas experiências tornam possível ao bebê desenvolver a parceria psicossomática. Lembremo-nos de que o ambiente de *holding* winnicottiano desenrola-se na presença materna e leva em conta a qualidade dessa presença e de seus efeitos sobre o bebê. Se a mãe não pôde entrar no estado descrito e não foi capaz de oferecer ao bebê o toque adequado na fase de dependência absoluta, é possível que ele nunca se sinta integrado ao seu próprio corpo, pois a integração psicossomática também depende do cuidado ambiental.

Conforme mostramos, o psicossoma é uma unidade integrada que não pode ser dissociada, sob o risco de prejuízos para o indivíduo e todo o seu desenvolvimento. A *psique* que habita o *soma*, como Winnicott descreve, parece refletir que o processo de personalização ocorreu satisfatoriamente, como resultado da adaptação e do toque materno suficientemente bom no bebê na fase de *holding*, no período de dependência absoluta, quando a mãe está em estado de preocupação materna primária. Essa inter-relação crescente entre soma e psique é o ponto fundamental a partir do qual o sentimento de self se desenvolve. Winnicott (1955c [1954]), afirma: “Quando podemos ter a certeza de que no desenvolvimento de um bebê o sentimento de ser uma unidade é um fato para aquele bebê, podemos também presumir que ele está vivendo dentro do seu corpo” (p. 358).

Por intermédio do bom cuidado materno, a *psique* chega, na saúde, a um “acordo” com o *soma*, e o vínculo entre eles se estabelece fortemente. Ocupando o mesmo lugar, *psique* e *soma* formam uma unidade psicossomática, o que significa que o indivíduo alcançou a integração psicossomática, isto é, uma personalização satisfatória, base fundamental para o sentimento de viver no próprio corpo.

O presente trabalho permite-nos considerar que o desenvolvimento saudável humano é consequência da integração da *psique* com o *soma*, como base da estrutura do indivíduo em desenvolvimento. Devemos reforçar: havendo

uma boa adaptação materna, ocorre a conquista da morada da *psique* no *soma*, seguida pela “fruição de uma unidade psicossomática na experiência” (Winnicott, 1966d, p.89). Com o estabelecimento do sentimento de existir, alcançado no estágio em que o bebê poderia dizer (se falasse) EU SOU, a fruição do funcionamento corporal reforça o desenvolvimento do ego e vice-versa. Numa situação em que a adaptação foi inconstante e as falhas ambientais foram frequentes, as reações do bebê a essas falhas ou intrusões prejudicarão ou poderão impedir que ele desenvolva o saudável assentamento da *psique* no *soma*, alterando as bases do si-mesmo no corpo e da existência do sentimento de EU SOU, implicando uma dissociação na personalidade. “É o significado de ‘eu’ e ‘eu sou’ que é alterado pela dissociação psicossomática” (Winnicott, 1966d , p.89).

Os sintomas e patologias cuja origem se relaciona às falhas ambientais foram amplamente explorados por Winnicott, sendo que muitos dos quadros clínicos descritos por ele estão associados a dificuldades no alcance de conquistas básicas do amadurecimento, como é o caso de problemas na aquisição da integração psicossomática.

A doença psicossomática constitui-se em sintoma o qual mostra que algo não correu bem no início do desenvolvimento emocional. Contudo, Winnicott considera haver, nos sintomas das doenças psicossomáticas, uma insistência na interação do *soma* e da *psique*, sendo o transtorno, então, uma defesa contra a ameaça de perda da união psicossomática ou contra alguma forma de despersonalização. Winnicott avalia que o objetivo inconsciente da doença psicossomática seria o de “conduzir a psique para longe da mente, de volta a associação íntima com o soma”.

REFERÊNCIAS

- ABRAM, J. (1996). *The Language of Winnicott: A dictionary of Winnicott's use of words*. Londres: Karnac. [Tradução: A linguagem de Winnicott. Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott], Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- ABRAM, J. (2008) Donald Woods Winnicott (1896-1971). A brief introduction. *International Journal of Psychoanalysis*, 89(6), 1189-1217.
- AIELLO VAISBERG, T. M. & GRANATO, T. M. M. (2006). O nome da filha, in: *Ser e fazer: na clínica winnicottiana da maternidade* (pp. 81-89). Aparecida, SP: Idéias & Letras.
- ANDRADE, T. F. & SANTOS, M. A. (2009). A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental: Print version ISSN 1415-4714- Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* vol.12 no.3, São Paulo Sept. 2009.
- BRUSSET B., COUVREUR C., FINE A. (2003). *A bulimia*. São Paulo: Escuta.
- COTTA, J. A. M. (2003). *O alojamento da psique no corpo, segundo Winnicott*. Dissertação de mestrado (PUC-SP), São Paulo.
- DIAS, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- FREUD, S. (1893). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação Preliminar, in: *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. (pp. 39-56), vol. II, Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1894a). As neuropsicoses de defesa. In: *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, (pp. 53-78). Vol. III, Rio de Janeiro: Imago.

- FREUD, S. (1895d). *Estudos sobre a histeria*, in: *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, vol. II, Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1896a). A etiologia da histeria, in: *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, (pp. 189-220), vol. III. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1896b). Observações Adicionais Sobre as neuropsicoses de Defesa, in: *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, (pp. 163-188), vol. III. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1897). Carta 69, in: *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, (pp. 309-311), vol. I. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1898). A sexualidade na etiologia das neuroses, in: *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, (pp. 251-274), vol. III. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1900) A interpretação dos sonhos, in: *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, vol. V. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1905e [1901]). Fragmentos da análise de um caso de histeria, in: *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, (pp.13-115), vol. VII. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1915). O inconsciente, in: *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, (pp. 163-221), vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1915). Os instintos e suas vicissitudes, in: *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, (pp. 115-144), vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1920g). Além do princípio do prazer, in: *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, (pp. 11- 130), vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1923). O Ego e o Id, in: *Obras Completas de Freud*, (pp. 13-80), vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago.

- FULGENCIO, L. (2003). As especulações metapsicologias de Freud. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, São Paulo, v. 5, (1), 129-173.
- FULGENCIO, L. (2006b). Winnicott e uma psicanálise sem metapsicologia. *Natureza Humana*, v. 8, e-1 (pp. 401-420).
- FULGENCIO, L.; ARAÚJO, C. S. (2007) *Bibliografia winnicottiana.*, São Paulo: EDUC, v. 1. (pp. 314).
- FULGENCIO, L. (2007b). Paradigmas na história da psicanálise. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 9(1) (pp. 97-128).
- FULGENCIO, L. (2008a [2001]). *O método especulativo em Freud*, São Paulo: EDUC.
- FULGENCIO, L. (2008). *Notas sobre o interesse da psicologia dinâmica de Winnicott para a educação.* Vitória da Conquista, BA: Aprender v. VI (pp. 75-1).
- FULGENCIO, L. (2008). O brincar como modelo do método de tratamento psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 42 (pp. 124-136).
- GADAMER, H. G. (2002). *Verdade e Método*, Vol. 1 e 2. Vozes. Petrópolis-RJ.
- GRAÑA, R. R. (1997). *Apresentação à edição brasileira*, in Winnicott, 1996a (W21).
- GRANATO, T. M. M (2006). A maternidade e a clínica winnicottiana, in: *Ser e fazer: na clínica winnicottiana da maternidade* (pp. 33-50). Aparecida, SP: Idéias & Letras.
- GREENBERG & MITCHELL (1994). *Relações objetais na teoria psicanalítica.* Porto Alegre: Artes Médicas.
- JEAMMET, P. (1984). A abordagem psicanalítica dos transtornos alimentares. In: Urribarri, R. (org.) *Anorexia e Bulimia.* São Paulo: Escuta, 1999.
- JORGE, M. R. DSM-IV-Tr (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.* Artmed.

- KHAN, M. (1978). *Prefácio à Winnicott 1978: da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*, Rio de Janeiro: Imago.
- KLEIN, M. (1952). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê, in: *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*, (vol.III), Rio de Janeiro: Imago editora, 1991.
- KUHN, T. S. (1975 [1970]). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. 1986 [1967]. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- LAURENTTIS, V. R. F. de (2008). *Aspectos somáticos da conquista do eu em D. W. Winnicott*. Dissertação de Mestrado, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia clínica da PUC-SP, São Paulo.
- LAWN, C. (2007). *Compreender Gadamer*. Vozes, Petrópolis-RJ.
- LOPARIC, Z. (1997). Winnicott: uma psicanálise não-edipiana. *Percurso*, ano IX, n. 17: 41-47. Reeditado em 1997: *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, vol.4 (n. 2), 375-387.
- LOPARIC, Z. (2000b). "O animal humano". *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, vol. 2, n. 2, 351-397.
- LOPARIC, Z. (2001b). Esboço do paradigma winnicottiano. *Cadernos de História e Filosofia da Ciência*, vol. 11 (n. 2), 7-58.
- LOPARIC, Z. (2005). Elementos da teoria winnicottiana da sexualidade. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, vol. 7(n. 2), 311-358.
- LOPARIC, Z. (2006). De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana* vol. 8 (especial n.1), 21-47.

- LOPARIC, Z. (2008). O paradigma winnicottiano e o futuro da psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 137-150.
- MENDONÇA, M. E. (2007). *A psicomotricidade e a educação somática à luz da psicanálise winnicottiana*. Tese de doutorado (PUC-SP), São Paulo.
- MIRANDA, M. R. (2003). *Anorexia Nervosa e Bulimia à luz da Psicanálise - a complexidade da relação mãe-filha*. Tese de doutorado (PUC-SP), São Paulo.
- MOURA, F. E. G. A. (2007). *O cuidado materno e a estruturação do vínculo mãe-filha nos transtornos alimentares*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- OUTEIRAL, J. O. & GRAÑA, R. (orgs.) (1991). *Donald W. Winnicott: Estudos*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- PEREIRA, A. M. R. Q; RAGAU, M. R.; WEINSTEIN, L. V. B. & JADURE, S. G. (2007). Authors who have an impact on candidates training. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88 (5), 1245-1261.
- PHILIPS, A. (2006). *Winnicott*. São Paulo: Idéias e Letras.
- SANTOS, M. A. (2006). Sofrimento e esperança: grupo de pacientes com anorexia e bulimia nervosas. *Medicina (Ribeirão Preto)*; 39 (3), 386-401.
- SCAZUFCA, A. C. M. (1998). *Abordagem psicanalítica da anorexia e da bulimia como distúrbios da oralidade*. Dissertação de mestrado (PUC-SP)
- SERRALHA, C. A. (2007). *Uma abordagem teórica e clínica do ambiente a partir de Winnicott*. Tese de Doutorado, PUC - São Paulo, São Paulo.
- SILVA, L. M. & SANTOS, M. A. (2006). Construindo pontes: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. *Medicina (Ribeirão Preto)*; 39 (3), 415-24.
- URRIBARRI, R. (1999 org.). *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta.

- WINNICOTT, D. W. (1931). Psiquiatria infantil: o corpo enquanto afetado por fatores psicológicos, in: *Pensando sobre crianças*, (pp. 162-163). Porto Alegre: Artmed, 1997. (W21).
- WINNICOTT, D. W. (1945d). Desenvolvimento emocional primitivo, in: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (pp. 218-232), 1958a [D. Bogomoletz, trad.] (pp. 218-232) Rio de Janeiro: Imago, 2000 (W6).
- WINNICOTT, D. W. (1945h). Para um estudo objetivo da natureza humana, in: *Pensando sobre crianças*. (pp. 31-37). Porto Alegre: Artmed, 1997. (W21).
- WINNICOTT, D. W. (1948). Introdução Primária à realidade externa: os estágios iniciais, in: *Pensando sobre crianças*. (pp. 45-50). Porto Alegre: Artmed, 1997. (W21).
- WINNICOTT, D. W. (1948b). "Pediatria e Psiquiatria", in: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. 1958a [D. Bogomoletz, trad.] (pp. 233-253). Rio de Janeiro: Imago, 2000 (W6).
- WINNICOTT, D. W. (1953c) [1951]. Objetos transicionais e fenômenos transicionais, In: *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro Imago, 1975a. (W10).
- WINNICOTT, D. W. (1954) [1936]. O apetite e os problemas emocionais, in *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. 1958a [D. Bogomoletz, trad.] (pp. 91-111) Rio de Janeiro: Imago, 2000. (original publicado em 1958) (W6).
- WINNICOTT, D. W. (1954a) [1949]. A mente e sua relação com o psique-soma, in *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. [D. Bogomoletz, trad.] (pp. 332-346) Rio de Janeiro: Imago, 2000. (original publicado em 1958) (W6).
- WINNICOTT, D. W. (1955c [1954]). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal, in: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. [D. Bogomoletz, trad.] (pp. 355-373). Rio de Janeiro: Imago, 2000. (original publicado em 1958). (W6).

- WINNICOTT, D. W. (1958b [1950]). A agressividade e sua relação com o desenvolvimento emocional, in: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. [D. Bogomoletz, trad.] (pp.288-304). Rio de Janeiro: Imago, 2000. (original publicado em 1958). (W6).
- WINNICOTT, D. W. (1958d [1952]). Ansiedade associada à insegurança, in: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. [D. Bogomoletz, trad.] (pp. 163-167) Rio de Janeiro: Imago, 2000. (original publicado em 1958). (W6).
- WINNICOTT, D. W. (1958g [1957]). A capacidade para estar só, in: *Winnicott, D. W. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*, (pp. 31-37). (I. C. S. Ortiz, trad.) Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (reimpressão 2007) (original publicado em 1979)1965b (W9).
- WINNICOTT, D. W. (1958j). O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional, in: *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 1956a (W8)
- WINNICOTT, D. W. (1958n) [1956]. A preocupação materna primária, in *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. [D. Bogomoletz, trad.] (pp. 399-405) Rio de Janeiro: Imago, 2000. (original publicado em 1958). 1958a (W6).
- WINNICOTT, D. W. (1960c). Teoria do relacionamento paterno-infantil, in: *Winnicott, D. W. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (I. C. S. Ortiz, trad.) (pp. 38-54) Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (reimpressão 2007) (original publicado em 1979)1965b (W9).
- WINNICOTT, D. W. (1961b [1957]). Fatores de integração e desintegração na vida familiar, in: *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 1956a (W8)
- WINNICOTT, D. W. (1963b). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar, in *Winnicott, D. W. 1965b. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (pp. 70-78). (I. C. S. Ortiz, trad.) Porto

Alegre: Artes Médicas, 1983. (reimpressão 2007) (original publicado em 1979) (W9).

WINNICOTT, D. W. (1963c). Os doentes mentais na prática clínica, in *Winnicott, D. W. 1965b. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* (pp. 196-206). (I. C. S. Ortiz, trad.) Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (reimpressão 2007) (original publicado em 1979) (W9).

WINNICOTT, D. W. (1964c). O recém-nascido e sua mãe, in: *Os bebês e suas mães.* 1987a. São Paulo, Martins Fontes (W16).

WINNICOTT, D. W. (1965a). *The family and Individual Development*, Londres: Tavistock Publications Ltd. [Tradução: *A família e o desenvolvimento individual*]. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 1956a (W8).

WINNICOTT, D. W. (1965). Crescimento e desenvolvimento na fase imatura, in: *A família e o desenvolvimento individual.* São Paulo: Martins Fontes, 2001. 1956a (W8)

WINNICOTT, D. W. (1965h) [1959-1964]. Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? in *Winnicott, D. W. 1965b. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (original publicado em 1979) (W9).

WINNICOTT, D. W. (1965m) [1960]. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self, in *Winnicott, D. W. 1965b. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* (pp. 128-139). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (original publicado em 1979) (W9).

WINNICOTT, D. W. (1965n) [1962]. A integração do ego no desenvolvimento da criança, in *Winnicott, D. W. 1965b. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* (pp. 55-61) Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (original publicado em 1979) (W9).

- WINNICOTT, D. W. (1965r) [1963]. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo, in *Winnicott D. W. 1965b. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (pp. 79-87) Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (original publicado em 1979). (W9).
- WINNICOTT, D. W. (1965s) [1955]. Influências de grupo e a criança desajustada, in: *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, (W8).
- WINNICOTT, D. W. (1965va [1962]). Enfoque pessoal da contribuição kleiniana, in: *Winnicott, D. W. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional (1965b)*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, (W9).
- WINNICOTT, D. W. (1965vd [1963]). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil, in: *Winnicott, D. W. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 156-162). (1965b). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (W9)
- WINNICOTT, D. W. (1965vf) [1960]. O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê, in: *Winnicott A família e o desenvolvimento individual*. (1965a). São Paulo: Martins Fontes (W8)
- WINNICOTT, D. W. (1965t) O crescimento e o desenvolvimento na imaturidade, in: *Winnicott A família e o desenvolvimento individual*. (1965a). São Paulo: Martins Fontes (W8)
- WINNICOTT, D. W. (1966d) [1964]. Transtorno [disorder] Psicossomático, in: C. Winnicott, R. Shepherd, e M. Davis, (orgs.) *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. (pp. 82-90). (J. O. A. Abreu, trad.) Porto Alegre: Artmed, 1994. (original publicado em 1989). (W19).
- WINNICOTT, D. W. (1967c). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil, In: *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro Imago, 1975a. (W10).

- WINNICOTT, D. W. (1967) A influência do desenvolvimento emocional sobre os problemas de alimentação, in: *Pensando sobre crianças*. (pp. 59-60). Porto Alegre: Artmed, 1997. (W21).
- WINNICOTT, D. W. (1968). Conceitos contemporâneos de desenvolvimento adolescente e suas implicações para a educação superior, In: *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro Imago, 1975a. (W10).
- WINNICOTT, D. W. (1968d). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências, in: *Os bebês e suas mães*. 1987a. São Paulo, Martins Fontes (W16).
- WINNICOTT, D. W. (1968f [1967]). O ambiente saudável na infância, in: *Os bebês e suas mães*. 1987a. São Paulo, Martins Fontes (W16).
- WINNICOTT, D. W. (1968g). Inter-relacionar-se independentemente do impulso instintual e em função de identificações cruzadas. In: *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro Imago, 1975. (W10).
- WINNICOTT, D. W. (1969b [1968]). A amamentação como forma de comunicação, in: *Os bebês e suas mães*. 1987a. São Paulo, Martins Fontes (W16).
- WINNICOTT, D. W. (1969g) [1969]. Fisioterapia e Relações Humanas. In: C. Winnicott, R. Shepherd, e M. Davis, (orgs.) *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* 1989a. (pp. 427-432). (J. O. A. Abreu, trad.) Porto Alegre: Artmed, 1994. (W19).
- WINNICOTT, D. W. (1969i) [1968]. O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações. In: *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* 1989a. Londres: Karnac Books. [Tradução: *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*]. (J. O. A. Abreu, trad.) Porto Alegre: Artmed, 1994 (W19).
- WINNICOTT, D. W. (1970a). A dependência nos cuidados infantis, in: *Os bebês e suas mães*. 1987a. São Paulo, Martins Fontes (W16).

- WINNICOTT, D. W. (1970b) [1969]. A experiência mãe-bebê de mutualidade, In: *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* 1989a. Londres: Karnac Books. [Tradução: *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*]. (J. O. A. Abreu, trad.) Porto Alegre: Artmed, 1994 (W19).
- WINNICOTT, D. W. (1971a). *Playing and Reality*, England: Penguin Books. [Tradução: O brincar & a Realidade]. Rio de Janeiro: Imago (W10).
- WINNICOTT, D. W. (1971d) [1970]. Sobre as bases para o self no corpo, In: *Psychoanalytic Explorations*. Londres: Karnac Books. [Tradução: *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*]. (J. O. A. Abreu, trad.) Porto Alegre: Artmed, 1994 (W19).
- WINNICOTT, D. W. (1974). O medo do colapso. In: *Psychoanalytic Explorations*. Londres: Karnac Books. [Tradução: *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*]. (J. O. A. Abreu, trad.) Porto Alegre: Artmed, 1994 (W19).
- WINNICOTT, D. W. (1986b). Tipos de Psicoterapia, in: *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989, (W14).
- WINNICOTT, D. W. (1987a). *Babies and their Mothers*, Londres: Free Association Books. [Tradução: Os bebês e suas mães]. São Paulo, Martins Fontes (W16).
- WINNICOTT, D. W. (1987b). *O Gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes, 1990 (W17).
- WINNICOTT, D. W. (1987e) [1966]. A mãe dedicada comum, in *Os bebês e suas mães*. 1987a, São Paulo, Martins Fontes (W16).
- WINNICOTT, D. W. (1988). *Human Nature*. Londres: Winnicott Trust. [Tradução: Natureza Humana]. (D. Bogomoletz, trad.) Rio de Janeiro: Imago, 1990 (W18).
- WINNICOTT, D. W. (1989a). *Psychoanalytic Explorations*. Londres: Karnac Books. [Tradução: *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*]. (J. O. A. Abreu, trad.) Porto Alegre: Artmed, 1994 (W19).

- WINNICOTT, D. W. (1989vk). A Psicologia da Loucura: uma contribuição da psicanálise. In C. Winnicott 1989a, R. Shepherd, e M. Davis, (orgs.) *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. (pp. 91-93) (J. O. A. Abreu, trad.) Porto Alegre: Artmed, 1994 (W19).
- WINNICOTT, D. W. (1989vm) [1969]. II Nota adicional sobre transtorno psicossomático, in: C. Winnicott 1989a, R. Shepherd, e M. Davis, (orgs.) *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. (pp. 91-93) (J. O. A. Abreu, trad.) Porto Alegre: Artmed, 1994. (W19).
- WINNICOTT, D. W. (1989n) [1970]. Individualização, in: C. Winnicott 1989a, R. Shepherd, e M. Davis, (orgs.) *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. (J. O. A. Abreu, trad.) Porto Alegre: Artmed, 1994. (W19).
- WINNICOTT, D. W. (1989vl [1961]). Psiconeurose na infância, in: C. Winnicott 1989a, R. Shepherd, e M. Davis, (orgs.) *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. (J. O. A. Abreu, trad.) Porto Alegre: Artmed, 1994. (W19).
- WINNICOTT, D. W. (1989m [1964]). A importância do setting no encontro com a regressão na psicanálise, in: C. Winnicott 1989a, R. Shepherd, e M. Davis, (orgs.) *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. (J. O. A. Abreu, trad.) Porto Alegre: Artmed, 1994. (W19).
- WINNICOTT, D. W. (1989s [1965]). Uma nova luz sobre o pensar infantil, in: C. Winnicott 1989a, R. Shepherd, e M. Davis, (orgs.) *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. (J. O. A. Abreu, trad.) Porto Alegre: Artmed, 1994. (W19).
- WINNICOTT, D. W. (1996a). *Thinking about children*, Londres: Karnac Books. [Tradução: Pensando sobre crianças]. Porto Alegre: Artmed, 1997. (W21).