

CLAUDIA MEZZARANO FARIA

**UM ESTUDO SOBRE AS REFERÊNCIAS DE
WINNICOTT AOS FENÔMENOS
PSICOSSOMÁTICOS**

PUC – CAMPINAS

2012

CLAUDIA MEZZARANO FARIA

**UM ESTUDO SOBRE AS REFERÊNCIAS DE
WINNICOTT AOS FENÔMENOS
PSICOSSOMÁTICOS**

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

Orientador: Prof. Dr. Leopoldo Fulgencio.

PUC – CAMPINAS

2012

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

t157.9
F224e

Faria, Cláudia Mezzarano .

Um estudo sobre as referências de Winnicott aos fenômenos psicossomáticos / Cláudia Mezzarano Faria. - Campinas: PUC – Campinas, 2012.

95p.

Orientador: Leopoldo Fulgencio.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia. Inclui anexos e bibliografia.

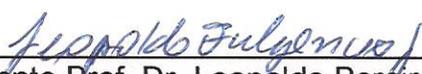
1. Psicologia clínica. 2. Medicina psicossomática. 3. Psicanálise.
4. Winnicott, D. W. (Donald Woods), 1896-1971. I. Fulgencio, Leopoldo.
II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

20. ed. CDD – t157.9

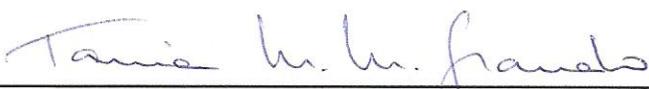
CLAUDIA MEZZARANO FARIA

**UM ESTUDO SOBRE AS REFERÊNCIAS DE
WINNICOTT AOS FENÔMENOS
PSICOSSOMÁTICOS**

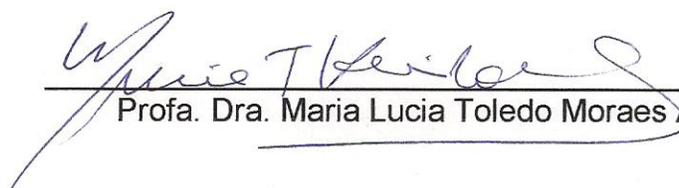
BANCA EXAMINADORA



Presidente Prof. Dr. Leopoldo Pereira Fulgencio Junior



Profa. Dra. Tania Mara Marques Granato



Profa. Dra. Maria Lucia Toledo Moraes Amiralian

PUC-CAMPINAS

2012

***Para minha mãe, que tanto me
incentivou a realizar esse desejo.***

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela vida e pelas oportunidades.

À PUC-Campinas, à Reitoria e à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação.

Ao corpo docente e aos funcionários, especialmente à Elaine, Eliane e Maria Amélia, funcionárias da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

À CAPES, pelo apoio financeiro para o desenvolvimento dessa pesquisa.

Ao meu orientador, Professor Doutor Leopoldo Fulgencio, pelo apoio teórico e técnico, e por acreditar em meu potencial.

Às Professoras Doutoradas Tânia Aiello Vaisberg e Tânia Mara Marques Granato, pelas valiosas contribuições em meu exame de qualificação.

Aos colegas do grupo de pesquisa, Carol Souza, Carol Cruz, João, Lauren, Lucas, Marília, Marina, Priscila, Ricardo, Salete, Saulo, Soraia e Sylvia, pelas importantes trocas e discussões nas aulas, pela ajuda nos momentos de dúvidas e pelos agradáveis bate-papos.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional.

Ao Dr. Geraldo Faria, por ser modelo de dedicação e de preocupação com a ética, o estudo e a atualização profissional.

Ao Jonas, marido amado e sempre presente companheiro, que tanto apóia o meu crescimento profissional. Obrigada por compreender a minha dedicação e os momentos em que estivesse ausente durante essa jornada.

Às amigas Carol, Cassília e Vladia, que me proporcionaram períodos de alegria e descontração, sempre quando eu mais precisava.

ABSTRACT

FARIA, Cláudia Mezzarano. *A study from Winnicott's references about psychosomatics phenomena*. 2012. 95p. Dissertation (Masters in Psychology as Profession and Science) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2012.

The aim of this study was to clarify Winnicott's understandings of the psychosomatic problems, especially those related to the genesis, dynamics and potential treatment, thus contributing to the development of his psychosomatic theory. Several cases and clinical vignettes with psychosomatic symptoms and references, scattered in his work, were gathered, organized and classified. Data analysis was based on these references in relation to the theory. Beginning with the notions of integration psyche-soma and personalization, Winnicott considers the real psychosomatic disorder related to primary (early) development processes. He assumes the commonly called psychosomatic disorder phenomenon is only the body-psyche connection (linkage). Furthermore, he assumes that in several cases, the physical manifestations of psycho-emotional difficulties are natural phenomenon of human life and part of the maturation process. The classification of cases and clinical vignettes was proposed as follows: "False psychosomatic disorder" versus "True psychosomatic disorder", in order to distinguish the phenomenon that is routinely taken as a psychosomatic disorder, but that only indicates the psyche-soma intimate relationship, from the true psychosomatic disorder, in Winnicott's concept, and the "False psychosomatic disorder" subcategories "Natural reaction" versus "Pathological symptom", to separate natural physical manifestations of emotional difficulties from some kind of psychopathology, although not characterized as a real psychosomatic disorder. The genesis, dynamics and potential treatment of a psychosomatic symptom depends on the category it fits. By analyzing and systematizing the Winnicott material (work), we intended to contribute to deepening his theory and to solving the empiric-clinical problem of the psychosomatic phenomena.

Keywords: *psyche-soma, psychosomatic phenomena, psychosomatic disorder, Winnicott, classification.*

RESUMO

FARIA, Cláudia Mezzarano. *Um estudo sobre as referências de Winnicott aos fenômenos psicossomáticos*. 2012. 95p. Dissertação (Mestrado em Psicologia como Profissão e Ciência) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2012.

Essa pesquisa objetivou explicitar a compreensão que Winnicott teve dos problemas psicossomáticos, principalmente em relação à gênese, dinâmica e possibilidade de tratamento, contribuindo para o desenvolvimento de sua teoria psicossomática. Procurou-se reunir, organizar e classificar diversos casos e vinhetas clínicas, dispersos na obra de Winnicott, nos quais há referência aos sintomas psicossomáticos. A análise dos dados se deu a partir da relação desses com a teoria winnicottiana. A partir das noções de *Integração psique-soma* e *Personalização*, Winnicott considera que o *distúrbio psicossomático verdadeiro* está relacionado com falhas em processos primitivos do desenvolvimento, e ressalta que o fenômeno que comumente é chamado de distúrbio psicossomático refere-se apenas às vinculações entre o corpo e o psiquismo. Além disso, Winnicott afirma que, muitas vezes, as manifestações físicas advindas de dificuldades psicoemocionais são fenômenos naturais que fazem parte da vida e do processo de amadurecimento. Dessa forma, foram propostas as seguintes classificações para os casos e vinhetas clínicas: “Falso distúrbio psicossomático” *versus* “Verdadeiro distúrbio psicossomático”, com o intuito de diferenciar o fenômeno que corriqueiramente é chamado de distúrbio psicossomático, mas que apenas indica a íntima relação entre psique e soma, do distúrbio psicossomático verdadeiro, na concepção winnicottiana, e as subcategorias “Reação natural” *versus* “Sintoma patológico”, dentro da categoria “Falso distúrbio psicossomático”, que indica que algumas manifestações físicas devem ser caracterizadas apenas como modos de se reagir às dificuldades inerentes à vida, enquanto que outras indicam a presença de alguma psicopatologia, ainda que não se caracterize como um distúrbio psicossomático verdadeiro. A gênese, a dinâmica e a forma de se tratar um problema psicossomático depende da categoria na qual ele se enquadre. Ao sistematizar e analisar esse material apresentado por Winnicott procurou-se contribuir para o aprofundamento de sua teoria e para a resolução do problema empírico-clínico dos fenômenos psicossomáticos.

Palavras-chave: psique-soma, fenômenos psicossomáticos, distúrbios psicossomáticos, Winnicott, classificação.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. Aspectos Gerais	10
2. O paciente psicossomático	15
3. Psicossomática e Psicanálise	17
4. Objetivo.....	19
5. Justificativa	20
6. Perspectiva Teórica	22
7. Método.....	33
8. Desenvolvimento	36
CAPÍTULO I – A teoria psicossomática de Winnicott	38
I. 1. Aspectos gerais da teoria do amadurecimento.....	38
I. 2. O psique-soma e o alojamento da psique no corpo	44
I. 3. O funcionamento mental	48
CAPÍTULO II – O <i>verdadeiro distúrbio psicossomático</i> , segundo Winnicott	52
II. 1. A diferença entre o distúrbio psicossomático e as corriqueiras manifestações físicas envolvidas nos processos psicoemocionais.....	52
II. 2. O distúrbio psicossomático como falha nos processos primitivos	54
II. 3. O tratamento dos distúrbios psicossomáticos	61
CAPÍTULO III – As referências de Winnicott aos fenômenos psicossomáticos	64
III. 1. Apresentação dos dados do quadro geral.....	64
III. 2. Classificação e interpretação das referências de Winnicott aos sintomas e distúrbios psicossomáticos.....	65

CAPÍTULO IV – Outras possibilidades de classificação e interpretação dos dados	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
ANEXO.....	95

INTRODUÇÃO

1. Aspectos Gerais

Atualmente, um grande desafio das disciplinas científicas dedicadas à saúde tem sido a compreensão e o tratamento dos distúrbios psicossomáticos. Uma diversidade de doenças ou manifestações físicas relacionadas com dificuldades emocionais tem exigido dos profissionais de saúde estudo e dedicação, com o objetivo de sanar ou, ao menos, minimizar o sofrimento físico e psíquico envolvidos no processo de adoecimento.

Enfermidades prevalentes, como algumas doenças autoimunes, alérgicas, infecciosas, neoplásicas, sistêmicas ou ainda caracterizadas por processos inflamatórios têm sido compreendidas como fenômenos psicossomáticos. Asma brônquica, urticária crônica, artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, colite ulcerativa, doença de Crohn e câncer são algumas das enfermidades que têm tido, cada vez mais, sua gênese, manutenção ou evolução relacionada com dificuldades afetivas (Mello Filho & Moreira, 2010). Dessa forma, a compreensão dos sintomas e doenças psicossomáticas em relação à etiologia e dinâmica, bem como a descoberta de novas formas efetivas de tratamento e prevenção, pode trazer significativas contribuições para a saúde pública.

Segundo Zimerman (2001), a influência dos fatores psicológicos na determinação de doenças orgânicas é um fato incontestável, afirmando a inseparabilidade entre psiquismo e corpo:

Ninguém mais contesta a inequívoca interação entre o psiquismo determinando alterações somáticas e vice-versa, o que permitiria a ilustração com exemplos clínicos que vão desde os mais simples (a corriqueira evidência de estados de raiva ou medo produzindo palidez e

taquicardia; vergonha levando a um enrubescimento; um estado gripal desencadeando uma reação depressiva e, reciprocamente, um estado depressivo facilitando o surgimento de uma gripe, etc.), passando por situações mais complexas. (...). Igualmente as psicossomatizações podem atingir níveis bastante mais complexos e ainda inexplicáveis, como comprovam os modernos estudos da *psicoimunologia* e dados da observação clínica, como o da instalação de quadros cancerígenos diante de perdas importantes, etc. (Zimerman, 2001, p. 718, grifo dele)

A relação mente-corpo, assim como os conceitos de saúde e doença, tem sido foco de interesse ao longo de séculos. As doenças já foram atribuídas a forças cósmicas, aos deuses ou demônios, a até ao pecado (Castro, Andrade, & Muller, 2006). Na Antiguidade, segundo Volich (2000), o adoecer era considerado uma manifestação de forças sobrenaturais, e a cura era buscada em rituais religiosos. As práticas terapêuticas e as concepções de vida, de saúde e de morte estavam intimamente ligadas a essas crenças (p. 19).

A origem da Medicina costuma ser personificada em Hipócrates, nascido por volta de 460 a.C. Ele desenvolveu um grande corpo de conhecimentos e descreveu muitas das concepções filosóficas, etiológicas e terapêuticas que fundaram a medicina moderna (Volich, 2000, p. 24). Hipócrates introduziu a idéia de unidade funcional do corpo, no qual a *psyché*, compreendida como alma, exerce uma função reguladora. Ele considerava o Homem como uma unidade organizada, passível de desorganizar-se, sendo que essa desorganização propiciaria a emergência de uma doença. Ressaltou ainda a importância da observação clínica e da anamnese, destacando a relevância do histórico do paciente para se compreender o presente e fazer prognósticos para o futuro. Afirmava que cada caso é único e singular, devendo ser ouvido como uma história inédita (idem, p. 25).

Outro nome importante na história da medicina, o médico e filósofo Galeno de Pérgamo (nascido por volta de 130 d.C.) acreditava que as causas das doenças eram endógenas, estavam dentro do próprio homem, em sua

constituição física ou em hábitos de vida que levavam ao desequilíbrio do organismo (Castro et al., 2006). Ele defendeu a estreita relação entre corpo e espírito e desenvolveu, a partir da teoria dos humores de Hipócrates, uma *tipologia psicológica* que estaria relacionada com diferentes manifestações patológicas (Volich, 2000).

Esse conceito de “causas endógenas” prevaleceu por vários séculos, até o médico suíço Paracelsus (pseudônimo de Philippus Aureolus Theophrastus Bombast von Hohenheim, 1493-1541) afirmar que as doenças eram provocadas por agentes externos; ele defendeu o uso de substâncias químicas no tratamento médico e antecipou a homeopatia, propondo a cura pelo semelhante (Castro et al., 2006). De acordo com Volich (2000), Paracelsus foi representante de uma época importante para o avanço da Medicina, ocorrida entre os séculos XV e XVI, na qual se desenvolveu a liberdade de pensamento crítico e a investigação científica.

Cerca de um século depois, o filósofo René Descartes (1596-1650), vivendo em um contexto em que era crescente o interesse pelas ciências naturais, postulou a separação total entre corpo e mente (ou corpo e espírito), sendo que o estudo da mente deveria ser atribuído à religião e à filosofia, e o corpo, entendido como uma máquina, deveria ser objeto de estudo da medicina (Castro et al., 2006). Essa visão dualista teve grande influência no pensamento médico, deixando resquícios que permanecem até hoje, e são combatidos pela visão holística da medicina psicossomática.

Embora as inquietações sobre as relações entre o corpo e o psiquismo não sejam recentes, atualmente elas deixaram de fazer parte de um problema apenas filosófico ou epistemológico e procuram buscar uma urgente compreensão dos novos quadros clínicos contemporâneos, propondo soluções para os impasses da clínica médica e psicológica (Volich, Ferraz, Ranña, & Gurfinkel, 2008).

Na literatura, encontramos o conceito *psicossomático* como “toda perturbação somática que comporta no seu determinismo um fator psicológico intervindo não só de modo contingente, como pode acontecer qualquer que seja a afecção, mas por uma contribuição essencial à gênese da doença”

(Jeammet, Reynaud, & Consoli, 2000, pp. 211-212). No entanto, para Mello Filho (2002) a concepção psicossomática foi amplamente criticada por conter, implicitamente, uma única direção (da psique para o soma) e evoluiu desta primeira posição unidirecional para outra, mais atual, que “procura abranger todo o conjunto de fenômenos relacionados com o adoecer” (p. 22).

O termo *psicossomática* foi criado pelo psiquiatra alemão Johan Heinroth (1773-1843), em 1818, defendendo a criação de uma disciplina que se opusesse à visão de saúde predominante na época, a de que todas as doenças têm origem em processos orgânicos. Heinroth também cunhou a expressão *somatopsíquica*, em 1828, distinguindo assim os dois tipos de influência e as duas direções.

No início do século XX, Freud, desenvolvendo a teoria psicanalítica, ressalta a importância dos aspectos internos do homem. Freud introduziu o conceito de *inconsciente dinâmico*, descreveu os *fenômenos histéricos* (que foram as primeiras manifestações psicossomáticas por ele estudadas) e demonstrou que todos os fenômenos humanos têm motivações e significações. A clássica afirmação de Freud de que o ego é, antes de tudo, um ego corporal (Freud, 1923b), além dos estudos sobre a histeria e as conversões, demonstram que a psicanálise se interessou, desde seu início, pela interação entre corpo e psiquismo (Castro et al., 2006).

O movimento que propunha uma medicina integradora consolidou-se em meados do século XX, a partir dos trabalhos do psicanalista Franz Alexander (1891-1964) que liderava os pesquisadores do grupo conhecido como Escola de Chicago. Alexander e seus colaboradores estudaram e descreveram as chamadas *sete doenças psicossomáticas* (asma brônquica, úlcera gástrica, artrite reumatóide, retocolite ulcerativa, neurodermatose, tireotoxicose e hipertensão essencial), atribuindo a cada uma delas uma especificidade de conflito psicogênico (Castro et al., 2006; Mello Filho, 2002, 2010; Zimerman, 2001).

A evolução da psicossomática no século XX também contou com as contribuições dos pesquisadores da Escola Psicossomática de Paris e dos norte-americanos Sifneos e Nemiah, entre as décadas de 60 e 70. A Escola

Psicossomática de Paris, cujos trabalhos foram iniciados principalmente pelo psicanalista Pierry Marty, introduziu o conceito de *pensamento operatório*, cuja idéia central é a de que os pacientes psicossomáticos se diferenciariam dos demais pela pobreza do mundo simbólico e pela pouca elaboração psíquica. Esse conceito descreve o pensamento destes pacientes como sendo “do tipo operatório, aprisionado ao concreto e à orientação pragmática, tendo pouca ligação com seu inconsciente” (Castro et al., 2006, p. 41).

Peter Sifneos e John Nemiah, psiquiatras da Harvard Medical School, criaram um conceito equivalente, o de *alexitimia*, que corresponde à dificuldade, comum nos pacientes psicossomáticos, de conseguir perceber e descrever suas emoções e sentimentos, de forma que esses acabam expressando-se pelo corpo (Castro et al., 2006; Mello Filho, 2002; Zimmerman, 2001).

Dentre os autores que, de alguma forma, contribuíram para o avanço da Psicossomática, podemos citar ainda o médico e analista alemão Georg Groddeck, que se dedicou ao valor simbólico das doenças, o médico generalista Michael Balint, que se interessou pela relação médico-paciente e criou os conhecidos *Grupos Balint*, a psicanalista Joyce McDougall, que comparou os processos que ocorrem na somatização aos processos oníricos, e o brasileiro Danilo Perestrello, defensor da chamada *Medicina da Pessoa*, entre muitos outros.

No Brasil, a Psicossomática (enquanto prática clínica e campo de estudo) se desenvolveu principalmente a partir do trabalho de psicanalistas em hospitais de ensino, especialmente em São Paulo, Porto Alegre e no Rio de Janeiro, na década de 50 do século passado. Em 1965 foi fundada, em São Paulo, a Associação Brasileira de Medicina Psicossomática, com objetivo de promover a chamada “conduta psicossomática”, uma nova atitude na assistência, educação e pesquisa médicas que visava à integração dos aspectos psicodinâmicos e biológicos envolvidos nas patologias e no processo do adoecimento (Eksterman, 2010a).

De acordo com Mello Filho (2010), a Psicossomática, também denominada atualmente de *Psicologia Médica*, evoluiu de uma prática

exclusivamente médica para um campo de conhecimentos útil para qualquer profissional da área, contribuindo para uma prática de saúde efetivamente integral. Eksterman (2010a) afirma que a concepção psicossomática atual deve levar em conta três perspectivas: (1) a doença com sua dimensão psicológica; (2) a relação médico-paciente com seus inúmeros desdobramentos e (3) a ação terapêutica voltada para a pessoa do doente, entendido como um ser biopsicossocial.

Em síntese, Mello Filho (2010) define a Psicossomática como “uma ideologia sobre a saúde, o adoecer e sobre as práticas de Saúde; é um campo de pesquisa sobre esses fatos e, ao mesmo tempo, uma prática – a prática de uma Medicina integral” (p. 29).

2. O paciente psicossomático

Santos Filho (2010) afirma que ainda não é possível estabelecer um diagnóstico estrutural do paciente psicossomático. Comumente, fala-se do afeto nos pacientes psicossomáticos como não-reconhecido ou inexistente; são atribuídos a eles os conceitos de *alexitimia*, como uma falha no reconhecimento dos estados afetivos e a impossibilidade de nomear os próprios sentimentos, e de *pensamento operatório*, como escassez de elaboração psíquica (p. 155). Além disso, Santos Filho (2010) afirma que alguns autores correlacionam a eclosão psicossomática a acontecimentos reais, como situações de perda (morte, desemprego, separação, etc.) ou às chamadas crises vitais, como a adolescência, o vestibular ou o casamento. Tornando a questão ainda mais complexa, e dificultando o diagnóstico, “vemos manifestações psicossomáticas desenvolverem-se em histéricos, obsessivos e psicóticos na clínica diária, como vemos sintomas psicossomáticos serem incorporados a cadeias associativas significantes nos neuróticos ou articularem-se a um delírio em psicóticos (...)” (idem, p. 155).

Para McDougall (1991, 1994), o fenômeno da somatização pode ser compreendido como um mecanismo de defesa, sendo que qualquer indivíduo, neurótico ou psicótico, pode somatizar caso o conflito ou a dor psíquica sejam

exacerbados. Para essa possibilidade de somatização, presente em todos os seres humanos, ela empregou o termo *potencialidade psicossomática*. A autora afirma que o paciente que somatiza estaria expulsando da psique aspectos da realidade psíquica, como afetos e cognições, afastando-os da consciência.

Segundo Rocco (2010), “espera-se do doente que ele deseje a cura e a procure” (p. 61). No entanto, o adoecer pode envolver mecanismos inconscientes de adaptação e defesa, de regressão, negação e racionalização. Campos (2010) nos coloca que a manifestação psicossomática pode ser entendida como uma forma primitiva de expressão e de defesa. Sobre o paciente psicossomático, ele diz:

O indivíduo fala com o corpo e com ele se defende. Com o corpo ele obtém atenção e cuidados; com o corpo ele exprime seus desejos e fantasias; com o corpo ele enfrenta as situações estressantes; e provavelmente com o corpo ele se recrimina, ele também se culpa. (Campos, 2010, p. 326)

De acordo com Campos (2010), o uso do corpo como meio de comunicação e de defesa parece ser o mecanismo básico do fenômeno psicossomático. É como se o paciente voltasse a reagir de forma primitiva, ou seja, somaticamente, como modo de lidar com o ambiente hostil ou ameaçador. Enquanto meio de comunicação, a reação somática pode ser entendida como “um grito, um apelo, um gesto que busca um interlocutor” (idem, p. 326).

Montagna (2003) ressalta que a conexão corpo-mente, ou soma-psique, fica em evidência nos casos psicossomáticos; paradoxalmente, isso ocorre justamente em circunstâncias nas quais essa conexão está rompida. Zimerman (2001) defende que o binômio corpo-mente é muito escasso para explicar a complexidade da somatização, e que deveríamos considerar a tríade bio-psico-social, envolvendo os fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, familiares e espirituais, entre outros, na busca da compreensão desse fenômeno.

Segundo Zimerman (2001), o processo de somatização, como resposta ao sofrimento psíquico, é uma das respostas mais comuns que o ser humano é capaz. Montagna (2003) concorda, afirmando que a somatização é uma reação universal (e, em muitas situações, a mais imediata) diante de estímulos potencialmente lesivos. Mas ressalta que só devemos denominar *psicossomáticos* “aqueles que têm na somatização a forma habitual de reagir a estímulos desprazerosos, ou, então, de lidar com a angústia” (p. 680).

3. Psicossomática e Psicanálise

A Psicanálise e a Psicossomática estão articuladas tanto historicamente como na prática clínica e científica atual. Abram Eksterman, em seu artigo “Psicossomática: o diálogo entre a Psicanálise e a Medicina” afirma que a análise dessa articulação é sempre oportuna, já que “permite revelar novos enlaces da Medicina com a Psicanálise e abrir perspectivas” (2010b, p. 93).

Inúmeros estudos têm sido feitos na interface da psicanálise com os fenômenos psicossomáticos, como por exemplo: “A psicossomática e a escrita do real” (Nicolau, 2008), que aborda o tema principalmente a partir da teoria de Jacques Lacan; “O inconsciente é psicossomático” (Queiroz, 2008), em que a autora traz algumas das contribuições do psicanalista francês Paul-Laurent Assoun, entre elas a concepção de que os sintomas somáticos e os sintomas psíquicos não são de natureza distinta e sim dois lados de uma mesma moeda; “Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX” (Casetto, 2006), que faz uma retrospectiva das contribuições para o campo da psicossomática, abordando vários autores e correntes teóricas da psicanálise; e “O corpo na Psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall” (Peres, 2006), que faz considerações sobre as concepções de dois reconhecidos expoentes da psicossomática psicanalítica. É possível citar ainda, entre outros, os artigos “Construções em psicossomática psicanalítica” (Horn, 2008), “A tortuosa trajetória do corpo na psicanálise” (Ferraz, 2007), “O

somático e as experiências corporais” (Horn, 2007), e os artigos homônimos “O paciente psicossomático” de Montagna (2003) e Zimerman (2001).

Podemos destacar também alguns artigos que abordam mais especificamente um determinado sintoma ou doença e sua compreensão a partir da psicanálise: “Avaliação psicossomática no câncer de mama: proposta de avaliação entre os níveis individual e familiar” (Filgueiras et al., 2007), que utiliza Pierre Marty como principal interlocutor para compreensão do câncer de mama; “A dermatite atópica na criança: uma visão psicossomática” (Fontes Neto, Weber, Fortes, & Cestari, 2006), que apresenta uma visão interdisciplinar entre a dermatologia, a psiquiatria e a psicanálise; “O menino e o efeito pirilampo. Um estudo em psicossomática” (Leite, Freire, Pereira, & Assadi, 2003), que discute o caso de um garoto com alopecia; “O papel do funcionamento projectivo na alergia infantil” (Martins, 2001), que também trata de um caso de dermatite atópica, mas propondo uma análise a partir da apreciação dos protocolos de Rorschach; além dos artigos “Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica: alexitimia e adaptação” (Yoshida & Guimarães, 2008) e “Fibromialgia: uma abordagem psicológica” (Lima & Carvalho, 2008), entre outros.

Dentro da perspectiva da psicanálise, encontramos diversos autores que propõem formas diferentes de se compreender a relação entre psique e soma e seus desdobramentos. O pediatra e psicanalista inglês Donald Woods Winnicott apresentou uma concepção psicossomática apoiada em sua teoria geral do amadurecimento afetivo, e que difere significativamente da de outros teóricos.

Para Winnicott, os problemas psicossomáticos estão relacionados a dificuldades no processo de *integração*, ocasionadas por falhas do cuidado ambiental. Para este autor, é imperativo que se leve em consideração o desenvolvimento emocional do indivíduo ao se examinar essa questão (Winnicott, 1988, p. 181). Os sintomas podem ser entendidos como reações naturais a certos estados emocionais ou ainda como “pedidos de socorro”. Já os distúrbios psicossomáticos revelariam uma cisão na personalidade, ao mesmo tempo em que ocorre uma tentativa de integração psique-soma.

Dentre os estudiosos da obra de Winnicott, encontramos autores que têm se dedicado ao tema da unidade psicossomática. Podemos destacar os artigos “O corpo e os *Demônios da loucura*: sobre a teoria psicossomática de Winnicott” (Vilete, 2008), “O distúrbio Psicossomático em Winnicott” (Dias, 2008), “A incerta conquista da morada da psique no soma em D. W. Winnicott” (Laurentiis, 2007), “Distúrbio psicossomático e Amadurecimento” (Galván, 2007), “Psicanálise e psicossomática: o doente, a doença e a família” (Smulever, 2006), “Personalização e a questão corpo-mente em Winnicott” (Rouco, 2001), “Transtornos Psicossomáticos: uma visão winnicottiana” (Hisada, 2000), as dissertações de Carolina Grespan Pereira Souza (Souza, 2010), Fernanda Belluzzo Guedes Ferreira (Ferreira, 2010), Vera Regina de Laurentiis (Laurentiis, 2008), Gabriela Bruno Galván (Galván, 2008), Sabrina Penteado Ribeiro de Toledo (Toledo, 2008) e José Alberto Moreira Cotta (Cotta, 2003), além da tese de Maria Emília Mendonça (Mendonça, 2007).

O presente trabalho parte desse entendimento da parceria psicossomática e realiza a organização dos casos e vinhetas clínicas em que Winnicott faz referência aos fenômenos psicossomáticos, contribuindo assim para o desenvolvimento da teoria psicanalítica e para sua aplicabilidade na resolução de problemas empírico-clínicos. Ao agrupar e analisar esse material, que está disperso na obra de Winnicott, espera-se contribuir para a identificação, de forma mais clara que apenas na teoria, do modo desse autor compreender e tratar os pacientes psicossomáticos.

4. Objetivo

O objetivo desta pesquisa é explicitar a compreensão que Winnicott teve dos fenômenos psicossomáticos, principalmente em relação à gênese, dinâmica e possibilidade de tratamento, contribuindo para o desenvolvimento de sua teoria da psicossomática e, conseqüentemente, para a resolução desse problema empírico-clínico.

Para buscar a compreensão dos fenômenos psicossomáticos dentro da perspectiva da teoria do desenvolvimento proposta por Winnicott, foi feita uma

leitura sistemática da obra desse autor, buscando as citações que ele faz sobre esse tema, seu entendimento e as propostas de intervenção terapêutica.

Realizou-se, também, um recenseamento das vinhetas e casos clínicos de Winnicott em que está presente algum sintoma psicossomático e, com a organização deste material, pretendeu-se buscar relações e chaves de classificação que ajudassem a compreender melhor o fenômeno em estudo. Essas chaves tiveram o objetivo de esclarecer, por exemplo, a diferença entre os sintomas psicossomáticos patológicos e aqueles que se apresentam como uma reação natural frente a uma situação adversa, e entre os distúrbios psicossomáticos propriamente ditos e as comuns manifestações físicas advindas de aspectos psicoemocionais.

Procurou-se relacionar o quadro geral que foi estabelecido a partir da leitura, organização e análise crítica do material obtido com a teoria winnicottiana, principalmente com os conceitos de *Integração* e *Personalização*, com o objetivo de auxiliar a compreensão a respeito dos fenômenos psicossomáticos. A teoria de Winnicott pode ser entendida como uma possibilidade inovadora, dentro do campo da psicanálise, de se compreender e tratar esse problema clínico.

Buscou-se, assim, contribuir para o aprofundamento da teoria psicanalítica da psicossomática, e, conseqüentemente, para o desenvolvimento da psicossomática enquanto campo de estudo e prática.

5. Justificativa

A questão das doenças psicossomáticas tem sido estudada por diversas disciplinas que se ocupam da saúde e bem-estar do ser humano. Atualmente, há uma nova concepção que diz ser possível considerar toda doença como psicossomática, “já que incide num ser sempre provido de soma e psique, inseparáveis anatômica e funcionalmente” (Mello Filho, 2002).

Compreender a gênese, a dinâmica e as possibilidades terapêuticas dos sintomas e das doenças psicossomáticas se faz necessário para auxiliar a

abordagem e tratamento desse problema clínico. Enfermidades prevalentes tem sido motivo de sofrimento físico e psíquico para inúmeros pacientes, muitas delas sendo apontadas como fenômenos psicossomáticos. Para tratar essas enfermidades, é insuficiente e ineficiente considerar de forma isolada ou desarticulada as questões orgânicas e afetivas envolvidas. Apenas uma compreensão integral do paciente e de seu processo de adoecimento será, de fato, eficaz.

O psicanalista D. W. Winnicott se dedicou, entre outros temas, ao estudo da parceria psicossomática e dos distúrbios psicossomáticos. Esse autor propôs uma compreensão desses fenômenos a partir do desenvolvimento emocional dos indivíduos, trazendo uma nova concepção dentro do campo da psicanálise.

Para Winnicott, os sintomas psicossomáticos podem ser entendidos de diversas formas, de acordo com o contexto e com o momento do indivíduo dentro do processo de amadurecimento. Segundo o autor, em muitos casos é possível “utilizar a perturbação da saúde física como um indicador de que a saúde psicológica vai mal (...)” (Winnicott, 1931p, p. 60). No entanto, em algumas situações adversas, o sintoma psicossomático pode ser compreendido como uma reação natural do indivíduo. Em alguns casos, é possível dizer que é “mais normal para uma criança estar doente que estar bem” (Winnicott, 1931p, p. 58). Além disso, Winnicott faz distinções entre os sintomas e o distúrbio psicossomático verdadeiro, que aponta para cisões ou dissociações do paciente. Todas essas variações indicam a complexidade do tema.

Winnicott não nos apresenta seu modo de compreender e tratar os sintomas psicossomáticos de forma direta ou sistemática. Esses dados estão dispersos em sua obra, sendo possível identificá-los não apenas a partir de uma leitura crítica e linear de seus textos, mas também a partir do recenseamento de suas vinhetas e casos clínicos com esse tipo de problema.

O estudo da obra winnicottiana para compreensão da parceria psicossomática já foi realizado por diversos autores, como Souza (2010), Ferreira (2010), Galván (2008), Vilete (2008), Laurentiis (2008), Toledo (2008) e Gurfinkel (1998, 2003). No entanto, não encontramos na literatura trabalhos

de agrupamento ou sistematização das inúmeras vinhetas e casos clínicos nos quais Winnicott se refere aos fenômenos psicossomáticos. A organização e análise deste material, que está disperso na obra do autor, objetiva identificar e explicitar a compreensão e proposta terapêutica de Winnicott ao cuidar de pacientes com esses sintomas.

É importante ressaltar que estudos teóricos, como esse trabalho, visam o desenvolvimento de uma teoria, ou seja, do instrumento de interpelação da realidade fenomênica de uma determinada disciplina. Aperfeiçoar uma teoria é como, no caso da biologia, o aprimoramento de microscópios. A teoria, além de servir como guia para a observação e seleção do material empírico, deve poder ser utilizada para resolver problemas específicos, passíveis de serem abordados por um paradigma determinado. Entende-se, aqui, paradigma no sentido de Kuhn, ou seja, como um quadro de referência teórica que mostra quais são os problemas pertinentes àquela ciência e o qual o tipo de solução deve ser procurada¹.

A aplicabilidade da teoria, enquanto instrumento, à resolução de problemas específicos vem ao encontro do objetivo primordial da ciência, que é a solubilidade de problemas empíricos. Assim sendo, é possível justificar a relevância de pesquisas de natureza teórica como o presente estudo, já que elas contribuem para o constante desenvolvimento e aperfeiçoamento das teorias e, conseqüentemente, da Ciência.

6. Perspectiva Teórica

Winnicott desenvolveu uma teoria da psicossomática vinculada com sua teoria do amadurecimento pessoal. Como, para Winnicott, a existência humana é psicossomática, a questão da integração e da coesão psique-soma permeia toda a sua obra e aparece em todas as fases e tarefas do processo de desenvolvimento humano. A partir de conceitos como *integração* e *personalização*, Winnicott apresentou uma forma diferente de compreender a

¹ Para uma melhor compreensão do termo Paradigma utilizado por Kuhn e do desenvolvimento de suas idéias, cf. Kuhn (1970), (1989), (1990) e (1997).

unidade psicossomática e suas perturbações, modificando a teorização da psicanálise clássica freudiana que tem na histeria o modelo para se explicar os distúrbios psicossomáticos².

Para a compreensão da contribuição teórica e clínica de Winnicott, tanto no campo da Psicanálise como da Psicossomática, faz-se necessária uma breve exposição da trajetória da vida profissional e intelectual desse autor.

Donald Woods Winnicott iniciou sua carreira como médico na pediatria e, embora a psicanálise tenha se tornado o principal foco de seu trabalho, nunca se afastou de fato da prática pediátrica, e nem deixou de dirigir-se aos pediatras em suas palestras e conferências.

No entanto, diferentemente da maioria dos pediatras daquela época, Winnicott criticava e tentava combater a cisão entre corpo e mente no cuidado médico infantil. Os pediatras costumavam se restringir à análise dos aspectos físicos dos pacientes, enquanto que a psiquiatria infantil ocupava-se das questões psíquicas. Desde o início de sua prática clínica, por volta de 1920, Winnicott esteve atento ao fato de que distúrbios físicos e psíquicos se relacionavam e se influenciavam mutuamente, seja nos casos em que um fator físico leva a conseqüências psicológicas secundárias, seja quando distúrbios psíquicos são apontados como causa de sintomas somáticos (Dias, 2003). A vasta experiência clínica de Winnicott como pediatra permitiu-o afirmar, anos depois, que muitos dos problemas físicos são predominantemente psicogênicos (Winnicott, 1931p, 1948b).

O interesse do pediatra Winnicott pela compreensão dos aspectos psicodinâmicos o levou à psiquiatria infantil e à psicanálise, e, ao constatar que muitos dos fenômenos que ele enxergava não eram abordados adequadamente por essas disciplinas, iniciou o desenvolvimento de uma teoria própria. Winnicott criticava o fato de a psicanálise tradicional enfatizar apenas os aspectos internos, negligenciando a influência dos fatores ambientais. Também criticava a falta de estudo dos aspectos emocionais mais primitivos, do bebê pequeno, já que era o Complexo de Édipo, entre os dois e quatro anos

² Para estudo do fenômeno da Histeria na teoria freudiana, cf. Freud (1893), (1894a), (1895d), (1896a), (1896b) e (1905e).

de idade, o “ponto crucial” e foco de atenção da psicanálise (Winnicott, 1989f, pp. 433-443).

Embora o próprio Winnicott admitisse que “é sempre estranho quando um psicanalista enfatiza o fator ambiental” (Winnicott, 1984e, p. 245), ele também ressaltava que “na busca da etiologia da doença, os próprios psicanalistas descobriram que é necessário recuar às questões da interação entre o bebê ou a criancinha e o meio ambiente” (idem, p. 246).

Winnicott desenvolveu, aos poucos, uma teoria que está fundada em duas concepções principais: a de que todo indivíduo tem uma tendência inata à integração, e que é necessário um ambiente facilitador para que ocorra essa integração e o processo de amadurecimento.

A teoria do amadurecimento pessoal, ou teoria do desenvolvimento emocional, é considerada o ponto central, nuclear, do pensamento de Winnicott, e pode ser entendida como um “quadro teórico a partir do qual podem ser desenvolvidos vários aspectos do estudo da natureza humana” (Dias, 2003, p. 14). Ela serve para iluminar e nortear a visão e compreensão dos fenômenos humanos. Na Introdução do livro “Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil”, Winnicott afirma que a “única companhia que tenho ao explorar o território desconhecido de um novo caso é a teoria que levo comigo e que tem se tornado parte de mim e em relação à qual sequer tenho que pensar de maneira deliberada. Esta é a teoria do desenvolvimento emocional do indivíduo (...)” (Winnicott, 1971vc, p. 14).

Winnicott nos coloca que todo indivíduo possui uma tendência inata a integrar-se em um todo unitário, alcançando assim um *status* de unidade. No entanto, essa tendência não seria suficiente para garantir esse processo. No início, o bebê é um ser não-integrado, e ainda não há um “eu” constituído. Será apenas através de um ambiente facilitador que a tarefa da integração poderá ser alcançada. A importância da provisão ambiental é constantemente enfatizada na teoria winnicottiana, como nessa afirmação:

Em outras palavras, se o ambiente for satisfatório, então o bebê, a criancinha, a criança em crescimento, a criança mais velha e o adolescente têm chances de crescer de

acordo com o potencial herdado. Do outro lado da linha, em que a provisão ambiental não é satisfatória, o indivíduo, em alguma medida, ou talvez em grande medida, não é capaz de alcançar plenitude em relação a seu potencial (Winnicott, 1984e, p. 246).

Dessa forma, o pensamento de Winnicott trouxe também mudanças para o modelo de tratamento psicanalítico, fazendo com que esse deixasse de ser essencialmente interpretativo, e passasse a ser análogo ao cuidado materno, com a provisão de um ambiente adequado (Phillips, 1988). Assim, o terapeuta deixa de ser, predominantemente, um revelador do inconsciente reprimido do paciente, para proporcionar um ambiente de segurança em que o paciente possa revelar-se para si mesmo. Winnicott coloca que “o terapeuta deve ser capaz de conter os conflitos dos pacientes, ou seja, contê-los e esperar pela sua resolução no paciente, em vez de procurar ansiosamente a cura (...)” (Winnicott, 1971vc, p. 10).

Tanto na vida como na análise é o ambiente facilitador e confiável que poderá permitir o desenvolvimento saudável do indivíduo, ou seja, a conquista das tarefas do processo de amadurecimento. Essas tarefas, próprias de cada fase ou estágio desse processo, vão se tornando cada vez mais complexas, sendo que algumas apenas serão alcançadas com a conquista das anteriores.

É importante ressaltar que o amadurecimento não é um processo linear, e nem está livre de regressões. Uma conquista do amadurecimento pode ser perdida, e conquistada novamente, inúmeras vezes. Além disso, as tarefas se sobrepõem, sendo que um indivíduo pode estar às voltas com diferentes tarefas, das mais primitivas às mais complexas, em um mesmo momento de sua vida. Phillips (1988) afirma que “é parte da abordagem de Winnicott que os estágios do desenvolvimento não dispensem uns aos outros de forma progressiva, mas sejam inclusos em um repertório pessoal” (p. 125). Duas importantes tarefas a serem alcançadas no processo de amadurecimento são a *integração em uma unidade* e o *alojamento da psique no corpo*, e são fundamentais para a integração psicossomática, foco de estudo desse trabalho.

Winnicott nos coloca que, no início de sua vida, o bebê pode ser entendido como uma série de partes não-integradas. É no colo da mãe, sendo sustentado e acolhido por ela (numa situação que ele denomina *holding*) que o bebê poderá ter suas partes reunidas, resultando numa experiência de integração. Phillips explica esse processo:

Na vida do bebê winnicottiano, há longos períodos em que ele é apenas um ajuntamento de impressões e sentimentos díspares e não parece se importar, como diria um adulto, que assim seja, desde que, Winnicott escreve, “de tempos em tempos ele possa reunir esses sentimentos e impressões e sentir algo”. (...) Essa natural “tendência a integrar-se” é possível através do cuidado da mãe, em que o bebê é “mantido aquecido, abraçado e banhado, embalado e nomeado” (...) (Phillips, 1988, p. 121).

O manejo do bebê, que abrange todos os cuidados relacionados à manipulação, como massagens, carícias, banho e cuidados de higiene, também é de extrema importância para o processo de amadurecimento do recém-nascido, proporcionando experiências de integração e de localização da psique no corpo (processo que será discutido a seguir). Winnicott afirma: “A manipulação facilita a formação de uma parceria psicossomática na criança” (Winnicott, 1965vf, p. 27).

É importante ressaltar que a não-integração do bebê pequeno é diferente da desintegração, ou dissociação. Na saúde, os estados de não-integração podem ser tolerados e até mesmo aproveitados, como nos momentos de repouso, ou *estados tranquilos*, desde que a integração ocorra em outros momentos (Winnicott, 1958j, p. 07). A experiência de integração em uma unidade ocorre de forma cada vez mais frequente no bebê que amadurece, até se tornar, se tudo correr bem, em uma conquista alcançada, embora não irreversível. Integrar-se e alcançar o *status* de unidade não é apenas a primeira tarefa do ser humano, mas também a mais importante, já que é requisito para o sucesso das tarefas seguintes.

Para Winnicott, em primeiro lugar há o corpo, e é a partir do corpo que se desenvolve a parceria psicossomática. A psique surge como *elaboração imaginativa* das funções corporais, ou seja, como processo de dar sentido às experiências somáticas, que incluem o funcionamento, as sensações e os movimentos do corpo. Segundo Dias (2003), no bebê “seja o que for que esteja sendo experienciado – e tudo, no início, é experienciado no corpo e por meio do corpo – *está sendo personalizado pela elaboração imaginativa*” (p. 106, grifos dela).

Segundo Laurentiis (2007), embora todas as experiências iniciais do bebê ocorram por meio do soma, elas nunca são unicamente corporais, justamente devido à doação de sentido da *elaboração imaginativa*. Dias (2003) afirma que a mera sensação física torna-se experiência pelo fato da psique, enquanto *elaboração imaginativa*, fornecer-lhe um sentido (p. 106, nota 15).

Tentemos pois, pensar o desenvolvimento do indivíduo começando no início. Eis aqui um corpo, sendo que a psique e o soma não devem ser distinguidos um do outro (...). Suponho que a palavra psique, aqui, significa *elaboração imaginária (imaginative) dos elementos, sentimentos e funções somáticos*, ou seja, da vitalidade física. (...). Gradualmente, os aspectos psíquico e somático do indivíduo em crescimento tornam-se envolvidos num processo de mútuo inter-relacionamento. Essa interação da psique com o soma constitui uma fase precoce do desenvolvimento individual (Winnicott, 1954a, pp. 333-334, grifos dele).

Deve-se salientar que a elaboração imaginativa não é um processo mental (Laurentiis, 2007); embora Winnicott tenha escolhido o termo *imaginative* (termo original, no inglês), fica claro que esse processo de dar sentido é anterior “às *operações mentais de representação, verbalização e simbolização*, operações para as quais o bebê é ainda muito imaturo” (Dias, 2003, p. 106, grifos dela). Winnicott afirma que “isto começa anteriormente à época em que é necessário adicionar os conceitos de intelecto e verbalização” (Winnicott, 1971d, p. 209).

Para Winnicott, a natureza humana não é uma questão de corpo e mente, e sim “uma questão de psique e soma inter-relacionados” (Winnicott, 1988, p. 44). Soma e psique são intimamente interligados, pela própria tendência inata a integração. O soma é o corpo vivo, que vai sendo personalizado a partir a elaboração imaginativa; a psique, embora nunca abandone sua primeira função (que é dar sentido às experiências somáticas), se desenvolve em funções cada vez mais complexas, que incluem todas as operações mentais, e são realizadas pela mente, enquanto uma especialização da psique (Dias, 2003, pp. 104-105). Para Winnicott, a psique não se restringe ao funcionamento mental. A mente, na saúde, é apenas uma parte da psique, um *ornamento* (Winnicott, 1988, p. 44), ou um *caso especial do funcionamento do psique-soma*³ (Winnicott, 1954a, p. 345).

Na criança saudável, com cerca de um ano de idade, “a psique e o soma já aprenderam a conviver”, e estão em “íntima relação” (Winnicott, 1958j, p. 08). Segundo Winnicott, “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” (Winnicott, 1971d, p. 209).

O *alojamento da psique no corpo* (ou *personalização*) faz parte do processo de desenvolvimento, mas requer a facilitação de um ambiente sustentador para acontecer. É a tarefa de *habitar o próprio corpo*, que, segundo Winnicott, não é tão automática ou inevitável como alguns poderiam supor (inclusive Freud). Mesmo que essa integração seja alcançada, ela pode ser perdida, mesmo que temporariamente. Os fenômenos psicossomáticos, objeto de estudo do presente trabalho, são, para Winnicott, “alterações do corpo ou do funcionamento corporal associadas a estados da psique” (Winnicott, 1988, p. 44). Nesses casos, a importante relação entre a psique e o soma pode estar enfraquecida, ou até mesmo ter sido rompida (idem, p. 45).

Apesar de apresentar conceitos novos, como *alojamento da psique no corpo* e *elaboração imaginativa*, Winnicott o faz de forma predominantemente

³ A diferenciação entre *soma*, *psique* e *mente*, além da idéia de Winnicott de que a mente não é uma entidade, e sim uma especialização ou ornamento da psique, serão desenvolvidas no Capítulo 1.

descritiva, tentando mostrar os fenômenos da forma como eles ocorrem, sem utilizar especulações ou conceitos abstratos. Fulgencio (2006) nos coloca que o abandono da metapsicologia e da teoria especulativa é uma das diferenças epistemológicas mais significativas entre a teoria de Winnicott e a psicanálise tradicional freudiana.

Freud utilizou a metapsicologia, ou “construções teóricas auxiliares de valor apenas heurístico”, usando conceitos na estrutura do *como se* para ajudar na observação e sistematização dos fenômenos psíquicos (Fulgencio, 2006, p. 403). Segundo Fulgencio (2006), podemos encontrar exemplos das especulações usadas por Freud no seu conceito de *pulsão (Trieb)*, na noção de *aparelho psíquico* e no conceito de *libido*, ou *quantum de afeto* (p. 403). Todas essas formulações utilizam o *como se*, ou *ficções heurísticas*, para compreender os fenômenos e ajudar na resolução de problemas.

Fulgencio (2006) nos mostra que um exemplo claro da utilização da especulação pode ser visto na exposição freudiana sobre as neuroses de defesa (histeria, neurose obsessiva e fobia):

Com esse conceito especulativo de *quantum de afeto* Freud pôde colocar a histeria, a neurose obsessiva e a fobia (tão diferentes nas suas manifestações) como pertencentes a um mesmo grupo de patologias, caracterizando-as, então, como tendo um mesmo tipo de dinâmica, a saber, a que procura uma descarga de excitações, ainda que tome caminhos diferentes para atingir seu objetivo: a histeria buscando essa descarga no corpo, a neurose obsessiva no pensamento e a fobia, no mundo exterior. (p. 405)

Winnicott, contrapondo-se a Freud, não apenas descarta esse tipo de teorização especulativa como critica a utilização da metapsicologia, sugerindo que se trata de conceitos abstratos e obscuros que fornecem apenas uma aparência de compreensão (Winnicott, 1987b, pp. 71-72). Ele prefere uma linguagem simples e descritiva, o mais próximo possível da experiência fenomênica.

Dias (2003) afirma que, para explicitar os fenômenos que pretendia descrever, Winnicott usou uma linguagem calcada na linguagem comum, e que muitas vezes introduziu conceitos centrais em sua obra sem a preocupação de explicá-los por meio de abstrações conceituais. A autora nos coloca que “definindo seus conceitos pelo uso, o dizer de Winnicott é muito mais indicativo que proposicional. Ele deixa que a palavra nos atinja ela mesma; se isso não ocorrer, também não adianta explicar” (Dias, 2003, p. 42, grifo dela). E ainda que, para Winnicott, “os conceitos devem atingir o leitor no campo experiencial, pondo-o diretamente na situação” (idem, p. 125).

Apesar das diferenças na forma de enxergar e comunicar certos fenômenos, Winnicott admite que suas idéias só puderam ser desenvolvidas a partir do que Freud concebeu. Em uma de suas palestras, intitulada *Psicanálise e Ciência: amigas ou parentes?*, Winnicott diz: “No meu entender, Freud realmente iniciou uma nova ciência (...)” (Winnicott, 1986k, p. XIV) e ainda “Ciência aplicada não é ciência. Quando faço uma análise, isso não é ciência. Mas eu dependo da ciência quando trabalho naquilo que não poderia ter sido feito antes de Freud” (p. XV). Em outra palestra, *O conceito de indivíduo saudável*, Winnicott coloca logo no início: “Não vou começar citando outros autores que abordaram o assunto. Permitam-me dizer de saída que a maioria dos meus conceitos deriva dos de Freud” (Winnicott, 1971f, p. 3).

Alguns autores defendem que Winnicott não apenas redescreveu alguns conceitos propostos por Freud, como sugeriu novos conceitos que não possuem correspondente na teoria freudiana. Adam Phillips, em seu livro *Winnicott* (1988), coloca que este autor propôs significativas mudanças na teoria psicanalítica tradicional e trouxe inovações importantes, como o foco para a vulnerabilidade precoce do bebê, a importância do ambiente e do cuidado emocional, e o uso da relação mãe-bebê como modelo do tratamento psicanalítico (pp. 23-29). Leopoldo Fulgencio, em seu artigo “Aspectos gerais da redescritção winnicottiana dos conceitos fundamentais da psicanálise freudiana” (2010), após fazer uma série de distinções e esclarecimentos sobre as continuidades e rupturas entre Winnicott e Freud, conclui dizendo que talvez seja necessário afirmar que Winnicott “é freudiano para além de Freud” (p. 118).

Por acreditar que a teoria de Winnicott rompeu com alguns conceitos fundamentais da teoria tradicional freudiana, além de modificar e ampliar outros, alguns autores, como Loparic, Dias e Fulgencio, defendem que esta teoria pode ser considerada como um novo *paradigma* dentro da psicanálise⁴.

Paradigma, de acordo com o epistemólogo Thomas Kuhn, seria um quadro de referência que mostra quais são os problemas pertinentes a uma disciplina específica e como as soluções para esses problemas empíricos podem ser procuradas. Neste quadro, cuja estrutura interna é caracterizada por uma forma consensual de enxergar a realidade fenomênica e falar sobre ela, se desenvolveria uma atividade de resolução de problemas semelhante à montagem de um quebra-cabeça. Dessa forma, é como se o cientista de uma determinada disciplina fosse um solucionador de quebra-cabeças de um determinado tipo (Loparic, 2006).

Uma crise paradigmática ocorre quando um paradigma não está mais sendo eficiente para resolver problemas relevantes àquela disciplina. Novas pesquisas buscam, então, substituir o velho paradigma por um novo modelo, mais promissor, que consiga manter a resolução dos problemas já solucionados e também encontrar respostas para os ainda não resolvidos. De acordo com Loparic (2006), o motivo principal para a crise do paradigma freudiano, ocorrido durante o desenvolvimento da teoria winnicottiana, foi o “acúmulo de problemas clínicos” (principalmente relacionados à tendência anti-social e à psicose infantil) que “não podiam ser compreendidos teoricamente nem tratados clinicamente no quadro do paradigma edípico de Freud, mas que, segundo Winnicott, não deviam ser eliminados do campo de aplicação da psicanálise” (pp. 24-25).

O termo *paradigma edípico* ou *paradigma triangular*, utilizado por Loparic, faz parte de sua sugestão de que o *exemplar principal* (ou problema central) da teoria freudiana seria o complexo de Édipo, ou *a criança na cama da mãe* que está às voltas com os conflitos relacionados à administração das pulsões sexuais nas relações triangulares. Já o paradigma winnicottiano é

⁴ Cf., por exemplo, os artigos de Zeljko Loparic (Loparic, 2001, 2006, 2008) e Leopoldo Fulgencio (Fulgencio, 2006, 2007), e o livro de Elsa Oliveira Dias (Dias, 2003), principalmente o capítulo Introdução.

denominado por Loparic como *dual* (devido à importância da relação mãe-bebê) ou *maturacional* (visto que a generalização usada como guia na pesquisa é a *teoria do amadurecimento*, diferentemente da de Freud, que é a *teoria da sexualidade*). O novo exemplar proposto por Winnicott seria, então, o *bebê no colo da mãe*, que estaria às voltas com a tarefa de constituir uma base para continuar existindo e integrar-se em uma unidade (Loparic, 2006, pp. 24, 28-29).

Discutir se a teoria de Winnicott realmente propôs um novo paradigma dentro da psicanálise não faz parte dos objetivos do presente trabalho. No entanto, essa concepção apresentada por Loparic (2001, 2006, 2008) auxilia na compreensão da importância da relação mãe-bebê e da teoria do amadurecimento enquanto peças-chaves para o entendimento do processo de desenvolvimento afetivo e dos fenômenos psicossomáticos.

Considerando que todo indivíduo tem uma tendência inata à integração, e que essa integração é psicossomática; considerando que a integração, enquanto tarefa do processo do amadurecimento, depende da existência de um ambiente facilitador e confiável para ocorrer; considerando que os aspectos psíquicos e orgânicos se relacionam e se influenciam mutuamente, e que não se pode negligenciar, nessa relação, a influência dos fatores ambientais, podemos então compreender os distúrbios psicossomáticos como uma ruptura da conexão saudável entre psique e soma, que pode ocorrer a partir de dificuldades na conquista ou manutenção da integração psicossomática, que, por sua vez, podem estar relacionadas às falhas na provisão ambiental.

A teoria winnicottiana oferece elementos novos e plausíveis para auxiliar na compreensão e na prevenção dos distúrbios psicossomáticos. Apresenta-se como uma alternativa de entendimento desses problemas, dentro do próprio campo da psicanálise, e aponta para uma nova direção de atuação dos profissionais que tratam desses pacientes.

7. Método

Considerando que o objetivo deste trabalho é contribuir para a compreensão dos fenômenos psicossomáticos a partir da teoria winnicottiana do desenvolvimento afetivo, esta pesquisa, de natureza teórica, foi realizada por meio do *método hermenêutico de interpretação e leitura*⁵, ou, dito de outra maneira, foi feita uma leitura analítica e sistemática da obra de Winnicott. Tratou-se de fazer uma análise conceitual e estrutural da obra desse autor, a partir de uma leitura linear que objetivou encontrar referências sobre os problemas psicossomáticos e seu entendimento em relação à gênese, dinâmica e tratamento desses fenômenos.

Cabe salientar que o uso desse método de interpretação e leitura da obra de Winnicott teve como apoio e como referência alguns autores que procuraram dar uma perspectiva de compreensão geral da teoria winnicottiana, tal como Dias (2003), Abram (2000) e Philips (1988).

A hermenêutica corresponde à arte ou ciência da interpretação, e tem como objetivo fornecer regras para se encontrar o sentido adequado de um determinado texto ou fenômeno. Dessa forma, a hermenêutica visa à *compreensão*, enquanto busca por sentidos, da realidade fenomênica, distinguindo-se do método das Ciências Naturais, que busca a *explicação*, ou seja, procura por relações causais entre os fenômenos. O filósofo alemão Wilhelm Dilthey (1833-1911) afirmava que somente a interpretação que buscasse entender os sentidos poderia estudar as manifestações humanas. Em suas obras *Introdução às Ciências do Espírito*⁶ (1883) e *A Edificação do Mundo Histórico nas Ciências do Espírito*⁷ (1910), Dilthey buscou fornecer fundamentação metodológica para as Ciências Humanas (que ele denominava de *Ciências do Espírito*), defendendo que estas deveriam ter uma metodologia

⁵ Adotado pelo Grupo de Pesquisa “Winnicott e a psicanálise tradicional: estudos sobre o método de tratamento psicanalítico”, coordenado pelo Prof. Dr. Leopoldo Fulgencio. Sobre o método de leitura e interpretação usado, cf. Gadamer (2008) e Lawn (2007).

⁶ Dilthey, W. (1986). *Introducción a las ciencias del espíritu: ensayo de una fundamentación del estudio de la sociedad y de la historia*. Trad. de Julián Marías. Madrid: Alianza Editorial.

⁷ Dilthey, W. (1988) *L'édification du monde historique dans les sciences de l'esprit*. Trad. de Sylvie Mesure. Paris: Les Éditions du Cerf.

própria que fosse capaz de dar conta das especificidades da realidade humana (Brandão & Arapiraca, 2008).

Hans-Georg Gadamer (1900-2002), filósofo alemão cuja obra principal *Verdade e Método* se tornou um marco na filosofia moderna, afirmava que todo *entendimento* (ou compreensão) é, de alguma forma, histórico, já que se dá a partir do contexto sócio-cultural. O autor alegava que estamos incrustados na linguagem e na cultura, o que faz com que os *preconceitos* (enquanto pré-julgamentos) estejam presentes em todas as formas de entendimento. Essa idéia é contrária ao método racional que busca verdades lógicas e inquestionáveis, e defende que o entendimento não é resolvido na privacidade da consciência, como propunha Descartes, mas sim através do nosso ser no mundo (Lawn, 2007).

A tradição hermenêutica rejeita a idéia de um mundo unitário que dá acesso a um tipo definitivo de conhecimento. A visão que Gadamer adota faz parte de um movimento que é contrário à concepção de um mundo dado, estável e pré-formado, e depende da idéia de um diálogo constante entre passado e presente. De acordo com Lawn, essa posição de Gadamer não pode ser conciliada com uma perspectiva científica que pressuponha um mundo sem mediação e não distorcido pelas constantes mudanças da verdade histórica (2007, p. 24).

Segundo Lawn (2007), através dos trabalhos de Schleiermacher, Dilthey e Heidegger (que foi professor e amigo de Gadamer), a hermenêutica se transformou não apenas numa forma de leitura e interpretação de textos, mas necessária a qualquer tentativa de entendimento do mundo e dos fenômenos humanos. Gadamer corroborava com a idéia de que “a experiência, o pensamento e a linguagem são hermenêuticos no sentido de que envolvem uma dinâmica constante entre as pré-concepções, que são fundamentadas não na natureza, mas sim na cultura e interpretação” (Lawn, 2007, p. 82).

O método hermenêutico, enquanto proposta de leitura e interpretação, pode orientar pesquisas que tomam um texto ou obra de um autor como seu objeto de estudo. Essa tarefa de interpretação deve seguir um princípio básico que recomenda que cada parte da obra de um autor seja compreendida

considerando a obra como um todo, e que a totalidade da obra seja iluminada por suas partes (interpretação da totalidade em sua relação com as partes e vice-versa)⁸. Para Gadamer, o entendimento hermenêutico depende deste *círculo hermenêutico*, que explicita o constante movimento de oscilação entre uma parte de um texto e seu significado total (Gadamer, 2008).

A obra de Winnicott foi percorrida, no presente estudo, com o objetivo de buscar as referências do autor em relação aos fenômenos psicossomáticos. Seguindo os princípios hermenêuticos, o todo da obra foi compreendido a partir de seus textos (partes), e os casos clínicos e principais textos por essa pesquisa utilizados (partes) foram analisados à luz da totalidade da teoria winnicottiana. Convém ressaltar que essa compreensão da totalidade se apoiou ainda na literatura secundária (comentadores de Winnicott) e em uma noção do todo já construída a partir das discussões conceituais e epistemológicas dedicadas à obra do autor, considerando a trajetória e o contexto histórico em que os textos foram escritos.

Os principais textos, que foram alvo de maior dedicação nessa pesquisa, foram aqueles considerados fundamentais para o entendimento da teoria psicossomática de Winnicott, principalmente: “Desenvolvimento Emocional Primitivo”, de 1945 (Winnicott, 1945d); “A mente e sua relação com o psíquico”, escrito em 1949 (Winnicott, 1954a); “O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional”, de 1958 (Winnicott, 1958j); “A Enfermidade Psicossomática em seus Aspectos Positivos e Negativos” de 1964 (Winnicott, 1966d); “Fisioterapia e Relações Humanas” de 1969 (Winnicott, 1969g); “Nota Adicional sobre Transtorno Psicossomático”, escrito em 1969 (Winnicott, 1989vm); “As bases para o *self* no corpo” redigido em 1970 (Winnicott, 1971d); e o livro *Natureza Humana* (Winnicott, 1988), que pode ser considerado como uma exposição geral, mas sintética, das principais idéias de Winnicott.

Para auxiliar na busca da compreensão de Winnicott em relação aos sintomas e distúrbios psicossomáticos, foi feito o recenseamento de vinhetas e casos clínicos em que esses fenômenos estão presentes. A partir da reunião e

⁸ Para maior compreensão da técnica fundamental empregada pelo método hermenêutico, cf. também Micheli-Rechtman (2007).

organização desses dados, que estão dispersos na obra do autor, formou-se um quadro geral, sistematizado, das referências clínicas de Winnicott em relação aos fenômenos psicossomáticos.

A análise dos dados permitiu o desenvolvimento de “chaves de classificação”. Essas chaves auxiliaram no estabelecimento de relações entre os casos clínicos e a teoria winnicottiana.

A sistematização desse material clínico, a análise dos dados obtidos e o estabelecimento de relações entre esses dados e a teoria winnicottiana teve como objetivo fornecer uma amostra de como Winnicott formula e tenta resolver esse problema empírico-clínico, buscando esclarecer sua compreensão em relação à gênese, dinâmica e tratamento dos fenômenos psicossomáticos.

8. Desenvolvimento

No **Capítulo I** será apresentada a teoria psicossomática de Winnicott, principalmente a partir dos conceitos de *elaboração imaginativa das funções corporais*, *integração psique-soma* e *alojamento da psique no corpo* (ou *personalização*), e da diferenciação dos termos *soma*, *psique* e *mente*. Para tanto, será necessário explicitar alguns aspectos gerais da teoria do amadurecimento (ou teoria do desenvolvimento afetivo) proposta por Winnicott, como a *tendência inata à integração*, a *dependência absoluta* e o *ambiente facilitador*.

Uma compreensão mais detalhada do que Winnicott chamou de *verdadeiro distúrbio psicossomático*, um conceito inovador que diferencia o distúrbio psicossomático da corriqueira vinculação entre aspectos emocionais e manifestações físicas, será apresentada no **Capítulo II**.

No **Capítulo III** serão apresentados aspectos do quadro geral formado a partir da organização dos dados obtidos com a leitura sistemática da obra de Winnicott. Esse quadro é composto por referências de Winnicott aos problemas psicossomáticos presentes em seus casos e vinhetas clínicas. Também serão

apresentadas as chaves de classificação que foram estabelecidas, com o objetivo de categorizar os dados, possibilitando uma visão mais clara da compreensão de Winnicott acerca desses fenômenos. A partir das relações entre essas chaves, e dessas com a teoria winnicottiana, procurou-se aprofundar a análise sobre a gênese, a dinâmica e o tratamento dos problemas psicossomáticos.

No **Capítulo IV** serão apresentadas outras possibilidades de classificação e interpretação dos dados presentes no quadro geral (apresentado no Capítulo III), como sugestões para futuras pesquisas.

No último capítulo, o das **Considerações Finais**, o trabalho feito foi retomado no intuito de apresentar, sinteticamente, os entendimentos conseguidos a partir das análises realizadas.

CAPÍTULO I – A teoria psicossomática de Winnicott

I. 1. Aspectos gerais da teoria do amadurecimento

Alguns autores afirmam que a teoria psicossomática desenvolvida por Winnicott nos oferece um modelo criativo e inovador para se compreender a coesão psicossomática e suas perturbações (Dias, 2008; Laurentiis, 2007; Rouco, 2001). No entanto, para se entender esse modelo e a forma como Winnicott considerou a questão psicossomática (que, segundo ele, permeia toda a existência humana), faz-se necessário uma prévia compreensão de alguns aspectos de sua teoria do amadurecimento pessoal.

Tomando como referência uma das compreensões possíveis da obra de Winnicott, a que Dias (2003) apresenta, e com apoio em outros comentadores, é possível traçar uma linha de desenvolvimento imaginária que nos dá uma visão didática do processo de amadurecimento psicoafetivo do ser humano para Winnicott (ainda que, na realidade descritiva dos fatos, esse processo não ocorra de forma tão linear).

Em um processo saudável de desenvolvimento, de acordo com Winnicott, o ser humano parte de um estado de não-integração até alcançar o *status* de uma unidade integrada (Winnicott, 1958j, 1965n). Da mesma forma, vai de uma posição inicial de dependência absoluta do ambiente cuidador até conquistar uma independência relativa (Winnicott, 1960c, 1965r, 1965vc).

Segundo Dias (2003), a teoria winnicottiana do desenvolvimento conceitua e descreve as conquistas e dificuldades que são inerentes ao processo de amadurecer, como *tarefas* que precisam ser cumpridas ou alcançadas (p. 13). Os estágios mais primitivos do desenvolvimento, na fase da dependência absoluta, apresentam ao bebê importantes tarefas, como a *integração* e a *personalização* (ou *alojamento da psique no corpo*), fundamentais para o estabelecimento da parceria psicossomática e,

consequentemente, para a saúde. O processo inicial de desenvolvimento e suas respectivas tarefas do amadurecimento serão apresentados a seguir.

No início, o bebê vive em um estado de não-integração; ele é um conjunto não-organizado de fenômenos sensórios motores que são reunidos pelo suporte ambiental. Essa não-integração faz parte do estado de imaturidade do bebê, que ainda não está organizado em uma unidade; não é um déficit, nem uma falha, apenas um estágio primitivo do bebê que irá, se tudo correr bem, amadurecer (Winnicott, 1958j, 1965n, 1965s).

Nesse estado de não integração, não há ainda uma separação entre eu e não-eu. O bebê não distingue o que é ele e o que é ambiente; Winnicott afirma: “Para o bebê, o mundo externo não está diferenciado, assim como não existe mundo interno ou pessoal (...)” (Winnicott, 1965s, pp. 216-217)

Durante o cuidado materno, um observador enxergará um recém-nascido e sua mãe; mas, para o bebê imaturo, não há a separação entre ele, sua mãe, e o mundo (Winnicott, 1965s). Deverá acontecer um processo de amadurecimento, possibilitado pelo ambiente facilitador, até o bebê ser integrado em uma unidade e poder ser considerado uma pessoa inteira, que reconhece os outros também como pessoas inteiras e separadas dele. Segundo Dias (2003),

O conceito winnicottiano de “ambiente” inicial deve ser entendido segundo seus dois aspectos essenciais: a) ele não é externo nem interno; b) ele é a instância que sustenta e responde à dependência: o bebê necessita totalmente de um outro *que ainda não é um outro, separado* ou externo a ele. (p. 131, grifos dela)

No princípio, de acordo com Winnicott, a mãe e o bebê estão fundidos em uma mesma estrutura. A unidade ainda não é o indivíduo, e sim o *contexto ambiente-indivíduo* (Winnicott, 1958d, p. 166) no qual o recém-nascido é apenas uma parte. Foi a partir dessa concepção que Winnicott formulou sua famosa e polêmica frase “*isso que chamam de bebê não existe*” (“*this thing such a baby does not exist*”), dita aos membros da Sociedade Psicanalítica

Britânica, que significa que um bebê não pode existir sozinho, sendo essencialmente parte de uma relação (Winnicott, 1947b).

Nessa fase primitiva, o bebê vive em uma situação de dependência absoluta. É impossível vermos um bebê pequeno, imaturo, sem um ambiente cuidador a sua volta. Nessa fase, a *mãe-ambiente* (que pode ser a mãe verdadeira, mas também inclui todos os cuidados que o bebê recebe) deve se adaptar de forma absoluta ao bebê. Winnicott denominou de *preocupação materna primária* o processo de adaptação absoluta da mãe ao seu bebê. Esse processo inclui a capacidade da mãe de se identificar com o recém-nascido, numa situação que se assemelha a um retraimento, conseguindo entender as necessidades dele e, assim, atendê-las (Winnicott, 1958n).

De acordo com Laurentiis (2007), quanto mais imaturo é o bebê, mais ele necessita tanto do envolvimento emocional quanto do envolvimento somático da mãe, ou seja, da capacidade da mãe de proporcionar um ambiente vivo e facilitador de experiências por meio da interação com seu próprio corpo. A forma adequada como a mãe segura o bebê, o manipula e olha para ele, transforma a *preocupação materna primária* em cuidados corporais efetivos, incluindo elementos de tempo e espaço, e levando em consideração as necessidades do bebê, como pessoa e não apenas como um corpo.

Winnicott chamou de *holding* o conjunto de cuidados que envolve e sustenta o bebê. É o *holding* que possibilita que o recém-nascido tenha suas partes não-integradas reunidas, proporcionando experiências de integração. O abraço, o colo, o “embalar” e “ninar”, assim como o banho, os cuidados de higiene e as massagens, são de extrema importância para o desenvolvimento saudável e reúnem os cuidados que o bebê pequeno percebe como “amor”. Winnicott explica: “Num momento ainda mais recuado, o bebê é seguro pela mãe e só entende o amor que é expresso em termos físicos, isto é, pelo *holding* vivo do ser humano” (Winnicott, 1965s, p. 215).

Abram (2000) ressalta a importância desse ambiente de cuidados, afirmando que é apenas “em função do *holding* suficientemente-bom que o bebê torna-se apto para desenvolver a capacidade de integrar a experiência e desenvolver um sentimento de ‘EU SOU’ (eu)” (p. 136). Esse sentimento de

“EU SOU”, possibilitado pela provisão ambiental, ocorre quando a criança já atingiu o *status* de unidade, após conquistar a integração (Winnicott, 1965s, p. 216).

De acordo com Winnicott, o fenômeno que ele denominou *preocupação materna primária* é fundamental para que o ambiente de *holding* aconteça:

Não há dúvida 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. Essa pessoa não pode agir assim a não ser que seja movida por aquele tipo de amor que é apropriado a esse estágio, o amor que porta uma capacidade de identificação com o bebê e um sentimento de que a adaptação às suas necessidades é algo que vale a pena. (Winnicott, 1965s, p. 216)

No início, o ambiente deve ser “perfeito”; mas não perfeito de uma forma absoluta ou obsessiva (já que a mãe é humana e, portanto, falível), mas deve falhar pouco no atendimento das necessidades do bebê, numa medida que seja suportável para ele. O cuidado adequado e a satisfação das necessidades proporcionam ao bebê experiências unificadoras, e gradualmente os cuidados que recebe vão sendo incorporados como aspectos do si-mesmo, ao mesmo tempo em que o ambiente vai se transformando em algo externo e separado dele (Dias, 2003).

A provisão ambiental possibilita que a tendência inata a integrar-se aconteça. É importante ressaltar que se trata de uma *tendência*, e não uma determinação ou uma garantia de integração. O bebê necessita de condições favoráveis para que essa conquista seja alcançada. E uma vez alcançada, pode ser perdida, já que toda conquista do amadurecimento, para Winnicott, é reversível (Phillips, 1988, p. 123). No entanto, quanto mais saudável é o processo de desenvolvimento, menor é o risco de desintegração do indivíduo:

Aos poucos, o estado de integração torna-se mais estável e consistente. Nunca será, contudo, um território seguro do qual o indivíduo tem o documento de propriedade. Haverá sempre o risco de se perder, mas isto dependerá cada vez mais, na saúde, de situações de extrema sobrecarga. O indivíduo saudável não se preocupa o tempo todo com sua sobrevivência psíquica (Dias, 2003, p. 129).

Se o ambiente satisfaz as necessidades do bebê de forma adequada, o bebê experiencia a ilusão de onipotência. Isso ocorre porque o recém-nascido tem a sensação de ele próprio ter criado o objeto que satisfaz sua necessidade. Se ele sente fome, e rapidamente surge o seio que o alimenta, ele pode ter a ilusão de ter criado o seio. Winnicott afirma que a experiência de onipotência é de extrema importância para o desenvolvimento saudável do bebê, e está relacionada com a origem da criatividade.

Segundo Winnicott (1968d), o bebê pode começar a ser criativo quando cria o seio ou o objeto que o satisfaz. A onipotência do recém-nascido o faz sentir que é o criador de seu mundo. No entanto, isso só será possível a partir do esforço da mãe em identificar e atender as necessidades de seu bebê, através do estado de *preocupação materna primária*. Winnicott diz:

Temos que dizer que o bebê criou o seio, mas não poderia tê-lo feito se a mãe não tivesse chegado com o seio exatamente naquele momento. O que se comunica ao bebê é: “Venha para o mundo de uma forma criativa, crie o mundo; só o que você criar terá significado para você”. (Winnicott, 1968d, pp. 89-90)

Aos poucos, na saúde, as experiências de integração serão cada vez mais frequentes e duradouras, e passarão a fazer parte do si-mesmo do bebê. Esse passará a suportar cada vez mais as falhas do ambiente, ao mesmo tempo em que a mãe começa a sair do estado de adaptação absoluta e volta a se preocupar consigo e com sua própria vida. O bebê começará, então, a perceber a mãe como externa e separada dele. Se os cuidados ambientais

tiveram sido suficientemente bons, a confiabilidade e a previsibilidade do ambiente farão com que a desilusão seja suportável para o bebê. Winnicott denominou de *mãe suficientemente boa* aquela que não apenas é capaz de adaptar-se de forma absoluta ao bebê, mas que também passa a se desadaptar e a falhar gradativamente no momento adequado. À *mãe suficientemente boa*, capaz da *preocupação materna primária*, Winnicott também atribuiu o termo *mãe dedicada comum* (Winnicott, 1987e).

A atenção que Winnicott deu aos processos iniciais do desenvolvimento humano trouxe contribuições importantes para o desenvolvimento da Psicanálise. Uma criança que não conquistou a integração poderá jamais chegar a experienciar os conflitos edípicos. As dificuldades nas relações interpessoais, características da fase edípica, pressupõem que a criança já tenha se estabelecido como uma unidade e que se perceba como uma pessoa inteira, que se relaciona com pessoas, também inteiras, que são separadas dela.

As questões relacionadas à administração dos instintos aparecerão naquelas pessoas que já conquistaram a integração, e que já integraram a instintualidade no si-mesmo. Isso significa que a pessoa já percebe seus instintos como advindos dela, ou fazendo parte de si. Cabe ressaltar que no início, segundo Winnicott, os instintos (como a fome, por exemplo) não estão ainda claramente definidos com internos ao bebê, podendo ser percebidos como “tão externos como o troar de um trovão ou uma pancada” (Winnicott, 1965m, p. 129).

Diferentemente da psicanálise tradicional freudiana, cujo foco de atenção é o Complexo de Édipo e as neuroses, a teoria winnicottiana enfatiza o desenvolvimento emocional primitivo, do bebê pequeno, servindo como guia para o estudo das psicoses. Segundo Winnicott, psicose é, *grosso modo*, o “nome que se dá aos estados de doença cuja evolução começou em momentos anteriores, ou seja, antes que a criança se tornasse uma pessoa total relacionada a pessoas totais” (Winnicott, 1988, p. 34).

Durante o processo inicial de um desenvolvimento saudável, o bebê não apenas passará a ser uma unidade, como também acontecerá a integração no

tempo e no espaço e o estabelecimento da parceria psicossomática, na qual ocorre o *alojamento da psique no corpo (personalização)* (Phillips, 1988, p. 120).

I. 2. O psique-soma e o alojamento da psique no corpo

A psicanálise winnicottiana é essencialmente uma teoria da existência psicossomática. Para Winnicott, o homem não é predominantemente um “aparelho psíquico”, como para a psicanálise tradicional, e nem um “aparelho fisiológico”, como para a medicina e a psiquiatria (Loparic, 2000). Os modos psíquicos e somáticos do existir humano, e suas inter-relações, estão presentes em toda a sua teoria, que “trata da existência psicossomática e não de uma subjetividade pensada à maneira de um aparelho psíquico ou de mecanismos mentais em funcionamento desde o início” (Laurentiis, 2007, p. 304).

Para Winnicott, no início há um corpo com suas funções somáticas: “A base da psique é o soma, e, em termos de evolução, o soma foi o primeiro a chegar” (Winnicott, 1988, p. 37). A psique surge no processo de dar sentido ao funcionamento, às sensações e aos movimentos do corpo, enfim, à vitalidade física. Esse processo, denominado *elaboração imaginativa* das funções corporais, faz com que a mera sensação física se torne uma experiência, e é a primeira tarefa da psique. Seria como dar uma “coloração”, doar um sentido pessoal às funções do soma.

Além de integrar, dar sentido e transformar em experiências as sensações corporais, a psique também é responsável pela integração no tempo e no espaço e pela reunião e armazenamento das memórias de experiências corporais (Dias, 2003; Winnicott, 1988). Winnicott afirma que uma das tarefas mais importantes da psique é “a interligação das experiências passadas com as potencialidades, a consciência do momento presente e as expectativas para o futuro” (Winnicott, 1988, p. 37).

A psique não se restringe ao funcionamento mental. No início, os processos mentais ainda não estão presentes, e não há participação de imagens ou fantasias na *elaboração imaginativa*, que se assemelha mais a uma *esquematização* corporal, ou seja, uma apropriação do sentido das sensações, dos movimentos e do funcionamento geral do corpo (Dias, 2003, p. 108). A elaboração imaginativa não é um processo mental, e é anterior ao início das funções intelectuais e às operações de representação, verbalização e simbolização (Laurentiis, 2007; Winnicott, 1971d).

Se o desenvolvimento for saudável, a mente irá surgir posteriormente como um *ornamento* do psique-soma (Winnicott, 1988, p. 44). A psique, embora nunca abandone suas tarefas iniciais, irá se desenvolver em funções cada vez mais complexas, que incluem todas as operações mentais. A mente se caracterizará, então, como uma *especialização da parte psíquica da parceria psique-soma*, e não como uma entidade distinta (Winnicott, 1954a, p. 333). Segundo Dias (2003), essa diferenciação entre psique e mente é essencial para a compreensão do pensamento winnicottiano (p. 90).⁹

É importante ressaltar que a psique não tem uma localização específica. A elaboração imaginativa das partes e funções do corpo não é localizada; ela ocorre por todo o soma, embora pareça haver uma temporária localização de acordo com o funcionamento e a experiência do corpo em um determinado momento (Winnicott, 1954a).

Na saúde, os aspectos psíquicos e somáticos do bebê começam, gradualmente, a se inter-relacionar. A psique e o soma de um indivíduo devem estar mútua e intimamente interligados, como resultado da tendência inata à integração, uma integração que é psicossomática. O soma é o corpo vivo, que respira, tem fome, necessidades, fica excitado, tenso, come, digere, relaxa, se expressa, e é sensível às variações do ambiente (Laurentiis, 2007). Todas essas funções recebem sentidos pela psique, através do processo de elaboração imaginativa, e o indivíduo se apropria delas enquanto experiência pessoal. Ao mencionar o soma, Winnicott não se refere a um corpo meramente

⁹ O funcionamento mental, de acordo com a teoria winnicottiana, será discutido no item 1.3 desse Capítulo.

fisiológico ou anatômico, mas sim a um corpo em íntima e constante relação com a psique.

Embora ressalte a importância do ambiente, Winnicott não despreza o papel da hereditariedade e a necessidade de tecidos cerebrais intactos para a aquisição da saúde. Ele coloca que, além das falhas ambientais, as lesões e doenças físicas (muitas hereditárias ou congênitas) podem ocasionar dificuldades no processo de amadurecimento. O cérebro é a base para o desenvolvimento da psique e da mente. Isso não significa que elas estejam localizadas no cérebro, mas que não podem se desenvolver se não houver condições biológicas para tal (Winnicott, 1988, pp. 37-38). Dessa forma, é possível pensar que uma criança anencefálica provavelmente terá apenas um corpo, e que a parceria psique-soma nunca se desenvolverá.

É necessário salientar que, em alguns casos, os fatores hereditários, orgânicos ou congênitos poderão parecer suficientes para explicar um distúrbio psicológico; no entanto, deve-se atentar para a prevalência de distúrbios psíquicos relacionados a problemas no desenvolvimento, além dos casos em que as falhas ambientais potencializam uma pré-disposição física. Dias (2003) comenta essa diferenciação proposta por Winnicott: “Deve-se, contudo, distinguir esses transtornos psicológicos, de base somática, dos *distúrbios psíquicos*, denominação reservada pelo autor para os distúrbios do processo de amadurecimento (...)” (p. 117, grifos dela). De acordo com Winnicott, a psique pode adoecer independentemente de existir uma base cerebral saudável para seu funcionamento (Winnicott, 1988, p. 30).

Winnicott ainda destaca a influência dos fatores hereditários no processo psicoterapêutico, dizendo que “a herança de traços de personalidade e de tendências para algum tipo de distúrbio psiquiátrico pertence ao soma, recebendo assim a psicoterapia alguns de seus limites, dados pelo herdado” (1988, p. 37). No entanto, ao longo de sua obra, Winnicott deixa claro que os problemas no desenvolvimento relacionados a falhas ambientais são muito frequentes, e que é imprescindível que todos os profissionais de saúde considerem essa questão no tratamento de seus pacientes.

Além da integração psicossomática, Winnicott ressalta a importância de outro fenômeno, o *alojamento da psique no corpo*, também fundamental para o processo de amadurecimento: “Iguamente importante, além da integração, é o desenvolvimento do sentimento de estar dentro do próprio corpo” (Winnicott, 1945d, p. 225). Para Winnicott a localização da psique (ou do “eu”) no próprio corpo costuma ser tida como dada ou certa (1945d, p. 223). No entanto, esse processo, chamado por ele de *personalização*, não é automático e nem está pré-determinado; ele depende do *holding* ambiental para acontecer satisfatoriamente (idem, p. 225). Essa idéia de conquista da morada no soma, não previamente garantida, difere das outras correntes psicanalíticas que consideram como óbvia a localização da psique no corpo (Laurentiis, 2007).

Segundo Abram (2000), Winnicott utiliza o termo *personalização* em oposição à *despersonalização*, que caracteriza uma cisão na qual o indivíduo não se sente como pertencente a seu próprio corpo. Em sua obra, Winnicott apresenta inúmeros exemplos de *despersonalização*, como o caso de uma paciente psicótica que achava que sua irmã gêmea era ela mesma, e se surpreendia quando alguém pegava a irmã no colo e ela permanecia parada (1945d, p. 223), a história de um paciente que dizia viver em uma caixa situada dez metros acima de seu corpo, conectada a esse apenas por um frágil fio (idem), e até a não rara sensação que algumas pessoas tem de ter saído do próprio corpo, como se tivesse “desencarnado” (1988, p. 143).

Dessa forma, enquanto que a *personalização* pode ser descrita como o *alojamento da psique no corpo*, ou ainda o *habitar o próprio corpo*, o termo *despersonalização* é utilizado para descrever a perda da vinculação entre psique e soma, ou seja, da integração psicossomática (Winnicott, 1971d).

Winnicott ressalta que, novamente, é o *holding* que possibilita o processo saudável de *personalização*. O *holding* é caracterizado não apenas pela mãe segurando o bebê, mas pelo conjunto de cuidados que o bebê recebe do ambiente. O manejo do bebê, feito de forma amorosa e atenciosa, contribui para o sentimento de estar no próprio corpo. A pele, estimulada pelo toque e pela manipulação, tem papel fundamental nesse processo. De acordo com Abram (2000), “o toque que é suficientemente-bom inaugura uma ‘psique que habita o soma’” (p. 138). Winnicott afirma:

Universalmente, a pele é de importância óbvia no processo de localização da psique exatamente no e dentro do corpo. O manuseio da pele no cuidado do bebê é um fator importante no estímulo a uma vida saudável dentro do corpo, da mesma forma como os modos de segurar a criança auxiliam o processo de integração. (Winnicott, 1988, p. 143)

Em relação à importância do cuidado no processo de personalização, Ab'Saber (2008) comenta: “Do mesmo modo que uma mãe é continente do bebê, será o cuidado constante, vivo e humanizado, situado no presente de um ambiente viável, que gradualmente tornará o corpo continente do próprio eu, sua morada” (p. 121).

No entanto, as experiências instintivas também são importantes para esse processo. Winnicott diz que a localização da psique no corpo se produz a partir de duas direções: (1) a experiência pessoal, que envolve as sensações da pele, o erotismo, os impulsos instintivos e a excitação, e (2) a ambiental, que se refere aos cuidados do corpo e à satisfação das necessidades (Winnicott, 1988, p. 144). Winnicott explicita a importância desses dois fatores afirmando: “(...) 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” (1945d, p. 225).

I. 3. O funcionamento mental

Além dos conceitos de *psique* e *soma*, Winnicott também desenvolveu sua concepção sobre a *mente*, chegando a formular uma “Teoria da mente”, descrita em seu artigo “A Mente e sua Relação com o Psique-Soma” (Winnicott, 1954a).

Segundo Winnicott, na saúde, a mente do bebê começa a se desenvolver na mesma época em que a mãe inicia o processo de desadaptação a ele, passando a “falhar” mais frequentemente. Nesse

momento, a adaptação absoluta inicial da mãe, possibilitada pela *preocupação materna primária*, já proporcionou importantes experiências de integração ao bebê. Este está cada vez mais preparado para suportar falhas ambientais, e a intelectualização tem papel fundamental nesse processo.

Estando integrado no espaço e no tempo, o bebê começa a perceber que se passa um intervalo de tempo entre ele começar a chorar até receber o alimento; aos poucos, também se torna capaz de perceber que alguns sinais, como ouvir os sons que vêm da cozinha, indicam que ele será alimentado em breve. Ele usa essa compreensão para aprender a esperar (Winnicott, 1965r).

O início da compreensão intelectual do bebê ocorre, então, ao mesmo tempo que a desadaptação gradual da mãe, que por sua vez acontece como resposta ao desenvolvimento apresentado por seu bebê. Nessa fase, a mãe apresenta o mundo ao bebê, que deixa de experienciar a ilusão de onipotência se tornando consciente de sua própria dependência (Abram, 2000; Winnicott, 1948b).

O bebê, que na fase de dependência absoluta acreditava criar o mundo e os objetos que o satisfaziam, passa a compreender (intelectualmente) a importância da mãe, uma mãe que é real e externa, demonstrando ansiedade ao se separar dela. A ansiedade do bebê revela que ele “já está apto a efetuar a distinção entre o eu e o não-eu” (Abram, 2000, p. 108).

Na saúde, a necessidade de um ambiente perfeito, que no início é absoluta, torna-se relativa. Se a mãe é suficientemente boa, o bebê conseguirá suportar as falhas através de sua atividade mental. Winnicott explica:

Essa atividade mental do bebê transforma um ambiente *suficientemente bom* num ambiente perfeito, ou seja, transforma a falha relativa da adaptação num êxito adaptativo. O que libera a mãe da necessidade de ser quase perfeita é a compreensão do bebê. (Winnicott, 1954a, p. 335, grifos dele)

Dessa forma, Winnicott coloca que, no início, a adaptação ativa da mãe é fundamental, mas que também é essencial que ela passe a falhar

gradativamente, de acordo com a crescente capacidade do bebê de suportar as falhas por meio de sua atividade mental, ou seja, por meio da compreensão.

No entanto, quando o ambiente inicial não é suficientemente bom, e não se adapta ativamente e de forma absoluta ao bebê, o indivíduo em desenvolvimento tenta compensar as falhas ambientais através de uma “hiperatividade do funcionamento mental” (Winnicott, 1954a, p. 336). Considerando que, para Winnicott, a origem da mente está na necessidade do bebê em ter um ambiente perfeito, fazendo com que este use a compreensão intelectual para suportar as falhas, a falta de um cuidado satisfatório faz com que a mente passe a assumir as funções do ambiente.

Esse processo de hiperatividade mental resulta em um bebê que tenta cuidar, prematuramente, de si mesmo, num processo que pode ser chamado de *self-holding*, e que visa manter o bebê artificialmente coeso a fim de evitar a agonia do despedaçamento (Laurentiis, 2007, p. 311). Winnicott afirma que, nesses casos, “o funcionamento mental passa a existir por si mesmo”, substituindo a mãe e tornando-a desnecessária (Winnicott, 1954a, p. 336, grifos dele). A mente passa a ser uma entidade distinta.

Quando ocorre esse crescimento excessivo da função mental, surge, por consequência, uma separação entre psique e soma. De acordo com Winnicott, isso ocorre porque a psique é “seduzida” para transformar-se nessa mente, rompendo a integração que ela tinha com o soma. Na saúde, o ambiente é que se encarrega de cuidar do indivíduo em desenvolvimento, e o funcionamento mental pode ser apenas uma parte do psique-soma integrado, como um “ornamento”, e nunca uma entidade separada deste (Winnicott, 1988, p. 44). Winnicott diz: “A mente não existe enquanto entidade no esquema individual das coisas, sempre que o esquema corporal ou psique-soma desse indivíduo tenha evoluído satisfatoriamente desde os estágios mais primitivos”. E complementa: “A mente, então, será apenas um caso especial do funcionamento da psique-soma” (Winnicott, 1954a, p. 333).

Laurentiis (2007) ressalta que a psique é concebida, primeiramente, como o próprio ato de elaborar imaginativamente o corpo vivo, ou seja, de apropriar-se das partes, sensações, funções e sentimentos; posteriormente,

como resultado organizado dessas elaborações. Já a mente, quando tudo corre bem, surge na parceria psique-soma, como um funcionamento especial que se apresenta como um recurso a mais do bebê em seu processo de amadurecimento (p. 305).

Vale salientar que a mente, assim como a psique, não tem uma localização definida. Winnicott diz: “No esquema corporal conforme eu o entendo, a mim parece não haver lugar para a mente” (Winnicott, 1954a, p. 343). Assim como a mente não é, na saúde, uma entidade separada do conjunto psique-soma, também não possui localização própria. De acordo com Loparic (2000), “como a psique ela própria não é uma entidade mas um modo de operar, ou melhor, de ser, a mente, tal como concebida por Winnicott, também só existirá como um modo especial de operar ou de existir” (p. 393).

CAPÍTULO II – O verdadeiro *distúrbio psicossomático*, segundo Winnicott

II. 1. A diferença entre o *distúrbio psicossomático* e as corriqueiras manifestações físicas envolvidas nos processos psicoemocionais

O termo *distúrbio psicossomático* já é de uso público e comumente é utilizado para designar os vários modos pelos quais o corpo é afetado pela vida emocional. No entanto, o fato de um indivíduo apresentar uma doença cuja causa não seja primeiramente física, e sim psíquica, não é o suficiente para caracterizar o *verdadeiro distúrbio psicossomático*, na concepção winnicottiana.

Cada vez mais a saúde tem sido entendida como um completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas como ausência de doença; da mesma forma, as doenças têm sido estudadas considerando sua dimensão biopsicossocial. Assim sendo, podemos considerar que a íntima relação entre corpo e psiquismo, além da influência de aspectos sociais no processo de adoecimento, é um fato incontestável, pelo menos para a maioria dos profissionais da Medicina e da Psicologia.

Parece ser consensual a idéia de que sentimentos e emoções repercutem, de algum modo, no corpo, embora a forma como isso ocorra ainda seja um tema bastante controverso (Campos, 2010). É muito pouco provável que alguém ainda tente negar o fato de que o coração se acelera em determinadas situações emocionais ou que o rosto se enrubesce em momentos de vergonha.

As manifestações corporais podem ser entendidas como expressões corriqueiras tanto de conflitos internos como de acontecimentos externos da vida cotidiana (McDougall, 1991). Além dessa íntima relação entre estados emocionais e manifestações corporais, não é raro encontrarmos pacientes com enfermidades orgânicas cuja causa principal seja de natureza psicológica. São as chamadas *doenças psicogênicas*, bastante comuns em alguns casos, como

os de dores crônicas ou disfunções sexuais (Abdo, 2001; Lobato, 2010). Ademais, mesmo quando a gênese da enfermidade é primeiramente orgânica, grande parte dos pacientes apresentam fatores psíquicos que desempenham um papel importante no contexto de sua doença (Zimerman, 2010).

Ao desenvolver o tema dos fenômenos psicossomáticos, Winnicott distinguiu as corriqueiras manifestações físicas advindas de alterações psíquicas do que ele chamou de *verdadeiro distúrbio psicossomático*. Winnicott não considera como distúrbio psicossomático a urgência em urinar antes de se subir em um palco ou o aparecimento de erupções cutâneas devido a um estresse emocional. Tampouco considera como distúrbio uma afonia no dia de um exame oral ou uma coceira genital proveniente da culpa relacionada com o prazer da masturbação. Mesmo casos aparentemente mais graves, como uma hipertensão crônica advinda de um estado neurótico de ansiedade, não necessariamente caracterizam o verdadeiro distúrbio psicossomático (Dias, 2008; Winnicott, 1934c; Winnicott, 1966d).

Winnicott ressalta essa diferença: “Estará evidente que estou fazendo uma distinção entre o caso psicossomático verdadeiro e o problema clínico quase universal do envolvimento funcional nos processos emocionais e nos conflitos mentais” (Winnicott, 1966d, p. 84).

Para Winnicott, a maioria dos chamados fenômenos psicossomáticos são apenas indicativos da vinculação entre psique e soma, fazem parte da vida e não significam sinal de patologia. Dias (2008) enfatiza essa perspectiva de que a influência mútua entre corpo e psiquismo é saudável e natural: “A idéia é que há uma saúde básica quando o corpo, de algum modo, partilha as vicissitudes da alma” (p. 108).

O *verdadeiro distúrbio psicossomático*, para Winnicott, tem sua etiologia nas tarefas iniciais do amadurecimento, principalmente nos processos de *integração psique-soma* e de *personalização*, ou *alojamento da psique no corpo*. Não se trata, então, dos efeitos da psique sobre o corpo, e sim da debilidade no estabelecimento da coesão psicossomática e da permanente ameaça de perdê-la. Em relação ao estudo desses distúrbios, Galván (2007) nos coloca:

Fica claro que não se trata de estudar o que se poderia considerar como aspectos emocionais subjacentes a doenças orgânicas ou sintomas físicos, nem mesmo o inverso: os sintomas psíquicos como consequências e repercussões de alterações funcionais ou patologias orgânicas. Trata-se, por outro lado, de compreender o desenvolvimento emocional, em termos de amadurecimento individual, particularmente no que se refere à inter-relação entre psique e soma. (Galván, 2007, pp. 67-68)

Assim sendo, não podemos estudar os distúrbios psicossomáticos a luz da teoria winnicottiana sem atentar para importantes tarefas do processo de amadurecimento, especialmente a *integração* e a *personalização*. Esses processos dizem respeito, diretamente, à vinculação entre a psique e o soma, e são justamente as falhas nessas etapas primitivas que podem levar ao desenvolvimento desses distúrbios.

II. 2. O distúrbio psicossomático como falha nos processos primitivos

Para Winnicott, a existência humana é psicossomática. Pela tendência inata à integração, soma e psique tendem a se integrar, gradualmente, em uma unidade. Havendo essa coesão psicossomática, os limites da psique passarão a coincidir com os do soma, e poderemos dizer que a psique reside no corpo ou que naquele corpo há de fato uma pessoa.

Essa unidade psicossomática não é algo garantido ou pré-estabelecido. É uma conquista que deverá ser alcançada e que depende de boas condições ambientais (*holding*) para acontecer. Um ambiente suficientemente bom pressupõe uma adaptação absoluta ao bebê no início da vida, mas que gradativamente deve se tornar relativa na medida em que o bebê amadurece. Se as falhas ambientais ocorrem no momento certo, e de forma suportável para

o bebê, este irá desenvolver uma mente saudável, que funcionará como uma parte especial do psique-soma, mas não separada deste.

O conceito de *personalização* ou *alojamento da psique no corpo* pode ser considerado como uma das inovações apresentadas por Winnicott (Laurentiis, 2007). Diferentemente de outras correntes teóricas, que tomam a morada do indivíduo no seu corpo como óbvia, a teoria winnicottiana nos coloca que essa é uma tarefa a ser conquistada, e que o sentimento de habitar o corpo pode nunca ocorrer caso não haja condições satisfatórias e, mesmo quando já ocorreu, pode vir a ser perdido.

A localização da psique no próprio corpo decorre de um processo complexo, que se desenrola com sucessivos momentos de integração entre psique e soma – que, com o suporte adequado do ambiente, vai permitir que o bebê alcance um estado de unidade. (Galván, 2007, p. 66)

A perda da vinculação entre psique e soma, chamada de *despersonalização* pela psiquiatria, pode ocorrer por diversos fatores (Winnicott, 1988). Podemos citar, por exemplo, as experiências instintivas deflagradas em vão, ou seja, quando não ocorre a satisfação (clímax) de uma excitação ou quando o bebê não é atendido em sua necessidade. Uma mãe que se adianta ao ritmo do bebê, oferecendo um cuidado quando ainda não há a necessidade, ou o contrário, uma mãe demasiadamente lenta para atender seu filho, também pode contribuir para o enfraquecimento da integração do bebê.

A mãe não deve deixar o bebê “abandonado” a seus próprios recursos por um tempo longo. O bebê precisa ser segurado repetidas vezes, porque “sua capacidade para guardar consigo a memória corporal e o sentimento de realidade da experiência é ainda muito precária” (Dias, 2008, p. 114). Se o bebê fica muito tempo sozinho, a memória de estar no corpo se esvai, e o bebê “cai no vazio”. “Esse acontecimento constitui uma agonia impensável, um colapso, uma morte psíquica” (idem).

O modo de segurar o bebê também é de grande importância para a coesão psicossomática. É no colo que o bebê é sustentado e tem suas partes (cabeça, tronco e membros) reunidas. O segurar desajeitado ou inseguro pode fazer com que o bebê se sinta “solto” ou “espalhado” (Dias, 2003, pp. 209-210). E para que o bebê possa se constituir como uma unidade, tanto o carregar como o cuidar devem também incluir o olhar e a interação com ele como uma pessoa inteira (Galván, 2007, nota 2).

Winnicott cita a dificuldade de algumas mães ou cuidadores em reunir os aspectos físicos e psíquicos no manejo cotidiano:

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 pessoas 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. (Winnicott, 1969g, p. 431)

Winnicott aponta as consequências que essas falhas podem ocasionar: “Quando aqueles que cuidam de um bebê ou criança pequena possuem esse tipo de dificuldade, a criança de que cuidam não pode tornar-se integrada em uma unidade” (idem).

Todos esses eventos e as reações a eles acarretam problemas nos processos de integração psicossomática e de personalização, ou seja, “enfraquecem, de algum modo, a morada ou o sentimento de se ter o corpo como lugar de experiência” (Laurentiis, 2007, p. 306).

É importante ressaltar que a satisfatória localização da psique no soma independe de um corpo fisicamente perfeito. Um bebê com uma deficiência física, congênita ou adquirida, pode não estar consciente dela como uma anormalidade. Quando a mãe consegue olhar para o bebê e cuidar do corpo dele como uma criança sadia, esse terá uma experiência de *si-mesmo* como um ser humano normal e aceito (Winnicott, 1971d). Loparic explica:

As malformações ou disfunções físicas, constitutivas ou adquiridas, não são inicialmente experienciadas como anormais e as pessoas com tais deficiências não são pessoas doentes. A idéia da anormalidade surge do olhar do ambiente – acompanhado, via de regra, pelo tratamento dispensado – e da comparação com outros seres humanos. (Loparic, 2000, pp. 365-366, nota 31)

Para facilitar o estabelecimento de boas relações primitivas do bebê com seu corpo, nesses casos de deformidades, é preciso que a mãe seja capaz de veicular através do olhar e do manejo que aceita e ama seu filho sem restrições, ou seja, da forma como ele é (Laurentiis, 2007, nota 2).

Em relação aos distúrbios psicossomáticos, *grosso modo*, podemos afirmar que falhas nos primeiros processos integrativos são consideradas por Winnicott como a gênese desses problemas. O distúrbio não é a enfermidade física propriamente dita, mas sim um sistema persistente de defesas, que inclui a *cisão* e a *dissociação*, e que emerge como consequência da ausência de coesão psicossomática (Winnicott, 1966d).

No caso do distúrbio psicossomático, um padrão de falhas ambientais traumáticas provocou, repetidas vezes, (...) uma perda do sentimento, que estava se constituindo, de estar reunido e habitar no corpo. Imediatamente após o trauma, é erigida uma defesa, de caráter anti-traumático, que visa evitar a repetição da agonia impensável (...). (Dias, 2008, p. 115)

Winnicott afirma que a enfermidade psicossomática é o *negativo de um positivo*. O positivo seria a tendência inata que o indivíduo tem de chegar a uma unidade psique-soma. O estágio em que costuma ocorrer esse processo integrador (psique integrada com o soma) costuma ser chamado por Winnicott de estágio do “EU SOU”. O indivíduo que alcançou o estágio do “EU SOU” conseguiu se integrar em uma unidade e habitar o próprio corpo. A cisão entre psique e soma, presente no distúrbio psicossomático, é um fenômeno

regressivo que contrasta com esse desenvolvimento saudável no sentido da integração psicossomática (Winnicott, 1966d).

O fracasso no desenvolvimento em relação à integração e à conquista da morada no soma leva o indivíduo a empregar a cisão enquanto mecanismo de defesa. É possível dizer, então, que a raiz do distúrbio psicossomático é uma “falha no processo inicial de alojamento da psique no corpo e toda a organização defensiva que é erigida a partir daí” (Dias, 2008, p. 107). O insucesso dessas tarefas primitivas leva à formação de defesas (cisão e dissociação), que constituem o verdadeiro distúrbio.

A cisão e as dissociações múltiplas, enquanto defesas, fazem com que o indivíduo se “despersonalize” ativamente. “A despersonalização ativa é o modo como o indivíduo se defende da *ameaça de despersonalização ou de desintegração por fracasso ambiental*” (Dias, 2008, p. 116, grifos dela). Isso significa que o indivíduo teme perder, de forma irremissível, a já precária coesão psicossomática, e assim se defende com a *desintegração* (ou *despersonalização*) provocada pela cisão ou pelas dissociações múltiplas. Dias (2008) nos coloca que a defesa teria a seguinte formulação: “não serei mais atingido porque estarei espalhado, não podendo, portanto, ser encontrado em nenhum lugar; desse modo, não serei aniquilado pela perda da integração porque já vivo semi-integrado” (p. 116). Dessa forma, a cisão no indivíduo tem poderosas razões para, defensivamente, continuar a manter a psique e o soma separados (Laurentiis, 2007).

Devido às sucessivas e traumáticas experiências de fracasso no processo de integração psique-soma, o indivíduo começa a temer os possíveis momentos de integração, já que estes passam a representar uma ameaça de aniquilamento. Dessa forma, o indivíduo necessita manter, patologicamente, a debilidade da parceira psicossomática.

A fraca coesão entre soma e psique – ou seja, um estado de despersonalização – deve ser mantida como tal, pois há um temor de aniquilamento que adviria de uma possível integração psicossomática, pois quando esta se avizinhou, na experiência primitiva do indivíduo, em geral

por ocasião da tensão instintual e da amamentação, não foi bem sucedida e levou ao aniquilamento ou à desintegração. (Dias, 2008, p. 110)

Winnicott identifica, então, a “doença real” presente no distúrbio psicossomático como sendo “a cisão da personalidade do paciente organizada a partir da debilidade do ego e mantida como defesa contra a ameaça de aniquilamento no momento da integração” (Winnicott, 1966d, p. 90).

O autor também relaciona o transtorno psicossomático com outro mecanismo defensivo: uma cisão organizada na mente “em defesa contra a perseguição generalizada por parte do mundo repudiado” (Winnicott, 1966d, p. 90). Quando há incerteza da morada, e a residência da psique no soma pode facilmente ser perdida, a posição do “EU SOU” fica prejudicada, já que o indivíduo não tem segurança na sua constituição como uma unidade. A fragilidade da posição “EU SOU” provoca dificuldades na relação com o mundo externo, ou com tudo aquilo que é “NÃO-EU”.

Na saúde, a rivalidade entre o indivíduo e o mundo externo se torna um estímulo a mais para o desenvolvimento pessoal. Winnicott ilustra essa rivalidade natural através do jogo infantil (aparentemente comum na Inglaterra em sua época) “Eu sou o rei do castelo; você é o patife sujo” (Winnicott, 1966d). No entanto, quando o ambiente (“NÃO-EU”) fracassou repetidas vezes, essa rivalidade se torna ameaçadora e o mundo externo passa a ser repudiado. A cisão é então organizada em defesa contra este mundo hostil e persecutório.

Assim sendo, Winnicott afirma que o transtorno psicossomático pode também estar relacionado a esse fenômeno: “Batida em retirada do EU SOU e do mundo tornado hostil pelo repúdio que o indivíduo faz do NÃO-EU para uma forma especial de cisão que ocorre na mente, mas que se dá ao longo de linhas psicossomáticas” (Winnicott, 1966d, p. 90). Isso significa que um ambiente persecutório pode determinar a “batida em retirada” do indivíduo para alguma forma de cisão.

De acordo com Galván (2007), podemos então identificar duas possibilidades etiológicas para o distúrbio psicossomático: (1) o débil

estabelecimento da personalização no desenvolvimento primitivo, por falhas ambientais, e (2) as dificuldades inerentes à conquista da integração em uma unidade (“EU SOU”) e em relação ao desafio de lidar com a possibilidade do mundo externo repudiado se tornar hostil e ameaçador.

Embora o distúrbio psicossomático mantenha a fragilidade da coesão entre psique e soma, há uma tendência no indivíduo enfermo a não perder inteiramente a vinculação psicossomática. Esse aspecto é o que Winnicott chamou de “valor positivo do envolvimento somático” (Winnicott, 1966d, p. 90). O elemento físico do distúrbio enfatiza o contato do indivíduo com seu corpo, nem que seja através da dor ou do desconforto (Dias, 2008).

Ao mesmo tempo em que o paciente psicossomático teme a integração (pela ameaça de aniquilamento), ele também teme perdê-la por completo. A perda total da integração significaria fuga para uma vivência puramente intelectual. Dessa forma, a doença ajuda a manter alguma vinculação psique-soma, já que ela evita uma *existência intelectualizada* e tenta manter a saudável *existência psicossomática*. É como se o distúrbio mantivesse psique e soma “juntos e separados”, concomitantemente.

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. (Winnicott, 1988, p. 185)

Além da fuga para a intelectualidade, Winnicott aponta que a perda completa da integração psique-soma pode ainda levar o indivíduo a ter uma existência exclusivamente espiritual, sensorial, ou guiada por uma sexualidade compulsiva (Dias, 2008; Winnicott, 1966d). Dessa forma, “o distúrbio é uma defesa, não apenas contra o perigo da integração, (...) mas também contra a ameaça de uma perda irremissível da coesão psicossomática” (Dias, 2008, p. 118).

Hisada (2000) aponta outro fator positivo do distúrbio psicossomático, compreendido a partir da teoria winnicottiana: o fato da doença física resultar em um *holding* para o paciente, uma situação de cuidado ambiental que pode auxiliar na retomada do processo de integração psique-soma. Dias (2008) também ressalta esse aspecto, afirmando que através do problema físico o paciente se mantém em contato não apenas com seu corpo, mas também com a dependência de cuidados que a doença acarreta.

II. 3. O tratamento dos distúrbios psicossomáticos

A formulação inovadora proposta por Winnicott em relação aos distúrbios psicossomáticos também sugere uma nova compreensão da tarefa dos profissionais envolvidos no cuidado desses pacientes. É importante ressaltar que as forças em funcionamento nos pacientes são muito fortes, ou seja, a organização defensiva tem determinantes muito poderosos. Isso faz com que o trabalho dos profissionais cuidadores seja bastante desafiador e, muitas vezes, frustrante (Winnicott, 1966d).

No entanto, não basta o profissional denunciar ao paciente a sua cisão. O fornecimento de uma compreensão meramente racional poderia, inclusive, piorar a já frágil parceria psicossomática. Winnicott afirma: “uma das coisas que eu odiaria fazer seria seduzir o paciente a um enunciado acordado que envolveria um abandono da psique-soma e uma fuga para o conluio intelectual” (Winnicott, 1966d, p. 90).

O termo winnicottiano psique-soma (*psyche-soma*, no original em inglês) possui um hífen repleto de significados. O hífen tanto indica *união*, como *separação* e também *relação*. De acordo com Dias (2008), o desafio dos profissionais que cuidam de pacientes psicossomáticos é justamente cuidar do hífen, ou seja, da relação psique-soma: “Enquanto teoricamente, e na saúde, o hífen representa a união, sempre precária, entre psique e soma, no distúrbio psicossomático, o sintoma físico é o alerta de que o hífen está operando como traço de separação” (p. 119). O objetivo não é fazer o hífen desaparecer, mas

mantê-lo como deve ser: o que une, separa, e sustenta a parceria psique-soma.

Um fator complicador no tratamento desses pacientes é o que Winnicott chamou de “disseminação dos agentes responsáveis” (Winnicott, 1958r, p. 336). Como a personalidade do paciente está dissociada, as dissociações no meio ambiente são exploradas por ele. O paciente busca, então, inúmeros profissionais para cuidar dos vários aspectos físicos da sua doença, fazendo uma “peregrinação” por médicos das mais diversas especialidades, além de profissionais da psicologia, fisioterapia, religiosos, místicos, entre outros. O paciente faz uma cisão patológica da provisão ambiental, o que ajuda a manter a desintegração (Winnicott, 1966d).

Galván (2007) ressalta que o sistema médico atual pode contribuir para esse fenômeno:

As dificuldades no tratamento dos indivíduos com doenças psicossomáticas acentuam-se pela própria característica da assistência médica contemporânea, que se baseia em um sistema de especialidades, no qual cada profissional da saúde cuida de uma parte do corpo, de um problema ou de um sintoma, o que multiplica o número de profissionais que tratam, simultaneamente, o mesmo indivíduo que apresenta diversas patologias. Esse sistema reproduz – no ambiente – a dissociação presente como defesa, no paciente. (p. 69)

Winnicott afirma que os pacientes precisam desses diversos profissionais para serem cindidos. Essa necessidade faz parte do sistema defensivo “contra os perigos que surgem da integração e da conquista de uma personalidade unificada” (Winnicott, 1966d, p. 88). Como denunciar essa cisão não basta, e ainda pode fazer com que haja uma fuga para a compreensão exclusivamente racional, Winnicott (1966d) coloca que a atitude adequada do profissional pode ser deixar que o paciente manipule a sintomatologia, ao mesmo tempo em que oferece um suporte ambiental que ajude o paciente a abandonar suas defesas.

Para Galván (2007), o manejo desses pacientes não se trata simplesmente de uma unificação do cuidado (que levaria a uma falsa integração, forçada *de fora para dentro*) e nem de curar os *sintomas somáticos emergentes*. Trata-se de fornecer as condições necessárias para que o indivíduo não mais necessite manter psique e soma dissociados (p. 71). Dias (2008) ressalta que esses pacientes necessitam de alguém que os acompanhe pacientemente, sem tentar modificar o quadro defensivo, até que eles possam permitir (*desde si-mesmos*) que o processo de amadurecimento siga na direção saudável: a da integração (p. 119).

Winnicott nos coloca: “Nossa difícil missão é ter uma visão unificada do paciente e da doença, *sem parecer fazê-lo de uma maneira que vá à frente da capacidade que o paciente tenha de alcançar integração em uma unidade*” (Winnicott, 1966d, p. 90, grifos dele). E afirma: “Concedendo-se tempo e circunstâncias favoráveis, o paciente tenderá a recobrar-se dessa dissociação. As forças integradoras nele tendem a fazer o paciente a abandonar a defesa” (idem, p. 84).

CAPÍTULO III – As referências de Winnicott aos fenômenos psicossomáticos

III. 1. Apresentação dos dados do quadro geral

Winnicott faz diversas referências aos sintomas e distúrbios psicossomáticos ao longo de sua obra. No presente estudo, foi feita uma leitura sistemática da obra do autor com o intuito de identificar os casos clínicos e vinhetas em que Winnicott apresenta pacientes com esse tipo de problema.

Ao todo, foram selecionadas cinquenta e uma (51) referências, que foram reunidas e organizadas em um quadro geral¹⁰. Esse quadro possui dez colunas, a saber: (1) a primeira mostra o nome ou alguma característica que identifique o caso clínico; (2) a segunda traz o nome da obra do autor em que está a referência, e (3) a terceira o nome do artigo; (4) na quarta está o ano em que Winnicott escreveu aquele artigo e o ano de publicação. Em seguida há (5) os sintomas físicos apresentados pelo paciente, (6) a compreensão geral que Winnicott teve do caso; (7) o tipo de intervenção feita por Winnicott e (8) qual foi o atendimento dispensado àquele paciente, como, por exemplo, consulta médica, entrevista terapêutica ou sessões de psicanálise. A penúltima coluna (9) foi reservada para observações importantes e a última (10) apresenta as chaves de classificação que foram estabelecidas, categorizando cada caso como *Verdadeiro distúrbio psicossomático* ou *Falso distúrbio psicossomático*, este último indicando apenas a corriqueira vinculação entre psique e soma. Nos casos não caracterizados como distúrbio psicossomático verdadeiro é ainda apontado, quando possível, se a manifestação física se apresenta como uma reação não-patológica frente a uma situação adversa (classificado como *Reação natural*) ou se o sintoma indica a existência de uma psicopatologia (classificado como *Sintoma patológico*)¹¹.

¹⁰ O quadro geral está em ANEXO.

¹¹ Essas chaves de classificação serão apresentadas de forma mais detalhada no item III.2. desse capítulo.

Vale ressaltar que não foi possível categorizar todos os casos clínicos a partir das chaves estabelecidas. A escassez de informações, ou a forma como elas foram colocadas, deixam dúvidas, em alguns casos, de como seria possível classificá-lo. Nos casos clínicos em que isso ocorreu, há um ponto de interrogação no lugar da categorização, indicando a dificuldade em classificar aquele caso com uma mínima segurança.

Alguns casos clínicos são encontrados mais de uma vez na obra de Winnicott, como, por exemplo, o caso de uma menina com colite, Jenny, de 10 anos, que está descrito no artigo “Atendimento de caso com crianças mentalmente perturbadas” (1965e), da obra *A família e o desenvolvimento individual*, e também no artigo “A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos” (1966d), da obra *Explorações Psicanalíticas*. No quadro, esses casos são apresentados uma única vez, com as informações compiladas.

Os casos estão apresentados em ordem cronológica, usando como parâmetro o ano em que o artigo foi escrito. Quando o ano de publicação for diferente do ano em que Winnicott escreveu o artigo, as duas datas são apresentadas, sendo que o ano da escrita aparece entre colchetes. Se dois ou mais artigos fazem referência a um mesmo caso, é utilizada como parâmetro a data do mais antigo (o primeiro a ser escrito).

III. 2. Classificação e interpretação das referências de Winnicott aos sintomas e distúrbios psicossomáticos

Dado esse quadro geral, foram estabelecidas algumas chaves de classificação. Essas chaves visam organizar e catalogar os dados, possibilitando uma visão mais nítida da compreensão de Winnicott acerca dos fenômenos psicossomáticos e uma maior clareza na interpretação dos dados selecionados.

A primeira classificação possível de ser feita aponta a diferença entre sintomas físicos provenientes de dificuldades psicoemocionais e o verdadeiro distúrbio psicossomático, que envolve falhas nos processos de integração

psique-soma e de personalização. Essas categorizações foram denominadas “Falso distúrbio psicossomático” *versus* “Verdadeiro distúrbio psicossomático”.

O termo “Falso distúrbio psicossomático” foi escolhido por sugerir a distinção entre o verdadeiro distúrbio, na concepção winnicottiana, e o fenômeno que corriqueiramente é denominado de distúrbio psicossomático, mas que apenas indica a íntima relação psique-soma e os modos pelos quais o corpo é afetado pela vida emocional.

Essa primeira classificação visa explicitar que a presença de sintomas físicos não necessariamente caracteriza um distúrbio psicossomático verdadeiro, enquanto cisão ou dissociação da personalidade. Os sintomas presentes nos casos classificados como “Falso distúrbio psicossomático” são apenas correspondentes físicos de estados psíquicos e emocionais: “Isto é apenas a vida e faz parte do viver”, diz Winnicott (1966d, p. 84).

Mas cabe ressaltar que o termo “Falso distúrbio psicossomático” não indica que o sintoma físico se trata, necessariamente, de uma reação saudável ou natural, mas sim que esse sintoma não faz parte de um verdadeiro caso de distúrbio psicossomático, e não é causado por falhas primitivas na integração psicossomática. Esses sintomas, na verdade, podem tanto fazer parte de uma reação não-patológica do indivíduo frente a uma situação adversa, bem como apontar alguma psicopatologia, o que sugere uma segunda classificação cujas categorias foram denominadas “Reação natural” *versus* “Sintoma patológico”.

A “Reação natural” ocorre em casos cujo sintoma indica que aquele indivíduo está tendo que lidar com as dificuldades da vida e com o sofrimento inerente ao processo de viver e amadurecer. Como exemplo, podemos citar o caso de Joan, que apresenta sintomas gástricos como uma reação normal ao nascimento do irmão. De acordo com Winnicott, em algumas situações adversas é mais normal estar doente que estar bem (Winnicott, 1931p, p. 58). Podemos compreender essa afirmação a partir do fato de que a apatia ou a total indiferença do indivíduo frente às dificuldades da vida pode indicar maiores problemas no processo de desenvolvimento do que a presença de alguns sintomas.

sintomatologia física, principalmente durante os inúmeros atendimentos realizados em ambulatório hospitalar. Alguns desses casos foram publicados por Winnicott, na maioria das vezes com o objetivo de mostrar a íntima vinculação entre a psique e o soma (mesmo quando Winnicott ainda não utilizava esses termos com precisão). A maior parte desses casos está nas obras *Da Pediatria à Psicanálise* e *Pensando sobre Crianças*, e foram publicados, predominantemente, entre as décadas de 30 e 40.

Os casos caracterizados como verdadeiro distúrbio psicossomático foram, em sua maioria, publicados posteriormente, quando Winnicott já se dedicava, predominantemente, à Psicanálise. Isso se deu, principalmente, a partir da década de 60, época em que Winnicott já havia desenvolvido boa parte de sua teoria do amadurecimento e escrito alguns dos textos mais importantes a respeito de sua teoria psicossomática, como “Desenvolvimento Emocional Primitivo”, de 1945 (Winnicott, 1945d); “A mente e sua relação com o psique-soma”, escrito em 1949 (Winnicott, 1954a) e “O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional”, de 1958 (Winnicott, 1958j).

Dentro da categoria “Falso distúrbio psicossomático”, proposta por esse estudo, e dentre os casos classificados como “Reação natural”, podemos citar a história de Joan (caso número 3, identificado no quadro geral como “Joan, 2 anos e 5 meses”) que apresentou sintomas de inapetência, enjôo e emagrecimento como manifestações do ciúme do irmão, que acabara de nascer. Esses sintomas físicos indicam a vinculação entre soma e psique, e ilustram uma situação natural em que os aspectos psíquicos relativos ao amadurecimento e ao enfrentamento das dificuldades da vida se manifestam no corpo.

Ao relatar esse caso, Winnicott (1931p) deixa claro que tanto a vinculação psique-soma como as dificuldades emocionais advindas de situações como essas são fenômenos normais e esperados. Ter ciúmes de um novo irmão e ter que lidar com os sentimentos amorosos e destrutivos que emergem desse contexto faz parte das dificuldades inerentes à vida. No caso específico de Joan, a manifestação física não apenas pode ser classificada

como uma “Reação natural”, mas também pode ser considerada como integrante de um processo saudável de amadurecimento. Winnicott explica:

No caso de não ter nascido um novo bebê, com tudo o que isto significa para a criança, Joan teria continuado a ter uma ótima saúde, mas o valor de sua personalidade teria de algum modo diminuído, pois ela teria perdido uma experiência real na idade adequada. Este caso justifica a afirmação de que às vezes pode ser mais normal para uma criança estar doente do que estar bem. (Winnicott, 1931p, p. 58)

Outro caso classificado como “Falso distúrbio psicossomático” e “Reação natural”, é o de Verônica (caso número 5, “Verônica, 1 ano e 7 meses”). Durante um período de hospitalização de sua mãe, Verônica foi cuidada, com certa crueldade, por uma amiga da mãe. Essa amiga ameaçava Verônica caso ela se recusasse a comer e costumava introduzir o dedo no ânus da menina para fazê-la evacuar. A criança, que até então havia apresentado um desenvolvimento normal, passou a ter sintomas como inapetência, vômito, enurese e constipação intestinal. A mãe, ao receber alta hospitalar e voltar para casa, passou a tentar “desfazer o mal que havia sido feito” (Winnicott, 1931p, p. 62).

Diferentemente de Joan, não é possível dizer que essa experiência foi saudável ou enriquecedora para Verônica. No entanto, os sintomas físicos apresentados por ela não são sinais de psicopatologia, e sim uma “Reação natural” diante de uma situação traumática.

Outro caso que ilustra uma reação natural diante de uma situação adversa é o de uma menina de seis anos que estava com a pele perfeitamente clara até ser admitida no hospital (caso número 12, denominado “Criança de 6 anos admitida no hospital”). Após ser levada de maca para a enfermaria, o médico viu que o corpo da menina estava todo coberto por erupções cutâneas (pápulas). A ansiedade e o estresse emocional, normais e esperados numa situação como essa, levaram a menina a desenvolver as pápulas, indicando a íntima relação entre psique e soma (Winnicott, 1934c).

É possível citar ainda o caso de um garoto de três anos (11. “Menino de 3 anos”) que também desenvolveu uma sintomatologia física relacionada ao nascimento de um irmão, mas de forma indireta. O menino passou a se masturbar e a explorar o prazer auto-erótico como forma de lidar com sua infelicidade momentânea; a partir disso, apresentou sintomas físicos relacionados à excitação, à ansiedade e à culpa advinda do prazer da masturbação (urgência miccional, enurese e urticária papular). A respeito de sua compreensão sobre esse caso, Winnicott nos coloca: “Este garotinho bastante sadio estava numa idade em que a apreciação da realidade significa uma felicidade diminuída” (Winnicott, 1966h, p. 105). E mais: “Podemos dizer, então, que este menino está tão sadio quanto parece estar, que ele não está sofrendo de nenhuma doença, que ele está achando a vida difícil” (idem, p. 106).

Em muitos desses casos em que o sintoma apenas indica os modos pelos quais o corpo é afetado pelo psiquismo, Winnicott afirma que nenhuma intervenção se faz necessária, e que o melhor a fazer é apenas manter o caso em observação ou “colocar-se como amigo” (Winnicott, 1931p, p. 58). Em outros casos, uma orientação aos pais ou uma conversa terapêutica com o paciente pode ser necessário, chegando até a indicação de um tratamento psicoterápico nos casos em que a pessoa não está conseguindo enfrentar a vida sem ajuda. De qualquer forma, Winnicott afirma que o médico (que é o profissional que costuma receber esses pacientes) deveria tentar compreender os processos psíquicos subjacentes antes de diagnosticar e tratar a doença como causada por fatores orgânicos (Winnicott, 1931p).

Nem todos os casos que se não se caracterizam como verdadeiro distúrbio psicossomático, na concepção winnicottiana, podem ser considerados não-patológicos. Muitas vezes os sintomas físicos são justamente indicativos da presença de psicopatologias. Essas psicopatologias podem ter etiologias variadas e podem estar relacionadas com aspectos diversos do desenvolvimento psicoafetivo. Esses casos foram categorizados, no presente estudo, como “Falso distúrbio psicossomático” e “Sintoma patológico”.

Um dos exemplos é a história de Dennis (caso número 1. “Dennis, 5 anos”) que apresentava um quadro de extrema apatia, incapacidade de brincar

e de demonstrar interesse por qualquer coisa. Além disso, apresentava episódios frequentes, que Winnicott chamou de “ataques”, em que transpirava abundantemente, desmaiava ou ficava cianótico, além de enurese ocasional. Após algum tempo de acompanhamento, Winnicott identificou que o garoto sofria de um quadro severo de ansiedade, e que a apatia se apresentava como o lado inverso desse quadro. Dennis conseguiu, ao longo do tratamento psicoterápico, ser capaz de brincar e expressar sua vida emocional. Winnicott diz que “sua personalidade foi se libertando no curso do tratamento” (Winnicott, 1930b, p. 159).

É possível citar também o caso de um garoto (14. “Menino de 4 anos”) que apresentava urticária papular e lesões na pele devido à coceira, além de mau-humor e “mãos quentes”. Segundo Winnicott, “este é exatamente o quadro apresentado por uma criança que começou uma batalha com a masturbação genital, criando uma entidade clínica muito comum na sua idade” (Winnicott, 1934c, p. 151). Neste caso, o “campo de batalha” estava sendo principalmente a pele, e Winnicott afirma que a urticária papular tratava-se de uma excitação da pele correspondente à ereção do tecido erétil excitado (idem, p. 147).

Embora Winnicott afirme que a “batalha da masturbação” seja um fenômeno muito comum na idade desse garoto, a intensidade e a obsessividade apontam para dificuldades psíquicas:

Está claro que eu penso que a excitação da pele e inclusive a ocorrência das pápulas são normais no período de bebê, e devem ser esperadas ocasionalmente na infância inicial. Em relação às batalhas a respeito da masturbação, isso tende a se acentuar. No entanto, quando está presente uma qualidade obsessiva, eu considero que a condição é um sintoma de doença, isto é, de um transtorno psicológico, envolvendo certo grau de repressão em associação com sistemas de gratificação auto-erótica (...). (Winnicott, 1934c, pp. 151-152)

O caso de outro garoto (15. “Menino de 8 anos”) também diz respeito a uma urticária irritativa, mas com etiologia diferente. Além das pápulas, ele apresentava edema em algumas partes do corpo e sensação de aperto no peito. Ele era uma criança muito nervosa, que tinha dificuldade em lidar com a agressividade e a hostilidade. Os edemas apareceram quando sua mãe disse que ele deveria parar de coçar a pele, porque senão a urticária pioraria; nervoso, ele desistiu de coçar, mas desenvolveu os edemas. O garoto sentia-se mal, inclusive fisicamente, quando pensava em “coisas ruins”, como matar alguma coisa; nesses momentos costumava surgir uma dificuldade para respirar ou um aperto no peito. Em sua intervenção, Winnicott abordou com o garoto o tema das dificuldades relacionadas aos impulsos hostis.

Já o caso de Simon (22. “Simon, 8 anos”) pode ser compreendido a partir das dificuldades na relação entre a realidade subjetiva e a realidade objetivamente percebida. Seus sintomas eram inibição do apetite (que começou logo após o desmame), vômito e “nervos retesados”. Simon apresentava uma incapacidade de confiar no alimento; a dúvida em relação à comida expressava a sua dúvida sobre o amor. Winnicott diz que esse caso ilustra a importância da inibição da voracidade, que aqui podia ser explicada como parte da relação de Simon “com as pessoas de seu mundo interno e externo, sendo que nem sempre ele consegue distinguir um do outro” (Winnicott, 1958e, p. 103).

É importante ressaltar que a citação desses casos de Winnicott não tem o intuito de apresentar uma compreensão detalhada dos mesmos, mas sim de ser um exemplo sucinto da vinculação psicossomática presente nos fenômenos psicopatológicos.

Outra ilustração de como o corpo pode ser afetado por psicopatologias é o caso de Alan (25. “Alan, 5 anos e meio”). A queixa principal era de nervosismo, acompanhado pelos sintomas de gagueira, piscar excessivo dos olhos, suor abundante e insônia. Alan era muito assustado e sensível às tensões exteriores, chegando a ficar aterrorizado, por exemplo, durante um temporal. Ele não conseguia enxergar a realidade externa como sendo boa e não havia tido oportunidade de corrigir suas fantasias assustadoras de acordo

com os fatos reais (Winnicott, 1996l); seus sintomas físicos estavam diretamente relacionados a essas dificuldades.

Winnicott afirma que, em alguns casos, uma criança que apresenta sintomatologia física está envolvida pela doença psíquica de um dos pais, e ressalta que a psicopatologia dos progenitores pode afetar, de muitos modos, o desenvolvimento da criança (Winnicott, 1961a). É o caso de uma menina (37. “Garota de 8 anos afastada da mãe”) que apresentava crises severas de anorexia. Sua mãe estava deprimida devido à ausência do marido, que havia sido convocado para a guerra. A mãe tinha uma insana necessidade de provar seu valor “empanturrando as crianças de comida”, e toda vez que essa se deprimia, a garota ficava anoréxica (idem, p. 108).

A história de Alfred (39. “Alfred, 10 anos”) também demonstra o envolvimento da criança nos distúrbios psíquicos dos pais. O garoto gaguejava quando precisava se esforçar para fazer ou dizer algo, e “havia nele uma ansiedade em fazer tudo bem e se esforçar o tempo todo” (Winnicott, 1971b, p. 134). Essa característica teve início após o pai do garoto ter um “esgotamento mental” e uma crise depressiva, devido ao grande esforço para se sair bem em um árduo emprego novo. Winnicott colocou ao garoto, durante sua intervenção:

Tem-se esforçado tanto por causa de seu pai e ainda continua se esforçando para curar seu pai de suas preocupações sobre o trabalho, quando ele não estava conseguindo desempenhá-lo de maneira satisfatória. Tanto que está sempre ofegante e, conforme me disse, é isso que o atrapalha em todo o seu trabalho e na fala, fazendo-o gaguejar. (Winnicott, 1971b, p. 135, grifos dele)

Alfred, ao se lembrar da doença do pai e verbalizar sobre sua necessidade de esforçar-se sempre, sentiu-se aliviado. A gagueira não desapareceu completamente, embora tenha tido uma significativa melhora, mas “deixou de ser problema e o menino se livrou de sua compulsão em fazer esforços excessivos” (idem, p. 136).

Como é possível perceber, um sintoma físico pode indicar a presença de um problema psíquico, mas não caracterizar um distúrbio psicossomático verdadeiro, enquanto falha nos processos iniciais de integração psique-soma e personalização. Além disso, uma psicopatologia pode não estar apenas relacionada a questões pessoais, mas estar envolvida em aspectos ambientais significativos.

Além dos casos que indicam a íntima relação psique-soma, e que envolvem tanto as reações físicas naturais como as manifestações somáticas de psicopatologias, Winnicott também apresentou alguns casos do chamado “Verdadeiro distúrbio psicossomático”. Um exemplo é o de uma criança anoréxica (caso número 41. “Menina de 10 anos em análise”) que apresentava diversas cisões. No início do tratamento com Winnicott, que fazia parte de uma equipe psicossomática, “(...) as sensações, agonias e sonhos da paciente apareceram sob a forma de um material urgente relacionado à barriga” (Winnicott, 1966d, p. 85). Esse material não podia ser alterado pelas interpretações relativas a objetos internos. No entanto, um dia (após anos de tratamento), essa paciente relatou uma dor de cabeça, o que significou, segundo Winnicott, uma mudança quanto ao estado dissociado. Ao falar de uma doença relacionada à sua mente, essa paciente passou a ser tratada por Winnicott como paciente psiquiátrica. Aos poucos, ela passou a fornecer material que podia ser interpretado em uma terminologia de objetos internos, relativo às fantasias que fazia do seu interior, e deixou de empregar a defesa psicossomática.

Winnicott cita ainda o caso de outra paciente (42. “Paciente psicanalítica na metade da vida”) que apresentava uma dissociação múltipla da personalidade. Winnicott praticamente não faz referências aos sintomas físicos dela (apenas cita uma alopecia ocasional), mas usa esse caso para ilustrar o fenômeno que ele denominou de “disseminação dos agentes responsáveis”. Essa paciente tinha inúmeros cuidadores, como vários médicos, um massagista, um cabeleireiro, um pastor religioso, a babá dos filhos, entre outros. Winnicott afirma que essa mulher “não se encontrava nunca, ao mesmo tempo, em um só lugar” (Winnicott, 1966d, p. 87). A disseminação do cuidado ambiental era secundária a uma desintegração ativa da personalidade da

paciente. O tratamento analítico se deu no sentido de promover a integração e ajudar a paciente a abandonar, gradualmente, o mecanismo de defesa da dissociação múltipla (idem, p. 86).

Outro caso de distúrbio psicossomático verdadeiro apresentado por Winnicott ilustra como falhas na sustentação ambiental podem levar à ameaça de despersonalização. É a história de uma mulher (50. “Paciente mulher de meia-idade”) cujos problemas estão relacionados, segundo Winnicott, a um fracasso “no estágio em que a mãe fica sentada, contente e ocupada, mas disponível enquanto a criança brinca” (Winnicott, 1989vm, p. 91). O autor explica:

Se a mãe se acha preocupada e a princípio não nota a necessidade da criança, esta só precisa começar a chorar e logo a mãe se acha disponível. No padrão mau que se encontra na raiz da enfermidade desta paciente, a criança chorou e a mãe não apareceu. (Winnicott, 1989vm, p. 92)

Essa mulher, que sofria constantemente com a ameaça de despersonalização, apresentava várias formas de prurite crônica, sendo que algumas surgiam de modo espontâneo e outras eram produzidas ou exageradas pelo coçar. Ao comentar esse caso, Winnicott explicita sua compreensão a respeito dos problemas de pele relacionados com falhas no processo de personalização:

Grosso modo, o enunciado é que a irritação ou desconforto crônicos da pele dão ênfase à membrana limitadora do corpo (e, portanto, da personalidade), e que por trás disto acha-se a ameaça de despersonalização e de uma perda das fronteiras corporais, bem como da impensável ansiedade quase física que pertence ao processo inverso do que é chamado integração. (idem, p. 91)

Além da prurite, essa mulher encontrou outras formas de manter-se em seu corpo, ou em contato com ele. Winnicott relata que ela “sempre descansa em algum tipo de posição exagerada, de maneira que está consciente de si mesma em termos físicos. Sempre dá um jeito para que todos os seus músculos se encontrem tensionados” (idem).

Ao comentar que a mãe dessa paciente não estava disponível quando a criança chorou, Winnicott ilustra o fracasso na adaptação e na sustentação ambiental, imprescindíveis para o bom desenvolvimento inicial.

Novamente, é importante ressaltar que as falhas ambientais podem estar diretamente relacionadas com a doença psíquica dos pais. Uma mãe psicótica ou deprimida dificilmente terá condições de ser uma *mãe suficientemente boa*. Além disso, Winnicott aponta para possibilidade de, no distúrbio psicossomático, a cisão e a dissociação estarem em um dos cuidadores, enquanto os sintomas físicos se manifestam na criança.

É o caso de Jenny (36. “Jenny, 10 anos), que Winnicott afirma ter sido um de seus fracassos profissionais (Winnicott, 1965e; 1966d). Essa garota tinha uma colite, mas sua doença era em grande parte expressão do distúrbio psiquiátrico da mãe. Segundo Winnicott, a mãe, que tinha tido ela própria um caso de recusa à escola quando criança, era incapaz de permitir que a filha se sentisse bem o suficiente para ir à escola. Inconscientemente, a mãe “não podia permitir que a filha, que estava vivendo sua vida por ela novamente, saísse fora do padrão” (1966d, p. 87).

Winnicott se afastou dos cuidados de Jenny, que incluíam um grande número de profissionais, após a garota ter o seu cólon removido por um cirurgião. Ao lamentar seu fracasso, Winnicott diz: “Infelizmente, fui incapaz de perceber suficientemente cedo que a pessoa doente, neste caso, era a mãe. Era ela quem tinha a cisão essencial e a criança quem tinha a colite, mas foi esta última que me foi trazida para tratamento” (1966d, p. 87).

A doença da mãe não havia sido ignorada por Winnicott, e era inclusive um elemento importante do trabalho que ele desenvolveu com a menina, mas um dos seus erros foi, segundo ele, ter “esquecido a necessidade inconsciente, tremendamente poderosa, que existe em uma mãe desse tipo, de espalhar os

agentes responsáveis e manter o *status quo* do qual, aqui, a moléstia somática da criança fazia parte integrante” (Winnicott, 1966d, p. 87, grifos dele). E completa: “A mãe podia ter um corpo sadio enquanto a enfermidade se encontrasse na filha” (idem).

CAPÍTULO IV – Outras possibilidades de classificação e interpretação dos dados

Os sintomas físicos advindos de aspectos psíquicos e que não fazem parte do chamado *verdadeiro distúrbio psicossomático* podem ser considerados como manifestações das dificuldades inerentes a etapas mais adiantadas da vida. Enquanto o distúrbio verdadeiro tem sua gênese vinculada aos processos mais primitivos, como a integração e a personalização, os demais sintomas costumam estar mais relacionados às dificuldades de relacionamento e de administração instintual.

Ao falarmos dessas etapas mais adiantadas do desenvolvimento, já estamos considerando um indivíduo inteiro que se relaciona com pessoas separadas de si e também inteiras. Dessa forma, está implícito que esse indivíduo alcançou a integração, o *status* de unidade e a posição do “EU SOU” (diferenciando-se da realidade externa, de tudo aquilo que não é ele), e conseguiu habitar seu próprio corpo, tendo assim uma morada. A morada significa que as fronteiras da psique coincidem com as do soma, ou seja, que as experiências corpóreas (sensoriais, motoras e funcionais) se ligaram a uma nova condição: a de ser uma pessoa (Laurentiis, 2007).

Os sintomas pertencentes às etapas mais adiantadas podem estar relacionados com os estados de excitação, ou seja, com os efeitos da vida instintual e com as fantasias e ansiedades que a acompanham, com estados de humor, como uma depressão que compromete a vitalidade do corpo, entre outros. De qualquer forma, não caracterizam o verdadeiro distúrbio psicossomático, já que não estão relacionados com as tarefas mais primitivas do desenvolvimento. Dias (2008) afirma que o verdadeiro distúrbio estaria mais relacionado às psicoses, enquanto que os demais sintomas estariam mais relacionados às neuroses e depressões.

No verdadeiro distúrbio, a questão não gira em torno dos efeitos da psique sobre o corpo, mas sim da ausência de coesão psicossomática. No entanto, em diversos casos e vinhetas clínicas apresentados por Winnicott os

sintomas físicos dizem respeito exatamente aos efeitos da psique sobre o corpo, podendo ser relacionados com tarefas posteriores do desenvolvimento. A análise desses casos permite a divisão e a classificação em categorias, que dizem respeito ao aspecto do desenvolvimento com o qual a dificuldade está relacionada.

O presente estudo propõe, como um esboço de classificação, que os casos sejam categorizados por apresentarem problemas ou dificuldades relacionados: (1) ao brincar e à transicionalidade; (2) à hostilidade, aos impulsos agressivos e ao dilema “amor *versus* ódio”; (3) à sexualidade e à masturbação; (4) à diferenciação do mundo interno *versus* mundo externo, pobreza do mundo interno ou realidade externa persecutória; (5) às fantasias sobre o interior do próprio corpo e, por fim, (6) aos problemas de caráter e atitudes anti-sociais. Essa classificação absolutamente não esgota as possibilidades de compreensão e categorização dos casos, mas se apresenta como exemplo de novas formas de se analisar os dados presentes no quadro geral e como sugestão para futuras pesquisas.

Essas categorias foram criadas a partir dos dados presentes na sexta coluna do quadro geral, que apresenta a compreensão que Winnicott teve do caso, sendo escolhidos os temas que mais se repetiram. É importante ressaltar que um mesmo caso pode ser incluído em duas ou mais categorias, por apresentar material referente a diferentes temáticas. Nessa sucinta explanação, optou-se por enquadrar os casos em apenas uma classificação, de acordo com o tema predominante.

Um dos exemplos de sintomas físicos relacionados à temática do brincar e da transicionalidade é o caso de Dennis (1. “Dennis, 5 anos”). Esse garotinho tinha dificuldades em brincar, e a sintomatologia fazia parte de um quadro severo de ansiedade. Após a intervenção psicoterápica, Dennis tornou-se capaz de brincar, podendo expressar todas as facetas de sua vida emocional (Winnicott, 1930b).

É possível citar ainda a história de X. (35. “Caso X”), que teve uma ligação muito forte, e precoce, à sua mãe. O garoto não fez uso de objeto transicional e não chegou a usar chupetas ou mamadeiras, nem chupar o

polegar. A sintomatologia física (asma) teve início após o período do desmame, que ocorreu quando X. tinha sete meses; após ser desmamado, “ele não teve nada para o que se voltar” (Winnicott, 1953c, p. 20). Sobre a relação de X. com sua mãe, Winnicott afirma: “Tivera uma *ligação* muito forte e precoce *a ela própria*, como pessoa, e era de sua pessoa real que ele necessitava” (idem, grifos dele)¹³.

Dentre os casos cujos problemas estão relacionados à hostilidade, aos impulsos agressivos ou ao dilema “amor *versus* ódio”, é possível citar as histórias de Edward, Eddie e Rosemary. Edward (2. “Edward, 11 anos”), que apresentava crises convulsivas aparentemente sem causa orgânica, possuía fantasias de crueldade e demonstrava um anseio por ser maltratado, o que “o levou a observar que merecia ser castigado” (Winnicott, 1930b, p. 160). Eddie (27. “Eddie, 21 meses”) havia sido afastado de sua mãe por ocasião da guerra e, apesar de sua sintomatologia ter surgido durante a separação, sua saúde física piorou após o reencontro com a mãe. Winnicott explica:

A investigação mostrou que não era fácil para Eddie reencontrar a mãe, visto que, na época da separação, ele a odiara, não sendo capaz de extrair da presença e do sorriso dela a certeza de que ela podia continuar viva e carinhosa, apesar do ódio dele. (Winnicott, 1940a, p. 18)

A garota Rosemary (38. “Rosemary, 10 anos”) apresentava humor depressivo acompanhado de sintomatologia física, como dor de cabeça, náusea e ftofobia. Winnicott interpretou os sintomas como manifestações clínicas do desejo de morte em relação à mãe, que estava sob repressão na menina e fazia parte do contexto da situação triangular com o pai. Winnicott afirma que os sintomas se esclareceram quando a garota chegou a desenhar os sonhos em que a mãe era atropelada pelo carro do pai (Winnicott, 1971b). Além desses, o caso de um garoto (15. “Menino de 8 anos”), já apresentado anteriormente, também ilustra a dificuldade com os impulsos hostis¹⁴.

¹³ Para compreensão do conceito de transicionalidade e objetos transicionais, cf. Winnicott (1953c).

¹⁴ Vide página 72 do presente trabalho.

Dentre os casos relacionados à temática da sexualidade e da masturbação, podemos citar a história de Peggy (6. “Peggy, 10 anos”) cujos sintomas físicos eram uma reação à extrema ansiedade causada pela notícia de que ela não era filha biológica dos seus pais. Winnicott afirma que o tabu em relação à origem dos bebês teve um papel significativo na gênese da sintomatologia: “é possível que o tabu da sexualidade mantido pelos pais tenha sido um fator importante na sua doença, mais importante que as complicações de sua vida familiar” (Winnicott, 1931p, p. 65).

Outro exemplo é o caso de um bebê (13. “Bebê do sexo masculino, 16 meses de idade”) que, após ter tido um ferimento no meato urinário, apresentou coceira na região genital que levou ao aparecimento de lesões e de uma severa urticária papular. “Provavelmente, a irritabilidade meatal estava estimulando a excitação genital, e despertando sentimentos de culpa com a repressão ameaçada das fantasias e sensações genitais”, coloca Winnicott (Winnicott, 1934c, p. 151). É possível citar ainda a história de um garoto (14. “Menino de 4 anos”), já apresentado anteriormente, cujos sintomas físicos estavam relacionados à masturbação genital¹⁵.

O tema dos mundos interno e externo aparece nos casos Simon, David e Alan, entre outros. As histórias de Simon (22. “Simon, 8 anos”) e Alan (25. “Alan, 5 anos e meio”) já foram expostas no Capítulo III¹⁶. David (23. “David, 1 ano e 6 meses”) apresentava uma incontinência fecal, evacuando logo após as refeições (defecação pós-prandial). Esse garoto também possuía uma característica anormal de jogar imediatamente ao chão qualquer objeto que lhe fosse dado, sem os comportamentos de hesitação e de levar o objeto à boca, tão esperados para sua idade. Segundo Winnicott, esse caso ilustra “a relativa pobreza do mundo interno que pode se seguir à inibição das fantasias orais e à consequente ausência de prazer na retenção seja do que for” (Winnicott, 1958e, p. 107).

O caso de David também poderia ser classificado dentro da categoria referente às fantasias em relação ao próprio corpo. Winnicott afirma que a ansiedade relativa “a objetos psicologicamente incorporados ou fisicamente

¹⁵ Vide página 71 do presente trabalho.

¹⁶ Vide página 72 do presente trabalho.

ingeridos” pode ser causada por fantasias sobre o interior (idem, p. 107). A categoria sobre essas fantasias foi sugerida por sua especificidade, embora englobe questões referentes ao mundo interno e à realidade subjetiva.

A história de um garoto com uma dor não localizada na barriga (18. “Menininho com dor de barriga”) ilustra a presença dessas fantasias sobre o interior do corpo. Ele acreditava que havia um bebê menino lá dentro (Winnicott, 1958e). O caso de Heather (19. “Heather, 7 anos”) também pode ser incluído nessa categoria. A garota coçava compulsivamente a região genital, chegando a provocar feridas e inflamações; seus genitais lhe davam a impressão de estar cheios de coisas “marrons e grotescas”, e ela se coçava para tirá-las dali (Winnicott, 1958e, p. 95).

Alguns casos com sintomas físicos relatados por Winnicott dizem respeito às dificuldades de caráter e à atitude anti-social. Como exemplo, podemos citar a história de uma púbere (20. “Garota no início da puberdade”) que “roubava” da irmã todas as pessoas que tinham importância para ela, não permitindo que essa tivesse amigos. Winnicott afirma que era um “problema de caráter”, cuja sintomatologia incluía um apetite voraz que chegou a levar a garota à obesidade (Winnicott, 1958e, p. 97).

É possível citar ainda o caso de Ruth (46. “Ruth, 8 anos”). A garota apresentava enurese como sintoma temporário, mas a queixa principal, que motivou o tratamento, era de furtos (Winnicott, 1971b, 1989d). Essa menina viveu uma situação de rejeição e negligência na ocasião em que a mãe ficou seriamente deprimida após o nascimento de outra filha. Esse caso ilustra a compreensão de Winnicott a respeito da atitude anti-social, que ele relaciona com o conceito de *deprivação*¹⁷.

É importante ressaltar que a análise dos dados tal como proposta nesse capítulo apenas serve como sugestão para novas investigações. O presente estudo não pretendeu aprofundar a discussão dessas temáticas, o que se afasta de seus objetivos, mas apenas demonstrar como os casos e vinhetas clínicas de Winnicott, compilados no quadro geral, podem ser campo fértil para novas análises e gerar outras possibilidades de pesquisas.

¹⁷ Para compreensão do conceito de *deprivação* (*deprivation*, no original em inglês) e sua relação com a atitude anti-social, cf. Winnicott (1984a).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo dessa pesquisa foi explicitar a compreensão que Winnicott teve dos fenômenos psicossomáticos, principalmente em relação à gênese, dinâmica e possibilidade de tratamento, contribuindo para o desenvolvimento de sua teoria psicossomática.

A organização das referências de Winnicott aos fenômenos psicossomáticos (casos e vinhetas clínicas), feita através de um quadro geral, possibilitou explicitar, principalmente, a distinção que Winnicott fez entre as vinculações corriqueiras entre corpo e psiquismo, que resulta nos sintomas físicos comumente chamados de psicossomáticos, e o fenômeno que ele chamou de *verdadeiro distúrbio psicossomático*, relacionado a falhas nos processos primitivos de *integração* e *personalização*.

Também foi possível explicitar que o fato do corpo ser afetado pela vida psíquica não necessariamente indica a existência de uma psicopatologia. Os sintomas podem ser apenas uma reação natural frente a alguma situação adversa; adoecer fisicamente, nesses casos, mostra a íntima relação entre corpo e psiquismo e indica que o indivíduo está tendo que lidar com as dificuldades inerentes à vida e ao processo de amadurecimento.

No entanto, os sintomas físicos podem também apontar a presença de uma psicopatologia que, não estando vinculada aos processos mais primitivos envolvidos no distúrbio psicossomático verdadeiro, está relacionada com falhas em etapas posteriores do desenvolvimento. Encontramos nos casos e vinhetas de Winnicott referências a dificuldades na transicionalidade, no relacionamento com o mundo externo, com as fantasias em relação ao interior do corpo, com a vivência da sexualidade e administração dos instintos, entre outras.

É importante ressaltar que o indivíduo só poderá possuir dificuldades desses tipos se ele já tiver alcançado o *status* de unidade, ou seja, se ele tiver conquistado a posição do “EU SOU”, podendo assim se relacionar com o

mundo externo, como separado dele, e com o mundo interno, pertencente a uma pessoa inteira e integrada.

O conceito de *verdadeiro distúrbio psicossomático* apresentado por Winnicott diz respeito a etapas anteriores, mais primitivas, referentes às conquistas de uma coesão psicossomática (*integração psique-soma*) e da tarefa da habitar o próprio corpo (*personalização*). A diferenciação dos problemas psicossomáticos entre “manifestações da vinculação psique-soma”¹⁸, patológicas ou não, e “verdadeiro distúrbio psicossomático” permite uma compreensão mais aprofundada da gênese e da dinâmica desses fenômenos, bem como do tratamento adequado para cada caso.

O presente estudo se caracterizou como um passo inicial no uso dos casos e das vinhetas clínicas de Winnicott como instrumento para o estudo dos fenômenos psicossomáticos. O extenso trabalho de localização, identificação, organização e categorização desse material, que estava disperso na obra do autor, possibilitou a criação de um quadro geral de referências. Esse quadro se mostrou um campo fértil para análises, interpretações e classificações dos problemas psicossomáticos, podendo ser revisto, ampliado e aprofundado em novos estudos.

A criação das categorias “Verdadeiro distúrbio psicossomático” e “Falso distúrbio psicossomático”, bem como das subcategorias “Reação natural” e “Sintoma patológico”, resultou em uma primeira classificação dos casos e vinhetas clínicas e em uma compreensão inicial a respeito dos diversos fenômenos psicossomáticos, de suas características e especificidades, bem como das variadas formas de intervenção.

Muitas parecem ser as possibilidades de continuidade da presente pesquisa. Os dados do quadro geral poderiam ser trabalhados e analisados de diversas formas e com diferentes objetivos. Um exemplo dessas possibilidades foi esboçado no Capítulo IV, com o intuito de demonstrar que essa pesquisa inicial não se esgota aqui e pode servir como ferramenta para estudos posteriores mais profundos, já que possibilitou o estabelecimento de um material organizado sobre a temática.

¹⁸ Denominadas nesse estudo de “falsos distúrbios psicossomáticos”.

Através do recenseamento e organização das referências de Winnicott e da análise dos dados em relação com a teoria, o presente trabalho espera ter contribuído, mesmo que de forma limitada, para o desenvolvimento da teoria psicossomática e para a resolução do problema empírico-clínico, universal, dos distúrbios psicossomáticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ab'Saber, T. (2008). Sobre o corpo de Winnicott. In R. M. F. Volich, F. C.; Ranña, W; (Ed.), *Psicossoma IV: Corpo, história, pensamento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Abdo, C. (2001). Aspectos Classificatórios, Diagnósticos e Terapêuticos dos Transtornos da Sexualidade. In C. Abdo (Ed.), *Sexualidade Humana e seus Transtornos*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Abram, J. (2000). *A linguagem de Winnicott: Dicionário das Palavras e Expressões Utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Brandão, A. R. P., & Arapiraca, C. (2008). A importância da história na abordagem das Ciências Humanas: um olhar a partir de Wilhelm Dilthey. *Cadernos UFS - Filosofia*, 3(X), 71-78.
- Campos, E. P. (2010). Aspectos psicossomáticos em Cardiologia: mecanismos de somatização e meios de reagir ao estresse. In J. Mello Filho & M. Burd (Eds.), *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Casetto, S. J. (2006). Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. *Psychê*, 10(17), 121-142.
- Castro, M. G., Andrade, T. M. R., & Muller, M. C. (2006). Conceito Mente e Corpo através da História. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 39-43.
- Cotta, J. A. M. (2003). *O alojamento da psique no soma, 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.
- Dias, E. O. (2008). O distúrbio psicossomático em Winnicott. In R. M. Volich, F. C. Ferraz & W. Ranña (Eds.), *Psicossoma IV: corpo, história, pensamento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Eksterman, A. (2010a). Medicina Psicossomática no Brasil. In J. Mello Filho & M. Burd (Eds.), *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed.

- Eksterman, A. (2010b). Psicossomática: o diálogo entre a Psicanálise e a Medicina. In J. Mello Filho & M. Burd (Eds.), *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Ferraz, F. C. (2007). A tortuosa trajetória do corpo na psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(4), 66-76.
- Ferreira, F. B. G. (2010). *Uma compreensão winnicottiana sobre as noções de soma, psique e mente como referência para o entendimento da integração psicossomática*. Dissertação de Mestrado. PUC-Campinas, Campinas.
- Filgueiras, M. S. T., Lisboa, A. V., Macedo, R. M., Paiva, F. G., Benfica, T. M. S., & Vasques, V. A. (2007). Avaliação psicossomática no câncer de mama: proposta de articulação entre os níveis individual e familiar. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 551-560.
- Fontes Neto, P. T. L., Weber, M. B., Fortes, S. D., & Cestari, T. F. (2006). A dermatite atópica na criança: uma visão psicossomática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1), 78-82.
- Freud, S. (1893). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação Preliminar. In *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira* (Vol. II). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1894a). As neuropsicoses de defesa. In *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira* (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* (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* (Vol. III). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1905e). Fragmentos da análise de um caso de histeria. In *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira* (Vol. VII). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923b). O ego e o id. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago.

- Fulgencio, L. (2006). Winnicott e uma psicanálise sem metapsicologia. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 8(Especial 1), 401-420.
- Fulgencio, L. (2007). Winnicott's rejection of the basic concepts of Freud's metapsychology. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(2), 443-461.
- Fulgencio, L. (2010). Aspectos gerais da redescritção winnicottiana dos conceitos fundamentais da psicanálise freudiana. *Psicologia USP*, 21(1), 99-125.
- Gadamer, H.-G. (2008). *Verdade e Método V. I: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. São Paulo: Vozes.
- Galván, G. B. (2007). Distúrbio Psicossomático e Amadurecimento. *Winnicott e-prints, Série 2. Vol. 2(2)*, 63-79.
- Galván, G. B. (2008). *Corpo ferido: os caminhos do self a partir de uma ruptura na integridade corporal*. Dissertação de Mestrado. USP, São Paulo.
- Gurfinkel, D. (1998). Psicanálise e Psicossoma: notas a partir do pensamento de Winnicott. In R. M. Volich, F. C. Ferraz & M. A. Arantes (Eds.), *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gurfinkel, D. (2003). Sono e sonho: dupla face do psicossoma. In R. M. Volich, F. C. Ferraz & W. Ranña (Eds.), *Psicossoma III: interfaces da psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hisada, S. (2000). Transtornos Psicossomáticos: uma visão winnicottiana. *Mudanças*, 8(14), 81-88.
- Horn, A. (2007). O somático e as experiências corporais. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(1), 102-107.
- Horn, A. (2008). Construções em psicossomática psicanalítica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(3), 55-58.
- Jeammet, P., Reynaud, M., & Consoli, S. (2000). *Psicologia Médica*. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda.
- Kuhn, T. S. (1970). Reflexões sobre meus críticos. In *A tensão essencial*. Lisboa: Edições 70.
- Kuhn, T. S. (1989). As ciências naturais e as ciências humanas. In *O caminho desde A estrutura. Ensaios Filosóficos, 1970-1993, com uma entrevista autobiográfica*. São Paulo: Unesp, 2006.

- Kuhn, T. S. (1990). O caminho desde *A estrutura*. In *O caminho desde A estrutura. Ensaios Filosóficos, 1970-1993, com uma entrevista autobiográfica*. São Paulo: Unesp, 2006.
- Kuhn, T. S. (1997). Um debate com Thomas S. Kuhn. In *O caminho desde A estrutura. Ensaios Filosóficos, 1970-1993, com uma entrevista autobiográfica*. São Paulo: Unesp, 2006.
- Laurentiis, V. R. F. (2007). A incerta conquista da morada da psique no soma em D. W. Winnicott. *Winnicott e-prints*, 2(2).
- Laurentiis, V. R. F. (2008). *Aspectos somáticos da conquista do eu em D. W. Winnicott*. Dissertação de Mestrado. PUC - São Paulo, São Paulo.
- Lawn, C. (2007). *Compreender Gadamer*. Petrópolis: Vozes.
- Leite, A. C. C., Freire, J. G., Pereira, M. E. C., & Assadi, T. C. (2003). O menino e o efeito pirilampo. Um estudo em Psicossomática. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 6(1), 99-114.
- Lima, C. P., & Carvalho, C. V. (2008). Fibromialgia: uma abordagem psicológica. *Aletheia*, 28, 146-158.
- Lobato, O. (2010). O problema da dor. In J. Mello Filho & M. Burd (Eds.), *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Loparic, Z. (2000). O animal humano. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 2(2), 351-397.
- Loparic, Z. (2001). Esboço do paradigma winnicottiano. *Cadernos de história e filosofia da ciência*, 11(2), 7-58.
- Loparic, Z. (2006). De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 8 (Especial 1), 21-47.
- Loparic, Z. (2008). O paradigma winnicottiano e o futuro da psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 137-150.
- Martins, A. M. P. (2001). O papel do funcionamento projectivo na alergia infantil. *Análise Psicológica*, 19(2), 237-252.
- McDougall, J. (1991). *Teatros do Corpo - O Psicossoma em Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- McDougall, J. (1994). Corpo e Linguagem. Da linguagem do soma às palavras da mente. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(1), 75-98.

- Mello Filho, J. (2002). *Concepção Psicossomática: Visão Atual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mello Filho, J. (2010). Introdução. In J. Mello Filho & M. Burd (Eds.), *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Mello Filho, J., & Moreira, M. D. (2010). Psicoimunologia Hoje. In J. Mello Filho & M. Burd (Eds.), *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Mendonça, M. E. (2007). *A psicomotricidade e a educação somática à luz da psicanálise winnicottiana*. Tese de Doutorado. PUC - SP, São Paulo.
- Micheli-Rechtman, V. (2007). L'approche herméneutique du sens dans l'herméneutique allemande: la compréhension contre la déperdition du sens. In *La Psychanalyse face à ses détracteurs* (pp. 85-114). Paris: Éditions Flammarion.
- Montagna, P. (2003). O paciente psicossomático. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 37(2/3), 679-686.
- Nicolau, R. F. (2008). A psicossomática e a escrita do real. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 8(4), 959-990.
- Peres, R. S. (2006). O corpo na psicanálise: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. *Psicologia Clínica*, 18(1), 165-177.
- Phillips, A. (1988). *Winnicott*. São Paulo: Idéias & Letras, 2006.
- Queiroz, E. F. (2008). O inconsciente é psicossomático. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 8(4), 911-924.
- Rocco, R. P. (2010). Relação Estudante de Medicina-Paciente. In J. Mello Filho & M. Burd (Eds.), *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Rouco, M. B. S. (2001). Personalização e a questão corpo-mente em Winnicott. *Mudanças*, 9(15), 175-186.
- Santos Filho, O. C. (2010). Psicoterapia Psicanalítica do Paciente Somático. In J. Mello Filho & M. Burd (Eds.), *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Smulever, M. A. (2006). Psicanálise e Psicossomática: o doente, a doença e a família. *Psicanálise em Revista*, 4(1), 77-91.

- Souza, C. G. P. (2010). *Um estudo winnicottiano sobre a integração psicossomática para a compreensão das doenças de pele*. Dissertação de Mestrado. PUC-Campinas, Campinas.
- Toledo, S. P. R. (2008). *Integração, Personalização e Realização: A teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Vilete, E. P. (2008). O corpo e Os *Demônios da loucura*: sobre a teoria psicossomática de Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 89-99.
- Volich, R. M. (2000). *Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Volich, R. M., Ferraz, F. C., Ranña, W., & Gurfinkel, D. (2008). Apresentação. In R. M. Volich, F. C. Ferraz & W. Ranña (Eds.), *Psicossoma IV: corpo, história, pensamento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1930b). Breve comunicação sobre a enurese In *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1931p). Nota sobre Normalidade e Ansiedade. In *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1934c). Urticária papular e dinâmica da sensação cutânea. In *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1940a). Evacuação de crianças pequenas [crianças e suas mães]. In *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1945d). Desenvolvimento Emocional Primitivo. In *Da Pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1947b). Mais idéias sobre os bebês como pessoas. In *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- Winnicott, D. W. (1948b). Pediatria e Psiquiatria. In *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1953c). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1954a). A Mente e sua Relação com o Psicossoma. In *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

- Winnicott, D. W. (1958d). Ansiedade Associada à Insegurança. In *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1958e). O Apetite e os Problemas Emocionais. In *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- 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, 2005.
- Winnicott, D. W. (1958n). A Preocupação Materna Primária. In *Da pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1958r). Michael Balint. II. Resenha de "The Doctor, His Patient and the Illness". In *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1960c). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1961a). Consequências da psicose parental para o desenvolvimento emocional da criança. In *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1965e). Atendimento de caso com crianças mentalmente perturbadas. In *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1965m). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965n). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965r). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965s). Influências de grupo e a criança desajustada. In *A família e o desenvolvimento do individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

- Winnicott, D. W. (1965vc). Provisão para a criança na saúde e na crise. In *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965vf). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In *A família e o desenvolvimento individual* São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1966d). A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos. In *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1966h). Um exemplo clínico de sintomatologia seguindo-se ao nascimento de um irmão. In *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed.
- 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*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- Winnicott, D. W. (1969g). Fisioterapia e relações humanas. In *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1971b). *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- Winnicott, D. W. (1971d). As Bases para o Self no Corpo. In *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1971f). O conceito de indivíduo saudável. In *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1971vc). "Introdução" (parte I). In *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- Winnicott, D. W. (1984a). *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- Winnicott, D. W. (1984e). A Liberdade. In *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- Winnicott, D. W. (1986k). Psicanálise e ciência: amigas ou parentes? In *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1987b). *O Gesto Espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

- Winnicott, D. W. (1987e). A mãe dedicada comum. In *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- Winnicott, D. W. (1988). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- Winnicott, D. W. (1989d). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1989f). D.W.W. sobre D.W.W. In *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1989vm). Nota adicional sobre o transtorno psicossomático. In *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1996l). Higiene mental da criança pré-escolar. In *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed.
- Yoshida, E. M. P., & Guimarães, L. P. M. (2008). Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica: alexitimia e adaptação *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 52-63.
- Zimerman, D. (2001). O paciente psicossomático. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 35(3), 717-727.
- Zimerman, D. (2010). A formação psicológica do médico. In J. Mello Filho & M. Burd (Eds.), *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXO

