

**ANA LÚCIA VOLPATO**

**O IMAGINÁRIO COLETIVO DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA  
SOBRE DISTÚRBIOS PSICOSSOMÁTICOS**

**ASSIS  
2014**

**ANA LÚCIA VOLPATO**

**O IMAGINÁRIO COLETIVO DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA  
SOBRE DISTÚRBIOS PSICOSSOMÁTICOS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Mestra em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Jorge Luís Ferreira Abrão  
Co-orientadora: Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro.

ASSIS  
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

V931i Volpato, Ana Lúcia  
O imaginário coletivo de estudantes de psicologia sobre  
distúrbios psicossomáticos / Ana Lúcia Volpato. - Assis, 2014  
105 f. : il.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras  
de Assis - Universidade Estadual Paulista.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luís Ferreira Abrão

Co-orientadora: Dr<sup>a</sup> Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro

1. Psicanálise. 2. Winnicott, D. W. (Donald Woods), 1896-  
1971. 3. Doença - Aspectos psicossomáticos. 4. Imaginário. I.  
Título.

CDD 616.8917

ANA LÚCIA VOLPATO

O IMAGINÁRIO COLETIVO DE ESTUDANTES DE  
PSICOLOGIA SOBRE DISTÚRBIOS PSICOSSOMÁTICOS

Dissertação apresentada à Faculdade  
de Ciências e Letras – UNESP para a  
obtenção do título de Mestra em  
Psicologia (Área de Conhecimento:  
Psicologia e Sociedade)

Data da Aprovação: 23/01/2014

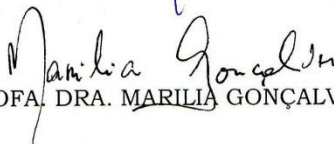
COMISSÃO EXAMINADORA



Presidente: PROFA. DRA. DIANA PANCINI DE SÁ ANTUNES RIBEIRO -  
UNESP/Assis



Membros: PROFA. DRA. THASSIA S. EMIDIO - UNESP/Assis



PROFA. DRA. MARILIA GONÇALVES - UFSCAR/São Carlos

Ao meu grande amor, Marcos.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu marido. Marcos, obrigada pelas noites em que você ficou acordado, quando poderia estar dormindo. Obrigada por acolher minhas preocupações, quando você também estava preocupado. Obrigada por todas as iniciativas e decisões que me deixaram mais tranquila. Muito obrigada pelo riso alegre, pela leveza que encara a vida e por tantos ensinamentos que não cabem em palavras. Enfim, muito obrigada por todo o amor e companheirismo. Te amo demais!

Aos meus queridos pais. Audila e Elmerindo, é com vocês que conquistei as bases para que me tornasse a pessoa que sou hoje. Agradeço, por todos os momentos que passamos juntos. Tanto os risos quanto as lágrimas me ajudaram a crescer e a confiar que o mundo é um lugar bom. Agradeço por todo o apoio dado nas horas em que mais precisei e, em especial, ao suporte dado no decorrer do ano passado. Agradeço por todos os momentos em que estivemos juntos, ainda que de longe. Palavras não traduzem adequadamente minha gratidão e carinho!

Aos meus irmãos queridos. Eliane, você é dos irmãos, a pessoa que, sem dúvida, mais me ensinou a dividir. Sem você, eu seria uma pessoa egoísta e chata! Rafael, você me tirou de um universo estritamente feminino e me trouxe uma outra noção de mundo. Sem você, eu seria uma pessoa muito mais ingênua e infantil! Marcelo, você também me trouxe outra noção de mundo. Sua forma de demonstrar seus sentimentos, de agir, de pensar me fizeram amadurecer e entender o significado de muitos dos meus sentimentos! Agradeço a cada um de vocês por hoje eu ser quem sou. Hoje consigo entender o significado de amor fraternal. Amo vocês!

Ao Prof. Dr. Jorge Luis Ferreira Abrão, agradeço a acolhida como orientanda e por sempre se demonstrar disponível frente às burocracias que o processo envolve.

À minha querida co-orientadora Dra. Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro. Você me ajudou a crescer enquanto pesquisadora e é, sem dúvidas, a minha maior referência a respeito da teoria winnicottiana. Mais do que isso, você me ajudou a crescer

enquanto ser humano! Obrigada pela compreensão das minhas necessidades sem que, muitas vezes, eu precisasse dizer em palavras. Enfim, obrigada pela acolhida e apoio!

À Dra. Thassia Emídio. Obrigada pela leitura atenta que me proporcionou melhorias significativas na qualidade deste trabalho. Obrigada por demonstrar disponibilidade para me ajudar sempre!

À Dra. Marília Gonçalves, pela leitura atenta e pelas contribuições ao presente trabalho no exame geral de qualificação. Obrigada pela disposição em ajudar!

À Larissa Garcia Ponce, por ter me auxiliado com reflexões sobre a minha coleta de dados que me ajudaram a definir os campos psicológicos presentes nesse trabalho. Obrigada pela disponibilidade e gentileza!

Ao Marquinho, por digitalizar todas as imagens necessárias à esse trabalho. Obrigada por demonstrar disposição em ajudar!

À todos os meus amigos de pós-graduação. Em especial à Barbara, à Juliana, à Camila, à Fabiana, à Tanya, à Adriana e ao Ederson pela amizade, companheirismo e por tornar o processo mais leve!

À todos os meus amigos, que me proporcionaram momentos únicos que me fortaleceram e fortalecem a cada dia. Em especial, agradeço à Gilmara, à Taynara, à Ariana, à Ana Paula por estarem sempre comigo!

À querida Barbara Bonadia, pelos passeios com os nossos cachorros, pelas conversas divertidas, pelas refeições juntas, pela paciência em sempre ouvir minhas aflições e me tranquilizar... Enfim, obrigada por toda amizade!

Aos meus sogros, Eliza e Afonso, por todo carinho e amizade. Agradeço pelos momentos de alegria, além do sentimento de pertença que sempre me proporcionaram.

Aos participantes da pesquisa, que se dispuseram a colaborar de forma bastante gentil. Obrigada pela disponibilidade, pois sem vocês este trabalho não poderia ter sido concluído.

À Valéria Dias Jorge, por toda atenção dedicada à correção ortográfica deste trabalho.

À minha terapeuta Luciana Berto Daher Bulhões que esteve ao meu lado em todo o processo, ajudando na minha retomada no amadurecimento. Obrigada!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro que tornou possível a realização do trabalho.

VOLPATO, A. L. **O Imaginário Coletivo de Estudantes de Psicologia sobre Distúrbios Psicossomáticos**. 2014. 100 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2014.

## RESUMO

Os campos psicológicos inconscientes são organizações intersubjetivas que influenciam as práticas, tanto individuais quanto coletivas. Dessa maneira, o estudo do imaginário coletivo de psicólogos em formação é muito importante, visto que tal imaginário pode interferir em suas práticas terapêuticas. Com isso, nosso objetivo foi investigar o imaginário coletivo de estudantes de quarto e quinto anos do curso de Psicologia da UNESP/Assis – que estivessem atuando em núcleos de estágio em clínica psicanalítica na abordagem winnicottiana – a respeito dos distúrbios psicossomáticos. A investigação contou com a participação de 8 estudantes, por meio do uso do Procedimento de Desenho-Estória com Tema. A instrução para a aplicação foi: “Desenhe uma pessoa com distúrbio psicossomático”. Esse instrumento foi aplicado através de uma Entrevista grupal para abordagem da personalidade coletiva, a qual forneceu a possibilidade dos participantes da pesquisa entrarem em contato e compartilharem sentimentos em relação ao tema abordado. Após o uso deste instrumento, analisamos alguns campos e subcampos psicológicos do imaginário coletivo que emergiram das produções, tais como o campo dos “Sentimentos” e o subcampo da “Solidão”. Estes campos e subcampos foram objeto de análise psicanalítica winnicottiana. A partir de nossa análise, pudemos verificar que os alunos em questão possuem um entendimento básico sobre a teoria winnicottiana. No entanto, no que tange à psicossomática, suas visões ainda demonstraram restrições. Ainda que isso tenha sido observado, as produções demonstraram significativamente o valor dos temas trazidos por eles, bem como a importância de outros trabalhos que tratem dessas temáticas.

**Palavras-chave:** Psicanálise; Winnicott; Procedimento de Desenhos-estórias com Tema; Imaginário coletivo; Psicossomática.

VOLPATO, A.L. **The collective imaginary of psychology students about psychosomatics disturbs.** . 100 f. (Masters in Psychology) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2014.

### ABSTRACT

The unconscious psychological fields are organizations that influence intersubjective practices, both individual and collective. Thus, the study of the collective imagination of psychologists in training is very important, as this can interfere with their therapeutic practices. The objective of this research is investigate the collective imagination of students of fourth and fifth years of Psychology at UNESP / Assis - they were acting on stage nuclei in psychoanalytic clinic in Winnicott's approach - regarding psychosomatic disorders. The research involved the participation of 8 students, by using the procedure of Drawing-Story with Theme. Instructions for the application was: "Draw a person with psychosomatic disorder". This instrument was applied through a "group interview for the collective imaginary approach", which provided the possibility of survey participants get in touch and share feelings about the topic covered. After using this tool, we analyze some psychological fields and subfields of the collective imagination that emerged from productions such as the field of "Feelings" and the subfield of "Loneliness". These fields and subfields were the object of Winnicott's psychoanalytic analysis. From our analysis, we observed that students have a basic understanding of Winnicott's theory. However, regarding the psychosomatic, his views also demonstrated restrictions. Although this has been observed, the productions have shown the value of the topics brought by them as well as the importance of other works that address these issues.

**Keywords:** Winnicott; Procedure Drawings-stories with Theme; Collective Imagination; Psychosomatics.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	12
<b>1. POR QUE WINNICOTT E A PSICOSSOMÁTICA?</b> .....	15
<b>2. A TEORIA DE WINNICOTT A RESPEITO DO PROCESSO DE AMADURECIMENTO: CONTRIBUIÇÕES PARA O ENTENDIMENTO DA PSICOSSOMÁTICA</b> .....	19
<b>3. IMAGINÁRIO COLETIVO</b> .....	35
<b>4. SOBRE O PROCEDIMENTO DE DESENHO-ESTÓRIA COM TEMA (PDE-T)</b> .....	37
<b>5. CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENQUADRE DA ENTREVISTA GRUPAL PARA ABORDAGEM DA PESSOALIDADE COLETIVA</b> .....	39
<b>6. OBJETIVOS</b> .....	44
6.1 <i>Objetivo Geral:</i> .....	44
6.2 <i>Objetivos específicos:</i> .....	44
<b>7. METODOLOGIA</b> .....	45
7.1 <i>Participantes</i> .....	46
<b>8. RESULTADOS</b> .....	47
8.1 <i>Narrativas interativas sobre o uso do procedimento Desenho-Estória com Tema</i> .....	47
8.1.1 <i>Grupo A</i> .....	49
8.1.2 <i>Grupo B</i> .....	69
8.2 <i>Sínteses</i> .....	86
8.2.1 <i>Síntese do grupo A</i> .....	86
8.2.2 <i>Síntese do grupo B</i> .....	89
8.3 <i>Outras considerações sobre a produção dos alunos</i> .....	92
<b>9. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	94
<b>10. REFERÊNCIAS</b> .....	99
<b>11. ANEXOS</b> .....	103

## APRESENTAÇÃO

Os distúrbios psicossomáticos são tema que geram indagações há muito tempo. Mello Filho (2002) aponta que já na Grécia antiga, Alcmeon – um marco por ser o primeiro a dissecar um cadáver – já fazia hipóteses de que o cérebro era o centro da alma e da razão. Juntamente a esse médico, existiam filósofos pré-socráticos, dentre os quais destacamos Empédocles que definiu amor e ódio enquanto as principais fontes de vida. No entanto, “a filosofia grega manteve uma tradição que não foi contestada por muitos séculos pela medicina: a mente humana como domínio exclusivo da filosofia” (MELLO FILHO, 2002, p. 14).

No apogeu do período helênico, surge Hipócrates – considerado o pai da medicina. Ele iniciou a prática de conversar com os parentes do paciente para a investigação sobre o que sabiam a respeito da doença. Além disso, conversava com o paciente perguntando-lhe sobre suas queixas e o contexto do surgimento delas, e sobre as condições de vida e hábitos do paciente. O objetivo “[...] de Hipócrates era a doença, não a parte, e sim o todo, o indivíduo” (MELLO FILHO, 2002, p. 15). A doença, para ele, seria o resultado de um desequilíbrio dos humores corporais.

Hipócrates tentava ser um médico integral, que se preocupava tanto com doenças físicas quanto mentais. Além de fazer descrições de doenças, como quadros melancólicos, por exemplo, ele tinha um interesse especial em observar a concomitância entre os aspectos mentais e físicos de seus pacientes. Então, ele pôde fazer as primeiras descrições “[...] do que hoje chamamos alternância psicossomática ao dizer que o surgimento de uma disenteria pode aliviar um quadro de loucura, ou que estados maníacos podem desaparecer quando surgem varizes hemorróides” (MELLO FILHO, 2002, p. 15).

Consideramos, dessa maneira, que já com Hipócrates podemos observar de uma maneira bastante clara o interesse pelo tema da psicossomática. Além disso, desde seus pensamentos já há uma observação de que o “mental” e o “físico” se complementam e influenciam.

Podemos observar que a própria teoria psicanalítica é fruto de indagações a respeito dos sintomas psicossomáticos. Freud (1856-1939) considerava bastante curioso que os sintomas conversivos se manifestassem da forma como se manifestavam. Isso porque tais sintomas não eram (não são) explicáveis através das leis da fisiologia ou da

anatomia humana. Mas, os fatores que levavam as histéricas a manifestarem tais sintomas eram de ordem da vida emocional das mesmas. Seus estudos sobre essa patologia – que possui sintomas considerados psicossomáticos – fez com que Freud postulasse a Psicanálise.

Entendemos, assim, que os distúrbios psicossomáticos são um tema de interesse da psicanálise. A psicanálise, desde os seus primórdios, tenta compreender tais sintomas, bem como também existe o interesse em trata-los de forma adequada. Nesse sentido, procuramos nesse trabalho investigar o imaginário coletivo de estudantes de psicologia da UNESP/ C. de Assis – que estejam no quarto e quinto ano do curso, atuando em núcleos de estágio em clínica psicanalítica de abordagem winnicottiana – a respeito de tais distúrbios, pois, tal análise pode nos responder sobre qual é o entendimento desses estudantes sobre a psicossomática, bem como qual será a implicação dos mesmos no tratamento de pacientes acometidos por essa psicopatologia.

Para tanto, foi necessário esclarecermos sobre tais distúrbios. Acreditamos que Winnicott (1896-1971), ao enfatizar seus estudos no período pré-edípico, traz contribuições importantes para essa discussão – que esclarecemos no primeiro capítulo, intitulado “Porque Winnicott e a Psicossomática?”. No segundo capítulo, “A Teoria de Winnicott a Respeito do Processo de Amadurecimento: Contribuições para o entendimento da Psicossomática”, trata essencialmente da teoria winnicottiana sobre o amadurecimento pessoal. Acreditamos que existem pontos essenciais nessa teoria para o entendimento do tema para o autor. Assim, a partir de tal teoria buscamos elementos para a compreensão dos distúrbios psicossomáticos para Winnicott.

Sendo um de nossos objetivos averiguar o imaginário coletivo dos estudantes de psicologia sobre os distúrbios psicossomáticos, precisamos esclarecer aspectos que utilizaremos na apreensão do conceito de imaginário coletivo. Assim, tratamos do conceito de imaginário coletivo no terceiro capítulo, intitulado “Imaginário Coletivo”.

Para a apreensão desse imaginário, utilizamos o Procedimento de Desenho-Estória com Tema. Para esclarecermos a respeito desse procedimento, discorreremos o capítulo nomeado “Sobre o Procedimento de Desenho-Estória com Tema (PDE-T)”.

Além disso, a apreensão de aspectos inconscientes, tais como os objetivos de nossa pesquisa, necessita de um enquadre que favoreça a emergência desses conteúdos. Sobre o enquadre utilizado, então, abordamos no capítulo intitulado “Considerações sobre o enquadre da Entrevista Grupal para Abordagem da Pessoalidade Coletiva”.

Após a exposição de nossa fundamentação teórica, expusemos nossos objetivos para que pudéssemos falar sobre nossa metodologia. Então, para a averiguação do imaginário coletivo dos estudantes de psicologia sobre os distúrbios psicossomáticos, traçamos nossa metodologia, especificando qual seria nosso público.

No tópico dos nossos resultados teremos uma exposição sobre as narrativas interativas, que utilizaremos para apresentar tais resultados. Dividimos a escrita dos resultados em dois grandes grupos (Grupo A e Grupo B) conforme os encontros realizados com os alunos.

Escrevemos inicialmente, em cada um dos grupos, uma análise individual sobre a produção de cada um dos participantes da pesquisa. Em seguida, fizemos uma narrativa geral sobre o encontro com cada grupo. Ainda nos resultados, fizemos uma síntese dos aspectos encontrados em cada um dos grupos.

Nas nossas considerações finais, estabelecemos nossas últimas elaborações a respeito de aspectos do trabalho, entendidas como relevantes para o nosso objetivo. Em seguida, constam as referências utilizadas e os anexos utilizados para o andamento da pesquisa.

## 1. POR QUE WINNICOTT E A PSICOSSOMÁTICA?

Aparentemente a definição de doença psicossomática não se apresenta de maneira complexa, visto seu uso rotineiro pelo senso comum. De forma simplificada, poderíamos pensar que se trata de algum tipo de patologia que possui determinado sintoma físico, mas suas causas não são orgânicas, e sim de ordem emocional. Apesar da aparente simplicidade da definição, falar de causas de ordem emocional é algo bastante complexo e nada consensual dentro da própria psicanálise.

Assim, a pesquisa com o tema da psicossomática não seria um tema atual no sentido de se tratar de uma psicopatologia surgida no contemporâneo. Também não é um tema novo dentro da psicanálise, visto que tal patologia vem sendo alvo de questionamentos desde os primórdios desta teoria. No entanto, podemos pensar na atualidade dessa temática quando nos deparamos com as contribuições que Winnicott (1896-1971) apresenta para o entendimento de tais afecções.

A psicanálise é geralmente associada à teoria da sexualidade, a qual considera o complexo de Édipo um tipo de núcleo pelo qual as neuroses estariam associadas. O termo “Complexo de Édipo” faz alusão à tragédia de Sófocles “Édipo Rei”. Antes de Jocasta – a mãe de Édipo – ficar grávida, Laio, o pai do mesmo, foi a um oráculo o qual disse que nasceria um menino que iria matar-lhe e desposar a mãe. Dessa forma, Laio propõe dar um fim ao menino logo que este nascesse. O planejamento de Laio não se executa, pois Édipo não morre e cresce sem saber que Laio é seu pai e Jocasta sua mãe. Depois de crescido, a profecia do oráculo se cumpre. Quando Édipo descobre quem são seus pais, ele se cega e Jocasta, sua mãe, se suicida.

Freud utilizou essa tragédia para fazer uma analogia a um fenômeno, no qual o menino quer a mãe só para si, já que ela é a fonte da maior parte dos prazeres sentidos pela criança – enquanto o pai é encarado como o rival. Na menina, em seu texto de 1924, Freud considera que ocorre o oposto do menino.

Freud (1910/2006) propõe que o menino acha que a mãe o ama mais do que qualquer outra coisa. Porém, com o tempo ele começa a perceber que existe uma relação entre seus pais e que sua mãe o ama de forma diferente do amor que sente por seu pai. O menino nota que há algo a mais entre seus pais, que a relação de seus pais é diferente da sua com sua mãe. Assim, o garoto começa a perceber o pai como um rival entre o seu relacionamento com a mãe, sentindo, desta forma, certa hostilidade para com a figura

paterna. No entanto, o pai entra em cena com a lei da proibição do incesto, na qual o pai coloca limites entre o relacionamento entre mãe e filho.

Como podemos notar, tal abordagem psicanalítica trata, fundamentalmente, de pessoas que já conseguem se perceber enquanto totais – diferenciadas de seu ambiente cuidador. O conflito existe e é marcado por uma situação em que a relação dual mãe/pai-criança é “atrapalhada” (na visão da criança) por um terceiro. A criança já tem capacidade de sentir ódio e o sente frente à situação. Consideramos, assim, que Freud dá ênfase, em seus trabalhos, nos processos de recalçamento e na neurose – originada a partir do recalçamento.

Portanto, a teoria freudiana considera o complexo de Édipo o seu centro, por meio do qual as neuroses estariam relacionadas. Freud (1924/2006) descreve o complexo de Édipo como “o fenômeno central do período sexual da primeira infância” (p.193). Diante dessa perspectiva, podemos vislumbrar uma psicanálise do conflito edípico, ou seja, um conflito a três, no qual o terceiro excluído – a criança que se percebe afastada da relação entre mãe e pai – consegue perceber os três envolvidos. E, dessa forma, o terceiro excluído já é uma pessoa inteira, integrada<sup>1</sup>. Podemos dizer que a partir dessa perspectiva, a integração *psique* e *soma* é considerada certa, e não enquanto uma aquisição ou conquista do indivíduo<sup>2</sup>.

Acreditamos numa atualidade, no sentido de um desenvolvimento da teoria psicanalítica, quando pensamos a psicossomática na perspectiva de Winnicott. Sua teoria traz algo inovador quando considera que a *integração psicossomática* é uma conquista, e não algo concebido como inerente ao humano, conforme concebe a psicanálise tradicional<sup>3</sup>. Dessa forma, tomaremos a noção da teoria winnicottiana como um novo paradigma para a Psicanálise, como apontada por Loparic (2011).

Loparic (2011) considera que há uma mudança paradigmática na psicanálise quando se compara a teoria freudiana e a teoria winnicottiana. Para argumentar isso, compara o que chamou de *exemplares* e demonstra modificações teóricas importantes. Afirma que o *exemplar* principal do paradigma freudiano é o complexo de Édipo, em que a criança aparece “na cama da mãe às voltas com os conflitos, potenciais geradores de neuroses, que estão relacionadas à administração de pulsões sexuais em relações

---

<sup>1</sup> Abordaremos a questão da integração nos próximos capítulos.

<sup>2</sup> Esse também será um assunto que abordaremos mais adiante.

<sup>3</sup> Psicanálise tradicional é como Winnicott nomeou, principalmente, as teorias psicanalíticas de Freud e Klein.

triangulares” (LOPARIC, 2011, p.31). Dentro desse paradigma, a teoria edipiana pautada na sexualidade é o que administra o entendimento da psicanálise freudiana.

No entanto, o exemplar winnicottiano é o bebê no colo da mãe que necessita “crescer, isto é constituir uma base para continuar existindo e integrar-se numa unidade” (LOPARIC, 2011, p.36). A teoria, de onde surge esse novo exemplar, é a do amadurecimento pessoal – que abordaremos no próximo capítulo. Além disso, vale ressaltar que a teoria winnicottiana trata essencialmente do período pré-edípico enquanto fundante do indivíduo. Logo, conjecturamos que abordar a concepção de Psicossomática para Winnicott seria algo novo<sup>4</sup>.

Laplanche e Pontalis (2004) consideram o termo pré-edípico, ou anterior ao complexo de Édipo, um “período do desenvolvimento psicosexual” (p.352) em que “predomina, nos dois sexos, o apego à mãe” (ibid). Para eles, esse termo aparece na obra de Freud tardiamente quando ele fala da sexualidade feminina.

Dessa forma, Freud (1931/2010), ao articular sobre o desenvolvimento da sexualidade feminina, aponta que a ligação menina-mãe se estende, em muitos casos, “até os cinco primeiros anos de idade” (p.373) e dessa forma cobre “a maior parte do primeiro florescimento sexual” (ibid). Assim, há a necessidade de se considerar a fase pré-edípica, já que as fixações e repressões podem estar contidas nesse período. Com isso, Freud (1931/2010) afirma que “parece necessário abandonar a universalidade da tese de que o Complexo de Édipo seria o núcleo da neurose” (ibid). Isso porque a fase pré-edípica, de acordo com ele, pode ter “uma relação particularmente íntima com a etiologia da histeria<sup>5</sup>” (p.374).

Percebemos então, que embora Freud não tenha desenvolvido melhor essa ideia (RAMOS, 2008), ele já toca na questão da ligação mãe-bebê percebendo a importância desse primeiro período (de dependência absoluta e relativa, nas palavras de Winnicott), para o entendimento da histeria (no caso uma psicopatologia que possui sintomas psicossomáticos).

É importante salientar, contudo que, conforme Dias (2003), “nenhum dos conceitos – conversão histérica e somatização – apreende a questão da dificuldade em estabelecer a relação psicossomática e da ameaça de rompê-la” (p.111). Para a autora, Winnicott, a partir da sua teoria sobre o amadurecimento humano, consegue de

---

<sup>4</sup> Novo no sentido da teoria/clínica winnicottiana tratar, assim em concordância com Loparic (2011), de um novo paradigma psicanalítico.

<sup>5</sup> Embora a histeria possa apresentar sintomas psicossomáticos, ela não é classificada como tal, como veremos adiante.

responder a questão, demonstrando novamente, a atualidade e inovação das contribuições do autor.

Winnicott (1958a/1983) ao falar sobre o sentimento de culpa discorre sobre a descoberta de Freud, sobre o Complexo de Édipo no menino. Descreve que há um sonho, por parte da criança, de relacionamento amoroso com a mãe e de morte do pai, visto que o pai é encarado como rival entre o seu amor com a mãe. Com esse sonho de morte do pai, vem o complexo de castração e, com isso, medo desse pai ameaçador. Ao mesmo tempo, o mesmo pai temido é amado e respeitado. Dessa ambivalência em relação ao pai, vem um sentimento de culpa. Mas, o importante aqui é que o autor expõe que o complexo edípico pode se dar à medida em que ocorre, anteriormente a esse estágio, um relacionamento entre mãe e criança.

Para Winnicott (1958a/1983), “um sentimento de culpa, portanto, implica que o ego está se conciliando com o superego. A ansiedade amadureceu rumo à culpa” (p.22). Assim, essa relação se mostra mais uma vez de suma importância para a constituição do indivíduo, além de demonstrar inovação de suas ideias, que contribuem – como veremos nos próximos capítulos – para o entendimento, bem como podem auxiliar no tratamento dos distúrbios psicossomáticos.

Diante dessas considerações, avaliamos importante compreendermos o entendimento de Winnicott a respeito da psicossomática, visto que o mesmo abarca e abrange justamente a ligação mãe-bebê, já citada por Freud. Essa compreensão de Winnicott é necessária também, pois tal entendimento pode auxiliar na clínica quando nos deparamos com pacientes com problemas psicossomáticos.

Pretendemos compreender nesse primeiro momento, então, outros fatores que estariam ligados à doença psicossomática e que não sejam explicados por meio do viés da sexualidade ou no conflito edípico, como o paradigma freudiano. Todavia, acreditamos que o próprio Freud apresentou outras ideias – ainda que também não tenha dado continuidade às mesmas – que podem contribuir para o entendimento da psicossomática, assim como também podem ter confluência com as ideias de Winnicott, como veremos no capítulo a seguir.

## 2. A TEORIA DE WINNICOTT A RESPEITO DO PROCESSO DE AMADURECIMENTO: CONTRIBUIÇÕES PARA O ENTENDIMENTO DA PSICOSSOMÁTICA

O processo de amadurecimento pessoal, como proposto por Winnicott, fornece contribuições importantes para o entendimento da doença psicossomática. Entende que a *integração psicossomática*<sup>6</sup> é uma aquisição do indivíduo ocorrida no decorrer de seu amadurecimento pessoal. Para este autor: “Na formulação de uma teoria psicológica é muito fácil considerar a integração como garantida, mas no estudo dos estados iniciais do desenvolvimento individual humano é necessário pensá-lo como algo a ser alcançado” (WINNICOTT, 1988, p.136).

Entendemos a partir deste pressuposto que o processo de amadurecimento acontece desde cedo na vida do sujeito, pois este herda – em seu nascimento – uma tendência ao crescimento e ao amadurecimento psicológico. Essa tendência se dá no sentido da integração no tempo e espaço e está associada à possibilidade do indivíduo vir a se sentir um todo.

É importante salientar que, para Winnicott (1988), o amadurecimento humano é um processo inesgotável. Por mais conquistas que um indivíduo possa ter alcançado ao longo de sua vida, tal processo não acontece numa linearidade em que o sujeito não poderá ter seus momentos de regressão. Mesmo após ter amadurecido determinados aspectos de si, o indivíduo pode regredir, em momentos de tensão ou para uma retomada de pontos em seu amadurecimento. Falamos em retomada de pontos, pois ao longo de tal processo é natural que ocorram falhas.

Para Winnicott (1962a), devemos partir de “uma teoria do desenvolvimento normal para podermos ser capazes de compreender as doenças e as várias imaturidades” (p.65). Dessa forma, é necessário entendermos o percurso “normal” do amadurecimento que proporcionaria tal integração psicossomática.

Dias (2003) aponta que a teoria de Winnicott<sup>7</sup> parte de dois fundamentos: de que existe uma tendência inata ao amadurecimento e de que existe um ambiente facilitador. Além disso, só se pode falar em amadurecimento humano quando levado em consideração que o homem está inserido em um tempo histórico, em termos

---

<sup>6</sup> Como será abordado mais à frente no capítulo “A Doença Psicossomática para Winnicott”.

<sup>7</sup> Teoria do Amadurecimento Pessoal.

filogenéticos, e também em um tempo em termos ontológicos, do amadurecimento o qual leva em consideração a possível constituição psíquica em relação ao momento da vida em que se está inserido.

O amadurecimento ocorre na direção da integração. A integração em uma unidade. Conforme Dias (2003), “cada indivíduo está destinado a amadurecer, e isto significa: unificar-se e responder por um eu. Em função disto, o que falha no processo, e não é integrado por meio da experiência, não é simplesmente um nada, mas uma perturbação” (p.94).

Dias (2003) observa que se trata de uma tendência e não de uma determinação ao amadurecimento. Apesar de ser inata, a tendência só pode se efetivar a partir de um ambiente facilitador que forneça os cuidados suficientemente bons<sup>8</sup>. Nesse sentido, os estágios iniciais do cuidado com o bebê, que ficam numa fase de dependência absoluta, são de fundamental importância. O bebê só pode *vir a ser* quando existe um cuidado que facilite o processo de amadurecimento. Dias (2003) acrescenta a esse respeito, que

Para chegar a esta formulação final – a de que o estatuto unitário é uma conquista básica para a saúde no amadurecimento emocional de todo ser humano –, Winnicott teve de ultrapassar duas ideias pela psicanálise tradicional: primeiro, aquela que supõe, como já dadas, a constituição do eu primitivo e a capacidade de contato com a realidade; segundo, a ideia de que a divisão, a “dinâmica” essencial do homem poderia ser descrita em termos de pulsões (p.95).

Apesar de se tratar de uma tendência inata, o amadurecimento ocorrerá na medida em que o ambiente fornecer condições adequadas à ocorrência desse processo. Dessa forma, num primeiro momento, o ambiente terá que se adaptar ativamente às necessidades do sujeito, no caso, o bebê.

Ao nascer, o ambiente do bebê é a mãe ou seu substituto cuidador, pois é essa a figura que está constantemente presente fornecendo aquilo de que a criança necessita. Tudo o que o bebê necessitar virá da mãe ou deste cuidador, e de mais ninguém. Assim, o meio em que o bebê está inserido nesse primeiro momento é todo a mãe.

O bebê ainda não tem condições de perceber a mãe enquanto uma pessoa separada de si. Inclusive, ele ainda não tem condições de perceber e sentir a si próprio como uma pessoa. O ambiente e a criança são, portanto, uma coisa só. Dessa forma,

---

<sup>8</sup> Tais cuidados serão melhor tratados em um capítulo posterior. Eles são o *holding*, o *handling*, e a apresentação de objetos. O primeiro termo se refere à sustentação psíquica do bebê pela mãe, o segundo está mais associado aos cuidados físicos e o terceiro diz respeito à apresentação da realidade ao bebê.

todo cuidado fornecido pelo ambiente deve ajudar para que a criança consiga começar a se perceber enquanto uma pessoa, para que num momento posterior possa começar a perceber outras pessoas e, depois ainda, se relacionar com elas.

Para Winnicott (1988), no início o bebê não se constitui com um eu integrado, como já descrevemos, nem tampouco com um eu desintegrado. O bebê nunca teve uma experiência de integração para experimentar a desintegração. Portanto, seu estado é de não-integração.

Nesse período ele é totalmente dependente da provisão física e psíquica da mãe. A mãe precisa se sensibilizar às necessidades da criança e se adaptar para atendê-las. A necessidade de cuidado, nesse início, é total, pois o bebê precisa de alguém que lhe dê comida, colo, forneça calor... Enfim, alguém deve conseguir perceber as necessidades dele, e supri-las de modo contínuo.

Vamos partir do princípio de que o desenvolvimento inicial do indivíduo implica num *continuar a ser*. O psicossoma inicial prossegue ao longo de certa linha de desenvolvimento, desde que esse *continuar a ser* não *seja perturbado*. Por outras palavras, para que ocorra o desenvolvimento saudável do psicossoma inicial é necessário um ambiente *perfeito*. No início essa necessidade é absoluta (WINNICOTT, 1949, p.334).

Tal ambiente perfeito, descrito por Winnicott, não consiste em um ambiente que nunca apresentará falhas, mas representa o ambiente que se adapta ativamente ao bebê e àquilo de que o bebê precisa, no momento em que ele o exige. Para Winnicott (1969), não é possível “descrever o bebê sem descrever o meio ambiente” (p. 196). Essa afirmação ressalta a não-integração da criança que lhe impossibilita perceber o mundo à sua volta e se diferenciar dele. Podemos dizer também que o bebê só existe porque existe alguém que dele cuida de forma suficientemente boa.

A adaptação/sensibilização do meio às necessidades do bebê é possível por meio do que Winnicott (1956/2000) nomeou de *preocupação materna primária*. Esse termo se refere às preocupações que a mãe tem em relação aos cuidados do bebê ao final da gravidez e logo após o nascimento, que lhe possibilita compreender as exigências do filho. O estado de preocupação materna primária permite que a mãe se coloque no lugar do bebê sem, no entanto, se confundir com ele.

Os cuidados ambientais apenas podem ser adequados ao bebê inicialmente se a mãe está nesse estado de preocupação materna primária. A mãe, bastante sensibilizada às necessidades do filho, consegue regredir ao momento em que era um bebê e que

também necessitava de tais cuidados. É importante, no entanto, salientar que essa regressão materna ocorre sem que ela adoça, pois permite que ela se identifique e se coloque no lugar do bebê sem, no entanto, se confundir com ele, como já exposto anteriormente. É, portanto, uma espécie de regressão controlada. Ao mesmo tempo em que ela é colocada, pela regressão, numa posição compreensiva das necessidades do bebê, continua, a partilhar da realidade de sua família e também daquela solicitada pelas necessidades constantes de cuidado do bebê<sup>9</sup>.

Por meio da regressão materna ela conseguirá desempenhar um cuidado suficientemente bom, ou seja, conseguirá oferecer aquilo de que a criança necessita, no momento em que ela necessita, notadamente se ela foi bem cuidada quando ainda era um bebê. As mães que não entram no estado de preocupação materna primária dificilmente conseguirão fornecer tais cuidados suficientemente bons ao bebê.

Desta maneira considera-se a mãe sensibilizada com as necessidades do filho como a mãe saudável, capaz de supri-las. Oferecendo cuidados suficientemente bons, a mãe consegue aos poucos proporcionar ao bebê, inicialmente não-integrado, o alcance de pequenos momentos de integração. Nas palavras de Winnicott (1988), “a partir do estado de não-integração se produz a integração por breves momentos ou períodos, e só gradualmente o estado geral de integração se transforma em fato” (p. 136-137).

Percebemos que os cuidados fornecidos pela mãe são fundamentais para que o bebê passe a perceber o EU e diferenciá-lo, posteriormente, do NÃO-EU. Tais cuidados devem ser totais e sem falhas graves por parte do ambiente nesse primeiro momento em que o bebê é totalmente dependente deles, período nomeado por Winnicott (1962b) de fase de dependência absoluta.

Quando a adaptação da mãe é suficientemente boa, ela vai propiciar ao bebê a saída do estado em que não se reconhece como um EU, ou como um *ser*, para que alcance o sentimento de ser – um EU no mundo. Ou seja, a mãe suficientemente boa dá condições para que o bebê se torne um ser e que continue a ser, sem ter que reagir às invasões ambientais. É, dessa forma, a partir de um cuidado continuado e consistente por parte da mãe que o bebê poderá ser.

Esse ser é tratado por Winnicott por meio do conceito de *self*. Abram (2000) considera que a definição do termo não fica muito clara na obra de Winnicott e que este

---

<sup>9</sup> Também é necessário que o ambiente em que a mãe está forneça tranquilidade para que esta desempenhe suas funções. Tal tranquilidade pode ser propiciada a partir da *função paterna*. Assim como o bebê necessita de um ambiente suficientemente bom, a mãe identificada com o bebê também necessita dessa condição ambiental. (WINNICOTT, 1960/ 1983)

psicanalista trata em determinados momentos de sua obra, ora ego e *self* como o mesmo conceito, ora diferenciados. No entanto, a autora distinguiu o ego do *self*, afirmando que o primeiro seria um aspecto do último. O *self* seria composto por “todos os diferentes aspectos da personalidade que, na terminologia de Winnicott, constituem o eu, uma forma distinta do não-eu, de cada pessoa. A palavra *self*, por conseguinte, representa um sentimento de ser subjetivo” (ABRAM, 2000, p.221).

Dessa maneira, no *self* há um aglomerado<sup>10</sup> da personalidade do indivíduo, em que poderiam se diferenciar um núcleo com aspectos verdadeiros de quem seja, de fato, o sujeito (*self* verdadeiro) e outros aspectos, adaptativos, que o indivíduo precisou criar para uma adaptação ao ambiente (falso *self*). Segundo Aiello-Vaisberg (2004), o *self* representa “[...] um potencial criativo e uma organização dinâmica presente em todo ser humano, que se expressa basicamente por meio do gesto espontâneo e que possibilita que cada indivíduo seja a pessoa singular que é” (p. 49). Assim, para a autora o *self* é “[...] a própria pessoa, inseparável de sua auto-percepção e articulação simbólica, mas nunca mera estruturação endopsíquica” (ibid).

Então, o bebê se encontra, na dependência absoluta, num estado não-integrado, em que não existe a noção do EU e do NÃO-EU. Para que essa noção venha a ser desenvolvida, os cuidados maternos são de essencial importância. Tais cuidados suficientemente bons deverão constituir uma experiência de *mutualidade*.

O processo de integração é estruturado na dimensão temporal. Os primeiros momentos da vida da criança são pautados em seus ritmos: o ritmo respiratório, o ritmo cardíaco, o acordar e dormir. A mãe entra em sintonia com o ritmo do bebê. Para que possa cuidar dele, o ritmo da mãe conjuga-se ao do bebê, constituindo uma experiência de mutualidade (AVELLAR, 2004, p.55).

Tal mutualidade é importante para pensarmos no estabelecimento da comunicação entre mãe e bebê, que ocorre de outro modo que não por meio da verbalização. O autor enfatiza que “no estudo das experiências iniciais concretas de bebês [...] *nos comunicamos* nas primeiras semanas e meses, muito antes da verbalização ter adquirido significado” (WINNICOTT, 1968/2006, p.82, grifo nosso). Essa comunicação ocorre primeiramente na vida do bebê por meio da mutualidade, e é a linguagem que permeia os batimentos cardíacos, a respiração do bebê.

---

<sup>10</sup> O termo aglomerado é próprio da linguagem winnicottiana, e remete ao conjunto de verdadeiro *self* e ao falso *self*, os quais compõem a personalidade do sujeito.

É com essa intimidade que a mãe decifra, ou imagina estar decifrando as necessidades do bebê. Essa comunicação entre mãe e filho é chamada de comunicação silenciosa. É graças a essa comunicação e mutualidade que o ambiente exerce suas funções, colaborando para a constituição psíquica do bebê e garantindo uma continuidade de ser do bebê.

A mãe devotada é, então, capaz de proteger a continuidade de ser do bebê. Qualquer falha na adaptação dessa mãe causa uma reação por parte da criança, que atrapalha o processo de vir a ser. Com o tempo a mãe, antes altamente sensibilizada com as necessidades da criança, passa a cometer falhas, as quais a criança já deve ter condições suficientes para suportar. Isso porque, a partir dos cuidados iniciais contínuos, o bebê estabelece *confiabilidade* nos cuidados recebidos e pode esperar por eles. Ainda não se pode falar em confiança, pois esse sentimento necessita de uma condição psíquica que a criança ainda não possui. A confiança supõe que a pessoa que sente já tenha condições de perceber o outro-que-não-eu de forma *objetiva*. Neste caso, a criança consegue sentir um início do que formará tal sentimento, é capaz, portanto, de sentir confiabilidade, pois ainda concebe o mundo de *forma subjetiva*.

Os cuidados oferecidos pela mãe suficientemente boa deverão dar subsídios para que o bebê tenha experiências de onipotência. Podemos imaginar uma criança que ainda não conhece o que seja, por exemplo, nem a fome e nem tenha tido a experiência de se alimentar. Se a mãe é capaz de perceber o desconforto do filho e fizer uma leitura correta de que se trata-se de fome, ela certamente irá ao encontro da necessidade do filho, alimentando-o. O bebê, por sua vez, que nunca foi alimentado e que está com fome, está pronto para alucinar algo no momento em que a mãe o satisfaz. Essas experiências de satisfação serão repetidas por várias vezes permitindo que o bebê possa alucinar que aquele seio, que foi ao encontro de sua fome, é algo produzido a partir de seu desconforto, ou seja, o seio que o satisfaz foi produzido por ele – num mundo subjetivamente percebido.

É por meio de várias dessas experiências de onipotência oferecidas por intermédio da mãe, que o bebê pode começar a perceber o mundo de forma subjetiva. Ao mesmo tempo em que ocorre esse processo – através da *apresentação de objetos*, exercida pela mãe – acontecem outros, favorecidos pelo ambiente-mãe, que auxiliarão

na aquisição da integração do bebê enquanto um *ser*, dotado de uma *psique* e um *soma* – portanto psico-somático – que se sentirá habitando o próprio corpo<sup>11</sup>.

A apresentação de objetos se refere à forma como a mãe apresenta o mundo à criança, em pequenas doses e aos poucos. Essa apresentação permite que a criança consiga, aos poucos, se relacionar com os objetos, ou seja, se torne capaz para relações objetivas. Assim, com o passar do tempo, o lactente pode perceber um objeto de forma objetiva, e não mais apenas de forma subjetiva. Essa mudança está diretamente relacionada à percepção da mãe como algo diferente do eu (WINNICOTT, 1965a/1994).

Para tanto, é necessário que um ser humano traga o mundo ao bebê para que este tenha essa experiência de ilusão e perceba o mundo de forma subjetiva. Aos poucos a mãe levará o mundo ao bebê, em pequenas doses, na medida em que ele possa perceber. Posteriormente, a função de apresentação de objetos já deve ter dado subsídios para que o bebê perceba o mundo de forma objetiva.

Num primeiro momento o lactente encontra-se não-integrado e depende totalmente da mãe sendo que ela, de forma quase mágica, supre as necessidades deste. Num momento posterior a criança tem que transmitir sinais. Dessa forma, a mãe precisa esperar os sinais da criança e não se antecipar (WINNICOTT, 1963/1983).

Entre esse primeiro período de dependência absoluta do bebê em relação aos cuidados maternos e o período de dependência que agora passa a ser relativa, o bebê vive um momento de transicionalidade. Esse é um momento que fica em uma área intermediária entre o mundo real e o subjetivo, com a entrada dos fenômenos e objetos transicionais.

Esse momento nomeado por Winnicott de espaço potencial, é aquele em que a criança pode integrar os mundos objetivo e subjetivo, por meio do brincar. Os termos “objetos transicionais” e “fenômenos transicionais” são utilizados por Winnicott (1975) para se referir à fase intermediária em que a criança passa entre o erotismo oral, através da estimulação da boca, e a relação criativa com objetos, o brincar com brinquedos. Nas palavras de Winnicott (1975), esses termos são utilizados para designar a fase entre “o plegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, entre a atividade criativa primária e a projeção do que já foi introjetado, entre o desconhecimento primário de dívida e o reconhecimento desta” (p.14).

---

<sup>11</sup> Tal como iremos discorrer no próximo capítulo.

Embora Winnicott não tenha utilizado o termo *transicionalidade* o psicanalista Gilberto Safra (2005) o usa para designar o que, para ele, se situa entre a experiência de ilusão e o uso de objetos culturais.

É por meio da transicionalidade que um bebê pode reconhecer e aceitar a realidade. Assim, o objeto transicional é o primeiro objeto de posse da criança que fica “na área intermediária entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido” (WINNICOTT, 1975, p.15). O objeto transicional, embora não seja o seio, é simbolicamente representado por ele. Dessa forma, é o substituto do seio e, por consequência da mãe. Ao mesmo tempo, o objeto transicional vem antes do teste da realidade, sendo que o bebê passa do controle onipotente dos objetos para o controle pela manipulação através dele. O bebê só consegue se adaptar e ter a capacidade de experimentar a realidade externa a partir de um amadurecimento eficaz, o que ocorre no período de dependência absoluta.

Assim, o bebê em dependência absoluta, *ilude* criar os objetos de que necessita, e, dessa forma, vive primeiramente nesta onipotência. Aos poucos vai percebendo a figura da mãe e notando a sua ausência – pois ela também precisa voltar ao seu ritmo normal de vida – no entanto lida com isso por meio de fenômenos transicionais, que o ajudam a se relacionar com a realidade externa. É gradativamente que a criança vai entrando para um outro período, que virá após a dependência absoluta, como já citado, o da *dependência relativa*. Nesse período a mãe poderá apresentar mais falhas, pois a criança já deve ter confiança suficiente no ambiente, o qual já, por muitas vezes, deu demonstrações de que é capaz de prover suas necessidades. Portanto, a criança poderá suportar por tempo maior a ausência materna, ficando só, na transicionalidade<sup>12</sup>.

É importante ressaltar que a mãe suficientemente boa dá condições à criança, que ainda está na dependência absoluta, de ter a experiência de onipotência, na qual alucina que ela própria é capaz de suprir suas necessidades. Isso ocorre porque a mãe dela cuida quando esta precisa de cuidado. Assim, a criança entende a mãe sendo parte dela. A ilusão é, pois, fundamental nesse primeiro período. No entanto, o processo de desilusão, na passagem da dependência absoluta para a relativa, é essencial à criança – assim como a ilusão. Ela necessitará sofrer o processo de desilusão para que possa

---

<sup>12</sup> A capacidade para ficar só é adquirida, conforme Winnicott (1958b), a partir da experiência de ficar só na presença de um outro, que é a mãe-ambiente. Assim, até que a criança consiga ficar sozinha sem a presença materna, ela já experimentou a capacidade de ficar só.

perceber o mundo de forma objetiva. Se tudo ocorre bem no processo de desilusão a criança terá menores dificuldades para agir diante de frustrações.

A transicionalidade representa, conforme Winnicott (1975), a mudança do bebê de um estado no qual ele estava no período de dependência absoluta para um estado que ele se relaciona com o mundo – o da dependência relativa.

A dependência relativa vem a ser, portanto, aquela na qual a criança se adapta às falhas da mãe. Essas falhas, no entanto, não podem ser excessivas, nem constantes, ficando dentro do limite que a criança pode suportar. É nessa fase que a criança precisa se adaptar reagindo para que a mãe reaja. Isso só é possível quando a mãe atendeu previamente às necessidades da criança, pois a criança sente confiança de que a mãe vai atender ao seu chamado quando este se fizer necessário.

Na fase da dependência relativa é possível que a criança já tenha alcançado a sua integração, pois gradualmente a criança se “torna (...) capaz de se defrontar com o mundo e todas as suas complexidades” (WINNICOTT, 1963/1983, p.87). No momento em que a criança chega a esse ponto, ela deu mais alguns passos no caminhar em direção ao seu amadurecimento e à sua independência, chegando no período “rumo à independência”.

É importante salientar que tal independência, tão almejada por todos, nunca se concretiza totalmente, pois mesmo a pessoa bastante autônoma ainda irá precisar de seu ambiente. A independência é, portanto, um horizonte que avistamos e almejamos encontrar, mas na medida em que chegamos mais perto de alcançá-lo vemos outras paisagens e horizontes a serem buscados.

Observamos, dessa maneira, que a integração não é óbvia, mas uma conquista que ocorre ainda bem cedo na vida de um indivíduo. Essa integração permitirá que o sujeito se reconheça e se sinta enquanto uma unidade, daí a importância dos cuidados ambientais para que esse processo possa ocorrer.

É importante articular neste capítulo, dessa maneira, sobre quais seriam os cuidados maternos que possibilitariam tal conquista. Sabemos, no entanto, que estes cuidados devem ser no início, totais e, com o tempo o bebê poderá suportar falhas cada vez maiores, até que possa seguir o seu caminho rumo à independência. Os cuidados devem ser, portanto, suficientemente bons e não perfeitos.

Dizer que a tendência à integração psicossomática é inata não significa que ela ocorrerá de forma automática, como já dito anteriormente. Winnicott (1988) considera que a integração é estimulada por exigências instintivas, mas o cuidado ambiental é de

essencial importância: “é preciso dizer que o bebê se desmancha em pedaços a não ser que alguém o mantenha inteiro. Nestes estágios o cuidado físico é um cuidado psicológico” (p.137). Nesse sentido, nos momentos iniciais de cuidado com o bebê, na fase da dependência absoluta, as *funções maternas*, o *holding*, o *handling* e a apresentação de objetos<sup>13</sup>, acabam se confundindo.

É a partir do *holding* fornecido pela mãe que o bebê começa o processo de integração. O *holding* inclui desde o segurar físico, com toda a relação espacial e temporal, até as condições ambientais prévias para a chegada de um bebê. Mais do que sustentação física, se refere à sustentação psíquica que a mãe deve dar ao bebê. O *holding*:

Leva em conta a sensibilidade cutânea do lactente... e a falta de conhecimento por parte deste da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo. – Inclui a rotina completa do cuidado dia e noite que fazem parte do crescimento e do desenvolvimento do lactente, tanto físico quanto psicológico. O *holding* (segurar) inclui especialmente o *holding* físico do lactente... (WINNICOTT, 1965b/2005, p. 26).

A partir do *holding* o ego pode mudar de um estado não-integrado a um integrado. É importante ressaltar que isso só é possível a partir de um cuidado continuado e consistente por parte da mãe, ou que ao menos o lactente perceba e se recorde, com o tempo, desse cuidado materno.

Visto isso, Winnicott (1945/2000) destaca a importância do ambiente para que o bebê alcance pequenas integrações – por meio do *holding* oferecido – e, posteriormente junte seus pequenos pedaços – por meio do *handling*, que veremos a seguir – em uma unidade: “é disto que é feita a vida do bebê, e o bebê que não teve uma única pessoa que lhe juntasse os pedaços começa com desvantagem a sua tarefa de auto-integrar-se, e talvez nunca o consiga, ou talvez não possa manter a integração de maneira confiante” (p. 224).

É importante destacarmos aqui o que é que o bebê está integrando, quando falamos em integração. Winnicott diz que ao nascer o bebê possui um *soma*, cujas funções ainda lhe são desconhecidas. Desde o seu nascimento, o corpo do bebê experimenta sensações que nunca havia sentido, além de ter experiências e que igualmente nunca haviam sido vivenciadas pois “[...] tudo passa pelo corpo do bebê no período primitivo [...]” (DIAS, 2008, p.111).

---

<sup>13</sup> Das três funções, abordamos anteriormente a apresentação de objetos. Assim, julgamos desnecessário repetir tal discussão.

Para Winnicott (1988), o soma não pode ser restringido ao corpo da medicina. O soma é o corpo que respira, que se alimenta, que se locomove, que sente... Mas mais do que isso, é no soma que tudo ocorre no bebê. Enfim, o soma é o corpo vivo. Na saúde, soma e psique não funcionam separadamente; o soma é a base para o surgimento da psique, visto que, em termos evolutivos, o soma surge antes da psique.

A psique, por sua vez, é dependente do funcionamento cerebral, mas emerge da elaboração imaginativa das funções corporais. Conforme Winnicott (1988), “a psique começa como uma elaboração imaginativa das funções somáticas, tendo como sua tarefa mais importante a interligação das experiências passadas com as potencialidades, a consciência do momento presente e as expectativas para o futuro” (p.37).

Dias (2008) faz uma observação bastante pertinente em relação à elaboração imaginativa das funções somáticas – esta não deve ser confundida com a fantasia do corpo e de suas funções. A fantasia surgirá apenas muito tempo depois. Esse momento, em que ocorre tal elaboração imaginativa, é bastante primitivo, e, portanto, não há representação e tampouco há o funcionamento mental<sup>14</sup> – necessários para que haja a fantasia.

A psique, então, “liga o passado já vivenciado, o presente e a expectativa de futuro uns aos outros, dá sentido ao sentimento do eu, e justifica nossa percepção de que dentro daquele corpo existe um indivíduo” (WINNICOTT, 1988, p.46). A psique torna o indivíduo capaz de se relacionar, perceber e criar a realidade externa, enriquecendo-se com isso. No entanto, até que isso ocorra, o indivíduo já deve ter atingido um percurso ao longo do seu amadurecimento.

Conforme já ressaltamos, tal amadurecimento do indivíduo não ocorre espontaneamente, como um fator inerente ao crescimento, ele depende de um ambiente, especialmente na dependência absoluta em que esses processos são efetivados, adaptado às necessidades do lactente. Dessa forma, durante o amadurecimento do indivíduo, o processo de integração vai, gradativamente, relacionando e unindo soma e psique. Quando Winnicott discute sobre integração, ele está justamente discutindo sobre o relacionamento íntimo e inseparável psique-soma – existente no caso de saúde. Para ele, então, a doença residiria justamente em problemas nessa união.

Winnicott (1988) nos alerta para não cairmos “na armadilha que nos é preparada pelo uso popular de “mental” e “físico” uma vez que esses termos não descrevem

---

<sup>14</sup> “Mental” no sentido que Winnicott deu ao termo, que veremos um pouco mais à frente.

fenômenos opostos. O soma e a psique é que são opostos” (p.29). Acrescenta ainda que “a mente constitui uma ordem à parte, e deve ser considerada como um caso especial do funcionamento do psicossoma” (ibid). Em outro momento, o autor ressalta essa ideia dizendo que “a natureza humana não é uma questão de corpo e mente – e sim uma questão de psique e soma inter-relacionados, que em seu ponto culminante apresentam um ornamento: a mente” (p.44).

Dessa forma, o soma e a psique se relacionam e não podem funcionar separadamente – na saúde – mas podemos distingui-los e contrapô-los como opostos. A mente, por sua vez, é uma organização da relação entre psique e soma, dessa forma, não é possível opor o que seja mental e físico.

Para Winnicott (1988), a mente é considerada enquanto uma organização da relação entre soma e psique. Ela é considerada enquanto funcionamento intelectual que tem base no soma e em partes do cérebro – assim como a psique o tem.

Winnicott (1949) considera que talvez a raiz mais importante da mente seja a necessidade de um ambiente perfeito no início do amadurecimento do indivíduo. A intelectualidade do bebê é que vai dizer o tempo e quantidade de devoção materna nos cuidados ao bebê. Ou seja, as falhas ambientais – inevitáveis no processo de amadurecimento – devem ocorrer na medida em que o bebê possa compreendê-las.

Na saúde, ou seja, no indivíduo suficientemente amadurecido em relação ao estágio da vida em que se encontra, a mente pode funcionar nos limites do tecido cerebral, nos limites do intelecto. Falhas ambientais significativas no *holding* podem propiciar o surgimento da mente de forma precoce, originando a *dissociação* do indivíduo. Na saúde, a mente ocorrerá no indivíduo em outro momento de seu percurso no amadurecimento. A mentalização por parte do bebê nesse primeiro momento tem a função de corrigir tais falhas ambientais. Assim, não favorece o processo de integração, mas a dissociação.

Para Winnicott (1988), os distúrbios psicossomáticos são alterações somáticas ligadas à psique. Assim, “o estudioso do psicossoma preocupa-se com as fantasias conscientes e inconscientes que constituem, por assim dizer, a histologia da psique, a elaboração imaginativa de todos os funcionamentos somáticos que são específicos do indivíduo” (p.45). Então, no tratamento de distúrbios psicossomáticos, devemos nos ater às fantasias relativas ao tecido vivo do indivíduo em questão, ou seja, à elaboração imaginativa do funcionamento somático.

Dessa forma, a doença psicossomática escancara a existência de um problema na relação entre psique e soma. Para Winnicott (1988), o processo de localização da psique no soma

se produz a partir de duas direções, a pessoal e a ambiental: a experiência pessoal de impulsos e sensações da pele, de erotismo muscular e instintos envolvendo a excitação da pessoa total, e também tudo aquilo que se refere aos cuidados do corpo, à satisfação das exigências instintivas que possibilita a gratificação (p.144)

Fica claro que ao mesmo tempo em que o sujeito possui uma tendência a localizar a psique no soma, através de seus instintos, é necessário que o ambiente favoreça esse processo por meio dos cuidados físicos para com o bebê. Para Winnicott (1988), “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” (p.143).

O termo *handling* está associado à manipulação materna nos cuidados ao bebê. É pelo *handling* que a criança pode se sentir real e, dessa forma, pode vir a ser no mundo. As experiências de sensações na pele, de funções, de erotismo muscular, fortalecem a coexistência entre psique e soma. É por meio do *handling* que o bebê pode começar a unir, portanto, seus pedaços foram integrados a partir do *holding* fornecido. O *holding*, cuidado em que a mãe oferece em especial uma sustentação psíquica ao bebê, se confunde com o *handling*, nos momentos iniciais de vida do bebê, pois tal sustentação depende de um manejo físico de cuidados, o qual é propiciado pelo *handling* (WINNICOTT, 1965c/2005).

O *handling*, dessa forma, é o cuidado que pressupõe a manipulação do bebê pela mãe. É a partir dele que a criança pode iniciar um processo em que passa a sentir suas partes unidas. É o responsável, então, pelo fortalecimento da união entre psique e soma, que já devem ter sido integrados por meio do *holding* (WINNICOTT, 1965c/2005; WINNICOTT, 1965b/2005).

Nos momentos em que ocorrem frustrações que provoquem sentimentos de desesperança ou futilidade, a fixação da psique no corpo enfraquece em vários graus – existindo períodos de não relação entre psique e soma, o que pode ocasionar doenças. Winnicott atribui a esse enfraquecimento grande parte dos *problemas psicossomáticos*.

Dias (2008) aponta, contudo, que “não se deve, necessariamente, chamar de psicossomático o caso de uma afonia ou de uma dor de estômago no dia de um exame oral, nem tampouco a necessidade urgente de urinar que aparece em certas

circunstâncias” (p.108). Esses fenômenos geralmente evidenciam que há vinculação entre psique e soma, ou seja, tais manifestações são, também, demonstrações de saúde.

Percebemos, então, que tão importante quanto à integração é a personalização<sup>15</sup>. Embora esses dois processos ocorram de forma conjunta e indissociável, Winnicott (1945) enfatiza a importância de ambos processos ocorrerem em seu tempo, pois “assim como a desintegração, o fenômeno da despersonalização também está relacionado ao retardamento da personalização no início da vida” (p.225).

Até aqui, discorremos sobre o processo de amadurecimento enquanto uma linha, em que cada conquista ocorre em seu tempo. No entanto, Dias (2003) enfatiza que “na concepção winnicottiana, amadurecimento não é sinônimo de progresso: amadurecer inclui a possibilidade de regredir a cada vez que a vida exige descanso, em momentos de sobrecarga e tensão, ou para retomar pontos perdidos” (p.101). Assim, dizer que cada conquista ocorrida no indivíduo deve ocorrer em seu tempo, não implica dizer que tais aquisições não podem ser retomadas em algum momento do amadurecimento – processo esse inexaurível.

Podemos notar até aqui que Winnicott não considera óbvia a integração psique-soma, bem como o sentir-se habitando o próprio corpo. Ao contrário, trata-se de algo a ser alcançado. “No desenvolvimento normal, a integração e a coexistência entre psique e soma dependem tanto de fatores pessoais referentes à vivência das experiências funcionais, quanto do cuidado fornecido pelo ambiente” (WINNICOTT, 1988, p.145).

Esclarecemos, também, que o processo de personalização está fortemente associado à integração da psique no soma (visto que o soma surge antes no indivíduo). É justamente o enfraquecimento dessa relação entre a psique e o soma, ou mesmo a sua inexistência, que são as causas dos distúrbios psicossomáticos.

Winnicott considera que a medicina psicossomática utiliza uma abordagem, para o entendimento da doença psicossomática, insatisfatória, já que essa “disciplina” nasceu sob a influência da psicanálise tradicional. A psicanálise tradicional procura interpretar esse distúrbio por meio da neurose ou da depressão, logo, a partir de distúrbios desenvolvidos com a emergência de estágios do amadurecimento muito mais avançados do que os que originam os distúrbios psicossomáticos. Tal psicanálise desconsidera as etapas iniciais do amadurecimento humano, em que o bebê passa pelo processo de

---

<sup>15</sup> Personalização é o nome dado ao sentir-se habitando o próprio corpo, ou em outras palavras, psique integrada ao soma.

alojamento da psique no soma. É justamente ao fracasso desse alojamento que Winnicott atribui o *verdadeiro* distúrbio psicossomático (WINNICOTT, 1964/2005).

Consideramos importante salientar que Winnicott percebe os distúrbios psicossomáticos de forma bastante esperançosa, pois considera que os seus sintomas físicos empurram a patologia – que é de ordem psíquica – para o corpo do indivíduo. Assim, os sintomas são de certa forma, uma tentativa de que essa ligação entre psique e soma continue existindo.

Além disso, Winnicott (1988) considera tais sintomas enquanto “uma defesa contra a fuga para o puramente intelectual” (p. 185). Como já discutimos anteriormente, a fuga para a mentalização auxilia no processo de dissociação do indivíduo, o qual se utilizará de mecanismos intelectuais como substitutos da psique que não consegue se vincular ao soma.

Portanto, Winnicott não só consegue perceber a causa dos sintomas do que considera o verdadeiro distúrbio psicossomático, como também consegue nos mostrar os aspectos saudáveis do indivíduo acometido por tal psicopatologia.

Com isso, é notável a contribuição inovadora de Winnicott para o entendimento da psicossomática. A doença psicossomática estaria atrelada ao enfraquecimento ou à inexistência entre o elo psique-soma, ocasionadas por falhas no processo de personalização. No entanto, esse autor aponta também questões importantes para o entendimento do ser humano, enquanto um *ser* psicossomático. Isso porque considera que a integração psicossomática é uma aquisição que deve ser conquistada pelo indivíduo ainda bem cedo em sua vida.

Visto tais contribuições, podemos pensar em uma postura analítica diferenciada, frente a pacientes acometidos por tais distúrbios. Aqui nos questionamos, diante da importância que representa esta concepção de psicossomática em Winnicott, se estudantes de Psicologia que estão no final de sua formação acadêmica possuem tal entendimento. Esta concepção teórica, solicita uma clínica que forneça a possibilidade de integração e personalização às pessoas com sintomas psicossomáticos. Isso através de um *setting* que lhes favoreça a retomada do processo maturacional em direção à independência.

Para nos aproximarmos desta questão, do entendimento do estudante de psicologia sobre o conceito de psicossomática, propomos nesse trabalho, uma averiguação do imaginário coletivo de tais estudantes acerca dos distúrbios psicossomáticos. Essa investigação poderá lhes ser esclarecedora e, ainda, possibilitar-

lhes a busca de informações sobre este conceito, além de balizar futuras adequações de formação acadêmica no sentido de suprir falhas formativas sobre este relevante conceito. Isso, no intuito é de possibilitar o acolhimento mais adequado possível às pessoas acometidas por tal doença psicossomática.

### 3. IMAGINÁRIO COLETIVO

Aiello-Vaisberg e Ambrosio (2003) apontam que a psicanálise, diferente de outras ciências, demonstra suas especificidades na medida em que avalia o sentido global das condutas humanas e a integra ao campo das experiências humanas, tanto em sua dimensão consciente como na não-consciente. Assim, utilizaremos a teoria psicanalítica como método de investigação, pois, conforme Bleger (1963/ 1989), as condutas humanas são manifestações do ser humano que a ciência psicológica se preocupa em estudar.

Para Herrmann (1979), a psicanálise é uma teoria que possibilita a investigação de aspectos que determinem as lógicas emocionais, as quais estruturam tais condutas humanas, como definidas por Bleger (1963/ 1989). Para Herrmann (2007) “não coletamos fatos, mas interpretamos relações – verdades relativas – cada qual pertinente ao campo a que pertence e onde foi descoberta” (p.69).

Para definir o conceito de Campo, Herrmann (2007) descreve que os “Campos são generalizações do conceito de inconsciente. Claro, do inconsciente não psicológico, da constituição do mundo, não da faculdade psíquica” (p. 69-70). Assim, a investigação de um campo psicológico não requer o conhecimento/ averiguação da origem infantil do campo em questão. Então, “os campos a estudar psicanaliticamente não se resumem às grandes patologias, porém nos desafiam também na vida diária [...]” (HERRMANN, 2007, p.70).

São justamente esses campos psicológicos – também definidos enquanto inconsciente por Herrmann, como já citado – quando apreendidos em grupo, que Bleger (1963/1989) chama de *Imaginário Coletivo*. Para esse autor, o imaginário coletivo diz respeito às manifestações simbólicas, observadas na subjetividade grupal, as quais emergem em contextos intersubjetivos. É tal imaginário que buscamos averiguar na pesquisa.

É importante salientarmos que, a partir da apreensão do Imaginário Coletivo e por meio de um enquadre diferenciado, possibilitado por um mediador dialógico tal como o Procedimento de Desenho-Estória com Tema (AIELLO-VAISBERG, 1999), poderemos possibilitar que os sujeitos da pesquisa entrem em contato com o campo do imaginário a ser apreendido. Apenas com tal aproximação é possível que haja uma ruptura do campo psicológico e, portanto, haja a possibilidade de mudança de

pensamento/condução. Para Herrmann (2007) “O choque das posições contrastantes conduz à ruptura de campo teórico, assim postula a Teoria dos Campos” (p. 74).

Foi desta forma que investigamos o imaginário coletivo de estudantes do último ano do curso de Psicologia da UNESP/Assis a respeito dos distúrbios psicossomáticos. Tal investigação foi realizada por meio do uso do Procedimento de Desenho-Estória com Tema a fim de problematizar a constituição do imaginário coletivo implicado na relação terapêutica entre o terapeuta em formação e seus futuros, ou atuais, pacientes acometidos pelos distúrbios psicossomáticos. Desta maneira, investigamos o imaginário de estudantes que estejam em núcleos de estágio com abordagem psicanalítica.

Esperamos ainda alcançar uma compreensão sobre o imaginário de psicólogos em formação na Universidade Estadual Paulista – Campus de Assis no ano de 2013, considerando que a formação atual poderá ter reflexos na atuação psicanalítica posterior. A prática dos estudantes em formação, que agora poderão entrar em contato com pacientes que possuam sintomas psicossomáticos, necessita de um trabalho constante de reflexão, buscando “[...] por um fazer psicológico que redimensione as práticas psicológicas institucionais [...]” (RIBEIRO, 2008, p. 74).

O imaginário coletivo sobre o qual trabalhamos baseia-se na concepção adotada por Bleger (1963/1989) para quem o imaginário coletivo é manifestação simbólica das subjetividades grupais emergentes de contextos intersubjetivos.

Ribeiro, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2008) consideram que o imaginário coletivo envolve o aspecto afetivo-emocional, o qual é responsável pela construção de sentido para o comportamento do sujeito ou grupo. Assim, a investigação sobre o imaginário coletivo busca apreender essas regras lógico-emocionais das condutas.

O instrumento utilizado na pesquisa em questão foi o Procedimento de Desenho-Estória com Tema (PDE-T), que será descrito na Metodologia, em que será abordada a temática dos distúrbios psicossomáticos. Esse instrumento foi aplicado por meio de uma *Entrevista grupal para abordagem da personalidade coletiva*, também descrita em Metodologia, a qual forneceu a possibilidade de os participantes da pesquisa entrarem em contato e compartilharem sentimentos em relação ao nosso tema de pesquisa abordado, tal como descrito em Ribeiro, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2008).

#### **4. SOBRE O PROCEDIMENTO DE DESENHO-ESTÓRIA COM TEMA (PDE-T)**

Winnicott (1971/1984) utilizava o Jogo do Rabisco como mediador para favorecer a comunicação entre a dupla terapêutica. Tal como nas consultas terapêuticas, na Entrevista grupal para abordagem da personalidade coletiva utilizaremos um mediador dialógico a fim de facilitar a comunicação significativa, ou em outras palavras, para uma comunicação espontânea entre os participantes. Propusemos a utilização do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (PDE-T), de Aiello-Vaisberg (1999), instrumento este construído a partir do Desenhos-Estórias de Trinca, como mediador para obter as associações dos psicólogos em formação.

O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (Aiello-Vaisberg, 1999) é fundamentado na psicanálise e consiste na solicitação de um desenho com um tema específico. Em seguida pede-se à pessoa que invente uma história sobre o que desenhou e dê um título à mesma. Esta aplicação pode ser individual ou coletiva e possibilita a elaboração das experiências dos participantes.

Para Ribeiro (2008a), em consonância com Aiello-Vaisberg (1999), o uso desse procedimento tem algumas vantagens frente a outros procedimentos projetivos. Nas palavras da autora, ele possui:

a facilidade em que se pode treinar um pesquisador em sua aplicação; a possibilidade de o material ser interpretado por outro pesquisador que não o que aplicou o procedimento; a particularidade, semelhante ao Desenho-Estória de Trinca (1972) que o originou, de poder ser aplicado em sujeitos de qualquer faixa etária, em diferentes condições psicopatológicas, com vários níveis intelectuais, em diferentes idiomas, inclusive diferente do pesquisador; a possibilidade de aplicação coletiva ou individual (p. 63).

Ribeiro (2008) ainda destaca, em consonância com Aiello-Vaisberg (1999) que o PDE-T é um procedimento apresentativo-expressivo, e não projetivo – o qual tem o sentido de defesa inconsciente que será transmitido à outra pessoa através de representações. Trata-se, portanto, de um mediador dialógico que pode ser utilizado transicionalmente, sem que o indivíduo conheça suas motivações.

A realização desse Procedimento necessita de um enquadre que seja capaz de propiciar uma expressão subjetiva espontânea, na transicionalidade. Utilizamos, como já dito anteriormente, o tema da doença psicossomática. O uso de tal procedimento

possibilitou a apreensão das manifestações simbólicas, imaginações e crenças, da subjetividade coletiva do público estudado. A liberdade do sujeito ao fazer o desenho e depois relatar uma história sobre sua produção, nos dá subsídios para pensar o seu significado (AIELLO-VAISBERG, 1999).

Tal pesquisa está em consenso com os trabalhos desenvolvidos pela pesquisadora Livre-docente Tânia Maria Aiello-Vaisberg da USP/São Paulo que se utiliza deste instrumento. São muitos os estudos com uso do Procedimento de Desenhos-Estória com Tema, dentre os quais citamos os de Ferreira-Teixeira (2006), Ribeiro (2008), Barreto e Aiello-Vaisberg (2010), Tachibana (2011) e Cambuí (2013). Consideramos, pois, a pertinência deste para a produção de conhecimento científico na área da Psicologia.

Assim, o presente trabalho consiste na apreensão do Imaginário Coletivo de estudantes de quarto e quinto anos de Psicologia da UNESP/Assis que estejam fazendo parte de grupos de estágio em clínica psicanalítica a respeito dos distúrbios psicossomáticos. Utilizamos o PDE-T em 08 participantes, coletivamente e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado após parecer do Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da UNESP/ Assis. Portanto, seguimos os preceitos éticos deste comitê embasados na Resolução nº 0196/96 do Ministério da Saúde.

## **5. CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENQUADRE DA ENTREVISTA GRUPAL PARA ABORDAGEM DA PESSOALIDADE COLETIVA**

O enquadre adotado para tal entrevista é inspirado nas Consultas Terapêuticas, tal como proposto por Winnicott (1970-1984). O que diferencia do enquadre adotado das Consultas Terapêuticas de Winnicott é que em nossa pesquisa não trabalhamos com uma demanda explicitada pelos estudantes. No entanto, faz-se necessário iniciarmos uma explanação sobre as Consultas Terapêuticas Winnicottianas.

Winnicott criou as Consultas Terapêuticas como uma saída para o atendimento de necessidades práticas da clínica de crianças. Havia insuficiência de psicanalistas que tratassem de crianças e grande demanda dessa população que procurava pela ajuda psicanalítica, em oposição ao curto tempo que Winnicott possuía para atendê-las. Winnicott (1965a/1994) expôs que existia uma grande “demanda clínica por psicoterapia que não se acha relacionada de maneira alguma à oferta de psicanalistas” (p. 244), assim “se houver um tipo de caso que pode ser ajudado por uma ou três visitas a um psicanalista isso amplia imensamente o valor social do analista” (ibid).

As Consultas nasceram, pois, da percepção de Winnicott da importância das primeiras sessões em psiquiatria infantil e, atrelado a isso, havia uma demanda grande de crianças que necessitavam de seu auxílio. As Consultas Terapêuticas se caracterizam, dessa forma, por uma exploração integral das entrevistas iniciais com o paciente. Winnicott (1965a/1994) apontou que o que ele chama de “[...] entrevista psicoterapêutica faz o mais complexo uso possível deste material relativamente não-‘defendido’. [...] há o perigo de não fazer-se absolutamente nada, e os riscos provêm da timidez ou da ignorância do terapeuta” (p.245). Assim, o momento de solicitação de ajuda se caracteriza como uma ocasião em que as defesas não estão tão fortes, possibilitando um trabalho importante, na medida em que possibilita que o paciente entre em contato com suas questões.

Lescovar (2004) aponta que, apesar de Winnicott ter se utilizado bastante de seu Jogo do Rabisco, as consultas terapêuticas não podem ser definidas por procedimentos técnicos estanques, sendo essencial que se faça uma comunicação significativa entre o paciente e o terapeuta. Tal comunicação significativa é justamente uma comunicação que está na área da transicionalidade. É uma comunicação, portanto, baseada na

confiança, a qual permite uma aproximação entre o paciente e seu sofrimento. É importante ressaltar aqui que Winnicott ([1964-1968] 1994) aponta que:

Com relação a qualquer técnica que o terapeuta esteja preparado para usar, a base é o brincar. Declarei em outro momento que, em minha opinião, a psicoterapia tem de ser efetuada na sobreposição das duas áreas de brinquedo (a do paciente e a do terapeuta), ou, então, o tratamento tem de ser dirigido no sentido de capacitar a criança a tornar-se capaz de brincar – isto é, ter razões para confiar na provisão ambiental. Tem de se presumir que o terapeuta possa brincar e tenha prazer em brincar (p.231).

Dessa forma, os procedimentos técnicos devem ter como base o brincar e serem desenvolvidos com o intuito de se chegar a uma comunicação significativa, ou seja, a uma comunicação que tem como base a confiança. É importante lembrarmos aqui que o sentimento de confiança surge a partir da confiabilidade – como já descrito anteriormente. A confiança, portanto, sugere que o indivíduo possui um ambiente que favorece seu processo de amadurecimento e que pode, na medida do possível, dar continuidade às possíveis mudanças ocasionadas pela consulta inicial.

Nesse sentido, consideramos que a utilização desse enquadre clínico para a pesquisa sobre o Imaginário Coletivo de estudantes<sup>16</sup> sobre os distúrbios psicossomáticos é bastante adequado. O procedimento técnico que utilizamos para coleta de dados teve como objetivo justamente o favorecimento da comunicação entre os sujeitos da pesquisa e a pesquisadora. Ponderamos também que, ao assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eles estavam cientes de nossos objetivos e já confiavam na possibilidade de tal comunicação entre ambas as partes.

Winnicott (1965a/1994) expõe, então, que a comunicação do paciente ao terapeuta se apresenta de forma bastante clara em determinado momento da consulta terapêutica, sendo que dela o psicoterapeuta deverá fazer uma avaliação e comunicação ao paciente. Ou seja, o paciente comunicará seu sofrimento e ao psicoterapeuta caberá a tarefa de entender tal sofrimento e comunicar seu entendimento a ele. É justamente a essa comunicação que Winnicott atribui as mudanças que o paciente pode ter.

A maneira como tal comunicação será realizada dependerá da relação terapêutica e da capacidade de o indivíduo entendê-la. Aqui podemos fazer uma analogia entre o psicoterapeuta e a mãe suficientemente boa que, através da apresentação de objetos, levará o mundo em pequenas doses e à medida que o paciente possa compreender. O

---

<sup>16</sup> Estudantes do último ano do curso de Psicologia, da UNESP – Campus de Assis – e que estejam fazendo estágio em clínica psicanalítica com, preferencialmente, a abordagem winnicottiana.

psicólogo devolve, dessa forma, o seu entendimento a respeito daquilo que está sendo comunicado.

Percebemos que existe uma flexibilidade na condução clínica, já que a técnica deve ser utilizada de acordo com as necessidades do paciente. Apesar da flexibilidade da clínica winnicottiana, não podemos imaginar que o terapeuta conduz a sessão com sua intuição. “Os princípios norteadores da escuta, prática e flexibilidade clínica que regem a condução de consultas terapêuticas advêm essencialmente da teoria do amadurecimento pessoal” (LESCOVAR, 2004, p.46).

As Consultas Terapêuticas foram desenvolvidas influenciando e influenciadas pela conceituação da clínica. A esse respeito, Winnicott (1971/ 1984) afirmou que “não se pode evitar que ocorram mudanças nas bases teóricas de meu trabalho com o passar do tempo” (p.14) e que “a única companhia que tenho ao explorar o território desconhecido de um novo caso é a teoria que levo comigo” (ibid). Assim, fica evidente a importância dessa teoria para a clínica desenvolvida por Winnicott.

Consultas Terapêuticas, como bem aponta Lescovar (2004), têm como objetivo fundamental uma retomada no processo de amadurecimento, o qual nunca se acaba. Essa retomada deve ser realizada, como já pontuado, por meio da comunicação significativa do paciente ao terapeuta, e do terapeuta ao paciente.

Existe um ponto fundamental para a compreensão da utilização das Consultas Terapêuticas em pacientes de todas as idades, em oposição ao contexto em que essa foi desenvolvida (a partir do público infantil). Sendo o amadurecimento humano um processo que ocorre até o final da vida do indivíduo, a retomada desse processo pode ocorrer em qualquer parte do amadurecimento, ou, em outras palavras, com pacientes com as mais diversas idades, e inclusive com adultos. Da mesma maneira, a comunicação significativa – entre paciente e psicólogo – pode ocorrer entre pessoas das mais diversas idades, não sendo uma exclusividade em crianças.

Os conceitos descritos anteriormente de preocupação materna primária, as funções maternas (*holding, handling*, apresentação de objetos), a mãe suficientemente boa (sendo aquela que age de acordo com as necessidades do bebê) e de transicionalidade, fundamentam as Consultas Terapêuticas e a postura do psicoterapeuta. O terapeuta deve, então, se ajustar às necessidades do paciente, tal qual a mãe suficientemente boa se ajusta às necessidades do bebê. Nesse sentido, o mediador dialógico deve ser oferecido pelo terapeuta na medida em que este instrumento for algo que possibilite uma comunicação espontânea, ou seja, deve ir ao encontro das

necessidades do paciente, deve facilitar a sua comunicação, deve possibilitar, portanto, o uso transicional.

As consultas terapêuticas surgem, então, como uma possibilidade de se trabalhar com os elementos centrais de uma problemática de forma que ajude o paciente em algum tipo de elaboração. Nesse sentido, além de, por meio de uma comunicação significativa entre paciente e psicoterapeuta, deve possibilitar avaliação e intervenção dentro dessa comunicação.

É importante, dessa maneira, um enquadre semelhante ao das Consultas Terapêuticas, utilizadas por Winnicott, para a obtenção de dados em nossa pesquisa. A entrevista grupal para abordagem da personalidade coletiva tem como diferença, como já citamos anteriormente, o fato de os sujeitos não pedirem diretamente algum auxílio, mas é a pesquisadora quem vai oferecer tal *setting* e enquadre que possibilitem a emergência do Imaginário Coletivo. Tal enquadre pode permitir o surgimento de elementos centrais do Imaginário Coletivo dos sujeitos da pesquisa a respeito dos distúrbios psicossomáticos. A partir, então, de tal apreensão, pudemos devolver aos participantes a percepção sobre seus Imaginários Coletivos. Acreditamos, como hipótese inicial, que os sujeitos da pesquisa confiarão na capacidade da pesquisadora de propiciar tal comunicação significativa.

É interessante que Winnicott (1971/ 1984) aponta que muitos dos seus pequenos pacientes – a maioria deles – no primeiro encontro relatavam ter sonhado com a figura do analista na noite anterior à consulta. Isso evidencia que seus pacientes depositavam confiança e até certa esperança de que ele poderia dar algum tipo de ajuda. Tais crianças, assim, sabiam previamente sobre a consulta e o motivo dela. Depositavam tamanha confiança e expectativa no terapeuta que chegavam a sonhar com o mesmo.

Da mesma maneira, os sujeitos de nossa pesquisa foram previamente esclarecidos sobre a razão de nosso encontro, bem como também do nosso objetivo de averiguar seus imaginários coletivos. Assim, eles puderam se expressar e confiar na capacidade de compreensão do pesquisador. A esse respeito, Winnicott ([1964-1968]1994), ao nos esclarecer sobre as Consultas Terapêuticas, afirma que “a base para este trabalho especializado é a teoria de que um paciente, criança ou adulto, terá para a primeira entrevista uma certa capacidade de acreditar na obtenção de auxílio e de confiar naquele que o oferece” (p.230). Ainda que observemos as devidas diferenças entre procedimentos de pesquisa e os terapêuticos, a comunicação que emerge na transicionalidade sempre poderá vir a ser transformadora.

Dessa forma, o paciente/sujeito necessita que o terapeuta ofereça um espaço para aplicação do instrumento o qual permita que ele esteja livre para explorar a oportunidade de se comunicar. É necessário proporcionarmos uma relação humana, natural, em espaço profissional, enquanto o participante consiga expressar ideias e sentimentos que antes não estavam integrados.

Tais ideias e sentimentos, que vamos chamar de imaginário coletivo, quando captados deverão ser, dessa forma, devolvidos para possibilitar uma integração entre estes e os sujeitos. É assim, conforme Winnicott ([1964-1968]1994) expõe, que “talvez o principal trabalho que se faz seja da natureza da integração, tornada possível pelo apoio no relacionamento humano, mas profissional – uma forma de sustentação [*holding*]” (p.230).

Lescovar (2004) enfatiza que as consultas terapêuticas surgiram como uma possibilidade de se trabalhar com os elementos mais importantes de um caso. Nesse sentido, as consultas terapêuticas ocorrem por meio de uma comunicação significativa entre paciente e psicoterapeuta, sendo que é nessa comunicação que existe a possibilidade de uma avaliação e intervenção, mesmo que por meio de poucas consultas.

Em concordância, Winnicott (1971/ 1984) afirma que nas Consultas Terapêuticas há a possibilidade de se ter uma comunicação em um nível profundo. Elas surgiram como um meio de se trabalhar com os elementos principais de uma problemática de forma a ajudar a elaboração de algum tipo de questão. Podemos dizer, nesse sentido, que elas ocorrem através de uma comunicação significativa, no caso da clínica, entre paciente e psicoterapeuta; e na pesquisa, entre o pesquisador e os sujeitos da mesma.

Embora nossa proposta não tenha sido de uma Consulta Terapêutica, já que não se trata de consulta clínica, mas sim de pesquisa, a Entrevista Grupal para abordagem da pessoalidade coletiva pode ter propiciado aos seus participantes um momento de mudança, de encontro com o tema de tal forma que tenha possibilitado, na transicionalidade, mudanças transformadoras por meio de integração.

## 6. OBJETIVOS

### *6.1 Objetivo Geral:*

O presente estudo teve como objetivo principal investigar o imaginário coletivo de estudantes do curso de Psicologia da UNESP/C. de Assis a respeito dos distúrbios psicossomáticos.

### *6.2 Objetivos específicos:*

- Fornecer possibilidade de reflexão acerca de tais produções subjetivas;
- Fazer análise dos campos psicológicos inconscientes emergidos e suas possíveis implicações para a prática clínica desses estudantes.
- Atualizar referências bibliográficas sobre o tema deste estudo a fim de contribuir com a análise final e com aspectos da Introdução.

## 7. METODOLOGIA

Utilizamos no presente trabalho a teoria psicanalítica enquanto abordagem teórica que nos norteou na coleta e análise de dados. Essa teoria encontra “seu lugar entre as ciências humanas. Seu objeto – quer seja definido como o inconsciente, quer como o funcionamento psíquico [...] é claramente relativo ao homem. Seu método [...] é a interpretação [...]” (MEZAN, 2007, p. 355).

A produção científica em ciências humanas é um fenômeno bastante complexo, visto que a própria subjetividade humana, ou o homem inserido em suas relações interpessoais, é objeto de estudo. Pesquisar, no entanto, com o referencial metodológico pautado em Psicanálise apresenta algumas especificidades em relação às demais ciências humanas. Isso porque seu método de investigação busca revelar dimensões inconscientes do humano.

Laplanche e Pontalis (2004) consideram a própria psicanálise enquanto um conjunto de teorias psicológicas e psicopatológicas; um método psicoterápico; e por fim enquanto um método de investigação que tem como objetivo evidenciar o significado de conteúdos inconscientes. Assim, a pesquisa em Psicanálise se demonstra complexa ao passo em que, além de propor conjecturas referentes à subjetividade humana, essa considera, ainda, que tal subjetividade é dominada por aspectos inconscientes, próprios do humano.

Consideramos nossa pesquisa como inserida no referencial psicanalítico como método de investigação que “[...] não restringe a possibilidade de compreensão da experiência humana e se sustenta em pressupostos éticos que permitem a coerência entre a práxis e a produção de conhecimento científico” (CAMBUÍ, 2013).

A psicanálise é uma teoria dentro das ciências humanas que busca entender aspectos do humano. No entanto, ao ter enquanto objeto de estudo o inconsciente demonstra sua peculiaridade frente a essa grande área de conhecimento. Desta maneira, podemos afirmar, em consonância com Mezan (2002), que nossa pesquisa seja de abordagem qualitativa. O importante, então, para nosso trabalho é a possibilidade de análise psicanalítica dos dados coletados em um coletivo de estudantes sobre um tema da psicanálise- a psicossomática -, e a análise psicanalítica destes dados.

### *7.1 Participantes*

Participaram desta pesquisa 8 graduandos do Curso de Psicologia da Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, no ano de 2013. Dessa amostra, 4 estavam no final do quarto ano do curso de psicologia e os demais no final do quinto ano do curso. O critério de inclusão foi: estar atuando em um núcleo de estágio curricular na área clínica psicanalítica na abordagem winnicottiana, possuir mais de 18 anos, aceitar assinar o TCLE e possuir disponibilidade para participar da coleta de dados.

## 8. RESULTADOS

### 8.1. *Narrativas interativas sobre o uso do procedimento Desenho-Estória com Tema*

As narrativas interativas consistem enquanto um texto-narrativo por meio do qual relatamos nossa experiência. No entanto esta narrativa trata, em acordo com Aiello-Vaisberg e Machado (2005) do relato da experiência vivenciada no encontro com os participantes incluindo as observações verbais e não-verbais destes, os diálogos, as impressões que emergiram e os sentimentos das partes em relação ao encontro.

No que diz respeito às narrativas, a psicanálise sempre se serviu delas como recurso que viabiliza a expressão dramática humana no setting analítico, todavia, observa-se o uso do narrar para transmitir às comunidades científicas as experiências clínicas (GRANATO; CORBETT; AIELLO-VAISBERG, 2011)

A denominação *narrativas interativas* foi tecida por Cobertt e Aiello Vaisberg (2011) ao designar o narrar como proposta metodológica que visa comunicar a experiência emocional, privilegiando a interlocução entre pesquisador e participante da pesquisa na produção de um conhecimento baseado na dramática humana. Utilizamos, dessa maneira, esse termo para nos mantermos fiéis aos conceitos winnicottianos que apresentamos na nossa fundamentação e ponderamos que este se constitui em ferramenta útil para apreensão do acontecer humano com a participação do pesquisador e ainda dos próprios leitores do trabalho na captação e elaboração de outros sentidos aos conteúdos surgidos.

A narrativa interativa é, então, método coerente com a psicanálise, ao passo que expõe o momento da aplicação do instrumento por meio da reflexão, da vivência e do sentir da pesquisadora, obedecendo aos pressupostos da ética (AIELLO-VAISBERG; GRANATO, 2004).

O uso do procedimento PDE-T, nesta pesquisa interventiva compreende, portanto, a personalidade da pesquisadora, com sua capacidade de sentir o encontro e o descrever por meio de seu olhar (RIBEIRO, 2008).

É importante ressaltar que embora a personalidade da pesquisadora esteja inevitavelmente presente nas narrativas interativas, observa-se também a influência das determinações sociais, políticas e históricas sobre a subjetividade humana, tornando-o

um ser criador capaz de gestos transformadores, conforme assinalaram Bleger (1963) e Winnicott (1983). Sob este ponto de vista, os participantes deste estudo representam um grupo social, situados em um tempo e espaço determinados: são estudantes de psicologia em uma faculdade pública situada no interior do Oeste Paulista. O imaginário a ser desvelado vem, então, da parcela da sociedade à qual pertencem.

Por meio dos desenhos-estórias objetivamos, assim, apreender as imagens e as fantasias expressas pelos sujeitos da pesquisa a respeito de pacientes acometidos por distúrbios psicossomáticos, investigando o imaginário coletivo e suas possíveis implicações na prática clínica.

Assim, mediante a aprovação do Comitê de Ética, fizemos contato com os supervisores de estágio em clínica – na abordagem winnicottiana – para utilizarmos o espaço da supervisão de estágio para o recrutamento dos participantes. Feito isso, e após a explanação e assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), marcamos uma data para a aplicação do Procedimento de Desenho-Estória com Tema.

A aplicação se deu em dois grupos (Grupo A e B) de quatro pessoas cada, devido aos horários disponíveis pelos estudantes. Em cada um dos grupos estavam presentes duas pessoas do quarto ano e duas do quinto ano do curso de Psicologia. A aplicação foi coletiva e efetuada em uma sala previamente agendada, do Prédio de Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP/Assis. Destacamos que as aplicações foram coletivas, embora as produções sejam individuais.

Nesse capítulo serão apresentados os resultados do Procedimento de Desenhos-Estória com Tema (PDE-T) dos participantes, cuja instrução foi para que desenhassem uma pessoa com um distúrbio psicossomático e escrevessem uma estória sobre o mesmo. Posteriormente, pedimos para que os participantes elegessem um título à história. Assim, inicialmente serão expostas as narrativas interativas de cada participante, para depois colocarmos a narrativa geral do grupo a respeito do procedimento. Faremos, assim, uma síntese entre cada um dos grupos.

Antes de expormos as narrativas e discussões, é importante destacarmos que as histórias produzidas foram colocadas em itálico e na íntegra, ou seja, foram colocadas da forma como foram escritas pelos participantes. No entanto, a fim de mantermos o anonimato dos participantes, fizemos alterações em algumas estórias, como por exemplo: modificamos o nome do personagem da estória contada. Mesmo com as modificações, tomamos o cuidado de manter a ideia apresentada. Com a mesma

finalidade, utilizaremos nomes fictícios para os participantes da pesquisa, como podemos verificar na tabela abaixo:

Nome fictício do participante	Sexo	Ano da faculdade	Grupo em que participou
Jaboticaba	Feminino	Quinto ano	Grupo A
Pitanga	Feminino	Quinto ano	Grupo A
Maçã	Feminino	Quarto ano	Grupo A
Ameixa	Feminino	Quarto ano	Grupo A
Maracujá	Feminino	Quarto ano	Grupo B
Morango	Feminino	Quarto ano	Grupo B
Uva	Feminino	Quinto ano	Grupo B
Laranja	Feminino	Quinto ano	Grupo B

### *8.1.1 Grupo A*

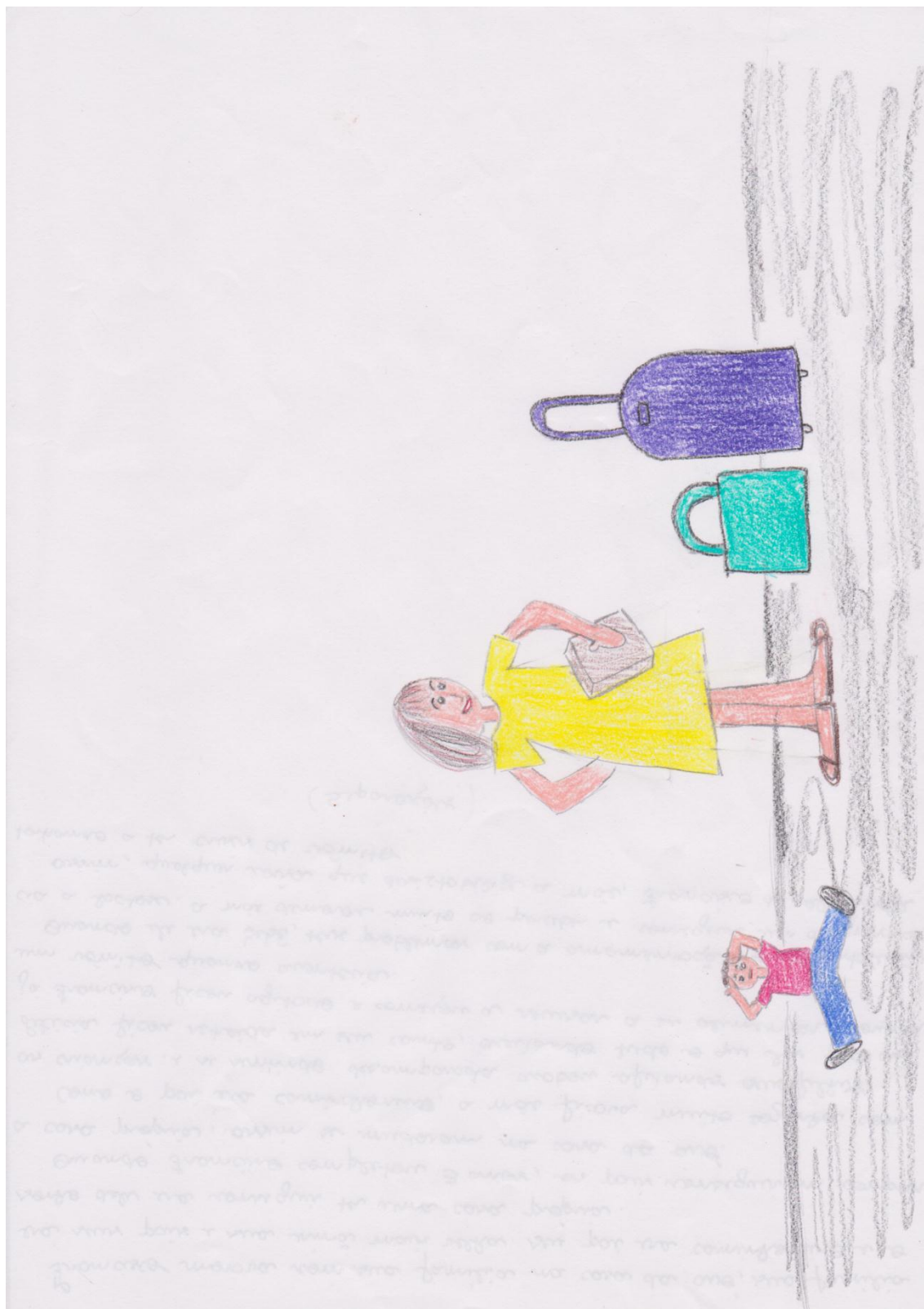
Para o primeiro grupo, nove alunos haviam concordado em participar. No entanto, apenas quatro alunos compareceram.

Assim, a aplicação do procedimento de desenho-estória e a entrevista grupal para abordagem da personalidade coletiva foi realizado primeiramente com quatro alunos que estão em estágio em clínica, na abordagem winnicottiana. Desses alunos, dois estavam no final do quarto ano e dois no quinto ano do curso, como podemos observar pela tabela acima.

Antes do início do procedimento, Jaboticaba e Pitanga, duas alunas do último ano do curso de psicologia, perguntaram quanto tempo demoraria, já que elas teriam uma reunião ainda naquela manhã. Falei a elas o tempo estimado e acrescentei que elas poderiam se sentir à vontade para sair no momento em que desejassem. As duas alunas ficaram até o final da aplicação e entrevista.

### 8.1.1.1 Jabuticaba

Segue, abaixo o desenho feito por Jabuticaba:



A história relatada por Jabuticaba foi:

### *Separações*

*Francisco morava com sua família na casa da avó, sua família era seus pais e sua irmã mais velha. Seu pai era caminhoneiro e o sonho dele era conseguir ter uma casa própria.*

*Quando Francisco completou 3 anos, os pais conseguiram comprar a casa própria, assim se mudaram na casa da avó.*

*Como o pai era caminhoneiro, a mãe ficava muito sozinha com as crianças e se sentindo desamparada, acabou afetando seus filhos. Letícia ficou retraída em seu canto, aceitando tudo o que lhe pediam, já Francisco ficou agitado e começou a recusar a se alimentar, forçando um vômito quando acontecia.*

*Quando ele era bebê, teve problemas com a amamentação, tendo intolerância a lactose. A mãe demorou muito a perceber e conseguir um diagnóstico.*

*Assim, qualquer coisa que desestabilize a mãe, Francisco se afeta tornando a ter crises de vômito.*

Através da figura, podemos perceber a figura de uma criança no chão com as mãos na cabeça e expressão mesclada entre “tristeza” e “desespero”, sendo esses dois subcampos do campo psicológico dos SENTIMENTOS. O menino desenhado tem seus contornos não bem delimitados, como podemos observar pelos traços das mãos e cabeça que se entropõem. Há, portanto, uma não-delimitação do corpo que nos faz pensar novamente no campo da psicossomática. O que seja “corporal” e emocional estão marcadamente expressos pelo desenho, embora não observamos – apenas pela figura – outros aspectos que marquem tal distúrbio.

Sobre a mulher desenhada, essa se apresenta com seus contornos mal definidos. O seu braço esquerdo perde a cor conforme chega na proximidade do que seria a mão. A mão esquerda supostamente está escondida atrás do vestido. Mas percebemos tanto a finalização do traço da mão antes deste ser encoberto pelo vestido, como também observamos o outro traço ultrapassando a linha que forma a vestimenta da mulher. Sua cabeça e pescoço parecem soltos sobre a gola do vestido. Além disso, podemos verificar que o contorno da mulher foi apagado e desenhado novamente com a característica do

traço fraco. Parece, assim, não haver uma boa delimitação entre o que seja corporal na personagem desenhada por Jabuticaba.

As malas desenhadas se apresentam em destaque na figura através das cores. O entorno dos personagens desenhados podem ser resumidos nas malas e no chão que, embora tenha sido feito com lápis preto, seus traços são fracos. Assim, supomos que os dois personagens não tenham algum tipo de sustentação (seja ela física ou psíquica).

Nomeamos, também, o campo psicológico da INFÂNCIA. Isso porque, como pudemos observar pela produção de Jabuticaba, a pessoa afetada pelo distúrbio psicossomático é uma criança. A mãe, apesar de suas dificuldades, não sofre do distúrbio psicossomático.

Pela história contada, observamos que a mulher do desenho é a mãe do garoto. Ela é uma pessoa que, em virtude da profissão do marido, caminhoneiro, ficava muito tempo sozinha e se sentia desamparada. Encontramos aqui o campo psicológico dos SENTIMENTOS DO CUIDADOR, com os subcampos da “solidão do cuidador” e o “desamparo do cuidador”. Esses dois sentimentos refletem o subcampo da “dificuldade” no campo do CUIDADO AMBIENTAL, pois o fato de a mãe se sentir só e desamparada acabou dificultando que esta cuidasse dos seus filhos, ou seja, tais sentimentos acabaram “afetando seus filhos” (sic).

Podemos pensar aqui na função paterna, descrita por Winnicott (1960/ 1983). Para ele, a mãe só consegue desempenhar suas funções de forma suficientemente boa se ela receber um cuidado suficientemente bom. Como já abordado, para que a mãe possa entender as necessidades do bebê, ela necessita alcançar a preocupação materna primária, em que chega até a regredir, de uma maneira saudável. A mãe, no estado de preocupação materna primária, necessita de uma sustentação psíquica a qual é oferecida por uma terceira pessoa. Esse cuidado é oferecido, em grande parte das vezes, pela figura paterna – embora essa figura não seja a única que possa desempenhar essa função.

Assim, através da história podemos pensar que a mãe de Francisco não recebeu o cuidado necessário para desempenhar sua função de forma suficientemente boa, nem do pai de Francisco, e nem de seus pais – avós de Francisco, com quem moravam.

A criança, embora seja bastante pequena, recebe um destaque no desenho na medida em que possui cores e expressões faciais marcantes. Dessa forma, o desenho nos remete ao campo psicológico da NECESSIDADE DE SER PERCEBIDO, por parte da criança.

Para enfatizar essa hipótese, temos uma figura feminina ao lado do menino que nem sequer olha para o mesmo lado do garoto. Essa figura não parece se mobilizar com o desespero demonstrado pelo garoto. Ao contrário, ela sorri e olha para o lado oposto ao do menino. A mulher desenhada está mais próxima, na figura, de duas malas do que do próprio menino.

Podemos pensar, também, no campo psicológico nomeado como NECESSIDADE DE SER CUIDADO, pois podemos visualizar que o menino com a expressão de desespero e sozinho no chão pede por socorro e atenção. O menino da figura, parece pedir colo e cuidado. Além disso, pela história, o menino parou de se alimentar e forçava o vômito depois de a mãe se sentir desamparada e ter dificuldades em cuidar do filho.

Através do título já é possível percebermos do que se trata a história: Separações. Tal separação se dá tanto no que diz respeito às malas desenhadas, ao trabalho do pai que o mantinha distante de Francisco e sua mãe e à mudança da casa dos avós de Francisco, como também no sentido do afastamento entre mãe e filho. A separação também está presente no que diz respeito à doença psicossomática, cuja causa é justamente, como vimos anteriormente, a não integração entre psique e soma.

Pensamos aqui no campo psicológico que nomeamos como dos SENTIMENTOS e o subcampo da “solidão”. A separação também se apresenta na história e no desenho com o significado de solidão. Na figura, o menino encontra-se sozinho, embora a mãe esteja ao seu lado. A mãe sequer olha para o mesmo lado do garoto ou se mobiliza com seus sintomas, na história. Francisco está sozinho, embora na presença da mãe.

Em relação aos sintomas apresentados, Francisco possuiu intolerância à lactose quando bebê, e, por isso, houve problemas na amamentação. Assim, desde bebê podemos observar uma “separação” entre mãe e bebê. Entre o que a mãe oferece e o que o bebê aceita. Aqui observamos o campo da DOENÇA ALIMENTAR e o subcampo da “intolerância à lactose”.

Dentro do mesmo campo psicológico, observamos outro subcampo psicológico, do “vômito”. Inicialmente, com a mãe abalada – sentindo-se desamparada e sozinha – Francisco recusava a se alimentar e “forçava” (sic) um vômito quando acabava comendo. Depois, os vômitos são descritos como uma reação frente a qualquer desestabilização emocional.

O campo da DIFICULDADE DO DIAGNÓSTICO também está presente na história de forma bastante explícita, pois a mãe de Francisco “ demorou muito ao perceber e conseguir um diagnóstico” (sic).

Dessa forma, imaginamos que, se se tratasse de uma história real, a maior “separação” que Francisco sofreria seria a não integração entre psique e soma. Essa, por sua vez, representada tanto na história quanto no desenho, deveria ter sido originada pelas dificuldades encontradas por sua cuidadora (mãe) em oferecer aquilo que Francisco necessitava, quando bebê.

#### 8.1.1.2 Pitanga

A história escrita no verso da folha e contada por Pitanga foi:

##### *Sobrecarga emocional*

*Maria é uma mulher casada, estudante, que tem aulas, muitas supervisões e muitos pacientes. Ela tem uma vida movimentada com o marido, eles estão sempre fazendo algo com os amigos. O marido é bastante carente, solicitando afeto a todo momento. É também muito requisitada pela família do marido, que gosta muito dela, sempre cobrando atenção da moça. Sua família (pai, mãe, irmãos) sempre tem alguns problemas, e Maria se sente na obrigação de resolvê-los. Vive constantemente preocupada com sua casa, pois é bastante perfeccionista, e gosta de tudo em ordem.*

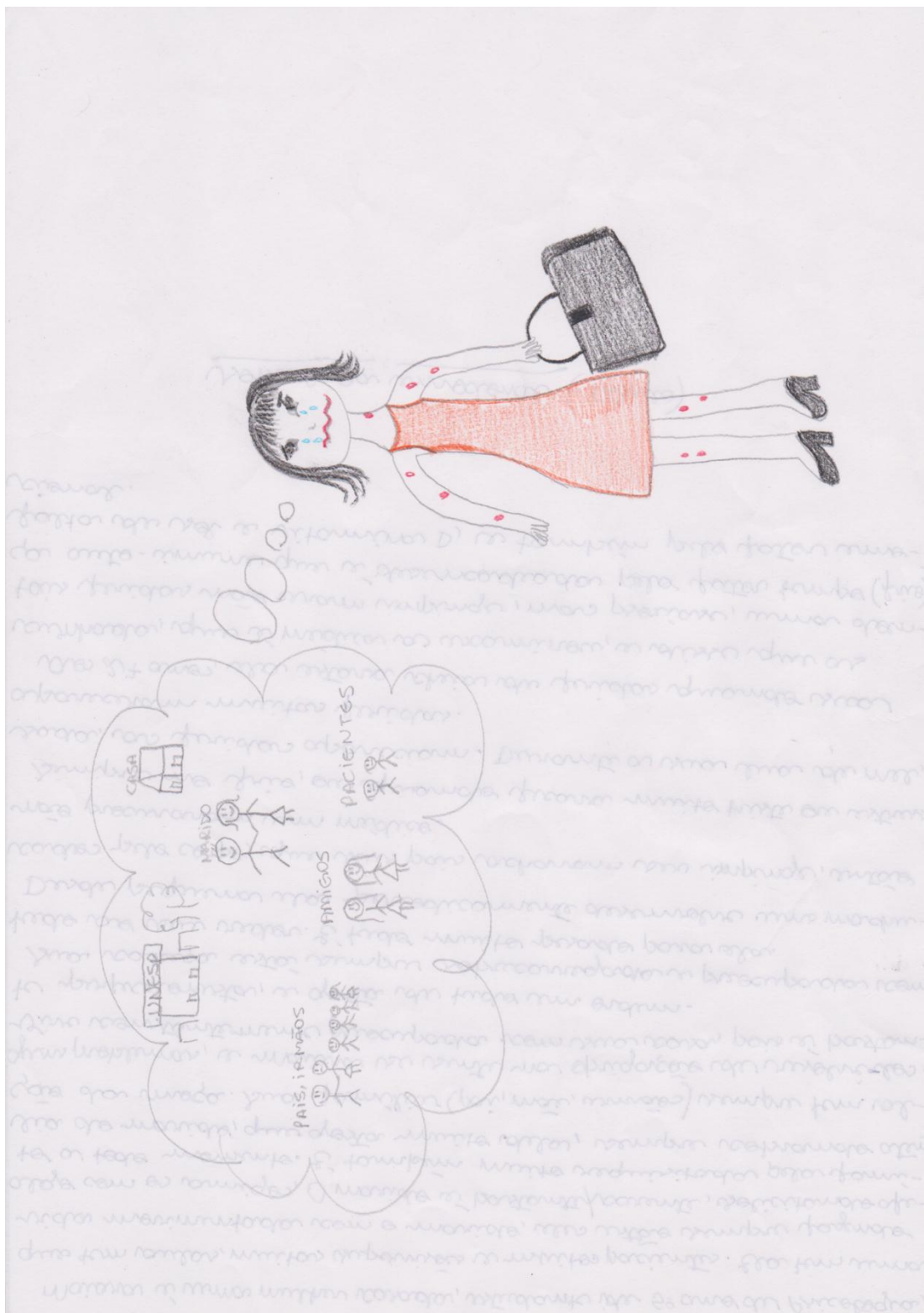
*Sua cabeça está sempre sobrecarregada e preocupada com tudo ao seu redor. É tudo muito pesado para ela.*

*Desde pequena ela periodicamente desenvolve uns machucados pelo corpo, que seus pais achavam ser impinge, então não procuraram um médico.*

*Sempre no frio, ou quando ficava muito triste ou estressada, as feridas apareciam. Durante a sua lua de mel, apareceram muitas feridas.*

*Aos 27 anos, ela estava cheia de feridas quando sua cunhada, que é médica a examinou, e disse que as tais feridas não eram impinge, mas psoríase, uma doença auto-imune que é desencadeada pelo fator tempo (frio), falta de sol e vitamina D, e também pelo fator emocional.*

A figura desenhada por Pitanga foi:



Podemos visualizar na figura (acima) uma pessoa do sexo feminino que se encontra nitidamente chorando. As lágrimas estão presentes na figura, assim como a

boca tremida – característica de choro. A expressão de choro da personagem nos emite a impressão de tristeza e desespero.

O corpo da pessoa desenhada está repleto de marcas vermelhas fortes, tanto nas pernas e braços como no pescoço. Olhar apenas a mulher desenhada, nos dá a impressão, num primeiro momento, de que ela chora por causa de suas feridas. Mas ao olharmos o desenho como um todo, a impressão é que a personagem chora por outros motivos – evidenciados em seus pensamentos.

Ela pensa em vários assuntos: “UNESP”, “casa”, “marido”, “pais, irmãos”, “amigos” e “pacientes”. É interessante notar que nos diversos temas em que a personagem apresenta em seu pensamento, em nenhum deles ela própria está presente. Nem ela, e nem suas marcas vermelhas. O próprio balão de pensamentos desenhado é maior que a própria personagem da história.

A personagem se encontra sozinha, com seus pensamentos na figura. Não há ninguém além da personagem, ela está nitidamente – e literalmente – sem chão.

Percebemos, assim, uma similaridade entre a história contada e o desenho feito por Pitanga. A “Sobrecarga emocional” descrita na história é facilmente observada no desenho. Além disso, a expressão da personagem “Maria” é observada tanto na história como na figura.

Como podemos notar, a personagem passa grande parte de seu tempo se dedicando ao seu entorno: seu marido (relatado como carente), a família do marido, sua família, sua casa. Implicitamente percebemos que também há uma preocupação de Maria em relação aos seus estudos, visto que é descrita inicialmente como uma estudante que possui muitos afazeres relacionados aos estudos, como por exemplo o grande número de supervisões e aulas. Nomeamos, dessa maneira, o campo psicológico dos SENTIMENTOS, e o subcampo do “estresse”, da “preocupação” e da “tristeza”. Tais sentimentos seriam os disparadores para a manifestação dos sintomas da personagem.

No entanto, embora observamos uma preocupação exacerbada da personagem, não observamos tal preocupação em relação às feridas que Maria desenvolve desde criança. Isso tanto por parte da personagem principal, quanto por parte dos demais personagens que a rodeiam. Nesse sentido, encontramos aqui o subcampo psicológico da “solidão”. Maria vive cercada de pessoas, mas, paradoxalmente, vive sozinha na medida em que não é percebida nem mesmo com o seu sintoma tão evidenciado – como observamos na figura.

Também pensamos no campo da NECESSIDADE DE SER PERCEBIDO. A falta de percepção das necessidades da personagem é escancarada na medida em que ela sempre desenvolvia machucados pelo corpo (desde criança), mas seus pais nunca a levaram a um médico para fazer um diagnóstico. Os seus pais “acharam” ser impinge e, mesmo com a alta incidência das feridas, não procuraram confirmar seu diagnóstico.

Nesse sentido, percebemos aqui o campo psicológico da NEGLIGÊNCIA e o subcampo da negligência “dos sintomas físicos”. Observamos, então, uma negligência tanto quando observamos que o diagnóstico não foi realizado da forma adequada, como também quando percebemos que a personagem passou de sua infância até os 27 anos repetindo tais sintomas, sem que ninguém a cuidasse. Assim, pensamos em um outro subcampo relacionado à negligência “de cuidados”.

Ao mesmo tempo que os pais de Maria não procuraram por um diagnóstico mais preciso, a própria personagem também nunca procurou. Podemos imaginar, assim, que embora o cuidado à personagem tenha sido falho em vários aspectos que a proporcionaram uma facilidade na dissociação entre psique e soma – evidenciada pela psoríase, o cuidado também foi bom o suficiente para que a personagem pudesse confiar nesse diagnóstico. Ou seja, de alguma forma o cuidado foi suficiente para fazer com que Maria sentisse confiança no mundo externo. Nomeamos aqui o campo da SAÚDE NA DOENÇA.

Podemos notar também que a personagem possui uma força interna que a permite cuidar de várias pessoas de seu entorno. Podemos conjecturar que assumindo o papel de cuidadora, a personagem é notada e amada de alguma forma, mesmo que não seja da forma em que ela necessita. Para Maria “tudo é muito pesado”, mas, ao mesmo tempo os pais do marido gostam muito dela.

Nomeamos o campo psicológico do ADULTO. Isso porque, como pudemos observar pela produção de Pitanga, a pessoa afetada pelo distúrbio psicossomático é uma pessoa adulta. No entanto, também encontramos o campo da INFÂNCIA, visto que Maria desenvolve suas feridas desde criança.

Além disso, notamos que Maria precisa ter uma espécie de controle externo, cujo campo psicológico nomeamos de CONTROLE SOBRE O AMBIENTE. Ela é descrita como perfeccionista e preocupada com a organização da casa – gosta de tudo em ordem. Aqui também podemos pensar que essa organização externa que a personagem procura manter talvez seja a organização interna que ela gostaria de possuir. E, de alguma forma, Maria alcança algum tipo de organização interna que a

proporciona cuidar da forma em que poderia almejar ser cuidada. Aqui pensamos no campo da NECESSIDADE DE SER CUIDADA.

Maria é uma personagem cuidadora na medida em que tem que cuidar: do marido, da família do marido, da sua família e de sua casa. Ela percebe as necessidades de atenção e cuidado das pessoas à sua volta, mas suas reais necessidades não são de ser percebida. A psoríase aparece na história como uma exteriorização – na pele – de suas necessidades internas, pois esta aparece quando a personagem está triste ou estressada. Aqui pensamos em um outro campo psicológico: A DOENÇA DE PELE.

A pele é o que delimita o corpo – o que é a pessoa e o que não é. Além disso, a pele pode ser vista de qualquer ângulo que o sujeito esteja. Nesse sentido, é o órgão do corpo humano mais perceptível que qualquer outro.

Embora a tristeza e o estresse sejam colocados no meio da história como causas que desencadeiam tal patologia, tais fatores internos da personagem não são percebidos pelos personagens secundários da história. Esses fatores aparecem de forma bastante discreta, enquanto causas da psoríase. A história é contada desde o início no sentido de descrever a vida estressante de Maria, que a deixa triste por não ser notada. Só depois a doença psicossomática aparece com um diagnóstico de sua cunhada – que é médica.

Assim, quando chegamos ao diagnóstico, no final da história, este é colocado com uma linguagem extremamente técnica e distante. As causas apontadas pela médica da história dão ênfase a conteúdos como o frio, o sol, vitamina D. O fator emocional é colocado por último, como um último fator que poderia originar a psoríase. Isso também enfatiza a hipótese de que a personagem da história não seja notada com suas reais necessidades. A própria linguagem técnica e distante da vida da personagem enfatizam tal proposição.

### 8.1.1.3 Maçã

Segue, abaixo, a figura desenhada por Maçã:



A história contada por Maçã, na íntegra, foi:

*Começar de novo*

*João é um garoto de sete anos que desde os 3 possui psoríase. A mãe já o levou em diversos dermatologistas, mas nenhum tratamento foi eficaz. O último médico então, disse que seria interessante para João um acompanhamento psicológico, pois a psoríase poderia estar ligada a condição emocional do menino.*

*Depois de ouvir isso, a mãe foi atrás e João começou a psicoterapia. Célia, mãe de João, é muito dedicada, porém sua gravidez não foi nada tranquila. Ela teve descolamento de placenta e João nasceu quando estava no sexto mês de gestação. O menino ficou quase um mês em uma UTI neonatal e a mãe o visitava quando podia. Célia ainda passou por diversos problemas de saúde após o parto, fez diversas cirurgias no braço e ficou muito tempo com o mesmo imobilizado, o que fez com que fosse muito difícil no início dedicar-se unicamente aos cuidados de João.*

*A família de João muda muito de cidade e a cada mudança a psoríase tomava conta do menino. Porém a mãe acredita que agora eles ficarão um bom tempo na cidade e com a terapia ela ~~(acha)~~ acredita que João vai melhorar e será uma oportunidade para os dois começarem de novo.*

Pela história contada por Maçã, percebemos de início o campo psicológico da DOENÇA DE PELE e o subcampo da “Psoríase”. O personagem, João, é um garoto de 7 anos que manifestou essa doença pela primeira vez aos 3 anos de idade. Encontramos, respectivamente, os campos psicológicos: da PERCEPÇÃO AMBIENTAL com o subcampo da “esperança de cura”, além do campo do CUIDADO AMBIENTAL com o subcampo “suficientemente bom” e da DIFICULDADE DO DIAGNÓSTICO. Isso porque, a mãe de João percebeu seus sintomas, levou-o a diversos dermatologistas, mas os tratamentos não foram eficazes.

A história segue com a indicação de um médico para que os pais de João levassem o garoto ao psicólogo. Percebemos, então, novamente que há um cuidado ambiental para com João, pois seus pais seguem a indicação e o levam ao psicólogo. Maçã conta ainda, em consonância, que a mãe de João é uma pessoa dedicada.

Apesar da dedicação da mãe de João, os cuidados para com o filho foram dificultados desde o início. João nasceu prematuro e teve que ficar na UTI por quase um

mês. Assim, Maçã relata uma falta de cuidados suficientemente bons no início para com o personagem João. Assim, nomeamos o subcampo das “dificuldades”, no campo do CUIDADO AMBIENTAL.

Além da dificuldade originada pela distância física entre João e sua mãe, percebemos pela história que há outras dificuldades. A mãe do menino passou na história por outros problemas de saúde após o parto que a impediram de oferecer os cuidados que o menino necessitava. Dentre os problemas enfrentados pela mãe de João, Maçã descreve uma cirurgia no braço, o qual ficou por muito tempo imobilizado e, portanto, foi mais um problema que dificultou no manejo da criança.

Conjecturamos, dessa maneira, que Célia não conseguiu inicialmente oferecer os cuidados de *holding* e *handling* ao filho. Como já descrito anteriormente, Winnicott (1965b/2005), considera que o primeiro tipo de cuidado e o segundo se confundem. O *holding* é inicialmente físico, assim como o *handling* também o é.

Encontramos o campo psicológico nomeado como campo da INFÂNCIA. Isso porque, como pudemos observar pela produção de Maçã, a pessoa afetada pelo distúrbio psicossomático é uma criança.

Podemos perceber, através do desenho, que a mãe de João é relatada com algo na cor marrom em seu braço esquerdo. Parece, com isso, haver uma ênfase no braço e na dificuldade da mãe em manipular a criança. Maçã, ao descrever o desenho relatou que a mãe de João está segurando uma bolsa marrom, embora o desenho se pareça com uma tipoia.

Além de todas essas dificuldades em relação aos cuidados de João, Maçã ainda descreve que a família da criança costumava se mudar com frequência. Com isso, a psoríase de João “tomava conta” (sic) do garoto. Esse “tomar conta” no contexto da frase remete à psoríase aumentando de extensão no corpo de João. No entanto, podemos hipotetizar que, ao fazerem a mudança, os pais de João não conseguiam cuidar de forma satisfatória da criança e, assim, a criança – o corpo de João – reagia e “tomava conta” de si próprio, numa tentativa de se manter integrado, no caso, psique e soma integrados. Observamos, aqui, dessa forma, dois campos psicológicos: o da NECESSIDADE DE SER CUIDADO – e, na impossibilidade de ser cuidado, a reação de “tomar conta” de si – e a SAÚDE NA DOENÇA, uma vez que tal sintoma aparece como, de acordo com Winnicott (1988), uma defesa do sujeito para se manter integrado. Isso ocorre visto que o sintoma joga para o soma algo que é de ordem psíquica.

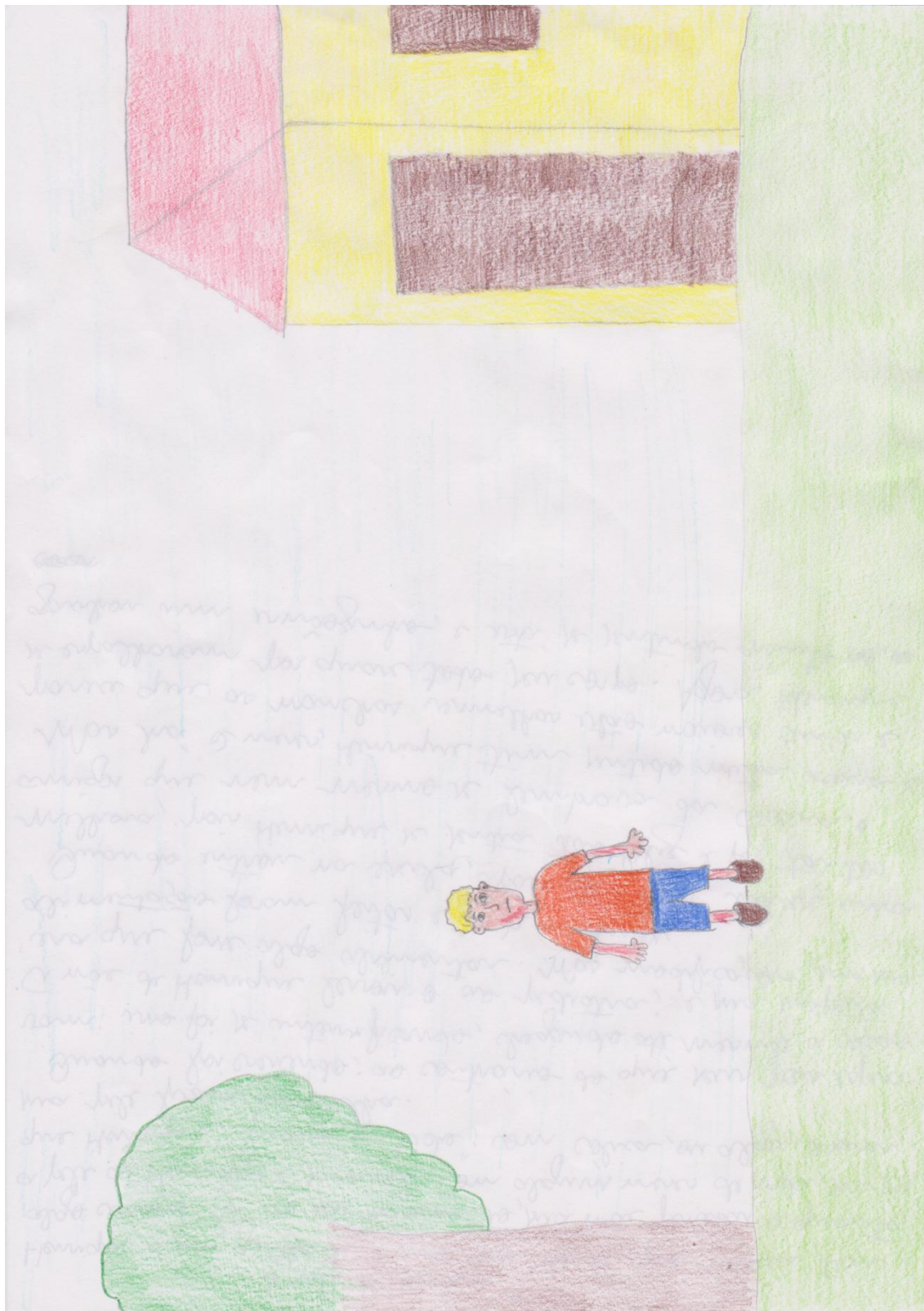
Percebemos através do desenho expressões tristes de João e de Célia (sua mãe), situando a produção no subcampo psicológico da “tristeza”. As bocas desenhadas revelam essa característica das figuras. Notamos também uma diferença grande entre a expressão da dupla mãe/filho e do pai, já que o último se encontra aparentemente feliz (com um sorriso no rosto).

A figura paterna aparece de forma forte e diferente dos demais na figura. Isso pode ser observada tanto pelas expressões faciais, quanto pela característica dos contornos da figuras. Os contornos da mãe e do filho foram feitos e apagados, como é possível observarmos. Já o pai foi desenhado sem a utilização da borracha. Essa característica nos revela o quão sensível é a integração

A história é encerrada com o campo psicológico da ESPERANÇA DE MELHORA. A mãe de João é descrita com tal esperança, uma vez que a família vai continuar na cidade por um tempo longo e o filho está fazendo psicoterapia. Mais do que esses fatores, Maçã encerra a história relatando a possibilidade de a dupla mãe/filho “começarem de novo” (sic).

### 8.1.1.4 Ameixa

A figura desenhada foi:



A história inventada por Ameixa possui um tipo de linguagem um pouco menos técnica que a linguagem de Pitanga. Segue transcrita, abaixo:

*A pele de Henrique*

*Henrique é um garoto de 7 anos que desde que nasceu tem algo curioso. Já no seu nascimento, sua mãe percebeu o quanto a pele de Henrique é sensível. Com alguns meses de vida, sempre que Henrique ficava “irritado”; com cólica, ou algo assim, sua pele ficava vermelha.*

*Quando foi crescendo; ao contrário do que seus pais esperavam; isso foi se intensificando, chegando até mesmo a coçar. A mãe de Henrique levou-o ao pediatra; e sua suspeita era que fosse algo alimentar. Mas modificações em sua alimentação foram feitas e nada adiantou.*

*Quando entrou na escola, aparentemente houve uma melhora, pois Henrique se sentia tão feliz e fez tantos amigos que nem mesmo se lembrava da coceira.*

*Mas há dois meses, Henrique tem sentido muita coceira e parece que as manchas vermelhas estão maiores ainda e se espalharam por quase todo seu corpo. Agora Henrique ganhou um irmãozinho, e está se sentindo muito só.*

Antes de dar início à história, Ameixa já mostra o assunto que referente ao primeiro campo psicológico: da DOENÇA DE PELE. Isso pois declara em seu título: “A pele de Henrique”. Ameixa conta a história de um menino, Henrique, que desde bebê manifesta um vermelhidão na pele sempre que ficava irritado. A irritação aqui refere-se ao sentimento que desencadeava o sintoma quando bebê. Assim, a “irritação” é um subcampo referente ao campo psicológico SENTIMENTOS.

Os pais do personagem esperavam que esse sintoma desaparecesse com o tempo. Assim, notamos na história que há uma percepção dos pais de Henrique frente aos sintomas que o filho manifesta. Encontramos, assim, o campo psicológico da PERCEPÇÃO AMBIENTAL. Nesse campo psicológico, observamos também o subcampo da “esperança de cura”.

Ameixa relata que, apesar da esperança dos pais de Henrique, as manchas aumentaram e começaram a coçar. Depois de as manchas piorarem, a mãe do

personagem levou-o ao pediatra. Aqui, verificamos que há o cuidado ambiental, nomeamos, assim, como o campo do CUIDADO AMBIENTAL.

Embora os pais de Henrique tenham levado o menino ao médico, esse profissional foi incapaz de fazer um diagnóstico preciso sobre o problema. Os pais do garoto fizeram modificações orientadas pelo médico, mas o problema continuou. Verificamos, então, o campo psicológico da DIFICULDADE DO DIAGNÓSTICO.

Ameixa conta, então, que seu personagem começou a melhorar seus sintomas depois de entrar na escola, uma vez que se sentia feliz com seus novos amigos. Assim, nomeamos o campo da MELHORA DOS SINTOMAS e o subcampo da “felicidade”. A felicidade do personagem era tamanha que ele não se lembrava da coceira. Aqui percebemos que Ameixa não diz que os sintomas cessaram, pois a coceira continuava. A felicidade de Henrique é que fazia com que ele se esquecesse de tal sintoma. Pensamos, então, que a questão de Henrique em relação aos seus sintomas era algo que iria além do sentir-se feliz.

Henrique, o personagem principal da história, possui 7 anos. Encontramos, dessa maneira, o campo psicológico nomeado como campo da INFÂNCIA.

Na história, o personagem ganha um irmãozinho e começa a piorar muito os seus sintomas. Essa piora é atribuída à solidão sentida por Henrique. Relacionamos essa solidão ao campo psicológico dos SENTIMENTOS, e ao subcampo da “Solidão”. Essa solidão relatada na história é facilmente observada no desenho, em que se encontra sozinho.

Na história inventada por Ameixa, existem outros personagens além de Henrique que são: seus pais, seus amigos da escola, o pediatra e seu irmãozinho de dois anos. No entanto, ele é desenhado sozinho com uma expressão triste, enfatizada tanto pelo olhar, quanto pela boca característica. Observamos, assim, o campo dos SENTIMENTOS e o subcampo da “tristeza”.

Pela figura desenhada, também podemos observar uma expressão corporal que revela paralização. Seus braços estão para baixo, seus dedos abertos. O menino não carrega nada, faz nada e olha para nada. Embora ele não seja retratado com algum tipo de movimento, ele usa uma camiseta de uma cor forte. As suas manchas na pele, vermelhas, também se apresentam fortes. Sua bermuda azul é pintada com força de forma que o tom ficou forte, assim como os seus sapatos também estão com uma cor forte. Dessa forma, a figura do personagem, Henrique, aparece de forma destacada em contraste ao seu entorno.

Henrique, assim, embora esteja sozinho na figura e se sinta só, é um personagem que consegue encontrar uma forma de aparecer, tanto na figura com cores fortes, como na história visto que seus pais perceberam seus sintomas e o levaram ao pediatra – além de mudarem a alimentação do garoto.

#### 8.1.1.5 Narrativa do encontro com o Grupo A:

Quando entrei na sala, me deparei com quatro estudantes de psicologia, das quais eu já havia conversado com três – que inclusive já haviam assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, primeiramente expliquei o procedimento à aluna, a qual concordou em participar e assinou o mesmo termo.

Por se tratar de um encontro num horário próximo ao almoço, achei que seria interessante levar alguns salgadinhos para que os estudantes “enganassem a fome”. Enquanto aguardávamos alguns minutos para ver se os demais alunos chegariam, as quatro alunas e eu começamos a comer os salgadinhos e iniciamos uma conversa. No meio da conversa, Pitanga disse que seu marido fazia por volta de três churrascos por semana com os amigos. Para o marido de Pitanga, fazer churrascos é um bom meio para interagir com as pessoas.

Passados alguns minutos, iniciei o processo distribuindo as folhas em branco, lápis de cor, lápis preto, borracha, apontador e canetas de cor azul. Pedi para que cada uma fizesse um desenho de uma pessoa que possui um distúrbio psicossomático e em seguida escrevessem uma história no verso da folha.

Todas iniciaram o desenho fazendo o contorno com o lápis preto. Jabuticaba já estava terminando o contorno do seu desenho quando me perguntou se era necessário pintar. Respondi que ela poderia fazer o desenho como desejasse. Pitanga disse, então, que seria melhor a colega pintar, pois do contrário o desenho ficaria feio. Em um momento depois, Jabuticaba disse que seu desenho estava ficando igual ao de criança, e que isso deveria se dar devido fato da mesma estar constantemente em contato com as crianças que atende no estágio. Perguntei retoricamente se os desenhos que ela faz são como os desenhos das crianças, ou se os desenhos das crianças é que se pareciam com o de adultos, inclusive com questões presentes em muito adultos. Todas balançaram a cabeça afirmativamente e depois voltaram ao desenho. Em seguida Maçã falou que possui um irmão mais novo que desenha bem melhor que ela. Demos risada e falei que

existem crianças que desenham melhor do que eu também. Percebi, então, que as estudantes pareciam estar um pouco preocupadas com algum fator relativo à produção delas e, possivelmente, em relação ao que eu avaliaria nos desenhos apesar de eu já ter explicado meus objetivos. Assim, concluí o que estava dizendo anteriormente à Maçã afirmando que não era importante se elas desenhavam bem ou mal, pois a finalidade era observar o imaginário coletivo sobre os distúrbios psicossomáticos e não a capacidade artística das participantes. Demos risada. Assim, concluíram seus desenhos e suas histórias. Finalizada essa etapa, pedi para que colocassem um título na história.

Conforme elas foram acabando a história e intitulando a mesma, começaram a olhar os desenhos uma das outras, fazendo comentários como: “a família que você desenhou é gordinha” e “as cores que você utilizou no seu desenho se parecem com as cores que a outra colega utilizou”. Elas pareciam ansiosas para ver a produção uma das outras.

Após todas terminarem, pedi para que cada uma delas lessem suas histórias. Jabuticaba iniciou mostrando a figura e explicando quem eram os personagens e lendo a história dela.

Após o relato de Jabuticaba, as colegas falaram que a história era interessante. Pitanga, rapidamente, iniciou a leitura de sua história. Também mostrou sua figura e disse que era para as colegas prestarem atenção se já conhecem essa história de algum lugar.

Quando Pitanga encerrou, as colegas falaram que a história de Pitanga também era muito interessante. Logo em seguida, Maçã começou a ler a sua história. Todas estavam ansiosas para ler e mostrar suas figuras. Assim, após a história de Maçã, Ameixa iniciou o seu relato.

Após Ameixa terminar sua leitura, Jabuticaba comentou que da forma como Ameixa contou a história, até parecia ser verdade. Todas riram.

Pedi para que elas deixassem seus desenhos no centro da mesa para que todas pudessem vê-los melhor. Então, perguntei a elas o que elas haviam achado das histórias. Elas afirmaram que a doença de pele era a mais comum. Uma das alunas disse que achava que o tema da pele era mais comum nas produções, pois é algo que aparece mais, é bem visível a doença quando manifestada na pele.

Conversamos no sentido de que o vômito – como na história de Jabuticaba – só é notado no momento em que ocorre. Já a doença de pele fica e é facilmente percebida. O

próprio desenho de Jabuticaba demonstrava essa questão, pois o menino da estória (Francisco) está no chão com as mãos na cabeça, mas não aparece na figura vomitando.

Outro ponto que percebemos ser comum nas figuras é a presença ausente da família/cuidadora. Embora essa figura seja citada de alguma forma em todas as histórias, percebemos que, ao mesmo tempo, o cuidado não chega aos personagens de forma satisfatória. Em todas as histórias há, portanto, uma figura solitária, seja pelo motivo de: uma demanda ambiental que não retribui o cuidado oferecido, causando uma sobrecarga emocional (Pitanga); em virtude separações físicas tanto relacionadas tanto à profissão quanto à problemas ocorridos no nascimento (histórias de Jabuticaba e de Maçã, respectivamente); e por último, pelo nascimento de um irmão (Ameixa).

Outro ponto que notamos está presente no desenho de Maçã, pois a figura materna é representada com uma bolsa em seu braço esquerdo que se parece muito com uma tipoia. Quando apontei isso, as meninas concordaram comigo e Maçã brincou dizendo que ela havia inventado a “bolsa-tipoia”. O interessante é que tanto a bolsa quanto a tipoia se encaixariam perfeitamente na estória realizada por Maçã.

Comentamos sobre o desenho de Pitanga que realmente sua personagem parecia estar bastante sobrecarregada – devido aos pensamentos demonstrados na figura – e sozinha na figura. Além de estar só, em seu desenho, Pitanga demonstrou um sofrimento que se destacou entre os demais, já que a mulher do desenho está representada chorando e sem nenhum chão.

A figura de Ameixa também demonstrava o personagem de forma bastante solitária, não aparecendo nenhuma outra figura humana perto dele. A solidão presente no desenho de Jabuticaba é representada pela criança “largada” (sic) e desesperada com as mãos na cabeça, enquanto a mãe olha para o sentido oposto ao da criança.

### 8.1.2 Grupo B

O primeiro contato com os integrantes do segundo grupo se deu um dia antes do encontro. Nesse dia, cinco alunos se dispuseram a participar da pesquisa, no entanto, um deles faltou. Dos quatro alunos que participaram, dois estavam cursando o último ano de psicologia e dois estavam no término do quarto ano.

#### 8.1.2.1 Maracujá

A história realizada por Maracujá é a seguinte:

##### *Falta de ar por um olhar amoroso*

*Gabriela é uma menina de 8 anos. Há dois anos sua irmã Amanda nasceu, e desde então ela veio tendo crises de bronquites, com muita falta de ar.*

*A mãe preocupada levou-a várias vezes ao médico, que receitou diversos remédios diferentes e tratamentos, porém, Gabriela continuou tendo crises fortes de bronquite.*

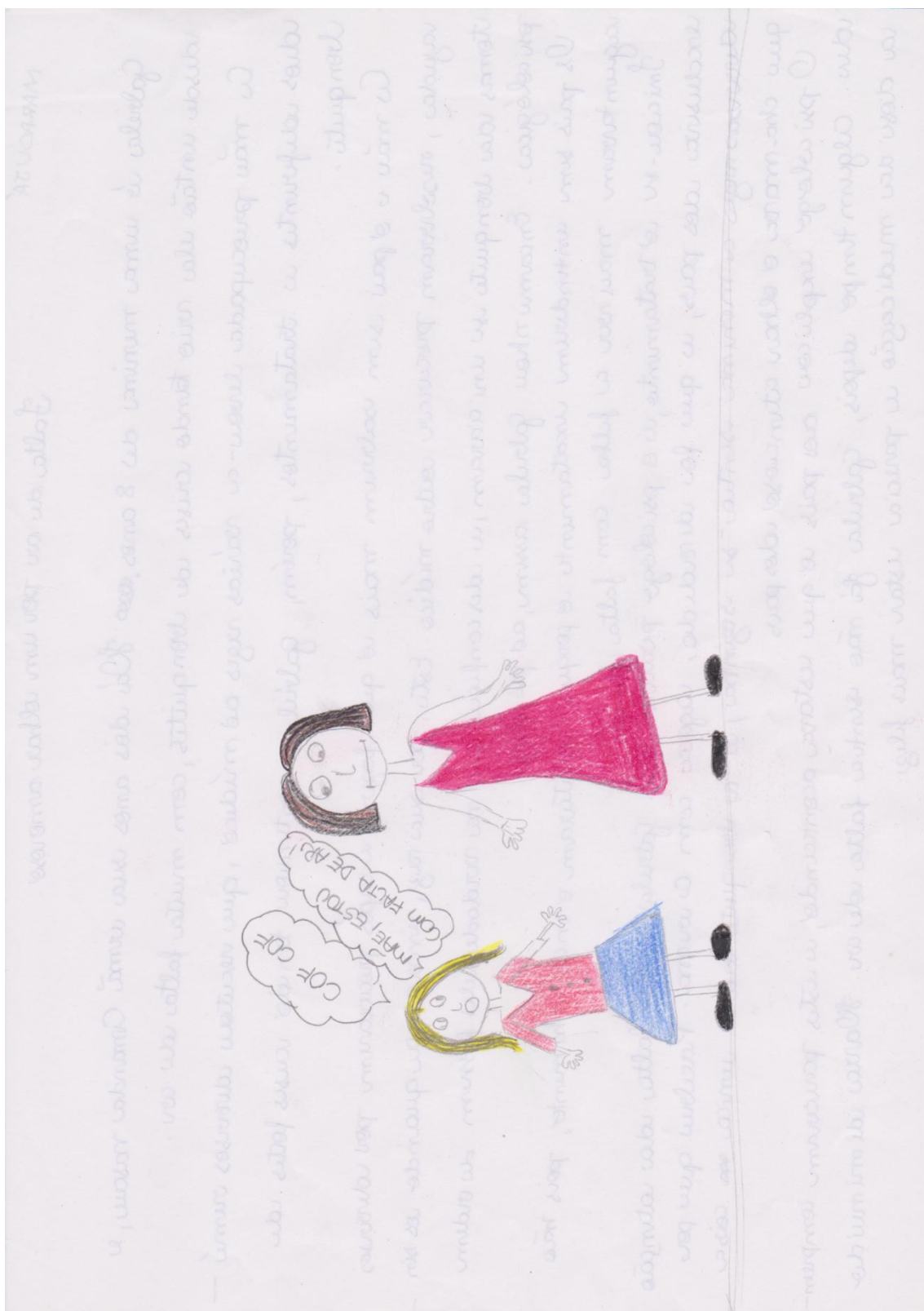
*A mãe e o pai sem saberem mais o que fazer, e após procurarem por diversas ajudas, resolveram procurar outro médico. Este, por sua vez, investigou quando os sintomas da bronquite se iniciaram, e desconfiou que na verdade eles fossem de ordem psicológica. Encaminhou Gabriela assim, ao psicólogo.*

*Os pais sem entenderem exatamente o porque aceitaram o encaminhamento, pois não aguentavam mais ver a filha com falta de ar.*

*Iniciou-se o tratamento, e o psicólogo percebeu que Gabriela sentia falta da atenção exclusiva dos pais, e que foi dividida agora com a irmã. Percebeu que por diversas vezes a menina sentia-se sozinha, e a bronquite era a única coisa que chamava o olhar atencioso dos pais.*

*O psicólogo explicou aos pais o que estava acontecendo, e estes pareceram compreender. Algum tempo depois, Gabriela não sentia falta de ar. Havia diminuído a dose da medicação e parecia estar mais feliz.*

O desenho realizado por Maracujá foi:



Através da história, percebemos a emergência do campo psicológico da DOENÇA RESPIRATÓRIA e os subcampos da “Bronquite” e da “Falta de ar”. Gabriela, a personagem principal sofre de bronquite e falta de ar desde que a irmã nasceu.

No final da história, percebemos que o fato de a irmã de Gabriela ter nascido fez com que o ambiente cuidador se voltasse à irmã, deixando a personagem principal sem a atenção que ela precisava. Percebemos, dessa forma, o campo psicológico da NECESSIDADE DE SER CUIDADO. Ao mesmo tempo, percebemos que o fato de haver uma nova criança fez com que o ambiente tivesse dificuldades em cuidar da criança em questão. Assim, visualizamos a emergência do campo do CUIDADO AMBIENTAL e o subcampo das “Dificuldades”.

É possível observarmos, também, que Maracujá descreve que Gabriela se sentia sozinha e que “a bronquite era a única coisa que chamava o olhar atencioso dos pais” (sic). Assim, podemos pensar no campo psicológico dos SENTIMENTOS com o subcampo da “Solidão” e, também, no campo da NECESSIDADE DE SER PERCEBIDO.

Verificamos, através do relato da história, que a mãe – preocupada – submeteu a criança a vários tratamentos diferentes orientados por um médico. Sem sucesso. Podemos, com isso, pensar no campo da DIFICULDADE DO DIAGNÓSTICO. O médico consultado não cogitou a possibilidade de os sintomas estarem de alguma forma associados à história de vida do paciente. Tal médico prescreveu diversos remédios e tratamentos. Além disso, os próprios pais da menina não imaginaram a possibilidade de os sintomas estarem associados ao nascimento da outra filha.

Então, “após procurarem por diversas ajudas” (sic) os pais da personagem a levaram a outro médico que, ao perceber que o início das crises coincidiam com o nascimento da irmã, “desconfiou” (sic) que na verdade os sintomas fossem de ordem psicológica. Embora Maracujá não fale de qual tipo de ajuda – que não a médica – que os pais de Gabriela procuraram, percebemos que houve muitos tipos de tentativa de diagnóstico, por diversos profissionais – mas não houve até esse momento a procura por um profissional da psicologia. Ao contrário, os pais da menina a levaram a outro médico. Aqui podemos observar que os personagens enfatizam o olhar às questões biológicas, deixando de lado o emocional. O próprio médico a falar de causas psicológicas não fala com segurança sobre essa possibilidade. Assim, nomeamos esse

campo como NEGLIGÊNCIA e o subcampo “Das causas emocionais”. Os personagens parecem negligenciar, portanto, fatores que não estejam relacionados ao biológico.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, os pais de Gabriela apenas aceitaram o encaminhamento porque “não aguentavam mais ver a filha com falta de ar” (sic). Eles aceitaram tal encaminhamento “sem entenderem exatamente o porque” (sic).

Maracujá conta também que após algum tempo, o psicólogo explicou o que estava acontecendo aos pais de Gabriela e eles conseguiram entender. Assim, a falta de ar desapareceu, a dose da medicação – que a menina continuou tomando – diminuiu e ela “parecia estar mais feliz” (sic). Podemos pensar aqui no campo psicológico da MELHORA DOS SINTOMAS e no subcampo da “Felicidade”. A partir do entendimento dos pais de Gabriela sobre os motivos dos sintomas da garota, eles puderam, então, fornecer aquilo que ela necessitava. A história relatada nos leva a presumir que a melhora dos sintomas dela esteja associada à felicidade sentida pela menina.

Nessa história, também pudemos perceber a emergência do campo psicológico nomeado como campo da INFÂNCIA. Isso porque a pessoa afetada pelo distúrbio psicossomático é uma criança de 8 anos de idade.

No desenho observamos que a menina pede a atenção da mãe, na medida em que pede socorro à mesma – “cof cof. Mãe, estou com falta de ar!”, diz a menina. A mãe, por sua vez, olha para a menina. Podemos notar que o olho direito da mãe – que está mais próximo da menina – é consideravelmente maior que o esquerdo. Além disso, a manga esquerda da camiseta da garota não está pintada. Está sem cor, refletindo sua invisibilidade frente a mãe. Assim, a figura confirma a necessidade de ser olhada da criança.

Ainda sobre a “invisibilidade” da menina, o vestido da mãe foi feito com uma cor forte, chamando mais atenção do que a menina – que pede atenção. Além disso, a expressão facial da mãe é de aparente preocupação. Outra característica que condiz com a história apresentada.

### 8.1.2.2 Morango

A figura desenhada foi:



A história contada por Morango, no entanto, apesar de seu tema semelhante ao desenho, não condiz com exatidão à cena desenhada. A história realizada foi:

### *O mistério das alergias*

*João, um adolescente de 15 anos, sempre fora uma criança muito alérgica, vivia em médicos, fazendo os mais variados tipos de exames e testes, mas nunca fora descoberto o que lhe causava tanta irritação e vermelhidão na pele. Os anos foram passando e as alergias só piorando, cada vez que apareciam eram de maneira mais intensa. Nesse processo João sofreu muito, uma vez que a cada crise falavam que era alguma coisa nova que lhe causava essas alergias, até chocolate João já teve que ficar sem comer. Certa vez a crise alérgica foi tão forte que João teve que ser internado, e assim acabou sendo sugerido aos pais que levassem o rapaz ao psicólogo. Após algum bom tempo de terapia começou a se pensar nas alergias de João como algo psicossomático, que aparecera principalmente em situações de estresse e frustração.*

Através da figura, podemos observar um pai proibindo o filho de alguma coisa. Na primeira parte do desenho, não visualizamos o filho, apenas o perfil da cabeça do pai, o qual se apresenta com um olho forte e destacado através de cílios volumosos e sobrancelha com traço forte. Embora a imagem sugira felicidade por parte do pai, as palavras que ele diz representam uma bronca, irritação e autoridade.

A cena seguinte demonstra um garoto estudando para a semana de provas. Em seus pensamentos existe o pensamento “Ninguém merece semana de provas”. Acima dele estão desenhados 6 livros coloridos, cada um de uma disciplina e cor diferente. Proporcionalmente, os livros ocupam um espaço maior na folha do que o próprio personagem. Ele parece estar sendo sufocado pelo ambiente em que está. A escrivaninha, na sua frente, os livros acima da sua cabeça e em cima da escrivaninha, seus pensamentos. Enfim, tudo ao seu redor parece ocupar o sufocar e desestabilizar.

Ainda na segunda parte da figura, observamos a expressão facial do menino característica de choro. A boca tremida, os olhos “baixos”, a sobrancelha característica evidenciam a hipótese de choro. O local onde o menino está, supostamente, sentado não parece ter muito apoio. Ao contrário, as pernas da cadeira/banco são retratados de forma bastante frágil.

O próprio personagem parece não sentar na cadeira/banco. Ele parece estar de pé e cindido em duas partes: de cima (tronco e membros superiores), e da cintura para baixo. A cisão é feita, na figura, pela escrivaninha que apoia um livro/caderno. Apesar de o menino estar de pé, não existe o chão na figura. O menino está, portanto, sem chão, sem apoio e dividido em dois.

A terceira parte do desenho demonstra um rapaz coberto de pintas vermelhas pelo corpo. Sua expressão facial é de tristeza, marcada pela boca curvada para baixo. Seus olhos parecem desanimados ou até mesmo mortos. Os “x” colocados nos olhos, substituindo os círculos que geralmente são desenhados para representar os mesmos, se parecem com a situação de desenhos animados que representam a morte. Mas ao mesmo tempo, vemos um desânimo na pessoa desenhada.

Além disso, a característica do personagem estar cindido permanece na terceira parte da figura. Isso pois o rapaz aparece em sua metade superior, sendo que suas mãos são “cortadas” do desenho, e não chegam a aparecer.

O desenho demonstra, assim, uma situação de um menino que queria alguma coisa, mas seu pai o proíbe. Assim, ele vai estudar e acaba cheio de marcas vermelhas pelo corpo.

Apesar da história relatada tratar sobre os mesmos sintomas – que poderíamos enquadrar no campo das DOENÇAS DE PELE e subcampos da “Alergia”, da “Irritação na pele” e das “Manchas vermelhas” – podemos verificar que as histórias não são idênticas.

A história que podemos observar pelo desenho, conta de uma situação em que o garoto ficou, aparentemente, triste, frustrado e estressado e reagiu com as manchas vermelhas. Já na história inventada, João sempre teve alergia e, com o passar do tempo – e com a psicoterapia – começaram a entender que tais sintomas eram de ordem psicossomática. A história, portanto, conta a vida de João como um todo. Já o desenho dá um exemplo de situação em que o personagem manifesta a alergia.

Encontramos, assim, o campo psicológico dos SENTIMENTOS e os subcampos do “Estresse”, da “Frustração” e da “Tristeza”, visto os sentimentos emergidos por João na história. Além desses subcampos, podemos encontrar na figura a “Solidão” como um subcampo possível. Isso porque em nenhuma das partes da imagem João aparece com companhia. Nem em seus pensamentos há alguém o acompanhando.

Pudemos notar, também, a emergência do campo psicológico nomeado como campo da ADOLESCÊNCIA. Isso porque, conforme a história apresentada, o garoto afetado pelo distúrbio psicossomático possui 15 anos de idade.

Outro campo psicológico encontrado é o da DIFICULDADE DO DIAGNÓSTICO. Conforme a história, João fez vários “tipos de exames e testes, mas nunca fora descoberto o que lhe causava tanta irritação e vermelhidão na pele” (sic). Anos se passaram sem a descoberta do que lhe causava as reações alérgicas, sofrendo muito com elas.

João ficou internado, devido a uma crise alérgica, e por causa da internação foi recomendado que o garoto procurasse por psicoterapia. Depois de um tempo de terapia, começaram a pensar nos sintomas de João como algo de ordem psicossomática. Nesse sentido, há uma não-percepção da vida emocional do garoto por parte de todos na história. Assim, vinculamos tal característica ao campo psicológico nomeado como NEGLIGÊNCIA e o subcampo “Das causas emocionais”.

Também é possível percebermos uma ausência do cuidador de João – tanto na história quanto na figura. Podemos conjecturar, assim, a existência do campo do CUIDADO AMBIENTAL e o subcampo “Insuficiente”. Não foi possível, assim, observarmos um cuidado ambiental suficientemente bom. A negligência frente à vida emocional do adolescente é o que enfatiza tal suspeita.

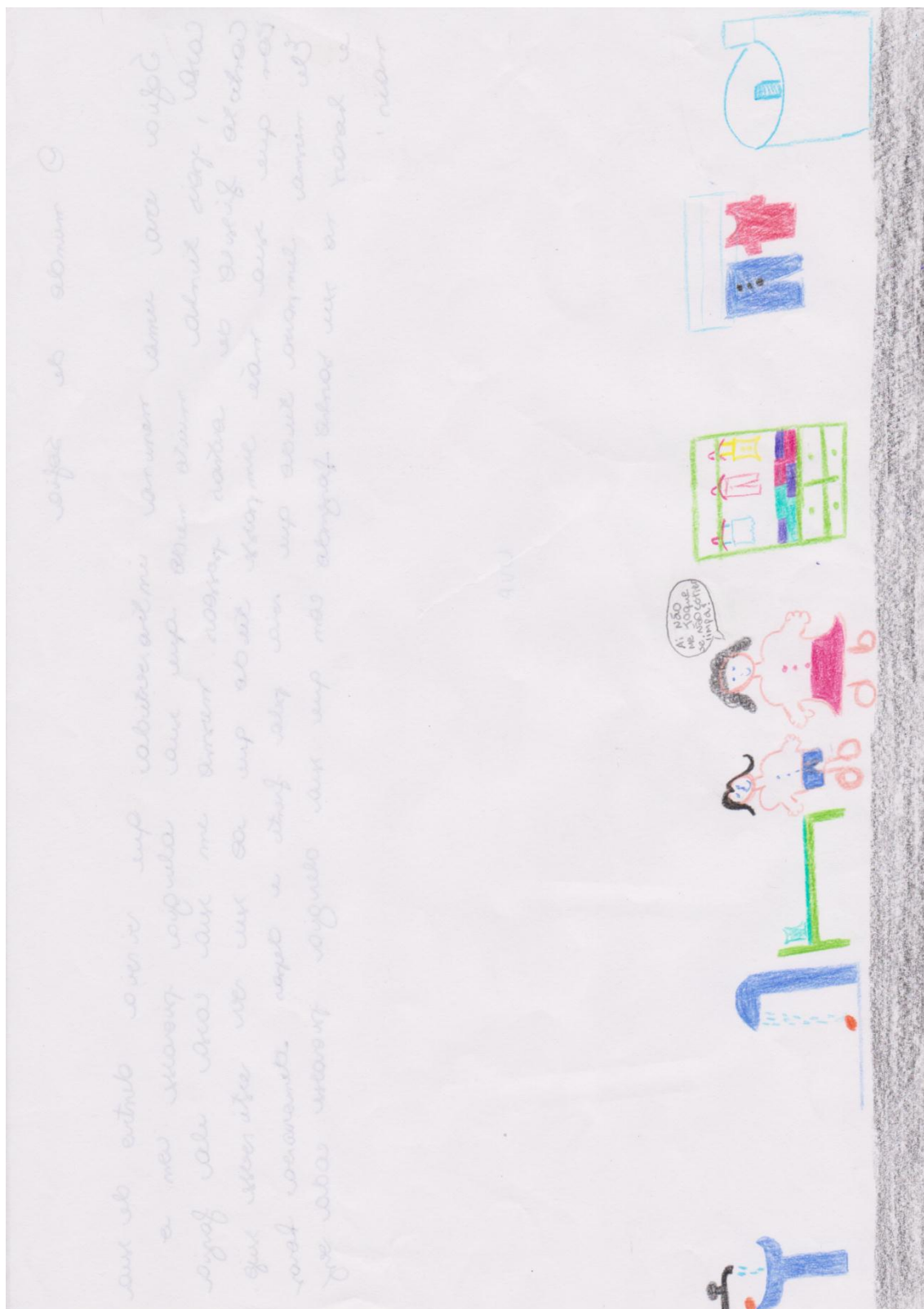
### 8.1.2.3 Uva

A história referente ao desenho de Uva foi:

#### *O mundo de Sofia*

*Sofia era uma menina muito introvertida que vivia dentro de sua casa, pois tinha muito medo que sua alergia piorasse com o contato físico de outras pessoas. Mesmo em sua casa ela fazia com que sua mãe limpasse tudo ao seu ver que estivesse sujo. Ela mesma limpava tudo que via pela frente e depois demorava horas e horas no seu banho fazendo com que sua alergia piorasse cada vez mais.*

O desenho realizado por Uva foi:



Tanto através da figura, quanto pela história relatada, podemos observar que há uma ênfase a uma situação em que não aparece a questão psicossomática. Uva ressalta a

neurose obsessiva compulsiva em sua produção. Na figura, observamos uma pia com uma torneira caindo água e um sabonete sobre ela. Também notamos um chuveiro ligado, em que a água cai sobre o sabonete que está no chão. Visualizamos também uma cama, duas pessoas, um guarda roupas com roupas em cabides, um varal com duas peças de roupa penduradas e uma máquina de lavar grande – em relação à proporção dos demais itens do desenho.

O desenho é enfático na questão da limpeza. Uma das pessoas diz “Ai não me toque se não estiver limpa!”. A máquina de lavar é maior que o guarda-roupas, que as pessoas e que a cama desenhados. É importante observarmos que o chão está bem destacado por sua espessura – grossa em relação ao desenho como um todo. Embora o chão tenha esse destaque, observamos que grande parte das figuras estão acima do chão, como por exemplo: A pia, o chuveiro, a cama, a pessoa da esquerda da folha, o guarda-roupas e o varal. Apesar da variedade de elementos, o desenho todo não ocupa metade do espaço da folha.

As figuras de pessoas desenhadas possuem cabelos que transparecem a cabeça e dão a impressão de perfurarem a mesma. Na face, encontramos bocas que representa um sorriso nas duas personagens. Além disso, os ombros são bastante arredondados e os braços ficam numa porção abaixo do ombro – saem do meio do tronco. As vestimentas não se distinguem dos contornos das roupas e calçados.

Na história, observamos o campo psicológico dos SENTIMENTOS e o subcampo do “Medo”, visto que a Sofia tem medo que sua alergia piore. Além disso, há a emergência do campo psicológico do CONTROLE AMBIENTAL na medida em que a personagem não sai de casa, pois acredita que o contato físico com outras pessoas faz com que sua alergia piore. Além disso, a mulher “fazia com que sua mãe limpasse tudo ao seu ver que estivesse sujo” (sic). Não apenas a mãe limpava, a própria Sofia limpava tudo que via pela frente e depois demorava horas para tomar banho. Todas essas medidas descritas são uma forma de Sofia controlar o ambiente e, assim, controlar sua alergia. Aqui, de forma bastante discreta na história, observamos a aparição do campo da ALERGIA. Uva não especifica na história de qual tipo de alergia a personagem sofre.

O subcampo da “Solidão” está implícito na história. Sofia vive, conforme o próprio título sugere, num mundo a parte, em que ela tenta controlar o seu meio. Ela não sai de casa e também não entra em contato com outras pessoas. Esses fatores nos levam a crer que exista uma solidão, embora ela não necessariamente seja sentida por Sofia.

O contato físico com outras pessoas é visto, pela personagem, como um problema. Ela, então, se utiliza de processos de mentalização para manter as coisas em seu controle. Assim, observamos que, embora Uva tenha dado ênfase na doença psicossomática, existem elementos semelhantes aos encontrados nos distúrbios psicossomáticos. Isso nos dá subsídios para pensar que a personagem não tinha recebido cuidados de forma suficientemente boa, em especial ao que concerne ao cuidado do *handling*.

Com essa falta de cuidado, Sofia teria encontrado na mentalização uma forma de prever, controlar e reagir ao ambiente. Criamos a hipótese, assim, que tal mentalização proporcionou à Sofia uma dificuldade na integração entre psique e soma, visto que a mente ocuparia o lugar da psique. Essa não-integração psique-soma é o que proporcionaria, assim, tal reação alérgica, assim como o controle ambiental<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> É importante ressaltarmos aqui que, devido à falta de informações oferecidas na história, não é possível elencarmos mais campos psicológicos. A análise final é apenas uma hipótese a partir dos sintomas apresentados. Não temos, assim, outros elementos que nos evidenciem tais conjecturas.

#### 8.1.2.4 Laranja

A história contada por laranja foi:

##### *As dores do cotidiano*

*João e Maria sentem dores. Um na cabeça e outro no estômago. Já foram ao médico e tentaram investigar causas biológicas, mas parece que o diagnóstico não é preciso. Os remédios não fazem o efeito esperado, parecem funcionar no início, mas depois não mais. Os médicos começaram então a investigar situações cotidianas ou não que pudessem ser estressoras. Encaminhou ambos para a psicologia a fim de um diagnóstico complementar e/ou “futura” terapia. Agora os dois se encontram na sala de espera do médico e conversam. Maria conta que está com pressa, pois tem que voltar para sua casa o quanto antes para estudar. Contou que não tem dormido bem e que continua sentindo um desconforto muito grande no estômago, e não consegue nem se alimentar. João disse que sente a mesma coisa sempre que vai trabalhar, mas que o que mais o incomoda é a dor de cabeça, ainda mais porque seu serviço exige muito esforço mental e o clima no escritório é péssimo. Disse ainda que não vê a hora de sair deste serviço, mas não pode porque anda muito preocupado com algumas contas... Os dois disseram que quando suas dores aumentam sentem uma enorme fraqueza e o coração acelera. Eles não acreditam que não exista uma causa biológica que explique o que eles sentem, até porque não julgam que as situações que vivenciam nos últimos meses seja tão desagradável a ponto de causar tais sintomas. Eles sempre dizem que “a vida é assim...”*

O desenho feito por Laranja foi o seguinte:



Através da figura, podemos visualizar duas pessoas, distantes uma da outra. Tal distância, assim como a ausência de outros elementos na figura, nos remete ao campo

psicológico dos SENTIMENTOS, e ao subcampo da “solidão”. Além da figura, podemos observar que a própria história nos remete à solidão. Os dois personagens conversam na sala de espera do médico, mas não se conhecem. Eles estão, portanto, sozinhos numa recepção e sentem necessidade de conversar sobre seus sintomas. Em meio as suas solidões, precisaram falar com um estranho sobre si. Na ausência de algum conhecido, iniciam uma conversa em que se identificam pelos seus sintomas. Eles estão de fato sozinhos e sem chão, tanto pela figura quanto pela história.

No mesmo sentido, podemos pensar no campo da NECESSIDADE DE SER PERCEBIDO. Ambos precisaram de um desconhecido para que fossem percebidos. Pensamos que se não houvesse tal necessidade, eles não teriam conversado sobre suas questões emocionais.

As expressões faciais das pessoas desenhadas são de tristeza, nos remetendo ao subcampo da “tristeza”. Também visualizamos, através da figura, traços que enfatizam a cabeça e a barriga dos personagens.

No desenho realizado por laranja, podemos observar traços que foram apagados – no contorno do corpo dos personagens, assim como a interrupção dos mesmos. As cores dos personagens são fortes e contrastam com o restante da folha em branco. Os personagens estão sem chão e sentem, nitidamente, dores.

A história contada por Laranja, nos mostra o campo psicológico nomeado como DIFICULDADE DO DIAGNÓSTICO, pois afirma que os personagens já foram ao médico, mas “o diagnóstico não é preciso” (sic). Além disso, os medicamentos não funcionam da forma esperada.

A forma como os personagens foram encaminhados à psicoterapia – para um “diagnóstico complementar e/ou “futura” terapia” (sic) – parece não dar credibilidade ao fator emocional da doença. Dessa forma, notamos o campo psicológico da NEGLIGÊNCIA e o subcampo “das causas emocionais”. Esse campo é tanto encontrado na postura dos médicos quanto dos personagens afetados, pois os personagens acreditam que deva existir alguma causa biológica para as dores, pois as situações que eles têm passado não são tão desagradáveis para causar tais reações.

Nesse sentido, também podemos perceber que a doença psicossomática é pensada enquanto uma doença desencadeada por fatores emocionais recentes, e não enquanto uma questão do amadurecimento pessoal mais antiga. Assim, Laranja nos conta uma história em que há uma questão psicossomática na medida em que há um

fator emocional que interfere no funcionamento do soma. Mas que não necessariamente se trata do que Winnicott considerou a verdadeira doença psicossomática.

Nessa história, também pudemos perceber a emergência do campo psicológico nomeado como campo do ADULTO. Isso porque os dois personagens da história, os quais sofrem devido aos seus sintomas psicossomáticos, são adultos.

Sobre a personagem “Maria”, podemos observar que há uma preocupação em relação aos seus estudos, visto que ela está na história com pressa de voltar para casa para poder estudar. Assim, observamos a presença do subcampo “Preocupação” no campo dos SENTIMENTOS. João, o outro personagem da história, também demonstra preocupação. No entanto, Laranja relata que tal preocupação do personagem emerge das contas que ele tem para pagar. No mesmo campo psicológico, também é possível observarmos na história a emergência do subcampo do “Estresse”. João afirma que seu trabalho exige muito de si, além de existir “um clima péssimo” (sic) no ambiente.

Toda vez que sai para trabalhar, João começa a sentir dor de cabeça. Já em relação à Maria, esta sente dor no estômago e a história nos induz a acreditar que suas dores acontecessem devido às suas preocupações. Os dois personagens também possuem outros dois sintomas que são a fraqueza e o coração acelerado. Nomeamos, assim o campo dos SINTOMAS e os subcampos da “Dor de cabeça”, “Dor de estômago”, “Fraqueza” e “Coração acelerado”.

Assim, verificamos, por meio dessa história, que embora os personagens tragam questões psicossomáticas, tais questões refletem a existência de uma psique e de um soma reagindo às situações em que poderiam perder sua unidade – frente aos acontecimentos do “cotidiano” (sic). Não há, então, na história, indícios de que exista questões no amadurecimento dos personagens em que houve algum tipo de falha ambiental que proporcionou uma não-integração entre soma e psique. Ao contrário, observamos uma integração dos indivíduos e uma reação frente a um ambiente repleto de adversidades que poderia ocasionar na desintegração.

#### 8.1.2.5 Narrativa do encontro com o grupo B:

Os alunos, especialmente os do último ano, demonstraram certa ansiedade em relação às atividades desenvolvidas nos diversos estágios realizados durante o ano. Antes de iniciarmos, comentaram que o ao mesmo tempo gostariam que o ano acabasse

logo, pois se tornariam psicólogos, estavam com medo desse término, pois não sabiam o que os esperaria após a faculdade. Comentaram também, enquanto esperávamos alguns minutos pelo aluno que não foi, que estavam um pouco cansados de tantos relatórios que eles estavam fazendo, e que tais relatórios haviam se acumulado para a entrega no final do ano.

Distribui as folhas, lápis de cor, lápis preto, borracha e apontador, e pedi para que os alunos desenhassem uma pessoa com distúrbio psicossomático e, em seguida escrevessem uma estória no verso da folha. Já quando estavam terminando o desenho, começaram a olhar um para o desenho do outro.

Ao terminarem e darem um título à estória, Maracujá iniciou contando a sua história. Comentamos que já no desenho percebemos que a personagem tem alguma necessidade de chamar a atenção da mãe. Isso porque na figura - apesar da história abarcar outros personagens - só existe as figuras da mãe e filha. A filha está chamando a atenção da mãe para si. Outra coisa comentada sobre a produção de Maracujá foi de que a doença psicossomática está associada à solidão e que o final da história é bastante esperançosa, visto que a menina fica bem.

Após comentarmos sobre a história de Maracujá, Morango contou a sua. A primeira coisa que chamou atenção do grupo em relação a essa produção foi que a história e o desenho não contam exatamente a mesma história, mas o desenho é um aspecto da história contada. Falamos sobre o estresse enquanto uma das causas evidentes para a doença psicossomática. Nesse sentido, falamos o quanto o período da faculdade em que estão vivendo no momento também pode propiciar um estresse parecido com o desenhado - e o quanto eles poderiam estar se sentindo vulneráveis ao adoecimento.

Sobre a produção, também tocamos no tema - em comum ao desenho anterior - da solidão. O menino desenhado está sozinho em seu quarto e depois sozinho manifestando suas alergias.

Logo após, Uva começou a contar a história que escreveu no verso da folha. Sobre essa produção, falamos que se trata de uma pessoa obsessiva que possui alergia. As meninas do grupo falaram que era interessante que em todas as histórias - até o momento - parece que o personagem pede algum tipo de socorro. Na primeira história, o pedido vem por meio da tosse, no segundo por meio da alergia, e nesse último vem principalmente com a necessidade de organizar e limpar tudo.

Falamos também que nesse desenho a personagem também possui algo de solitário, visto que nem a própria mãe pode tocá-la – conforme observado no balão de conversa que diz “Ai não me toque se não estiver limpa”.

Laranja, antes de iniciar a sua história, já tratou de dizer que estava impressionada com quanto as coisas que conversamos e vimos nos desenhos anteriores são diferentes do seu. Disse também que isso deveria acontecer, pois imaginava que as outras colegas – assim como ela – deveria basear um pouco da história em atendimentos já realizados. As demais integrantes do grupo concordaram com ela.

Então, Laranja contou sua história e percebemos que além de aspectos de pacientes, também existem aspectos delas próprias nas histórias. Isso pois, conforme, por exemplo, observamos na produção de Laranja, uma das personagens tem que voltar para casa para estudar.

Falamos do quanto os sintomas psicossomáticos são variados e o quanto os personagens da história de Laranja também possuem aspectos de muita solidão, visto que precisaram encontrar um estranho na recepção para poder falar sobre si. Além disso, ambos estão sem chão, literalmente. Laranja riu dizendo que quando desenhou ficou na dúvida se colocaria ou não o chão. Comentamos, assim, que sem o chão esse aspecto da solidão ficou mais evidente.

Ao final dos comentários, nos despedimos e as integrantes do grupo disseram que gostariam muito de ler a dissertação assim que eu defendesse. Falei a elas que elas teriam acesso, mas que também poderiam entrar em contato comigo se quisessem ver o que iria para a defesa. Elas agradeceram.

## 8.2 Sínteses

### 8.2.1 Síntese do grupo A

Como pudemos verificar através das histórias e desenhos apresentados pelo primeiro grupo, alguns campos e subcampo psicológicos receberam destaque. No campo dos Sentimentos, percebemos uma alta incidência do subcampo da “Tristeza” e da “Solidão”. Dos quatro alunos presentes, três abordaram esses dois subcampos. Podemos dizer que esses dois subcampos representam, a partir de sua alta incidência, parte do Imaginário Coletivo presente nos estudantes de psicologia. A tristeza e a solidão são sentimentos que esses estudantes costumam vincular às pessoas que possuem algum tipo de distúrbio psicossomático. Embora esses subcampos tenham recebido um grande destaque, também tivemos os subcampos do “Estresse”, da “Preocupação”, da “Irritação” e do “Desespero”, dentro do mesmo campo.

Observamos a emergência, em um dos participantes do “Grupo A”, de um campo psicológico que nomeamos enquanto “Sentimentos do cuidador”. Nesse campo, encontramos os subcampos da “Solidão do cuidador” e o “Desamparo do cuidador”. Esses dois subcampos aparecem como uma justificativa para a manifestação do distúrbio psicossomático no filho. Encontramos, portanto, no Imaginário Coletivo dessa amostra, a importância da *Função paterna*, como já explicitado, para que o cuidador possa desenvolver suas funções de modo *suficientemente bom*.

Também foi possível encontrarmos, no campo da “Negligência” e os subcampos “dos sintomas físicos” e “dos cuidados”, o Imaginário de que os sintomas psicossomáticos estão associados à falhas no cuidado. A negligência dos sintomas físicos – tanto por parte da pessoa afetada, quanto por parte do ambiente cuidador – ressalta ainda mais a falta de cuidado recebido e a necessidade de o soma manifestar tais sintomas.

Vimos a emergência do campo psicológico da “Necessidade de ser percebido”, o qual se vincula, em certo sentido, com o campo da “Negligência”. Tal necessidade, presente no Imaginário do grupo A, foi relatada por metade dos participantes, demonstrando a relevância desse. Existe, assim, o Imaginário de que as pessoas afetadas por algum tipo de distúrbio psicossomático possuem a necessidade de serem percebidas, em suas necessidades. O ambiente cuidador, quando percebe a pessoa que manifesta os

sintomas, possui uma “esperança de cura”. Esse outro dado também foi observado em duas das quatro pessoas do grupo (justamente as duas pessoas em que não observamos a necessidade de ser percebido).

Pudemos notar também a emergência do campo do “Cuidado ambiental”. Nele, observamos dois aspectos do Imaginário do grupo A, representados pelos subcampos “Suficientemente bom” e “Dificuldades”. Logo, verificamos que existem algumas dificuldades que o ambiente pode enfrentar que acabam alterando o curso do amadurecimento. Tais dificuldades são encontradas principalmente no estágio da dependência absoluta. Essa característica do Imaginário encontramos em metade dos estudantes.

A “Necessidade de ser cuidado” foi um outro campo psicológico expressivo. Esse aspecto do Imaginário Coletivo foi apresentado em três dos quatro estudantes do grupo. Assim, a pessoa com distúrbio psicossomático, no imaginário do grupo, possui a necessidade de ser cuidada. Todos os campos psicológicos se relacionam entre si, como podemos perceber. No entanto, o da “necessidade de ser cuidado” e o “cuidado ambiental” acabam se relacionando de forma bastante íntima.

Um dos estudantes manifestou o campo que nomeamos como “Esperança de melhora” e outro estudante associou a melhora dos sintomas com o sentir-se feliz.

Sobre os tipos de doença psicossomática presentes no Imaginário coletivo, encontramos uma alta incidência das doenças de pele, sendo elas: a psoríase, manchas vermelhas e a coceira. Dessas, dois estudantes citaram a psoríase, e um estudante falou sobre os outros dois sintomas. Assim, percebemos que três dos quatro alunos citaram a doença de pele enquanto doença de ordem psicossomática.

Assim como já explanado, na situação em que psique e soma ficam na eminência de perder sua união, o soma manifesta sinais de origem psíquica – permanecendo, dessa maneira, a união psicossomática. Nesse sentido, pensamos que a alta incidência da doença de pele, como Imaginário coletivo dos estudantes em questão, esteja associada à própria visibilidade alcançada através da pele. Isso porque a doença, quando manifestada na pele é mais facilmente visualizada e, assim, não pode ser negada. A pele é o maior órgão do corpo humano possuindo, dessa maneira, um grande espaço para tais manifestações em termos de extensão. Além disso, por se tratar de um órgão que está mais em contato com o mundo externo ao indivíduo, é mais facilmente visualizável, como bem já apontamos.

Podemos ver, na tabela abaixo, um esquema dos campos e subcampos:

Campos do Imaginário	Subcampos do Imaginário	Participantes
Sentimentos	Estresse	Pitanga
	Preocupação	Pitanga
	Tristeza	Jabuticaba/ Pitanga/ Ameixa
	Irritação	Ameixa
	Solidão	Jabuticaba/ Pitanga/ Ameixa
	Desespero	Jabuticaba
Sentimentos do cuidador	Solidão do cuidador	Jabuticaba
	Desamparo do cuidador	Jabuticaba
Negligência	Dos sintomas físicos	Pitanga
	De cuidados	Pitanga
Percepção ambiental	Esperança de cura	Maçã/ Ameixa
Necessidade de ser percebido		Jabuticaba/ Pitanga
Cuidado ambiental	Suficientemente bom	Maçã/ Ameixa
	Dificuldades	Jabuticaba/ Maçã
Necessidade de ser cuidado		Jabuticaba/ Pitanga/ Maçã
Esperança de melhora		Maçã
Melhora nos sintomas	Felicidade	Ameixa
Saúde na doença		Pitanga/ Maçã
Doença de pele	Psoríase	Pitanga/ Maçã
	Manchas vermelhas	Ameixa
	Coceira	Ameixa
Doença alimentar	Intolerância à lactose	Jabuticaba
	Vômito	Jabuticaba
Controle ambiental		Pitanga
Infância		Jabuticaba/ Pitanga/ Maçã/ Ameixa
Adulto		Pitanga
Dificuldade do diagnóstico		Maçã/ Ameixa

Outro tipo de doença presente no Imaginário coletivo foi a alimentar. Dentre as manifestações alimentares, encontramos a intolerância à lactose e o vômito. Esses dois sintomas foram elencados por uma das participantes.

Em duas participantes, dentre as quatro presentes na ocasião da aplicação do procedimento, manifestaram que há uma porção de saúde na pessoa acometida pelo distúrbio psicossomático. Apesar dos sintomas, eles se tratam de uma reação em que o sujeito permanece com sua integração psique-soma, como já abordamos anteriormente.

Foi possível verificar, a partir de uma das participantes, a existência de uma tentativa de controle ambiental. Esse controle, no sentido em que se apresenta no grupo, parece ter relação com o mecanismo da mentalização. Ao tentar controlar, o indivíduo se utiliza do recurso da mente, em que necessita prever para reagir ao ambiente. Essa mentalização, bem marcada na figura desenhada por Pitanga, toma lugar de grande parte da psique. Assim, podemos falar, nesse sentido, que não há uma integração psique-soma. O que se apresenta tomando o lugar da psique é justamente a mente. Nesse sentido, existe um encobrimento do verdadeiro *self* do sujeito, sendo que o que se apresenta é o falso *self*. Então, podemos dizer que o falso *self* também faz parte do Imaginário Coletivo.

Todas as pessoas do grupo discorreram sobre os distúrbios psicossomáticos enquanto doenças que surgem na infância. Apenas uma das participantes do grupo falou sobre essa psicopatologia afetar uma pessoa em idade adulta. Mas, ainda assim, essa pessoa disse que o adulto com distúrbio psicossomático é uma pessoa que desde pequena já possuía esse problema.

Por fim, duas participantes revelaram a existência do campo da “Dificuldade de diagnóstico”. Mesmo o sintoma de ordem psíquica sendo levado ao soma, as pessoas se negam a enxergar fatores de outras ordens que não a biológica. Essa característica do Imaginário Coletivo se faz presente tanto em relação ao ambiente, quanto em relação à pessoa afetada pelos sintomas.

### 8.2.2 Síntese do grupo B

A partir das figuras e histórias apresentadas pelo grupo B, pudemos observar o campo dos “Sentimentos” e os subcampos do “Estresse”, da “Frustração”, da

“Preocupação”, da “Tristeza”, da “Solidão e do “Medo”. Desses sentimentos, a solidão foi abarcada por todos os membros do grupo, revelando a grande importância desse sentimento no Imaginário Coletivo do grupo B. A tristeza e o estresse foram observadas por dois integrantes cada (Morango e Laranja). Os demais foram observados em um dos participantes.

No campo dos “Sentimentos do cuidador”, observamos o subcampo da “Preocupação”. O cuidador se sente preocupado com a pessoa que possui esse distúrbio. Tal conteúdo do Imaginário foi observado em um dos alunos do grupo.

O campo da “Negligência”, e subcampo “Das causas emocionais” também foi observado no grupo B, com grande expressão. Isso porque três dos quatro integrantes revelaram esse conteúdo. A “Necessidade de ser percebido” também foi um campo que, proporcionalmente, obteve uma expressão. Metade dos alunos revelaram esse campo.

Assim como no grupo A, observamos no grupo B que a “Dificuldade do diagnóstico” também aparece em destaque nas produções. Dos quatro participantes do grupo, três abordaram essa questão.

Os demais campos psicológicos apareceram em um participante apenas. Mas, apesar disso, revelam parte do Imaginário Coletivo do grupo de estudantes pesquisado.

Encontramos o “Cuidado ambiental”, sendo ele ou insuficiente ou dificultado por algum motivo. Também há a “Necessidade de ser cuidado” e a “Melhora nos sintomas”, esse último atrelado à “Felicidade”.

Encontramos também o campo da “Doença de pele” com os sintomas de “Manchas vermelhas”, “Irritação na pele” e “Alergias” como subcampos encontrados. Todos esses subcampos foram relatados pelo mesmo estudante. A “Doença respiratória” apareceu com os subcampos da “Bronquite” e a “Falta de ar”.

Encontramos também a “Alergia” como um campo psicológico em que não foi especificado de qual tipo de alergia o personagem sofria. Assim, pensamos nas alergias de toda ordem, não enquadrando essa enquanto doença de pele, respiratória, alimentar etc.

Podemos observar um esquema com os campos e subcampos do imaginário,

Campos do Imaginário	Subcampos	Participantes
revelados por cada participante, na tabela abaixo:		

Sentimentos	Estresse Frustração Preocupação Tristeza Solidão Medo	Morango/ Laranja Morango Laranja Morango/ Laranja Maracujá/ Morango/ Uva/ Laranja Uva
Sentimentos do cuidador	Preocupação	Maracujá
Personalidade	Introversão	Uva
Negligência	Das causas emocionais	Maracujá/ Morango/ Laranja
Necessidade de ser percebido		Maracujá/ Laranja
Cuidado ambiental	Insuficiente Dificuldades	Morango Maracujá
Necessidade de ser cuidado		Maracujá
Melhora nos sintomas	Felicidade	Maracujá
Doença de pele	Manchas vermelhas Irritação na pele Alergias	Morango Morango Morango
Doença respiratória	Bronquite Falta de ar	Maracujá Maracujá
Alergia		Uva
Sintomas	Dor de cabeça Dor no estômago Fraqueza Coração acelerado	Laranja Laranja Laranja Laranja
Infância		Maracujá
Adolescência		Morango
Adulto		Laranja
Controle ambiental		Uva
Dificuldade do diagnóstico		Maracujá/ Morango/ Laranja

Verificamos, portanto, outros sintomas relacionados à doença psicossomática: Dor de cabeça, dor no estômago, fraqueza e coração acelerado. Todos esses sintomas foram manifestados na produção de uma das participantes. O controle ambiental, assim como no grupo A, também foi observado em uma participante do grupo B.

Em relação às idades em que a doença psicossomática se manifesta, encontramos uma diferença em relação ao grupo A. No grupo B, além da infância e da idade adulta, encontramos, de forma explícita, a adolescência. Isso porque, embora no grupo A adolescência não apareça de forma explícita, podemos verificar que o personagem adulto que tem um distúrbio psicossomático sofre com essa psicopatologia desde a infância. Ou seja, podemos deduzir que tal personagem não passou pela adolescência imune à doença. No grupo B, por fim, as três idades (infância, adolescência e adulto) foram manifestadas por um participante cada.

### *8.3 Outras considerações sobre a produção dos alunos*

Alguns campos do imaginário coletivo foram observados no grupo A, mas não observados no grupo B. Eles são: “Percepção ambiental”, “Esperança de melhora”, “Saúde na doença” e “Doença alimentar”. O oposto também ocorreu. Notamos a emergência de alguns campos apenas no grupo B: “Personalidade”, “Doença respiratória”, “Alergia” e “Sintomas”. Contudo observamos que todos os demais campos do imaginário coletivo presentes no grupo A e B são comuns.

Assim, podemos dizer que os campos encontrados nos dois grupos foram muito semelhantes. Mesmo alguns campos que não foram comuns, percebemos indícios deles em outros campos/subcampos apresentados. Como exemplo disso temos o campo da “Alergia”, exclusivo do grupo B, e os subcampos das “Manchas vermelhas” e “Coceira” do grupo A – que poderiam ser enquadrados como sintomas alérgicos.

Não podemos diferenciar significativamente a produção entre os alunos de quarto e quinto ano. Isso visto que tanto nos alunos de quarto quanto nos de quinto ano emergiram campos psicológicos similares, quando olhamos para os dois grupos em questão. Além disso, os campos encontrados vão de encontro com a teoria winnicottiana – utilizada como referencial no atendimento clínico que esses alunos fazem.

Quando os alunos não apresentaram campos relacionados à verdadeira doença psicossomática, tal como visto em nossa Introdução, falam de aspectos dissociados dos personagens que nos sugere uma não integração psicossomática.

Pensamos que a não diferenciação significativa entre os alunos de quarto e quinto anos ocorra, pois os alunos de quarto ano estão no final do ano letivo e, portanto, estão ingressando no último ano do curso. Também pensamos que todos os alunos estão em atendimento clínico por um ano, pelo menos. Tal experiência clínica pode também ser a responsável pelo equilíbrio entre os campos psicológicos apresentados.

Dessa maneira, não podemos fazer uma diferenciação entre a produção dos alunos a partir dos anos letivos em que se encontram. O final do quarto ano é quase início do quinto ano. E o final do quinto ano leva aos estudantes aspectos menos integrados, devido às incertezas que o futuro os dá, como pudemos observar através das narrativas.

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo principal investigar e analisar psicanaliticamente o Imaginário Coletivo dos estudantes de psicologia da UNESP/ C. de Assis sobre os distúrbios psicossomáticos. Para a apreensão dos campos psicológicos referentes a esse imaginário, aplicamos o procedimento de Desenho-Estória com Tema em 8 estudantes de psicologia, sendo quatro estudantes do quinto ano e 4 estudantes do quarto ano do mesmo curso.

Pensamos nesse público, pois esses estudantes já atuam em clínica psicanalítica de abordagem winnicottiana e, possivelmente já puderam entrar em contato com pacientes que sofrem de tal distúrbio. Assim, a partir da apreensão do imaginário coletivo dos estudantes em questão, pudemos observar a implicação clínica dos mesmos frente aos distúrbios psicossomáticos.

É indispensável, no entanto, citarmos aqui que encontramos diferenciações importantes no que diz respeito às questões sentimentais entre os alunos de quarto e quinto anos. Enquanto os alunos de quarto ano demonstraram, na Entrevista Grupal para Abordagem da Pessoa Coletiva, ansiedade em relação à chegada do novo ano, os alunos de quinto anos demonstravam medo em relação à nova etapa da vida deles, em que não serão mais alunos, mas profissionais da psicologia.

Nesse sentido, percebemos que as pequenas ênfases entre os campos emergidos nos alunos que estavam no término do quinto ano do curso de psicologia e nos que estavam ingressando no último ano podem ser relacionados mais aos momentos, diferentes, em que cada um estava vivenciando. Notamos isso com mais destaque a partir das narrativas dos encontros com o grupo A e B. Em ambos os grupos, percebemos que nos alunos que estavam para se formar acabavam emergindo um pouco mais conteúdos referentes aos sentimentos. Isso reflete, em parte, ao momento de grandes mudanças em que estão vivenciando.

Por outro lado, os alunos que estavam ingressando no quinto ano também manifestaram campos do imaginário coletivo semelhantes, quando não iguais, aos que estavam terminando o curso. Nesse sentido, pensamos que os campos psicológicos dos alunos em questão revelaram similaridades entre si, além de irem ao encontro com a teoria winnicottiana. A similaridade entre os campos psicológicos nos impede de fazer diferenciações entre a implicação dos estudantes de quarto ano e quinto ano.

Portanto, todos os alunos, independente do ano letivo em que se encontravam, manifestaram campos psicológicos em que pudemos relacionar com questões elencadas na teoria winnicottiana. Teoria essa que norteia os atendimentos clínicos, já realizados por eles.

Sobre a aplicação do PDE-T, observamos ansiedades surgirem. As justificativas dos estudantes a respeito da falta de jeito para desenhar nos fizeram perceber que, por mais que tivéssemos explicado os objetivos desta pesquisa, eles ainda ficaram com receio sobre o uso que faríamos de suas produções. Notamos, portanto, nos comentários dos estudantes uma preocupação com o que a pesquisadora poderia avaliar a respeito de suas personalidades. Após a nossa intervenção, em que enfatizamos os nossos objetivos e reafirmamos a forma como utilizaríamos tais produções, percebemos que os estudantes passaram a falar mais livremente sobre as suas produções e sobre as produções de seus colegas.

Outro aspecto importante sobre a aplicação foi que os estudantes demonstraram uma tentativa de afastamento sobre os conteúdos emergidos. Observamos isso através da linguagem utilizada para contar a história, pois essa foi bastante acadêmica, como pudemos notar. Além disso, um dos estudantes afirmou que eles acabam contando histórias baseadas em atendimentos já efetuados. Percebemos, dessa maneira, que houve uma racionalização em que tentaram se afastar e se diferenciar da temática proposta. Tal racionalização os impediu de contar histórias de maneira lúdica.

Sobre os campos e subcampos psicológicos de maior destaque, enfatizamos aqui o subcampo da “Solidão”. Esse conteúdo apareceu em sete, dos oito estudantes. O estudante que não manifestou o subcampo referido tratou de aspectos de melhora do personagem. Percebemos, assim, que os estudantes relacionam, de modo massivo, a solidão e, em certo sentido, o desamparo aos afetados pelo distúrbio psicossomático. Os personagens das histórias apareciam, portanto, solitários ou eram descritos se sentindo sós. Quando estavam em meio a outras pessoas, percebíamos uma solidão no sentido de o ambiente não perceber o personagem.

Esse aspecto das produções nos remete à teoria de Winnicott, em que o ambiente possui grande influência no processo de amadurecimento pessoal. Tal influência é absoluta no início da vida do sujeito, em que necessita de cuidados totais. A partir dos cuidados suficientemente bons, proporcionados pelo ambiente cuidador, o indivíduo pode passar de um estado de não-integração psicossomática, a um estado em que possui psique e soma integrados em uma unidade, como abordamos em nossa Introdução.

A integração psicossomática só pode ocorrer a partir de cuidados suficientemente bons e, dessa maneira enfatizamos a importância da figura do cuidador para que essa ocorra. Nesse sentido, o aspecto solitário dos personagens apresentados tanto nas figuras quanto nas histórias nos faz pensar na falta de cuidados suficientemente bons, necessários à aquisição psicossomática. Assim, de certa maneira, os alunos manifestaram um entendimento de que as pessoas que sofrem de distúrbios psicossomáticos possuem algum problema relacionado à integração.

No entanto, é importante lembrarmos também que todo amadurecimento possui falhas que, em certo sentido, proporcionam a continuidade do processo. Mas tais falhas, para que auxiliem na integração, precisam ocorrer de uma maneira e em um momento em que o sujeito já tenha condições de suportá-las. Ao contrário, elas podem proporcionar a paralisação do processo.

Os aspectos solitários dos personagens, portanto, retratam falhas ambientais importantes, em que não houve a possibilidade de os sujeitos darem a continuidade no amadurecimento pessoal.

As doenças que mais emergiram nas produções estavam relacionadas à “Doença de pele”. Dentre elas encontramos a Psoríase, Manchas vermelhas, Coceira, Irritação na pele e Alergias. Todas elas nos apontam para a necessidade de ser percebido. Isso visto que, como já discutimos anteriormente, as doenças – quando manifestadas na pele – são mais facilmente observadas.

Percebemos, dessa forma, que os personagens das histórias possuem necessidades relacionadas ao outro, ao cuidador. Tais necessidades entram em confluência com a teoria que nos respalda no sentido de que, para que haja uma integração psicossomática, o indivíduo necessita de cuidados suficientemente bons.

A partir de nosso trabalho, conseguimos cumprir com nossos objetivos. Apreendemos o Imaginário Coletivo dos estudantes de psicologia em questão a partir do PDE-T e elencando os Campos Psicológicos observados. Fizemos uma análise psicanalítica sobre o conteúdo emergido e relacionamos com a teoria base de nosso trabalho.

Na entrevista grupal para abordagem da personalidade coletiva, fornecemos uma possibilidade de reflexão acerca das produções subjetivas emergidas a partir da utilização do procedimento. Ponderamos que o espaço possa ter sido terapêutico para alguns alunos. Isso pois visualizamos que alguns deles conseguiram manifestar

ansiedades relativas às vivências atuais que se relacionam, em certa medida, com seus pacientes acometidos com distúrbios psicossomáticos.

A nossa análise dos campos psicológicos inconscientes emergidos, nos permitiu vislumbrar as possíveis implicações da prática clínica dos estudantes em questão. Percebemos que alguns deles já atendem pacientes que possuem algum tipo de distúrbio psicossomático e que seus entendimentos entram em confluência com a teoria winnicottiana apresentada. Assim, percebemos que existe um entendimento básico a respeito da teoria utilizada por eles na clínica.

Destacamos, também, a importância deste estudo, não apenas enquanto análise do Imaginário Coletivo presente nos estudantes em questão – bem como suas implicações para a prática clínica com pacientes acometidos por distúrbios psicossomáticos. Também houve contribuição na medida em que fizemos uma atualização das referências bibliográficas sobre o tema, relacionada à teoria de Winnicott.

O material coletado, bem como as análises realizadas, nos apontaram para temáticas bastante parecidas. Essa similaridade entre as temáticas das produções, por um lado, nos mostraram uma equidade entre o conhecimento e imaginário coletivo manifestados pelos alunos. Ou seja, pudemos observar similaridades entre as produções e a teoria por nós apresentada – a respeito dos distúrbios psicossomáticos na perspectiva winnicottianna.

No entanto, essa semelhança também nos faz pensar que o horizonte do aluno, em relação à psicossomática, é bastante restrito. Muito pequena foi a gama de doenças psicossomáticas apresentadas. Visto a importância desta temática – como já explicitamos ao longo de nosso trabalho – esse fato nos aponta para a necessidade de uma disciplina de psicossomática na grade curricular do curso de psicologia.

Enfatizamos que apesar da pequena gama de doenças apresentadas, o conteúdo da produção foi bastante significativo e demonstrou a importância da realização de outros trabalhos referentes, principalmente, à temática da pele, da infância e da solidão.

Por fim, os campos da solidão, do desamparo do e cuidado demonstram algumas das necessidades dos próprios estudantes, principalmente daqueles que se encontravam no último ano do curso. Esses campos refletiram, também, os sentimentos dos estudantes em relação à situação de incertezas frente ao término de suas vidas universitárias – conteúdo esse relatado pelos próprios estudantes de forma explícita.

Assim, seria importante a realização de espaços de conversa com estudantes dentro do espaço da universidade. Principalmente no que tange à questões relativas ao término do curso, os espaços de conversa poderiam favorecer uma melhoria na qualidade de vida (acadêmica) dos estudantes.

## 10. REFERÊNCIAS

ABRAM, J. *A Linguagem de Winnicott: Dicionário das Palavras e Expressões Utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia. 1999. 185 f. Tese (Livre Docência). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

AIELLO-VAISBERG, T. A.; AMBROSIO, F. F. (Orgs.). Apresentação e Materialidade. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. *Ser e fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida: Idéias e Letras, 2004.

AVELLAR, L. Z. *Jogando na Análise de Crianças: Intervir-interpretar na abordagem winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BARRETO, M. A. M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O tornar-se adulto no imaginário coletivo de adolescentes interioranos. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, agosto, 2010.

BLEGER, J. (1963). *A psicologia da conduta*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

DIAS, E. O. *A Teoria do Amadurecimento Pessoal*. In: \_\_\_\_\_. *A Teoria do Amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

\_\_\_\_\_. *O distúrbio psicossomático em Winnicott*. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; RANÑA, W. (orgs.). *Psicossoma IV: Corpo, história, pensamento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

FERREIRA-TEIXEIRA, M. C. *Encontrando a criança adotiva: um passeio pelo imaginário coletivo de professores à luz da Psicanálise*. 288f. Tese (Doutorado) – Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 2006.

FREUD, S. (1910) *Um tipo especial da escolha de objeto feita pelos homens (Contribuições à psicologia do amor I)*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Tradução de Jayme Salomão. Vol. XI.

\_\_\_\_\_. (1924). *A dissolução do complexo de Édipo*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Tradução de Jayme Salomão. Vol. XIX.

\_\_\_\_\_. (1931) *Sobre a Sexualidade Feminina*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. Tradução de Paulo César de Souza.

HERRMANN, F. *Andaimos do real*. São Paulo: EPU, 1979.

- HERRMANN, F. (2006) Teoria dos Campos: uma pequena história. *Jornal de psicanálise*, São Paulo, v. 40, n. 73, dez. 2007 .
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, M. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- LESCOVAR, G. Z. As consultas terapêuticas e a psicanálise de D. W. Winnicott. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 21, n. 2, agosto, 2004 .
- LOPARIC, Z. *De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática*. In: DIAS, E. O.; LOPARIC, Z. (orgs.). Winnicott na Escola de São Paulo. São Paulo: DWW, 2011.
- MELLO FILHO, J. Histórico, conceitos e proposições. In: MELLO FILHO, J. *Concepção psicossomática: visão atual*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- MEZAN, R. Sobre a pesquisa em psicanálise. In: \_\_\_\_\_. *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: Companhia Das Letras, 2002.
- MEZAN, R. Pesquisa em psicanálise: algumas reflexões. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, n.39, v.70, 2006.
- RIBEIRO, D.P.S.A. *Transicionalidade e Uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema nas Primeiras Entrevistas Clínicas*. 146f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP. 2008.
- RIBEIRO, D. P. S. A.; TACHIBANA, M. A.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Experiência emocional do estudante de psicologia frente à primeira entrevista clínica. *Aletheia*, Canoas, n. 28, p. 135-145, 2008.
- SAFRA, G. *Curando com histórias*. São Paulo: Edições Sobornost. (Coleção pensamento clínico de Gilberto Safra), 2005.
- SILVA, G. V.; PINHEIRO, N. N. B. "Antes do nome": articulações entre a angústia e os fenômenos psicossomáticos em Freud e Winnicott. Barbacena: *Mental*, v. 8, n. 15, dez. 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272010000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272010000200002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 17 dez. 2012.
- TACHIBANA, M. *Fim do mundo: o imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a gravidez interrompida*. 170f. Tese (Doutorado). Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 2011.
- WINNICOTT, D. W. (1945) Desenvolvimento Emocional Primitivo. In: *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

\_\_\_\_\_. (1949) A Mente e sua Relação com o Psicossoma. In: *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

\_\_\_\_\_. (1956) A Preocupação Materna Primária. In: *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

\_\_\_\_\_. W. (1958a) Psicanálise do sentimento de culpa. In: \_\_\_\_\_. *O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

\_\_\_\_\_. (1958b) A capacidade para estar só. In: \_\_\_\_\_. *O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

\_\_\_\_\_. (1960) Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: *O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

\_\_\_\_\_. (1962a) Provisão para a criança na saúde e na crise. In: *O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

\_\_\_\_\_. (1962b) A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: *O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

\_\_\_\_\_. (1963) Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: *O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

\_\_\_\_\_. (1964) Transtorno [disorder] Psicossomático. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; MAVIS, M. (org.). *Explorações Psicanalíticas de D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artmed, 2 ed., 2005.

\_\_\_\_\_. (1964-1968) O Jogo do Rabisco [SquiggleGame]. In: WINNICOTT, C. *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Trad.: José Octávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

\_\_\_\_\_. (1965a) O Valor da Consulta Terapêutica. In: WINNICOTT, C. *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Trad.: José Octávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

\_\_\_\_\_. (1965b). O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In: *A família e o desenvolvimento individual*. Traduzido por Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 3 ed., 2005.

\_\_\_\_\_. (1965c). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In: *A família e o desenvolvimento individual*. Traduzido por Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 3 ed., 2005.

\_\_\_\_\_. (1968) 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, 2006.

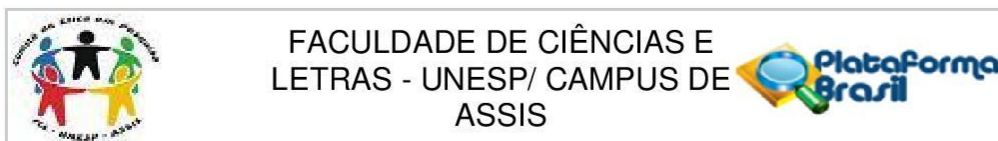
\_\_\_\_\_. (1971) Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil. Trad. Joseti Marques Xisto Cunha. Rio de Janeiro: Imago. 1984.

\_\_\_\_\_. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

\_\_\_\_\_. (1988). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

RAMOS, G. A. *Proposta*. In: RAMOS, G. A. Histeria e psicanálise depois de Freud. Campinas: Editora Unicamp, 2008.

## 11. ANEXOS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O imaginário coletivo de estudantes de psicologia sobre distúrbios psicossomáticos

**Pesquisador:** Ana Lúcia Volpato

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 15753013.9.0000.5401

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 414.913

**Data da Relatoria:** 21/06/2013

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto que pretende investigar o imaginário coletivo de último ano do curso de formação em psicologia da UNESP, Campus de Assis, sobre os distúrbios psicossomáticos. Embasados em diversos autores da psicanálise, os responsáveis pretendem trazer luz à questão de modo a verificar como o imaginário coletivo em questão atravessaria as condutas teórico-clínicas dos participantes.

#### Objetivo da Pesquisa:

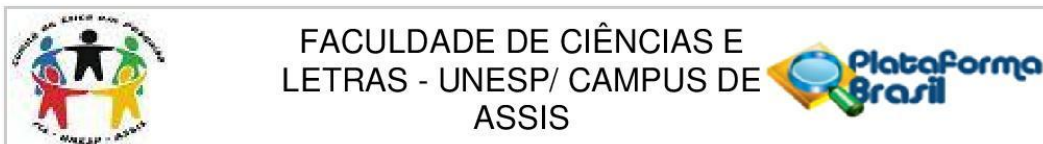
Esta pesquisa tem por objetivo investigar o imaginário coletivo de estudantes do último ano do curso de Psicologia da UNESP/Assis a respeito dos distúrbios psicossomáticos.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:** Possíveis Riscos ou desconfortos serão evitados, mas caso aconteçam todos os cuidados serão tomados para adequar o procedimento às suas necessidades, ou, interromper a pesquisa para atendê-lo. O pesquisador o ajudará no que for necessário, sendo responsável pelo seu acompanhamento e assistência. No decorrer da pesquisa, todos os procedimentos serão esclarecidos antes de serem realizados.

**Benefícios:** Os benefícios decorrentes desta pesquisa são de ordem científica, por meio de

**Endereço:** Av. Dom Antônio, 2100  
**Bairro:** Vila Tênis Clube **CEP:** 19.806-900  
**UF:** SP **Município:** ASSIS  
**Telefone:** (18)3302-5607 **Fax:** (18)3302-5804 **E-mail:** cep@assis.unesp.br



Continuação do Parecer: 414.913

produção de conhecimento psicanalítico sobre imaginário coletivo com o tema do distúrbio psicossomático. Do ponto de vista do sujeito da pesquisa, o mesmo poderá fazer uma reflexão sobre sua prática profissional.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A partir da rerepresentação do projeto, ficaram explicitados as formas de inclusão e exclusão na escolha dos sujeitos da pesquisa, tal como consta no item 3.2. do projeto, a saber:

"3.2. Participantes

Participarão desta pesquisa 10 graduandos, do quinto ano, do Curso de Psicologia da Universidade Estadual Paulista - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, no ano de 2013, cujo critério de inclusão será estar atuando em um núcleo de estágio curricular na área clínica psicanalítica, possuir mais de 18 anos, aceitar assinar o TCLE e possuir disponibilidade para participar da coleta de dados em acordo com o cronograma de pesquisa proposto. Serão, portanto, critérios de exclusão: ser menor de idade, não estar em um núcleo de estágio na área clínica psicanalítica, não aceitar os termos e não assinar o TCLE e não dispor de tempo para coleta de dados em acordo com o cronograma de pesquisa."

Do mesmo modo, explicitou-se que os dados serão coletados em alguma sala de aula disponível no prédio da FCL de Assis, para o qual já há declaração de infra-estrutura da unidade, não necessitando mais de apresentação de declaração do CPPA, já que os dados não mais serão coletados naquele prédio.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Houve adequação para os itens anteriormente apontados como pendentes.

**Recomendações:**

não se aplica

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando a data de aprovação da pesquisa, deverá ser enviado novo cronograma contendo as etapas do projeto.

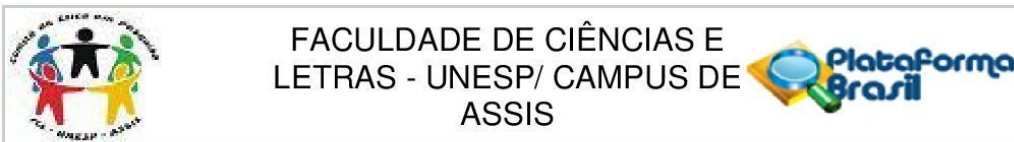
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

<b>Endereço:</b> Av. Dom Antônio, 2100	<b>CEP:</b> 19.806-900
<b>Bairro:</b> Vila Tênis Clube	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> ASSIS
<b>Telefone:</b> (18)3302-5607	<b>Fax:</b> (18)3302-5804
	<b>E-mail:</b> cep@assis.unesp.br



Continuação do Parecer: 414.913

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- O Regimento Interno do CEP prevê que o pesquisador apresente relatórios, de acordo com as datas estabelecidas pelo CEP. O não encaminhamento dos relatórios implicará no impedimento temporário da apresentação de novos protocolos, até que este regularize a situação pendente. O RELATÓRIO deverá ser apresentado em SETEMBRO/2014. Neste relatório deverá se informado como foi realizada a devolutiva do resultado da pesquisa aos sujeitos. ATENÇÃO: QUALQUER ALTERAÇÃO NO PROJETO DEVE SER INFORMADA AO CEP COMO EMENDA AO PROJETO.

ASSIS, 03 de Outubro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Regiani Aparecida Santos Zacarias**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Dom Antônio, 2100  
**Bairro:** Vila Tênis Clube **CEP:** 19.806-900  
**UF:** SP **Município:** ASSIS  
**Telefone:** (18)3302-5607 **Fax:** (18)3302-5804 **E-mail:** cep@assis.unesp.br