

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE CIÊNCIAS – CAMPUS DE BAURU

Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

ARIELA CURSINO LANFRANCHI

O DISTÚRBIO PSICOSSOMÁTICO EM WINNICOTT

BAURU

2025

ARIELA CURSINO LANFRANCHI

O Distúrbio Psicossomático em Winnicott

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Área de concentração Desenvolvimento: Comportamento e Saúde, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Patrícia Porchat Pereira da Silva Knudsen e Co-orientação da Prof.^a Dr.^a Josiane Cristina Bocchi.

BAURU

2025

L268d	Lanfranchi, Ariela Cursino O distúrbio psicossomático em Winnicott / Ariela Cursino Lanfranchi. -- Bauru, 2025 109 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências, Bauru Orientadora: Patrícia Porchat Pereira da Silva Knudsen Coorientadora: Josiane Cristina Bocchi 1. Psicossomática. 2. Winnicott. 3. Psicanálise. I. Título.
-------	---

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE ARIELA CURSINO LANFRANCHI, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 11 dias do mês de abril do ano de 2025, às 10h30min, no(a) Google Meet, realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de ARIELA CURSINO LANFRANCHI, intitulada **O distúrbio psicossomático em Winnicott**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. PATRICIA PORCHAT PEREIRA DA SILVA KNUDSEN (Orientador(a) - Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências (Unesp / Campus de Bauru), Profa. Dra. CAMILA JUNQUEIRA (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicanálise / Instituto Sedes Sapientiae, Prof. Dr. ERICO BRUNO VIANA CAMPOS (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências Unesp Campus de Bauru. Após a exposição pela mestrande e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: **aprovada**. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. PATRICIA PORCHAT PEREIRA DA SILVA KNUDSEN



Documento assinado digitalmente

PATRICIA PORCHAT PEREIRA DA SILVA KNUDSEN

Data: 14/04/2025 10:32:57 -0300

Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que fizeram parte da construção deste trabalho, direta ou indiretamente. Em primeiro lugar, agradeço à minha base, à minha família pelo cuidado, pelo incentivo ao estudo e por possibilitarem com que eu chegasse aqui hoje. Palmira, Lourenço, Matheus e Lucca, sem vocês, nada disso seria possível. Agradeço ao meu companheiro Matheus, por me ouvir, pela paciência e pela vida compartilhada. Agradeço também aos amigos: Nathalie, Rafaela, Amanda, Victoria, Caique, Pedro, Adele, Rogério, Djalma, Jeniffer, Ana Flávia, Camila, Mariana, Anna, Thais, Yasmin, Larissa, entre outros tão importantes. Obrigada por todo o acolhimento e encorajamento, vocês dão mais cor à vida!

Agradeço às minhas orientadoras que se disponibilizaram a enfrentar esse desafio de estudar uma teoria tão complexa. Professora Patricia, obrigada por me ajudar a crescer tanto nesses últimos anos. Professora Josiane, obrigada pelo acompanhamento cauteloso desde a iniciação científica.

Também agradeço à Unesp, pela oportunidade de fazer mestrado numa universidade pública, e aos professores que me permitiram trilhar um caminho no espaço entre saberes. Obrigada professor Érico, por estar presente em momentos de crise com a teoria psicanalítica, desde os meus primeiros anos na graduação. Obrigada professor Hugo, pela permissão de trazer a dança para a psicologia, e professor Edson, por me iniciar na trajetória acadêmica.

Por fim, agradeço à minha analista Kele, que, em momentos difíceis, me ajudou a resgatar o sentido da pesquisa acadêmica.

Assim como Winnicott propõe, acredito que o nosso caminho na vida é marcado por fases e estágios do amadurecimento. Esse trabalho só pôde tomar forma após meu aprendizado pessoal, profissional e acadêmico acompanhado de pessoas importantes e queridas. Obrigada a todos vocês por tanto!

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

“O que faz com que eu experimente uma grande dor é possuir um corpo. Se não tivesse corpo,
que dor poderia experimentar?”

Lao Tsé

LANFRANCHI, Ariela Cursino. **O distúrbio psicossomático em Winnicott**. 2025. 108f. Dissertação (Mestre em Psicologia, área de Desenvolvimento e Aprendizagem) - UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2025.

RESUMO

O distúrbio psicossomático representa um desafio na clínica psicanalítica por situar-se numa área de intersecção entre saberes e devido às características dos pacientes que dificultam o manejo clínico do caso, como a incapacidade de simbolização, o distanciamento afetivo e a negação da relação entre estados emocionais e doenças biológicas. Winnicott diferencia o verdadeiro distúrbio psicossomático dos fenômenos psicossomáticos, ao defini-lo como um sistema defensivo, decorrente da não conquista da integração psicossomática, formado por cisões e dissociações. O objetivo geral deste trabalho foi investigar a etiologia do distúrbio psicossomático em Winnicott e suas manifestações clínicas. De modo específico, objetivou-se compreender a diferença entre existência psicossomática e integração psicossomática para o distúrbio psicossomático, além de discutir as noções de cisão e dissociação presentes nesse quadro. Tratou-se de uma pesquisa teórica de cunho conceitual, guiada pela hermenêutica psicanalítica. Através de vinhetas clínicas e de uma análise interpretativa dos textos de Winnicott e dos seus comentadores, os resultados apontaram que a etiologia do distúrbio psicossomático está relacionada ao cuidado insuficiente na fase de dependência absoluta. Falhas recorrentes nas funções maternas de *holding* e *handling* comprometem a boa fruição da existência psicossomática, dificultando a transição entre os estados tranquilos e excitados e impedindo a passagem da não-integração para a integração psicossomática. Diante dessas falhas ambientais, o bebê é confrontado com ansiedades inimagináveis e o medo da aniquilação, não conseguindo alcançar a integração psicossomática. Nesse contexto, a desintegração emerge como uma defesa, acompanhada pelos mecanismos da cisão e da dissociação. A cisão atua como um mecanismo de defesa primitivo que segrega o conteúdo traumático sem representação psíquica, podendo gerar uma ruptura entre psique e soma ou entre a mente e o psicossoma. Já a dissociação resulta da manutenção da cisão em um ambiente continuamente falho, favorecendo: a construção do falso *self*, os estados de despersonalização em que a pessoa sente não habitar o próprio corpo, o distanciamento entre a percepção do corpo anatômico e os estados emocionais, a formação da psique-mente e a

disseminação dos agentes responsáveis. Concluiu-se que é possível derivar do estudo da etiologia do distúrbio psicossomático, em Winnicott, contribuições para o manejo clínico desses casos, evidenciando o aspecto positivo da patologia, aprimorando a técnica psicanalítica e ampliando o diálogo entre a psicossomática e a teoria winnicottiana.

Palavras-chave: Psicossomática. Winnicott. Psicanálise.

LANFRANCHI, Ariela Cursino. **The Psychosomatic Disorder in Winnicott**. 2025. 108f. Dissertation (Master's in Psychology of Development and Learning) - UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2024.

ABSTRACT

The psychosomatic disorder presents a challenge in psychoanalytic practice due to its position at the intersection of different fields of knowledge and because of the characteristics of the patients, which complicate clinical management, such as the inability to symbolize, emotional detachment, and the denial of the relationship between emotional states and biological illnesses. Winnicott differentiates true psychosomatic disorder from psychosomatic phenomena by defining it as a defensive system, resulting from the failure to achieve psychosomatic integration, formed by splits and dissociations. The general objective of this study was to investigate the etiology of psychosomatic disorder in Winnicott and its clinical manifestations. Specifically, it aimed to understand the difference between psychosomatic existence and psychosomatic integration regarding psychosomatic disorder, as well as to discuss the notions of splitting and dissociation present in this condition. This was a theoretical, conceptual research guided by psychoanalytic hermeneutics. Through clinical vignettes and an interpretative analysis of Winnicott's texts and those of his commentators, the results indicated that the etiology of psychosomatic disorder is related to insufficient care during the stage of absolute dependence. Recurrent failures in the maternal functions of holding and handling compromise the healthy unfolding of psychosomatic existence, making it difficult for the infant to transition between calm and excited states and preventing the shift from non-integration to psychosomatic integration. In the face of these environmental failures, the baby is confronted with unthinkable anxieties and the fear of annihilation, thus failing to achieve psychosomatic integration. In this context, disintegration emerges as a defense, accompanied by the mechanisms of splitting and dissociation. Splitting acts as a primitive defense mechanism that segregates traumatic content without psychic representation, potentially generating a rupture between psyche and soma or between the mind and the psychosoma. Dissociation, in turn, results from the maintenance of splitting in a continuously failing environment, leading to: the construction of the false self, states of depersonalization in which the person feels detached from their own body, the distancing between the

perception of the anatomical body and emotional states, the formation of the psyche-mind, and the dispersion of responsible agents. It was concluded that the study of the etiology of psychosomatic disorder in Winnicott offers contributions to the clinical management of these cases, highlighting the positive aspect of the pathology, enhancing psychoanalytic technique, and expanding the dialogue between psychosomatics and Winnicottian theory.

Keywords: Psychosomatics. Winnicott. Psychoanalysis.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	14
1. CAPÍTULO 1: <i>Existência psicossomática</i>	22
1.1 Psique, soma, mente e psicossoma	25
1.2 A elaboração imaginativa das funções corpóreas	27
1.3 A existência psicossomática na clínica pediátrica	30
1.4 A teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott	35
1.5 As fases do desenvolvimento	39
1.6 A mãe suficientemente boa	40
1.7 O cuidado e os estágios do desenvolvimento	42
1.8 As funções maternas: rumo à integração psicossomática	44
2. CAPÍTULO 2: <i>Integração psicossomática</i>	46
2.1 Integração, não-integração e desintegração	50
2.2 A relação entre as funções maternas e as tarefas fundamentais	53
2.3 Estados tranquilos e estados excitados	58
2.4 Espontaneidade x reatividade	61
2.5 As falhas na integração	64
2.5.1 Falso <i>self</i>	64
2.5.2 As ansiedades inimagináveis	66
3. CAPÍTULO 3: <i>Distúrbio psicossomático</i>	69
3.1 A dissociação e a disseminação dos agentes responsáveis	73
3.2 O cuidado insuficiente	75
3.3 Cisão e dissociação	78
3.4 O distúrbio psicossomático com o negativo de uma tendência positiva	85
3.5 A técnica anlítica na clínica do distúrbio psicossomático	87
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102

APRESENTAÇÃO

O interesse por este trabalho surgiu do contato que sempre tive com o entrelaçamento entre diferentes saberes. Enquanto analista em construção, minha formação como profissional e pesquisadora não se deu apenas através da graduação de psicologia e atuação com a clínica psicanalítica. Sempre tive um contato íntimo com as artes e ciências do corpo e acredito que esse interesse particular guiou minha trajetória pelo caminho do *entre saberes*. A identificação com a psicossomática, logo na graduação, veio da tentativa de equilibrar meus trabalhos corporais com estudos psicanalíticos. Obviamente, para mim, era impossível dissociar mente de corpo, psique de soma, pois meu olhar estava demasiadamente influenciado pelas vivências de um corpo que já fora morada de professora de dança, yoga e práticas corporais terapêuticas. Talvez, na minha pele, meu corpo me leve rapidamente para caminhos, que só depois sou capaz de entender racionalmente, mas desde o início estavam emocionalmente implicados no meu desejo.

Minha trajetória acadêmica no estudo do corpo na psicanálise começou em 2019, impulsionada pelo desejo de compreender como as práticas corporais poderiam auxiliar no tratamento de adoecimentos que não possuem explicações exclusivamente biológicas. No entanto, percebi que, antes de avançar nessa questão, era essencial dar um passo atrás e entender, primeiramente, o que eram os adoecimentos psicossomáticos. Foi a partir desse impulso que fui pesquisar psicossomática na graduação e me deparei, pela primeira vez, com as chamadas “somatizações”.

Iniciei minha trajetória na pesquisa acadêmica por meio de uma iniciação científica financiada pelo PIBIC, na qual investiguei as contribuições de Joyce McDougall para a psicossomática psicanalítica (Lanfranchi; Bocchi, 2020). Meu primeiro contato com a psicossomática me apresentou autores como Pierre Marty, Christian Dejours e Michel Fain, mas foi na obra de McDougall que encontrei uma teoria singular e instigante, com a qual me identifiquei. Seu uso da metáfora do teatro para abordar as somatizações, especialmente nos livros *Teatros do Eu: ilusão e verdade na cena psicanalítica* e *Teatros do Corpo: o psicossoma em psicanálise*, me cativou profundamente. A relação entre corpo, cena e expressão ressoou com minha vivência artística, marcada pela dança, pela música e pelo teatro.

Compreendi que o adoecimento somático, na perspectiva dessa autora, se configura como um distúrbio na economia afetiva, cuja principal característica é a carência na capacidade de simbolização. Essa falta de simbolização surge como consequência da intolerância afetiva, tanto para afetos positivos quanto negativos, que McDougall chamou de desafetação. A incapacidade de sentir, de afetar-se, conduz a um funcionamento psíquico excessivamente mental e operatório, associado não apenas ao desencadeamento de doenças físicas desprovidas de significado, mas também a adições.

Anos depois, na atuação em um centro de reabilitação para pessoas com deficiência, me vi trabalhando com inúmeros casos de patologias que apareciam no corpo e apresentavam uma facilidade para serem ditas (em relação ao estigma, à condição limitadora, por exemplo), mas que, por outro lado, escondiam um grande não dito - o significado, sua gênese e as limitações em termos de expressividade. Muitas das crianças atendidas no serviço eram diagnosticadas com autismo, TDAH e transtornos de aprendizagem. Embora esses diagnósticos fossem relativos ao funcionamento psíquico e cognitivo, todos os casos apresentavam questões psicossomáticas que demandavam uma abordagem interdisciplinar. Além disso, alguns pacientes permaneciam sem um diagnóstico específico, apresentando sintomas diversos que se manifestavam tanto em demandas corporais quanto psíquicas. Encontrei nesses casos uma característica comum: doenças crônicas e manifestações físicas que pareciam empobrecidas de significado simbólico, configurando um desafio para os profissionais que se frustravam ao tentar elaborar planos terapêuticos que acabavam falhando. A ausência de uma hipótese diagnóstica clara e os esforços de intervenção sem resultados palpáveis tornavam o tratamento desses casos especialmente difícil.

Busquei entender as aparições corporais aparentemente esvaziadas de significado, distanciadas de seu simbolismo e me vi novamente trilhando um caminho no campo de estudos da psicossomática para tentar compreender esses fenômenos que acometem o corpo na expressão de suas potencialidades existenciais. A pesquisa anterior, na graduação, havia deixado uma questão em aberto: a busca por uma teoria do desenvolvimento que contemplasse uma perspectiva psicossomática e fornecesse uma origem para a intolerância afetiva que poderia desencadear a dificuldade de simbolização, doenças fisiológicas e adições.

McDougall e outros autores do campo da psicossomática psicanalítica apontavam para uma mesma direção no que dizia respeito à etiologia do adoecimento psicossomático: a teoria

winnicottiana. Ao perceber a influência da teoria winnicottiana em suas proposições, senti a necessidade de aprofundar-me na obra de Donald Winnicott e investigar como suas contribuições poderiam dialogar com a compreensão daquilo que eu chamara inicialmente de adoecimentos psicossomáticos e que ainda apontam para um desafio na clínica psicanalítica contemporânea.

A leitura de Winnicott teve um impacto profundo tanto no meu gosto pela pesquisa quanto na minha prática clínica. A cada conceito descoberto, surgia um novo interesse, levando-me de um artigo a um livro, de um caso clínico a uma nova questão teórica. Aos poucos, fui sendo fisgada por uma psicanálise que coloca o corpo no centro da constituição do ser e do manejo terapêutico. A escrita de Winnicott e sua forma original de pensar a experiência psicossomática tornaram-se um solo fértil para minha investigação sobre o distúrbio psicossomático, dando origem a este trabalho.

Encontrei em Winnicott uma psicanálise psicossomática - que parte do corpo para o entendimento do psiquismo, pensando a inter-relação entre psique e soma - e vi a possibilidade de percorrer um caminho no *entre*, através de um autor relatado como um analista que “prestava atenção com o corpo todo”, no qual “psique e soma encontravam-se em perpétuo diálogo” (Khan¹, 1978/2021, p. 11).

¹ Psicanalista que acompanhou o trabalho de Winnicott ao longo de 20 anos e que também fora seu analisando.

INTRODUÇÃO

As manifestações de adoecimentos psicossomáticos apresentam um desafio significativo no campo da saúde, exigindo uma abordagem aprofundada por parte de profissionais e pesquisadores para compreender as complexas ramificações dessa condição. Na literatura médica e psicológica, observa-se uma diversidade de nomenclaturas utilizadas para descrever esses fenômenos. Bombana (2006) reúne alguns dos termos mais comumente empregados, tais como: somatização, adoecimento somático, distúrbio psicossomático, fenômenos psicossomáticos, transtorno somatoforme e transtorno de sintomas somáticos. Essa pluralidade terminológica reflete não apenas a dificuldade em se delimitar a condição, mas também as diferenças significativas nos sintomas e nas queixas dos pacientes acometidos por esse tipo de sofrimento.

A problemática do adoecimento psicossomático também se destaca no contexto social, pelo impacto nos serviços de saúde. Segundo Abud (2011), em 2005, 16% dos gastos médicos nos Estados Unidos foram atribuídos a pacientes somatizadores, número duas vezes maior que os gastos com diabetes. Além disso, o estudo aponta que, quando tratados por psiquiatras, psicólogos ou psicanalistas, esses pacientes têm seus custos reduzidos em até 50%. Apesar dessa relevância, há escassez de estudos epidemiológicos brasileiros sobre os adoecimentos psicossomáticos. Essa lacuna reflete os desafios encontrados por profissionais que lidam com tais pacientes, uma vez que a psicossomática se encontra em uma zona de interseção *entre saberes*, exigindo uma interdisciplinaridade que contemple tanto a psique quanto o soma.

Condições que afetam o corpo sem apresentar explicações exclusivamente biológicas levam pacientes a buscar alívio em diversas especialidades médicas, com queixas relacionadas a diagnósticos como gastrite, fibromialgia, cefaleia e ansiedade. Ao não encontrarem uma causa definitiva para seus sintomas, muitos restringem suas atividades cotidianas, tornando-se *doentes crônicos*. Um aspecto marcante desses pacientes é a confusão que fazem entre dores físicas e emoções, como angústia e tristeza, indicando uma dificuldade em reconhecer a relação entre corpo e afetividade. Assim, o funcionamento psíquico desses indivíduos tende a ser pragmático e racional, dificultando a aceitação de que seus sintomas podem ter origem psíquica.

Adoecimentos psicossomáticos constituem uma das queixas mais frequentes na escuta clínica (Silva, 2012). No *setting* psicanalítico, o corpo tem importância na expressão do mal-estar e pode aparecer como a única forma de comunicar o indizível do excesso traumático que corroborou para a instauração de um rígido sistema defensivo, tal qual o distúrbio psicossomático. Galván (2007), Dias (2008) e Silva; Pinheiro (2010) discutem que as queixas psicossomáticas podem levar o analista a sentir confusão e dúvida a respeito de determinado caso clínico.

Winnicott (1966/1994) apresenta contribuições a respeito dos adoecimentos psicossomáticos ao fazer uma distinção entre fenômenos psicossomáticos e o *verdadeiro distúrbio psicossomático*. O verdadeiro distúrbio psicossomático não se define apenas pelos sintomas físicos isolados (como asma, fibromialgia, enxaqueca e dermatite, por exemplo), mas por um poderoso sistema defensivo que se dá através da “persistência de uma cisão na organização do ego do paciente, ou de dissociações múltiplas” (Winnicott, 1966/1994, p. 82). Embora a diversidade de sintomas seja um aspecto importante dessa enfermidade, Winnicott pensa o distúrbio psicossomático a partir da sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo, entendendo-o como uma ruptura no desenvolvimento.

Apesar de o termo *Psychosomatic Disorder* (Winnicott, 1966/1994) ter sido traduzido para *Transtorno Psicossomático* (Winnicott, 1966/1994), escolhemos tratar do tema através da terminologia *distúrbio psicossomático*, assim como fizeram Loparic (2000), Galván (2007), Dias (2012), Faria (2012), Dias (2014), Laurentiis (2016), Corrêa (2019) e Machado (2020). Há alguns motivos para isso. Neste trabalho, adotamos *distúrbio* em detrimento de *transtorno* com base em uma reflexão sobre o significado de cada um desses termos. A noção de transtorno, em psiquiatria, foi introduzida como uma alternativa ao termo doença, sendo amplamente difundida pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Em inglês, *disorder* refere-se a algo fora de ordem, sugerindo uma classificação de comportamentos desviantes, sem um compromisso com a etiologia (Dunker, 2014). Em português, *disorder* pode ser traduzido tanto como transtorno quanto distúrbio. No entanto, ao optar pelo termo transtorno, o DSM adota uma perspectiva classificatória e descritiva, desde sua terceira edição, distanciada da abordagem psicanalítica. Portanto, a escolha pelo termo distúrbio visa sublinhar uma distinção teórica e metodológica, alinhada à proposta winnicottiana de considerar a transformação de conflitos psíquicos que afetam o corpo.

Dentre os estudiosos da obra de Winnicott que se dedicam à psicossomática, foi encontrada uma divergência quanto à tradução brasileira de *Psychosomatic Disorder*. Alguns comentadores optam pela terminologia *Transtorno Psicossomático*, como fazem Soto (2006), Ferreira (2010), Silva; Pinheiro (2010) e Hammoud (2015). Enquanto outros autores, citados no parágrafo anterior, recorrem ao termo *Distúrbio Psicossomático*. Não há uma discussão amplamente difundida sobre a diferença de tradução da patologia e os impactos que a utilização do termo distúrbio ou transtorno podem trazer para a temática em questão. Apenas em Laurentiis (2016), a autora cita em uma nota de rodapé que entende que a tradução do texto *Psychosomatic Disorder* (Winnicott, 1966/1994) para *Transtorno Psicossomático* (Winnicott, 1966/1994) foi feita erroneamente.

Ao abordar o verdadeiro distúrbio psicossomático, Winnicott (1966/1994) abre possibilidades para pensarmos que existiria um suposto distúrbio psicossomático falso, que o autor denomina de fenômenos psicossomáticos. Tais fenômenos correspondem às aparições corporais que fazem parte do viver e comunicam sobre a existência psicossomática do ser humano. Como exemplo, podemos pensar em uma dor de cabeça no final de um dia de trabalho estressante, em um enjoo ao ter que fazer uma apresentação importante, e nas borboletas no estômago ou chamado “frio na barriga” que acompanha os apaixonamentos. Esses fenômenos psicossomáticos podem confundir o profissional que atende pacientes com queixas somáticas ou que adoecem repetitivamente.

No entanto, a diferença central entre os fenômenos psicossomáticos e o verdadeiro distúrbio psicossomático corresponde à presença de uma cisão entre psique e soma, presente no distúrbio, e ausente nos fenômenos psicossomáticos. Afinal, para Winnicott, a existência humana é psicossomática, ou seja, existe uma inter-relação entre psique e soma que é inata e o corpo expressa o que acontece na vida psíquica. O que ocorre nos casos de distúrbio psicossomático é que a relação entre psique e soma é enfraquecida, ou até mesmo rompida.

Como situar essas questões dentro da teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott e, a partir delas, pensar em uma etiologia do distúrbio psicossomático? A cisão na organização do ego, a ruptura no desenvolvimento e o enfraquecimento ou rompimento da relação entre psique e soma são aspectos centrais dessa problemática. Além disso, se o próprio distúrbio psicossomático é compreendido por Winnicott como um sistema defensivo, o que essa definição nos permite apreender sobre sua função e dinâmica?

Uma das inovações teóricas de Winnicott no campo psicanalítico foi sua capacidade de entender o adoecimento físico à luz de sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo (Winnicott, 1945/2021). Essa teoria se fundamenta na premissa de que todos os indivíduos têm uma tendência inata ao amadurecimento. Amadurecer significa se tornar uma unidade psicossomática, o que só pode ocorrer com a presença de cuidados ambientais suficientemente bons. O desenvolvimento emocional é dividido em três fases principais, todas marcadas pela dependência ambiental: a dependência absoluta, a dependência relativa e a independência relativa. Na primeira fase, os cuidados são predominantemente corporais, necessitando da presença constante e estável de um cuidador que possa integrar psique e soma como um conjunto indissociável. É na segunda fase, na transição da dependência absoluta para a relativa, que as tarefas fundamentais do amadurecimento podem ser alcançadas, como a integração psicossomática (também denominada de personalização). Já na terceira fase, o indivíduo é capaz de diferenciar o eu do não-eu, constituindo-se como uma unidade psicossomática. Assim, a teoria do desenvolvimento emocional primitivo aponta para a integração psicossomática enquanto uma conquista que deve ser facilitada pelos cuidados ambientais suficientemente bons. A partir disso, onde se situa a possibilidade de ocorrência do distúrbio psicossomático?

Apesar de suas contribuições terem sido desenvolvidas na década de 1960, o conceito de distúrbio psicossomático de Winnicott continua a ser relevante na psicanálise contemporânea ao ser discutido por psicanalistas e clínicos que aplicam as ideias winnicottianas a novas questões - como as somatizações em doenças psicossomáticas modernas ou o impacto de questões culturais e sociais sobre a psique e o soma. Vemos que o distúrbio psicossomático em Winnicott é discutido por: Loparic (2000), Soto (2006), Laurentiis (2007), Galván (2007), Dias (2008), Ferreira (2010), Silva; Pinheiro (2010), Dias (2012), Faria (2012), Silva (2012), Hammoud (2015), Laurentiis (2016), Corrêa (2019) e Machado (2020).

Esses autores discutem a integração psicossomática dentro da teoria do desenvolvimento emocional primitivo, a fim de compreender a despersonalização (desintegração entre psique e soma), característica do distúrbio psicossomático. Alguns trabalhos se aprofundam em discutir a teoria winnicottiana do desenvolvimento para a compreensão do distúrbio psicossomático, como Loparic (2000), Soto (2006), Laurentiis

(2007), Dias (2008), Ferreira (2010), Dias (2012), Faria (2012), Hammoud (2015) e Laurentiis (2016). Outros trabalhos passam de forma mais breve sobre o amadurecimento, suas tarefas e conquistas, a fim de adentrar na temática que se propõem a discutir, como a exploração de casos clínicos - Galván (2007), Corrêa (2019) e Machado (2020) - e a comparação entre a teoria winnicottiana e teorias de outros autores sobre o distúrbio psicossomático - Silva; Pinheiro (2010) e Silva (2012).

Uma leitura atenta dos textos winnicottianos e também de seus comentadores, que ora focam em um aspecto do distúrbio psicossomático, ora em outro, revelou um espaço *entre*, a sugestão de que parecia haver ali algo a mais. Foi a partir deste espaço entre as contribuições e as lacunas de cada texto que construímos esta investigação. O estado da arte em relação ao distúrbio psicossomático apontou para uma complexidade na compreensão deste conceito. Para descrever essa complexidade, arriscamos usar a imagem da dissociação em Winnicott, ou seja, a manutenção de uma cisão de conteúdos que não obtiveram representação psíquica. Percebemos que cada comentador da obra recolhe, traz e apresenta um aspecto diferente do distúrbio psicossomático. Tivemos a impressão de que, na literatura revisada, os conteúdos de cada texto aparentam certa separação, como se não tivesse sido feita ainda uma integração do que propõem, mantendo-se eles mesmos dissociados.

A psicossomática winnicottiana parece emergir de uma tensão fundamental: embora Winnicott partisse do pressuposto de que a existência humana é psicossomática, sua prática clínica revelava pacientes com uma cisão entre psique e soma. Essa ruptura se manifestava em estados de despersonalização, caracterizados pela sensação de não habitar o próprio corpo, pelo surgimento de doenças graves sem origem exclusivamente biológica, por dissociações e por um funcionamento mental excessivo.

Ora, a obra de Winnicott e os trabalhos de seus comentadores em relação ao distúrbio psicossomático não permitiram facilmente distinguir a diferença entre existência psicossomática e integração psicossomática, no que constitui a despersonalização e o que seriam os mecanismos de cisão e dissociação. Estabelecer com rigor esses conceitos se mostrou fundamental para avançar na compreensão do distúrbio psicossomático. Como numa montagem de um quebra cabeça, encontramos diversas peças que nos demos o trabalho de juntar. Agora, apresentaremos a forma tomada pela articulação das peças encontradas.

Com base no que foi apresentado, esta dissertação objetiva: Investigar a etiologia do distúrbio psicossomático no pensamento de Winnicott e suas manifestações clínicas. De maneira específica, objetiva-se: (1) compreender a diferença entre existência psicossomática e integração psicossomática para o distúrbio psicossomático; (2) compreender as noções de cisão e dissociação presentes no distúrbio psicossomático.

Para cumprirmos com os objetivos propostos, a metodologia adotada se configura como uma pesquisa teórica conceitual, guiada pela hermenêutica, fundamentada em: Campos (2021), Campos e Coelho Junior. (2010) e Laurenti *et al.* (2016). Entendemos o distúrbio psicossomático, objeto de estudo deste trabalho, como uma patologia correspondente a um fenômeno que requer a compreensão de determinadas noções e conceitos inseridos na teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott. Realizamos um levantamento bibliográfico na obra de Winnicott em busca da noção de distúrbio psicossomático e dos principais conceitos relacionados a este distúrbio - como existência psicossomática, integração psicossomática, cisão e dissociação. Nesse sentido, o presente trabalho se enquadra enquanto uma pesquisa sobre psicanálise, que se refere ao método que envolve os estudos teóricos que abordam a epistemologia das ideias psicanalíticas, tal como proposto por Campos (2021).

A hermenêutica utilizada seguiu as polaridades ideais deste método, segundo Campos e Coelho Junior (2010), como: a interpretação reprodutiva do texto e a interpretação criativa. Nesta dissertação, isso ocorreu por meio da leitura e análise de textos da bibliografia, tanto pela reprodução das ideias originais de Winnicott a respeito do distúrbio psicossomático, como também pela apresentação das contribuições publicadas por comentadores. Esta forma de interpretação reprodutiva se deu nas citações originais encontradas ao longo do texto e também da apresentação da teoria winnicottiana. No entanto, também trouxemos a nossa leitura, única e singular, da bibliografia em questão. Assim, a interpretação criativa também está presente neste trabalho e aparece através das nossas percepções do texto, das relações feitas com outros autores e com a arte - por meio de trechos de literatura, de música e de poesia, que nos auxiliaram a compreender melhor a temática estudada e suas nuances.

O material utilizado foi dividido em bibliografia principal e de apoio. A bibliografia principal contém os textos winnicottianos que abordam diretamente a noção de distúrbio psicossomático, bem como textos que abordam noções de fundamental importância para a

compreensão do distúrbio em questão, dos quais destacamos: *Psiquiatria infantil: o corpo enquanto afetado por fatores psicológicos* (Winnicott, 1931/1997); *Desenvolvimento emocional primitivo* (Winnicott, 1945/2021); *A mente e sua relação com o psicossoma* (Winnicott, 1949/2021); *Transtorno psicossomático* (Winnicott, 1966/1994); *O brincar e a realidade* (Winnicott, 1971/1975); *Os bebês e suas mães* (Winnicott 1987/2012) e *Natureza Humana* (Winnicott 1988/1990). A bibliografia de apoio, por sua vez foi composta de obras de alguns comentadores reconhecidos por dedicarem suas produções científicas ao estudo da obra winnicottiana, sendo eles: Margareth Spelman e Jan Abram, no cenário internacional, e Leopoldo Fulgencio, Zeljko Loparic, Elsa Dias e Vera Laurentiis, no cenário nacional.

Esta dissertação conta com três capítulos. No capítulo 1, discutimos a noção de existência psicossomática em Winnicott, como o alicerce da vida humana baseado na inter-relação entre psique e soma. Para a apreensão desta noção, definimos os conceitos de soma, psique, psicossoma e mente, fundamentais para o entendimento da psicossomática winnicottiana. Em seguida, fazemos uma exposição dos principais pressupostos da teoria do desenvolvimento emocional primitivo que permitem a compreensão da existência psicossomática enquanto uma noção distinta de integração psicossomática, tais como: a elaboração imaginativa das funções corpóreas, a mãe suficientemente boa, preocupação materna primária, o mundo subjetivo e as funções maternas.

No capítulo 2, discutimos a noção de integração psicossomática enquanto uma das tarefas fundamentais do desenvolvimento emocional primitivo, relativa ao alojamento da psique no soma. Diferenciamos esta noção da de existência psicossomática ao introduzir o que Winnicott entende por integração, não-integração e desintegração. A seguir, relacionamos as tarefas fundamentais do amadurecimento com as funções maternas e abordamos alguns aspectos do bebê nas fases de dependência que podem favorecer ou não a integração, sendo eles: os estados tranquilos e os estados excitados; a espontaneidade e a reatividade. Ao final do capítulo, apontamos para as falhas da integração destacando o falso *self* e as ansiedades inimagináveis. Durante este capítulo, apresentamos o caso de Jorge - atendido pela pesquisadora, para trazer um exemplo clínico que parece apontar para a não conquista da integração psicossomática.

Por fim, no capítulo 3, investigamos a noção de distúrbio psicossomático enquanto uma falha na integração psicossomática com exemplos de casos clínicos atendidos por

Winnicott. Apresentamos a definição winnicottiana de distúrbio psicossomático enquanto um poderoso sistema defensivo formado de cisões e dissociações e investigamos a sua etiologia ao mergulharmos nas nuances do que chamamos de cuidado insuficiente, para entendermos como os mecanismos de defesa da cisão e da dissociação são formados. Destacamos a disseminação dos agentes responsáveis como um fenômeno característico da patologia, que reflete a dissociação interna do paciente na realidade externa. Definimos o que Winnicott entende por cisão e dissociação e apontamos a patologia como o negativo de um positivo, conforme a perspectiva do autor. Ao final do capítulo, abordamos a técnica analítica na clínica do distúrbio psicossomático, evidenciando a técnica de Winnicott e abrindo discussão para a ampliação da técnica do autor de acordo com os comentadores.

Acreditamos que, a partir das contribuições winnicottianas, seja possível lançar novas luzes sobre os desafios impostos pelo distúrbio psicossomático, ampliando o entendimento da relação entre psique e soma em um diálogo constante.

Capítulo 1

Existência psicossomática

a psicossomática não nos permite presumir um relacionamento intenso entre a psique e o soma. Na psicossomática, é preciso considerar os estados tão comuns e importantes em que a relação entre a psique e o soma é enfraquecida, ou mesmo rompida (Winnicott, 1988/1990, p. 45)

Ao nos debruçarmos sobre o distúrbio psicossomático na obra de Winnicott, percebemos a importância de reconhecer uma noção que antecede o entendimento do distúrbio propriamente dito: a existência psicossomática. Apesar de encontrarmos menções a esta noção em certos textos da obra winnicottiana, dos quais destacamos: *A mente e sua relação com o psicossoma* (Winnicott, 1949/2021); *Transtorno psicossomático* (Winnicott, 1966/1994); *Os bebês e suas mães* (Winnicott 1987/2012) e *Natureza Humana* (Winnicott 1988/1990), sua compreensão não é simples. Alguns comentadores (Loparic, 2000; Laurentiis, 2007; Dias, 2008; Silva e Pinheiro, 2008; Ferreira, 2010; Loparic, 2010; Dias 2012; Hammoud, 2015; Laurentiis, 2016; Corrêa, 2019; Ceron, 2020; Fulgencio, 2020) retomam esta noção em seus trabalhos, no entanto, como pretendemos demonstrar, acreditamos que a compreensão da noção de existência psicossomática, em Winnicott, não é tão evidente.

Pensamos que isso se deve ao fato de a existência psicossomática ser apresentada de diferentes formas ao longo dos textos winnicottianos: em alguns momentos, o autor a apresenta como correspondente à integração psicossomática² e, em outros momentos, ele aponta a existência psicossomática como uma condição prévia à integração. Mesmo assim, uma definição que se mantém e que percorre todo o pensamento do autor acerca da existência psicossomática é que esta se refere à inter-relação da psique e do soma (Winnicott, 1988/1990). Percebemos uma dificuldade, na literatura, em compreender as duas noções de

² É preciso lembrarmos que a integração psicossomática, em Winnicott, corresponde à personalização. Esses dois termos podem ser utilizados como sinônimos para fazer menção à tarefa fundamental do amadurecimento que remete à conquista do alojamento da psique no soma. Ao longo deste trabalho, utilizaremos os dois termos como sinônimos, assim como fez Winnicott. No entanto, para fins organizativos, optamos por utilizar, majoritariamente, o termo “integração psicossomática” neste trabalho, pensando num diálogo com a “existência psicossomática” e com outros termos que serão discutidos adiante, como “integração”, “não-integração” e “desintegração”.

maneira distinta, mas objetivamos traçar este percurso, de entender a noção de existência psicossomática separadamente, para fins didáticos, no sentido de demonstrar o destaque que ela tem para a compreensão do distúrbio psicossomático.

Winnicott apresenta a existência psicossomática, muitas vezes, nas entrelinhas de seus textos, como vemos em Winnicott (1949/2021), Winnicott (1966/1994) e Winnicott (1988/1990). Em contrapartida, ele apresenta algumas definições do termo, em outros momentos, que podem deixar o leitor em dúvida sobre a precisão desta noção, como podemos observar em Winnicott (1987/2012). Em Winnicott (1949/2021; 1966/1994; 1988/1990), o autor aborda a noção de existência psicossomática como a inter-relação entre psique e soma que marca a existência humana. Já em Winnicott (1987/2012), o autor aponta esta noção como uma realização, ou seja, como uma conquista:

Não é possível ter a certeza de que a psique do bebê irá formar-se de modo satisfatório juntamente com o soma, isto é, com o corpo e seu funcionamento. A existência psicossomática é uma realização e, embora sua base seja uma tendência hereditária de desenvolvimento, ela não pode tornar-se um fato sem a participação ativa de um ser humano que segure o bebê e cuide dele. Um colapso nesta área tem a ver com todas as dificuldades que afetam a saúde do corpo, que realmente se originam na indefinição da estrutura da personalidade. (Winnicott, 1987/2012, p. 10)

Na citação, o autor apresenta a existência psicossomática como tendo o caráter de um processo, algo que se realiza a partir de uma tendência hereditária, mas que, no entanto, é incerta, uma vez que é contingente a este acontecimento externo, qual seja, “ela não pode tornar-se fato sem a participação ativa de um ser humano que segure o bebê e cuide dele.” (Winnicott, 1987/2012, p. 10). Essa é a condição principal do desenvolvimento psíquico saudável para Winnicott, ou seja, lograr o êxito de ter um outro humano que o receba em seus braços, acalente-o e lhe apresente o mundo, fazendo essa mediação da melhor maneira possível para aquele adulto e aquela criança.

Assim, caso não haja a presença de um cuidador que adapte o ambiente às necessidades da criança pequena, pode haver um colapso na existência psicossomática do bebê. Esse colapso traria consequências para a saúde do corpo e na estrutura da personalidade, ou seja, na personalização. Nesse sentido, entendemos que um distúrbio psicossomático poderia ser desencadeado por um colapso na existência psicossomática. Apesar deste entendimento, vemos que a proposta da existência psicossomática, enquanto uma estrutura

psicossomática para a continuidade do ser³, é predominante no pensamento do autor (Winnicott, 1949/2021; 1966/1994; 1988/1990).

Comentadores como Loparic (2000), Laurentiis (2007), Silva; Pinheiro (2008), Loparic (2010), Dias (2012), Hammoud (2015) e Ceron (2020) retomam esta noção, que, assim como vemos na obra winnicottiana, aparece de diferentes formas na literatura. Loparic (2000), Laurentiis (2007), Loparic (2010), Dias (2012) e Hammoud (2015) enxergam a noção de existência psicossomática em Winnicott como a totalidade do ser, pensado na sua história. Para estes autores, a existência psicossomática seria uma noção diferente de integração psicossomática. Por outro lado, Silva; Pinheiro (2008) e Ceron (2020) apontam a existência psicossomática como uma conquista do amadurecimento. Assim, para estes trabalhos, a existência psicossomática seria uma noção correspondente à integração psicossomática. Alguns trabalhos como Galván (2007) e Silva; Pinheiro (2010) não chegam a citar o termo “existência psicossomática” em seus trabalhos, apesar de tratarem do distúrbio psicossomático. Pensamos que essa divergência se deve pela proximidade entre os conceitos de existência psicossomática e integração psicossomática, o que dificulta uma distinção clara entre eles.

Para fins didáticos, propomos abordar a existência psicossomática de forma isolada, mesmo entendendo que esta noção tangencia a noção de integração psicossomática. Em linhas gerais, entendemos que a existência psicossomática se refere ao inter-relacionamento inicial e contínuo entre psique e soma, presente desde o nascimento e constituindo a base factual da experiência humana. Segundo Winnicott: “A base para a psicossomática é a anatomia do que é vivo, que chamamos de fisiologia. Os tecidos estão vivos e fazem parte do animal como um todo, e são afetados pelos estados variáveis da psique daquele animal” (Winnicott, 1988/1990, p. 44). O autor propõe que, ao observarmos o corpo humano, a psique e o soma não devem ser distinguidos um do outro e, gradualmente, os aspectos psíquico e somático do sujeito em crescimento envolvem-se num processo de inter-relacionamento mútuo. Assim, mudanças físicas podem ser provocadas por fatores emocionais, e vice-versa, tendo em vista que o ser humano é entendido como um conjunto psicossomático que existe e adoece a partir da relação entre o psíquico e o somático.

³ A menção winnicottiana à continuidade do ser (*continuity of being*) refere-se à saúde. Para Winnicott, não é a definição do que é o ser que interessa, mas sim a experiência que o indivíduo tem de ser e continuar sendo. Esta noção será retomada algumas vezes durante a dissertação, sempre no sentido comentado nesta nota de rodapé.

1.1 Psique, soma, mente e psicossoma

O tema da psicossomática em Winnicott exige a consideração de quatro conceitos fundamentais: psique, soma, psicossoma e mente⁴. Como já comentamos, a existência psicossomática refere-se ao inter-relacionamento entre a esfera psíquica e a somática ao longo da vida. Esse inter-relacionamento é dinâmico e significa que mudanças físicas podem ser provocadas por fatores emocionais, assim como estados psíquicos podem ser influenciados pelo corpo. O termo psicossoma define a relação entre soma e psique na existência humana, e a noção de existência psicossomática nos convida a abandonar a oposição entre corpo e mente, priorizando o estudo da unidade psicossomática (Winnicott, 1949/2021). Como afirma Winnicott: “Não iremos cair na armadilha que nos é preparada pelo uso popular de ‘mental’ e ‘físico’” (Winnicott, 1988/1990, p. 29). Para ele, a mente não é sinônimo de psique, e o soma não é apenas o corpo. O soma constitui a base do existir, enquanto a psique emerge como elaboração imaginativa das funções somáticas, conferindo sentido às experiências corporais.

Dessa forma, em Winnicott, a psique surge da necessidade de dar sentido às funções do corpo vivo e a mente (também chamada de intelecto) corresponde a uma das funções possíveis do psique. Algumas das funções da psique seriam: elaborar, simbolizar, fantasiar e também mentalizar - que ocorre na medida em que o bebê começa a fazer relações entre a experiência de ter suas necessidades atendidas e a capacidade de fazer previsões ambientais, a partir de falhas toleráveis no ambiente (Winnicott, 1949/2021). O autor sintetiza essas ideias na seguinte passagem do livro *Natureza Humana* (Winnicott, 1988/1990):

Ao dissecar a personalidade, faço uso do termo psicossoma com a intenção de preservar o relacionamento fundamental que, na saúde, se estabelece e se mantém entre corpo e psique. Existe também a mente, uma parte especializada da psique que não está necessariamente ligada ao corpo, embora dependa, evidentemente, do funcionamento cerebral. Damos-nos ao luxo de fantasiar um local, que chamamos mente, onde trabalha o intelecto, e cada indivíduo localiza a mente em algum lugar, onde ele sente um esforço muscular ou uma congestão vascular no momento em que tenta pensar. (Winnicott, 1988/1990, p. 71)

Entendemos que Winnicott enfatiza que a mente é uma parte especializada da psique, mas não se confunde com ela. Ao contrário da psique, que emerge da experiência corporal e do processo de simbolização, a mente pode se desconectar do soma, operando de maneira

⁴ Como evidenciaram Loparic (2000), Laurentiis (2007) e Ferreira (2010).

independente. Essa independência relativa está ligada ao funcionamento cerebral, mas também pode resultar de uma defesa contra experiências emocionais intensas. A tendência de localizar a mente em um ponto específico do corpo, como descrito por Winnicott, evidencia a relação entre o esforço mental e sensações corporais, reforçando a ideia de que, mesmo quando a mente se afasta da experiência somática, ela não deixa de depender da base psicossomática que sustenta a existência.

A noção de existência psicossomática em Winnicott foi abordada por diferentes autores, que enfatizam sua centralidade na experiência humana. Fulgencio (2020) destaca a factualidade da teoria winnicottiana, descrevendo-a como uma forma de entender como o ser humano se integra no espaço, no tempo e em seu próprio corpo a partir de uma base factual. Laurentiis (2007) complementa essa visão ao afirmar que a psicanálise winnicottiana é encarnada, pois trata da existência psicossomática em sua concretude, e não como um modelo teórico abstrato. Nessa mesma direção, Dias (2012) ressalta que o ser humano deve ser compreendido como uma totalidade, sem a fragmentação cartesiana entre corpo e mente. Esse ponto é essencial para a compreensão da mente em Winnicott: longe de ser reduzida ao funcionamento cerebral, ela emerge da relação entre psique e soma. O próprio Winnicott (1949/2021) ilustra essa ideia ao afirmar que o esquema corporal orienta a percepção do *self*, mas não contém, em seu interior, um local óbvio para a mente.

O desenvolvimento saudável do psicossoma depende de um ambiente suficientemente adaptado às necessidades do bebê, garantindo a continuidade do ser (Winnicott, 1949/2021). No entanto, falhas ambientais excessivas podem levar a uma dissociação entre a mente e as demais funções psicossomáticas, fazendo com que a mente atue defensivamente, deslocando-se da experiência corporal. Como alerta Winnicott (1949/2021), uma das raízes da mente está justamente nesse funcionamento instável do psicossoma, constantemente ameaçado em sua continuidade. Laurentiis (2007) aponta que, ao romper com a dualidade cartesiana, Winnicott propõe uma interação dinâmica entre psique e soma, onde a mente não é uma entidade separada, mas uma função emergente dessa relação. Dias (2012) reforça essa perspectiva integrativa, enquanto Ferreira (2010) adverte sobre o risco de uma mente dissociada da existência psicossomática, o que pode levar à alienação da experiência corporal autêntica. Assim, os comentadores evidenciam a importância dos conceitos de psique, soma,

psicossoma e mente para a compreensão da complexidade da existência psicossomática em Winnicott.

1.2 A elaboração imaginativa das funções corpóreas

Observamos também que uma noção importante ao pensar a existência psicossomática é a de elaboração imaginativa das funções corpóreas. Entendemos essa noção como o modo humano de dar sentido e valor aos acontecimentos, pela memória ou pela organização pessoal das relações interpessoais. Ela é, de início, uma capacidade inata (desde que exista um bom funcionamento cerebral e fisiológico que sustente a sua realização) que registra, diferencia e organiza o que acontece com o copo. Com base nessa elaboração inicial, surge a psique. A princípio, a elaboração imaginativa trata de necessidades corporais, que com o tempo, vão se tornando necessidades do ego, e assim emerge uma psicologia.

No bebê e na criança há uma elaboração imaginativa de todas as funções corporais (desde que exista um cérebro em funcionamento) (...). Ao estudarmos a excitação instintiva, é bom levar em conta a função corporal mais intensamente envolvida. A parte excitada pode ser a boca, o ânus, o trato urinário, a pele, uma ou mais partes do aparelho genital (...), a musculatura em geral, ou as axilas e virilhas, suscetíveis a cócegas. A excitação pode ser local ou geral, e a excitação generalizada tanto pode contribuir para que o bebê se sinta um ser total, quanto ser resultante do estágio de integração alcançado no percurso do desenvolvimento. (Winnicott, 1988/1990, p. 58)

É através da elaboração das funções corporais que o bebê pode ir se tornando gradualmente uma pessoa, um ser total e integrado. Ao longo do amadurecimento, a elaboração imaginativa também se desenvolve. Assim, a partir da elaboração imaginativa de uma sensação corporal, é possível que elaborações mais complexas surjam. No texto *O primeiro ano de vida* (Winnicott, 1958/2001, p. 10), Winnicott classifica o que faz a elaboração imaginativa para dar sentido e valor ao mundo e ao si mesmo no mundo ao longo do desenvolvimento: 1) Simples elaboração da função, 2) Discriminação entre antecipação, experiência e memória, 3) Experiência em termos da memória da experiência, 4) Localização da fantasia dentro ou fora de si mesmo com intercâmbios e constante enriquecimento entre ambos, 5) Construção de um mundo interno, ou pessoal, com um sentido de responsabilidade pelo que existe e ocorre dentro dele, 6) Separação entre consciência e inconsciente. Podemos perceber que a elaboração imaginativa vai se tornando mais complexa com o

amadurecimento, percorrendo desde a simples elaboração da função corpórea propriamente dita, até a chegada da construção de um mundo interno dotado de consciência e inconsciente.

Alguns comentadores (Loparic, 2000; Dias, 2003/2017; Laurentiis, 2007; Ferreira, 2010; Dias 2012; Laurentiis, 2016; Ceron, 2020; Fulgencio, 2020) apontam a importância da elaboração imaginativa para o desenvolvimento psicossomático e reconhecem a necessidade do entendimento dessa complexa noção para o estudioso da teoria winnicottiana. Ferreira (2010) interpreta que Winnicott considera o corpo na sua condição real, e não na sua condição representativa para pensar o desenvolvimento humano. Para esta autora, é a partir do corpo real que o desenvolvimento é possível, através da elaboração imaginativa das funções corpóreas, “a qual está, por sua vez, intimamente relacionada à integração psicossomática.” (Ferreira, 2010, p. 71). Entendemos que Dias (2003/2017) concorda com este pensamento, na medida em que afirma que, no início da vida, tudo é experienciado no corpo e personalizado pela elaboração imaginativa. Assim, na vida primitiva, o corpo elaborado imaginativamente é o corpo que respira, se move, busca algo, mama, esperneia, chupa o polegar, descansa, é acalentado e trocado. Fulgencio (2020) vai mais além, no sentido do desenvolvimento humano, ao afirmar que acontecimentos existenciais como desejar, sonhar, devanear, criar, brincar e reagir aos problemas podem ser considerados como elaborações imaginativas.

Dar sentido aos acontecimentos corporais, fantasiar, desejar, criar e encontrar a si mesmo e ao outro, bem como projetar, introjetar, identificar, amar, odiar, criar, desejar e ter um lugar para viver são todos modos de elaboração imaginativa do existir humano, expressões da tendência inata à integração, o exercício da necessidade de ser e continuar sendo, ou seja, do modo de ser do ser humano (Fulgencio, 2020, p. 202)

A citação acima nos faz refletir sobre a importância que a elaboração imaginativa carrega para a existência psicossomática, pois, na saúde, ela possibilita um intercâmbio de informações plural entre psique e soma que torna a inter-relação entre o aspecto psíquico e somático cada vez mais conectada. Essa visão é complementada por Laurentiis (2016), que entende a elaboração imaginativa como uma apreensão criativa da própria vitalidade que enreda o sentir-se vivo e real.

Até agora, nosso objetivo foi discutir a noção da existência psicossomática em Winnicott, apontada aqui como o alicerce da vida humana baseado na inter-relação entre psique e soma. No entanto, percebemos que alguns autores entendem a existência psicossomática como sinônimo de integração psicossomática, o que deixa um impasse quanto

à precisão da primeira noção. Ceron (2020) propõe que a existência psicossomática ocorre com o alojamento da psique no soma, por meio de experiências percebidas e sentidas com o estado de integração. Para esta autora, “a palavra-chave para entender a psicossomática é integração” (Ceron, 2020, p. 130), restringindo a ela a compreensão da existência psicossomática. No entanto, nos parece que a existência psicossomática é anterior à possibilidade de integração do ser. Vejamos as percepções de outros autores:

Para Dias (2012) a existência psicossomática é uma realização, ou seja, algo a ser adquirido, conquistado na medida em que exista a participação ativa de um ser humano que cuide do bebê. Mas notamos que esta autora discute a existência psicossomática de uma forma mais ampla do que Ceron (2020), na medida em que expande essa noção para a totalidade humana, a partir da existência de psique e soma inter-relacionados, mas não se restringindo a isso. Ferreira (2010) concorda com Dias (2012), apresentando a existência humana como essencialmente psicossomática e discutindo esta noção em relação à integração psicossomática.

Para Ferreira (2010), a partir da conquista da integração, o bebê pode sedimentar uma base para uma vida saudável e para a boa fruição da existência psicossomática. Esta autora também enxerga a existência psicossomática enquanto uma realização, embora sua base seja uma tendência hereditária de desenvolvimento que não pode se tornar real sem a participação de um ser humano que segure o bebê. Já Fulgencio (2020) pensa a existência humana a partir da necessidade de ser, recorrendo à filosofia, à fenomenologia e ao existencialismo. Este autor reconhece a existência psicossomática apontada na inter-relação entre psique e soma como base para o ser. Fulgencio aborda a integração psicossomática, não a limitando à existência psicossomática, como vemos em Ceron (2020), mas sim como uma tarefa do desenvolvimento emocional primitivo.

Percebemos nesses comentadores de Winnicott, que a noção de existência psicossomática não é o foco principal de suas discussões, com exceção do texto de Dias (2012), deixando menos precisa a compreensão que possuem dessa noção. Apesar de entendermos que na teoria winnicottiana pode ser difícil tratar de determinadas noções ou conceitos isoladamente, acreditamos ser importante dar destaque para a noção de existência psicossomática, sem necessariamente relacioná-la à integração psicossomática. Afinal, no caso do distúrbio psicossomático em Winnicott, como teremos a ocasião de discutir,

considera-se que não houve integração psicossomática, não se percebe a existência psicossomática, mas isso não significa que ela não exista. Ao longo desta dissertação, faremos o exercício de entender as noções citadas separadamente, não as tomando como sinônimos, mas enxergando-as como noções que se complementam para o entendimento do distúrbio psicossomático.

1.3 A existência psicossomática na clínica pediátrica

Winnicott faz menção aos fenômenos psicossomáticos, que fazem parte do viver e apontam para a existência psicossomática, já na década de 1930, em textos como *Psiquiatria infantil: o corpo enquanto afetado por fatores psicológicos* (Winnicott, 1931/1997), *Urticária papular e dinâmica da sensação cutânea* (Winnicott, 1934/1997) e *Contribuição para uma discussão sobre a enurese* (Winnicott, 1935/1997). Nesse momento inicial de sua obra, o autor ainda não havia consolidado sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo nem conceituado noções fundamentais para o entendimento psicossomático da existência humana, como a integração psicossomática enquanto tarefa fundamental do desenvolvimento emocional primitivo (publicada apenas em Winnicott, 1945/2021) e a diferenciação entre psique, soma e mente (publicada apenas em Winnicott, 1949/2021). No entanto, nos textos da década de 1930, o psicanalista já esboçava o que viria a se tornar uma teoria do desenvolvimento emocional primitivo e um pensamento sobre a existência psicossomática.

Nos textos *Urticária papular e dinâmica da sensação cutânea* (Winnicott, 1934/1997) e *Contribuição para uma discussão sobre a enurese* (Winnicott, 1936/1997), Winnicott comenta como a psicanálise possibilitou uma compreensão dos adoecimentos corporais que vai além das condições anatômicas em si, abrindo caminho para um entendimento das comorbidades físicas, como a enurese e a urticária papular⁵. Assim, ele analisa casos clínicos pediátricos levando em consideração aspectos como: as fantasias inconscientes da criança, o estresse vivido pela criança e pela família e se a criança está conseguindo ou não descansar e dormir adequadamente. A partir dessa ótica, Winnicott observa que a apresentação de tais ideias provocaria reações intensas dos médicos de sua época, que ainda estavam habituados a compreender o adoecimento corporal exclusivamente pelo viés médico. Curiosamente, até

⁵ A urticária papular é uma condição comum de pele que ocorre nos bebês e que aparece e desaparece com rapidez. Winnicott enxerga que essa condição é associada a mudanças nos estados emocionais das crianças pequenas.

hoje encontramos uma dificuldade em discutir a ideia de fantasias inconscientes e a simbologia de manifestações corporais com a comunidade médica e, por vezes, até mesmo com a psicológica.

Ao mencionar a urticária papular como uma aflição de seus pacientes, Winnicott (1936/1997) enxerga, nesses casos, a pele como o campo de batalha de uma luta, majoritariamente inconsciente, entre um impulso que exige gratificação e um sentimento de culpa que ameaça privar a criança de um sistema de prazer completo. É possível expandirmos essa noção para outras condições de pele que, na contemporaneidade, também chegam ao *setting* analítico, como as dermatites. No entanto, nem todos os casos de dermatite ou urticária papular correspondem a distúrbios psicossomáticos; essas manifestações corporais podem ser expressões psicossomáticas que revelam a inter-relação entre psique e soma, especialmente em contextos de estresse, privação de sono e conflitos interpessoais.

Para aprofundar a discussão sobre a existência psicossomática e a emergência de fenômenos psicossomáticos, abordaremos alguns casos clínicos e exemplos descritos pelo próprio Winnicott. Para exemplificar o seu ponto de vista, Winnicott (1931/1997) utiliza um exemplo de crianças correndo até a escola, analisando como um mesmo fenômeno - correr até a escola - pode assumir diferentes significados dependendo de cada caso. Cada caso traz uma oportunidade para observar como fatores inconscientes e ambientais podem se traduzir em manifestações corporais, revelando a dimensão psicossomática que permeia a experiência humana. O exemplo é o seguinte: três crianças correm para a escola. Uma delas corre pois está ansiosa para chegar - ao chegar, ela quer começar logo e cumprimentar a professora. A segunda corre porque está atrasada - sua mãe atrasou para lhe dar o café da manhã, devido um acidente com seu outro filho. O objetivo desta criança é chegar na escola a tempo. A terceira corre pois se sente perseguida. Sua vida é dominada por perseguidores imaginários. Seu objetivo é chegar na escola e encontrar proteção em relação aos inimigos. Dado esse cenário hipotético, Winnicott afirma:

Se tivéssemos os instrumentos delicados para nos dar um conhecimento exato, poderíamos facilmente compreender que a fisiologia dessas crianças ao chegar na escola apresentaria três variedades. A primeira, provavelmente, não teria sintomas corporais; a segunda, provavelmente, estaria cansada e se recuperaria numa meia hora, ou poderia desmaiar, ficar enjoada e depois se recuperar. A terceira, o menino perseguido, que de toda maneira não seria vigoroso, e não comeria bem, provavelmente se queixaria de dores internas, desconfortos ou de qualquer outra coisa. (Winnicott, 1931/1997)

Com esse exemplo, Winnicott ilustra como uma mesma atividade física - no caso, correr até a escola - pode gerar resultados corporais completamente distintos dependendo do estado emocional e do contexto individual de cada criança. Ele sugere que, se tivéssemos instrumentos suficientemente precisos, poderíamos captar nuances nas respostas fisiológicas que indicariam o impacto das experiências emocionais e das fantasias inconscientes em cada caso. Essa descrição, longe de esgotar o entendimento das possíveis manifestações psicossomáticas, busca demonstrar como fatores subjetivos, como a ansiedade, o estresse e o medo, podem transformar uma mesma ação cotidiana em vivências profundamente diferentes, cada qual marcada por sintomas e sensações corporais específicos. Assim, podemos enxergar a existência psicossomática nas três crianças: elas apresentam uma inter-relação entre psique e soma, sinalizada através das motivações inconscientes que levam aos efeitos corpóreos da corrida de cada uma.

No primeiro e no segundo caso, os efeitos da corrida logo passam devido aos acontecimentos do dia. No entanto, no terceiro caso, a criança que se sente perseguida continua a sentir dores e desconfortos que não são decorrentes exclusivamente da corrida, mas sim de um estado paranoide. Esta seria uma condição mais complexa que indica a presença de um possível distúrbio, mas não retira a criança de sua existência psicossomática, seu corpo sente os efeitos de seus conflitos psíquicos e vice-versa. Vejamos algumas vinhetas clínicas apresentadas por Winnicott que apontam para a inter-relação entre psique e soma, em casos de crianças que adoecem corporalmente, sem causas exclusivamente biológicas.

Em *Urticária papular e dinâmica da sensação cutânea* (Winnicott, 1934/1997), Winnicott oferece diversos exemplos de casos pediátricos dos quais escolhemos duas vinhetas para discutir neste capítulo. No “Caso 2” (Winnicott, 1934/1997, p. 150), que chamaremos de *O filho que não pode ser alimentado pelo pai*, um menino filho único de 14 meses de idade é acostumado a ser alimentado pela mãe. Um certo dia, o pai lhe deu peixe para comer. A mãe percebeu isso e discutiu com o pai na frente da criança. Naquela noite, a criança vomitou e, no dia seguinte, estava sem energia e sem vontade de fazer nada. Depois desse episódio, desenvolveu uma fobia por peixe, ovos e bananas. Winnicott analisa que não havia como explicar de maneira lógica que a fobia de ovos e bananas teria decorrido da relação física

(alérgica) com a ingestão do peixe. Portanto, este parece um caso que informa que algo ocorreu para além da esfera física.

Nessa perspectiva, o psicanalista enxerga que a mãe deveria estar com ciúme do pai que estava alimentando a criança, que até então fora exclusivamente dela. Sua racionalização seria a de que o peixe não faria bem para o seu filho, e o deixaria doente. De maneira inconsciente, a mãe estava tentando despertar na criança um sentimento de culpa por ter aceitado o alimento do pai. A fobia de peixe se estendeu para ovos e bananas provavelmente devido ao significado simbólico desses alimentos para o menino. Assim, podemos enxergar como a reação de uma criança pequena à demanda de sua mãe pode afetar o seu corpo. A fobia durou alguns meses e depois se resolveu espontaneamente, não parecendo ser um caso de distúrbio ou de cisão entre psique e soma, mas apenas uma reação do corpo que sinalizou algo sobre os conflitos psíquicos da criança.

No “Caso 6” (Winnicott, 1934/1997, p. 152), que chamaremos de *Se não pensar, não coça*, um menino de oito anos de idade começou a sofrer de uma urticária irritativa. Ele fora uma criança nervosa desde bebê, chorava facilmente e era descrito pela mãe como “o filhinho da mamãe” (Winnicott, 1934/1997, p. 152). Aos dois anos de idade teve o que pareceu ser um resfriado que durou uma semana, depois disso, ele ficou muito quieto e demorou a recuperar a sua vivacidade. Desde este episódio, ele nunca se recuperou totalmente da alergia e seu nervosismo foi aumentado. Sua urticária papular, a princípio, coçava muito, mas sua mãe disse que ela iria piorar se ele coçasse. Como ele era muito nervoso, desistiu de se coçar, mas desenvolveu um edema nas pálpebras, mãos e pés que aparecia e desaparecia subitamente. Ele também relatava ter uma sensação de aperto no peito e chorava de forma “anormalmente fácil para um menino da sua idade” (Winnicott, 1934/1997, p. 153). Winnicott chama a atenção para o choro da criança, pois percebe que a urticária, caracterizada por edema e vesículas nos olhos, está ligada a fantasias reprimidas associadas à micção e ao grito suprimido, restando apenas as lágrimas de um choro sem palavras.

Essa criança apresentava dificuldades de lidar com impulsos hostis e dizia que se pensava na coceira, piorava muito e mal conseguia respirar. No entanto, se pensasse em outra coisa, deixava de coçar. Winnicott questiona o menino sobre que tipo de coisas ele precisava tentar não pensar e a criança responde que são coisas ruins, como matar alguma coisa. Nesse sentido, este caso nos parece ser um pouco mais complexo apontando para a presença de um

possível distúrbio, tendo em vista que a criança apresenta um histórico de seis anos da sua condição fisiológica, acompanhada do nervosismo e choro. Quando questionada pelo psicanalista sobre o que precisava não pensar para deixar de sentir a coceira, o menino fala de seus impulsos agressivos. Curiosamente, quando foi admitido ao hospital quando teve um edema de pálpebras e mãos, o edema cedeu imediatamente e não foi encontrada nenhuma evidência de doença física para explicar o sintoma.

O caso 6 de Winnicott nos convida a refletir sobre como, mesmo em quadros clínicos mais graves, que poderiam se aproximar de um distúrbio psicossomático, a existência psicossomática permanece presente e ativa. Observamos que, apesar das manifestações somáticas intensas, como a urticária papular e o edema, a psique do menino age em consonância com seu corpo, talvez não de forma integrada, mas é notório que alguma relação entre as instâncias psíquica e somática existe. Quando o garoto relata a piora dos sintomas ao pensar em impulsos agressivos, como "matar alguma coisa", nota-se que as fantasias reprimidas parecem encontrar uma expressão corporal. Ao mesmo tempo, sua habilidade de aliviar a coceira ao "não pensar" reflete uma tentativa de regular o impacto emocional dessas fantasias sobre o corpo. Winnicott, ao destacar o fenômeno do edema nas pálpebras que desaparece com a hospitalização e ausência de uma explicação médica, aponta para uma dinâmica em que o corpo reage como se fosse o canal de comunicação para os conflitos psíquicos. Nesse sentido, o caso evidencia a existência psicossomática como uma presença fundante das experiências corporais e subjetivas, mostrando que, para além de um possível distúrbio, o menino expressa, de forma dolorosa e sintomática, o laço existente entre psique e soma.

Ao compararmos o caso 2 com o caso 6, percebemos que ambos ilustram a existência psicossomática como uma inter-relação basal entre psique e corpo, mas que se expressa de maneira distinta devido às diferenças de desenvolvimento e complexidade emocional dos dois pacientes. No caso 2, o sintoma físico surge após uma situação específica e isolada: o conflito entre os pais durante a alimentação do menino. A reação de vômito e a fobia alimentar que se segue indicam uma resposta psicossomática à angústia vivida pela criança em relação ao desejo de aceitação e ao sentimento de culpa inconsciente. Contudo, o sintoma desaparece espontaneamente, e não parece haver um distúrbio psicossomático consolidado.

Já no caso 6, a situação é mais complexa e persistente: o menino apresenta uma condição psicossomática crônica, marcada pela urticária e pelo edema, acompanhada de um quadro emocional de ansiedade e angústia que perdura desde a primeira infância. A expressão física de impulsos hostis e de fantasias reprimidas sinaliza um conflito psíquico contínuo que encontra vazão no corpo de forma mais intensa e frequente. Assim, o caso 6 exemplifica como uma condição psicossomática pode se aproximar de um distúrbio, enquanto o caso 2 revela uma manifestação psicossomática mais transitória, ambas evidenciando a existência psicossomática na dinâmica emocional e corporal da criança.

Embora a integração psicossomática seja uma tarefa fundamental no desenvolvimento emocional primitivo, como veremos mais adiante, a existência psicossomática permanece, independentemente de o processo de integração ser completo ou não. Esse é o ponto central que buscamos demonstrar ao longo deste capítulo: a existência psicossomática é uma dimensão basal da experiência humana, que não se perde mesmo diante da dificuldade de integração entre psique e soma.

1.4 A teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott

Acreditamos que até aqui o leitor pôde perceber as repetidas menções que fizemos ao desenvolvimento humano no pensamento winnicottiano. Assim como propõem Loparic (2000), Dias (2003/2017), Ferreira (2010), Dias (2012) e Fulgencio (2020), enxergamos Winnicott como um autor desenvolvimentista, como ele mesmo se definiu em diversos momentos da sua trajetória profissional (Winnicott, 1958/2021; Winnicott, 1971/1975; Winnicott, 1984/2022; Winnicott, 1988/1990): “Vocês já devem ter percebido que, por natureza, treinamento e prática sou uma pessoa que pensa de modo desenvolvimental” (Winnicott, 1984/2022, p. 42). A perspectiva desenvolvimentista é o que nos permitirá mostrar que é possível compreender a noção de existência psicossomática separada da noção de integração psicossomática. Vejamos como isso se apresenta a partir da teoria acerca do papel do ambiente e dos cuidados para o amadurecimento humano, da existência de tarefas e conquistas do desenvolvimento, entre outras ideias de Winnicott, afinal, “O estudo detalhado da pediatria psicossomática não pode ser realizado até que seja feita uma completa exposição do desenvolvimento emocional do indivíduo humano” (Winnicott, 1988/1990, p. 45).

Winnicott explica a sua teoria do desenvolvimento no texto *Desenvolvimento Emocional Primitivo* (Winnicott, 1945/2021) e no livro *Natureza Humana* (Winnicott, 1988/1990). Apesar de observarmos que o autor faz menção à teoria em diversos textos, ele não se preocupou em sistematizá-la em vida. Esse trabalho foi feito postumamente, por alguns estudiosos da obra winnicottiana, como a irlandesa Spelman (2013) e Dias (2003/2017), no Brasil.

Não pretendo primeiro apresentar uma resenha histórica, mostrando o desenvolvimento de minhas ideias a partir das teorias de outras pessoas, porque minha mente não funciona dessa maneira. O que ocorre é que eu junto isto e aquilo, aqui e ali, volto-me para a experiência clínica, formo minhas próprias teorias, e então, por último, procuro descobrir de onde roubei o quê. Talvez seja um método tão bom quanto qualquer outro. (Winnicott, 1945/2021, p. 281)

Percebemos que existe uma pluralidade de nomenclaturas utilizadas tanto pelo autor para se referir à própria teoria, como também pelos comentadores. Fulgencio (2020) discute as diversas expressões utilizadas por Winnicott: “apenas desenvolvimento, sem nenhum outro qualitativo, ou teoria do desenvolvimento humano, pessoal, do indivíduo, da personalidade, emocional, afetivo, da infância, da criança; ou ainda, como uma teoria do amadurecimento” (Fulgencio, 2020, p. 172-173). Percebemos que, no Brasil, as nomenclaturas se dividem, principalmente, entre as variações de *Teoria do Amadurecimento* e *Teoria do Desenvolvimento Emocional Primitivo*.

O termo Teoria do Amadurecimento foi a tradução utilizada por Dias e Loparic, como comenta Ferreira (2010). Notamos que essa nomenclatura é utilizada em seus trabalhos de Loparic (2000), Dias (2003/2017), Loparic (2006), Laurentiis (2007), Dias (2008), Dias (2012) e Laurentiis (2016). Já o termo Teoria do Desenvolvimento Emocional Primitivo, configura-se como a tradução literal de *Primitive Emotional Development*, correspondente aos termos utilizados pelo seu criador (Winnicott, 1945/2021). Percebemos que a utilização desta segunda opção é feita nos trabalhos de Graña (2007) e Fulgencio (2016; 2020). Optamos por utilizar a tradução literal nesta dissertação, por acreditarmos que ela corresponde de maneira fiel à proposta winnicottiana, apesar de considerarmos relevantes as contribuições dos autores que optam pelo termo Teoria do Amadurecimento.

A noção de existência, para Winnicott permeia a noção de ser, que é fundamental para a compreensão de sua teoria do desenvolvimento. Nas palavras do autor: “Por complexa que

se torne a psicologia do sentimento do eu (*self*) e do estabelecimento de uma identidade, à medida que o bebê cresce, nenhum sentimento do eu (*self*) surge, exceto na base desse relacionamento no sentimento de SER” (Winnicott, 1971/1975, p. 114). Existe uma linha de pesquisa que se destina a compreender as bases filosóficas da teoria winnicottiana. Dentre os autores que fazem parte desta linha, decidimos nos basear nas contribuições de Fulgencio (2020), que consideramos ser um trabalho complexo e extenso, que introduz a temática e apresenta os demais autores que se encontram neste meio. Embora Winnicott não faça nenhuma menção direta ao existencialismo e não se filie às perspectivas clínicas existencialistas, é possível observar a presença de pontos de vista e concepções fenomenológico-existenciais em seu pensamento. Fulgencio (2020) aponta para a influência de autores como Husserl, Kierkegaard, Sartre e Heidegger na construção da teoria winnicottiana, que fornecem uma base filosófica para o questionamento da existência humana. Não nos aprofundaremos nesta discussão, por fugir dos objetivos do capítulo, mas ela pode ser visitada no trabalho de Fulgencio (2020).

Dito isso, chama-nos a atenção uma questão que permeia a teoria do desenvolvimento de Winnicott referente à oposição entre ser e não ser como o fundamento para a existência humana, que podemos observar em Winnicott (1988/1990). Concordamos com Fulgencio (2020) ao observarmos que não é tanto a definição do que é o ser que interessa a Winnicott, mas a experiência que o sujeito tem de ser e continuar sendo, que caracteriza uma existência (psicossomática) saudável. Acreditamos que um ponto chave da teoria winnicottiana é que o autor parte da compreensão do funcionamento do psicossoma na saúde para então entender o que ocorre nas patologias. Para Winnicott, a continuidade do ser significa saúde (Winnicott, 1988/1990).

Assim, Winnicott parte de um modelo de homem centrado na noção de ser. Para que o autor pudesse chegar a sua concepção de existência psicossomática, alguns questionamentos são feitos, como: de onde vem o ser e qual a condição de existência do homem? (Winnicott, 1988/1990). Para ele, o ser surge a partir do não ser, de uma solidão sem sujeito. Essa solidão, chamada de solidão essencial (Winnicott, 1988/1990), é vivida dentro da barriga da mãe e nos primeiros meses de vida, pois, do ponto de vista do bebê, não existe nada além dele. Esse é o ponto de partida do ser humano para a existência psicossomática do ser.

No início há a não-integração, não há vínculo algum entre corpo e psique, e não há lugar para uma realidade não-EU. Teoricamente, este é o estado original, não padronizado e não planejado. Na prática isto não é verdade, pois o bebê está sendo cuidado, ou seja, amado, e isto quer dizer fisicamente amado. A adaptação à necessidade é quase completa. (Winnicott, 1988/1990, p. 153)

A partir do estado de solidão essencial, o bebê deve se desenvolver para se tornar um ser. Para Winnicott, o desenvolvimento depende de dois fatores: a tendência inata ao amadurecimento e a presença contínua de um ambiente facilitador. Amadurecer, nesse sentido, significa unificar-se e responder por um Eu (Dias, 2003/2017). Portanto, o estado de unidade é a conquista básica para a saúde no desenvolvimento emocional e físico de todo ser humano. Para chegar nessa concepção, Winnicott ultrapassou as ideias da psicanálise tradicional que, trabalhando com as neuroses, supõe como já dadas a constituição do Eu primitivo e a capacidade de contato com a realidade; além da divisão dinâmica essencial descrita em termos de pulsões e de defesas da ordem da repressão e mesmo da lógica de oposição defensiva como cerne do funcionamento psíquico (Fulgencio, 2016).

Winnicott defende que nem todo ser humano constitui uma unidade e o objetivo final deste trabalho se destina a investigar o quadro no qual não houve a conquista da unidade psicossomática, como veremos nos próximos capítulos. Nesse sentido, apesar de inata, a tendência ao desenvolvimento psicossomático não acontece automaticamente, como se bastasse a mera passagem do tempo. Como afirma Dias (2003/2017), trata-se de uma tendência e não de uma determinação. É preciso que o bebê encontre uma base para ser. Para que a tendência ao amadurecimento se realize, a criança pequena precisa de um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons.

Vemos que a noção de ser, em Winnicott, considera o corpo. O ser psicossomático existe a partir da relação com o ambiente, necessariamente através dos cuidados corporais, materializados numa mãe-ambiente. As funções exercidas pela mãe cuidadora permitem que certas tarefas fundamentais para o desenvolvimento psicossomático sejam concluídas. Assim, na teoria winnicottiana o desenvolvimento é dividido em fases, que são estabelecidas de acordo com a dependência do ambiente, do maior ao menor grau de dependência. Nas palavras do autor:

Seria lógico descrever o desenvolvimento do ser humano desde a concepção, gradualmente prosseguindo através da vida intra-uterina, o nascimento, passando em revista o bebê que aprende a andar e a criança em fase de latência, e depois o

adolescente, e mais tarde alcançando o adulto maduro, pronto para ocupar um lugar no mundo, e que depois envelhece e, afinal, morre. (Winnicott, 1988/1990, p. 51)

1.5 As fases do desenvolvimento

Em *Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo* (Winnicott, 1963/2022), o autor descreve o crescimento emocional a partir de sua própria perspectiva, que percebe na data da publicação do trabalho, como mais consolidada em relação a 30 anos atrás, momento em que estava demasiadamente influenciado pelas teorias freudiana e kleiniana. Winnicott examina o crescimento psicossomático em termos de dependência, tentando não invalidar a conceituação feita sobre o crescimento em termos de zonas eróticas ou de relações objetais. Neste trabalho, o psicanalista opta pela utilização do termo amadurecimento e explica: “A maturidade do ser humano é uma palavra que implica não somente crescimento pessoal mas também socialização. Digamos que na saúde, que é quase sinônimo de maturidade, o adulto é capaz de se identificar com a sociedade” (Winnicott, 1963/2022, p. 105).

Em *Os Bebês e suas mães* (Winnicott, 1987/2012), o autor assinala que: “Pode-se afirmar que a história do desenvolvimento infantil é uma história de dependência absoluta, que avança firmemente através de graus decrescentes de dependência, e vai, tateando, em direção à independência” (Winnicott, 1987/2012, p. 73). Assim, vemos a distinção de três categorias do amadurecimento: dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência. A existência psicossomática permeia todas as três grandes fases do desenvolvimento. No entanto, Winnicott adverte:

A dissecação das etapas do desenvolvimento é um processo extremamente artificial. Na verdade, a criança está o tempo todo em todos os estágios, apesar de que um determinado estágio pode ser considerado dominante. As tarefas primitivas jamais são completadas, e pela infância afora sua não-conclusão confronta os pais e educadores com desafios. (Winnicott, 1988/1990, p. 52)

Assim, utilizamos essa categorização com fins didáticos para uma melhor compreensão da teoria winnicottiana, como fazem Fulgencio (2020) e Dias (2003/2017). Devido ao objetivo deste capítulo, que é discutir a existência psicossomática, nos ateremos ao início da vida para o entendimento de como a existência psicossomática se dá, entendendo que ela percorre toda a vida. É por esse motivo que mergulharemos mais profundamente nas nuances da fase de dependência absoluta neste capítulo.

No início, os cuidados auferidos ao bebê são corporais, e deste manejo corporal elaborado imaginativamente surge a psique, como já apontamos anteriormente. A mãe que cuida do bebê deve enxergá-lo para além de uma massa corpórea, ela deve considerá-lo uma pessoa em crescimento, com potencial para a autonomia e independência, que virão a ocorrer futuramente. Essa cuidadora deve ser capaz de adequar-se às necessidades do seu filho de acordo com cada etapa do seu desenvolvimento. Winnicott (1987/2012) afirma que não podemos ter a certeza de que a psique do bebê irá formar-se de modo satisfatório com o soma, isso só ocorre mediante às facilidades ambientais, personificadas na figura da mãe nas fases de dependência. Apesar da base para a existência psicossomática ser uma tendência hereditária do desenvolvimento, ela pode não ser percebida sem que haja a participação ativa de um ser humano que segure o bebê e cuide dele (Winnicott, 1987/2012).

1.6 A mãe suficientemente boa

O psicanalista denominou de “mãe suficientemente boa” (Winnicott, 1960/2022, p. 184) e “mãe dedicada comum” (Winnicott, 1987/2012, p. 1) a pessoa responsável pelos cuidados iniciais do bebê, que facilita as condições necessárias para a boa fruição da existência psicossomática. No entanto, para que ela seja percebida, elaborada e desenvolvida, é preciso que haja uma mãe cuidadora.

Cabe à mãe suficientemente boa manter-se viva e fazer o bebê sentir e ouvir sua vivacidade, em primeiro lugar. Esta é uma figura que sabe que “precisa adiar seus próprios impulsos, até a época em que a criança possa fazer bom uso de sua existência separada” (Winnicott, 1962/2022, p. 88). O autor aponta que são características fundamentais da mãe suficientemente boa: prover a continuidade do ambiente, que auxilia na integração; ser confiável e previsível; adaptar-se gradualmente às necessidades da criança e auxiliar no impulso criativo de seu filho (Winnicott, 1960/2022). Os comentadores ressaltam a importância da figura materna no desenvolvimento psicossomático, destacando pontos específicos que merecem a nossa atenção: ao discutir a adaptação realizada pela mãe suficientemente boa, Fulgencio (2016) ressalta que a mãe deve atender a necessidade do bebê de forma variável, sutil e jamais mecanicamente.

A adaptação suficientemente boa não significa perfeição, mas uma comunicação do ambiente (...) que compreende e atende o bebê ou a criança na sua necessidade, num

tempo adequado (que não excede o limite da tolerância de espera específico de cada bebê em cada momento). Trata-se de uma adaptação às vezes muito sutil, nunca mecânica e sempre variável no tempo e nas situações. (Fulgencio, 2016, p. 32)

Dias (2008) examina a figura da mãe, entendendo que a mãe suficientemente boa apresenta alguns fatores que favorecem a percepção da existência psicossomática. A autora propõe que esses fatores são: uma mãe viva, que respira, se sente à vontade em seu corpo e o tem disponível para que o bebê o explore; ela segura o bebê e o sustenta em seus braços; ao cuidar do corpo de seu filho, ela sabe que há uma pessoa nesse corpo e “Isto faz com que as necessidades do corpo não fiquem desvinculadas, na experiência, das necessidades pessoais” (Dias, 2008, p. 113). Laurentiis (2007) concorda com os apontamentos dos autores citados ao afirmar que:

Assim, tão mais próximo o bebê se encontra do início da existência, tanto mais necessita do envolvimento emocional, quanto do envolvimento somático da mãe, ou seja, da capacidade da mãe de proporcionar um ambiente vivo e facilitador de experiências, por meio seja da qualidade dos tecidos de seu corpo propriamente, ou da saúde de seu esquema corporal, que se traduz em modos de segurar, olhar, e de transformar a preocupação materna primária em cuidados corporais efetivos, tridimensionais, com os elementos de tempo e espaço incluídos, levando em conta as necessidades do bebê, ou seja, que cuida não só de um corpo, mas de uma pessoa. (Laurentiis, 2007, p. 56)

Podemos perceber que os cuidados iniciais, auferidos pela mãe suficientemente boa são necessariamente corporais, tendo em vista que o bebê ainda não é capaz de andar sozinho, se banhar, se trocar, se alimentar, se comunicar com os outros, por exemplo. Ele é totalmente dependente da mãe ambiente, no início da vida. Esta nos parece uma questão importante para a compreensão da diferenciação entre as fases do desenvolvimento. Na dependência absoluta, mãe e bebê formam um só conjunto, da perspectiva da criança pequena. No entanto, só é possível que a mãe seja capaz de adequar-se às demandas do recém nascido, a partir de um estado de identificação profunda com o bebê. Esse estado é denominado de preocupação materna primária (Winnicott, 1956/2021), como pudemos observar sua utilização na citação acima de Laurentiis (2007).

Segundo Winnicott: “Minha tese é de que na etapa mais inicial da vida estamos lidando com um estado muito especial da mãe, um estado psicológico que merece um nome, tal como preocupação materna primária” (Winnicott, 1956/2021, p. 495). Este estado passa a se desenvolver na gravidez, à medida em que se aproxima o parto e dura até algumas semanas

após o nascimento do bebê. O autor afirma que a preocupação materna primária poderia ser comparada a um estado de retraimento ou dissociação, como um episódio esquizoide, no qual um aspecto da personalidade toma o poder temporariamente. Fulgencio (2020) explicita essa ideia de Winnicott dizendo que neste estado a mãe torna-se apta a realizar uma comunicação profunda, não verbal e não propriamente mental com aquilo que o bebê precisa para ser, existir e continuar sendo. Vê-se aqui uma leitura que destaca a questão da continuidade da existência psicossomática. No entanto, após algumas semanas do nascimento da criança, a mãe se recupera desse estado particular e, por esse motivo, ele não constitui um estado patológico.

A mãe que desenvolve esse estado ao qual chamei de “preocupação materna primária” fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne senhor das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida. (Winnicott, 1956/2021, p. 498)

Assim, somente a mãe sensibilizada pode colocar-se no lugar do bebê e corresponder às suas necessidades iniciais. É importante ressaltarmos que, a princípio, tais necessidades são corporais e, com o tempo, transformam-se em necessidade do ego, como já comentamos. O papel da mãe suficientemente boa, que passa pelo estado de preocupação materna primária, é fundamental para a boa fruição da existência psicossomática, pois, os cuidados auferidos à criança permitem o surgimento da elaboração imaginativa das experiências corporais. A base para o estabelecimento do ego, portanto, é uma continuidade suficiente de um “continuar a ser” (Winnicott, 1956/2021, p. 499), fornecida pela mãe ambiente, na fase da dependência absoluta.

1.7 O cuidado e os estágios do desenvolvimento

No estágio inicial da vida do bebê, não é possível descrever o seu funcionamento sem descrever o seu ambiente (Winnicott, 1969/1994). Assim, a criança pequena, na fase de dependência absoluta, experimenta o mundo a partir da forma como a mãe o apresenta. O bebê vivencia, portanto, um mundo subjetivo, pois, de início, ele não apresenta a capacidade de objetivar: “Quando se diz que o bebê é dependente e, de começo, absolutamente dependente (...), decorre então que a maneira pela qual o meio ambiente se apresenta tem importância, por ser uma parte do bebê.” (Winnicott, 1969/1994, p. 196). Entendemos que

para que o bebê se torne uma unidade, um ser separado que vivencia a sua existência psicossomática e sua, apenas, é preciso que ele viva a experiência de mutualidade com a sua mãe universo. Mais tarde, com o decorrer do amadurecimento, o sujeito poderá perceber o mundo e os acontecimentos externos como fenômenos separados dele devido à vivência de fusão inicial. Para tanto, no mundo subjetivo, o bebê entende que a sua necessidade cria o objeto do qual precisa: o objeto subjetivo (Winnicott, 1969/1994).

O estágio de dependência absoluta ou quase absoluta tem a ver com o estado, no começo, do bebê que ainda não separou um NÃO-EU do que é EU, do bebê que ainda não se acha aparelhado para desempenhar esta tarefa. Em outras palavras, o objeto é um objeto subjetivo, não objetivamente percebido. Mesmo que seja repudiado, posto longe, o objeto ainda é um aspecto do bebê. (Winnicott, 1969/1994, p. 197)

Dias (2003/2017), Laurentiis (2007), Ferreira (2010), Dia (2012) e Fulgencio (2020) reconhecem a importância de se destacar o mundo e o objeto subjetivos para a compreensão da existência psicossomática em Winnicott. Tais comentadores não restringem a compreensão de mundo e objeto subjetivos ao objetivo de discutir a existência psicossomática, como fazemos no presente trabalho, mas sim, expandem estes conceitos a outras temáticas da obra winnicottiana. Percebemos a relevância da compreensão do conceito de mundo subjetivo para entendermos a capacidade humana de elaboração e da criatividade, fundamentais para a elaboração imaginativa, que permite a fruição da existência psicossomática. Concordamos com Fulgencio (2020) na seguinte reflexão:

Este tipo de experiência (modo de relação subjetiva com o objeto da necessidade) de adaptação do ambiente ao bebê, de comunicação profunda e direta realizada ativamente pela mãe (...) se repete no dia a dia dos cuidados maternos e da existência. O bebê registra semanticamente suas vivências corporais e os cuidados ambientais que receber; ele os diferencia e dá importância a estes acontecimentos colorindo-os semanticamente com tais qualidades ou significados. (Fulgencio, 2020, p. 119)

Conforme o bebê vai amadurecendo, a mãe deixa o estado da preocupação materna primária, e passa a não estar constantemente presente, como o ambiente total da criança. Nesse sentido, a mãe volta a se preocupar com outros âmbitos de sua vida, que não apenas a criança, como ocorreu nas primeiras semanas após o parto. Este retorno da mãe a si mesma pode apresentar algumas falhas ambientais para aquele bebê que estava acostumado a existir na dupla mãe-bebê e não por si só. As falhas apresentadas devem ser toleráveis para a criança e, assim, ela é obrigada a se desenvolver não mais num estado de dependência absoluta, mas

sim de dependência relativa. Neste estágio, o mundo não é mais percebido de maneira subjetiva, como uma criação que faz parte do bebê.

Portanto, acreditamos que o que caracteriza a transição da fase da dependência absoluta para a fase da dependência relativa são as falhas ambientais, provocadas pelo distanciamento corporal da mãe, e toleradas pelo bebê. A mente surge na transição da dependência absoluta para a dependência relativa, como uma função do psicossoma, que tenta dar conta das falhas maternas (1949/2021). Assim, com um gradual distanciamento da presença física e constante da mãe, o bebê se vê obrigado a criar uma representação mental da figura materna, como uma figura acolhedora e tranquilizadora.

A transição da dependência absoluta para a dependência relativa faz com que a existência psicossomática possa ser percebida de maneira mais sólida e complexa para criança pequena. Desse modo, as falhas ambientais permitem com que o bebê deixe de viver num mundo mágico, criado por ele a partir da sua necessidade e vivencie outras dinâmicas, possibilitadas pela transicionalidade, caracterizadas pela desilusão e pelo uso do objeto. Não entraremos nas nuances de tais dinâmicas/estágios, por se distanciarem dos objetivos deste capítulo, embora elas sejam vivenciadas através da existência psicossomática. Nosso foco permanece na constituição da existência psicossomática na fase da dependência absoluta. Entendemos que na fase em rumo da independência, a terceira e última definida por Winnicott (1963/2022), a existência psicossomática está bem consolidada e podemos observar sua boa fruição, caso as falhas maternas não sejam excessivas. Por esse motivo, analisamos até aqui a relação da criança pequena com o ambiente, a figura da mãe suficientemente boa, o estado de preocupação materna primária, o mundo e objeto subjetivos e a elaboração imaginativa das funções corpóreas.

1.8 As funções maternas: rumo à integração psicossomática

Apresentemos brevemente o exercício das funções maternas realizadas pela mãe dedicada comum, que possibilita a boa fruição da existência psicossomática. Cabe à mãe suficientemente boa exercer três funções, associadas às tarefas fundamentais do desenvolvimento emocional primitivo. As funções são: o segurar (*holding*), o manejar (*handling*) e a apresentação de objetos (*object-presenting*) (Winnicott, 1971/1975). De início, as três funções maternas são essencialmente corporais e devem ser executadas por uma mãe

viva, presente e atenta ao seu bebê: “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” (Winnicott, 1988/1990, p. 137). Winnicott afirma que, como consequência da função ambiental: “O bebê pode reagir a essas provisões ambientais, mas o resultado, nele, é uma maturação pessoal máxima” (Winnicott, 1971/1975, p. 153). Assim, o *holding*, o *handling* e a apresentação de objetos estão diretamente associados ao amadurecimento saudável e à boa fruição da existência psicossomática, facilitada pelas funções maternas.

Apesar da base para a existência psicossomática ser uma tendência hereditária do desenvolvimento, como vemos em Winnicott (1949/2021; 1966/1994; 1984/2022; 1988/1990), ela pode não ser percebida sem que haja a participação ativa de um ser humano que segure o bebê e cuide dele (Winnicott, 1987/2012). É nessa medida que entendemos que a existência psicossomática é a inter-relação entre psique e soma, dada desde o início da vida. Esta inter-relação apresenta uma tendência inata: de integrar-se. Para que esta integração psicossomática seja possível, é preciso que haja um ambiente suficientemente bom, capaz de fornecer os cuidados necessários para a boa fruição da existência psicossomática. Esta seria a condição para a ocorrência da personalização.

Winnicott observa que a integração e a conquista do Eu, separado do Não-Eu, só ocorrem a partir do senso de existência psicossomática. É por esse motivo que nos dedicamos até aqui a apresentar esta noção e discutimos os conceitos necessários para a sua compreensão. Agora, poderemos nos aprofundar nas tarefas fundamentais do desenvolvimento emocional primitivo, evidenciando a integração psicossomática, que, como já pudemos perceber, tomou lugar de destaque em relação às demais tarefas. Assim, pretendemos entender como ocorre a integração psicossomática, a morada da psique no soma, para, então, abordarmos os casos nos quais esta tarefa não é realizada, como ocorre no distúrbio psicossomático.

Capítulo 2

Integração Psicossomática

A integração psicossomática, para Winnicott, corresponde a uma das tarefas fundamentais do amadurecimento, sendo também chamada de personalização: “Personalização é uma palavra que pode ser empregada para descrever a conquista de uma relação íntima entre a psique e o corpo” (Winnicott, 1984/2022, p. 287). Essa tarefa, quando realizada, possibilita o alojamento da psique no soma, da personalidade no corpo e começa a se desenvolver logo no início da vida através de dois conjuntos de experiências: os cuidados auferidos ao bebê e as experiências instintivas que tendem a formar a personalidade a partir de dentro (Winnicott, 1945/2021). A integração psicossomática ocorre através do acúmulo desses dois conjuntos de experiências, ao longo do tempo. Nas palavras de Winnicott: “A integração significa responsabilidade, ao mesmo tempo que consciência, um conjunto de memórias, e a junção do passado, presente e futuro dentro de um relacionamento. Assim, ela praticamente significa o começo de uma psicologia humana” (Winnicott, 1988/1990, p. 140).

Como discutimos no capítulo anterior, a existência humana é psicossomática devido ao inter relacionamento entre psique e soma que ocorre desde o nascimento até a morte. Winnicott (1960/2022) propõe que a existência psicossomática começa a adquirir um padrão pessoal, com os cuidados suficientemente bons e as experiências internas, e este padrão pessoal é o que ele denominou de inserção da psique no soma. Neste contexto, a noção de integração psicossomática ganha vida ao pensarmos em como ela corresponde à vivência do corpo como uma unidade habitada por alguém, como se houvesse um "recheio" que dá sentido à experiência de ser. Retomemos um poema de Arnaldo Antunes que expressa metaforicamente essa relação:

O corpo existe e pode ser pego.
É suficientemente opaco para que se possa vê-lo.
Se ficar olhando anos você pode ver crescer o cabelo.
O corpo existe porque foi feito.
Por isso tem um buraco no meio.
O corpo existe, dado que exala cheiro.
E em cada extremidade existe um dedo.

O corpo se cortado espirra um líquido vermelho.
O corpo tem alguém como recheio. (Antunes, 2024)

Ao dizer que "o corpo tem alguém como recheio" (Antunes, 2024), o poeta parece tocar na essência do que Winnicott denomina integração psicossomática: a conquista do sentimento de que há uma psique habitando o soma, tornando o corpo mais do que um conjunto de funções biológicas que existe e pode ser pego, mas que também possui um recheio. No entanto, esta conquista não é uma aquisição automática, como observa Winnicott, ela é fruto de um processo que depende do cuidado ambiental e das experiências internas. Para que o recheio seja adquirido, é necessário que o corpo seja reconhecido e cuidado, que se torne opaco e tangível, como diz o poema, mas também que seja sentido como um lugar de pertencimento, um espaço próprio onde a psique possa morar.

Dessa forma, podemos dizer que todos os seres humanos existem a partir do inter-relacionamento entre psique e soma - ou seja, da sua existência psicossomática -, ainda que nem todos percebam ou desfrutem bem dessa relação. Assim, a integração psicossomática nem sempre é plenamente alcançada no desenvolvimento individual, pois, como ressalta Winnicott, "como é fácil considerar óbvia a localização da psique no corpo, esquecendo mais uma vez que se trata de algo a ser alcançado" (Winnicott, 1990/1988, p. 143). A seguir, apresentaremos uma vinheta clínica que oferece um material rico para discutir aspectos fundamentais da integração psicossomática em Winnicott e que prepara o caminho para nossa compreensão do distúrbio psicossomático.

Jorge⁶, um homem de 46 anos, chega ao meu consultório através de seu marido, que me procura para dizer que percebia seu companheiro num momento depressivo, muito imerso em seus próprios pensamentos. Na entrevista com Jorge, ele se queixa de pensar demais sobre "tudo": seu trabalho como artista, sua performance, o julgamento dos colegas do trabalho sobre ele, qual marca deixará no mundo e sobre a temporalidade da vida. Jorge parece estar engajado em compartilhar suas questões comigo e fala livremente, ocupando os 45 minutos de sua análise sem grandes espaços para silêncios ou pausas. No momento em que nos encontramos, o paciente se enxergava como uma pessoa dramática, que pensava excessivamente. Drama esse, que conforme pudemos perceber juntos, estava totalmente

⁶ Caso clínico atendido pela pesquisadora, denominado de Jorge - nome fictício do paciente, para preservação do sigilo profissional, conforme o artigo 9º do Código de Ética do Psicólogo (CFP, 2005).

dissociado de seu afeto. Era um drama racional, mental. Inclusive, me relatou que se considerava uma pessoa racional “como uma pedra” quando tinha seus 20 anos, e que havia chorado apenas três vezes durante a vida adulta, percepção que mudou ao longo do tempo através de conversas com amigos que diziam que ele era uma das pessoas mais dramáticas que já haviam conhecido.

O fato curioso da vida profissional do paciente é que Jorge era um artista renomado, professor de composição de ensino superior, regente de corais e compositor de obras apresentadas por orquestras. Ou seja, Jorge apresentava uma vida cultural, artística e criativa que parecia transbordar. No entanto, estava sempre a criticar o seu trabalho e o seu desempenho, acreditando nunca ser bom o suficiente, pensamento esse que o levava a não conseguir reger grandes apresentações, por se sentir exposto, olhado e julgado. O paciente também relatava se sentir constantemente inspirado, trabalhava incessantemente devorando livros de literatura e pintando quadros. Gostava de viver isolado no seu mundo, realizando estudos artísticos altamente complexos, segundo ele, e compulsivos, ao nosso ver. À primeira vista, pareceria uma pessoa com vasto repertório cultural, que vivia a espontaneidade e a criatividade do seu ser. Ou seja, ele aparentava ser uma pessoa com um recheio cultural muito colorido e diverso, ao retomarmos a metáfora de Arnaldo Antunes (2024).

Todavia, Jorge pouco tinha a dizer sobre sua vida pessoal, sobre seus afetos, seus relacionamentos e sua família. Parecia que ele escondia o seu mundo interno e frágil por uma cortina artística muito densa. Quando apontei para ele que suas aflições estavam num registro muito mais mental do que emocional, o paciente confessou ter medo de se aproximar de tudo que pudesse ser pessoal. Era distante de sua família, sua mãe havia falecido quando ele ainda era jovem. Nesse sentido, o recheio da vida pessoal de Jorge aparentava contrastar com a vastidão de seu repertório cultural e artístico, apontando para um vazio interno e uma dificuldade de lidar com conteúdos íntimos e relacionamentos interpessoais.

Jorge se queixava de ter crises de labirintite desde a infância que surgiam repentinamente e com muita intensidade. O paciente, que não conseguia pausar, era obrigado a descansar quando tomado pelas crises que abalavam suas estruturas através de uma dor de cabeça muito forte e da sensação de ter o mundo girando à sua volta. Ele denominava essas crises de “ataques”, que quando chegavam, paralisavam-no totalmente - impedindo-o de trabalhar por alguns dias, de pintar, compor e ler. A única coisa que ele poderia fazer no

momento das crises era ficar deitado no escuro, de olhos fechados, até a sensação de tontura e a hipersensibilidade à luz, cheiros e sons ir passando. Jorge havia relatado que buscara um médico para avaliar a sua condição, no entanto, não encontrara explicações biológicas para os seus “ataques” e deveria fazer exames no momento da crise - o que não era uma possibilidade para ele, pois durante as crises, dizia ser capaz apenas de ir para casa e ficar deitado no escuro até esperar passar.

As crises de labirintite vivenciadas como “ataques” por Jorge e seu funcionamento hiper intelectualizado, distanciado de sua vida pessoal, nos chamam a atenção. Era por meio das crises que Jorge conseguia descansar, ficar deitado, sem praticar atividades intelectualizadas demais, apenas esperando o tempo e os incômodos passarem. Entendemos que o paciente, que se considerava uma pessoa que “não conseguia parar quieta”, interpretava o momento de quietude e recolhimento quase como o repouso advindo de uma doença. E a única maneira dele se encontrar nesse estado tranquilo, era sendo atacado por seu próprio corpo, que o obrigava a parar de forma brutal. Não restava outra alternativa senão deitar no escuro e esperar.

Esse caso clínico levanta algumas questões: o descompasso entre o repertório cultural e criativo aplicado ao trabalho e à arte, por um lado e, por outro, o vazio e o distanciamento encontrados na vida pessoal, íntima e interpessoal de Jorge. Perguntamo-nos: será que Jorge desfrutava do sentimento de habitar o próprio corpo? A sua vida artística apontava para um recheio vivo e colorido, no entanto, a sua vida pessoal parecia apontar para uma falta de recheio. De fato, Jorge cresceu, se desenvolveu fisicamente e intelectualmente durante os 46 anos de sua vida, mas e quanto ao âmbito emocional, afetivo e relacional? Será que houve desenvolvimento? Como podemos entender esse descompasso a partir do que foi levantado no capítulo anterior? E as crises de labirintite sem explicações fisiológicas vividas como ataques de seu próprio corpo, como podemos compreendê-las?

Retomamos uma citação de Winnicott trazida no início do capítulo 1, que pode ter o seu sentido ampliado, agora com a exposição deste caso clínico: “Na psicossomática, é preciso considerar os estados tão comuns e importantes em que a relação entre a psique e o soma é enfraquecida, ou mesmo rompida” (Winnicott, 1988/1990, p. 45). Lembremos que o soma é o corpo vivo e a psique surge a partir da elaboração imaginativa das funções somáticas, dando sentido às experiências vividas no corpo. Assim, algumas possibilidades da

psique no desenvolvimento saudável, quando há um cuidado suficientemente bom no início da vida, são: o fantasiar, a afetividade, a imaginação, a criatividade, as emoções, o intelecto, a mente, as lembranças e o simbolizar. A mente, como vimos, é apenas uma das especializações do psicossoma, que pode vir a se destacar caso o ambiente falhe excessivamente no estágio da dependência absoluta.

Levamos a hipótese de que Jorge não desfrutou de um cuidado suficientemente bom no estágio da dependência absoluta, o que poderia ter levado a uma série de manifestações sintomáticas na vida adulta, tais como: a contraposição entre a exacerbada vida profissional e a reduzida vida pessoal, a cobrança excessiva, o perfeccionismo, as crises de labirintite sem explicações fisiológicas e o seu funcionamento hiper intelectualizado, por exemplo. Para dar consistência a essa hipótese é preciso recorrer a um conjunto de conceitos da teoria winnicottiana, como: a distinção entre integração, não-integração e desintegração; os estados tranquilos e excitados; a oposição entre espontaneidade e reatividade; o falso *self* e as ansiedades inimagináveis como falhas da integração. Eles permitirão ampliar a compreensão do caso, sob a perspectiva do distúrbio psicossomático.

2.1 Integração, não-integração e desintegração

O conceito da integração psicossomática, fundamental para a análise de casos clínicos como o de Jorge, deve ser compreendido em consonância com os conceitos de não integração e de desintegração. Winnicott nos leva a pensar que a integração psicossomática, embora seja uma conquista desejável, não elimina a presença ou a possibilidade de estados de não integração e desintegração, que são aspectos inerentes à experiência humana:

Às vezes presumimos que, na saúde, o indivíduo encontra-se sempre integrado, vivendo dentro do próprio corpo e sentindo que o mundo é real. No entanto, muito do que chamamos sanidades tem, de fato, uma qualidade de sintoma, carregando dentro de si o medo ou a negação da loucura, o medo ou a negação da capacidade inata de todo indivíduo tornar-se não integrado, despersonalizado, de sentir que o mundo não é real. (Winnicott, 1945/2021, p. 289)

Essa perspectiva desmistifica a ideia de uma integração total e permanente, destacando que a saúde não implica ausência de fragilidades, mas a capacidade de lidar com elas sem negar a sua existência. Na vinheta clínica apresentada, parece-nos que Jorge não desfrutava de um estado integrado durante a sua vida, o que aparecia através de seu funcionamento

excessivamente mental, da criatividade intelectualizada, do perfeccionismo como uma forma de reagir ao ambiente, dos ataques de labirintite que o obrigavam a repousar. Todas essas manifestações poderiam aparentar certa normalidade ou sanidade, vistas de longe. No entanto, ao nos acercarmos, podemos concluir que elas carregam uma qualidade de sintoma e parecem afastar Jorge do seu verdadeiro *self*, frágil, inseguro e sensível. Seria, então, essa forma de ser no mundo uma manifestação da desintegração entre o verdadeiro e o falso *self* de Jorge?

Antes de abordarmos o que significa considerar que Jorge vivia distante de seu verdadeiro *self*, precisamos entender como Winnicott formula a ocorrência da integração psicossomática recorrendo às experiências vividas na relação entre mãe e bebê na fase de dependência absoluta e relativa.

A questão da integração é mencionada por Winnicott em diversos textos, dos quais destacamos: *Desenvolvimento emocional primitivo* (Winnicott, 1945/2021), *A mente e sua relação com o psicossoma* (Winnicott, 1949/2021) e *Natureza Humana* (Winnicott, 1988/1990). Em *Desenvolvimento emocional primitivo* (Winnicott, 1945/2021), o autor apresenta as tarefas fundamentais do desenvolvimento, consolidando a sua teoria sobre a integração psicossomática. Em *A mente e sua relação com o psicossoma* (Winnicott, 1949/2021), a mente é discutida enquanto um ornamento do psicossoma, sendo estudada a partir dos conceitos de psique, soma, e integração psicossomática. Já em *Natureza Humana* (Winnicott, 1988/1990), Winnicott mostra uma visão mais madura de sua obra, apresentando uma visão ampla de suas noções e ideias, destacando a integração psicossomática no desenvolvimento.

Ao repensar o paradigma edípico e propor o paradigma dual, que analisa o amadurecimento a partir do bebê no colo da mãe e não na relação triangular (mãe, pai e bebê - como sugeriu Freud), Winnicott amplia as possibilidades de se pensar o desenvolvimento humano na psicanálise (Loparic, 2006). Nessa perspectiva, ele afirma que “Na formulação de uma teoria psicológica é muito fácil considerar a integração como garantida, mas no estudo dos casos iniciais do desenvolvimento individual humano é necessário pensá-la como algo a ser alcançado” (Winnicott, 1988/1990, p. 136). Assim, para compreender a conquista da integração, Winnicott postula um estado de não-integração, a partir do qual a integração se produz. A não-integração é acompanhada por uma não-consciência em um estado no qual o bebê ainda não constitui uma unidade, o estágio da dependência absoluta.

No começo teórico existe o estado de não-integração, uma ausência de globalidade tanto no espaço quanto no tempo. Neste estágio não há consciência. Assim que começamos a falar de um conjunto de impulsos e sensações, já estamos muito afastados do início, quando o centro de gravidade (por assim dizer) do *self* migra de um impulso ou sensação para outro. O começo certamente está em alguma data anterior ao nascimento a termo. (Winnicott, 1988/1990, p. 136)

De acordo com Winnicott, o estado não-integrado antecede e é uma condição para a instalação dos processos psíquicos que levam à integração; esta pode ser atingida por breves momentos ou períodos e assim, gradualmente, o estado geral de integração pode se constituir. Desse modo, no desenvolvimento saudável do bebê, há momentos em que ele não distingue claramente entre ser uma totalidade ou apenas fragmentos de si mesmo, nem entre viver no corpo da mãe ou no próprio corpo. O que é crucial é que, em certos momentos, ele consiga se reunir consigo mesmo e sentir algo, o que permite a continuidade de seu processo de integração (Winnicott, 1945/2021). A integração, como comentamos, deve ser estimulada pelo cuidado ambiental, e à medida em que a personalidade vai se construindo, a criança pequena se torna capaz de incorporar e reter lembranças do cuidado e passa, portanto, a cuidar de si mesma. Dessa forma, a dependência vai diminuindo gradativamente.

Enquanto a integração vai se tornando um estado contínuo, a não integração não equivaleria ao seu oposto, mas sim ao início de tudo. No caso de Jorge, não é possível observar essa transição tranquila entre momentos de não integração e de integração. O que enxergamos, no caso clínico, é que o paciente parecia não conseguir se reunir consigo mesmo e sentir algo, pelo contrário, ele vivia se cobrando, se auto depreciando, e se sentindo insatisfeito com a sua forma de ser no mundo.

O fenômeno da desintegração, por sua vez, corresponde a um processo de defesa tanto contra a integração, quanto contra a não integração (Winnicott, 1988/1990). Essa premissa nos parece ambígua e de difícil compreensão, no entanto, fundamental para o estudo do distúrbio psicossomático. Ao falar da desintegração, Winnicott faz menção ao termo despersonalização⁷, já utilizado na psiquiatria de sua época, para descrever este estado singular de perda de vinculação entre a psique e o soma. Segundo o autor, “a palavra desintegração revela-se mais apropriada para descrever o negativo da integração do que o termo não-integração” (Winnicott, 1988/1990, p. 137). Aqui, entendemos o negativo da

⁷ O termo despersonalização é utilizado por Winnicott como uma especificidade da desintegração, na qual ocorre a desintegração psicossomática.

integração como o oposto da integração, enquanto que a não integração seria o estado por meio do qual a integração é possibilitada, é a condição para tal. Assim, é possível que o sujeito transite, no desenvolvimento saudável, entre estados integrados e não integrados. A desintegração, por sua vez, se mantida, é considerada patológica.

Lembremos que, quando o cuidado não é suficientemente bom e o ambiente falha excessivamente em adaptar-se às necessidades do bebê (na dependência absoluta), o mundo interno se constitui em cima dessas falhas. Assim, o que vemos é um mundo interno criado a partir de experiências instintivas frustradas, o que pode ser vivido de forma aterrorizante pela criança pequena e, assim, a fixação da psique no corpo é enfraquecida.

Nessa medida, a desintegração surge como uma defesa num ambiente caracterizado por um padrão de falhas contra a integração e a não integração. Isso significa que as tentativas frustradas de integrar-se, tanto quanto o retorno à não-integração, processos esperados do desenvolvimento saudável, podem tomar outro caminho e levar a sensações disruptivas, pois o ambiente não foi capaz de fornecer subsídios para a integração, nem para o retorno aos estados não integrados. Assim, as tentativas de transitar entre integração e não integração passam a ser vividas como intrusões ambientais, contra as quais o bebê da dependência absoluta se vê obrigado a se defender. A partir dessa perspectiva, nos perguntamos: seriam os ataques de labirintite de Jorge uma manifestação de sua desintegração, mais especificamente, de sua despersonalização?

2.2 A relação entre as funções maternas e as tarefas fundamentais

Levamos a hipótese de que Jorge parece ter enfrentado um ambiente falho no início de sua vida. Mas o que exatamente corresponderia a tais falhas ambientais? Discutimos, no primeiro capítulo, a importância da mãe suficientemente boa como a responsável capaz de desempenhar as funções maternas de *holding*, *handling* e apresentação de objetos. Assim, para que possamos compreender como podem se dar determinadas falhas ambientais, vejamos, primeiramente, o que representa cada uma dessas funções maternas e qual a sua relação com as tarefas fundamentais do amadurecimento, a destacar a tarefa da integração psicossomática.

Winnicott (1962/2022) relaciona as tarefas fundamentais com as funções maternas da seguinte maneira: a integração corresponde à sustentação (*holding*), a

personalização/integração psicossomática corresponde ao manuseio (*handling*) e a relação com os objetos corresponde à apresentação dos objetos. Vejamos como isso ocorre.

Winnicott (1987/2012) aponta que os cuidados com as crianças pequenas giram em torno do termo segurar. No início da vida, o ato de segurar é um ato físico, literal, mas, à medida que o bebê cresce e seu mundo se torna mais complexo, o significado desta função materna é ampliado. Os bebês que são suficientemente bem segurados tornam-se capazes de atravessar todas as fases do desenvolvimento emocional, sem grandes dificuldades e, dessa forma, a base da personalidade estará sendo bem assentada. O *holding* (Winnicott, 1984/2022) é também descrito como uma fase em que a mãe: protege contra a agressão fisiológica; leva em conta a sensibilidade cutânea do filho; inclui a rotina completa do cuidado dia e noite adequada a cada bebê; e segue as mudanças instantâneas do dia a dia que fazem parte do crescimento físico e psicológico. Nas palavras do autor: “O *holding* tem muita relação com a capacidade da mãe de identificar-se com o seu bebê. Um *holding* satisfatório é uma porção básica de cuidado, só experimentada nas reações a um *holding* deficiente” (Winnicott, 1965/2001, p. 26-27).

Winnicott (1965/2001) sugere que uma criança que não é suficientemente segura, atravessada por um *holding* deficiente, pode experimentar algumas sensações devastadoras como: o despedaçamento, estar caindo num poço sem fundo, um sentimento de que a realidade exterior não pode ser utilizada para um conforto interno. Essas ansiedades são classificadas como psicóticas por Winnicott (1965/2001) e agrupadas no conjunto de ansiedades inimagináveis, que ocorrem num período da vida em que o bebê ainda não responde por uma unidade.

Ao atender os cuidados básicos com o bebê na fase de dependência, a mãe deve satisfazer as necessidades somáticas e psíquicas do bebê. Isso significa satisfazer suas necessidades do corpo (como ser levantado, colocado de lado, aconchegado, etc) e, em seguida, garantir a satisfação de um tipo de necessidade muito sutil, que é a de sentir a presença constante da mãe através da transmissão da vivacidade, dos sons e dos cheiros. Assim, permite-se ao bebê sentir confiança no ambiente.

O bebê aconchegado e acolhido na fase da dependência absoluta, cria a capacidade de tolerar o distanciamento e de entender que, assim como a mãe cuidou dele no passado, ela irá atendê-lo no futuro. Desse modo, a noção de temporalidade passa a ser uma aquisição do

desenvolvimento emocional primitivo, na passagem da dependência absoluta para a fase seguinte, a da dependência relativa. Dias (2003/2007) acrescenta que o *holding* trata da sustentação da situação no tempo, ele está associado à tarefa da integração no espaço tempo, ou seja, conforme o bebê é segurado de maneira constante e satisfatória, ele vai adquirindo a noção de temporalidade e previsibilidade.

A noção de *holding* fica, assim, associada a uma conquista fundamental do amadurecimento: a integração. Conforme afirma Winnicott, “À medida que o *self* se constrói e o indivíduo se torna capaz de incorporar e reter lembranças do cuidado ambiental, e portanto de cuidar de si mesmo, a integração se transforma num estado cada vez mais confiável” (Winnicott, 1988/1990, p. 137).

O *handling*, por sua vez, é conceituado como o manejo da criança e diretamente associado com a tarefa da integração psicossomática. Esta função materna não é apenas uma questão técnica de cuidados corporais, mas um processo que promove a conexão entre psique e soma, favorecendo o desenvolvimento de uma experiência integrada de si mesmo. O modo como o corpo é manipulado nas interações iniciais contribui para a construção do senso de realidade, da coordenação motora e da capacidade de sentir prazer no funcionamento do corpo. Quando o manejo é inadequado, entretanto, podem surgir dificuldades que comprometem tanto a vivência do corpo como um lugar de habitação da psique quanto a possibilidade de existir e sentir-se real. Essas dificuldades, se mantidas, podem levar à falha na integração psicossomática. Segundo Winnicott:

A manipulação facilita a formação de uma parceria psicossomática na criança. Isso contribui para a formação do sentido do “real”, por oposição ao “irreal”. A manipulação deficiente trabalha contra o desenvolvimento do tônus muscular e da chamada “coordenação”, e também contra a capacidade de a criança gozar a experiência do funcionamento corporal, e de SER. (Winnicott, 1965/2001, p. 27)

O manejo - o *handling*, no contexto do cuidado materno, refere-se a um aspecto particular do *holding*, relacionado aos cuidados físicos e ao manuseio da criança, quando segura. Por meio de uma comunicação não verbal entre a mãe e o bebê, a cuidadora segura e manipula o corpo da criança de maneira que lhe proporcione conforto e satisfação, como afirma Winnicott: “O bebê não ouve ou registra a comunicação, mas apenas os efeitos da confiabilidade; é algo que se registra no decorrer do desenvolvimento” (Winnicott, 1987/2012, p. 87). Para que o bebê desfrute da confiabilidade, é preciso que a mãe adapte os

seus movimentos aos do seu filho. Winnicott exemplifica essa capacidade de adaptação da própria motilidade através do ato de embalar a criança, que deve ser feito por meio de um manejo cuidadoso e atento: “Embalar é uma garantia contra a despersonalização, ou rompimento da combinação psicossomática” (Winnicott, 1987/2012, p. 89). Assim, o manejo cuidadoso do corpo do bebê é essencial para a consolidação da integração psicossomática, garantindo a continuidade da experiência de ser.

A terceira característica do cuidado materno é a apresentação dos objetos que se insere dentro do contexto de uma apresentação constante do mundo para o bebê. Isso não se dá por pensamento nem por um manejo mecânico, mas por um cuidado contínuo e sensível, realizado por uma pessoa que se apresenta de forma consistente em sua relação com a criança. Para Winnicott, “a mãe suficientemente boa é aquela capaz de satisfazer as necessidades do bebê no início, e satisfazê-las tão bem que o bebê, em sua saída da matriz do relacionamento mãe-bebê, seja capaz de ter uma breve experiência de onipotência” (Winnicott, 1962/2022, p. 71). Essa experiência inicial sustenta a ilusão de onipotência, na qual o bebê acredita criar o mundo que lhe é apresentado, e os objetos desse mundo mágico são denominados de objetos subjetivos (Winnicott, 1971/1975).

No desenvolvimento saudável, essa realidade subjetiva se transforma progressivamente na realidade objetiva. A transição do mundo subjetivo para o mundo objetivo ocorre por meio dos objetos e fenômenos transicionais (Winnicott, 1971/1975), que representam a passagem entre o mundo interno e o externo. Segundo Winnicott, “trata-se de uma continuação daquela tarefa que a mãe normal permite que seu filho empreenda: por meio de uma adaptação muito delicada ela oferece seu seio, mil vezes se for preciso, no exato momento em que a criança está pronta a criar algo semelhante ao seio oferecido” (Winnicott, 1965/2001, p. 210). Assim, a função materna de apresentação de objetos requer sensibilidade para ajustar a oferta ao ritmo do bebê, permitindo que ele, gradualmente, se aproprie do mundo externo sem se sentir sobrecarregado ou desamparado.

A apresentação de objetos ou “realização” (isto é, o tornar real o impulso criativo da criança) dá início à capacidade do bebê de relacionar-se com objetos. As falhas nesse cuidado bloqueiam ainda mais o desenvolvimento da capacidade da criança de sentir-se real em sua relação com o mundo dos objetos e dos fenômenos. (Winnicott, 1965/2001, p. 27)

A citação de Winnicott sublinha a importância da apresentação de objetos para o desenvolvimento emocional da criança. Ao tornar real o impulso criativo do bebê, a mãe não apenas facilita o relacionamento da criança com o mundo externo, mas também contribui para a construção da sensação de realidade do próprio corpo e do *self*. Quando a mãe apresenta objetos de maneira sensível e adequada, ela ajuda o bebê a perceber a continuidade entre o mundo interno e o externo, permitindo-lhe experimentar sua própria existência de forma coesa e integrada. No entanto, como Winnicott alerta, as falhas nesse cuidado podem prejudicar esse processo de maneira significativa.

Nesse sentido, uma palavra que sintetiza os efeitos das funções maternas no desenvolvimento psicossomático é a confiabilidade. O bebê pode habitar o próprio corpo na medida em que se sente sustentado pelo ambiente, bem manuseado e inserido em um mundo que lhe é apresentado em pequenas doses. Essa apropriação do mundo, associada à criação das próprias percepções, possibilita que a personalidade se forme e que cada ser humano personalize seu próprio corpo de maneira única.

A partir do exposto, no caso de Jorge, podemos pensar que as falhas ambientais poderiam apontar para uma relação instável de sua mãe para com ele na fase da dependência absoluta. Isso nos faz refletir que a mãe do paciente poderia ter tido dificuldades em gerar a confiabilidade e a previsibilidade na forma como sustentou e manipulou Jorge ainda bebê. O paciente apresentava, nas sessões, um distanciamento da figura materna, a qual dizia representar um mistério para ele. Pelo que ele conhecia da mãe, esta parecia ser uma mulher muito fechada, que não gostava de ser exposta, e que vivia chorando pelos cantos da casa. Ela não gostava de sair à rua, nem de ser vista pelos vizinhos e parou de trabalhar ainda jovem.

Como dissemos, o paciente sabia muito pouco sobre a mãe e falava pouco da mesma, o que nos permite elaborar hipóteses, apenas, sobre a relação entre mãe e filho e a forma como a cuidadora pode ter vindo a manter um padrão de falhas nas funções maternas. Essas falhas, especialmente no *holding* e no *handling*, podem dificultar o processo de integração psicossomática, se manifestando de diferentes formas no funcionamento psíquico e corporal do paciente.

No caso de Jorge, as crises de labirintite sem explicação exclusivamente biológica parecem apontar para momentos de desintegração psicossomática (ou despersonalização), em que a falha no sentimento de unidade psicossomática se expressa sob a forma de

desorientação e instabilidade. Diante desse cenário, um funcionamento excessivamente mental emerge como tentativa defensiva de manter um mínimo de coesão, afastando-se das sensações corporais e das vivências afetivas. Esse distanciamento da vida pessoal pode ser compreendido como um movimento de proteção contra a angústia de fragmentação, proveniente das ansiedades inimagináveis ao mesmo tempo que o perfeccionismo e a constituição de um falso *self* garantem uma adaptação funcional, mesmo à custa de uma autenticidade emocional reduzida. Assim, os sintomas de Jorge podem ser pensados como tentativas de manejar, a seu modo, as consequências das falhas ambientais precoces, evidenciando a importância da sustentação materna na boa fruição da existência psicossomática e, posteriormente, na integração psicossomática, o que não ocorreu.

2.3 Estados tranquilos e estados excitados

No caso de Jorge, a grande resistência ao descanso, acompanhada pelo trabalho incessante e pela autocobrança parecem ser manifestações de proteção contra a angústia de fragmentação, devido à instabilidade do cuidado na fase da dependência absoluta. Para compreendermos como essa relação de Jorge com o repouso pôde vir a se constituir enquanto uma relação patológica, adentraremos nas nuances dos estados tranquilos e excitados do desenvolvimento emocional primitivo.

Como comentamos, a integração psicossomática ocorre a partir de dois conjuntos de experiências: os cuidados externos auferidos ao bebê e as experiências instintivas que tendem a formar a personalidade a partir de dentro. Winnicott relaciona esses dois conjuntos de experiências com os estados tranquilos e de excitação da criança pequena. Os períodos de excitação são determinados pelos instintos e o bebê deve ser estimulado pelo ambiente quando está agitado, disposto a brincar e a interagir. Os períodos de não-excitação, por sua vez, acontecem no intervalo que ocorre entre uma excitação e outra e referem-se ou à preparação para a satisfação do instinto, ou à tentativa de mantê-lo confinado ou à dramatização de uma fantasia (Winnicott, 1988/1990). Expliquemos.

Ambos os estados tranquilos e excitados surgem dos instintos, ora da necessidade de movimento, ora da necessidade de quietude. Notamos que, desde o início da vida, faz parte da existência psicossomática uma alternância sutil e equilibrada entre a excitação e a não-excitação. Assim, as experiências instintivas que tendem a formar a personalidade a partir

de dentro devem permear sensações de repouso e de estímulo, que só podem ser vividas, num momento inicial e de dependência absoluta, por meio de uma mãe capaz de adaptar o ambiente ao seu bebê, correspondendo aos estados tranquilos e aos estados excitados.

A mãe suficientemente boa deve estar atenta aos sinais de seu bebê e deve estar disponível para conhecê-lo, entendendo as manifestações dos estados de excitação e dos estados de repouso. Os cuidados maternos devem satisfazer a excitação por meio das brincadeiras, da amamentação, de uma interação mais ativa, de cócegas, de risadas, sorrisos expressivos e caretas. De modo igual, devem satisfazer a não-excitação por meio do silêncio, de carícias tranquilas, da indução ao sono, do olhar calmo, e do manuseio cauteloso.

A junção dessas experiências permite com que a elaboração imaginativa das funções corpóreas vá dando significado às sensações que o bebê tem quando estimulado ou acolhido e vá conferindo consistência também à satisfação dos impulsos mais diversos. Dessa forma, a criança pequena vai incorporando à sua personalidade os estados tranquilos e excitados. Winnicott relaciona os estados de integração e não integração aos estados excitados e tranquilos, respectivamente (Winnicott, 1945/2021). Ou seja, os estados de busca pela integração correspondem à excitação e os estados de retorno à não integração correspondem à quietude, ao descanso.

Winnicott considera que não se pode dizer que o bebê esteja consciente desde o início, tampouco que ele seja o mesmo dos estados tranquilos e dos estados excitados. De igual maneira, no início da vida não há uma integração entre a criança que dorme e a criança acordada, pois essa integração ocorrerá no decorrer do tempo.

Acredito que não se pode dizer que o bebê esteja consciente desde o início de que, enquanto sente isto e aquilo, deitado no berço ou desfrutando a estimulação de sua pele no banho, ele é o mesmo que ainda há pouco berrava por satisfação imediata, possuído pela urgência de agarrar e destruir algo a não ser que seja satisfeito pelo leite. (Winnicott, 1945/2021, p. 291)

Os estados excitados podem ser resumidos pela expressão da busca e do anseio em si mesmos, portanto, tem uma relação direta com a tarefa do início do contato com a realidade. Os estados tranquilos, por sua vez, podem ser entendidos como o momento de pausa que possibilita a busca e o anseio. Estes estados têm relação direta com as tarefas de integração e integração psicossomática e dependem, para tal, da adaptação materna ao ritmo do bebê. A existência de um padrão de falhas maternas em propiciar a não excitação (fundamental para

que o bebê transite entre a integração e a não integração) pode levar à despersonalização e, portanto, ao desencadeamento de um distúrbio psicossomático.

Dito isso, o que acontece quando o bebê não vive um estado de excitação? Nos estados tranquilos, a criança pequena se encontra relaxada, está apenas descansando em um estado de não integração, no qual não precisa ter nenhum conhecimento sobre o ambiente. Este estado de quietude é fundamental para a construção e o enriquecimento do mundo interno, pois, só a partir disso que o mundo pode ser sentido como real e a percepção de que o sujeito habita o próprio corpo pode ser alcançada. Assim, essa é a matriz da capacidade de estar só na presença de alguém. Essa nos parece ser uma formulação essencial para a compreensão da integração psicossomática: a necessidade de quietude, que no início, deve ser promovida pelo ambiente. Vemos aqui que, desde o início da vida, é preciso que haja uma transição entre a não-integração e a integração. No entanto, essa conquista só pode ser atingida por uma mãe que sustente a situação no tempo para o seu bebê e favoreça a transição gradual entre os estados tranquilos e excitados, através de um manuseio atento e cauteloso.

Através de um exemplo clínico de Winnicott (1948/2021), podemos enxergar essa função materna realizada pelo trabalho do analista. No desenrolar das ações, ele alcança a possibilidade de favorecer um ambiente seguro para a não-integração do paciente se manifestar e, posteriormente, a integração emergir.

Trata-se de um caso clínico de um garoto adolescente que deseja ir ao psiquiatra e os pais o levam a Winnicott, que faz uma anamnese detalhada com os responsáveis e, na entrevista com o menino, percebe-o “deprimido e com moleza” (Winnicott, 1948/2021, p. 318). O psicanalista relata não fazer nenhum esforço para que o garoto se abra e, cerca de uma hora depois, não consegue nada do adolescente. No entanto, o contato seguinte é feito por telefone, o paciente liga para o analista e pergunta se ele poderia atendê-lo no dia seguinte. Winnicott afirma que: “Eu sei que devo fazê-lo pois o gesto partiu dele, e ponho de lado todo o resto a fim de ajustar-me a ele” (Winnicott, 1948/2021, p. 319). Como consequência, na próxima sessão, o psicanalista refere encontrar com um menino bem diferente, que o usa de maneira notável e, em uma ou duas horas, faz o que o autor chama de uma análise em miniatura. Winnicott entende que a isso seguiram-se resultados consideráveis, mais do que teria sido possível alcançar em várias semanas de uma análise regular nessa fase.

O autor destaca que o mais importante na entrevista foi justamente o fato de ele não ter demonstrado nenhuma pressa em obter uma resposta do paciente, e se coloca disponível ao final desta sessão, dizendo que esperava vê-lo de novo algum dia. Com esta vinheta clínica podemos enxergar que o analista favoreceu um ambiente tranquilo e não intrusivo para o paciente em sua primeira sessão, sem bombardeá-lo de perguntas ou insinuações que poderiam ser intrusivas e gerar uma reação. Entendemos que a postura paciente e disponível do analista possibilitou um momento de pausa e respeito à condição do adolescente, que contribuiu para o momento futuro de busca pelo retorno ao consultório.

Percebemos que o paciente transitou entre um momento de não excitação, no qual não quis se abrir com o analista, se mostrando deprimido e com moleza (em que o analista sustentou essa situação no tempo, favorecendo o espaço para a pausa), e um momento posterior de busca pelo analista, no qual estava mais ativo e comunicativo e em que o profissional se adaptou à demanda. Também podemos ver o manejo do analista neste caso clínico através da forma como Winnicott lida com o paciente: mais reservado, num primeiro momento, e mais ativo, num momento posterior. Dessa forma, ao nosso ver, Winnicott agiu de modo a proporcionar um ambiente seguro para a manifestação da não-integração do paciente e, posteriormente, a permitir o surgimento da integração.

No caso de Jorge, por outro lado, observamos que sua relação com os estados tranquilos e excitados revela um desequilíbrio significativo. Sua incessante busca por produtividade, evidenciada pela leitura compulsória e pela sensação constante de que seus esforços no trabalho nunca eram suficientes, demonstra uma dificuldade em tolerar os momentos de não excitação. Jorge parecia incapaz de sustentar momentos de repouso de forma espontânea, necessitando ser forçado a parar apenas quando acometido pelas crises de labirintite. Nesse sentido, sua dificuldade em "ficar quieto" pode ser compreendida como uma falha na construção de um ambiente interno suficientemente seguro para os estados tranquilos emergirem naturalmente. A ausência dessa alternância equilibrada entre excitação e não-excitação pode indicar um comprometimento na integração psicossomática, fazendo com que o descanso fosse vivido não como uma experiência de reequilíbrio, mas como uma ameaça, que somente se impunha de forma abrupta e sintomática.

2.4 Espontaneidade x reatividade

O caso clínico de Winnicott descrito acima parece indicar uma oposição entre dois fenômenos que podem favorecer ou não a integração psicossomática: o gesto espontâneo e a reatividade. Winnicott aponta que um ambiente insuficiente falha em adaptar-se às necessidades da criança pequena, tais quais a transição entre os estados tranquilos e os estados excitados, e transforma seus estímulos (ou falta deles) em uma intrusão: “Um ambiente ruim é ruim porque, ao falhar em se adaptar, transforma-se numa intrusão à qual o psicossoma (ou seja, o bebê) terá de reagir. Essa reação perturba a continuidade do seguir sendo do novo indivíduo” (Winnicott, 1949/2021, p. 411).

No caso do garoto adolescente, pudemos perceber que o menino não se sentiu obrigado a reagir, devido a possíveis intrusões do analista na entrevista inicial. De maneira oposta a isso, o paciente apresentou um gesto espontâneo, que partiu dele mesmo, após uma situação de espera e disponibilidade do profissional. No caso de Jorge, entretanto, o que vemos é um adulto que parece habitar um estado de reatividade constante e que não descansa, o que dificulta, por sua vez, a emergência de gestos espontâneos. Na medida em que o continuar a ser pode ser interpretado como um sinônimo de saúde, um padrão de interrupções nessa continuidade, por sua vez, é entendido como trauma para a psicanálise winnicottiana (Winnicott, 1949/2021).

Podemos dizer que o mais importante é o trauma representado pela necessidade de reagir. A reação, nesse estágio do desenvolvimento humano, implica uma perda temporária de identidade. Isso provoca um senso extremo de insegurança, e lança a base para a expectativa de novos exemplos de perda da continuidade do *self*, e mesmo de uma esperança congênita (embora não herdada) quanto à possibilidade de alcançar uma vida pessoal. (Winnicott, 1949/2021, p. 342)

Se um padrão de falhas é mantido na fase de dependência absoluta, como abordado na citação acima, os fundamentos para construção de uma vida pessoal são afetados, e inicia-se um padrão de reatividade do bebê. Winnicott afirma que um bebê que está reagindo não está sendo. Isso significa que a necessidade de reatividade a um padrão de intrusões não permite à criança pequena desfrutar da espontaneidade e dos períodos de não integração. Essas ideias são expostas na seguinte passagem:

Todos os processos de um bebê vivo constituem um “continuar a ser”, uma espécie de plano ou modelo para a existência. A mãe que é capaz de se dedicar, por um período, a essa tarefa natural, é capaz de proteger o continuar a ser de seu bebê. Qualquer

intrusão, ou falha de adaptação, causa uma reação no bebê, e essa reação quebra o continuar a ser do bebê. (Winnicott, 1963/2022, p. 109)

Nesse sentido, se o padrão de vida de um bebê é reagir a intrusões, ocorre uma perturbação grave na tendência natural de se tornar uma unidade integrada, personalizada, capaz de ter um *self* com passado, presente e futuro. No caso de um padrão de cuidado satisfatório, o funcionamento mental surgirá a partir do gesto espontâneo do bebê como uma tentativa ainda prematura de entender o ambiente, devido às falhas suportáveis. Neste contexto, “a mente não usurpa as funções do ambiente; ela permite a compreensão e por vezes até mesmo o aproveitamento de suas falhas relativas” (Winnicott, 1949/2021, p. 413).

Observa-se a menção acima de Winnicott ao que acontece com a mente num cenário suficientemente bom. Podemos pensar exatamente o oposto em relação a Jorge. O seu funcionamento excessivamente mental tentava dar conta do ambiente e parecia passar por cima das outras possibilidades da psique. Em *A mente e sua relação com o psicossoma* (1949/2021), Winnicott discute a maneira como o padrão de falhas ambientais pode levar a uma hiperatividade do funcionamento mental, como a que vemos em Jorge:

Aqui, no crescimento excessivo da função mental em reação a uma maternagem errática, percebemos que surge uma oposição entre a mente e o psicossoma, pois em reação a esse estado ambiental anormal o pensamento do indivíduo assume o poder e passa a coordenar os cuidados dispensados ao psicossoma, enquanto na saúde é o ambiente que se encarrega de fazê-lo. (Winnicott, 1949/2021, p. 413)

O processo gradual no qual o ser humano torna-se capaz de cuidar de si mesmo deveria pertencer a estágios posteriores do desenvolvimento emocional. Como já abordamos, no primeiro capítulo, a mente surge como uma especialização da parte psíquica do psicossoma. Essa especialização, portanto, deveria surgir como uma tolerância tanto às necessidades do ego, quanto à tensão dos instintos, na saúde. Entretanto, quando não há um padrão de cuidados suficientemente bons, o funcionamento mental passa a existir por si mesmo, numa tentativa de substituir a mãe dedicada comum e tornando-a desnecessária (Winnicott, 1949/2021). Winnicott aponta que a psique é “seduzida” (Winnicott, 1949/2021, p. 414) para transformar-se nessa mente que opera excessivamente, rompendo o relacionamento que havia entre a psique e o soma.

Assim, forma-se um conjunto psique-mente, que é patológico. Na experiência clínica, Winnicott (1949/2021) refere que pessoas que sofrem deste quadro patológico relatam um

cansaço da atividade mental e o desejo de não ter uma mente acompanhados de uma não relação entre a psique-mente e o corpo do sujeito. Por vivenciarem um padrão de reações a intrusões ambientais, uma quantidade crescente de reação à intrusão que perturba a continuidade do psicossoma passa a ser esperada e este tipo de funcionamento mental configura uma sobrecarga para o psicossoma. Introduce-se aqui a ideia de um modo falso de existir, o falso *self*:

(...) Desse modo, e trata-se essencialmente de um modo falso, o indivíduo acaba por sentir-se responsável pelo ambiente ruim sobre o qual, na verdade, não lhe cabe responsabilidade; se soubesse disso, ele teria todo o direito de culpar o mundo por ter perturbado a continuidade de seu processo inato de desenvolvimento antes que o psicossoma estivesse suficientemente organizado para poder amar ou odiar. (Winnicott, 1949/2021, p. 416)

Aliada a uma existência falsa, outra característica que ocorre na dissociação entre psique-mente e o soma é a falsa localização da mente na cabeça, embasada pela ideia de que a mente seria igual ao cérebro. No entanto, como já comentamos, a elaboração imaginativa das funções do corpo não é localizada, ela não pode ser restringida a apenas uma parte do corpo. Na experiência de dissociação, a equivalência entre mente e cérebro pode vir a constituir-se como uma causa importante para a dor de cabeça como sintoma da hiperatividade da mente. Curiosamente, as crises de labirintite de Jorge apontavam para dores de cabeça muito fortes e para a sensação do mundo girar, que o obrigavam a repousar. Assim, o seu funcionamento mental excessivo, que pode ter vindo a constituir uma psique-mente, parece gerar uma sobrecarga para o psicossoma que, cansado da atividade mental, se sente atacado e obrigado a descansar como se estivesse doente.

2.5 As falhas na integração

2.5.1 Falso *self*

Para Winnicott (1960/2022), o verdadeiro *self* está ligado à espontaneidade e ao gesto autêntico do bebê. Quando a mãe não é suficientemente boa e não responde ao gesto espontâneo da criança, esta se adapta às exigências externas e constroi um falso *self*, como um mecanismo de defesa para sobreviver ao ambiente. Assim, em vez de se expressar genuinamente, a criança aprende a responder ao mundo de forma artificial, ocultando sua experiência interna.

O caso clínico de Jorge nos faz pensar em como o falso *self* pode se tornar um complexo aspecto da personalidade. Winnicott propõe que o falso *self* distanciaria o sujeito da criatividade e da espontaneidade. Em exemplos de funcionamento do falso *self*, o *self* verdadeiro fica tão bem escondido que a espontaneidade não é um aspecto das experiências vividas pelo bebê. O que vemos, num primeiro momento com Jorge, é uma pessoa repleta de inspiração que cria, a partir de sua espontaneidade, diversas composições e pinturas. Mas aquilo que aparece como criatividade na atividade artística de Jorge é diferente do que Winnicott concebe como espontaneidade e criatividade esperadas de uma pessoa saudável. O paciente não apresentava a mesma criatividade e espontaneidade para lidar com os relacionamentos íntimos, com a ausência da mãe, com os conflitos familiares e com seus próprios conflitos internos.

Deparamo-nos com uma lacuna, uma cisão no que se refere a essa habilidade no campo artístico e no campo pessoal, pois Jorge demonstrava um certo terror ao entrar em contato com o seu verdadeiro eu. Em Jorge, uma análise winnicottiana aponta para a ideia de que sua atividade artística surge como uma reação, uma falsa espontaneidade, voltada para o trabalho e para a construção de um mundo falso que evita o contato com o verdadeiro *self*. Seu falso *self* muito bem organizado escondia esse verdadeiro eu, frágil e inseguro, por meio de um conhecimento racional culturalmente vasto.

Em Jorge, também podemos ver que a hiperatividade da mente se apropria das outras funções da psique, como o fantasiar e o sentir. Winnicott (1960/2022) afirma que a tentativa de resolver um problema pessoal pelo uso de um intelecto apurado desencadeia um quadro clínico que pode ser altamente enganoso. Segundo o psicanalista:

Um risco particular se origina da ligação razoavelmente frequente entre abordagem intelectual e falso *self*. Quando um falso *self* se torna organizado em um indivíduo com grande potencial intelectual, há uma forte tendência para a mente se tornar o centro do falso *self*, e nesse caso se desenvolve uma dissociação entre a atividade intelectual e a existência psicossomática. (Winnicott, 1960/2022, p. 182)

Jorge mostra claramente uma dissociação entre a atividade intelectual e o psicossoma. Agora, podemos compreender que as crises de labirintite, vivenciadas como “ataques” pelo paciente, têm um papel crucial na dinâmica entre seu falso *self* e seu verdadeiro *self*. Sem uma explicação fisiológica definida, essas crises forçam-no a parar, criando um raro momento de descanso. Essa interrupção corporal, que poderia ser vista como um colapso físico

involuntário, parece refletir uma tentativa do corpo de restaurar um equilíbrio perdido. No contexto da dissociação entre a atividade intelectual e a existência psicossomática, podemos supor que essas crises sejam uma manifestação da tensão entre a exigência de constante produtividade e o controle do falso *self*, por um lado, e a vulnerabilidade do verdadeiro *self*, que precisa de descanso, pausa e reconhecimento de sua fragilidade.

Nesses momentos de repouso forçado, Jorge se tornava mais sensível, recluso e esgotado. As crises representariam uma oportunidade para o verdadeiro *self* de emergir - de forma temporária e forçada, mas ainda assim significativa. Ousamos pensar que esse espaço de pausa, ainda que marcado pela dor e pelo desconforto, poderia ser uma das poucas ocasiões em que Jorge se permitia existir de forma mais autêntica, livre das pressões externas e da constante hiperatividade intelectual que dominavam sua experiência cotidiana.

Para Winnicott (1960/2022), o falso *self* pode ser criado a partir da identificação com alguma figura que cuidou da criança pequena, assim, acreditamos que Jorge possa ter tido contato em sua infância com alguém, em especial, ou com diferentes figuras, que forneceram a direção daquilo que ele veio a se tornar - uma pessoa bem sucedida, curiosa, dedicada, *workaholic* e perfeccionista. Como afirma Winnicott: “Quando o grau de cisão na personalidade do bebê não é tão grande, a imitação pode proporcionar uma certa vivência quase pessoal, e pode até ser possível para a criança representar um papel especial, o do *self* verdadeiro tal como ele seria se tivesse tido existência” (Winnicott, 1960/2022, p. 186). Vemos que não se trata, em Jorge, de um grau severo de cisão de personalidade, afinal ele era um adulto que poderíamos considerar bem adaptado à sociedade, com um relativo sucesso. É nesse sentido que Winnicott sugere que a imitação de alguma figura importante da infância proporciona meios para a construção do falso *self*.

Assim, podemos concluir que o falso *self* pode ser visto como uma defesa. No entanto, essa defesa surge num momento muito inicial da vida, definida por Winnicott como uma defesa contra o que seria inimaginável: “a exploração do *self* verdadeiro, resultando em sua aniquilação” (Winnicott, 1960/2022, p. 186).

2.5.2 As ansiedades inimagináveis

Por último, é importante mencionar a existência de ansiedades inimagináveis como uma consequência da falha da integração, tanto quanto a organização de um falso *self*, como vimos acima.

As ansiedades inimagináveis (Winnicott, 1962/2022) correspondem ao medo da aniquilação, que é diferente de medos ou angústias comuns, pois surge antes da constituição de um *self* capaz de elaborar experiências subjetivas. Winnicott descreve algumas formas dessa vivência primitiva, como: sensação de despedaçamento, queda sem fim, falta de orientação espacial e desconexão total com o próprio corpo.

No estágio inicial da vida, quando o bebê ainda não está integrado, ele parte da não integração para atingir a conquista da integração. Nesse momento, ainda não existe um eu que possa ser frustrado por experiências ambientais, pois o bebê não diferencia o mundo interno do externo. É nessa medida que a ansiedade inimaginável se manifesta como o medo da aniquilação da continuidade do ser, e não de um eu consciente de suas experiências subjetivas.

No caso de Jorge, suas crises de labirintite podem ser interpretadas à luz dessa teoria, especialmente pela perda da orientação espacial e pela sensação de desconexão corporal. Apesar de seu aparente funcionamento adaptado e bem-sucedido, sua experiência subjetiva revela rupturas significativas em seu desenvolvimento emocional. Seu falso *self* se organizou como uma defesa contra essas falhas ambientais iniciais, mas seu corpo ainda manifesta sinais desse processo.

Podemos pensar, então, que o distúrbio psicossomático se configura quando a psique não consegue sustentar sua relação com o soma, e essa cisão pode se manifestar em sintomas físicos sem explicação orgânica. No caso de Jorge, essa separação se expressa tanto no funcionamento mental excessivamente intelectualizado quanto nas crises de labirintite, que emergem como um colapso temporário de sua organização defensiva.

Em síntese, neste capítulo, exploramos a inter-relação entre psique e soma no desenvolvimento emocional primitivo, abordando os requisitos para a integração psicossomática e o papel fundamental das funções maternas para essa conquista. Discutimos como a falha na integração pode levar ao desenvolvimento do falso *self* e à emergência de ansiedades inimagináveis. Com o caso clínico de Jorge, vimos como essas falhas podem se manifestar na vida adulta, comprometendo sua saúde mental e física. Essa análise nos permitirá aprofundar, no próximo capítulo, as nuances do distúrbio psicossomático e suas

implicações clínicas, investigando como a cisão e a dissociação entre psique e soma se expressam em outros pacientes.

Capítulo 3

Distúrbio psicossomático

Vimos que o caso de Jorge, discutido no segundo capítulo, poderia se constituir enquanto um caso de distúrbio psicossomático. No entanto, o seu tempo de análise foi curto e não conseguimos mergulhar em determinadas questões para consolidar essa hipótese diagnóstica. Mesmo assim, destacamos a presença dos mecanismos de defesa da cisão e da dissociação que definem o distúrbio psicossomático, segundo Winnicott (1966/1994). Parece-nos que o grau de cisão de Jorge não era tão grande, uma vez que ele era um adulto, aparentemente, adaptado à sociedade, bem como apresentava um falso *self* rigidamente construído. No capítulo anterior, não foi possível compreendermos exatamente o que Winnicott entende por cisão e dissociação no distúrbio psicossomático. Assim, neste capítulo, finalmente adentramos as nuances do distúrbio psicossomático, trazendo casos clínicos que apresentam graus de cisão e de dissociação mais severos do que os encontrados em Jorge para discutirmos as diferenças de sintomas e as semelhanças clínicas entre as manifestações do distúrbio em questão.

O único trabalho em que Winnicott escreve diretamente sobre o distúrbio psicossomático, enquanto tema principal, é o texto *Transtorno Psicossomático* (Winnicott, 1966/1994), no qual apresenta uma concepção original acerca da patologia numa época em que sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo já estava consolidada e ele apresentava uma visão mais madura das temáticas que se propunha a discutir. Apesar desse texto ter sido publicado na década de 1960, vemos que a temática do distúrbio psicossomático já vinha sendo discutida (de maneira lateral) em trabalhos anteriores de Winnicott.

Sua primeira menção a esta patologia ocorreu na década de 1930, com a publicação de *Psiquiatria infantil: o corpo enquanto afetado por fatores psicológicos* (Winnicott, 1931/1997). Também encontramos referências relevantes em trabalhos posteriores a este, dos quais destacamos: *A mente e sua relação com o psicossoma* (Winnicott, 1949/1989), *O brincar e a realidade* (Winnicott, 1951/1975) e *Natureza Humana* (Winnicott, 1988/1990). Em *Psiquiatria infantil: o corpo enquanto afetado por fatores psicológicos* (Winnicott, 1931/1997), o autor apresenta a sua concepção, ainda prematura, de que haveria uma

diferença entre sintomas corporais normais e anormais associados a fatores psicológicos. Aqui, ele parece esboçar o que viria a se tornar sua teoria sobre o verdadeiro distúrbio psicossomático, em oposição aos fenômenos psicossomáticos. Em *A mente e sua relação com o psicossoma* (Winnicott, 1949/1989), Winnicott problematiza o funcionamento hiper intelectualizado e destaca o lugar da mente no distúrbio psicossomático. Em *O brincar e a realidade* (Winnicott, 1951/1975), vemos que Winnicott discute um caso clínico de dissociação primária, fundamental para a compreensão do que se entende por dissociação. Por fim, *Natureza Humana* (Winnicott, 1988/1990) é um livro que consolida a obra do autor e que apresenta diversas menções ao distúrbio psicossomático, encontramos neste livro explicações mais didáticas a respeito dos conceitos de cisão e de dissociação. Observa-se uma continuidade em sua concepção: a cada momento em que o autor afirmava aspectos de sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo, acrescentava novos elementos à compreensão do distúrbio psicossomático, avançando além do que havia proposto em 1931.

Winnicott define que o distúrbio psicossomático se constitui como um poderoso sistema defensivo, formado por cisões e dissociações. Nas palavras do autor:

A enfermidade no transtorno psicossomático não é o estado clínico expresso em termos de patologia somática ou funcionamento patológico (...), mas sim a persistência de uma cisão na organização do ego do paciente, ou de dissociações múltiplas, que constituem a verdadeira enfermidade. (Winnicott, 1966/1994, p. 82)

Aquilo que parece ser a apresentação definitiva do distúrbio psicossomático deixa dúvidas a quem se interessa pelo tema, pois o autor define o distúrbio psicossomático pela persistência de uma cisão ou de dissociações múltiplas, sem explicar exatamente ao que se refere. Poucas páginas depois, neste mesmo texto, ao falar da cisão no distúrbio psicossomático, Winnicott dirá que se trata de: “uma divisão que separa o cuidado físico da compreensão intelectual; mais importante, ela separa o cuidado da psique do cuidado do soma” (Winnicott, 1966/1994, p. 84).

Ora, se a persistência da cisão e de dissociações na organização do ego é fundamental para compreender o distúrbio psicossomático, a cisão e a dissociação se tornam os principais conceitos no estudo desta patologia. Apesar de não encontrarmos uma definição clara para estes fenômenos, a partir das proposições de Winnicott (1988/1990), parece-nos que a cisão corresponde a um mecanismo de defesa arcaico que é acionado quando algum conteúdo

intrusivo, com potencial traumático, não é passível de elaboração. Assim, esse conteúdo fica cindido, separado do ego, sem representação psíquica. A dissociação, por sua vez, parece apontar para um estado de manutenção da cisão, que é mais complexo (Winnicott, 1988/1990). Como abordaremos no tópico 3.3, além dos conceitos de cisão e de dissociação não estarem bem definidos no texto *Transtorno Psicossomático* (Winnicott, 1966/1994), Winnicott apresenta formas diferentes de compreendê-los. Através da hermenêutica dos textos, buscamos sintetizar essas noções de modo a fornecer sentido para a compreensão geral de nosso objeto em questão, o distúrbio psicossomático.

Ambos os conceitos refletem a situação singular que é a do trabalho com o distúrbio psicossomático. Loparic (2000) destaca que, ao trabalhar com o distúrbio em questão, o clínico não deve ser influenciado por apenas uma teoria unificada ou uma única abordagem, pois a patologia exige elaboração de uma equipe de autores e especialistas distintos. Nesse mesmo sentido, Laurentiis (2007), enfatiza que, mesmo com a assistência de uma equipe de profissionais bem intencionados e preparados, pode ser muito difícil lidar com a demanda do distúrbio e juntar os pedaços dissociados do paciente em uma pessoa. Galván (2007) destaca que as dificuldades no tratamento desta patologia se intensificam devido ao modelo de assistência médica atual que, baseado em um sistema de especialidades, fragmenta o cuidado, com cada profissional focado em uma parte do corpo, um sintoma ou um problema específico. Ou seja, raramente o paciente encontra uma abordagem integrada para o sofrimento psíquico que se manifesta corporalmente. Dias (2012) salienta o impacto das operações de cisão e de dissociação, presentes no distúrbio psicossomático, na clínica psicanalítica. Segundo ela, o analista deve mudar a abordagem clínica tradicional, mais interpretativa e de postura reservada, para uma clínica mais descritiva, atenta ao corpo e às experiências psicossomáticas do paciente.

Para compreender a ideia de Winnicott de uma separação entre cuidado físico e compreensão intelectual e cuidado da psique e cuidado do soma, que acompanha a cisão e as múltiplas dissociações, vamos acompanhar seu pensamento a partir de situações clínicas que ele mesmo descreve.

Winnicott⁸ relata o caso de uma criança de dez anos, chamada Jenny, que apresentava colite, condição frequentemente associada a fatores emocionais. A criança fora acompanhada por ele durante um ano, período em que também era tratada por uma equipe de profissionais de diferentes especialidades. Inicialmente, Winnicott acreditava que o tratamento estava progredindo satisfatoriamente, mas percebeu que as complicações do caso permaneciam ocultas pela família, o que desafiava o seu manejo clínico. “Infelizmente, fui incapaz de perceber suficientemente cedo que a pessoa doente, neste caso, era a mãe. Era ela quem tinha a cisão essencial e a criança quem tinha a colite, mas foi esta última que me foi trazida para tratamento” (Winnicott, 1966/1994, p. 87).

O caso revelou o impacto do ambiente familiar no desenvolvimento do distúrbio psicossomático. A mãe de Jenny apresentava uma cisão significativa⁹, ou seja, Winnicott identificou na mãe um tipo de mecanismo de defesa bastante primitivo. O resultado era a projeção de aspectos inconscientes e patológicos de sua personalidade na filha, levando-a a manifestar sintomas físicos em forma de colite. Em determinado momento do tratamento, Jenny havia melhorado, e seu retorno à escola foi autorizado pela equipe médica. No entanto, repentinamente, os sintomas reapareceram, associados ao retorno da criança à escola. Posteriormente, Winnicott descobriu que a própria mãe havia ficado gravemente doente quando tinha a mesma idade da filha, sendo incapaz de ficar na escola, sugerindo uma identificação inconsciente que perpetuava a dissociação entre psique e soma, dentro da dinâmica familiar. Segundo o analista: “Eu não fazia ideia, na época, que a mãe era incapaz de permitir que a menina se sentisse bem o suficiente para ir à escola” (Winnicott, 1965/2001, p. 180).

A situação se agravou com a dispersão do tratamento entre vários profissionais e especialidades. Essa dispersão, alimentada pela necessidade inconsciente da mãe de manter a situação tal como estava, dificultava a abordagem integrada do caso. Jenny acabou submetida a uma cirurgia para remoção do cólon, momento em que Winnicott decidiu se retirar do caso,

⁸ O caso foi publicado primeiramente em *A família e o desenvolvimento individual* (Winnicott, 1965/2001) e depois em *Transtorno Psicossomático* (Winnicott, 1966/1994).

⁹ Ao se referir à “cisão essencial” (Winnicott, 1966/1994, p. 87) nos perguntamos se Winnicott estava fazendo menção à cisão do estado de solidão essencial - que é o ponto de partida da vida em que o ser humano se encontra no estado de não integração - ou se ele estaria fazendo menção à cisão essencial do caso, como a cisão fundamental. Discutiremos a questão da utilização do termo “cisão essencial” no tópico 3.3. Para análise do caso Jenny, optamos por entender que o autor apontava a cisão essencial da mãe da paciente enquanto a cisão fundamental do caso, que mantinha a criança dissociada e em tratamento.

sem saber o seu desfecho. É por esse motivo que o analista considera esse caso como exemplo de um fracasso clínico seu: “Meu erro foi tratar a criança quando a doença se achava na mãe, e a enfermidade incluía a dissociação psicossomática essencial. (...) A mãe podia ter um corpo sadio enquanto a enfermidade se encontrasse na filha” (Winnicott, 1966/1994, p. 87).

O caso de Jenny exemplifica a dinâmica do distúrbio psicossomático, no qual a doença física reflete um processo de cisão e dissociação. A fragmentação do cuidado entre diversas especialidades impediu o tratamento da verdadeira patologia - não a colite, mas uma cisão psicossomática, que funcionava como defesa diante do cuidado materno insuficiente e intrusivo. Incapaz de desfrutar de sua autonomia e de uma relação integrada com o próprio corpo, Jenny manifestava através da inflamação do cólon o que pertencia a uma desordem mais profunda. Esse desvio no reconhecimento da origem do problema ressalta a importância de uma abordagem que contemple não apenas o paciente, mas também as dinâmicas inconscientes e relacionais que sustentam o adoecimento.

3.1 A dissociação e a disseminação dos agentes responsáveis

O caso de Jenny traz à tona o desafio profissional presente no distúrbio psicossomático, marcado pela disseminação dos agentes responsáveis. A colite era um sintoma evidente no caso de Jenny, mas não o único. Para Winnicott, uma característica do distúrbio psicossomático que dificulta o manejo clínico da patologia é o fato dela se manifestar tanto na psique quanto no soma. Assim, o profissional deve tomar o cuidado de não tratar apenas de uma destas instâncias, como o que ocorreu com Jenny.

Este estado de doença no paciente é, ele próprio, uma organização de defesa com determinantes muito poderosos, e, por esta razão, é muito comum que médicos bem-intencionados e bem-informados, e até mesmo excepcionalmente bem-preparados fracassem em seus esforços para curar pacientes que tenham um transtorno psicossomático. (Winnicott, 1966/1994, p. 82)

Devido às especialidades e às particularidades de cada profissão, é possível observar uma tendência do psicólogo e do psicanalista a se concentrarem nas demandas psíquicas de determinado paciente, enquanto que o médico tenderia a se concentrar nas demandas fisiológicas e corporais. No caso do distúrbio psicossomático, é preciso nos atentarmos a essa cisão que ocorre tanto no paciente - entre psique e soma - quanto no adulto primário encarregado dos cuidados (como, por exemplo, na mãe) e também nas especialidades clínicas

envolvidas no tratamento. Assim, um dos aspectos que pode contribuir para o fracasso de um profissional é o aprofundamento demasiado em sua especialidade clínica.

É nessa medida que Winnicott propõe o manejo do distúrbio psicossomático utilizando a metáfora dos “dois cavalos”, os quais representariam a psique e o soma (Winnicott, 1966/1994, p. 82). Ele argumenta que o profissional psicossomático deve ser capaz de conduzir ambos de forma integrada, considerando tanto a psique quanto o soma. Profissionais que se concentram exclusivamente em um dos aspectos falham em lidar com a verdadeira enfermidade: as cisões e as dissociações. O ideal, segundo Winnicott, é que o profissional seja “capaz de cavalgar dois animais, com um pé em cada uma das selas e ambas as rédeas em suas hábeis mãos” (Winnicott, 1966/1994, p. 82), promovendo a articulação entre psique e soma. Essa metáfora reflete não apenas os desafios individuais de cada profissional, mas também a necessidade de uma abordagem interdisciplinar que considere a complexidade do manejo psicossomático.

No entanto, o ideal estava longe de ser atingido na década de 1960, e continua distante do que vemos na atualidade, como discutem Laurentiis (2007), Galván (2007), Ferreira (2010) e Dias (2012). Embora tenhamos hoje maior presença de equipes multiprofissionais e avanços na colaboração interdisciplinar, as áreas clínica e da saúde ainda enfrentam dificuldades para integrar plenamente psique e soma nos cuidados clínicos. Winnicott destaca os desafios enfrentados pelos profissionais no tratamento de pacientes com distúrbio psicossomático, trazendo a noção inovadora (para sua época) da “disseminação dos agentes responsáveis” (Winnicott, 1966/1994, p. 83). Esse fenômeno, segundo o autor, reflete uma característica marcante da patologia: a dissociação presente nos pacientes, que leva diferentes profissionais a se responsabilizarem por aspectos fragmentados da condição patológica, impossibilitando-os de alcançar uma visão integrada do quadro clínico.

Essa fragmentação, contudo, não é apenas uma limitação do ambiente profissional dividido em especialidades médicas, mas também uma defesa do próprio paciente. De forma inconsciente, o paciente evita que os profissionais colaborem, impedindo que cheguem ao núcleo do problema: a cisão e a dissociação. No caso de Jenny, vimos que era a mãe a pessoa doente que mantinha suas dissociações através da colite da filha e, mais do que isso, ocultava as complicações do caso, impedindo que os profissionais chegassem a uma visão integrada do quadro clínico de Jenny e de suas próprias manifestações sintomáticas.

Assim, o sistema defensivo que mantém psique e soma desintegrados permanece ativo, seja no paciente seja em pessoas envolvidas nos regimes de cuidados médicos ou psicológicos. Winnicott observa que: “Os pacientes psicossomáticos estão sempre se queixando de que seus vários médicos não cooperam, mas ficam ansiosos quando eles de fato se reúnem para debater o caso” (Winnicott, 1966/1994, p. 86). Entendemos que ampliar a compreensão desse comportamento defensivo pode ajudar os profissionais a identificar e superar as barreiras que dificultam o manejo clínico com o distúrbio psicossomático.

3.2 O cuidado insuficiente

No caso clínico de Jenny, enxergamos na relação entre mãe e filha uma série de falhas maternas que apontam para um cuidado insuficiente. Apesar de não ser um conceito formulado por Winnicott, decidimos chamar de cuidado insuficiente o cuidado brusco, insensível, intrusivo ou até negligente. Ou seja, entendemos que o cuidado não suficientemente bom, que gera intrusões das quais o bebê da dependência absoluta se vê obrigado a reagir seria portanto, um cuidado insuficiente.

Como Winnicott (1965/2001; 1966/1994) afirma que a dissociação da criança refletia a dissociação da mãe, isso nos leva a concluir que as instabilidades maternas e a falta de provisão ambiental levaram Jenny a manter-se presa a um estágio fusionado com a sua mãe, de dependência, no qual os seus estados emocionais e de saúde física dependiam dos estados da mãe. Essa condição de dependência emocional extrema, mantida devido à falta de uma base suficientemente boa, impede a criança de experimentar a continuidade do ser e de alcançar um estágio de independência relativa. Isso reflete diretamente na dificuldade de distinção entre psique e soma, consolidando a vulnerabilidade ao desencadeamento de um distúrbio psicossomático.

Quando o cuidado materno é imprevisível ou ausente, como vimos, a psique encontra dificuldades em habitar o soma, comprometendo o processo de integração psicossomática. A falha na integração psicossomática pode levar à fragmentação do sentido de unidade psicossomática, manifestando-se como distúrbio psicossomático. Assim, apesar do crescimento do corpo fisiológico, o desenvolvimento psicossomático estanca, podendo ser comparado ao de um bebê de meses de idade que ainda está passando pelos estágios de dependência absoluta e relativa. O que vemos, nesses casos, é uma maturação do corpo

anatômico dissociada da maturação psíquica. Para Winnicott, isso pode levar à despersonalização, ou seja, a uma defesa contra o alojamento da psique no corpo, como vimos também no caso de Jorge.

Assim, a ausência de uma maternagem suficientemente boa nos primeiros estágios compromete não apenas a integração psicossomática, mas também a base para a existência psíquica futura, impossibilitando a boa fruição da existência psicossomática. O padrão de falhas vivenciado no início da vida é o aspecto fundamental para o desencadeamento do verdadeiro distúrbio psicossomático, em oposição aos fenômenos psicossomáticos, lembrando que, estes últimos, correspondem às manifestações normais da inter-relação entre psique e soma numa pessoa saudável. É por esse motivo que decidimos reunir o conjunto das falhas ambientais iniciais no que chamamos de cuidado insuficiente, pois é preciso que haja um cuidado insuficiente para o desencadeamento de um distúrbio psicossomático.

Em outro caso clínico descrito por Winnicott (1966/1994), é possível observar como a busca constante por diferentes agentes de cuidado pode ser uma forma de lidar com o cuidado insuficiente na infância. No caso de uma mulher de meia-idade, a qual dependia de diversos profissionais e situações para lidar com suas demandas, Winnicott relata que ela buscava apoio não apenas no analista, mas também em uma rede diversificada de pessoas e serviços. Entre eles estavam o clínico geral, o osteopata, o dermatologista, os analistas anteriores, o massagista, o cabeleireiro, o pastor e até mesmo uma garagem "muito especial" para o seu carro. Essa dispersão de recursos evidencia uma tentativa de preencher o vazio deixado por um cuidado inicial que não foi suficientemente integrador.

A paciente, cuja economia psíquica era marcada por uma desintegração ativa, organizava sua vida em torno de múltiplos profissionais e atividades de cuidado. Esse padrão não era meramente uma questão de praticidade ou de necessidade física, mas uma defesa complexa contra a ameaça de uma perda de identidade pessoal em uma fusão com a figura materna. O autor explica que a disseminação organizada de agentes terapêuticos e a dissociação múltipla de sua personalidade eram defesas que visavam proteger a paciente de um retorno à condição de dependência absoluta.

A integração, que se tornou um objetivo central de sua análise, envolveu gradualmente desfazer essas defesas. Inicialmente, a paciente não conseguia estar plenamente presente em nenhuma das interações que estabelecia. Cada agente terapêutico, cada cuidado que

organizava, era utilizado de maneira fragmentada, como partes desconectadas de uma rede de sustentação. Esse padrão defensivo refletia a dificuldade da paciente em confiar inteiramente em um único vínculo de cuidado, dada a falha materna inicial em prover uma base suficientemente boa para a continuidade de seu ser. A cisão em sua personalidade estava diretamente ligada à necessidade de preservar sua identidade pessoal, evitando uma experiência que ela vivia como ameaça de aniquilação psíquica: a fusão com a mãe. Entendemos que essa experiência de fusão não simbolizava proximidade ou segurança, mas uma sensação de desintegração de fronteiras, que, na ausência de um cuidado estável e consistente, configurava uma defesa contra a angústia de um ambiente interno e externo caótico.

A paciente em questão parecia dissociar o seu cuidado como uma forma de proteger-se e também enquanto uma forma constante de estar buscando um tipo de atenção que atenda às necessidades, por não ter desfrutado de um cuidado suficientemente bom, no início da vida. Aqui, retomamos a citação de Winnicott exposta no início deste capítulo, em que o psicanalista aponta a cisão no distúrbio psicossomático como “uma divisão que separa o cuidado físico da compreensão intelectual; mais importante, ela separa o cuidado da psique do cuidado do soma” (Winnicott, 1966/1994, p. 84). Através da experiência do que chamamos de cuidado insuficiente, no início da vida, entendemos que a elaboração imaginativa das funções somáticas pode ficar comprometida, o que leva a uma não compreensão psíquica do cuidado físico. Isso se deve, pois, o cuidado físico brusco, insensível, intrusivo ou até negligente pode levar a uma reatividade que obrigaria a criança pequena a se defender, cindindo a sua compreensão intelectual das suas funções corpóreas. O que vemos, neste caso, é um corpo fisiológico que se desenvolve sem uma elaboração psíquica. Assim, a capacidade de dar sentido e, futuramente, de simbolizar ficaria comprometida.

Também podemos entender, a partir do caso clínico e da citação acima, que a paciente pode ter sido criada por uma mãe que cuidava dela de forma cindida, dissociada - separando o cuidado físico da compreensão intelectual. Isso poderia vir a se manifestar através de um cuidado corporal que correspondesse às necessidades fisiológicas, porém, sem implicação afetiva - um cuidado do soma que é separado de um cuidado da psique. Parece-nos que essa maternagem errática foi incorporada pela paciente e, anos depois, essa cisão se manifesta na disseminação dos agentes responsáveis pelo seu cuidado. Assim, devido às intrusões

ambientais vividas precocemente, vemos que a paciente adulta ainda está presa num registro de dependência, nos quais os mecanismos de defesa que têm ao seu dispor são mecanismos muito arcaicos, como a cisão e a dissociação.

3.3 Cisão e dissociação

A ideia central do texto *Transtorno Psicossomático* (Winnicott, 1966/1994) é de que o distúrbio psicossomático é formado de cisões e dissociações, como já comentamos. No entanto, vemos uma lacuna neste texto, pois Winnicott não explica exatamente o que entende por cisão e dissociação. Encontramos em *Desenvolvimento emocional primitivo* (1945/2021), *O brincar e a realidade* (1971/1975) e em *Natureza Humana* (1988/1990) explicações do que o autor quer dizer ao fazer menção a estes fenômenos. Winnicott não deixa claro, nem mesmo nestes textos exatamente o que entende por cisão e dissociação.

Em *Natureza Humana* (1988/1990), o autor afirma que “A cisão é um estado essencial em todo ser humano, mas não é necessário que ele se torne significativo se a camada protetora da ilusão se tornou possível através do cuidado materno” (Winnicott, 1988/1990, p. 158). Ao falar da cisão enquanto um estado essencial, acreditamos que Winnicott faz menção ao estado de solidão essencial, que é o ponto de partida da existência psicossomática e, portanto, da vida, como comentamos no primeiro capítulo. Assim, neste trecho, entendemos que o autor aborda a cisão enquanto parte constitutiva da solidão essencial, num momento de não integração.

Algumas linhas depois, no mesmo texto, o autor afirma: “A cisão relativa à integração ocorre ao longo das linhas de clivagem na estrutura do mundo interno, ou de alguma clivagem percebida no mundo externo” (Winnicott, 1988/1990, p. 158). Aqui, entendemos que a cisão relativa à integração pode se manifestar por meio da desintegração, que ocorre ao longo das linhas de clivagem, seja do mundo interno ou percebida no mundo externo. Neste trecho, interpretamos que Winnicott aponta a cisão enquanto mecanismo de defesa precoce, anterior ao Complexo de Édipo, que pode se manifestar em todo o ser humano: o conteúdo do traumático, que não é passível de sentido, é cindido, clivado. Caso haja uma adaptação ambiental suficientemente boa após essa situação traumática, a cisão não necessariamente é absorvida pelo indivíduo, e o desenvolvimento pode ter sua continuidade.

Já em *Desenvolvimento emocional primitivo* (1945/2021), o autor aponta que “Nos casos extremos de cisão, muito pouco da vida interior secreta terá sido derivado da realidade externa. Ela é verdadeiramente incomunicável” (Winnicott, 1945/2021, p. 402). Aqui, Winnicott fala dos casos extremos de cisão decorrentes de um padrão de falhas ambientais no início da vida. Entendemos que, neste caso, a cisão pode se manifestar de forma severa, comprometendo a autenticidade, a comunicação entre o verdadeiro *self* e o mundo externo e a comunicação entre psique e soma. Isso significa que, na ausência de uma adaptação ativa suficientemente boa, a cisão se torna significativa, podendo tornar a raiz do verdadeiro *self* incomunicável, e desenvolvendo um falso *self* baseado na submissão, destituído de espontaneidade, responsável por relacionar-se com a realidade externa. O que nos parece ser o que ocorre no distúrbio psicossomático.

Então, apenas nesses três trechos podemos ver três formas diferentes de compreender a cisão na perspectiva winnicottiana. A primeira forma parece corresponder a um estado - o estado essencial de todo o ser humano, o ponto de partida da vida que é a não integração, ou seja, ainda não ser integrado - isso não seria necessariamente patológico. A segunda forma, por sua vez, corresponde à “cisão relativa à integração” (Winnicott, 1988/1990, p. 158) que parece fazer menção a um mecanismo de defesa precoce que acompanha a desintegração. Enfim, a terceira forma de abordar a cisão aponta para os casos extremos de cisão, nos quais pode haver ruptura entre verdadeiro *self* e falso *self* e entre psique e soma. Entendemos que, no distúrbio psicossomático, o autor parece fazer menção à segunda e à terceira forma de compreender a cisão - um mecanismo de defesa que acompanha a desintegração e que pode se manifestar de forma extrema, comprometendo a autenticidade, como vimos em Jorge.

A respeito da dissociação, em *Natureza Humana* (1988/1990), Winnicott afirma: “Gradualmente, à medida que o desenvolvimento se processa, o indivíduo pode absorver a cisão que existe na personalidade, e nesse caso o estar dividido é chamado de dissociação” (Winnicott, 1988/1990, p. 159). Entendemos deste trecho que, enquanto a cisão é um mecanismo precoce, característico de estágios primitivos da vida (que pode ocorrer pontualmente e depois ser retomado algum nível de integração), a dissociação alerta para um estado mais complexo, no qual houve a manutenção da cisão.

Segundo esta ideia, a dissociação implica uma falta de comunicação (que se mantém) entre os diversos elementos da personalidade, como entre estados de sono e vigília, sonhos

que não são lembrados ou experiências que se tornam inacessíveis à memória consciente. A dissociação pode aparecer também como ausências ou comportamentos fora do normal, ilustrando um estado fragmentado do eu. Winnicott aponta que “Dissociação é um termo que descreve uma condição da personalidade relativamente bem desenvolvida, na qual há uma excessiva falta de comunicação entre os diversos elementos” (Winnicott, 1988/1990, p. 159).

Ficamos em dúvida se, nesta citação, o autor quer dizer que a dissociação seria uma condição mais complexa, mais grave do que a cisão ou se ela seria um fenômeno que descreve uma condição da personalidade *relativamente bem resolvida*, ou seja, se ela aponta para algo menos grave do que a cisão. Essa dúvida se mantém quando, em *Desenvolvimento emocional primitivo* (1945/2021), vemos que o autor afirma o seguinte: “Por mais complexa que seja a dissociação numa criança ou num adulto, permanece o fato de que ela pode originar-se na alternância natural entre os estados de sono e vigília” (Winnicott, 1945/2021, p. 291). Aqui, Winnicott parece abordar a dissociação enquanto uma alternância natural entre o sono e a vigília, por exemplo, o que nos dá a impressão de que a dissociação seria uma condição não necessariamente patológica. Segundo esta perspectiva, a dissociação seria algo menos severo para o desenvolvimento do que a cisão.

Embora haja diferentes formas de abordar a cisão e a dissociação, optamos por compreender a cisão, no contexto do distúrbio psicossomático, como uma ruptura entre psique e soma resultante de um cuidado inicial insuficiente. Sem uma adaptação ambiental suficientemente boa, essa cisão persiste e se aprofunda, dando lugar à dissociação acompanhada da desintegração. Essa condição pode se expressar não apenas na separação entre psique e soma, mas também na divisão entre verdadeiro e falso *self* e na dispersão dos agentes responsáveis. Dessa forma, o distúrbio psicossomático pode ser entendido como a manutenção dessa cisão, manifestando-se na fragmentação entre psique-mente e psicossoma ou na oscilação entre verdadeiro e falso *self*.

A desintegração característica do distúrbio psicossomático aponta para uma quantidade de caos enquanto parte da constituição do eu. Isso se deve pois, a cisão e a dissociação emergem num cenário caótico no estágio de dependência absoluta, onde não há previsibilidade. Se seguimos Winnicott, “caos é, primeiramente, uma quebra na linha do ser” (Winnicott, 1988/1990, p. 157). Isso nos leva a pensar que a manutenção do caos poderia estar diretamente ligada ao traumático - uma ruptura na continuidade do ser. O autor sugere que o

caos se manifesta nas interrupções reativas do ser, sobretudo quando essas interrupções são prolongadas e recorrentes. Mas até que ponto essa perturbação pode ser assimilada sem comprometer a constituição subjetiva? Quando ultrapassa um limite possível de ser tolerado, o caos não se restringe ao evento traumático em si, mas passa a compor a constituição do sujeito. Nesse sentido, podemos pensar que uma quantidade de caos na constituição do eu em formação não apenas desafia a integração, mas indica a presença de uma desintegração que não é meramente defensiva, e sim constitutiva.

A desintegração, sim, é caótica, pois representa uma alternativa para a ordem, e podemos dizer que ela é uma organização defensiva grosseira, uma defesa contra as ansiedades trazidas pela integração. Contudo, a desintegração não é um estado que possa prosseguir por si mesmo, e durante o tempo em que ela deve ser mantida, o desenvolvimento emocional permanecerá estacionário. (Winnicott, 1988/1990, p. 157)

O autor descreve a desintegração como uma organização defensiva caótica que atua como uma resposta às intensas ansiedades geradas pelo processo de integração. Essa defesa, embora grosseira, cumpre a função de proteger o ego do colapso diante de experiências insuportáveis. Contudo, a manutenção prolongada desse estado impede o desenvolvimento emocional, deixando-o estacionário e bloqueando a progressão rumo à integração psicossomática.

Os mecanismos de defesa de cisão e dissociação estão intrinsecamente ligados a esse processo, pois, a partir da perspectiva que decidimos adotar, parecem acompanhar a desintegração. Entendemos que, no distúrbio psicossomático, a cisão fragmenta a experiência psíquica, separando aspectos inconciliáveis da realidade interna, enquanto a dissociação cria uma ruptura mais profunda entre a psique e o soma ou entre diferentes níveis psíquicos. Ambas as defesas refletem tentativas de evitar a integração quando esta é vivida como uma ameaça, mantendo o indivíduo em um estado de descontinuidade que sustenta a desintegração. Assim, a desintegração não é apenas um estado caótico, mas um reflexo da ativação persistente desses mecanismos de defesa, que aprisionam o desenvolvimento em um ciclo defensivo que impede o amadurecimento emocional e, no caso do distúrbio psicossomático, que impede o desenvolvimento psicossomático e a boa fruição da existência psicossomática.

O intelecto pode assumir um papel de dominação sobre o psicossoma nos casos de distúrbio psicossomático. Winnicott (1988/1990) sugere que, em contextos de relações caóticas, a atividade intelectual pode se tornar tumultuada ou, em alguns casos, resultar em um superdesenvolvimento mental. Se por um lado esse fenômeno pode ter aspectos valiosos, por outro, levanta a questão: até que ponto esse desenvolvimento intelectual expressa um crescimento genuíno, e não um recurso defensivo? Quando o intelecto se sobrepõe ao psicossoma, ele pode operar como uma espécie de babá do verdadeiro *self*, mantendo a falsa ideia de continuidade sem, de fato, estar enraizado em uma integração autêntica (Winnicott, 1988/1990). Assim, em vez de atuar como uma função integrada do *self*, a psique pode se tornar refém de sua própria necessidade de controle de uma mente cindida, reforçando o ciclo defensivo que aprisiona o desenvolvimento emocional, como vimos no caso de Jorge.

Clarice Lispector em *A paixão segundo GH* (Lispector, 2020), parece tocar no tema da desintegração vivida de maneira caótica e absurda, através de uma escrita poética. Vejamos:

Mas é que também não sei que forma dar ao que me aconteceu. E sem dar uma forma, nada me existe. E - e se a realidade é mesmo que nada existiu?! quem sabe nada me aconteceu? Só posso compreender o que me acontece mas só acontece o que eu compreendo - que sei do resto? o resto não existiu. Quem sabe nada existiu! Quem sabe me aconteceu apenas uma lenta e grande dissolução? E que minha luta contra essa desintegração está sendo esta: a de tentar agora dar-lhe uma forma? Uma forma contorna o caos, uma forma dá construção à substância amorfa - a visão de uma carne infinita é a visão dos loucos, mas se eu cortar a carne em pedaços e distribuí-los pelos dias e pelas fomes - então ela não será mais a perdição e a loucura: será de novo a vida humanizada. (Lispector, 2020, p. 12)

O trecho revela a luta intensa e paradoxal da personagem do livro contra a dissolução e o caos, enquanto busca desesperada por uma forma que dê sentido à experiência de desintegração. Essa narrativa metafórica pode ser associada à dinâmica do distúrbio psicossomático, na qual o caos aparece como uma ruptura na continuidade do ser. A “lenta e grande dissolução” (Lispector, 2020, p. 12) mencionada por Clarice Lispector nos remete à desintegração, que não é apenas um estado caótico, mas uma defesa contra as ansiedades inimagináveis geradas pela tentativa de integração. A forma, aqui, funciona como uma metáfora para a integração psicossomática - o processo de dar contorno, coerência e comunicação entre psique e soma, entre as diferentes partes fragmentadas do eu.

Podemos pensar o ato de "cortar a carne em pedaços e distribuí-los pelos dias e pelas fomes" (Lispector, 2020, p. 12) como a tentativa de transformar a matéria amorfa e caótica em

algo assimilável, uma reconstrução que humaniza o que parecia perdido na loucura da desintegração. Na perspectiva que decidimos adotar de Winnicott, a cisão e a dissociação podem ser vistas como mecanismos que evitam a perda total de sentido frente à dissolução, separando o caos em partes isoladas, ainda que incomunicáveis. Enquanto a cisão fragmenta a experiência inicial, a dissociação cristaliza essa separação em uma rigidez defensiva. Interpretamos o trecho de Clarice Lispector como uma expressão do esforço para reorganizar essa fragmentação em uma nova totalidade, mesmo que precária. A forma, nesse sentido, seria a tentativa de restabelecer a continuidade do ser, oferecendo à substância amorfa do caos uma possibilidade de dação de sentido e comunicação - um gesto que, em última instância, visaria a integração e a retomada do desenvolvimento emocional.

Agora que nos aproximamos da compreensão do que Winnicott chama de cisão e dissociação presentes no distúrbio psicossomático, com auxílio de metáforas e da poesia, aprofundaremos essa discussão com um exemplo clínico que Winnicott nos oferece. A partir da análise de um caso, poderemos observar como a dissociação emerge e se manifesta na vida psíquica.

Apresentaremos uma vinheta clínica discutida por Winnicott em *Sonhar, Fantasiar e Viver: Uma história clínica que descreve uma dissociação primária* (Winnicott, 1971/1975) para ilustrar uma forma de dissociação diferente dos casos apresentados anteriormente, que focam na disseminação dos agentes responsáveis. Trata-se do caso de uma mulher de meia-idade em sua análise, que, ao longo do processo terapêutico, foi descobrindo como o fantasiar ou o devanear afetam a sua vida interna. A principal característica do quadro da paciente era que, enquanto ela supostamente estava fantasiando, não estava de fato vivendo. Ela passava a maior parte de sua vida em um estado dissociado, em que o fantasiar não tinha valor simbólico ou poético, mas se constituía como uma atividade mental dissociada da realidade. Esse comportamento de "não fazer nada enquanto fazia tudo" (Winnicott, 1971/1975, p. 49) se refletia em compulsões, como fumar ou jogar jogos repetitivos e entediantes, que não lhe proporcionavam prazer, mas apenas preenchiam uma lacuna existencial. Essa lacuna representava um estado essencial de não engajamento com o mundo real, o que fazia com que sua vida parecesse acontecer à parte de si mesma, como um silêncio interno, uma ausência que ecoava na vida psíquica da paciente.

Durante a análise, Winnicott retorna à infância da paciente e descobre que, na época, ela se viu presa a padrões primitivos, com sua mãe transformando-se de figura satisfatória em fonte de desilusão e desespero. Como a caçula de uma família de irmãos mais velhos, ela nunca conseguiu se integrar ao grupo e se viu, desde cedo, como alguém de fora. Quando as outras crianças brincavam, ela estava mentalmente ausente, envolvida em fantasias que não eram vividas como experiências simbólicas, mas como uma forma de dissociação da realidade. Ao longo do processo terapêutico, a paciente começou a tomar consciência de sua atividade mental dissociada e foi gradualmente trazendo essa parte dissociada de sua vida para a realidade, utilizando os sonhos como um meio para aproximar esses mundos desconectados. Esse movimento de reconexão entre os mundos dissociados da paciente, promovido pelo espaço analítico, lembra-nos do diálogo com o vazio que Clarice Lispector (2020) descreve, um esforço para trazer ao real aquilo que antes parecia inalcançável.

Este caso clínico ilustra de maneira clara o que Winnicott (1971/1975) chama de dissociação primária, que entendemos como um fenômeno em que a psique se fragmenta de forma a evitar a integração com o mundo externo e com as próprias emoções. A dissociação aqui não é apenas uma defesa contra o sofrimento, mas uma tentativa de escapar da angústia gerada por um ambiente insuficiente, que não oferece condições de acolhimento para a totalidade do *self*. A paciente, ao fantasiar, busca um refúgio, mas essa fantasia não é integrada ao seu *self* verdadeiro; ao contrário, ela se distancia ainda mais da possibilidade de estabelecer uma comunicação contínua entre psique e soma.

Como mencionamos, entendemos que a dissociação psicossomática é uma manifestação da manutenção de uma cisão profunda entre psique e soma, que ocorre quando o indivíduo não consegue estabelecer uma comunicação saudável entre essas instâncias. No caso da paciente, a vida de fantasia, dissociada do mundo real, é um reflexo dessa cisão, onde a mente e o psicossoma permanecem desconectados, dificultando a integração psicossomática. Embora o caso não aponte para a persistência de adoecimentos fisiológicos, os comportamentos compulsivos, como fumar e jogar jogos entediantes, são tentativas de preencher o vazio criado pela dissociação, mas sem proporcionar uma verdadeira satisfação ou um sentido de integração.

A infância da paciente, marcada por uma relação imprevisível com a mãe, gerou um ambiente de abandono e frustração que facilitou o desenvolvimento de um padrão de

dissociação. A cisão precoce, causada por falhas nos cuidados maternos, impediu a paciente de formar uma conexão verdadeira com o mundo e com as outras pessoas, resultando em uma vida dissociada, onde ela se via como ausente e incapaz de participar plenamente das experiências de seu entorno. Esse padrão primitivo de dissociação, que começou na infância, permaneceu ao longo da vida adulta, impossibilitando a paciente de integrar suas vivências emocionais.

Podemos observar neste caso clínico que a sintomatologia do distúrbio psicossomático pode aparecer em diversas manifestações que não única e exclusivamente através do adoecimento corporal. Ele pode aparecer nas adicções, nas relações de dependência e nos transtornos alimentares, por exemplo. No caso acima, a dissociação psicossomática aparecia principalmente através do devanear sem representação simbólica e das compulsões. Como o objetivo geral de nossa pesquisa é investigar a etiologia desta patologia, não entraremos em todas as possibilidades do distúrbio psicossomático, o que pode ficar a cargo de estudos futuros.

3.4 O distúrbio psicossomático com o negativo de uma tendência positiva

É possível observar uma característica em comum em todos os casos clínicos de distúrbio psicossomático discutidos até então, vejamos. No caso de Jorge, apresentado no segundo capítulo, interpretamos que os ataques de labirintite apareciam como uma tentativa somática de restaurar o equilíbrio perdido entre a psique-mente e o psicossoma. No caso de Jenny, a colite parecia revelar que algo não ocorria bem com o desenvolvimento da criança que, quando olhado com proximidade apontava para a doença da mãe enquanto pessoa cindida. Ao analisarmos as condutas da mãe de Jenny, podemos pensar que sua busca por diversos profissionais expõe a sua própria fragilidade e necessidade de ser cuidada. Assim, ambos os casos - o da paciente adulta atendida por Winnicott e o da mãe de Jenny - podem ser interpretados como uma busca por cuidado. No caso da paciente adulta em que evidencia-se a dissociação primária, interpretamos os devaneios dissociados da realidade externa como uma defesa que retirava a paciente de situações adversas e a levava para um ambiente próprio, quase numa tentativa de resguardar-se.

Apesar das particularidades de cada caso clínico, as defesas dos pacientes apontadas acima parecem registrar uma busca pela integração, mesmo que de forma sintomática e

contraditória. Winnicott denomina este fenômeno como o "elemento positivo" (Winnicott, 1966/1994, p. 88) da enfermidade psicossomática, sugerindo que, mesmo diante de falhas na integração psicossomática, a existência psicossomática é preservada de alguma forma e parece indicar para uma tentativa de integração. Assim, mesmo com os mecanismos de defesa da cisão e da dissociação operando, o distúrbio psicossomático conserva algum vínculo entre psique e soma. Ou seja, entendemos que com esta ideia, Winnicott propõe que haveria um pedido de socorro por trás do distúrbio psicossomático, uma tentativa da pessoa de ser salva.

É nessa medida que Winnicott (1966/1994) compreende o distúrbio em questão como o negativo de uma tendência positiva. A tendência positiva seria a integração psicossomática, marcada pelos sinais corporais que indicam a consonância entre o corpo e a psique. No entanto, no distúrbio, essa relação se manifesta de forma negativa: por meio de adoecimentos fisiológicos, das compulsões, das dissociações persistentes entre psique e soma; e entre psicossoma e mente. Nas palavras do autor:

(...) a enfermidade psicossomática implica uma cisão na personalidade do indivíduo, com debilidade da vinculação entre psique e soma, ou uma cisão organizada na mente, em defesa contra a perseguição generalizada por parte do mundo repudiado. Permanece na pessoa enferma individual, contudo, uma tendência a não perder inteiramente a vinculação psicossomática. (Winnicott, 1966/1994, p. 90)

Winnicott (1941/2021; 1966/1994) destaca o valor positivo do distúrbio psicossomático em relação à formação da psique-mente, enquanto um tipo de funcionamento mental que sobrecarrega o psicossoma e constitui um modo de existência falso, o falso *self*, como vimos no caso de Jorge. Nesse contexto, o autor afirma que "um dos objetivos da doença psicossomática é retomar a psique da mente, e levá-la de volta à sua associação íntima original com o soma" (Winnicott, 1949/2021, p. 425). Assim, o valor positivo da perturbação somática reside na tentativa de reestabelecer a vinculação entre psique e soma, recorrendo ao corpo, mesmo que isso ocorra por meio de doenças físicas - como os ataques de labirintite de Jorge.

Nas palavras de Clarice Lispector, podemos enxergar, metaforicamente, essa ideia: "mas se eu cortar a carne em pedaços e distribuí-los pelos dias e pelas fomes - então ela não será mais a perdição e a loucura: será de novo a vida humanizada" (Lispector, 2020, p. 12). A metáfora de Clarice Lispector parece ilustrar poeticamente a noção winnicottiana do elemento positivo do distúrbio psicossomático. A carne cortada em pedaços, redistribuída pelos dias,

evoca a tentativa do sujeito de reorganizar o sofrimento em busca de uma vida humanizada. Da mesma forma, os sintomas psicossomáticos, ainda que fragmentados e dolorosos, denunciam uma luta pela sobrevivência psíquica, um esforço para resgatar o vínculo originário entre psique e soma.

3.5 A técnica analítica na clínica do distúrbio psicossomático

A clínica do distúrbio psicossomático se distingue da clínica tradicional, desenvolvida por Freud para os casos de neurose, exigindo um manejo clínico específico para lidar com as demandas desse quadro. De acordo com autores contemporâneos como Galván (2007), Silva e Pinheiro (2008), Dias (2012) e Corrêa (2019), pacientes com distúrbio psicossomático apresentam particularidades clínicas que tornam o trabalho analítico um desafio para o terapeuta. Entre essas características, destacam-se: a incapacidade de associação livre, o distanciamento afetivo em relação ao terapeuta, um funcionamento excessivamente intelectualizado que dificulta aproximações, falas confusas que confundem o analista, faltas excessivas, dificuldade ou incapacidade de simbolizar, resistência a interpretações simbólicas e ataques ao terapeuta. Essas questões, além das dificuldades apontadas por Winnicott (1966/1994), como a disseminação dos agentes responsáveis e as dissociações do paciente, são abordadas por estes autores, indo além do que Winnicott propôs.

Observamos que alguns autores investigam as propostas da técnica winnicottiana, concordando com o que Winnicott sugeriu, enquanto que outros se opõem a determinadas questões - das quais destacamos a discussão sobre o divã. O divã é um clássico do *setting* analítico, Freud tratava pacientes que apresentavam sintomas físicos fazendo o uso do divã. Winnicott (1954/2021) também utilizava o divã, mesmo com casos regredidos. No entanto, não são todas as vertentes da psicossomática psicanalítica que aderem ao uso do divã no tratamento do distúrbio psicossomático. Fonseca *et al.* (2008), por exemplo, sugerem a utilização do dispositivo face a face no tratamento da patologia, pois entendem que as expressões faciais do terapeuta podem ter um maior potencial de comunicação do que a fala, em alguns casos.

É importante considerar o contexto histórico da psicossomática psicanalítica para entender essas divergências. Freud desenvolveu a teoria psicanalítica com ênfase nos aspectos internos do indivíduo, introduzindo o conceito de inconsciente dinâmico e estudando

fenômenos histéricos, que foram as primeiras manifestações psicossomáticas por ele analisadas. Ao afirmar que o ego é, antes de tudo, um ego corporal, Freud (1923/1990) mostrou o interesse da psicanálise pela interação entre psique e soma desde seus primórdios. Contudo, seu contato com a psicossomática se restringiu principalmente à teoria sobre a histeria de conversão, não expandindo para um estudo do distúrbio psicossomático. Enquanto a histeria de conversão se manifesta como um adoecimento neurótico, desencadeado em indivíduos que atingiram o Édipo, o distúrbio psicossomático refere-se a uma patologia mais primitiva, que envolve indivíduos que não concluíram a integração psicossomática e, portanto, ainda não chegaram ao Édipo.

Na histeria de conversão, os adoecimentos corporais manifestam um excesso de simbolização, enquanto no distúrbio psicossomático, o adoecimento físico carece de simbolização. As manifestações corporais observadas por Freud poderiam ser interpretadas, à luz da psicanálise winnicottiana, como fenômenos psicossomáticos, embora sejam classificadas como históricas. Essa diferença fundamental entre a histeria e o distúrbio psicossomático nos leva a concluir que a técnica analítica usada para tratar a histeria de conversão não é suficiente para o distúrbio psicossomático. Na histeria, a capacidade de simbolizar permite que interpretações simbólicas surtam efeito, enquanto no distúrbio psicossomático, tais interpretações podem ser vividas como intrusivas, como discutido no tópico anterior. Assim, cabe à psicossomática psicanalítica entender esse tipo de adoecimento corporal desprovido de significado, entre outras manifestações psicossomáticas.

Encontramos uma dificuldade ao buscar textos em que Winnicott expõe explicitamente a técnica analítica para o tratamento do distúrbio psicossomático. Em *O transtorno psicossomático* (1966/1994), ele apresenta casos clínicos e menciona brevemente aspectos do manejo dessa condição no *setting* analítico. Winnicott (1966/1994) destaca é fundamental respeitar a cisão entre psique e soma como uma defesa organizada pelo ego contra a ameaça de aniquilamento. Neste caso, quando há a manifestação de doenças físicas sem explicações exclusivamente anatômicas, esta doença deve ser enxergada como uma expressão de uma luta para manter uma unidade possível, ainda que precária, em um contexto de desintegração iminente. Essa perspectiva nos parece sugerir que o analista deva apostar em uma postura de tolerância à fragmentação, ao invés de buscar ansiosamente por uma suposta cura da doença ou pela integração imediata.

No entanto, Winnicott não especifica uma técnica própria para esse tipo de patologia. Em outros escritos, ele discute sua forma de lidar com os mecanismos de defesa envolvidos no distúrbio psicossomático e o uso da regressão em pacientes com falhas no desenvolvimento emocional primitivo, como em *Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico* (1954/2021) e em *Formas clínicas da transferência* (1955-56/2021). Assim, embora seja possível extrair elementos técnicos de seus textos, grande parte da técnica winnicottiana permanece implícita, exigindo um cuidadoso trabalho interpretativo por parte do leitor. Traremos alguns dos aspectos que julgamos serem de grande importância para entendermos como funciona a técnica winnicottiana e como ela pode ser aplicada aos pacientes com distúrbio psicossomático.

No caso de pacientes regredidos (que apresentam falhas no desenvolvimento emocional primitivo), trata-se menos de interpretações e mais da sustentação do *setting* terapêutico, que deve ser cuidadosamente mantido pelo analista, de acordo com as necessidades de cada caso clínico: “No trabalho que estou descrevendo, o *setting* torna-se mais importante que a interpretação” (Winnicott, 1955-1956/2022, p. 489). Isso se dá através de um manejo do analista que forneça as funções maternas de *holding*, *handling* e apresentação de objetos, criando um ambiente suficientemente bom para que o paciente se sinta seguro o suficiente para explorar sua sintomatologia sem pressões externas.

No *setting*, entendemos que as funções maternas podem ser executadas da seguinte maneira: o *holding* refere-se à criação de um ambiente seguro e acolhedor, onde o paciente se sinta sustentado. O *handling* envolve um manejo cuidadoso das demandas e comportamentos do paciente, facilitando a expressão de suas necessidades sem a imposição de uma cura rápida. Já a apresentação de objetos implica em fornecer ao paciente símbolos, como palavras, representações e interpretações que ajudem a estruturar suas experiências internas de forma gradual e não invasiva. Essas funções, quando bem executadas, podem viabilizar a regressão à dependência.

A psicossomática psicanalítica chama a atenção para a questão da temporalidade no tratamento do distúrbio psicossomático, que se diferencia do tempo esperado na psicanálise tradicional. Enquanto pacientes neuróticos tendem a responder mais rapidamente a determinadas interpretações e intervenções, aqueles que apresentam distúrbio psicossomático exigem um percurso clínico mais longo para estabelecer confiança no analista e demonstrar

ganhos terapêuticos. Machado (2020) enfatiza que essa temporalidade não pode ser apressada. Como esses pacientes não tiveram a oportunidade de construir uma experiência suficientemente integrada entre psique e soma, qualquer tentativa prematura de interpretação pode ser vivida como uma intrusão, reforçando ainda mais a cisão existente. Isso se articula com o que Winnicott (1966/1994) propõe sobre a atitude do analista, que deve sustentar um espaço no qual o paciente possa experimentar formas mais rudimentares de existência, respeitando os tempos subjetivos necessários para que uma integração possível possa emergir. A esse respeito, Winnicott propõe:

Com frequência, com muita frequência, temos de nos contentar em deixar o paciente ter e manipular a sintomatologia, em uma relação de alternância com os nossos colegas correspondentes, sem tentar curar a doença real, que é a cisão na personalidade do paciente organizada a partir da debilidade do ego e mantida como defesa contra a ameaça de aniquilamento no momento da integração. (Winnicott, 1966/1994, p. 90)

Dessa forma, a proposta de Winnicott reforça a importância de um manejo clínico que não se precipite em eliminar a sintomatologia do paciente, mas que permita a sua existência dentro do espaço analítico. A cisão que sustenta o distúrbio psicossomático não pode ser dissolvida por uma interpretação apressada, pois ela mesma representa uma forma de organização psíquica diante de ameaças primitivas. Nesse sentido, mais do que buscar mudanças rápidas, o analista precisa oferecer uma sustentação suficientemente estável para que o paciente possa, gradualmente, encontrar outras formas de estar no mundo, em um processo que respeite os ritmos singulares de sua subjetividade. Isso implica tolerar períodos prolongados em que o progresso pode parecer mínimo ou inexistente, reconhecendo que, para esses pacientes, a confiança no ambiente e a possibilidade de integração psique-soma são conquistas que demandam um tempo próprio de maturação.

Tendo isso em vista, favorecer a regressão à dependência (Winnicott, 1954/2021) parece ser uma proposta que pode contribuir para o tratamento da patologia em questão. No entanto, a regressão só é possível caso algumas condições sejam atendidas, conforme sugere Winnicott (1954/2021): a presença de uma falha ambiental original que comprometeu o desenvolvimento do paciente, a crença na possibilidade de corrigir essa falha e a provisão de um ambiente terapêutico especializado que permita o desabrochar de um novo desenvolvimento. Quando essas condições estão presentes, o analista pode facilitar a

regressão e a reconstrução do *self*, promovendo um espaço onde o paciente possa superar as barreiras psicossomáticas e avançar em direção a uma integração mais saudável entre psique e soma.

Em relação ao fato de que o tratamento do distúrbio psicossomático envolve um retorno a estados emocionais precoces, Corrêa (2019) dirá que, nesses momentos, o analista precisa assumir uma posição que vai além da escuta interpretativa, sendo capaz de sustentar afetivamente a experiência do paciente, fornecendo, quando necessário, intervenções que favoreçam o enraizamento psíquico no soma. Assim, a clínica do distúrbio psicossomático deve estar num registro muito mais da experiência e da vivência da dupla do que num âmbito interpretativo.

Winnicott (1955-56/2021) compreende a transferência não apenas como a repetição de relações passadas, mas como um fenômeno vivo que emerge na experiência compartilhada entre analista e paciente. Na clínica winnicottiana, essa transferência se manifesta na vivência da dupla, onde o analista não ocupa apenas a posição de intérprete, mas de alguém que oferece um ambiente suficientemente seguro para que o paciente possa regredir e, eventualmente, se reencontrar consigo mesmo. A transferência é essencial como experiência, ou seja, é através dela que o paciente pode viver com o analista o que sente e, até mesmo, aquilo que não foi capaz de sentir no passado, devido à sensação de ameaça de aniquilação. Entendemos que a vivência da dupla, no tratamento do distúrbio psicossomático, pode ser promovida através de algumas atitudes do analista que favoreçam a confiabilidade: a pontualidade do analista, a manutenção das sessões sempre no mesmo horário - que pode levar o paciente a criar um senso de previsibilidade.

Dias (2012) diferencia a técnica do analista winnicottiano em contraposição à tradição freudiana. Ela observa que, enquanto o analista freudiano trabalha com a ideia de um sujeito em conflito com forças psíquicas, o analista winnicottiano parte do princípio de que uma unidade psicossomática não foi adequadamente formada. Assim, quando há falha na integração psicossomática, a prática clínica do analista precisa ser ajustada em relação à abordagem freudiana. Isso ocorre porque os pacientes com distúrbio psicossomático frequentemente não associam livremente durante as sessões, o que resulta no fracasso das interpretações, como observa Galván (2007).

Os autores contemporâneos discutem as dificuldades encontradas no manejo do distúrbio psicossomático. Galván (2007) apresenta um caso clínico que acompanhou por dois anos, no qual experimentou diversos momentos de dúvida e confusão a respeito da sua paciente: “daquilo que me mostrava, de como se relacionava comigo e, também, a respeito daquilo que eu poderia lhe oferecer como ajuda” (Galván, 2007, p. 71). Silva (2012) discute o manejo clínico da patologia em questão com o aporte teórico em diversos autores da psicossomática psicanalítica, tais como Pierre Marty, Joyce McDougall, Cristophe Dejours, além do próprio Winnicott. Esta autora apresenta os desafios clínicos de acordo com cada uma dessas abordagens teóricas, dos quais destacamos: as dificuldades contratransferenciais, que decorrem da incapacidade dos pacientes acreditarem que poderiam ser ajudados; a sabotagem do próprio processo analítico, que ocorre no caso de pacientes que faltam recorrentemente, por exemplo; o esvaziamento da capacidade de simbolização que aparece sob a forma de adoecimento orgânico e do funcionamento operatório.

Com o caso de Jorge, é possível perceber, agora, que as dificuldades enfrentadas na época eram similares às dificuldades relatadas na literatura por Galván (2007) e Silva (2012). Eu me sentia confusa e em dúvida do que o paciente me mostrava, pois seu funcionamento mental hiper intelectualizado e demasiadamente operatório me levava a criar a hipótese, no início do trabalho analítico, de que eu poderia estar lidando com um caso de neurose obsessiva. Com o tempo, fui percebendo que esse modo de funcionamento indicava muito mais a formação de um falso *self* bem adaptado à sociedade e ao trabalho que protegia o verdadeiro *self* de suas angústias primitivas. Winnicott (1988/1990) afirma que o distúrbio psicossomático é determinado por muitos fatores e apresenta uma série de manifestações sintomatológicas, mas, geralmente, o que é omitido pelo paciente é o mais importante para o analista. Dessa forma, a dificuldade em acessar o que é omitido pelo paciente pode gerar incerteza e confusão para o analista, assim como aconteceu comigo, especialmente quando os elementos mais relevantes para a compreensão do caso permanecem encobertos por defesas fortemente estruturadas.

Essa dificuldade em acessar o que era omitido também se manifestava na oposição entre a vida artística de Jorge, que transbordava em expressividade, e sua falta de espontaneidade e criatividade diante do próprio mundo interno e de seus conflitos pessoais. Além da constante sensação de dúvida e confusão, percebia que minhas interpretações não

surtiam o efeito esperado. Só agora entendo que elas eram simbólicas demais e não foram apresentadas no momento certo - conforme propõe Winnicott, antes de introduzir interpretações, era necessário oferecer *holding* e *handling*. Posso compreender, assim, minha falha enquanto terapeuta: não preparei um terreno fértil para que Jorge se sentisse seguro e pudesse viver comigo suas aflições. Ao interpretar o que ele dizia, sentia como se estivesse jogando sozinha - arremessava a bola para o outro jogador, mas ela caía no vazio do campo. O que eu não percebia, na época, era que eu insistia em um jogo no qual Jorge ainda não estava pronto para jogar, como se ele desconhecesse as regras, e, mesmo assim, eu continuava lançando a bola.

A respeito desta dificuldade, me identifiquei com o que Corrêa (2019) relata: “senti como se estivesse me segurando em alguém que estaria prestes a cair” (Corrêa, 2019, p. 64). Acredito que se eu tivesse tido contato com a teoria discutida nesta dissertação e com o que os autores discutem a respeito das especificidades do manejo clínico do distúrbio psicossomático, o caso de Jorge poderia ter se encaminhado de outra forma que não a interrupção do processo analítico por parte do paciente. Após um mês de faltas, Jorge relatou que iria parar as sessões por acreditar que estava “criando muito caso” de suas questões. O que eu entendi desta interrupção foi que o seu falso *self* bem construído não estava permitindo entrada para o diálogo com o seu verdadeiro *self* e criou uma saída intelectualizada - de estar sendo dramático, ou pensando demais sobre as próprias questões - para manter o verdadeiro *self* no escuro e escondido da realidade externa.

Pergunto-me agora se eu também não havia entrado junto com Jorge nessa forma intelectualizada de olhar para suas questões, num *setting* demasiadamente interpretativo enquanto que, na verdade, o que o paciente necessitava era de uma sustentação e de uma aproximação de si mesmo. Antes de me relatar que iria parar com as sessões, Jorge estava me comunicando as minhas falhas através de um distanciamento afetivo e das faltas, por exemplo. Acredito que eu possa ter sido seduzida pela sua parte intelectualizada e pelo seu falso *self*, ao invés de ter ajudá-lo a viver. Eu estava falhando com o paciente e, ao não reconhecer a minha falha, posso ter reproduzido a figura de sua mãe na infância, o que levou o paciente a se defender ainda mais, a se distanciar e ir embora.

Ainda que desafiada pelas dificuldades clínicas e com a sensação frustrada de não ter conseguido manejar melhor o caso de Jorge, acredito que nosso tempo juntos pode ter

oferecido algumas ferramentas para o paciente olhar para si mesmo através de uma perspectiva diferente. Ele passou a ser capaz de observar o seu perfeccionismo, fato que, antes de iniciar a análise, nem lhe chamava a atenção, pois não se considerava como uma pessoa perfeccionista. Também acredito que pudemos estabelecer um ambiente de confiança e previsibilidade para ele falar de suas questões, mesmo que num registro muito mental e majoritariamente voltado para assuntos de trabalho.

Faria (2012) enfatiza a importância da função de *holding* no trabalho analítico com pacientes com distúrbio psicossomático. Segundo esta autora, o analista, ao exercer essa função de *holding*, propicia uma experiência que favorece a retomada do desenvolvimento emocional, permitindo que o paciente comece a se apropriar de sua existência psicossomática. A partir dessa contribuição, voltamos, novamente, à questão do divã e do dispositivo face a face. Como sugerem Fonseca *et al.* (2008), ao se encontrar no divã, olhando para a parede, sem a troca de olhares e expressões corporais, o paciente pode se sentir, não suficientemente seguro, abandonado e deixado a cair num vazio. O uso do divã aqui pode se constituir, portanto, como uma intrusão, reforçando as sensações geradas pelas ansiedades inimagináveis. De fato, o uso do divã com o distúrbio psicossomático é uma questão delicada, pois, facilmente, o paciente pode sentir uma intrusão ambiental ao ser tratado por meio da técnica tradicional.

No entanto, Winnicott fazia o uso do divã com casos regredidos. Ele não especifica se utilizava o divã com casos de distúrbio psicossomático, mas podemos pensar a partir das suas contribuições que o divã não precisa necessariamente significar abandono ou intrusão para o paciente. Caso o analista seja capaz de fornecer as funções maternas de *holding*, *handling* e apresentação de objetos a partir de uma presença viva que escute às necessidades de cada paciente, nos parece possível utilizar o divã no tratamento do distúrbio psicossomático. De igual maneira, também pensamos ser relevante fazer o uso do dispositivo face a face, dependendo do momento de vida do paciente e de como estão os seus recursos internos. Pois, como afirmam Fonseca *et al.* (2008):

Os olhos arregalados, a expressão de espanto e o tom de voz do terapeuta são fundamentais para que a interdição possa ser assimilada pelo paciente. Há um empréstimo corporal do terapeuta no sentido concreto para que haja uma melhor assimilação da noção de limite. Diante dessa questão, podemos notar toda a importância do posicionamento face a face, que é um recurso da técnica da psicossomática psicanalítica. (Fonseca *et al.*, 2008, p. 238)

Fonseca *et al.* (2008) destacam que, além do analista ocupar uma posição de quem sustenta e oferece continência ao conteúdo emocional ainda não nomeado, ele pode tornar-se agente de um tipo de interdição que visa a possibilidade de instaurar a percepção dos limites, quando o paciente demonstra esse tipo de agressividade. Winnicott não trabalhava com a noção de interdição em sua técnica analítica, mas sim, em fornecer um ambiente suficientemente bom para que o paciente pudesse encontrar o seu verdadeiro *self*. No entanto, as contribuições de Fonseca *et al.* nos parecem construtivas para pensarmos os casos em que observamos grande quantidade de impulsos agressivos e de auto sabotagem, nos quais, tratar destas questões de forma intelectualizada pode não surtir os mesmos efeitos no paciente como elementos não verbais, tais quais “Os olhos arregalados, a expressão de espanto e o tom de voz do terapeuta” (Fonseca *et al.*, 2008, p. 238).

A técnica descrita por Fonseca *et al.* (2008) também exemplifica o papel essencial do corpo do analista como um veículo simbólico. O empréstimo corporal do terapeuta, por meio de expressões faciais, postura e tom de voz, demonstra a importância de uma presença encarnada que vai além da interpretação verbal. Esse recurso técnico possibilita que o paciente experimente, de forma concreta, a incorporação da noção de limites que não puderam ser internalizados na relação com seus objetos primários. Entendemos que o dispositivo face a face, com uma presença física sensível e responsiva, pode funcionar como um convite para que o paciente retome o contato com suas sensações corporais, integrando-as de maneira mais simbólica e significativa.

Frente ao que discutimos até então, no manejo clínico do distúrbio psicossomático, Winnicott (1966/1994) aponta que o analista enfrenta o desafio de equilibrar a sua atenção entre os sintomas somáticos apresentados pelo paciente e os aspectos psíquicos subjacentes a essas manifestações. Tendo isso em vista, pensamos que é preciso que o analista tenha cautela para não ser seduzido pelos sintomas corporais, mas também que não os ignore, reconhecendo seu papel como veículos de comunicação de conteúdos psíquicos que não puderam ser simbolizados. No mesmo sentido, também é preciso que haja cautela em não ser seduzido pelo funcionamento hiper intelectualizado do paciente, como penso que ocorreu comigo no caso de Jorge.

Dessa maneira, entendemos que uma postura clínica pautada nas funções maternas do *holding*, *handling* e apresentação de objetos permite ao paciente experimentar, de forma gradual e segura, o processo de integração entre sua psique e seu soma. Como afirma Winnicott (1966/1994), o analista deve estar atento às defesas, como a dissociação e a cisão, que muitas vezes emergem como respostas a angústias primitivas ou traumas precoces. Através de uma escuta sensível, é possível ajudar o paciente a reconhecer e nomear essas experiências, facilitando o desenvolvimento de uma comunicação mais simbólica e integrada entre mente e corpo.

Pensamos que o trabalho psicanalítico, nesse sentido, pode se configurar como uma oportunidade para o paciente reconectar-se com suas sensações corporais de maneira autêntica, percebendo-as como parte de sua totalidade, e não como elementos dissociados ou alienados. No distúrbio psicossomático, estamos lidando com pessoas que ainda não deixaram o estágio da dependência absoluta e, por esse motivo, é preciso que o analista ofereça, no *setting*, um ambiente de confiança e segurança, como uma mãe suficientemente boa. É nessa medida que Winnicott (1966/1994) sugere que o trabalho analítico com o distúrbio psicossomático deve possibilitar as condições para a integração psicossomática, ajudando o paciente a ressignificar sua relação com o corpo. Este seria o foco do trabalho, muito mais do que a eliminação dos sintomas.

Essa característica do trabalho analítico com o manejo do distúrbio psicossomático nos lembra o poema *O laço e o abraço* de Mário Quintana:

(...) Eu nunca tinha reparado como é curioso um laço... uma fita dando voltas. Enrosca-se, mas não se embola, vira, revira, circula e pronto: está dado o laço. É assim que é o abraço: coração com coração, tudo isso cercado de braço. É assim que é o laço: um abraço no presente, no cabelo, no vestido, em qualquer coisa onde o faço. E quando puxo uma ponta, o que é que acontece? Vai escorregando... devagarzinho, desmancha, desfaz o abraço. Solta o presente, o cabelo, fica solto no vestido. E, na fita, que curioso, não faltou nem um pedaço. Ah! Então, é assim o amor, a amizade. Tudo que é sentimento. Como um pedaço de fita. Enrosca, segura um pouquinho, mas pode se desfazer a qualquer hora, deixando livres as duas bandas do laço. Por isso é que se diz: laço afetivo, laço de amizade. E quando alguém briga, então se diz: romperam-se os laços. E saem as duas partes, igual aos meus pedaços de fita, sem perder nenhum pedaço. Então o amor e a amizade são isso... Não prendem, não escravizam, não apertam, não sufocam. Porque quando vira nó, já deixou de ser um laço... (Quintana, 2024)

Fazemos uma alegoria ao abraço, citado no poema, para pensar o *holding* e o *handling* winnicottianos. Assim como o laço de Mário Quintana, que enrosca-se, vira, revira, circula,

mas não se embola, a sustentação (*holding*) e a condução (*handling*) do analista devem adequar-se ao formato de cada paciente, contornando e circulando a existência daquela pessoa e tomando o cuidado de não se embolar. É preciso que o *holding* e o *handling* analíticos, assim como o laço e o abraço, estejam presentes, sem apertar, sufocar, ou afrouxar-se demais. Só então, na medida em que o paciente se sente abraçado, ou enlaçado de maneira gentil e sensível é que será possível o analista apresentar os objetos, ou seja, fazer interpretações.

Winnicott, ao descrever a necessidade de um “cientista em férias da ciência” (Winnicott, 1966/1994, p. 86), destaca a importância de uma abordagem criativa e sensível no cuidado dos pacientes psicossomáticos. Essa visão nos convida a repensar as práticas tradicionais, rígidas e dualistas que frequentemente tratam o corpo como uma entidade separada da psique. A ideia de ciência em férias aponta para a possibilidade do analista de integrar intuição, imaginação e abertura ao inusitado, características indispensáveis para lidar com as complexidades do distúrbio psicossomático. Não se trata de abandonar a ciência, mas de ir além dela, reconhecendo que o corpo também é um espaço de expressão subjetiva e que a doença psicossomática carrega significados que não podem ser reduzidos a processos fisiológicos ou diagnósticos médicos.

Em síntese, neste capítulo investigamos a etiologia do distúrbio psicossomático através dos mecanismos de cisão e de dissociação, que impedem a plena integração entre psique e soma. Vimos que a persistência da cisão se cristaliza na forma de dissociações, que podem aparecer através da oposição entre verdadeiro e falso *self*, por meio da disseminação dos agentes responsáveis, na formação da psique-mente e numa preocupação excessiva com o adoecimento fisiológico. No entanto, Winnicott sugere que o distúrbio psicossomático preserva a existência psicossomática e indica uma busca por integração, ainda que essa busca se manifeste de forma patológica. A partir de exemplos clínicos, vimos que a dissociação no distúrbio psicossomático não ocorre apenas no nível individual, mas pode ser reforçada pelo ambiente e pela organização do tratamento clínico. Por fim, discutimos o manejo técnico diferenciado exigido na clínica do distúrbio psicossomático.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo investigar a etiologia do distúrbio psicossomático para Winnicott, explorando suas manifestações clínicas. Procuramos evidenciar como o distúrbio psicossomático se insere na teoria do desenvolvimento emocional primitivo, destacando sua relação com as noções fundamentais de existência psicossomática, integração psicossomática, cisão e dissociação. O percurso desta investigação revelou não apenas a complexidade do distúrbio psicossomático, mas também as dificuldades que emergem quando tentamos situá-lo no pensamento winnicottiano e nas contribuições dos comentadores.

No Capítulo 1, abordamos a existência psicossomática como uma noção fundamental para o entendimento do distúrbio psicossomático, embora não explicitamente desenvolvida por Winnicott ou seus comentadores. A existência psicossomática, baseada na inter-relação entre psique e soma, não depende da integração psicossomática, mas de um vínculo inicial entre esses elementos, conforme a teoria do desenvolvimento emocional primitivo. A boa fruição dessa existência, facilitada por um ambiente suficientemente bom, é essencial para o desenvolvimento da psique a partir da elaboração imaginativa das funções corpóreas. No entanto, quando o cuidado não é adequado às necessidades da criança pequena, essa fruição é comprometida, prejudicando a integração psicossomática. Mesmo em estados de desintegração psicossomática, a existência psicossomática não desaparece, mas pode se manter de maneira precária ou parcial. Isso nos permitiu avançar na hipótese de que o distúrbio psicossomático não representa simplesmente um colapso da relação entre psique e soma, mas sim um modo de organização defensiva, no qual essa relação é mantida de forma patológica.

No Capítulo 2 buscamos entender o que Winnicott define enquanto integração psicossomática - uma tarefa fundamental do desenvolvimento emocional primitivo que se refere ao alojamento da psique no soma. Ressaltamos a importância do ambiente para a aquisição das tarefas fundamentais, a partir das funções maternas de *holding*, *handling* e apresentação de objetos. Destacamos o *holding* e o *handling* para a aquisição da integração psicossomática, enquanto funções maternas que privilegiam o lugar do corpo no cuidado da criança pequena. Entendemos, neste capítulo, que a integração psicossomática não acontece de forma automática, mas exige uma continuidade suficientemente boa na experiência do

bebê. Ao discutirmos a relação entre integração psicossomática e distúrbio psicossomático, percebemos que não se trata apenas de uma questão de presença ou ausência da integração, mas de como a não-integração é vivida e sustentada ao longo do tempo. A vinheta clínica de Jorge possibilitou refletirmos que, mesmo na vida adulta, marcas de falhas na integração podem permanecer ativas e se expressar no corpo, seja por meio de sintomas somáticos recorrentes, seja na forma de um falso *self* rigidamente estruturado. Esse caso apontou para a complexidade do manejo clínico do distúrbio psicossomático, pois evidencia que o sintoma não pode ser tomado isoladamente, mas precisa ser compreendido dentro da economia psíquica do paciente.

Enfim, no Capítulo 3, abordamos o distúrbio psicossomático como um sistema defensivo composto por cisões e dissociações, onde a fragmentação da relação psique-soma se torna persistente. Compreendemos a cisão como um mecanismo primitivo de defesa que, quando mantido, resulta em dissociação e compromete a comunicação entre os aspectos do *self*. A dissociação não é apenas uma falha de integração, mas uma estratégia de sobrevivência psíquica, frequentemente reforçada pela fragmentação do cuidado na disseminação dos agentes responsáveis. A ideia do distúrbio psicossomático como o negativo de uma tendência positiva sugere que, mesmo que de forma sintomática, há uma tentativa de manter o vínculo psicossomático. Esse entendimento levou à discussão da técnica psicanalítica, na qual destacamos uma abordagem winnicottiana que privilegia a sustentação do *setting* ao invés da interpretação, exigindo do analista a capacidade de prover *holding*, *handling* e apresentação de objetos, de acordo com a temporalidade do caso e permitindo que o paciente manipule sua sintomatologia sem a expectativa de cura imediata.

Ao longo desta dissertação, compreendemos que o distúrbio psicossomático não se reduz a uma falha na integração psicossomática, mas constitui uma organização defensiva complexa, na qual cisão e dissociação desempenham papéis fundamentais. Isso exige do analista um manejo que leve em conta tanto as defesas quanto as tentativas - mesmo sintomáticas - de recuperação da unidade psicossomática. Assim, mais do que um adoecimento, entendemos que o distúrbio psicossomático expressa uma forma específica de existência psicossomática, caracterizada por múltiplas dissociações e por uma busca, ainda que indireta, de integração. Nesse sentido, podemos pensar que os mecanismos de defesa construídos pela patologia foram uma tentativa de evitar o colapso, de dar uma forma ao caos.

Imaginamos que, caso o distúrbio psicossomático não tivesse sido desenvolvido, provavelmente uma psicose poderia ter sido desencadeada ou, quem sabe ainda, o medo da aniquilação seria tão grande que a pessoa poderia, de fato, ter vindo a ser aniquilada.

Acreditamos que pudemos avançar algumas contribuições para o campo da psicossomática psicanalítica. Em primeiro lugar, a diferenciação entre existência psicossomática e integração psicossomática para Winnicott se mostrou um ponto central para investigarmos a etiologia do distúrbio psicossomático. Ao demonstrarmos que a existência psicossomática não se desfaz diante da não-integração, nem diante da desintegração, sugerimos que o tratamento do distúrbio psicossomático não deve focar apenas na busca por integração, mas também na sustentação daquilo que está presente na existência psicossomática.

A partir do caminho trilhado nesta dissertação, podemos enfim responder à questão que deu origem a este trabalho: em Winnicott, a etiologia do distúrbio psicossomático surge do cuidado insuficiente na fase de dependência absoluta. Este cuidado deve apresentar um padrão de falhas nas funções maternas, principalmente no que corresponde ao *handling* e ao *holding*, o que compromete a boa fruição da existência psicossomática. A partir dessas falhas, a criança pequena não consegue desfrutar da transição entre os estados tranquilos e excitados e também não consegue transitar da não-integração para a integração. Como ainda não existe um eu integrado, as intrusões ambientais levam a criança ao medo da aniquilação, proveniente das ansiedades inimagináveis. Nesse contexto, não é possível conquistar a integração psicossomática e a desintegração se manifesta como uma defesa, que é acompanhada pela cisão e dissociação. A cisão seria o primeiro mecanismo de defesa, que cinde o conteúdo traumático que não é passível de representação simbólica - podendo se manifestar através da ruptura entre psique e soma, entre psique-mente e psicossoma. A dissociação se desenvolve através da manutenção da cisão, caso o ambiente continue falhando, e pode levar à formação do falso *self*, a estados de despersonalização - ou seja, da sensação de que a pessoa não habita o próprio corpo - e à disseminação dos agentes responsáveis.

Como toda pesquisa, este trabalho apresenta algumas limitações. Primeiramente, embora tenhamos investigado a etiologia do distúrbio psicossomático dentro do referencial winnicottiano, não estabelecemos um diálogo com outras abordagens da psicossomática

psicanalítica, como a de Joyce McDougall, por exemplo. Estudos futuros poderiam explorar essa interlocução, analisando convergências e divergências entre essas perspectivas.

Além disso, nossa pesquisa concentrou-se no âmbito teórico e clínico da psicanálise winnicottiana, sem expandir a discussão para intervenções terapêuticas que envolvam a prática clínica, em geral, ou mesmo as práticas corporais. Considerando nosso interesse interdisciplinar, investigações futuras poderiam explorar o impacto de abordagens como dança, yoga e outras práticas corporais e artísticas no tratamento de pacientes com distúrbio psicossomático. Essa interseção entre psicanálise e terapias corporais poderia oferecer novas perspectivas para o tratamento dessa patologia, pois, como o próprio Winnicott afirma:

Na prática da psicossomática, o que o psicoterapeuta precisa é da cooperação de um médico físico não demasiadamente científico. Isto soa muito mal e estou esperando oposição quando faço esta reivindicação. Contudo, tenho de declarar o que sinto. Ao fazer a análise de um caso psicossomático, gostaria que o meu equivalente médico físico fosse um cientista em férias da ciência. Do que se precisa é ficção científica, ao invés de uma aplicação rígida e compulsiva da teoria médica com base na percepção da realidade objetiva. (Winnicott, 1966/1994, p. 86)

Tal como o médico que precisa se afastar momentaneamente da ciência para enxergar além do visível, também o psicanalista, diante do distúrbio psicossomático, é convocado a suspender a busca por respostas definitivas e abrir-se ao enigma que cada corpo carrega. No entrelaçamento sutil entre psique e soma, entre ciência e arte, entre desintegração e tentativa de integração, o que está em jogo não é apenas a cura, mas a possibilidade de um espaço *entre* onde algo novo possa emergir. Se há uma lição a extrair dessa travessia, talvez seja esta: sustentar o paradoxo, ouvir o silêncio do corpo, permitir que a ficção, longe de ser um engano, torne-se um solo fértil para a singularidade de cada existência psicossomática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABUD, Cristiane. **Representações do somático e do psíquico na cultura de uma organização universitária e hospitalar brasileira**. São Paulo, 2011. Tese (Doutorado em Administração de Empresas). EAESP – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2011.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ANTUNES, Arnaldo. **O corpo**. Disponível em: <https://www.lyrikline.org/pt/poemas/o-corpo-5640>. Acesso em: 11 jan. 2024.

BOMBANA, José. Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 4, p. 308-312, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/wVTTwy65TbCvbMDcQDMfVfB/>. Acesso em: 20 jan. 2024.

BOMBANA, J; LEITE, A; MIRANDA, C. Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 4, p. 180-184, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/bHfF8YjGxcMnbxjf6kZZYrL/?format=pdf>. Acesso em: 14 dez. 2023.

CAMPOS, Erico. Delineamento de pesquisa no campo psicanalítico: Uma proposição sintética. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol. 33, n. 3, p. 487 - 505, set-dez, 2021. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v33n3/06.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2022.

CAMPOS, Erico; COELHO JUNIOR., Nelson. Incidências da hermenêutica para a metodologia da pesquisa teórica em psicanálise. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 2, p. 247-257, abril - junho, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/8yZByzqSMbF9bfxgcvBgBxP/?format=pdf>. Acesso em: 19 mar. 2022.

CAPITÃO, Cláudio Garcia; CARVALHO, Érica Bonfá. Psicossomática: duas abordagens de um mesmo problema. **Psic**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 21-29, dez. 2006. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000200004. Acesso em: 12 abr. 2022.

CASSETTO, Sidnei José. Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. **Psychê**, X (17), p. 121-142, 2006. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v10n17/v10n17a08.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2022.

CERON, Gabriela. As contribuições de Donald Woods Winnicott para a psicossomática. **Tempo psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 127-154, dez. 2020. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382020000200006. Acesso em: 23 ago. 2022.

CFP, CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional do psicólogo**. Brasília, 2005.

CORREIA, Ana. **O distúrbio psicossomático como expressão de uma falha no amadurecimento emocional**: uma reflexão a partir de um caso clínico. São Paulo, 2019. Dissertação (Mestrado em Psicologia). PUC SP, São Paulo, 2019.

DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. 4 ed. São Paulo: DWWeditorial, 2017. (Trabalho original publicado em 2003)

DIAS, Elsa Oliveira. A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 29-46, jun. 2008. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v10n1/v10n1a02.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2022.

DIAS, Elsa. O distúrbio psicossomático em Winnicott. *In*: VOLICH, R.; FERRAZ, F.; RANÑA, W. (org.). **Psicossoma IV**: corpo, história, pensamento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 107-120.

DIAS, Maria de Fátima. A existência psicossomática: aspectos clínicos. **Winnicott e-prints**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 16-48, 2012. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-432X2012000100002. Acesso em: 3 jun. 2022.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. Questões entre a psicanálise e o DSM. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 47, n. 87, p. 79-107, dez. 2014. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-58352014000200006. Acesso em: 27 dez. 2022.

FARIA, Claudia. **Um estudo sobre as referências de Winnicott ao fenômenos psicossomáticos**. Campinas, 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia). PUC Campinas, Campinas, 2012.

FERREIRA, Fernanda. **Uma compreensão winnicottiana sobre as noções de soma, psique e mente como referência para o entendimento da integração psicossomática**. Campinas, 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia). PUC Campinas, Campinas, 2010.

FIGUEIREDO, Ana; TENÓRIO, Fernando. O Diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, v. 1, p. 29-47, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/pC6HnGVLHk7pdmHkcz8RqJ/>. Acesso em: 27 dez. 2022.

FONSECA, R; RUA, C; CASTRO, C.; SOARES, A.; FREITAS, V.; AYOUB, A.; ROTTA, A.; MELLO, C. NASCIMENTO, M.; MORONIZATO, M. A doença somática e os ideais. *In*: VOLICH, R.; FERRAZ, F.; RANÑA, W. (org.). **Psicossoma IV**: corpo, história, pensamento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 235-240.

FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer. *In*: S. Freud (org), **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Imago. 2006. (Trabalho original publicado em 1920). p. 123-198.

FREUD, S. O Ego e o Id. In: Freud, Sigmund: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. V. 19. Rio de Janeiro: Imago, p. 11- 83, 1990. (Original publicado em 1923)

FULGENCIO, Leopoldo. **Por que Winnicott?**. São Paulo: Zagodoni. 2016.

FULGENCIO, Leopoldo. **Winnicott & companhia**: Winnicott, Klein e Ferenczi (volume 2). São Paulo: Blucher, 2022.

FULGENCIO, Leopoldo. **Psicanálise do ser**: A teoria Winnicottiana do desenvolvimento emocional como uma psicologia de base fenomenológica. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2020.

GALDI, Maíra Bittar; CAMPOS, Érico Bruno Viana. Modelos teóricos em psicossomática psicanalítica: uma revisão. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 29-40, mar. 2017. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-389X2017000100003. Acesso em: 5 abr. 2022.

GALVÁN, Gabriela. Distúrbio psicossomático e amadurecimento. **Winnicott e-prints**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 1-17, 2007. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/wep/v2n2/v2n2a04.pdf>. Acesso em 3 ago. 2023.

GRANÃ, Roberto. **Origens de Winnicott**: Ascendentes psicanalíticos e filosóficos de um pensamento original. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007.

HAMMOUD, Tânia. Transtornos psicossomáticos e o brincar: um caso clássico. **Winnicott e-prints**, v. 10, n. 1, 2015. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-432X2015000100007. Acesso em: 4 jun. 2023.

KHAN, M. Introdução. In: WINNICOTT, D. **Da pediatria à psicanálise**. São Paulo: Ubu Editora, 2021. p. 11-28. (Trabalho original publicado em 1978)

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. Tradução de Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. 13 ed. São Paulo: Perspectiva, 2017. (Trabalho original publicado em 1962)

LAURENTI, Carolina; LOPES, Carlos; ARAUJO, Saulo. **Pesquisa teórica em psicologia: aspectos filosóficos e metodológicos**. São Paulo: Hogrefe CETEPP, 2016.

LAURENTIIS, Vera. A incerta conquista da morada da psique no soma em D. W. Winnicott. **Winnicott e-prints**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 1-13, 2007. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/wep/v2n2/v2n2a03.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2023.

LAURENTIIS, Vera. **Corpo e psicossomática em Winnicott**. São Paulo: DWW Editorial, 2016.

LANFRANCHI, A.; BOCCHI, J. A somatização em McDougall: desafetação e sexualidades adictivas. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 5, p. 36810-36821, mai. 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/47922>. Acesso em: 21 nov. 2022.

LIMA, Leonardo Tadeu Silva Souza. O papel do símbolo na psicossomática psicanalítica. **Cad. Psicanál. (CPRJ)**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 39, p. 165-189, jul/dez 2018. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/cadpsi/v40n39/v40n39a09.pdf>. Acesso em 4 ago. 2023.

LISPECTOR, Clarice. **A paixão segundo G.H.** 1. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2020.

LOPARIC, Zeljko. De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. **Winnicott e-prints**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-29, 2006. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2006000100004. Acesso em: 4 ago. 2022.

LOPARIC, Zeljko. O "animal humano". **Natureza humana**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 351-397, 2000. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-24302000000200005&script=sci_abstract. Acesso em: 3 mar. 2023.

LOPARIC, Zeljko. Winnicott clínico. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 1-26, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302010000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 dez. 2024.

LOPARIC, Zeljko. Winnicott: uma psicanálise não-edipiana. **Percursos**, v. 17, p. 41-47, 1997. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-2209>. Acesso em: 4 fev. 2023.

MACHADO, Thais. **Da área do jogo à experiência do simbolizar: a fotografia como objeto de mediação na clínica do distúrbio psicossomático.** 2020. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). PUC-SP, São Paulo, 2020.

MARTINHAGO, Fernanda; CAPONI, Sandra. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. **Physis: Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 1-19, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/4CXZ3jQsv8d7KjPb5HGy5Sb/>. Acesso em: 20 set. 2023.

QUINTANA, Mário. O laço e o abraço. Disponível em: <https://www.escolatrilhas.com.br/o-laco-e-o-abraco-de-mario-quintana/>. Acesso em: 26 jan. 2024.

SILVA, Marcella. **Trauma e seus desdobramentos psicossomáticos: o que a psicanálise tem a dizer.** 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia). PUC Rio, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, Gustavo; PINHEIRO; Nadja. "Antes do nome": articulações entre a angústia e os fenômenos psicossomáticos em Freud e Winnicott. **Mental**, Barbacena, v. 8, n. 15, p.

195-213, 2010. Disponível em:

https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272010000200002#:~:text=O%20artigo%20apresenta%20a%20rela%C3%A7%C3%A3o%20entre%20ang%C3%B4stia%20e%20ps%C3%ADquico%2C%20como%20um%20afeto%20que%20funda%20a%20subjetividade. Acesso em: 17 abr. 2023.

SILVA, Gustavo; PINHEIRO, Nadja. Considerações teórico/clínicas sobre a angústia e a integração psique-soma em Freud e Winnicott. **Winnicott e-prints**, São Paulo, v. 3, n. 1e2, p. 1-32, 2008. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2008000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 dez. 2024.

SOTO, Ramilda, F. **A psicossomática na primeira infância**: a contribuição de Winnicott para um estudo das alergias respiratórias. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia). PUC Rio, Rio de Janeiro, 2006.

SPELMAN, M. **The evolution of Winnicott's thinking**: examining the growth of psychoanalytic thought over three generations. London: Karnac Books, 2013.

VILETE, Edna. O corpo e os Demônios da loucura: sobre a teoria psicossomática de Winnicott. **Rev. bras. psicanál.**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 89-99, mar. 2008. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v42n1/v42n1a10.pdf>. Acesso em: 23 abri. 2023.

WINNICOTT, Donald. W. (1957) A capacidade de ficar sozinho. In: _____. (org.). **Processos de amadurecimento e ambiente facilitador**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. São Paulo: Ubu Editora, 2022. (Trabalho original publicado em 1984), p. 34-43.

WINNICOTT, Donald. W. **A criança e o seu mundo**. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2013. (Trabalho original publicado em 1949)

WINNICOTT, Donald. W. (1970) A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: WINNICOTT, Clare (org.). **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre, Artmed, 1994 (Trabalho original publicado em 1989), p. 195-202.

WINNICOTT, Donald. W. **A família e o desenvolvimento individual**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. (Trabalho original publicado em 1965)

WINNICOTT, Donald. W. (1949) A mente e sua relação com o psicossoma. In: _____. (org.). **Da pediatria à psicanálise**. São Paulo: Ubu Editora, 2021. (Trabalho original publicado em 1958), p. 408-426.

WINNICOTT, Donald. W. (1954) Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In: _____. (org.). **Da pediatria à psicanálise**. São Paulo: Ubu Editora, 2021. (Trabalho original publicado em 1958), p. 462-485.

WINNICOTT, Donald. W. (1935) Contribuição para uma discussão sobre a enurese. In: _____. (org.). **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. (Trabalho original publicado em 1996). p. 143-146.

WINNICOTT, Donald. W. (1963) Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. *In: _____*. (org.). **Processos de amadurecimento e ambiente facilitador**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. São Paulo: Ubu Editora, 2022. (Trabalho original publicado em 1984), p. 104-116.

WINNICOTT, Donald. W. **Da pediatria à psicanálise**. São Paulo: Ubu Editora, 2021. (Trabalho original publicado em 1958)

WINNICOTT, Donald. W. (1945) Desenvolvimento emocional primitivo. *In: _____*. (org.). **Da pediatria à psicanálise**. São Paulo: Ubu Editora, 2021. (Trabalho original publicado em 1958), p. 281-299.

WINNICOTT, Donald. W. (1960) Distorção do ego em termos de self verdadeiro e falso self. *In: _____*. (org.). **Processos de amadurecimento e ambiente facilitador**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. São Paulo: Ubu Editora, 2022. (Trabalho original publicado em 1984), p. 177-194.

WINNICOTT, Donald. W. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. (Trabalho original publicado em 1989)

WINNICOTT, Donald. W. (1955-56) Formas clínicas da transferência. *In: _____*. (org.). **Da pediatria à psicanálise**. São Paulo: Ubu Editora, 2021. (Trabalho original publicado em 1958), p. 486-492.

WINNICOTT, Donald. W. **Holding e Interpretação**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. (Trabalho original publicado em 1986)

WINNICOTT, Donald. W. (1962) Integração do ego no desenvolvimento da criança. *In: _____*. (org.). **Processos de amadurecimento e ambiente facilitador**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. São Paulo: Ubu Editora, 2022. (Trabalho original publicado em 1984), p. 70-78.

WINNICOTT, Donald. W. (1949) Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. *In: _____*. (org.). **Da pediatria à psicanálise**. São Paulo: Ubu Editora, 2021. (Trabalho original publicado em 1958), p. 327-355.

WINNICOTT, Donald. W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1990. (Trabalho original publicado em 1988)

WINNICOTT, Donald. W. **Os bebês e suas mães**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012. (Trabalho original publicado em 1987)

WINNICOTT, Donald. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. (Trabalho original publicado em 1971)

WINNICOTT, Donald. W. (1958) O primeiro ano de vida. *In*: _____. (org.). **A família e o desenvolvimento individual**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. (Trabalho original publicado em 1965), p. 3-20.

WINNICOTT, Donald. W. (1948) Pediatria e psiquiatria. *In*: _____. (org.). **Da pediatria à psicanálise**. São Paulo: Ubu Editora, 2021. (Trabalho original publicado em 1958), p. 300-326.

WINNICOTT, Donald. W. **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. (Trabalho original publicado em 1996)

WINNICOTT, Donald. W. (1956) Preocupação materna primária. *In*: _____. (org.). **Da pediatria à psicanálise**. São Paulo: Ubu Editora, 2021. (Trabalho original publicado em 1958), p. 493-501.

WINNICOTT, Donald. W. **Processos de amadurecimento e ambiente facilitador**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. São Paulo: Ubu Editora, 2022. (Trabalho original publicado em 1984)

WINNICOTT, Donald. W. (1962) Provisão para a criança na saúde e na crise. *In*: _____. (org.). **Processos de amadurecimento e ambiente facilitador**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. São Paulo: Ubu Editora, 2022. (Trabalho original publicado em 1984), p. 79-90.

WINNICOTT, Donald. W. (1931) Psiquiatria infantil: o corpo enquanto afetado por fatores psicológicos. *In*: _____. (org.). **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. (Trabalho original publicado em 1996). p. 162-171.

WINNICOTT, Donald. W. (1966) Transtorno Psicossomático. *In*: WINNICOTT, Clare (org.). **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre, Artmed, 1994. (Trabalho original publicado em 1989), p. 82-93.

WINNICOTT, Donald W. **Tudo Começa em Casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1989. (Trabalho original publicado em 1986)

WINNICOTT, Donald. W. (1934) Urticária papular e dinâmica da sensação cutânea. *In*: _____. (org.). **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. (Trabalho original publicado em 1996). p. 147-156.