A existência psicossomática: aspectos clínicos[1]

The existence psychosomatic: clinical aspects

Maria de Fátima Dias
Psicóloga, Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP, Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-SP, Membro Associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana
E-mail: mfatimadias@uol.com.br

Resumo: Neste trabalho pretendo mostrar as alterações sofridas na clínica psicanalítica pelo referencial winnicottiano acerca das questões psicossomáticas. Uma clínica mais descritiva, centrada nas experiências psicossomáticas permite uma compreensão do ser humano como alguém encarnado. Assim, em vez da ideia de um ser humano marcado pela divisão corpo/mente, temos uma compreensão de uma existência psicossomática, ou seja, o reconhecimento de que a existência humana somente é possível quando sustentada num corpo vivo. Ao desviar o foco da dissociação corpo/mente, a atividade clínica do analista se altera, pois uma nova linguagem e novos conceitos são necessários para o trabalho analítico. O corpo do paciente é considerado como a base do trabalho analítico.
Palavras-chave: Winnicott, Donald Woods, 1896-1971, Psicossomática, Existência psicossomática, Psicanálise tradicional, Psicanálise winnicottiana, Clínica winnicottiana.

Abstract: In this paper I intend to show the changes occurred in the psychoanalytic clinic from the Winnicotian referential about the psychosomatic questions. A more descriptive clinic, centered on the psychosomatic experiences, permits an understanding of the human being as incarnate. Thus, instead of the idea of a human being marked by the division body/mind, we have an understanding of a psychosomatic existence, i.e. the recognition that a human existence is only possible when supported in a live body. When deviating the focus of the dissociation body/mind, the clinical activity of the analyst is modified, because a new language and new concepts are required for the analytic work. The body of the patient is considered as being the basis of the analytic work.

[1] Versão ampliada do texto apresentado no I Colóquio Internacional Winnicottiano/IV Colóquio Winnicott do Triângulo Mineiro, realizado na Universidade Federal do Triângulo Mineiro, em Uberaba, nos dias 9 e 10 de setembro de 2011.

Keywords: Winnicott, Donald Woods, 1896-1971, psychosomatic, existence psychosomatic, tradicional psychoanalysis, freudian psychoanalysis, psychoanalytic clinic.

1. Introdução

Toda perspectiva teórica está sustentada por uma fundamentação epistemológica que fornece um suporte à sua organização interna. Isso significa que alguns pressupostos filosóficos sustentam determinadas teorias, organizando um tipo de pensamento. O conhecimento dessa perspectiva filosófica possibilita um posicionamento crítico do leitor diante da teoria e da técnica. Assim, quando realizamos nossa atividade clínica, é fundamental que conheçamos os fundamentos epistemológicos que sustentam nosso trabalho. Isso permitirá que saibamos que o primeiro olhar em direção ao nosso paciente já traz em si uma concepção de homem. No tocante à psicanálise tradicional, podemos afirmar que ela tem em sua estrutura teórica uma fundamentação cartesiana.

Quando recebemos uma pessoa em nosso consultório, uma das maneiras mais relevantes para as primeiras percepções desse nosso futuro paciente é através do olhar, do que podemos observar. Ou seja, deparamo-nos com alguém que se revela através de seu corpo. Nosso olhar se lança sobre uma pessoa que se apresenta através de um corpo franzino, fragilizado ou vitalizado. O tom de voz, o olhar que busca outro olhar ou que se esquiva, uma postura corporal tensa, rígida ou descontraída mostram se aquele corpo é habitado ou se é apenas um invólucro esvaído de uma pessoa. É com a presença psicossomática do paciente que nos deparamos em primeiro lugar. Essa presença psicossomática revela que ali, naquela estrutura corpórea, há uma pessoa com determinadas características, com um modo próprio de ser, tanto no aspecto saudável quanto na doença. Ou seja, é sobre um alicerce corporal que um ser humano vive e essa estrutura revela uma parte da história de cada um. Por isso também precisamos considerar a possibilidade de que nem sempre um corpo, mesmo que aparentemente saudável, é habitado por uma pessoa. Como trabalhar com um paciente que, a princípio, aparenta ser saudável, mas que gradativamente percebemos que sofre de um distúrbio psicossomático? Partindo do princípio de que o referencial winnicottiano constitui uma abordagem mais adequada para tratar pacientes com distúrbios psicossomáticos, proponho-me agora a apontar os motivos pelos quais faço essa afirmativa.

Inicialmente é necessário salientar que Winnicott propôs uma teorização e uma clínica que, além de manter algumas proposições da psicanálise tradicional,[2] também sugeriu outras totalmente

[2] Utilizo a expressão "Psicanálise Tradicional" considerando que ela foi utilizada por Winnicott (1975) em *O brincar e a realidade*, p. 93 (edição inglesa) ou p. 130 (edição brasileira) e em *Explorações psicanalíticas* p. 252 (edição inglesa) ou p. 196 (edição brasileira), p. 226 (edição inglesa) ou p. 176 (edição brasileira), com o intuito de diferenciar suas ideias das de outros autores pós-freudianos. O termo designa a adesão ao Complexo de Édipo como a problemática central do ser humano. Em meu texto, utilizarei essa expressão ao me referir à psicanálise freudiana.

inovadoras (Loparic, 2010). Exemplos disso podem ser encontrados em conceitos tais como criatividade originária, tendência inata à integração, noção de elaboração imaginativa, alojamento da psique no corpo, ideia de que a mente é uma especialização da psique, noção da mãe como objeto subjetivo, importância do ambiente etc. Com essas inovações, Winnicott (1965r[1963]/1983, 1960c/1983, 1971f[1967]/1993) aponta o surgimento de um novo modo de trabalhar psicanaliticamente com o ser humano.

Com relação ao tema que me proponho a discutir, é importante apontar que Winnicott (1971d[1970]/1994, 1954a[1949]/2000) criou sua teoria do amadurecimento pessoal saudável, tendo como referência o campo da psicossomática, ou seja, ele mostrou que a construção de uma personalidade se dá pelas experiências que permitem a integração dos aspectos corpóreos. Desse modo, teremos uma pessoa real, que se sente vivaz, participante do mundo e se relacionando com outras pessoas. Essa pessoa real se constrói a partir dos fenômenos mais primitivos, que ocorrem numa estrutura corporal herdada ao nascer, juntamente com a relação estabelecida com o ambiente.

Tendo por princípio essa proposição, neste trabalho tenho por objetivo apontar: breves considerações sobre a fundamentação filosófica da psicanálise tradicional, a concepção de Winnicott (1966d[1964]/1994) sobre os distúrbios psicossomáticos e as alterações sofridas no trabalho clínico do analista em função do referencial winnicottiano sobre os distúrbios psicossomáticos. Esse referencial mostra o surgimento de uma prática clínica mais descritiva e centrada nas experiências psicossomáticas, e parte do princípio de que uma pessoa saudável é alguém encarnado, firmemente integrado em seu corpo. Assim, toda a atividade clínica será calcada em conceitos mais experienciais, numa postura terapêutica menos interpretativa, menos mental. Até o surgimento dessa proposta, todo o trabalho clínico baseado na psicanálise tradicional se sustentava numa concepção mais cartesiana, uma vez que o campo da filosofia também fundamentou o pensamento de Freud (Loparic, 1996).[3]

Vejamos a seguir algumas ideias de Descartes (Descartes, 1999; Loparic, 1996) e o modo como elas influenciaram a psicanálise tradicional.

2. A psicanálise tradicional e o pensamento cartesiano: contextualização filosófica[4]

[3] É importante lembrar que, mesmo as abordagens terapêuticas corporais surgidas no século XX, tais como a bioenergética, RPG, Feldenkrais, dentre outras, também se sustentam numa posição cartesiana, que postula uma divisão corpo/mente (Santi, 1998). Se fizermos uso de uma dessas abordagens, sustentamo-nos na ideia de que o ser humano é dividido em várias partes, tais como corpo e mente.

[4] Embora não seja tema deste estudo, é importante apontar que as ideias de vários outros filósofos, tais como Leibniz (Loparic, 1999a, 2006) e Kant (Loparic, 1999a, 2006), também influenciaram a construção do arcabouço teórico psicanalítico.

Sabemos (Loparic, 1996, 1997b) que toda teoria psicológica tem um fundamento filosófico. O pensamento cartesiano teve influência fundamental na construção da ciência moderna e ainda pode ser encontrado em diferentes áreas do conhecimento que têm uma base mecanicista. Na área das ciências humanas, o dualismo cartesiano esteve presente na teorização sobre o ser humano, concebido desde o século XVII como um objeto físico, como um corpo apartado da mente (ou da alma). Essas ideias podem ser encontradas na estrutura teórica da psicanálise tradicional (Loparic, 1997b).

No que se refere à psicanálise freudiana, podemos afirmar que ela foi influenciada pela tradição metafísica ocidental, que postula que o ser humano tem um funcionamento semelhante ao de uma máquina movida por um princípio causal. Essa concepção extremamente racional e pouco empírica imiscuiu-se no pensamento psicanalítico. Isso se observa quando constatamos que Freud (M. F. Dias, 2005; Freud, 1937/1970; Fulgencio, 2006; Loparic, 2001), ao teorizar sobre a atividade clínica, utilizou-se de elementos empíricos e especulativos. Estes últimos foram introduzidos à guisa de oferecer uma compreensão das lacunas surgidas na atividade clínica. Desde a primeira tópica, quando escreveu o "Projeto", em 1895, passando pela segunda tópica, Freud (Freud, 1900/1980; Loparic, 1997b) manteve a ideia de que o homem pode ser comparado a um aparelho movido por uma energia. De onde viriam essas ideias? Loparic (1997b) aponta que tais ideias remontam à Grécia antiga, atravessaram a Idade Média, até chegar a Descartes.

Loparic salienta que as ideias de Descartes derivam das do místico catalão Raimundo Lúlio (século XVIII), que apontou que no homem havia um *ingenium* mental capaz de resolver problemas de ordem teológica e filosófica (Loparic, 1997b, p. 100). Com base nessas ideias, Descartes (Descartes, 1999; Loparic, 1997b) concebeu o ser humano como uma máquina mental e uma máquina corpórea. Descartes, calcado em estudos matemáticos, buscou compreender os mecanismos presentes no universo, concluindo que este é constituído por autômatos. Essa visão mecanicista foi aplicada ao ser humano, o qual foi equiparado a uma máquina pensante, uma máquina composta por um substrato corpóreo e uma mente, independentes entre si. Para Descartes (Descartes, 1999), o corpo consiste numa máquina ambulante que tem a função de bombear o sangue. Seu grande interesse pelo funcionamento do aspecto racional do homem o levou a estudar o tema, concluindo que é o aspecto racional que conduz o funcionamento humano – "Penso, logo existo" (Descartes, 1999). Segundo Descartes, o intelecto seria um aspecto independente da materialidade corpórea.

A ideia do dualismo corpo/mente influenciou a teorização de Freud (Freud, 1895/1980, Loparic, 1997b), notadamente na concepção do homem como um aparelho psíquico dividido em

instâncias, ou seja, um sujeito que funciona nos moldes de um aparelho movido pelo princípio do prazer. Loparic aponta que a mente "[...] serve-se de um instrumento (*Instrument*) ou aparelho (*Apparat*) para executar suas atuações ou *performances* (*Leistungen*). A mente dispõe ainda da energia chamada libido, que faz andar o aparelho" (Loparic, 1997b, p. 98). Ela possibilita que o sujeito possa fazer uso da representação e funciona como se fosse uma máquina. De um modo geral, o ser humano é compreendido sob esta ótica: ele funciona e age nos moldes de uma máquina. Há também, na psicanálise freudiana, uma tendência a pensar o ser humano em termos de subjetividade, o que faz com que categorias, tais como pensamento e linguagem, definam a especificidade do ser humano. Isso não significa que Freud não se preocupava com a questão corpórea, uma vez que alguns conceitos da metapsicologia remetam ao corpo, tais como o de pulsão que, segundo ele, é um conceito limite entre o psíquico e o somático. É necessário acrescentar, porém, que o sentido do corpo em Freud (1923/1980) é o de algo dado desde o início da vida. Além do mais, em Freud (1923/1980), o corpo é parte e não totalidade.

Todo esse modo de compreender o ser humano se reflete na atividade clínica. Para compreender os fenômenos encontrados em seu trabalho clínico, Freud (1937/1970) lançou mão de um recurso: a metapsicologia, uma superestrutura especulativa. Por não terem um caráter empírico, os elementos da metapsicologia são convenções, que têm a função de dirigir a pesquisa empírica, elas ajudariam a ordenar os fatos clínicos. A metapsicologia surgiu da busca de uma explicação para o funcionamento do psiquismo. Freud (1937/1970) o descreveu como um aparelho, localizado espacialmente, pelo qual circula a libido, que seria uma energia psíquica de natureza sexual. Esse psiquismo funciona por meio de três processos: dinâmico, tópico e econômico. O ponto de vista dinâmico se refere à existência de uma força originária, ou seja, às pulsões, que estão sempre em conflito; o enfoque econômico ou quantitativo vincula-se à libido, que se dirige aos objetos de desejo do sujeito mobilizado; finalmente, o ponto de vista tópico vincula-se à ideia de um aparelho passível de ser localizado espacialmente. Compreender o funcionamento humano dessa forma significa equipará-lo ao funcionamento de mecanismos hidráulicos.

Loparic (1998) alerta que a teoria freudiana acerca do ser humano e do aparelho psíquico pode ser compreendida como uma verdade objetiva, quando, na verdade, têm uma função heurística. O caráter heurístico da metapsicologia possibilita uma organização da pesquisa empírica da clínica psicanalítica. Segundo Loparic, o modo de teorizar de Freud tem o significado de convenções heurísticas, são metáforas que têm a função de reorganizar as lacunas que Freud encontrou em sua

clínica. O que se tem é uma metáfora do fenômeno humano e não o humano por si próprio. Segundo Loparic,

> tributária do projeto de mecanização da imagem do mundo e do ser humano, a teoria freudiana do aparelho psíquico se situa e se desenvolve no interior da teoria cartesiana da subjetividade, definitória da modernidade ocidental. Na tradição dominante do subjetivismo cartesiano, a mente é uma substância que pode calcular porque pode representar. Não se trata de uma substância qualquer, mas de uma substância fundante, cujas operações medem tudo o que existe. No cartesianismo, o mundo se reduz à realidade objetiva dada na representação. (Loparic, 1998, p. 37)

Esse modo de Freud teorizar sobre o homem como um aparelho, como se fosse uma máquina pensante, formatou e definiu uma abordagem clínica específica, em que o ser humano é compreendido de um ponto de vista mecanicista. É isso que veremos a seguir.

3. A clínica na psicanálise tradicional

Como vimos, a conceituação de ser humano, que foi elaborada por Freud (M. F. Dias, 2005; Fulgencio, 2006), parte de premissas e conceitos mais abstratos, típicos do pensamento cartesiano. Isso se justifica porque a psicanálise tradicional se estruturou como um método de tratamento durante a Modernidade, momento em que os estudos sobre o ser humano tinham uma abordagem objetificante. Na psicanálise tradicional, o ser humano não é concebido como uma unidade psicossomática; o que prevalece é a ideia de um homem constituído por instâncias, típicos da divisão cartesiana corpo/mente. Datam dessa mesma época conceitos e ideias como aparelho psíquico e pulsão, presentes no arcabouço psicanalítico (Loparic, 1997b).

Todos esses elementos estão presentes na clínica psicanalítica, a qual se estruturou no complexo de Édipo (Freud, 1905/1970; Loparic, 1997a). A psicanálise freudiana encontrou no mito edipiano a formulação básica de seu problema exemplar. Por meio do triângulo familiar, ao observar que o filho disputa a mãe com o pai, Freud (Freud, 1905/1970; Loparic, 1997a) encontra os elementos essenciais de sua clínica: conflitos, desejos, ameaça de castração etc. Foi também através do mito edipiano que Freud (Freud, 1905/1970; Loparic, 1997a) construiu sua teoria do desenvolvimento sexual. Na teoria desenvolvida por Freud, o complexo de Édipo constitui o ponto culminante da sexualidade infantil e será determinante na constituição da sexualidade adulta. O complexo de Édipo é a principal referência da psicanálise e é sobre ele que todo o trabalho da psicanálise freudiana se

assenta. Sua importância se estende a ponto de: definir a constituição do sujeito, construir a teoria sexual, ser a base para a compreensão da neurose e das doenças psíquicas, além de permitir a inserção do sujeito na ordem cultural. Todos esses aspectos subjazem a todo um modo de pensar o homem como elemento tomado por forças em conflito e ameaçado por desejos censuráveis. Toda essa estrutura clínica é totalmente alinhada com a contextualização filosófica e teórica da época em que Freud iniciou seus estudos.

No que se refere às questões corporais, curiosamente, a psicanálise freudiana, que surgiu da necessidade de se compreender as questões presentes no corpo das pacientes reconhecidas como histéricas, distanciou-se das questões corporais ao buscar o acesso a essas pacientes principalmente pelos aspectos mentais (Loparic, 1997a, 1999b, 2001). De um modo geral, verificamos que a psicanálise tradicional praticamente elimina o corpo da clínica, dando-lhe, por exemplo, o sentido de símbolo ou priorizando o aspecto mental. Assim, a psicanálise freudiana tem uma clínica calcada nos aspectos internos, e o ser humano é visto como consequência de um jogo de forças intrapsíquicas (Loparic, 1997b, 1998, 1999a, 2001).

Uma importante característica da psicanálise tradicional, que encontramos na clínica, é a forte relação com a linguagem, uma vez que, já em seus primórdios, ela se caracterizou por propiciar o recurso da "cura pela fala" (Loparic, 1997b, 1998, 1999a, 2001). Ou seja, de Breuer a Freud, a verbalização apresentou-se como um método de cura dos pacientes, de maneira que os distúrbios psíquicos pudessem ser solucionados (Loparic, 1999a, 2001). Para Freud (Freud, 1900/1980, 1904/1980, 1910 /1980; Loparic, 1999a, 2001), a psicanálise consistia num procedimento de cura por meio da interpretação. Para chegar ao inconsciente recalcado, Freud (Freud, 1912a/1980, 1912b/1980; Loparic, 1999a, 2001) utilizou a regra fundamental segundo a qual, *grosso modo*, o paciente deveria comunicar, ou seja, compartilhar verbalmente com o analista seus conteúdos internos sem censura. Desse modo, os conteúdos inconscientes viriam à consciência, de modo a restabelecer os elos temporais e causais perdidos. Todos os dados trazidos à consciência do paciente e compartilhados com o analista precisam ser interpretados. É fundamental apontar que essa interpretação significa que o analista vai solucionar os enigmas oriundos do surgimento das lacunas psíquicas. A interpretação constitui uma verbalização dos conteúdos inconscientes (Loparic, 1999a, 2001).

Esses pressupostos indicam que uma das características da clínica psicanalítica está no fato de ela ser mais interpretativa, isto é, sustentada na verbalização. A interpretação é tão importante para essa abordagem que Laplanche afirmou que "a interpretação está no centro da doutrina e da técnica freudianas. Poderíamos caracterizar a psicanálise pela interpretação, isto é, pela evidenciação do

sentido latente de um material" (Laplanche & Pontalis, 1967/1971, p. 245). Essa forma de trabalhar os distúrbios psíquicos por meio de uma técnica mais interpretativa é possível em função do fato de que os distúrbios são da ordem de um conflito pulsional de natureza pré-edípica ou edípica. Isso levará o analista freudiano a interpretar os conflitos inconscientes reprimidos como derivados do complexo de Édipo (Freud, 1905/1970; Loparic, 1997a).

Esses aspectos nos levam a considerar que a clínica psicanalítica é mais representacional que relacional, uma vez que o próprio Freud (Freud, 1912a/1980; Loparic, 1999a) apontou que o analista deve praticar a abstinência, ou seja, deve evitar um envolvimento emocional. Ele sugere que o analista deve manter uma postura de frieza, não demonstrar os próprios sentimentos e, como aponta Loparic, "o analista freudiano não 'convive', ele 'reflete'" (Loparic, 1999a, p. 351). Isso é derivado do fato de que o trabalho do analista freudiano é focado nos conflitos mentais e não no aspecto relacional.

4. Winnicott e a teoria do amadurecimento pessoal

Para compreender o trabalho do analista winnicottiano e a forma como ele lida com os distúrbios psicossomáticos, é necessário apontar a maneira como Winnicott (1965n[1962]/1983, 1965r[1963]/1983) concebe a constituição do ser humano. Winnicott (1965vf [1960]/1993) chama a atenção para o fato de que, ao nascer, o bebê tem um potencial para se desenvolver, mas esse potencial somente se concretizará na medida em que outro ser humano se encarregue de seus cuidados na fase da dependência absoluta.

O modo como esse tema é teorizado trará consequências para a atividade clínica, definindo formas específicas de atuação do analista. Diferentemente de Freud (Freud, 1905/1970; Loparic 1997a), que concebe a existência humana com base na teoria da sexualidade, Winnicott (1971f[1967]/1993) parte de um ponto de vista desenvolvimental, isto é, o bebê vivenciará uma sequência de estágios que ocorrerão sucessivamente, embora de forma não linear, de maneira a resultar na constituição de uma pessoa saudável. O somatório dessas conquistas permitirá que o indivíduo possa ter uma vida significativa. O ponto de partida é o fato de o bebê nada saber de si e do mundo ao iniciar sua trajetória pessoal.

Uma das características do processo desenvolvimental é a de que algumas conquistas do bebê somente serão possíveis se as etapas anteriores tiverem ocorrido de forma saudável. Ou seja, algumas conquistas constituem uma condição de possibilidade para que outras possam se concretizar. Se, por acaso, houver um fracasso na resolução das etapas anteriores, o bebê, numa condição em que lhe falta

maturidade para dar conta das novas tarefas, enfrentará dificuldades e não poderá desenvolver essas novas vivências de forma autêntica e pessoal (Winnicott, 1965d[1962]/1983, 1965vd[1963]/1983).

A cada estágio, o bebê apresenta uma organização de ego que lhe possibilita desempenhar as tarefas próprias de cada um desses estágios. A cada etapa desse processo verificamos o humano se desdobrando e se revelando, numa sucessão de estados cuja data de início é difícil determinar, mas que ocorrerá durante toda a sua vida. O indivíduo em desenvolvimento se comportará, a cada momento de sua vida, de acordo com uma maturidade proporcional ao estado apresentado por seu ego. Por meio de estágios que se constituem com a experiência cumulativa que o indivíduo vivencia gradativamente, há a concretização do potencial de amadurecimento. Há um processo de integração progressiva ocorrendo com esse bebê, processo que é atravessado pelo encontro humano. Não há a segurança de uma conquista definitiva em qualquer estágio. Esse processo é vulnerável e depende totalmente das condições ambientais, o que inclui também os aspectos da imprevisibilidade (Winnicott, 1970b[1969]/1994).

Segundo Winnicott (1965n[1962]/1983, 1965r[1963]/1983), a construção da personalidade dependerá primordialmente de um ambiente que, se satisfatório, permitirá a emergência da saúde; se esse ambiente não for satisfatório, dificultará a concretização dessa conquista.

O processo de constituição da pessoa humana se inicia com uma condição de *dependência absoluta* do bebê, pois, nos primórdios de sua vida, o ambiente é parte do recém-nascido. Na medida em que o bebê amadurece, ele vive uma *dependência relativa* em relação ao ambiente, para, finalmente, conquistar uma *independência relativa*. Em função do seu estado de imaturidade, o bebê sente os efeitos desse ambiente, pois ele não sabe da existência desse ambiente. Se as falhas ultrapassarem sua capacidade de assimilação, uma cisão será instaurada, provocando uma alteração em seu processo desenvolvimental. Devido ao seu estado de absoluta dependência em relação ao ambiente, o bebê, no início de vida, não tem condições sequer de *saber* dos cuidados que recebe de sua mãe. São os cuidados dela que assegurarão o seu pleno desenvolvimento, garantindo também a concretização de seu processo de amadurecimento. Esse processo, em que, gradativamente, grandes conquistas ocorrerão, promoverá a integração: integração no tempo e no espaço, e a personalização, que é a apropriação do próprio corpo. O bebê também fará a relação de objeto e finalmente, descobrirá e chegará à realidade compartilhada, podendo, inclusive, contribuir para a manutenção e desenvolvimento dela (Winnicott, 1965p[1960]/1993).

Essas conquistas indicam a concretização de algo fundamental, que é o processo de personalização, isto é: "[...] a tendência herdada que cada indivíduo tem de chegar a uma unidade da

psique e do soma, uma identidade experiencial do espírito, ou psique, e da totalidade do funcionamento físico" (Winnicott, 1966d[1964]/1994, p. 88). A conquista da personalização indica que o indivíduo tornou-se uma totalidade, uma pessoa inteira (*whole person*). Quando há um fracasso nessa tarefa, toda a atividade clínica do analista terá que ser diferente da atividade do analista freudiano. Enquanto o analista freudiano trabalha com a ideia de um sujeito em conflito com forças psíquicas, o analista winnicottiano se sustenta na ideia de que uma unidade psicossomática não pôde se construir.

Esse modo de conceber a existência humana aponta a fragilidade de todo indivíduo que inicia sua vida: ele necessitará de alguém que o auxilie na tarefa de construir-se a si próprio. No que se refere ao trabalho clínico, Winnicott (1965vf [1960]/1993), ao apontar que o trabalho do analista guarda semelhança com os cuidados maternos oferecidos ao bebê, indica que nossa ferramenta terapêutica é o conhecimento do processo de amadurecimento humano.

Se a unidade psicossomática é resultado dos cuidados oferecidos ao bebê, nos casos dos distúrbios psicossomáticos, o analista precisará ter uma postura semelhante à da mãe. Desse modo, a atividade clínica do analista winnicottiano é relacional (Winnicott, 1970b[1969]/1994, 1987d[1967]/1988). Somente por meio do relacionamento com a mãe, o bebê conquista a base para viver, ou seja, estar alojado no próprio corpo. Vejamos, a seguir, como Winnicott concebe esse aspecto.

5. A existência é psicossomática

A teorização de Winnicott sobre o modo como o ser humano se constitui aponta para a condição de uma pessoa que se caracteriza por ser uma unidade psicossomática (Winnicott, 1988/1990, 1971d[1970]/1994). Isso significa que, quando se olha para um ser humano, é uma totalidade que se vê, não um indivíduo composto por partes. O ser humano não é considerado como uma estrutura dividida em corpo e mente. O teorizar winnicottiano concebe que "a natureza humana não é uma questão de corpo e mente – e sim uma questão de psique e soma inter-relacionados, que em seu ponto culminante apresentam um ornamento: a mente" (Winnicott, 1988/1990, p. 44). Em Winnicott, não há a oposição entre corpo e mente, e sim entre *soma* e psique.

Winnicott parte do princípio de que a existência do ser humano é psicossomática. Para ele, a vida somente é possível quando a pessoa humana está firmemente alojada em seu próprio corpo, ela se sente confortável e tem seu corpo como morada. Winnicott sustenta que "a existência

psicossomática é uma realização, e, embora sua base seja uma tendência hereditária de desenvolvimento, ela não pode tornar-se um fato sem a participação ativa de um ser humano que segure o bebê e cuide dele" (Winnicott, 1987e[1966]/1988, p. 10). Para que isso se concretize, é necessário que o bebê seja tratado pelo ambiente como pessoa inteira desde o início de sua vida.

Para Winnicott (1971d[1970]/1994), uma pessoa saudável se estrutura de modo tal que o si-mesmo é construído sobre o corpo, ou seja, o corpo é a base para o si-mesmo. O aparato mental é apenas um dos elementos desse si-mesmo. Ao apontar o ineditismo das ideias de Winnicott sobre a construção de uma existência psicossomática, Loparic afirma que "é sobre o corpo e a partir do corpo que funciona, que se desenvolve uma personalidade que também funciona, que é completa, unificada, que possui defesas contra angústias e é capaz de se relacionar com outras pessoas" (Loparic, 2000, p. 383). Isso é o resultado de um processo desenvolvimental saudável.

Winnicott (1954a[1949]/2000) aponta que o corpo humano se constitui pelo inter-relacionamento entre a parte somática, a parte psíquica e a mente, sendo que esta última é decorrente do funcionamento do *soma* e psique. O processo de construção dessa totalidade psicossomática tem seus momentos inaugurais nas fases mais primitivas do processo desenvolvimental, quando o bebê nem sabe disso, por ser ainda muito imaturo. Porque ocorre nessa fase de imaturidade, esse processo não tem uma natureza mental ou representacional.

A construção do processo da psique se inicia quando o bebê começa a fazer uma elaboração imaginativa dos tecidos vivos, do *corpo vivo*, que é denominado por Winnicott de *soma*. Esse *soma,* até então, é exterior ao próprio bebê, pois, segundo Winnicott, ele, o *soma*, é a herança fisiológica que o bebê herdou ao nascer (1988/1990, 1954a[1949]/2000). No início da vida do bebê, embora o *soma* seja um corpo vivo, ele ainda não é um corpo habitado. Esse *soma* produzirá as sensações fisiológicas das quais o bebê se apropriará através de um processo que Winnicott denominou "elaboração imaginativa". As sensações e os movimentos desse corpo vivo precisam ser reunidos pelos cuidados oferecidos pela mãe, o que possibilitará as primeiras inter-relações entre *psique* e *soma*. O somatório dessas experiências permitirá que a psique se constitua, pois ela se forma com base no material fornecido pela elaboração imaginativa das diversas funções corporais.

Para Winnicott, em termos de constituição da totalidade psicossomática, a psique é mais primitiva. Ela não é uma entidade, uma instância. Sua constituição se sustenta na elaboração do funcionamento corporal fisiológico em geral. Ou seja, o bebê fará uma elaboração imaginativa das experiências que são oriundas do fato de simplesmente estar vivo: ele tem um aparato psicossomático que herdou ao nascer, um *soma* que se movimenta, se excita, relaxa, tem fome, dentre outras funções

corporais. Ao experienciar repetidamente todas as sensações decorrentes do funcionamento dessas funções corporais, o bebê construirá sua psique. Segundo o próprio autor definiu, a psique é a "elaboração imaginativa dos elementos, sentimentos e funções somáticos, ou seja, da vitalidade física" (Winnicott, 1954a[1949]/2000, p. 333). Na medida em que o *soma*, isto é, o corpo vivo, é tomado pelas demandas instintuais corporais, o bebê pode fazer uma ligação entre o *soma* e a psique. Gradativamente, através de reiteradas experiências, o bebê fará o alojamento da psique em seu corpo, de forma a apropriar-se dele. É por meio desse processo que o bebê poderá se personalizar, isto é, ele se apropriará de seu corpo, passando a habitá-lo. Isso significa que, quando o bebê se apropria do que ocorre consigo, o *soma* se transforma em corpo, em corpo que será o espaço pessoal que possibilitará que se saiba que ali existe uma pessoa.

Todas essas experiências proporcionarão uma continuidade, a construção de uma historicidade pessoal, a qual resultará numa totalidade psicossomática. Somente após o alojamento da psique no corpo, o bebê pode viver a experiência de que o corpo é o lugar em que ele pode habitar. Ele desenvolve a certeza e "o sentimento de estar dentro do próprio corpo" (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 225). Esse corpo, do qual o bebê se apropria, é seu próprio corpo habitado, corpo com o qual ele já estará tão familiarizado que se torna simplesmente o *seu corpo*. Ou seja, a partir dessa conquista, o corpo habitado será denominado simplesmente corpo. Uma vez que isso ocorra, a pessoa em desenvolvimento sente-se firmemente estruturada em todas as partes que a compõem corporeamente.

A psique "liga conjuntamente o passado já vivenciado, o presente e a expectativa de futuro, dá sentido ao sentido do eu, e justifica nossa percepção de que há um indivíduo nesse corpo" (Winnicott, 1988/1990, p. 46). Segundo Winnicott, "gradualmente, a psique chega a um acordo com o corpo, de tal modo que na saúde existe finalmente um estado no qual as fronteiras do corpo são também as fronteiras da psique" (Winnicott, 1988/1990, p. 144).

A construção de que a existência é psicossomática deve ser buscada na anatomia do que é vivo, nas manifestações de um corpo que é bem cuidado. O indivíduo saudável é resultado de um processo de amadurecimento em que os cuidados maternos proporcionam o alojamento da psique no *soma*. Para Winnicott, "o manuseio da pele no cuidado do bebê é um fator importante no estímulo a uma vida saudável dentro do corpo, da mesma forma como os modos de segurar a criança auxiliam no processo de integração" (Winnicott, 1988/1990, p. 143).

Com o manuseio concreto, os cuidados oferecidos, o toque amoroso da mãe, o bebê elabora imaginativamente, por meio da psique, um *soma* que vive todo tipo de experiência corporal. Gradativamente, pelas repetições das experiências corporais, o bebê estabelece um vínculo íntimo

entre tudo o que lhe acontece, de modo que o resultado seja uma coesão psicossomática, uma pessoa inteira. O último elemento a surgir nesse processo é a mente, como consequência natural do estabelecimento da psique. Uma das funções da psique é promover o surgimento da mente, que ajudará o bebê a lidar com as falhas maternas. A mente também tem a função de catalogar eventos, acumular memórias e classificá-las. Em suma, a mente começa a operar quando a adaptação total do ambiente não é mais necessária nem desejável e o intelecto inicia a tarefa de dar conta das falhas ambientais, que são esperadas nessa fase do processo maturacional (Winnicott, 1958f[1949]/2000). Nesse momento, as experiências do bebê em direção ao mundo se ampliam e a mãe vai perdendo a função de objeto subjetivo. Gradativamente, o bebê chega à realidade compartilhada dos objetos objetivamente percebidos (Winnicott, 1965r[1963]/1983).

A consecução desse processo, isto é, a elaboração das experiências do *soma*, permite o alojamento da psique no corpo, o surgimento do aparato mental e, finalmente, "[...] uma vida psicossomática de um indivíduo se inicia" (Winnicott, 1965n[1962]/1983, p. 60). Por meio dos cuidados maternos, o bebê descobrirá que ele está dentro do próprio corpo e que esse corpo "[...] é algo em que dá gosto viver" (Winnicott, 1949l/1982, p. 47). Assim, quando esse corpo passa a ser habitado por um si-mesmo, uma vida pode ser vivida de forma pessoal e saudável.

Para encerrar, é importante apontar que o ser humano não pode ser reduzido a explicações mecânicas e mentalizantes, pois estas não são adequadas e suficientes como referência compreensiva acerca dos inúmeros e complexos aspectos da existência humana. A vida e o humano, em sua unidade psicossomática, são muito maiores que o "dualismo cartesiano de mente e corpo".

6. Os distúrbios psicossomáticos

A concepção de Winnicott (1970b[1969]/1994, 1966d[1964]/1994) sobre a enfermidade psicossomática é inovadora. Para ele, esses distúrbios somente podem ser compreendidos à luz do processo de amadurecimento humano, especialmente em termos de conquista de uma totalidade corpórea. Ao nascer, o bebê possui o aparato fisiológico que herdou e uma tendência a se desenvolver. Para que ele possa se constituir saudavelmente, necessita de um ambiente que facilite a instauração desse processo. De início, aspectos como *soma* e psique são indiferenciados e precisarão ser integrados, ou seja, deverão ser apropriados pelo bebê. Conforme apontado anteriormente, o processo de constituição do corpo, da unidade psicossomática, é uma conquista do amadurecimento humano. Ela, a unidade psicossomática, não é algo dado, é um fenômeno que depende das condições

ambientais que garantam a continuidade da existência de todo indivíduo que inicia sua vida. A construção do corpo é relacional e está vinculada ao ambiente sustentador do processo de amadurecimento do bebê (Winnicott, 1987e[1966]/1988, p. 10).

Para Winnicott (1966d[1964]/1994), o distúrbio psicossomático constitui um sistema defensivo formado por uma cisão e vários tipos de dissociação. Esse sistema defensivo é criado pelo bebê logo no início de seu processo maturacional, o que significa que precisa ser compreendido como uma patologia que está na linha das psicoses. Essa organização defensiva tem a função de afastar a ameaça de aniquilamento. Winnicott afirma que "a enfermidade psicossomática é o negativo de um positivo", sendo que o positivo diz respeito à conquista de um si mesmo integrado e o negativo é o surgimento do distúrbio psicossomático, uma vez que o si-mesmo não pôde se constituir (Winnicott, 1966d[1964]/1994, p. 88). Há uma dissociação entre esses dois elementos, uma defesa que acontece com a função de manter um mínimo de relação entre a psique e o *soma*, ainda que a integração propriamente dita não possa acontecer. O distúrbio é a persistência de uma cisão na organização do ego do paciente, ou de dissociações múltiplas (1966d[1964]/1994).

Para entender como um distúrbio psicossomático se instaura, inicialmente é necessário compreender o elemento positivo desse processo, ou seja, como uma unidade psicossomática se constitui. Para isso, precisamos apontar que os cuidados fornecidos pela mãe constituem a matriz dessa conquista. Isto é, o ambiente cuidador, que de início é a mãe, tem um papel fundamental na construção da coesão psicossomática. Essa construção se dá de forma gradativa. No início de sua vida, a única modalidade de comunicação do bebê é através do corpo e ele precisa de alguém que o atenda em suas necessidades corporais. Isso assegura a manutenção de sua *continuidade de ser*. O bebê precisa ter uma mãe zelosa que assegure esses cuidados corporais. Para atender à essas necessidades, a mãe oferece o próprio corpo ao bebê de maneira a sustentá-lo na construção do seu corpo. A comunicação inicial entre ambos será feita corporalmente. De acordo com Winnicott, a mãe saudável deve ser uma

> pessoa viva. O seu bebê deve estar apto a sentir o calor de sua pele e alento, a provar e a ver. [...] Deve existir completo acesso ao corpo vivo da mãe. Sem a presença viva da mãe, a mais erudita técnica materna nada vale. (Winnicott, 1947b/1982, p. 99)

No entanto, nem sempre a mãe tem condições de oferecer esses cuidados. Segundo Winnicott:

> há algumas mães, ou pessoas que cuidam de crianças, que estabelecem bom contato com o bebê como pessoa, mas parecem incapazes de saber o que o corpo do bebê está sentindo ou precisando; de modo semelhante, há outras pessoas que são naturalmente boas em cuidados físicos, mas parecem ignorar o fato de que há um ser humano começando a alojar-se no corpo que estão banhando e limpando. Quando aqueles que cuidam de um bebê ou criança pequena possuem esse tipo de dificuldade, a criança de que cuidam não pode tornar-se integrada em uma unidade. (Winnicott, 1969g/1994, p. 431)

É a presença viva da mãe que devolve ao bebê a sua existência através de dois aspectos: seu olhar e seus cuidados concretos. Quando o bebê olha para o rosto da mãe, o que ele vê é ele mesmo. Os cuidados dispensados permitirão que o bebê possa se apropriar do aparato fisiológico que herdou ao nascer. Ou seja, o olhar e o colo maternos reunirão as partes do corpo do recém-nascido. O modo como a mãe segura o bebê, oferecendo segurança e conforto, favorecerá a concretização do tônus muscular. A mãe sabe que o bebê não pode ser deixado muito tempo sozinho no berço para que ele não caia num vazio, uma vez que não tem a moldura do corpo da mãe para construir a moldura de seu próprio corpo (Winnicott, 1987e[1966]/1988, 1958n[1956]/2000). Segundo Loparic:

> ao serem elaborados imaginativamente, os funcionamentos corpóreos e seus correlatos são experienciados. Essas experiências não são estados mentais, nem meramente psíquicos, mas ganhos da integração, pela elaboração imaginativa criativa, das funções do corpo no tempo (executados no presente, mas conectados com o passado e o futuro) e no espaço (acontecendo aqui, distantes do que está ali). Além de funções corpóreas, a elaboração imaginativa esquematiza e padroniza também as partes do corpo e os sentimentos, em suma, todos os fenômenos do estar vivo (Loparic, 2010, p. 4)

Ao comentar o modo de teorizar de Winnicott, Loparic (2000) nos mostra que todas as experiências que o bebê precisa para se tornar uma pessoa inteira são permeadas pelas experiências corpóreas pessoais muito precoces e, por isso, o modo como o bebê entra em contato com seu corpo não é do domínio do campo representacional e sim do campo experiencial, das situações concretas que vivencia dia a dia. Essas experiências ocorrerão por meio de aspectos da corporeidade humana: odores, sons e gestos que estão presentes numa comunicação sutil e concreta feita entre mãe e filho. A construção de uma identidade pessoal passa por registros de uma corporeidade que se constrói

silenciosamente, num período em que aspectos mentais, simbólicos e pré-representacionais não estão presentes, em função da imaturidade do bebê.

Quando o processo de personalização ocorre saudavelmente, quando o ambiente oferece a sustentação necessária para o desenvolvimento pessoal, o bebê não é obrigado a usar o aparato mental para preencher as lacunas produzidas pelas falhas ambientais, pelo ambiente que não cria condições para a construção da unidade psicossomática.

Porém, como salientou Loparic, "o processo de constituição da *existência psicossomática* no tempo pode sofrer perturbações. Estas incidem fundamentalmente sobre os funcionamentos corpóreos e seus correlatos, [...] resultando na impotência de fazer uso pessoal dos estados excitados do corpo" (Loparic, 2010, p. 5). O que ocorre com o bebê é que, em função do manejo inadequado que não atende suas necessidades, há uma falha no processo de alojamento da psique no corpo, fazendo com que um sistema defensivo precise ser construído para que o bebê possa se preservar. O bebê sente que o ambiente é instável e não confiável. Para se proteger, entra em estado de alerta para se prevenir das inadequações desse ambiente. Tudo isso facilita um funcionamento prematuro das funções mentais.

O que ocorre com o bebê é que, uma vez que suas demandas corporais são deflagradas em vão, há um enfraquecimento do vínculo entre psique e corpo, ou, em casos muito graves, esse vínculo é perdido. O bebê, em função de sua imaturidade, não tem como lidar com essa situação e precisa apelar para o aparato mental para resolver o problema surgido. A mente se apresenta como uma ferramenta para dar conta da situação, o bebê fica em estado de alerta para que possa controlar um ambiente caótico. Simultaneamente, há uma quebra na coesão psicossomática, uma vez que o uso de processos intelectuais cria obstáculos para a coexistência entre psique e *soma* (Winnicott, 1988/1990, p. 144). São esses aspectos que levam Winnicott a afirmar que a "enfermidade no transtorno psicossomático refere-se à persistência de uma cisão na organização do ego do paciente, ou de dissociações múltiplas, que constituem a verdadeira enfermidade (Winnicott, 1966d[1964]/1994, p. 82).

Assim, quando o processo de desenvolvimento é afetado, em vez da construção de um corpo saudável, de uma unidade psicossomática, o que se tem é um indivíduo dissociado de seu próprio corpo. Na impossibilidade de a mãe atender às necessidades do bebê, o que se tem é o despedaçamento e não a constituição de um corpo, a instauração da saúde. O *ser* fica desapossado de sua morada.

O distúrbio psicossomático indica que há cisão na personalidade do indivíduo, um afrouxamento no vínculo entre psique e *soma*, ou uma cisão organizada na mente. A dissociação é a

defesa que o bebê precisou criar para manter a própria sobrevivência em meio a um ambiente instável; tem como ponto de origem dois momentos do processo de amadurecimento. O primeiro indica uma falha mais precoce, presente numa atitude materna de não atendimento às necessidades do bebê; o segundo momento se vincula às dificuldades que o bebê encontra em relação à conquista da integração em uma unidade. É o próprio Winnicott quem nos esclarece:

> portanto, o transtorno psicossomático relaciona-se a Ego fraco (a depender grandemente de uma maternagem não suficientemente boa), com um estabelecimento débil de morada no desenvolvimento pessoal; e/ou batida da retirada do EU SOU e do mundo tornado hostil pelo repúdio que o indivíduo faz do NÃO-EU para uma forma especial de cisão que ocorre na mente, mas que se dá ao longo de linhas somáticas.
> (Aqui, um detalhe ambiental persecutório real pode determinar a batida em retirada do indivíduo para alguma forma de cisão).
> Desta maneira, 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, 1996d[1964]/1994, p. 90)

Por conseguinte, é no uso precoce do aparato mental, de uma falha nos cuidados corporais, que encontramos o ponto de origem dos distúrbios psicossomáticos. Um padrão de falhas ambientais provoca a quebra da *continuidade de ser* e de constituir-se como uma pessoa inteira. O bebê não pode dar continuidade ao processo de personalização que lhe permite saber-se habitando o próprio corpo e essa perda é terrível. Portanto, o distúrbio psicossomático tem a função de ser uma organização defensiva. Através do distúrbio, o bebê é resguardado da ameaça de ser lançado na experiência de aniquilamento, experiência vivida no início de sua vida, quando não teve suas experiências corpóreo-sensoriais atendidas num momento em que sua imaturidade não lhe permitia lidar com esse desamparo.

A imaturidade do bebê indica que ele não tem um ego que lhe permita dar conta da experiência traumatizante e a defesa que ele precisa organizar, uma despersonalização ativa, é uma forma de impedir a repetição da agonia impensável. Essa defesa se dá por cisão ou por dissociações múltiplas, ou seja, ele se despersonaliza, inibe seus impulsos de modo a não ser lançado novamente numa experiência traumatizante. Para dar conta dessa exigência vivida num momento de imaturidade,

o bebê precisa se dissociar, ou seja, a mente se dissocia do corpo e da psique. O resultado é que a mente passa a cuidar destes últimos, substituindo o ambiente cuidador, ao mesmo tempo em que seduz a psique e esvazia o corpo. O bebê é obrigado a fazer uma elaboração mental de uma vivência da qual não pôde fazer a experiência em função de não ter um ego constituído. O não atendimento às necessidades do bebê coloca-o numa situação de defesa, que o incita a reagir às invasões e, ao reagir, ele não tem sua continuidade de ser assegurada. Ou seja, "ao reagir, o bebê não está 'sendo'" (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 267). O bebê, com o ego fragilizado porque não tem o ego da mãe para fazê-lo forte, diante dessa situação traumática, sente os efeitos e reage fazendo o rompimento da ainda frágil coesão psicossomática.

De qualquer modo, Winnicott nos lembra que esse processo tem um elemento positivo: o distúrbio psicossomático é uma forma de o paciente entrar em contato com seu corpo, mesmo que seja por meio da doença ou da dor. Através do distúrbio psicossomático, o paciente mantém a vinculação com seu corpo, além de sustentar a dependência inerente aos cuidados decorrentes da doença (Winnicott, 1966d[1964]/1994, p. 90). O fato de o elemento físico da doença empurrar a doença psicológica de volta para o corpo significa uma forma de defesa contra a fuga para o puramente intelectual ou instintual, uma vez que isso faria com que o indivíduo perdesse uma parte do vínculo entre a psique e o *soma* (Winnicott, 1988/1990, p. 185). O corpo que sofre não permite que o paciente esqueça o próprio corpo. O corpo, que protesta, solicita ser resgatado em seu funcionamento mais primitivo, de maneira que a saúde total possa ser restabelecida.

A retomada da saúde será possível por meio de um processo analítico que se fundamente numa abordagem que se dê pela teoria do amadurecimento humano, que considere a inter-relação indivíduo/ambiente. Se o ambiente não pôde facilitar a conquista da saúde, agora, com o trabalho analítico, o ambiente, na pessoa do analista, oferecerá uma nova chance para a retomada do processo maturacional e do reinício da vida.

Vejamos, a seguir, o aspecto inovador da clínica winnicottiana.

7. Os novos conceitos da psicanálise winnicottiana e a clínica

Ao apontar que o processo de amadurecimento humano é responsável pela constituição da existência humana, existência que será possível porque o indivíduo está firmemente assentado em sua estrutura psicossomática, Winnicott (1988/1990, 1971f[1967]/1993, Loparic, 2010) leva-nos a considerar que a clínica psicanalítica baseada em seus pressupostos deve se sustentar numa teoria

psicossomática e não numa teoria da sexualidade, tal como na psicanálise tradicional. Essa teoria psicossomática, que revela como se dá a constituição de uma pessoa saudável, igualmente indica o que subjaz aos diferentes distúrbios emocionais, inclusive os psicossomáticos. Todos esses aspectos apontam uma grande transformação no cenário da psicanálise.

Em seu texto "Winnicott clínico", Loparic, ao discutir as peculiaridades da clínica winnicottiana, apresenta esse novo cenário, tanto na etiologia e natureza dos distúrbios emocionais, quanto na classificação e solução desses distúrbios:

> Winnicott os pensa como perturbações da existência psicossomática, isto é, do indivíduo considerado na sua totalidade e na sua história, incluídas, portanto, as aquisições desde o início. Esse indivíduo não é um eu que pensa e, portanto existe, sua existência sendo comprovada pela mente, mas um SOU, um funcionamento somático elaborado imaginativamente, um estado de ser não consciente, à parte dos exercícios de autoconsciência, que, com o tempo, se torna um EU SOU, um indivíduo total. (Loparic, 2010, p. 3)

Essa novidade do pensamento winnicottiano, apontada por Loparic, implica uma alteração das atitudes e da técnica do analista. Para lidar com as questões da perturbação da existência, Winnicott aponta que a base de todo o tratamento está na atitude do analista, o que, segundo ele, é uma reprodução das atitudes maternas:

> Minha tese é que, na terapia, tentamos imitar o processo natural que caracteriza o comportamento de qualquer mãe em relação à sua criança. Se a tese estiver correta, deduz-se que é o par mãe-criança que pode nos ensinar os princípios básicos sobre os quais deve fundar-se nosso trabalho terapêutico, quando estivermos tratando de crianças cuja primeira relação com a mãe não foi "boa o suficiente", ou foi interrompida. (Winnicott, 1965vf[1960]/1993, p. 28)

Assim, o trabalho do analista winnicottiano implica criar um ambiente em que os cuidados oferecidos ao paciente sejam pautados por uma comunicação e ações típicas dos primeiros meses da vida do bebê, quando sua imaturidade é a característica preponderante. Dias, em seu texto "A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia para a prática clínica", apresenta o modo como o analista trabalha quando tem como referencial o processo desenvolvimental humano, que deve

considerar a imaturidade inicial do bebê e a paulatina conquista da maturidade. Ela aponta, inicialmente, que não há um método ou técnica únicos que determinariam a atividade do analista winnicottiano:

> A razão é simples: o que determina o trabalho a ser feito – a maneira como deve ser conduzido determinado tratamento – é a necessidade do paciente, e esta varia enormemente conforme a natureza do distúrbio que este apresenta. [...] o que serve, por exemplo, para um paciente neurótico ou mesmo depressivo não serve, de modo algum, para pacientes cuja problemática central é psicótica, ou mesmo para os antissociais. (E. O. Dias, 2008b, p. 30)

E. O. Dias (2008b) enfatiza a necessidade de se realizar um diagnóstico que oriente o tratamento a ser realizado, diagnóstico que define uma postura específica do analista. Para isso, o conhecimento da teoria do amadurecimento humano é essencial. Essa teoria aponta que as necessidades do bebê variarão conforme sua idade. Essa alteração das necessidades do paciente surgirá se o processo analítico transcorrer de forma adequada, uma vez que o paciente retoma seu processo maturacional e novas necessidades se apresentam. Temos então, na realização de um diagnóstico, a primeira atividade do analista winnicottiano. No caso dos pacientes que apresentem distúrbios psicossomáticos, que de acordo com a psicopatologia winnicottiana estão alinhados com os distúrbios psicóticos, a falha ocorreu nos primórdios da vida do indivíduo. Ter o conhecimento desses aspectos é fundamental para determinar a técnica a ser realizada (E. O. Dias, 2008b, Winnicott, 1966d[1964]/1994).

Tendo como guia a ideia de que a existência é psicossomática, o trabalho com esses pacientes exige uma técnica e uma teoria coerentes com esse posicionamento; exige um referencial que possa fazer oposição a modelos que postulam que corpo e mente são cindidos. O analista precisa oferecer ferramentas que possibilitem a retomada do processo de amadurecimento e uma nova possibilidade de reconstruir o corpo, lugar em que a saúde se aloja e se manifesta. Diante desse quadro patológico, a técnica winnicottiana será a do manejo.

O manejo consiste num conjunto de atitudes presentes no modo como o psicanalista trata seu paciente e que se expressa no contexto total do atendimento (M. F. Dias, 2011; Khan, 2000). O que é oferecido garante um ambiente que atenda às necessidades do paciente, isto é, um ambiente em que as intrusões são mantidas à distância. O manejo pode compreender a manutenção de um silêncio, a não imposição de posturas específicas, isto é, a possibilidade de o paciente simplesmente estar ali. Quando

se fizer necessário, o manejo pode implicar o acompanhamento do ambiente social e familiar do paciente, com orientações precisas de ações, tais como internação hospitalar ou contato com escolas e outros profissionais da área da saúde. Um bom manejo consiste na adaptação do psicanalista às necessidades do paciente, no oferecimento de cuidados que lhe faltaram em fases anteriores e que provocaram a interrupção de seu processo de crescimento pessoal. É o manejo que permite uma recriação do ambiente, de modo a torná-lo confiável novamente.

Em resumo, por meio do manejo, o analista promove uma intervenção no *setting* analítico, considerando as necessidades do paciente, intervenção que tem o caráter da atenção, do cuidado e da espera. Tudo isso significa que o comportamento do analista é fundamentalmente mais importante para o paciente do que as interpretações. É essencial que o manejo se sobreponha à interpretação, pois como o paciente teve um distúrbio psicossomático provocado numa fase em que ele era extremamente imaturo, o uso da interpretação num momento inadequado repetiria o trauma anterior (Winnicott, 1988/1990, 1965j[1963]/1983, 1987d[1967]/1988, 1955d[1954]/2000). Portanto, cuidados e silêncios que deveriam ter acontecido no início da vida agora são possíveis e necessários.

Assim sendo, para o trabalho com o paciente que tem uma enfermidade psicossomática, o *setting* do analista winnicottiano sofrerá uma série de alterações. Uma das primeiras mudanças no *setting* está na inclusão da presença encarnada do próprio terapeuta e do paciente, uma vez que este último não será mais acessado apenas pelas vias da representação, tal como na psicanálise tradicional. O corpo de ambos entra de fato no *setting.* A presença corpórea do analista sustentará a construção da presença corpórea do paciente. O *setting* winnicottiano é *humano* e *pessoal.* Winnicott traz o corpo, tanto do paciente quanto do analista, de volta para o *setting.* A clínica winnicottiana deve resgatar a ideia de que o corpo é a primeira morada do ser humano no mundo, morada que o paciente psicossomático não pôde construir em função da dissociação entre corpo e psique, que precisou operar para se defender. O analista fará seu trabalho sustentando-se na ideia de que "concedendo-se tempo e circunstâncias favoráveis, o paciente tenderá a recobrar-se dessa dissociação. As forças integradoras nele tendem a fazer o paciente abandonar a defesa" (Winnicott, 1966d[1964]/1994, p. 90).

No tocante especificamente ao paciente, sua presença psicossomática deve estar na base para a realização do trabalho analítico. O paciente é compreendido com base em sua corporeidade e da forma como ela foi constituída, uma vez que o corpo revela a biografia do paciente. Já o trabalho do analista winnicottiano se sustenta na presença orgânica, na presença viva e constante do analista, tal como a mãe tem de estar viva e atenta ao seu filho. Há um contato vivo entre analista e paciente.

Para que esse trabalho se efetive, o *setting* deve ser organizado pela ideia de que o que deve ser oferecido é um tipo de *holding*, um tipo de sustentação coerente com o modo como o paciente organiza o espaço, a gestualidade, seu ritmo pessoal e, em especial, o modo como habita seu corpo. O analista oferece um ambiente que sustenta a retomada do processo maturacional (Winnicott, 1965vd[1963]/1983, p. 215). As comunicações do paciente não poderão ser organizadas em categorias mentais ou em interpretações, pois estas não fazem sentido para pacientes imaturos emocionalmente. O conceito de transferência se amplia, uma vez que a postura do analista deve considerar as diferentes fases do processo de amadurecimento, das mais primitivas às mais próprias de uma personalidade mais integrada. Tudo isso indica que o *setting* winnicottiano não se sustenta na capacidade de *insight* do paciente ou em promover *insights*. Ou seja, embora acolha a fala do paciente, o trabalho não se sustenta apenas nas verbalizações dele. Não há necessidade de ser arguto. A comunicação, a princípio, é silenciosa (Winnicott, 1965j[1963]/1983, p. 166).

Tal como a mãe atenta ao filho que se desenvolve, o analista winnicottiano observa olhares, tons de voz, postura física, gestualidade, enfim, toda a postura corporal do paciente. A atenção e delicadeza do analista lhe mostrarão as sutilezas presentes na necessidade do paciente de contato ou de ser tocado, sendo que o toque pode eventualmente ocorrer com pacientes mais regredidos (Winnicott, 1965vd[1963]/1983, p. 216). O analista não invade, ele acolhe, vai ao encontro do gesto feito em sua direção. Em termos de atuação clínica, isso significa que o analista deve considerar a maturidade do paciente de modo a atender à necessidade dele. Isso não significa que a clínica winnicottiana não faz uso da interpretação: ela acontecerá em função da maturidade do paciente e de um contexto total. Para Winnicott, a interpretação nem sempre está vinculada a uma decifração verbal. Ela se relaciona a uma postura geral do analista. Sobre isso, Winnicott afirmou que:

> um analista está trabalhando, como se diz, e o paciente está verbalizando, e o analista interpretando. Não é bem uma questão de interpretação verbal. O analista sente que no material que lhe é apresentado pelo paciente há uma tendência. Muita coisa depende da maneira como o analista usa as palavras, e, portanto, da atitude por trás da interpretação. (Winnicott, 1968d/1988, pp. 84-95)

Se a atuação clínica do analista winnicottiano é pautada numa visão mais psicossomática do ser humano, é necessário também o uso de uma linguagem e de um referencial teórico menos metapsicológico e mais empírico-experiencial. Essa linguagem mais empírica está mais próxima do

que o bebê vive nos primeiros meses de sua vida. A linguagem utilizada por Winnicott em sua construção teórica acerca do processo de amadurecimento humano se fundamentou na observação direta da experiência de seus pacientes, fossem eles adultos ou crianças. Winnicott observou que as expressões utilizadas por eles refletiam conceitos oriundos do que era experienciado corporeamente. Ou seja, assim como o bebê comunica suas necessidades através do corpo, o mesmo é feito pelos pacientes, isto é, as primeiras comunicações são feitas por meio de sua presença concreta.

Na clínica winnicottiana, no lugar de elementos metapsicológicos que impulsionariam o sujeito humano, encontramos elementos da *experiência* do bebê em relação ao que lhe ocorre. Em função disso, há uso de expressões mais descritivas em lugar das metapsicológicas. Sendo assim, o analista winnicottiano se pautará em termos como instintualidade, e não libido; pessoa, e não sujeito; elaboração imaginativa do *soma*, e não aparelho psíquico; reatividade no lugar de pulsão de morte; enfim, referenciais que expressam uma nova ontologia. Isso é percebido claramente na afirmação de Winnicott de que "a psicologia é atualmente uma questão de sentimento, de *pessoas* vivas, de emoções e instintos, e ela também lida com o inconsciente e com os conflitos inconscientes que causam os sintomas por não estarem disponíveis para a consciência" (Winnicott, 1996q[1950]/1997, p. 38). Na clínica winnicottiana, há o abandono de uma metapsicologia típica da psicanálise tradicional.

O uso desses novos termos permite que a clínica winnicottiana se torne menos metapsicológica e mais próxima do que ocorre efetivamente com o paciente. Esses termos remetem a experiências descritivas que um organismo vivo pode experimentar e não a conceitos especulativos e teóricos. Winnicott buscava termos os mais próximos possíveis das experiências humanas concretas, isto é, mais calcados na experiência vivida pelo bebê. O abandono dos referenciais metapsicológicos é apontado pelo próprio Winnicott:

> é um alívio que a psicanálise tenha atravessado a fase, que durou meio século, na qual, quando os analistas se referiam aos bebês, só podiam falar em termos de pulsões eróticas e agressivas. Tudo era questão de instinto pré-genital, de erotismo anal e reações a frustrações, com alguns acréscimos bastante bravios, feitos em termos de comportamento natural agressivo e ideias destrutivas, *agressivité.* O trabalho deste tipo teve seu valor e ainda o tem, mas hoje é necessário para os analistas que se referem à natureza do bebê vejam o que mais se encontra lá para ser visto. O analista ortodoxo, se ele examinar melhor, verá que há alguns choques a sua espera. (Winnicott, 1970b[1969]/1994, p. 196)

No tratamento oferecido ao paciente, esse modo de compreender a constituição dos distúrbios psicossomáticos traz implicações para a postura do analista. Uma delas é a de atentar para o fato de que o paciente pode explorar ao máximo as dissociações do ambiente, o que o leva a fazer uma busca incessante por profissionais de diferentes modalidades. Não podemos nos esquecer de que, se a defesa tem a função de proteger o si-mesmo, não se trata de unificar o cuidado oferecido por diferentes profissionais, pois isso significaria buscar uma possível integração do exterior para o interior. Também não se trata de buscar uma cura com base em sintomas somáticos emergentes. O analista acompanha o ritmo do paciente. Segundo Winnicott:

> Nossa difícil missão é ter uma visão unificada do paciente e da doença, *sem parecer fazê-lo de uma maneira que vá à frente da capacidade que o paciente tenha de alcançar integração em uma unidade.* Com frequência, com muita frequência, temos de nos contentar em deixar o paciente ter e manipular a sintomatologia, em uma relação de alternância com nossos colegas correspondentes, sem tentar curar a doença real, que é a cisão de personalidade do paciente organizada a partir da debilidade do ego e mantida como defesa contra a ameaça de aniquilamento no momento da integração. (Winnicott, 1966d[1964]/1994, p. 90, itálicos do autor)

A tarefa do analista é oferecer um ambiente com as condições necessárias para que o indivíduo encontre os elementos essenciais para, finalmente, integrar a psique e o *soma*. O que o analista precisa fazer é acompanhar o processo do paciente de modo a promover a retomada do processo maturacional. É o próprio Winnicott que define um bom processo:

> Tudo o que fazemos numa psicanálise bem-sucedida é desatar os nós do desenvolvimento e liberar os processos evolutivos e as tendências hereditárias do paciente. Na verdade podemos, de uma forma muito curiosa, alterar o passado do paciente, de tal forma que o paciente, cujo ambiente materno não tenha sido suficientemente bom, pode transformar-se em uma pessoa que tenha tido um ambiente de facilitação suficientemente bom, e cujo desenvolvimento pessoal possa, portanto, ter ocorrido, ainda que tardiamente. Quando isso acontece, o analista obtém uma recompensa que vai muito além da simples gratidão, e que é muito semelhante ao que é obtido pelos pais quando uma criança consegue se tornar autônoma. No contexto de um segurar e manipular suficientemente bons, o novo indivíduo realiza, agora, uma

> parte de seu potencial. De alguma forma fomos capazes de, silenciosamente, transmitir confiabilidade, e o paciente respondeu com o desenvolvimento que, no contexto dos cuidados humanos, poderia ter ocorrido nos estágios mais iniciais. (Winnicott, 1987d[1967]/1988, pp. 90-91)

Em suma, a comunicação efetiva do analista e a mutualidade estabelecida propiciarão o descongelamento dos traumas e das estagnações do processo de amadurecimento do paciente. Sustentado pela confiança oferecida pelo analista, o paciente terá suas memórias corporais liberadas, de modo a poder se refazer e se reinstalar em sua morada corporal. A presença viva do analista e o manejo realizado despertarão a esperança de que espontaneidade e criatividade originária possam ser um fato na vida do paciente, possibilitando, finalmente, um existir saudável.

Referências

Dias, E. O. (2008a). O distúrbio psicossomático em Winnicott. In R. M. Volich, F. C. Ferraz & W. Ranña (orgs.), *Psicossoma IV: corpo, história, pensamento* (pp. 107-120). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dias, E. O. (2008b). A teoria do amadurecimento como guia para a prática clínica. *Natureza Humana*, *10*(1), 29-46.

Dias, M. F. (2005). *Um estudo sobre a teoria winnicottiana da sexualidade*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

Dias, M. F. (2011). O manejo de Winnicott no caso Philip. In E. Dias & Z. Loparic (orgs.), *Winnicott na Escola de São Paulo*. São Paulo: D. W. W. Editorial.

Descartes, R. (1999). *Discurso do método* (Coleção Os Pensadores). São Paulo: Nova Cultural.

Freud, S. (1970). Análise terminável e interminável. Madri: Nueva. (Trabalho original publicado em 1937)

Freud, S. (1970). Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. Madri: Nueva. (Trabalho original publicado em 1905)

Freud, S. (1980). Cinco lições de psicanálise. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 13-51). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910)

Freud, S. (1980). A dinâmica da transferência. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 133-143). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912b)

Freud, S. (1980). O ego e o id. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 23-89). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)

Freud, S. (1980). A interpretação dos sonhos. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 4, pp. 01-330). Rio de Janeiro: Imago. Trabalho original publicado em 1900)

Freud, S. (1980). O método psicanalítico de Freud. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 257-267). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1904)

Freud, S. (1980). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)

Freud, S. (1980). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 149-159). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912a)

Fulgencio, L. (2006). Winnicott e uma psicanálise sem metapsicologia. In L. Fulgencio (org.). *Filosofia da psicanálise*. São Paulo: Educ.

Khan, M. M. R. (2000). Introdução. In D. W. Winnicott. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas.* Rio de Janeiro: Imago.

Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1971). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1967)

Loparic, Z. (1996). Winnicott e o Pensamento Pós-metafísico. In I. F. M. Catafesta (org.). *O verdadeiro e o falso: a tradição independente na psicanálise contemporânea.* São Paulo: Instituto de Psicologia da USP.

Loparic, Z. (1997a). Winnicott: uma psicanálise não-edipiana. *Percurso,* 17, 41-47.

Loparic, Z. (1997b). A máquina no homem. *Psicanálise e universidade*, 7, 97-114.

Loparic, Z. (1998). Psicanálise: uma leitura heideggeriana. *Veritas*, *43*(1), 25-41.

Loparic, Z. (1999a). É dizível o inconsciente?*, Natureza humana, 1*(2), 323-385.

Loparic, Z. (1999b). O conceito de *Trieb* na psicanálise e na filosofia. In J. A. T. Machado (org.), *Filosofia e psicanálise: um diálogo* (p. 97-157). Porto Alegre: Edipuc.

Loparic, Z. (2000). O "animal humano". *Natureza humana, 2(*2), 351-397.

Loparic, Z. (2001). Além do inconsciente: sobre a desconstrução heideggeriana da psicanálise. *Natureza humana, 3*(1), 94-105.

Loparic, Z. (2010). Winnicott clínico. *Natureza humana,10*(2), 1-26.

Merleau-Ponty, M. (1985). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Planeta-De Agostini.

Merleau-Ponty, M. (1991). *Signos*. São Paulo: Martins Fontes.

Santi, P. L. R. (1998). *A construção do eu na modernidade*. Ribeirão Preto: Holos.

Winnicott, D. W. (1982). Mais ideias sobre o bebê como pessoa. In D. W. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogans. (Trabalho original publicado em 1947; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1947b)

Winnicott, D. W. (1982). Para onde vai o alimento. In D. W. Winnicott (1982/1964a), *A criança e seu mundo.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogans. (Trabalho original publicado em 1949; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1949l)

Winnicott, D. W. (1983). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. W. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação.* Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965[1963]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1965j[1963])

Winnicott, D. W. (1983). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In D. W. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação.* Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965[1963]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1965r[1963])

Winnicott, D. W. (1983). Distúrbios psiquiátricos e processo de maturação infantil. In D. W. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação.* Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965[1963]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1965vd[1963])

Winnicott, D. W. (1983). Os doentes mentais na prática clínica. In D. W. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação.* Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1963c)

Winnicott, D. W. (1983). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In D. W. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação.* Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965[1962]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1965n [1962])

Winnicott, D. W. (1983). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D. W. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação.* Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965[1962]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1965d[1962])

Winnicott, D. W. (1983). A teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. W. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação.* Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1960c)

Winnicott, D. W. (1984). Introdução. Parte I. In D. W. Winnicott (1984/1971b), *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil.* Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1971vc)

Winnicott, D. W. (1988). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In D. W. Winnicott (1988/1987a), *Os bebês e suas mães.* São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1968d)

Winnicott, D. W. (1988). A mãe dedicada comum. In D. W. Winnicott (1988/1987a), *Os bebês e suas mães.* São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987[1966]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1987e[1966])

Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1988)

Winnicott, D. W. (1993). O conceito de indivíduo saudável. In D. W. Winnicott (1993/1986b), *Tudo começa em casa.* São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1971[1967]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1971f[1967])

Winnicott, D. W. (1993). Família e maturidade emocional. In D. W. Winnicott (1993/1965a), *A família e o desenvolvimento individual.* São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965[1960]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1965p [1960])

Winnicott, D. W. (1993). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In D. W. Winnicott (1993/1965a), *A família e o desenvolvimento individual.* São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965[1960]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1965vf[1960])

Winnicott, D. W. (1994). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In D. W. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas.* Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1968[1967]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1968c[1967])

Winnicott, D. W. (1994). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In D. W. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas.* Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1970[1969]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1970b[1969])

Winnicott, D. W. (1994). Sobre as bases para o *self* no corpo. In D. W. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas.* Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1971[1970]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1971d[1970])

W Winnicott, D. W. (1994). Sobre outras formas de tratamento – Fisioterapia e relações humanas. In D. W. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas.* Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1969; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1969g)

Winnicott, D. W. (1994). Transtorno (*disorder*) psicossomático – A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos. In D. W. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas.* Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1966[1964]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1966d[1964])

Winnicott, D. W. (1994). Transtorno (*disorder*) psicossomático − Nota adicional sobre transtorno psicossomático. In D. W. Winnicott (1994/1989a), *Explorações Psicanalíticas.* Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989[1969]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1989vm[1969])

innicott, D. W. (1997). Sim, mas como saber se isso é verdade?. In D. W. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças.* Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1996[1950]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1996q[1950])

Winnicott, D. W. (2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In D. W. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise.* São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1955[1954]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1955d[1954])

Winnicott, D. W. (2000). Memórias do nascimento, do trauma do nascimento e ansiedade. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise.* Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958[1949]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1958f[1949])

Winnicott, D. W. (2000). A mente e sua relação com o psicossoma. In D. W. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise.*Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1954[1949]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1954a[1949])

Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958a)

Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In D. W. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise.*Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958[1956]; respeitando-se a classificação Huljmand, temos 1958n[1956])