

A concepção winnicottiana do Verdadeiro Distúrbio Psicossomático

*Silvia Boccaletti**

RESUMO: Este estudo tem como objetivo refletir sobre a concepção winnicottiana do verdadeiro distúrbio psicossomático. Para esse autor, todo ser humano caminha em direção à coesão psicossomática. Nem todos, porém, conseguem alcançar esta coesão, que é uma conquista do amadurecimento. Nosso objetivo é demonstrar de que modo sob quais condições favoráveis essa conquista acontece nos primórdios da vida, podendo também ser alcançada e perdida. Veremos que Donald Winnicott caracteriza o verdadeiro distúrbio psicossomático como uma poderosa organização defensiva que age no sentido de produzir e manter uma cisão entre o funcionamento psíquico e funcionamento somático, agindo no sentido oposto ao da personalização.

Palavras-chave: PERSONALIZAÇÃO; SOMA; PSIQUE MENTE; EU-SOU.

Winnicott's Conception of True Psychosomatic Disorder

ABSTRACT: This article addresses the Winnicottian concept of a true psychosomatic illness. For this author, every human being grows towards a psychosomatic cohesion. However, not everyone will achieve this stage of the maturational process. Our goal is to hereby highlight the means and favorable conditions that allow for this psychic achievement, which is also susceptible to being achieved and subsequently lost. We shall stress the fact that Donald Winnicott deems the true psychosomatic disorder as a powerful defense organization that acts in the sense of creating and maintaining a split between the psychic and bodily processes, thus acting against the process of personalization.

Keyword: PERSONALIZATION; SOMA; PSYCHE-MIND; I-AM.

Conception winnicottienne du véritable trouble psychosomatique

RÉSUMÉ: Cette étude a pour objectif de réfléchir sur la conception winnicottienne du véritable trouble psychosomatique. Selon cet auteur, tout être humain chemine vers la cohésion psychosomatique. Toutefois, cette cohésion, qui est une conquête du processus de maturation, n'est pas atteinte par tous. Notre objectif est de démontrer de quelle façon, et selon quelles conditions favorables, cette conquête survient aux tous premiers moments de la vie, pouvant également être atteinte puis perdue. Nous verrons que Donald Winnicott caractérise le véritable trouble psychosomatique comme une puissante organisation défensive visant à produire et maintenir un clivage entre le fonctionnement psychique et le fonctionnement somatique, agissant dans le sens opposé à celui de la personnalisation.

Mots-clés: PERSONNALISATION; SOMA; PSYCHÉ ESPRIT; MOI.

Soma: a base da psique

Donald Winnicott, pediatra e psicanalista inglês, relaciona a etiologia do distúrbio psicossomático com as tarefas iniciais do amadurecimento e localiza a raiz desse

* Psicanalista (IBPW/IWA). Psicomotricista. Analista corporal em Bioenergética CBT-SABERJ. Filiada ao IBA (Instituto de Análise Bioenergética de Nova York-2000).

ORCID Id: <https://orcid.org/0009-0006-8160-4835>

E-mail: silviaboccaletti@hotmail.com

distúrbio na falha da tarefa de personalização. Num desenvolvimento normal, em uma etapa primitiva na vida, um bebê, com a ajuda de um ambiente facilitador, começa a alojar sua psique no corpo. No decorrer deste trabalho, no entanto, veremos que, em condições desfavoráveis, tal experiência, paradoxalmente, pode ser vivida pelo bebê como uma ameaça à sua existência. É dentro desta abordagem, que o autor formula o que nomeia de *o verdadeiro distúrbio psicossomático* em sua teoria do amadurecimento pessoal. A partir desta perspectiva, pode-se afirmar que a teoria winnicottiana traz uma contribuição extremamente original à temática da doença psicossomática.

Penso ser fundamental, para uma maior compreensão do que pretendo desenvolver neste artigo, ressaltar que para Winnicott a psique não tem existência alguma fora do cérebro e do funcionamento cerebral. Ela não tem, porém, uma localização específica no corpo, e muito menos no cérebro, ainda que dependa do funcionamento deste para operar com aquilo que o bebê vivencia com o seu corpo vivo, e isso tem início na vida intrauterina:

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

É importante ressaltar que as experiências sensoriais vividas pelo bebê estão diretamente ligadas às elaborações imaginativas da psique. O corpo vivo é elaborado psiquicamente e, de certa forma, assegurado pelos cuidados que recebe do seu ambiente. Segundo Zeljko Loparic,

O que é elaborado psiquicamente não é a máquina fisiológica, mas o corpo vivo, capaz de mover-se entrar em repouso, respirar, ficar tenso, mamar, digerir, evacuar, ter coordenação motora, tônus muscular ficar excitado, ereto, andar e assim por diante (Loparic, 2000, p. 364).

O soma winnicottiano não é o corpo físico, é o corpo vivo personalizado, de modo que, resalta o autor, tudo o que Winnicott tem a dizer sobre ele está contido nas seguintes palavras:

“resultado da elaboração imaginativa” - desde os resultados que surgem como soluções das tarefas da primeira mamada teórica (integração no tempo, no espaço, início das relações de objeto, embasamento do si-mesmo, até os mais avançados (uso do objeto, genitalidade, masculinidade, feminilidade) ou, mesmo os altamente sofisticados, a escuta psicanalítica (Loparic, 2000, p. 364).

Nesse sentido, torna-se importante enfatizar que a vivência de uma psique habitando o soma leva o bebê à vivência de um *si-mesmo* localizado no corpo, pois tudo que é vivido no corpo é somado como memória desde o útero até o estágio do *eu-sou*. Nas palavras de Winnicott: “*Aqueles bebês que têm sorte no manejo que lhes é dado no começo parecem vir a existir, a sentir-se reais de modo quase automático* (Winnicott, 1989, p. 332). Como vemos, na teoria winnicottiana, a base para a psicossomática é a anatomia do que é vivido e que vem a ser elaborado imaginativamente pela psique. A mente é apenas um funcionamento corpóreo que aparece no topo da parceria psique-soma, facilitada pelos cuidados oferecidos ao bebê na etapa de dependência absoluta.

Vera Laurentiis, no artigo “A incerta conquista da psique no soma em D. W. Winnicott” (2011), esclarece, com precisão, distinções importantes na teoria winnicottiana em relação a psique, soma e mente:

O soma é definido pelo autor como a anatomia viva inicial, que respira tem fome, necessidade, fica excitado, tenso, come, digere é sensível a variações do ambiente, e se expressa; além disso é pensado como o corpo vivo pessoal, já elaborado e habitado pelo bebê, criança ou adulto. A psique é concebida primeiro, como o próprio ato de elaborar imaginativamente o corpo vivo, de apropriar-se das partes, sensações, funções e sentimentos, próprios da continuidade do viver sensorio motor; segundo como o resultado organizado dessas elaborações. A mente, quando tudo corre bem, floresce nos limites da parceria psique-soma, sendo um recurso a mais do bebê, de seu processo existencial já muito em andamento (Laurentiis, 2011, p. 305).

Em outras palavras, é o corpo vivo, sensorial, que vai sendo gradativamente elaborado pela psique e, para Winnicott, na saúde, a mente não existe como uma entidade separada, mas sim como um modo de funcionamento do psique-soma. O ponto de origem do funcionamento mental ocorre no estágio em que a adaptação da mãe, passa de absoluta para relativa.



José De Almada Negreiros: Maternidade, 1935.

Estas são questões da maior importância para compreensão e distinção na obra de Winnicott no que diz respeito à parceria psique-soma, isto é, em relação à existência psicossomática do ser humano. Vale ressaltar que a participação das funções mentais no período primitivo da vida de um bebê seria da ordem de uma pura catalogação. Trata-se, segundo a leitura da psicanalista Roberta O. Mendes, de um tipo de memorização que “sem dúvida é um fardo para o psique-soma do sujeito e para a continuidade de ser do indivíduo, agindo como um corpo estranho no psiquismo” (Mendes, 2021, p. 84), o que resultaria em um trauma, extremamente precoce, congelado, sem representação, com

possibilidade de vir a ser elaborado e integrado em posterior regressão terapêutica. Logo, não existem, nesse momento inicial da vida de uma criança, os mecanismos de introjeção e projeção, nem fantasia, representação ou simbolização, o que irá ocorrer em etapas posteriores do amadurecimento, a depender de condições favoráveis oferecidas pelo ambiente.

Nesse sentido, ressalta-se que a necessidade de um ambiente bom, que inicialmente é absoluta, se torna gradativamente relativa. Quando o bebê é cuidado por uma pessoa suficientemente boa — seja a mãe ou outro cuidador primário —, ele gradualmente desenvolve a capacidade de lidar com as falhas de adaptação por meio da atividade mental (Mendes, 2021, p. 88). Isso acontece no momento em que atividade mental do bebê transforma o relativo fracasso da adaptação em um sucesso adaptativo, aliviando a mãe da exigência de ser quase perfeita (Winnicott, 1986, p. 412).

Em seu texto, *O Animal Humano*, Loparic discorre sobre a estrutura psicossomática do animal humano e especifica de maneira clara o que abordo aqui, ao dizer:

A animalidade deste animal não advém do seu lado físico, mas do seu elemento somático da “anatomia viva”. A sua humanidade é devida à psique. A união desses dois “aspectos”, a sua inter-relação, decorre do traço de união entre os dois, do *hífen*. Os tecidos são vivos, eles são parte do animal inteiro [of a whole animal] e são afetados pela variação dos estados da psique desse animal (Loparic, 2000, p. 361).

Na saúde, o *hífen* representa a união sempre precária entre psique-soma, significando com isto que no amadurecimento pessoal a coesão psicossomática é uma conquista que pode ser perdida e alcançada, ao longo do amadurecimento. É, porém, uma conquista de base nos primórdios do desenvolvimento.

No distúrbio psicossomático, o sintoma indica que o *hífen* está operando como traço de separação. Com isso, dá-se a persistência de uma cisão do ego, ou dissociações múltiplas, justamente para evitar a integração da parceria psicossomática. Em outras palavras, no verdadeiro distúrbio psicossomático, a questão não está só nos efeitos de como a psique afeta o corpo e, sim, na ausência da coesão psicossomática, vivenciada como ameaça. Esta ausência de coesão leva a uma constante ameaça de aniquilamento e as defesas erguem-se contra esta terrível ameaça. Como vemos, recolocar o *hífen* como ponte de relação entre os termos do psique-soma é necessário, tanto na prática da medicina psicossomática, quanto na terapêutica psicanalítica. Para o médico e para o psicanalista, a tarefa a que se propõem é “cuidar do hífen”, ou seja, cuidar daquilo que une e separa ao mesmo tempo.

A personalização ou sobre o alojamento da psique no corpo

No momento em que, com a ajuda do ambiente, do *holding* materno, o bebê se junta e se reconhece gradativamente de uma forma inteira, culminando no estágio do Eu-sou, ocorre o alojamento da psique no corpo. Assim, a personalização (alojamento da psique no corpo) implica um processo da integração da psique com o soma, como uma das tarefas básicas do amadurecimento pessoal. O sentimento de habitar o corpo fornece ao *infans* a experiência de sentir-se vivo, com ligações motoras e sensoriais, e os cuidados recebidos perante suas necessidades fundamentais na fase de dependência absoluta vão, gradativamente, fornecendo ao bebê um sentido de unidade. Os cuidados maternos, o manejo (*handling*) e o segurar (*holding*), favorecem o desenvolvimento deste ser ainda tão imaturo, proporcionando-lhe uma percepção de seu próprio corpo. Sendo tocado, acariciado e cuidado em suas necessidades elementares, o bebê sente-se seguro e contido

em seu corpo. Com esses cuidados, entrega-se com confiança e a psique pode ocupar-se com as elaborações imaginativas. A morada corporal, ou o habitar o corpo, liga-se diretamente à conquista da espacialização do bebê. O corpo da mãe, ou melhor dizendo, seus braços juntos ao corpo da criança são, para este, uma coisa só, que favorece a união psique-soma. É muito importante que, neste período, o bebê não tenha que reagir a invasões excessivas que podem prejudicar a coesão psicossomática dessa experiência. Winnicott nos diz que “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 ajudam o processo de integração” (Winnicott, 1988 p,143).

Com isso, Winnicott nos adverte de que, se a utilização de processos intelectuais cria obstáculos para a coexistência entre psique e soma, a experiência de funções e sensações da pele e do erotismo muscular fortalecem essa coexistência. O autor observa também que, nos momentos em que uma frustração instintiva provoca um sentimento de desesperança ou futilidade, a fixação da psique no corpo enfraquece, sendo então necessário tolerar um período de não relação entre a psique e o soma. Pelo visto, precisamos saber o quanto esse fenômeno pode ser exacerbado em todos os graus possíveis de doença.

O bebê necessita da conquista de personalização, do alojamento da psique no corpo e depende de quão firme ela esteja para chegar ao estágio do eu-sou. Problemas nesta etapa levam o indivíduo a não se reconhecer no próprio corpo. É como se o corpo não se tornasse próprio e o sujeito permanecesse buscando uma existência própria. Lembro-me de uma paciente de 20 anos que chegava às sessões reclamando muito da mãe que, segundo ela, controlava tudo que ela comia, dizendo que ela estava obesa e que deveria procurar um médico. Ela dizia que a mãe era exagerada e a controlava em tudo e que ela, a rigor, não se sentia gorda. Era impressionante o quanto esta moça não tinha noção do volume do próprio corpo pois estava realmente obesa e tinha até dificuldades para se levantar da poltrona. Depois de alguns meses de sessões, ela me contou que chegou da praia, com a prima, na casa da avó e sentaram molhadas no sofá. Quando a prima levantou e, em seguida, ela levantou, ficou admirada de ver que a enorme marca no sofá era a dela, pois a prima era muito magrinha, de modo que aquela marca enorme só podia ser a dela. Ela me olhou e disse: ‘Só agora vi o quanto estou enorme de gorda, não me vejo assim’. Este exemplo clínico ilustra o que desenvolvemos até agora, pois o processo de alojamento da psique no corpo, conforme observa Laurentiis, não é concebido como uma diagramação mental, unidimensional, de si, mas sim como uma organização de um modo de ser psicossomático” (2016, p. 305).

A personalização, ou alojamento da psique no corpo, favorece a conquista do eu-sou, pois neste novo estágio, a criança está mais firmemente ancorada no seu corpo. A presença materna ainda é fundamental neste período, mas vale lembrar que o pequeno ser junta as coisas a partir do olhar da mãe ou substituto e, em função disso, precisa de um retorno experiencial de que tudo isso é ele.

De uma maneira geral, podemos dizer que o manejo, o som, o rosto da mãe, o cheiro, o toque, o embalar, ninar no colo, favorecem a coesão psicossomática. Para Winnicott, o amor em termos físicos é uma boa possibilidade de personalização. A continuidade do existir tem uma faceta somática e psíquica, que o indivíduo vai integrando ao longo da vida, inclusive em relação ao advento final da morte. Quando alcançada, no entanto, nos primórdios da vida, devido a uma boa sustentação e à coesão psicossomática, favorece e facilita, sem dúvida, o desenvolvimento do indivíduo, promovendo sua saúde de um modo geral e fortalecendo-o para administrar as intempéries que a vida traz.

Isso significa que a conquista do alojamento da psique no corpo favorece a conquista do eu-sou e o eu que é alcançado, nesse momento, é o resultado do longo processo de integração que teve início no si-mesmo primitivo e não integrado, e que vai gradativamente integrando novas experiências resultantes das tarefas do amadurecimento.

A mãe pode perceber facilmente o que se passa com o bebê, nesse estágio em que ela está sendo **destruída**:

(...) por ele, se tiver conhecimento da situação e souber proteger-se sem se valer de retaliação e vingança. Em outras palavras, ela tem uma função a cumprir sempre que o bebê morder, arranhar, puxar seus cabelos e chutar, e esta função é sobreviver. O bebê se encarregará do resto. Se ela sobreviver, ou melhor, se a mãe não se tornar retaliativa, abandonando os cuidados ele encontrará um novo significado para a palavra amor, e uma nova coisa surgirá em sua vida: a fantasia. É como se o bebê pudesse agora dizer à mãe: "Eu a amo por você ter sobrevivido à minha tentativa de destruí-la. Em meus sonhos e em minha fantasia, eu a destruo sempre que penso em você, pois a amo". É isto que torna a mãe objetiva, que a coloca num mundo que não é parte do bebê, e a torna útil (1969b, Winnicott, p. 26).

As várias maneiras de a psique afetar o corpo

Como já dito, Winnicott examina os distúrbios psicossomáticos à luz da teoria do amadurecimento e não deixa de considerar as várias maneiras pelas quais o corpo é afetado pela psique e vice-versa já que, segundo ele, o amadurecimento pessoal é cheio de percalços e as distorções podem se apresentar de forma física e/ou psíquica. O psicanalista identificou no campo da psicossomática os efeitos da saúde e da doença física sobre a psique, assim como os efeitos da saúde e da doença psíquica sobre o corpo. Para ele, as tensões e as pressões do desenvolvimento emocional normal, assim como certos estados anormais da psique, têm efeitos adversos sobre o corpo. O corpo terá sempre que ser sacrificado tendo em vista que inevitavelmente a liberdade dos instintos¹ será restringida, principalmente no processo de socialização. Sem dúvida, a liberdade instintiva promove a saúde, porém não há como evitar-se o sacrifício do corpo, já que esta liberdade, até mesmo em condições normais, é modificada ao longo do processo do amadurecimento da criança. Winnicott, ressalta que:

(...) o corpo de uma criança é capaz de suportar uma grande tensão, mas justamente a mesma tensão, se mantida pela vida adulta afora, pode eventualmente gerar situações somáticas irreversíveis, tais como uma hipertensão benigna, ulceração da mucosa em algum ponto do trato digestivo, hiperatividade da tireoide, etc. (Winnicott, 1988, p. 43)

Não há espaço, neste artigo, para seguir explorando as várias maneiras de a psique afetar o corpo e vice-versa; isso exigiria escrever um novo artigo. Mas não posso deixar de comentar que, para Winnicott, a maneira mais evidente pela qual o corpo é afetado pela psique tem a ver com as fases de excitação. De tempo em tempos, as pessoas ficam excitadas, ou seja, por uma maneira ou por outra, seus instintos são despertados.

O corpo vivo é excitável, tem exigências instintuais e, como sabemos, estas exigências permanecem durante toda a vida. Os ritmos corporais, ou a alternância entre os estados de excitação e os estados tranquilos, caracterizam o corpo vivo de toda pessoa. Estes são os ritmos biológicos que, desde bebês, nos atravessam, dos quais nos apropriamos ao longo do desenvolvimento e que teremos que administrar.

A vida está muito ligada à administração destes clímaxes falhados e eles podem dar origem a uma inconveniência tal que as pessoas se organizarão até onde for possível para serem deles distraídas, de maneira que, durante longos períodos de tempo, não surja excitações (Winnicott, 1994, p. 428).

Como vemos, não se trata simplesmente de considerarmos os aspectos emocionais referente a doença orgânicas ou sintomas físicos e nem vice-versa. Trata-se de compreendermos o desenvolvimento em termos de amadurecimento individual na interrelação entre psique e soma, levando-se em consideração, sobretudo, a idade da criança.

Na vida, temos sempre que administrar estes clímaxes e muitas pessoas não encontram meios para resolver tais excitações que podem levar a um acúmulo e desgaste de órgão, ou melhor da fisiologia do órgão.

Em relação aos humores, o corpo se torna envolvido de maneira diferente:

Na depressão, a pessoa deprimida está administrando os conflitos que surgem no que poderia ser chamado de “alma” através de um controle global. Isto desce automaticamente como uma nuvem. A organização da realidade interna que fornece o sentimento da depressão acontece de modo inconsciente, isto é, separadamente de qualquer coisa que possa ser chamada de deliberada. Da mesma maneira a nuvem se levanta quando as coisas estão prontas para que isso aconteça (Winnicott, 1994, p. 428).

Todo esse controle que a pessoa deprimida tenta administrar pode afetar o corpo e em alguns tipos de depressão toda a fisiologia corporal encontra-se em “maré baixa”. Nessas condições, o corpo deprime-se e a queixa é uma queixa real: “Os tecidos se acham menos vivos e um pouco mais próximos de estarem mortos” (Winnicott, 1994 p. 428).-Em tais casos, temos muito pouco a fazer ao corpo da pessoa e o principal é auxiliá-la a atravessar esta fase depressiva, este humor depressivo. Pode acontecer que o paciente tenha muitas queixas de dor e desconforto, pois o conflito entre o bom e o mau que está acontecendo internamente pode ser dramatizado em termos corporais: “Aqui temos obviamente uma dificuldade para os médicos, por ser no caso destes pacientes que o médico é posto num desvio e impedido de perceber a doença real que existe ou, então ele pode muito facilmente mergulhar em tratamentos físicos e procedimentos operacionais, quando o problema se encontra realmente na psique do paciente e não no soma” (Winnicott, 1994, p. 428).

Winnicott aponta também para a condição deprimida que tende a associar-se a um tônus muscular débil, tensão ou rigidez. Ele assinala que falhas de postura combinam com a desesperança do paciente a respeito do estado de coisas na realidade interna pessoal. Referindo-se a tratamentos fisioterapêuticos, Winnicott observa que “Ao fornecer tratamento, o fisioterapeuta está todo o tempo trabalhando contra a desvantagem da qualidade de morte interna do paciente” (Winnicott, 1994, p. 429). Acho muito sensível e importante esta observação de Winnicott, pois observo que, na clínica, muitos pacientes comentam das sessões de fisioterapia, chegando a dizer o quanto se sentem vivos e integrados com o manejo do corpo. Uma paciente chegou a dizer-me que, na análise comigo, sentiu esperança em começar a existir e que, nas sessões de fisioterapia, ela sente que tem um corpo que se move e respira. Mais adiante, voltarei a comentar sobre esta paciente.

A psicossomática e a teoria do amadurecimento pessoal

Como vemos, Winnicott aborda de forma inovadora o estudo da psicossomática e destaca de forma significativa a complexidade deste tema, construindo a partir daí a teoria do amadurecimento. Ele nos mostra a vasta relação entre psique e soma, no curso do amadurecimento, e afirma que a medicina psicossomática tornou-se um ramo da pesquisa e da prática médica que, infelizmente, se acha desconectada de seus correlatos mais próximos que são a psiquiatria, a clínica geral e a psicanálise:

As causas dessa situação são semelhantes àquelas que levaram ao uso dos termos mental e físico como se fossem fenômenos opostos. A Natureza humana não é uma questão de corpo e mente, diz ele – e sim uma questão de psique e soma inter-relacionados que em seu ponto culminante apresentam um ornamento à mente (Winnicott, 1988, p. 44).

Para este autor, as alterações da psique-soma são mais bem estudadas no campo da clínica pediátrica, não só porque, em crianças, as condições são mais simples, mas também porque os estados da psique em adultos não podem ser compreendidos sem que seja investigada sua infância. Winnicott, preocupou-se com a predominância da visão meramente somática da pediatria da sua época e debruçou-se sobre os aspectos emocionais dos distúrbios pediátricos. Ele nunca abandonou a sua profissão de pediatra e o que fez foi desenvolver dentro desta uma abordagem psicossomática, que no decorrer de sua vida integrou à psicanálise. Assim, ele partiu do campo da psicossomática para construir a sua teoria do amadurecimento pessoal.- O fato de ele ver a pessoa total² de um bebê em desenvolvimento, englobando os aspectos psíquicos e somáticos, foi sua grande revelação e contribuição teórica. O enfoque primordial para Winnicott está em que, para ele:

O desenvolvimento psicossomático é uma aquisição gradual e tem seu próprio ritmo, e se o termo maturidade pode ser usado como uma referência etária então maturidade é saúde, e saúde é maturidade. Todo o processo de desenvolvimento tem que ser levado, a cabo e qualquer salto ou falha no processo é uma distorção, e um pulo aqui ou um atraso ali deixam cicatriz (Winnicott, 1988, p. 47).

Ao se referir à psicossomática como tema, Winnicott ressalta que este é, sob muitas maneiras, um assunto curioso, pois, se ascender-se na esfera da intelectualização e perder-se contato com o paciente, logo podemos perceber que a expressão psicossomática perde a sua função integradora. Em outras palavras, o autor traz como sugestão que qualquer tentativa intelectualizada de facilitar a psicossomática deve-se manter distante da barafunda muito clínica em que nos atolamos em nosso trabalho real. Ele diz: “Descobrimo-nos em tentativas de construir uma teoria onde a palavra deveria ser ‘teorias’, no plural. Meu objetivo não é enunciar uma verdade final, mas sim apresentar meus argumentos e, dessa maneira, fornecer material para consideração” (Winnicott, 1994, p. 84).

Winnicott considera a cisão patológica feita pelo paciente da provisão ambiental o elemento que dá coesão ao nosso trabalho. A cisão é certamente uma divisão que separa o cuidado físico da compreensão intelectual; mais importante, ela separa o cuidado da psique do cuidado do soma. Com isso, fica claro que esse psicanalista examina o verdadeiro distúrbio psicossomático à luz da teoria do amadurecimento pessoal e, como veremos, o classifica como o “verdadeiro”, porque este se diferencia de outros distúrbios, visto que está na linha do amadurecimento, nos primórdios da vida e com raízes muito primitivas, na etapa da personalização. E, como vimos anteriormente, o fato do autor relacionar a etiologia do verdadeiro distúrbio psicossomático às etapas iniciais do

amadurecimento não o faz negligenciar os vários modos pelos quais o corpo é afetado pelos estados psíquicos.

O verdadeiro distúrbio psicossomático

Como visto, Winnicott relaciona a etiologia do verdadeiro distúrbio psicossomático com as tarefas iniciais do amadurecimento e identifica a raiz deste distúrbio na falha da tarefa de personalização. Conforme faz notar Laurentiis, em *A incerta conquista da morada da psique no soma em D. W. Winnicott* (2011, p. 313), “o verdadeiro distúrbio psicossomático não é a enfermidade física propriamente dita, mas a persistência de uma cisão, que tem poderosos determinantes, para, defensivamente, manter soma e psique separados”.

Nas palavras do próprio Winnicott,

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, 1994, p. 90).

Assim, podemos afirmar que o desenvolvimento sadio do bebê, no processo de integração, ganha um ponto de apoio na posição eu-sou do desenvolvimento emocional e, então, não apenas a fruição do funcionamento do corpo reforça o desenvolvimento do ego, mas este último também reforça o funcionamento do corpo, influenciando o tônus muscular do bebê e a coordenação. Winnicott argumenta que “o fracasso desenvolvimental nestes aspectos resulta na incerteza da “morada” ou conduz à despersonalização, na medida em que a morada tornou-se um aspecto que pode ser perdido” (Winnicott, 1994, p. 89).

Nessa mesma página, o autor acrescenta que “na posição do eu sou o “rei do castelo”, o bebê pode ou não por razões internas ou externas, conseguir lidar com a rivalidade que isto engendra, tendo em vista ser ele ainda muito dependente. Na saúde, a rivalidade se torna um estímulo adicional ao crescimento e ao saber viver”.

Deste modo, o distúrbio psicossomático relaciona-se ao

ego fraco (a depender grandemente de uma maternagem não suficientemente boa), com um restabelecimento débil da morada no desenvolvimento pessoal; e/ou batida em retirada do Eu Sou e do mundo tornado hostil pelo repúdio que o indivíduo faz do Não Eu, para uma forma especial de cisão que ocorre na mente, mas que se dá ao longo de linhas psicossomáticas (aqui, um detalhe ambiental persecutório real pode determinar a batida em retirada do indivíduo para alguma forma de cisão) (Winnicott, 1994, p. 90).

Winnicott também esclarece que existe um valor positivo neste distúrbio e este valor está justamente no fato de permanecer no indivíduo uma tendência a não perder inteiramente a vinculação psicossomática, ou seja, o indivíduo valoriza a vinculação potencial. Para o autor, o positivo é a tendência herdada que cada um tem de chegar a uma unidade da psique-soma. E esta tendência como ele diz,

(...) conduz o bebê e a criança no sentido de um corpo que funciona, no qual e a partir do qual se desenvolve uma personalidade que funciona, completa com defesas contra a ansiedade de todos os graus ou espécie (Winnicott, 1994, p. 88).

O autor prossegue afirmando que, para entender essa proposta, o leitor deve ter em mente que

(...) a defesa é organizada não apenas em termos de cisão, que protege contra o aniquilamento, mas também em termos de proteção da psique-soma, quanto a uma fuga para uma existência intelectualizada ou espiritual, ou para façanhas sexuais compulsivas que ignorariam as reivindicações de uma psique que é construída e mantida em uma base de funcionamento somático (Winnicott, 1994, p. 90).

Consequentemente, existem complicações adicionais devido à personalidade dissociada do indivíduo, pois as dissociações do meio ambiente são exploradas por este. Winnicott cita como exemplo a discórdia dos pais, o rompimento da unidade familiar, antagonismo entre família e escola, tendência da mãe no sentido de desintegração ou despersonalização e também o uso que estes pacientes fazem da provisão médica, o que resulta, no caso deste último exemplo, numa disseminação de agentes responsáveis, encontrando-se o paciente em vários tratamentos ao mesmo tempo. Descrevendo a natureza desta enfermidade em uma paciente, ele diz:

Está claro que, inicialmente, a paciente utilizava todos essas ajudas de maneira dissociada. Havia um revoar de um para qualquer dos outros e, como uma dissociação múltipla essencial, a paciente não se encontrava nunca, ao mesmo tempo, em um só lugar e em contato com cada um e todos os aspectos do cuidado que organizava (Winnicott, 1994, p. 86).

Volto aqui ao caso clínico, anteriormente citado, que descreve as sessões de fisioterapia onde a paciente se sente viva. Atualmente, ela narra as consultas que tem com o clínico geral, com a nutricionista, com o gastroenterologista, em que trata de questões relacionadas a um problema no intestino que, segundo ela, a impede de sair de casa e viajar livremente, pois sempre necessita de um banheiro próximo. Ela diz que isto é terrível e muito constrangedor e reclama da falta de comunicação com estes médicos, dizendo que sabe que os medicamentos nunca farão efeito. -“Eles nem me olham” - ela acrescenta. Esta paciente é uma senhora de aproximadamente 60 anos. As sessões acontecem com muitas reclamações em relação a este sofrimento. Fala muito pouco da família, dos filhos, do neto e do trabalho. É interessante observar o quanto ela inspira e expira durante as sessões, sentindo a sua respiração (vida) em seu corpo e dizendo precisar descansar.

Para o analista winnicottiano, tal como a tendência antissocial, o distúrbio psicossomático possui um aspecto esperançoso, pois o paciente se acha em contato com a possibilidade de personalização ou unidade psicossomática.

Como vemos, no caso do um verdadeiro distúrbio psicossomático, dá-se uma quebra na linha do amadurecimento num período primitivo na vida de um bebê, período este em que está sendo constituída a possibilidade de estar reunido e habitar o corpo, e esta quebra provoca um trauma devido a agonias impensáveis. Estas agonias são impensáveis justamente por não haver ainda qualquer possibilidade de representação, o que gera a experiência de ameaça de aniquilação já que a continuidade do ser foi interrompida.

O trauma ocorre exatamente pela falta de um lugar em que viver a experiência, pois, havendo uma quebra na linha de amadurecimento, o bebê não pode elaborar imaginativamente a ruptura na continuidade de ser e, assim, a experiência não é integrada, permanecendo dissociada. O que o bebê cataloga são as agonias impensáveis, os

desmembramentos e, em consequência, defesas são erguidas visando evitar a repetição da agonia impensável. É importante lembrar que esses são os padrões de falhas ambientais traumáticas que provocam repetidas vezes a quebra na linha do amadurecimento e é a cisão entre psique e soma que coloca em risco a posição do eu-sou.

Concluindo

Considerando a essência psicossomática do ser trazida de maneira rica na teoria de Winnicott, penso que é relevante terminar este trabalho citando o autor quando diz:

O desenvolvimento para frente acha-se muitíssimo associado com a morada, tal como outros aspectos da integração, mas ele é, sob todos os aspectos assustador para o indivíduo interessado se não for deixado aberto o caminho de volta à dependência total (Winnicott, 1994, p. 203).

Afinal, por sermos essencialmente seres psicossomáticos, somos sempre surpreendidos pela parceria psique-soma. Necessitamos da presença de um ambiente humanizado, razoavelmente integrado, para não nos sentir tão assustados caso precisemos, do ponto de vista do amadurecimento pessoal, ou até mesmo no caso de uma doença física que inspire cuidados especiais, voltar ao estado de dependência. Como vimos, porém, quando se trata do verdadeiro distúrbio psicossomático, o ambiente falhou nos estágios primários do amadurecimento do bebê, deixando-o na espera de vir a habitar o seu corpo, com muito medo de assumir a sua morada e chegar ao “EU SOU”. Os padrões de falhas ambientais traumáticas provocam quebra na continuidade do ser e consequentemente erguem-se poderosas defesas.

Ao se referir aos tratamentos do verdadeiro distúrbio psicossomático, Winnicott adverte que 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 a integração em uma unidade” (Winnicott, 1994, p. 60). Ele chama atenção para o fato de que, 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 de personalidade do paciente, organizada a partir da debilidade do ego e mantida como defesa contra a ameaça de aniquilamento no momento da integração.

Do exposto, podemos constatar que, no caso do verdadeiro distúrbio psicossomático, o sintoma toma o lugar do hífen na parceria psique-soma, mantendo a esperança desta união, assim como evitando que aconteça a integração, pelo medo do aniquilamento. Talvez aquilo de que o paciente mais necessita é chegar ao EU-SOU, mas isto pode levar muito tempo, no processo de análise.

Por conseguinte, nos casos de pacientes que nos remetem ao verdadeiro distúrbio psicossomático, cabe ao terapeuta esperar e deixar que o paciente respire no seu próprio ritmo, sem lhe exigir nada, isto é, deixá-lo simplesmente existir. Isto porque, o provimento ambiental que o psicanalista pode oferecer, ao sustentar a continuidade de ser do paciente e a experiência de seu próprio ritmo, é justamente o que faltou no estágio inicial. Sabemos que, quanto menos intrusões, mais proveitosa e espontânea é a recuperação do paciente através da regressão terapêutica, descongelando o processo de integração/personalização que ficara retido. Não importa o que paciente leve como queixa para a sessão, ele precisa que o terapeuta o acompanhe sem tentar modificar o quadro defensivo, não havendo necessidade de interpretações, e o que importa é que o terapeuta possa estar lá na hora certa, esperando por ele e assegurando-lhe o direito de existir em seu corpo. Vale ressaltar, repetindo o que já foi dito, que “a experiência de uma psique

habitando o soma, leva o bebê a experiência de um *si-mesmo* localizado no corpo, pois, tudo que é vivido no corpo é somado como memória desde o útero até o estágio do *eu-sou*.

Referências:

- Dias, E. O. (2003): *A teoria do amadurecimento* de D.W. Winnicott, Rio de Janeiro, Imago.
- Dias, E. O. (2008): *O Distúrbio Psicossomático em Winnicott* - vários autores - Psicossoma IV, São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Laurentiis, Vera Regina Ferraz (2011): A incerta conquista da morada da psique no soma em D.W. Winnicott-Coleção Psicanálise Winnicottiana. São Paulo-DWW = Editorial.
- Laurentiis, Vera Regina Ferraz (2016): Corpo e psicossomática em Winnicott-São Paulo: DWW. Editorial
- Loparic, Z. (2000): *O “animal humano” -2, revista natureza humana* – São Paulo DWW Editorial.
- Loparic, Z. (1999): “O Conceito de Trieb na psicanálise e na filosofia”. In Filosofia e Psicanálise: um diálogo. J. A. T. Machado (org.). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Mendes, Roberta de Oliveira (2021) *A Elaboração Imaginativa das Funções Corporais de D. W. Winnicott: Imaginando um Processo Psíquico originário na Clínica Psicanalítica* -Dissertação (Mestrado pelo Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica pelo Instituto de Psicologia da UFRJ). Rio de Janeiro.
- Winnicott, D. W. (1994): *Explorações Psicanalíticas*, Porto Alegre, Artes Médicas – (Trabalho original publicado 1971).
- Winnicott, D. W. (1988): *Natureza Humana*, Rio de Janeiro, Imago.
- Winnicott, D. W. (1989): *Tudo Começa em Casa*, São Paulo, Martins Fontes.

Notas:

1. Winnicott evita o uso do termo “pulsão”, característico da metapsicologia freudiana, preferindo referir-se ao conceito de “instinto”, o que reflete sua ênfase em uma perspectiva mais experiencial e menos estruturada da vida psíquica. Com isso, ele desloca o eixo teórico para a experiência emocional primária e a relação com o ambiente. Assim, a pulsão deixa de ser o ponto de partida da constituição do sujeito e passa a depender da integração progressiva do self em um ambiente suficientemente bom. Para um exame mais detalhado dessa distinção, ver o artigo de “Loparic, Zeljko - O conceito de Trieb na Psicanálise e na Filosofia (1999, p. 153).
2. A expressão “pessoa total” (*whole person*) indica o indivíduo como um todo, por oposição a “objeto parcial” onde uma parte física ou não do indivíduo ocupa o lugar do todo. A pessoa total é física, se vista de um certo ângulo, ou psicológica, se vista de outro. Existe o soma e a psique. Existe também um inter-relacionamento de complexidade crescente entre um e outra, e uma organização deste relacionamento proveniente daquilo que chamamos de mente. (Winnicott, 1988, p. 29).

Citação/Citation: Boccaletti, S. (2025). *A concepção winnicottiana do Verdadeiro Distúrbio Psicossomático*. *Trivium: Estudos Interdisciplinares* (Ano XVII, no. 1), pp. 60-71.

Recebido em: 01/05/2025
Aprovado em: 25/06/2025