

A QUESTÃO DA PSICOSSOMÁTICA EM WINNICOTT: UM ESTUDO DE CASO DE PACIENTE COM MÚLTIPLAS COMORBIDADES FÍSICAS

THE PSYCHOSOMATIC ISSUE IN WINNICOTT: A CASE STUDY OF A PATIENT WITH MULTIPLE PHYSICAL COMORBIDITIES

Priscila Vicente Garrito¹, Débora Yumi Ferreira Kamikava²

RESUMO

Este estudo de caso pretende descrever a questão da psicossomática em uma paciente, segundo a teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott. Foram realizados dez atendimentos psicológicos. Segundo Winnicott, a partir dos cuidados de um ambiente suficientemente bom, a integração, personalização e realização são possíveis no amadurecimento do indivíduo. Porém, quando há falhas constantes de cuidado do ambiente, a integração psicossomática fica comprometida. Para alguém que sofreu falhas na integração psique-soma, a dor e o adoecimento do soma, suscitam diversos cuidados por esta via, que impossibilitam a perda total desta ligação, mesmo que deficitária. O trabalho psicoterapêutico devolveu a capacidade da paciente de confiar no ambiente, a partir da adaptação do analista às necessidades dela, por meio do *holding*, *handling* e apresentação de objetos oferecidos no manejo clínico, para que a retomada do alojamento da psique no soma seja alcançada futuramente.

Palavras chaves: Winnicott, Ambiente, Desenvolvimento Emocional, Psicossomática e Dor.

ABSTRACT

This study aims to describe the issue of psychosomatics in a patient, based on Winnicott's Theory of *Maturation Processes*. There were ten psychological appointments. According to Winnicott, from the care of facilitating environment, integration, personalization and achievement are possible in the individual maturity. However, when there are constant failures environment, psychosomatic integration is compromised. For someone who has experienced failures in psycho-soma integration, pain and illness of the soma, stir up to several precautions for them, which make it impossible to lose totally this connection, even if it is deficient. The psychotherapeutic work restored patient ability to trust in the environment, based on the analyst's adaptation to her needs, through the holding, handling and presentation of objects offered in clinical management, in order to the resumption of the psyche accommodation in the soma is achieved posteriorly.

Keywords: Winnicott, Environment, Emotional Development, Psychosomatic disease and Pain.

1 Psicóloga. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Contato: priscilagarrito@hotmail.com.

2 Psicóloga Supervisora da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Contato: debora.yumi@hc.fm.usp.br.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a teoria Winnicottiana do amadurecimento pessoal todo ser humano nasce com uma tendência inata ao amadurecimento, que inclui conquistas em cada estágio do desenvolvimento do indivíduo. Integrar-se está relacionado ao amadurecer (Galván, 2007). Entretanto, a tendência a uma unidade, por mais que sejam inatas, não são determinantes ou ditas como garantidas. Essas conquistas somente serão possíveis a partir de um ambiente suficientemente bom que forneça cuidado adequado (Loparic, 2000).

Ambiente suficientemente bom é compreendido por Winnicott como um ambiente facilitador, representado pela figura de quem exerce a função materna, que inclui a capacidade da mãe de identificar-se com o seu bebê e, com isso, corresponder às necessidades por meio de tarefas básicas de cuidado (Dias, 2014).

No amadurecer é esperado que o bebê alcance cada estágio do desenvolvimento a partir de conquistas e satisfatórias resoluções, características e esperadas em cada etapa. Winnicott não descreve uma linearidade desses estágios, entretanto, é necessária uma adequada solução de cada tarefa para prosseguir com saúde sem acometer em distúrbios emocionais (Dias, 2008). Inicialmente, ao nascer, o lactente encontra-se no estágio de dependência absoluta em que vivencia um estado de não integração e não diferenciação entre o eu e o não eu. Para que existam conquistas neste período do desenvolvimento, é necessário, a partir da preocupação materna primária, que a mãe ambiente se adapte totalmente às necessidades do seu bebê, fornecendo assim condições para que este se desenvolva e conquiste as três tarefas básicas descritas por Winnicott como sendo a integração no tempo e no espaço, facilitado pelo segurar do ambiente (*holding*), a personalização, que é o alojamento da psique no corpo proporcionado por meio de cuidados físicos ao bebê (*handling*), e a realização por meio de relações objetais, através da apresentação de objetos. Contudo, a partir dos cuidados de *holding* e *handling* torna-se suportável para o bebê vivenciar os estados de não integração (Galván, 2007).

Para Winnicott, a previsibilidade do ambiente a partir da adaptação de cuidados dirigidos ao bebê e a regularidade de cuidados com o corpo, como a amamentação, o

embalar, o toque e o banhar, permitem a construção do sentido de tempo a partir da continuidade de ser. Se tudo ocorrer bem, o soma, compreendido como aquele que respira, sente fome e frio, incluindo as necessidades corporais, começa a ser elaborado imaginativamente e ocorre o alojamento da psique no corpo, pois a psique elabora e atribui sentido às experiências somáticas rumo ao alcance de uma unidade (Laurentiis, 2007).

É no segurar do colo materno que o bebê terá seus membros reunidos. A sustentação frouxa ou insegura não permite que partes corporais, como o desenvolvimento do tônus muscular e coordenação, sejam integradas. O segurar e o cuidar precisam do olhar do ambiente e uma relação que considera esse ser, ainda prematuro, como um indivíduo inteiro (Ferreira, 2010).

Quando tais cuidados não são supridos, considerados uma falha do ambiente, há interrupção no desenvolvimento e no vir a ser do indivíduo. Falhas constantes de manejo e adaptação do ambiente às necessidades do bebê são vivenciadas como intrusões, e a possível integração psicossomática é comprometida e passa a ser vivenciada como persecutória (Hammoud, 2015).

Falhas contínuas no fornecimento do *holding* acomete o enfraquecimento do ego. O conceito de ego indica a tendência de organização e integração dos vários aspectos psicossomáticos, que inicialmente é incipiente no bebê, e por isso uma das funções do ambiente é fornecer suporte egóico para que futuramente ocorra a integração da psique no soma. Quando o ambiente falha continuamente em suprir cuidados de sustentação e proteção, provoca sensação de fragmentação no bebê e não permite o estabelecimento de confiança na realidade externa, vivenciando assim a ameaça de perder a frágil coesão psicossomática (Monteiro, 2004).

Ainda segundo o mesmo autor, a falta de *handling* (manuseio) adequado implica interrupções na vivência de morar dentro de um corpo, não permitindo que as sensações corpóreas sejam memorizadas na psique do bebê, pois um ambiente que se antecipa ou demora para atender as necessidades de cuidados, interfere na adequada diferenciação do mundo interno do externo devido à frágil capacidade do indivíduo de memorizar os eventos

corporais e o sentimento de externalidade.

Com as suas necessidades não atendidas surge no bebê a defesa como modo de reagir às intrusões do ambiente e a continuidade do vir a ser não é experienciada com segurança. O reagir impede que o bebê vivencie estados de tranquilidade e segurança, tão fundamentais para que ocorra uma coesão (Dias, 2012).

Quando a mente se torna um suporte de falhas ambientais constantes, que atravessam o ritmo do bebê, isso pode ocasionar um distúrbio psicossomático, com a perda da morada no corpo gerada por uma cisão e utilização do aparato mental com um funcionamento prematuro. Winnicott considera que o indivíduo com distúrbio psicossomático vivencia possíveis estados de integração do psique-soma como uma ameaça de aniquilamento, pois nos estágios primitivos, quando houve a tentativa de integração psicossomática, o indivíduo experimentou tensões ou excitações instintuais intrusivas não facilitados ativamente pela mãe, interrompendo a continuidade do ser (Silva, Lima, & Pinheiro, 2014).

O indivíduo, enquanto vivencia a ameaça de integração, também teme a perda da precária coesão psicossomática, e o modo de permanecer com essa integração, mesmo que deficitária, pode ser através da dor física e o adoecimento do soma. Por esse motivo, Winnicott discorre que a enfermidade psicossomática é o positivo de um negativo, pois por meio do distúrbio psicossomático o indivíduo mantém uma débil integração, mas que evita uma existência apenas intelectualizada (Faria, 2012).

Ao considerarmos que a falha da integração está relacionada ao *holding* materno, o positivo do distúrbio seriam as necessidades demandadas pelo adoecimento ou pela dor, que mantém o indivíduo dependente de cuidados, assim como devolve a possibilidade de retomar a continuidade do ser a partir de um ambiente que supra os cuidados de *holding* (Dias, 2012).

O trabalho do analista com pacientes com distúrbio psicossomático consiste em oferecer condições ambientais confiáveis, que permitam a regressão na etapa da linha do amadurecimento em que houve a interrupção do desenvolvimento emocional saudável. O manejo adequado permitirá que o paciente confie novamente no ambiente, ambiente oferecido e sustentado a partir da presença do analista no *setting*, que oferecerá cuidados

como o *holding*, que são tão necessários nas etapas iniciais para construção do vir a ser (Barros, 2013).

A presença, incluindo o corpo do analista, oferece apoio ao soma do paciente, já que este é uma morada que a pessoa com distúrbio psicossomático não alojou. Por meio desse manejo é possível estabelecer vínculo e confiança, permitindo uma sensação de ser cuidado no paciente e retomar o desenvolvimento saudável. O comportamento do analista será de extrema importância, substituindo assim o uso da interpretação, devido à falha ter ocorrido num estágio muito imaturo desses pacientes que antecede a capacidade de elaboração da interpretação (Dias, 2012).

Contudo, a satisfatória integração da psique no soma não está relacionada com um corpo com ausência de alguma deficiência física ou congênita do bebê, mas com uma mãe que possa cuidar do corpo do bebê da forma como ele se apresenta (Dias, 2012).

2. OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo descrever a questão da psicossomática em uma paciente com múltiplas comorbidades físicas, a partir da teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott.

3. MÉTODO

Este artigo trata-se de um estudo de caso de uma paciente atendida no ambulatório de um hospital de atenção terciária. Foram realizados 10 atendimentos psicológicos ambulatoriais, com frequência semanal e duração média de 50 a 60 minutos cada. Os instrumentos utilizados foram análise de prontuário, conteúdos de entrevistas semi dirigidas e atendimentos psicoterapêuticos, e anotações realizadas durante supervisão clínica do caso. A partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a paciente autorizou a utilização desses dados. Os dados foram analisados segundo referencial teórico da Psicanálise Winnicottiana. As bases de dados utilizadas para este estudo foram Scientific Electronic Library Online (SciELO), bibliotecas físicas das Universidades São Judas Tadeu e

Presbiteriana Mackenzie, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP e digitais da Universidade do Estado de São Paulo e Pontifícia Universidade Católica.

4. APRESENTAÇÃO DO CASO

Por consideração aos aspectos éticos, o nome utilizado neste estudo de caso é fictício. Denise, 59 anos de idade, casada, uma filha, aposentada, ensino fundamental incompleto, reside no interior da cidade de São Paulo. Possui como diagnósticos médico: Fibromialgia, Síndrome de Raynaud, Oclusão Aorta-Ilíaca Crônica, e histórico de Poliomielite quando tinha um ano de idade, ficando com sequela de paralisia no membro inferior esquerdo (MIE), dificultando sua deambulação. Possuía histórico de internação hospitalar desde a infância, devido ao quadro de Poliomielite, necessitando de intervenção cirúrgica em diversos momentos. Em 2000 foi diagnosticada com Fibromialgia, quando, segundo ela, em consulta de rotina, sentiu muita dor após o médico tocá-la no braço e foi encaminhada para a especialidade que confirmou o diagnóstico.

Em 2006 iniciaram as dores no membro inferior direito (MID) e no ano seguinte foi encaminhada para avaliação do cirurgião vascular, recebendo diagnóstico de Oclusão Aorta-Ilíaca Crônica. Ao final de 2012 recebeu diagnóstico de Incontinência Urinária, que foi investigado após participar de um grupo no hospital em que fazia acompanhamento com uma das especialidades médicas, onde relatou não conter a urina quando precisava ir ao banheiro, porém não percebia isto como um problema. Em 2014 teve Trombose Venosa no MIE, mesmo membro em que já tinha sequela da Poliomielite.

Em abril de 2019, foi encaminhada para avaliação e acompanhamento psicológico ambulatorial por médico residente da Cirurgia Vascular, com a justificativa de que a paciente se queixava de dores no MID para caminhar, porém, devido às comorbidades, havia dúvida diagnóstica do fator causal, além de acreditar que a paciente poderia se beneficiar de acompanhamento psicoterapêutico para auxiliar no controle da dor.

Desde o primeiro atendimento a paciente centralizava suas queixas em suas questões físicas e sua comunicação ocorria por meio do corpo e da dor. Em diversos momentos, quando

relatava a ausência da filha, a morte da mãe ou o distanciamento na relação com os irmãos, referia essas situações de modo descritivo, apresentando empobrecimento afetivo e dificuldade em nomear sentimentos. Quando questionada sobre como se sentia nestas situações, respondia estar acostumada com a ausência dos familiares e que a morte da mãe era esperada.

Denise contava que sua mãe sempre a acompanhava nas consultas médicas, quando pequena. Descrevia que gostava de ficar internada, pois brincava com as outras crianças internadas e gostava da comida do hospital. Descreveu que após uma das cirurgias realizadas na infância, por conta da sequela da Poliomelite, precisou voltar para casa com curativo na perna.

Depois de um período de já ter recebido alta hospitalar, essa percebeu mau cheiro na perna e disse para mãe que sentia cheiro de “rato morto” (sic). Somente nesta ocasião sua mãe percebeu que algo não estava bem e a levou de volta para o hospital.

Denise relatou perceber que os pais tinham dó dela, pela paralisia na perna, descrevendo que esses a privilegiavam com alguns cuidados, como o pagamento de escola particular, por ser mais próxima de sua casa. Em momento nenhum descrevia outras formas de cuidados oferecidos a ela por conta dos problemas de saúde, apontando para uma família que pouco demonstrava afeto.

Denise, ao descrever sua relação com seu pai, disse que ele passava o dia todo fora de casa trabalhando, não se recordando de muitos momentos com ele, além de que, por conta do trabalho, o pai não costumava brincar com ela na infância. Essa descrevia que os pais possuíam vínculos afetivos restritos. A partir de alguns relatos quanto à distância afetiva dos pais, pode-se perceber que os principais vínculos que Denise formou ao longo de sua vida foram com os profissionais de saúde que lhe ofereceram cuidados durante diversos momentos da infância, devido aos longos períodos de internações, citando inclusive que mesmo quando não precisava ir ao hospital para alguma consulta, ia para fazer visita a estes profissionais. Ficar internada, ainda hoje, era considerado algo positivo para Denise, pois é o local em que ela dizia receber cuidados da equipe de enfermagem, citando como exemplo o

tomar banho no leito.

Aos 18 anos a paciente se casou. Porém, depois de 7 meses se separou e logo após descobriu que estava grávida. Após a separação, Denise residiu com a mãe por quatro anos, e depois se casou novamente com o atual marido, indo morar na casa dos fundos da mãe. Em todo período de atendimento psicológico, Denise pouco relatou sobre seu relacionamento com a filha e descrevia vê-la pouco, apontando a distância que moram uma da outra como justificativa. Era possível perceber uma relação de distanciamento da paciente com a filha, assim como era da sua mãe com ela.

A mãe de Denise teve Alzheimer aos 73 anos, e aos 80 faleceu, o que aconteceu há 15 anos. Nesse período a paciente restringiu sua vida social, por ser a principal cuidadora da mãe. Relatava que ela protegia a mãe e sempre compartilhava tudo da sua vida com ela. Denise possui 5 irmãos vivos, mas não mantinha boa relação familiar. Relatou conflito familiar com os irmãos durante o adoecimento da mãe, pois os irmãos não a visitavam.

Denise descrevia uma importante relação de dependência com o marido, inclusive para exercer atividades básicas e de autocuidado. Descrevia, por exemplo, que para se alimentar o marido servia comida no prato dela por considerar que não sabia a quantidade certa que iria comer, mas que o marido sempre soube.

Ao comentar uma situação, relatou almoçar em restaurante às 11h quando comparecia aos atendimentos, mas servia o alimento com insegurança pela ausência do marido, pois sozinha, sempre colocava comida a mais e tinha que jogar fora o restante. Contou com espanto e estranhamento que às 18h sentia fome de novo, porque geralmente ela costuma sentir fome às 20h, desconsiderando que nos dias de atendimento, ela fazia as refeições do almoço mais cedo e por isso havia mudança no seu apetite. Outro exemplo é que Denise solicitava para o marido, enquanto tomava banho, que ele a aguardasse do lado de fora do banheiro até ela finalizar, pois quando criança, um vizinho morreu queimado durante o banho, e desde então, não conseguia tomar banho sozinha. Outro cuidado de dependência do marido, estava relacionado a comprar roupas íntimas, a paciente referia não saber comprar, pois quem sempre o fez era sua mãe, e depois que se casou o marido quem ficou como

responsável por comprar. Na ausência do marido, a paciente tinha dificuldade em exercer qualquer uma destas atividades.

Uma das queixas referidas por Denise durante os atendimentos psicológicos, era em relação a não se sentir compreendida em sua dor pela equipe da cirurgia vascular. Essa relatava que os médicos interrogam se sua dor na perna era decorrente do diagnóstico de Fibromialgia ou da Oclusão Aortollíaca, o que para ela era o principal motivo para a equipe não realizar o procedimento cirúrgico. Denise relatava saber diferenciar uma dor da outra, descrevendo que a dor da Fibromialgia ocorria quando tocavam nela, e a dor decorrente da doença vascular não precisa do estímulo ao toque. Inicialmente, Denise apresentava expectativa de que o acompanhamento psicológico pudesse auxiliá-la, de alguma maneira, a conseguir realizar a cirurgia, verbalizando desejo de realizar a mesma, mesmo compreendendo seus riscos. Relatava não se importar em ficar internada, descrevendo até gostar. Expressava desejo de passar por intervenção cirúrgica, no entanto, não expressava o efeito positivo que isto poderia trazer à sua saúde, visando receber anestesia, uma vez que acreditava que essa a faria dormir (queixava-se de insônia), além de dizer também gostar de ter febre, por conseguir ficar o dia inteiro deitada e dormindo. Denise, em todos os atendimentos, chegava com antecedência de pelo menos 3 horas, por residir no interior e utilizar o transporte da prefeitura para ir até o hospital. Sempre se sentava na mesma cadeira na sala de espera, porém, em um dos atendimentos, não estava lá. No intuito de tentar encontrá-la andei pela recepção, e quando olhei para a fila de entrada ela acenou para mim. Assim que ela entrou na sala, para iniciar o atendimento, me questionou se eu estava indo embora e pediu desculpas pelo atraso. Em outra situação, no intuito de ajudar a paciente, a partir da minha disponibilidade, adiantei o atendimento para uma hora antes do agendado, uma vez que ela já estava aguardando. Quando a chamei, ela estava fazendo crochê e, com certa pressa, tentou se organizar para entrar na sala, demonstrando incômodo e desconforto pela mudança no horário. A cada imprevisibilidade minha, ou dela, a paciente dizia que havia pensado que eu tinha ido embora, temendo que eu não esperaria por ela. Denise necessitava de uma previsibilidade constante, demandando assim manejo e disponibilidade da minha parte.

5. DISCUSSÃO

Denise, já no seu primeiro ano de vida, foi acometida pela Poliomielite, considerando que os pais tinham dó dela por causa da sequela de paralisia em sua perna. Segundo Faria (2012), é fundamental para o amadurecimento saudável de bebês que apresentam doenças físicas em uma etapa muito inicial do seu desenvolvimento, que a mãe, por meio do olhar e cuidado, considere esse bebê como um ser inteiro e o aceite independentemente do modo que o corpo se apresenta. Somente assim será possível o desenvolvimento saudável, a partir da tendência inata do bebê, rumo à integração, esperado para cada indivíduo. Tanto para bebês que apresentam inicialmente doenças físicas ou não, é necessário que haja um ambiente adequado, por meio de uma maternagem suficientemente boa, que ofereça cuidados de acordo com as necessidades deste.

Uma maternagem suficientemente boa, ou quem exerce tal função, seria um ambiente que se identifique com o bebê e a partir dessa identificação reconheça e atenda às necessidades desse, oferecendo a sustentação (*holding*) e o manejo (*handling*), favorecendo as experiências sensoriais deste. No início, todas as experiências do bebê ocorrem por meio do corpo, através do banhar, trocar, acariciar, alimentar, a sensação da sustentação no colo, entre outros. Esses cuidados físicos são tão fundamentais quanto o cuidado do ambiente de considerar esse ser ainda em processo de integração como um ser inteiro, pois somente por meio desses cuidados que haverá a possibilidade de uma satisfatória morada da psique no soma (Dias, 2014).

É possível considerarmos que Denise vivenciou falhas ambientais em uma etapa muito inicial do seu desenvolvimento. Levando em consideração, dentre outros, o episódio em que a mãe não percebeu o mau cheiro em sua perna, após vários dias utilizando o mesmo curativo, pode-se pensar em uma falha relacionada ao *holding* materno, que inclui cuidados relacionados a uma rotina para o bebê de alimentação e de banhar, facilitados pelo reconhecimento e identificação do ambiente com o bebê de perceber suas necessidades, exigindo assim uma adaptação ativa do ambiente (Rocha, 2006).

Possivelmente, a mãe de Denise não conseguiu se adaptar a este corpo que demandava cuidados específicos (Barros, 2013). Segundo Galván (2007), tal situação pode ser compreendida como uma impossibilidade da mãe em dispensar um olhar de cuidado com a filha e fornecer cuidados básicos. Ao considerar a importância da função materna em Winnicott, se essas falhas de cuidados são constantes, isso é percebido como intrusão pelo sujeito e a integração psique- soma torna-se precária.

Tal falha levou Denise a antecipar uma preocupação que não correspondia ao seu amadurecimento, necessitando assim, ela própria perceber o seu adoecimento. A enfermidade psicossomática constitui como defesa o uso da cisão e dissociações na personalidade do indivíduo, para não perder a frágil integração psicossomática. O bebê, nas etapas iniciais, possui um ego frágil e necessita do suporte de ego materno, porém, quando o ambiente falha em fornecer esse suporte por meio de cuidados, o bebê necessita reagir contra a ameaça de aniquilamento devido às instruções ambientais, quando houve a tentativa desta integração, necessitando assim, do uso precoce do aparato mental para dar conta das falhas ambientais. A partir disso, necessita reagir ao ambiente, e o desenvolvimento saudável é interrompido (Galván, 2007).

Denise relatou que na infância houve necessidade de internações, devido a complicações em seu quadro de saúde, afirmando gostar de ficar internada por causa dos cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde, que forneciam alimentação e ajuda para tomar banho. As relações saudáveis, ou ditas de segurança para a paciente, eram estabelecidas com a equipe do hospital, que colaboraram para que se mantivesse, mesmo que precária, a integração da psique no soma, por meio de cuidados que foram oferecidos durante suas internações, uma vez que em sua casa, por meio de seu relato, havia um distanciamento afetivo entre todos os membros da família, assim como de cuidados. Esse modo de se relacionar da paciente, aponta para tentativa de manter a dependência de cuidados por meio do ambiente, pois desse modo, os cuidados se mantêm via soma, impossibilitando a perda da frágil parceria da psique no soma (Laurentiis, 2007).

O paciente com distúrbio psicossomático tende a dissociar o seu ambiente, solicitando

acompanhamento de diversas especialidades médicas. Pacientes com tais características podem ser considerados poliqueixosos pela equipe de saúde, o que dificulta o diagnóstico de seu adoecimento. Em muitos casos, o discurso por meio da dor é uma tentativa de manter a precária integração da psique no soma (Dias, 2012).

Nos primeiros atendimentos, a paciente relatava apenas os adoecimentos de seu corpo e as suas dores. Assim como inicialmente o lactente se comunica com a mãe por meio das necessidades corporais, devido ao seu desenvolvimento emocional primitivo, o mesmo é feito pelos pacientes com essa frágil integração psicossomática, no *setting* terapêutico (Dias, 2012).

Denise, em seu relato, evidenciava empobrecimento afetivo, não conseguindo relatar ou nomear o que sentia nas situações. Necessitava do auxílio da analista para a nomeação de seus sentimentos, uma vez que não alcançou o desenvolvido emocionalmente saudável, de acordo com sua idade cronológica. A paciente encontrava-se em um estágio primitivo do desenvolvimento emocional, demonstrando a necessidade de *holding*, *handling* e apresentação de objetos, necessidades estas que não foram supridas em estágios precoces de seu desenvolvimento (Cesarino, 2013).

Denise se referia, na sua relação com o marido, à dependência de cuidados muito primitivos relacionados à alimentação, banho e compra de roupas íntimas. Essas necessidades e o suporte que a paciente solicitava do marido demonstra estar vinculado ao deficitário *holding* materno, como já citado anteriormente, tendo sofrido falhas constantes relacionadas ao fornecimento do ambiente de cuidado e sustentação, vivenciando estados de não tranquilidade pela ameaça de perder a precária integração psicossomática, que interferiram na capacidade de confiar no ambiente (Dias, 2012). Denise dizia apenas experienciar alguns estados de tranquilidade, como o descansar e dormir, a partir do efeito da anestesia nos procedimentos cirúrgicos.

Em seu relato, quando disse, com espanto, sentir fome às 18h por almoçar às 11 horas da manhã, Denise apresentou estranhamento e falta de apropriação de sensações corpóreas. Essa situação de manifestação da sensação corpórea de fome em pacientes com uma

adequada integração psicossomática, seria percebido e compreendido como esperado, até mesmo, pelo longo tempo de uma refeição à outra; e não por um distanciamento, como se a sensação de fome fosse um elemento externo intrusivo de grande espanto. Devido à frágil integração psicossomática, a fome, por ser uma excitação física do soma, é experienciada por Denise como intrusiva e ameaçadora de desintegração, impedindo vivenciar esse estado de necessidade com tranquilidade (Laurentiis, 2007).

É possível considerar na situação que Denise não percebeu como um problema não conter a urina quando precisava ir ao banheiro, uma frágil integração da psique-soma e uma deficitária percepção desse corpo quando não está vinculado com a dor e o adoecimento. Na teoria Winnicottiana, o distúrbio psicossomático é considerado o positivo de um negativo quando, por meio do adoecimento e da dor, o indivíduo não perde a vinculação com o seu corpo. O adoecimento físico retorna à doença psicológica para o corpo, sendo uma defesa para não ocorrer um escape pela via intelectual. Como modo defensivo, o indivíduo dissocia o ambiente e demanda cuidados para o seu corpo de diversas especialidades médicas, na tentativa de manter a frágil integração da psique no soma. No caso de Denise, por meio da dor e do adoecimento foram fornecidos cuidados de diversas especialidades médicas, assim como de cuidados muito primitivos de seu marido (Dias, 2012).

Ter um corpo adoecido demanda cuidados da equipe de saúde, que, no caso de Denise, pode fornecer, mesmo que em momentos específicos, cuidados de *holding* e *handling* (Silva, Lima, & Pinheiro, 2014).

Na ocasião em que Denise não chegou com a costureira antecedência e, ao procurá-la, a encontrei na fila de espera e solicitei que entrasse na sala, é possível considerar, que nos estágios iniciais o bebê precisa de um ambiente suficientemente bom que permita confiabilidade e constância da presença e de cuidados, para que as ausências do ambiente possam ser vividas sem ser persecutórios ou de tensão (Laurentiis, 2007). Denise, quando me questiona se eu estava indo embora, teme a perda de um ambiente seguro. O analista, nestes casos, por meio de um *setting* confiável, possibilita a regressão para a etapa da dependência absoluta que, até então, foi interrompida no desenvolvimento emocional de

Denise. Essa regressão somente é possível a partir do manejo adequado do analista, sem utilização de interpretação, por ser uma etapa anterior da capacidade representacional da paciente (Barros, 2013). Por meio do *setting*, o analista fornece *holding*, para haver a retomada do amadurecimento pessoal, até então interrompido. O manejo será direcionado a partir das necessidades da paciente e, para isso, o analista precisa estar atento à etapa do amadurecimento pessoal no qual a paciente se encontra e favorecer a regressão às etapas iniciais do amadurecimento, sem que ocorra novas intrusões ambientais, como já acometido antes. A pontualidade do analista e a disponibilidade são fundamentais para o manejo clínico, pois a previsibilidade do ambiente favorece o estabelecimento da confiança e a regressão às etapas primitivas do desenvolvimento (Dias, 2014).

Ainda sobre a questão de manejo no *setting* terapêutico, na sessão em que adiantei o horário de atendimento da paciente e essa demonstrou desconforto com a mudança, entende-se que o meu adiantamento do horário remete para Denise a um estado anterior de falhas ambientais, de desadaptação em etapas muito primitivas, atravessando seu ritmo (Galván, 2007).

Depois de alguns atendimentos, Denise relatava outras questões, não somente relacionadas ao adoecimento do seu corpo, mas situações de seu cotidiano, como, por exemplo, sobre construções na sua casa e a necessidade de reformas. Simbolicamente entende-se que esse cuidado que Denise oferecia à sua casa estaria vinculado à necessidade de cuidados da sua frágil morada em seu corpo (Dias, 2014).

6. CONCLUSÃO

Denise possivelmente sofreu falhas constantes do ambiente na fase da Dependência Absoluta, impedindo a constituição de um estado unitário saudável. Como recurso defensivo, a paciente utilizou a cisão e dissociação como mecanismos de defesa para manter e não perder a frágil integração psicossomática, por não haver confiabilidade no ambiente pelas intrusões sofridas e a possível dificuldade de identificação e adaptação de uma adequada maternagem.

Por mais que o adoecimento físico ocasionasse sofrimento em Denise, foi a partir deste que manteve sua integração psicossomática deficitária. Entende-se que este foi o positivo de um negativo, demandando intervenções específicas para uma tentativa de retomada do processo de amadurecimento pessoal.

Vale ressaltar que a categoria diagnóstica abordada neste estudo é uma hipótese, considerando o curto tempo de acompanhamento psicológico e o caráter dinâmico da condição emocional do indivíduo na perspectiva Winnicottiana.

7. REFERÊNCIAS

- Barros, G. (2013). O *setting* analítico na clínica cotidiana. *Estudos de Psicanálise*, 40, 71 - 78. Recuperado em 30 de janeiro de 2023: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010034372013000200008
- Cesarino, M. M. (2013). A noção de manejo na obra de D. W. Winnicott. Tese de Doutorado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Dias, E. O. (2008). A teoria Winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica. *Natureza humana*, 10 (1), 29 - 46. Recuperado em 30 de janeiro de 2023: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302008000100002.
- Dias, E. O. (2014). A teoria do amadurecimento de D.W. Winnicott. (3ª ed.). São Paulo: DWW Editorial.
- Dias, M. F. (2012). A existência psicossomática: aspectos clínicos. *Winnicott e- prints*, 7(1), 16 - 48. Recuperado em 30 de janeiro de 2023: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2012000100002.
- Faria, C. M. (2012). Um estudo sobre as referências de Winnicott aos fenômenos psicossomáticos. Tese de mestrado em psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Ferreira, F. B. G. (2010). Uma compreensão Winnicottiana sobre as noções de soma, psique e mente como referência para o entendimento da integração psicossomática. Tese de mestrado em psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Galván, G. B. (2007). Distúrbio psicossomático e amadurecimento. *Winnicott e- prints*, 2 (2), 1-17. Recuperado em 30 de janeiro de 2023: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2007000200004.
- Hammoud, T. C. (2015). Transtornos psicossomáticos e o brincar: um caso clássico. *Winnicott e-prints*, 10 (1), 1-16. Recuperado em 30 de janeiro de 2023: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-432X2015000100007.
- Laurentiis, V. R. F. (2007). A incerta conquista da morada da psique no soma em D. W. Winnicott. *Winnicott e-prints*, 2 (2), 1-13. Recuperado em 30 de janeiro de 2023: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679432X2007000200003.
- Loparic, Z. (2000). O animal humano. *Natureza humana*, 2 (2), 351 - 397. Recuperado em 30 de janeiro de 2023: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302000000200005.
- Monteiro, M.C. (2004). Um coração para Dois: a relação mãe-bebê cardiopata. Tese de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Rocha, M. P. (2006). Elementos da teoria Winnicottiana na constituição da maternidade. Tese de mestrado em psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Silva, G. V.; Lima, A. A.; Pinheiro, N. N. B. (2014). Sobre os conceitos de verdadeiro *self* e falso *self*: Reflexões a partir de um caso clínico. *Cadernos de psicanálise*, 36 (30), 113-127. Recuperado em 30 de janeiro de 2023: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-62952014000100007.