



Mônica Cristina de Carvalho Campioli Brandão

Lúpus Eritematoso Sistêmico: Dor Física, “Dor do Eu “.

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa
de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento
de Psicologia da PUC-Rio

Orientador: Prof^a Ângela Baraf Podkameni

Rio de Janeiro
Janeiro, 2003



Mônica Cristina de Carvalho Campioli Brandão

**Lúpus eritematoso sistêmico:
Dor física, “Dor do Eu”**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Profª Angela Baraf Podkameni
Orientadora
PUC-Rio

Profª Maria Euchares de Senna Motta
PUC-Rio

Prof. Francisco Ramos de Farias
UFF

Prof. Jürgen Heye
Coordenador Setorial de Pós-Graduação e Pesquisa do Centro de Teologia e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, / /2003

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou Parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Mônica Cristina de Carvalho Campioli Brandão

Psicóloga, graduada em 1989, pela Faculdade de Humanidades Pedro II – FAHUPE, com especialização em Psicologia Médica pela UERJ. Sob orientação do Prof. Drº Júlio de Mello Filho, desenvolve há 4 anos um trabalho de acompanhamento ambulatorial de pacientes acometidos pelo Lúpus Eritematoso Sistêmico, no Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Apresentou diversos trabalhos sobre o tema em, congressos, sendo premiado “Lúpus – ‘ Lobos’ e ‘Borboletas’ em Grupoterapia”, na qualidade de melhor trabalho científico, na Categoria tema Livre, no XII congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática, São Paulo – maio/2000.

Ficha Catalográfica

Campioli Brandão, Mônica Cristina de Carvalho
Lúpus eritematoso sistêmico : dor física, “dor do eu” /
Mônica Cristina de Carvalho Campioli Brandão; orientador:
Ângela Baraf Podkameni. – Rio de Janeiro : PUC,
Departamento de Psicologia, 2003.

[9], 52f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade
Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia.

Inclui referências bibliográficas.

1. Psicologia – Teses. 2. Medicina psicossomática. 3.
Corpo e mente. 4. Dor – Aspectos psicológicos. 5. Lúpus. I.
Podkameni, Ângela Baraf. II. Pontifícia Universidade Católica
do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

À memória de José Borges de Freitas Netto, pai
suficientemente bom, com ilimitada
capacidade de amar.
A Matheus, Pedro e Marcus pelo
amor que nos une.

Agradecimentos

A Ângela Podkameni, pelo carinho com que me conduziu, dando o *holding* necessário ao meu desenvolvimento.

Ao Drº Júlio de Mello filho, mestre e amigo, por ter me conduzido no interesse pelo Lúpus Eritematoso Sistêmico.

A Drª Elisa Albuquerque, Drº Evandro Klumb e Drº Roger Levy, pela oportunidade de um trabalho integrado e o incentivo acadêmico.

A minha mãe, pelo carinho.

Aos pacientes do ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Obrigada por me ensinarem.

Ao Drº Alex Manhães, amigo de sempre.

Ao Marco Antônio C. Guimarães, pela escuta segura.

A Mayla Cosmo, pelo carinho e trocas gratificantes.

Ao Capes, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

A Marisa, Verinha e Dudu, pelo carinho sempre demonstrado.

Resumo

Campioli Brandão, Mônica Cristina de Carvalho. **Lúpus Eritematoso Sistêmico: Dor física, “ Dor do eu”**. Rio de Janeiro, 2003. 52p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Universidade Pontifícia do Rio de Janeiro.

Focalizando o Lúpus Eritematoso Sistêmico como uma doença psicossomática, localizada no limiar entre o psíquico e o físico, esta dissertação pretende contribuir para o estudo do trauma, da dor psíquica e física, utilizando-se das teorias de Winnicott e Freud para este fim. Considerando que a dor física faz parte do quadro clínico do Lúpus Eritematoso Sistêmico, este trabalho levanta a questão de que o quadro algico torna-se muitas vezes insuportável, por se somar à dor física, o “eu que dói”, decorrente de traumas vividos. O corpo adoecido e dolorido “reclama” a ausência de um “meio ambiente bom o bastante” levando a quebra na “vivência de continuidade do ser”, (Winnicott), assim como a ausência de uma “barreira de estímulos” (Freud) forte, que permita o desenvolvimento adequado do eu. Para ilustrar as idéias apresentadas no trabalho, foram retirados fragmentos dos relatos, realizados no ambulatório do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Palavras-chave

Psicossomática; dor física-psíquica; lúpus eritematoso sistêmico.

Abstract

Campioli Brandão, Mônica Cristina de Carvalho. **Systemic Lupus Erythematosus: physical pain, “ pain of the self**. Rio de Janeiro, 2003. 52p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Universidade Pontifícia do Rio de Janeiro.

Focusing Systemic Erythematosus as a psychosomatic disease, located in the difficult threshold between the psychic and the physical, this dissertation intends to contribute for the study of the trauma, of psychic and physical pain, using the theories of Winnicott and Freud for this purpose. Considering that physical pain is part of the clinical picture of Systemic Lupus Erythematosus, this work raises the subject that of pain becomes many times unbearable, considering that to physical pain, “pain of the self” is added, due to past, experienced traumas. The sick and aching body “claims” the break in the “ experience of the continuity of being”, lack of a “good enough environment” (Winnicott), as well as lack of a strong “stimuli barrier ” (Freud), allowing for on appropriate development of the self. To illustrate the ideas presented in this work, fragments of patients’ reports from the clinic of the University Hospital, Pedro Ernesto, were used for this purpose.

Keywords

Psychosomatics; physical – psychic pain; Systemic Lupus Erythematosus

Sumário

Introdução	10
1. Lúpus Eritematoso Sistêmico	12
1.1 Lúpus doença auto-imune	12
1.2 Quadro clínico do Lúpus Eritematoso	14
1.3 Lúpus e fatores emocionais	16
1.4 Esquema e imagem corporal	17
2. Lúpus e corpo	20
2.1 O corpo – da saúde à doença	20
3. Winnicott e a “Teoria do Desenvolvimento Emocional”	24
3.1 A relação mãe/bebê	24
4. Trauma em Freud e Winnicott	32
4.1 Freud e a “Barreira de estímulos”	32
4.2 Winnicott e a “Quebra na linha de continuidade de ser”	34
4.3 Dor física	38
4.4 Dor psíquica	43
5. Ilustrando a teoria	47
6. Conclusão	53
7. Referências Bibliográficas	58

“ A família tem uma posição claramente definida no momento em que a criança que se desenvolve depara-se com as forças que operam na sociedade. O protótipo dessa interação pode ser encontrado na relação bebê-mãe original de uma forma extremamente complexa. O mundo representado pela mãe auxilia ou obstrui a tendência herdada do bebê que cresce.” Winnicott

Introdução

O interesse pelo tema, surgiu a partir da prática do atendimento ambulatorial, enfermagem e grupoterapia de pacientes com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico e lúpus eritematoso cutâneo crônico (discóide), no Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ, durante Curso de Especialização em Psicologia Médica.

No contato diário com esses pacientes, em sua grande maioria mulheres, algumas questões levantadas durante os atendimentos pareciam apontar para um fator importante na abertura e/ou exacerbação do quadro clínico da doença: a cronificação de uma privação afetiva que os acompanha desde o início de suas vidas.

Foram também observadas dificuldades com relação à auto-estima, imagem corporal, dor, sexualidade, assim como dificuldades significativas nos relacionamentos afetivos e sociais. Entendemos que um fator importante que contribui para o agravamento do quadro clínico do lúpus é a não aceitação de serem possuidoras de uma doença crônica. Em muitos casos, um sentimento de revolta permeia as idas ao hospital, levando uma boa parcela destas pacientes a desistir do tratamento. A falta de informação sobre a doença, a forte medicação e seus efeitos colaterais, os cuidados com a alimentação e os cuidados com o sol, também são fatores que contribuem para o abandono do tratamento, o que só faz agravar o quadro clínico.

Com uma história de privações e perdas em seus relatos, as pacientes transmitiam inicialmente, um receio grande no contato, que se configurava num comportamento retraído, como se o lúpus fosse transmissível, vergonhoso, desqualificante. Com uma gradual aproximação, pude perceber mulheres sensíveis, sofridas, discriminadas, carentes, marcadas não só internamente pelo quadro clínico da doença, como também em seu narcisismo. Externamente encontramos as lesões eritematosas, avermelhadas e escamosas, porém, na subjetividade dessas mulheres é possível observar marcas doloridas, deixadas na feminilidade e beleza, aspectos tão valorizados hoje em dia. É comum, ver as

pacientes carregarem fotos de quando eram mais novas e não possuíam a doença, ou mesmo das mudanças constantes de peso sofridos pelo uso de medicamentos, corticosteróides. Trazem as fotos e fazem questão de apresentá-las, tanto às outras pacientes como para a equipe de saúde que as trata. Entendemos isto como uma forma de lidar com esse corpo que se transforma, alterando a imagem corporal, de acordo com o curso da doença. Geralmente, esse movimento fica mais evidente quando a doença está em atividade, pois a imagem corporal como síntese de nossas experiências emocionais, estará sendo modelada pelas mudanças físicas sofridas ao longo das manifestações clínicas do lúpus.

Capítulo I

Lúpus eritematoso sistêmico

“ O desenvolvimento emocional sadio fornece à criança um sentido para a saúde física, assim como a saúde física lhe provê um reassuramento que é de grande valia para o desenvolvimento emocional”

Winnicott

1.1 – Lúpus doença auto-imune

É comum nas pacientes de lúpus um receio inicial de contato, tendendo a estarem mais retraídas nos relacionamentos. Ao se sentirem acolhidas e seguras, são afetuosas, indo ao encontro do outro na busca de relacionamentos que lhes dêem suporte na auto-estima e narcisismo.

Entendemos que primeiramente devemos conhecer a etiologia, assim como, o quadro clínico e suas manifestações para poder, então, melhor compreender a dor da ferida narcísica destas mulheres portadoras desta doença crônica.

No lúpus, encontraremos uma etiologia apenas parcialmente conhecida, caracterizada pela formação excessiva de auto-anticorpos e por complexos imunes que são mediadores da resposta inflamatória em múltiplos sistemas orgânicos. No lúpus eritematoso sistêmico, há evidências de participação do sistema timo-dependente como possível responsável pelo aparecimento da doença.

Nos seres humanos, o complexo sistema imunitário protege os indivíduos contra uma série de agentes agressores. Mas nas doenças denominadas de auto-imunes, o sistema imunitário está ligado diretamente

à produção de auto-anticorpos, ainda sem uma etiologia específica. Hoje, grande é o número de pessoas que sofrem das chamadas doenças auto-imunes, em que o fator emocional se faz presente. Para que ocorra o aparecimento de doenças auto-imunes, é necessário que se processe modificações de determinantes dos auto-antígenos ou, então, que o sistema imune se torne incapaz de reconhecer os constituintes próprios do organismo.

Ainda são poucos os estudos a este respeito, porém já foi verificado *in vitro* que os complexos circulares unem-se à célula K, que se torna armada e pronta a agredir os antígenos presentes na superfície do órgão. Há indícios, que indivíduos com LES possuem uma atividade diminuída de célula K.

Quanto à classificação das doenças auto-imunes, estas se dividem em três grupos, denominados, *órgão-específicas*, *intermediárias*, *doenças sistêmicas*. As doenças denominadas *órgão-específicas*, em seu envolvimento clínico e imunológico e em toda sua evolução limitam-se a um determinado órgão. Como exemplo temos a Tireoidite de Hashimoto¹. Nas doenças chamadas de *intermediárias*, temos um grupo de doenças com características clínicas e imunológicas diferentes. Acometem um órgão com manifestações em outras partes. Como exemplo temos a Síndrome de Sjögren². No terceiro grupo teremos as *doenças sistêmicas*. Neste grupo as manifestações se dão de forma mais ampla, envolvendo todo o sistema imunológico. Existe, neste caso, uma intensa variedade de anticorpos com diferentes especificidades contra elementos celulares, onde qualquer órgão pode ser afetado. Neste grupo destaca-se o Lúpus Eritematoso Sistêmico, que pode apresentar acometimento de todas as estruturas do organismo e ainda apresentar manifestações clínicas como febre e comprometimento cutâneo e/ou articular.

¹ Doença auto-imune que afeta a glândula tireóide e pode estar associado ao hipotireoidismo.

² A Síndrome de Sjögren é definida como doença inflamatória auto-imune, crônica e multissistêmica, que acomete principalmente glândulas de secreção exócrina, especialmente as lacrimais e as salivares, e órgãos como a pele, o fígado, os pulmões, os rins, os vasos e o sistema nervoso. Pode ser classificada em primária, sendo esta última associada à outra doença auto-imune: artrite reumatóide (AR), lúpus eritematoso sistêmico (LES), esclerose sistêmica (ES) e outras.

1.2. - Quadro clínico do Lúpus Eritematoso Sistêmico

O lúpus eritematoso pode apresentar-se clinicamente de duas formas: o lúpus eritematoso sistêmico (LES), que pode ou não apresentar erupções cutâneas, porém compromete os órgãos internos e é a forma mais grave da doença. O processo inflamatório sistêmico é capaz de afetar articulações, pele, pleura, pericárdio, sistema nervoso central, rins, coração, pulmões e outros órgãos. A outra forma de manifestação é o lúpus eritematoso cutâneo crônico (discóide), no qual é comum o envolvimento cutâneo, geralmente na face - erupção em forma de “asa de borboleta” e/ou pápulas eritematosas, escamosas, que formam lesões anulares na cabeça e/ou partes do corpo quando expostas ao sol.

Seu diagnóstico baseia-se no reconhecimento de uma grande variedade de achados clínicos e laboratoriais. Nenhum achado isoladamente faz o diagnóstico, apesar de alguns serem mais sugestivos que outros. Os critérios diagnósticos universalmente usados são os elaborados pela American Rheumatism Association (1982).

O lúpus apresenta na abertura do quadro clínico, manifestações, tais como: febre, perda de peso, fadiga, mal-estar, alopecia. Estes sintomas comuns desde o início podem vir acompanhar a atividade da doença e somar-se a outras mais específicas, tais como: manifestações musculoesqueléticas; cutâneo-mucosas; renais; pleuropulmonares; hematológicas; cardiovasculares; neuropsiquiátricas; gastrintestinais; oculares e do sistema retículo-endotelial.

Na etiopatogenia do lúpus, há uma conjugação de fatores genéticos e ambientais envolvidos em sua eclosão. Os fatores genéticos estão ligados aos hormônios sexuais e anormalidades imunológicas. Já nos fatores ambientais, podemos destacar as drogas; luz ultravioleta (UV); infecções viróticas e bacterianas; estresse, fatores étnicos e sócio-econômicos, que podem vir a colaborar para desencadear ou exacerbar o início da doença..

O Lúpus possui um quadro clínico crônico, de longa duração e sem cura efetiva, alternando entre períodos de atividade e remissão do quadro.

Durante o período de atividade poderá vir a afetar os diversos órgãos e sistemas do corpo. Predomina no sexo feminino, na proporção de (9 : 1), sendo mais comum seus primeiros sintomas ocorrerem entre a segunda e quarta décadas de vida. Porém, devido ao seu caráter imprevisível, pode vir acometer os pacientes a qualquer momento de suas vidas.

Fessel e Solomon, 1960, pesquisando os aspectos psiquiátricos desta doença, estudaram a psicose lúpica. Encontraram uma alta incidência de quadros psiquiátricos no LES por este afetar o Sistema Nervoso Central através de artrites, que podem atingir várias regiões do encéfalo, gerando quadros os mais diversos, desde convulsões e quadros do tipo acidente vascular cerebral, passando por estados confusionais, podendo chegar ao coma. Encontraram em algumas pacientes reações psicóticas, especialmente do tipo esquizofrênico. Um diagnóstico diferencial se faz necessário com o objetivo de que se diferencie quadros psíquicos decorrentes do comprometimento do Sistema Nervoso Central e quadros de psicose induzida por esteróides, fato relativamente freqüente quando há uso de altas doses deste medicamento, o que pode ser o caso do LES.

No lúpus, a vida individual do paciente é, irremediavelmente afetada, modificando sua forma de se relacionar com o mundo e consigo mesmo. As marcas do corpo e as dores articulares também representam limitações importantes nos relacionamentos destas pacientes com o mundo. Essas dificuldades se intensificam com as limitações impostas pela doença, tal como a impossibilidade de pegar sol. Importante ressaltar que elas vivem em um país tropical, onde a exposição ao sol é constante. Essas pacientes devem evitar a exposição aos raios solares – ultravioletas, pois uma exposição intensa contribui para que o lúpus entre em atividade. É necessário que utilizem filtro ou bloqueador solar nas partes mais expostas do corpo, sendo aplicado várias vezes ao dia, até mesmo em dias nublados. A privação do sol imposta pela doença colabora para que essas pacientes se afastem do convívio social, do contato com vizinhos, fazendo que fiquem mais em casa, reduzindo-as a um círculo

bem restrito de pessoas. Dificulta também nas atividades domésticas, como lavar roupas no tanque e estende-las no varal, varrer quintal. Estas atividades que fazem parte do dia a dia, até mesmo atividades profissionais e sociais tornam-se difíceis de serem realizadas, exigindo dessas pacientes uma adaptação que nem sempre é possível e desejada. É a doença impondo seus limites, lembrando a todo o instante que ela existe.

O lúpus marca o sujeito, tanto no físico quanto no psíquico e junto ao quadro clínico do LES, é comum um sentimento de incapacidade que permeia o curso da doença pela dificuldade em lidar com o corpo dolorido, marcado com comprometimentos internos e externos. É uma doença estigmatizante³ para quem a apresenta por trazer no corpo estampado a marca de uma ferida narcísica, seus comprometimentos e dificuldades

1.3 – Lúpus e fatores emocionais

Recorrendo a literatura, a fim de compreender melhor a relação doente/doença, e os aspectos emocionais no lúpus, foram encontradas poucas referências nacionais sobre o assunto, além de serem pouco abrangentes. Mello Filho, em seus livros: *Psicossomática Hoje*, 1992 e *Grupo e Corpo: Psicoterapia de Grupo com Pacientes Somáticos*, 2000, dedica um capítulo, em cada livro, para o lúpus eritematoso sistêmico, colocando o lúpus como uma doença psicossomática, estigmatizante e ressalta o grupo terapêutico como melhor forma de tratamento. Por outro lado, na literatura internacional, referente ao lúpus, alguns trabalhos foram realizados enfocando, principalmente, a questão psicológica: a dor crônica e as manifestações cutâneas. Estes estudos encontraram a dor como um fator importante para a baixa qualidade de vida dessas pacientes, já que tem de conviver com as dores intensas do quadro clínico. Um outro ponto

³ Mello Filho, 1992, p. 144.

estudado na literatura, é as marcas cutâneas e a relação com a feminilidade .

É importante ressaltar que o lúpus, anteriormente visto como uma doença rara, com uma curta expectativa de vida, hoje é facilmente encontrado em nossos consultórios e ambulatório. Muitas vezes, o lúpus é diagnosticado de forma incorreta, e assim, o tratamento vem tardio, num corpo já bastante comprometido pela doença. Este fato causa insegurança e revolta, principalmente, em relação ao sistema de saúde, que ao ser procurado não corresponde adequadamente às necessidades prementes das pacientes, levando a acrescentar à doença física, desânimo, revolta e dificuldade em aderir ao tratamento. É importante, portanto, que a paciente, ao buscar atendimento, encontre informação sobre a doença e tratamento adequado às suas manifestações clínicas. Podemos constatar que essas manifestações, não se limitam somente ao corpo, doem no psiquismo devido à reativação, concomitante de diversos registros mnêmicos deixados ao longo da vida.

1.4 – Esquema e imagem corporal

As possíveis relações com as outras pessoas se estabelecem em consonância com a idéia e uso que fazemos de nossa aparência, do esquema corporal, e da imagem corporal que foi construída ligada ao sujeito e a sua história. Entendemos a imagem do corpo como suporte do narcisismo, que vai se estruturar através da comunicação entre os sujeitos, e que será sempre uma imagem inconsciente e peculiar que cada pessoa possui. O esquema corporal é em parte inconsciente, mas também pré-consciente e consciente. Ele é em princípio o mesmo para todos os indivíduos da mesma espécie e servirá de intérprete ativo ou passivo da imagem corporal de cada sujeito.

Dolto, coloca com relação à imagem corporal:

“É graças à nossa imagem do corpo sustentada por – e que se cruza com nosso esquema corporal que podemos entrar em comunicação com outrem. Todo o contato – com o outro, quer o contato seja de comunicação ou para evita-la, é subtendido pela imagem do corpo; pois é na imagem do corpo, suporte do narcisismo, que o tempo se cruza com o espaço, e que o passado inconsciente ressoa na relação presente.” (1984, p. 14)

O esquema corporal está ligado a uma natureza anatômica, enquanto a imagem corporal vai se elaborando ao longo da história do sujeito, ou seja, durante o desenvolvimento da criança. Poderemos então distinguir três modalidades de uma mesma imagem do corpo: imagem de base, imagem funcional e imagem erógena. Essas três imagens, em conjunto, irão constituir e assegurar a imagem do corpo vivente e o narcisismo do sujeito a cada etapa de seu desenvolvimento. Estando associadas entre si originam uma imagem dinâmica que se caracterizará por um desejo em busca de um novo objeto. Na imagem de base a criança vivenciará a possibilidade de uma continuidade narcísica, a “mesmice de ser”⁴, que será própria em cada estágio do desenvolvimento até a fase adulta. Com a imagem funcional teremos um enriquecimento das possibilidades relacionais com o outro. Associada a imagem funcional do corpo, a imagem erógena focaliza o prazer ou o desprazer erótico na relação com o outro.

Segundo Dolto:

⁴ Françoise Dolto, 1984

“ ... estes três componentes da imagem do corpo se metabolizam, se transformam e se remanejam, levando em conta as provas que o sujeito enfrenta e as limitações que ele encontra.” (1984, p. 44)

O corpo saudável, segundo Dolto, a partir da interação das imagens do corpo, poderá servir de mediador organizado entre o sujeito e o mundo, facilitando suas experiências de contato com o mundo físico. Num corpo comprometido por uma doença como o lúpus, a imagem corporal estará afetada em todas as suas instâncias, levando a uma fragilidade narcísica com possível dificuldade nos relacionamentos e no contato com o próprio corpo. O fato de serem portadoras de uma doença crônica, interfere nos relacionamentos, sendo que é justamente o corpo doente que é colocado como mediador da troca com o meio social.

Capítulo II

Lúpus e corpo

“Ora, trata-se de pensar o interior do corpo próprio, aquele espaço que contém vísceras quando o abrimos, mas que é também o lugar onde se geram as doenças psicossomáticas.”

José Gil

2.1- O corpo - da saúde à doença

Ao pensarmos em saúde, somos remetidos, de imediato, a um corpo bonito, com energia e vitalidade, entre outros atributos. Todo esse simbólico atribuído ao corpo faz com que esse ele expresse as representações coletivas, dando vida à cultura, os ideais estéticos e religiosos. A linguagem vem, então, como mediadora entre a cultura, práticas sociais e o corpo. Porém a saúde deixou de ser um atributo que o indivíduo possui individualmente, ela é diretamente ligada ao meio social, portanto, ter saúde é capacidade de autonomia e padrão de bem-estar, valores esses socialmente definidos.

A saúde transcende o corpo e amplia-se numa nova concepção de saúde, onde sinaliza como indicadores de saúde o bem-estar e a qualidade de vida, deixando de ser simplesmente o fato de não ter uma doença. Segundo Buss, *“a saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido”*.(2000, p. 163-177)

Carregamos conosco tanto o nosso espírito, como o espírito social. Para fazermos parte de um grupo, submetemo-nos, muitas vezes, inconscientemente, as exigências, que nos direcionam na forma de pensar, sentir e agir, consideradas adequadas ou justas para aquele grupo.

Segundo Rodrigues:

“Sabe-se que cada sociedade elege um certo número de atributos que configuram o que o homem deve ser, tanto do ponto de vista físico, que esta constelação de atributos é, em certa medida, a mesma, para todos os membros de uma sociedade, embora tenda a se distinguir em nuances segundo os diferentes grupos, classes ou categorias que toda sociedade abriga”.(1986, p.44)

Torna-se fácil manter com o corpo uma relação positiva capaz de nos dar prazer e obter ganhos no social, ao possuímos um corpo saudável, cheio de energia, vitalidade para trabalhar e produzir. É uma relação positiva interna e externamente. Mas nem sempre a relação com o corpo passa pelo prazer e pela saúde plena. Por ele também passa a dor, podendo ser esta, física ou psíquica, implicando em: sofrimento, lesão, marcas ou comprometimentos funcionais com os quais o sujeito tem que vir a lidar.

Ao longo da vida, o homem sofre modificações, algumas tidas como adequadas e fazendo parte do desenvolvimento, outras, tal qual a doença, vem fazer um corte neste processo natural. Para Canguilhem, 2000, a doença faz parte da experiência do ser vivo, podendo ser considerada como normal. Portanto, a doença, suas causas, o diagnóstico e o processo de cura são parte do universo social de cada grupo. Faz parte, portanto, desta dimensão social, a perda da saúde seja, transitoriamente ou de forma crônica.

Numa perda de saúde transitória, tal como resfriados, dor de cabeça, o sujeito entra em contato com a consciência do seu corpo. Sua relação com a doença estará pautada pelo curto tempo da enfermidade, no passageiro e na possibilidade de cura, sem risco de morte iminente. Numa doença crônica, o sujeito terá de lidar com os limites impostos pela doença, com risco de morte mais presente e uma ferida narcísica capaz de abalar seu equilíbrio psíquico. Neste momento seu referencial de mundo muda, sua vida toma outro significado e sua fragilidade aumenta.

Souza em seu livro, *Os Sentidos do Sintoma: Psicanálise e Gastroenterologia*, cita Canguilhem, ao afirmar que: *a ameaça da doença é um dos elementos constitutivos de saúde*” (1992, p.43). Somente na ameaça de algum dano físico ou aparecimento de algum sintoma o indivíduo verá emergir a consciência e importância de seu corpo. Na saúde, o corpo é silencioso e portanto, muitas vezes “esquecido”. O corpo se faz presente na consciência, no entanto, quando o sintoma ou o dano físico vem anunciar o desequilíbrio. Na tentativa de busca de um equilíbrio, tanto físico quanto psíquico, é quando o sujeito pode vir a procurar auxílio e partilhar seu sofrimento. A demanda se faz presente, e conseqüentemente, surge então a necessidade do “outro” para acolhê-lo e para os cuidados necessários.

Não raramente encontramos pacientes que acorrem ao Hospital Pedro Ernesto, no Serviço de Reumatologia, com uma série de sintomas, com passagem por outros ambulatorios e postos de saúde, porém sem um diagnóstico e conseqüente tratamento. São pedidos de ajuda explícitos para os quais a instituição de saúde responde com analgésicos ou surdez. As marcas do corpo ou as dores articulares dos quais os pacientes se queixam, necessitam de um ouvido atento, cuidadoso e dedicado que possa registrar tanto as dores físicas, quanto às dores psíquicas que eles apresentam, numa escuta integral dessa paciente.

No limite visível do corpo biológico feminino, temos as marcas da doença nas dores sentidas e/ou nas pápulas eritematosas, alopecia, além de um corpo, muitas vezes obeso, devido ao uso de medicação. Este corpo concreto abriga um corpo erógeno, possuidor de um “eu feminino” e toda a subjetividade do ser mulher que se tornam abalados pela enfermidade, Se o corpo físico sofre as dores e marcas externas da doença, o corpo erógeno sofre as dores da ferida narcísica. Para essa mulher fragilizada, não bastará um atendimento com analgésicos, necessita, também, de uma analgesia psicológica para sua subjetividade ferida. As marcas dolorosas inscritas não só no corpo como na sua subjetividade soma-se a falta de cuidado e atenção dispensados a estas mulheres pelo meio ambiente familiar e institucional. As pacientes

necessitam de um meio ambiente “bom o bastante” que as acolha e cuide, ajudando a cicatrizar a ferida narcísica e ajudando a reestruturar o equilíbrio junto com a auto-estima.

Estas pacientes mostram-se necessitadas de alguém que as acolha em suas dores físicas, proporcionando um meio ambiente seguro, que possa estar sensível, também, as suas dores psíquicas, numa escuta integral. A teoria psicanalítica de Winnicott, servirá de apoio teórico para fundamentar e conseqüentemente ajudar uma compreensão mais apurada deste quadro clínico.

Capítulo III

Winnicott e a “Teoria do Desenvolvimento Emocional”

“Sabemos que o mundo estava lá antes do bebê, mas o bebê não sabe disso, e no início tem a ilusão de que o que ele encontra foi por ele criado. Esse estado de coisas, no entanto, só ocorre quando a mãe age de maneira suficientemente boa”.

Winnicott

3.1- A relação mãe/bebê

Nos registros deixados pela nossa primeira infância, encontramos a base de nossa vida emocional adulta. Somos, nesta fase, extremamente sensível ao meio em que vivemos. Winnicott, pediatra e psicanalista, levando em conta sua experiência com crianças e suas mães, criou a Teoria do Desenvolvimento Emocional, ou melhor, uma teoria do amadurecimento do ser humano.

Afirma que: *“para realizar o meu trabalho, preciso de uma teoria do desenvolvimento emocional e físico da criança no ambiente em que ela vive, e uma teoria precisa abranger todo o espectro daquilo por que se possa esperar.”* (2002, p.19)

Nesta teoria é dada ênfase ao meio ambiente maternante – relação mãe/bebê, como essencial no desenvolvimento e amadurecimento saudável do ser humano. Ele coloca esse ambiente como fundamental para a saúde. Falhas deste meio ambiente poderão ter como consequência, diferentes quadros psicopatológicos.

Ao falar de ambiente, nesta teoria, estaremos incluindo tanto o ambiente físico quanto os aspectos emocionais necessários ao desenvolvimento do bebê, representados por uma mãe “boa o bastante”.

Porém, não podemos esquecer que esta mulher também precisa de um ambiente que a acolha e lhe dê apoio para que ela possa, uma vez identificada com seu bebê, adaptar-se ativamente às suas necessidades e preenche-las. O pai ou na falta dele, o meio ambiente familiar e social vem geralmente proporcionar este apoio.

Entendemos esta mãe “boa o bastante” como uma mulher que agora está grávida, e que não necessariamente precisa ser uma mulher especial, com dons especiais. A futura mamãe é uma “mulher comum”, que naturalmente entrará num estado, que Winnicott chamou de “preocupação materna primária” (2002), semanas antes e após o parto, dando-lhe condições psicológicas para poder traduzir as necessidades de seu bebê em ações que levem a satisfação.

Winnicott, define a “preocupação materna primária” como:

“Gradualmente, esse estado passa a ser o de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez. Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê. Dificilmente as mães o recordam depois que o ultrapassaram. Eu daria um passo a mais e diria que a memória das mães a esse respeito tende a ser reprimida” (Winnicott, 2000: 401)

O estado de “adaptação ativa”, (2002) parte inicial e integrante do estado de “preocupação materna primária”, tão necessária nesse primeiro momento para que o bebê possa vir a vivenciar a área de ilusão, sofrerá naturalmente uma diminuição, de acordo com o desenvolvimento do bebê. A forte identificação da mãe com seu bebê, oriunda do período de preocupação materna primária, permanecerão, no entanto, sensibilizando a mãe das necessidades físicas e psicológicas do seu bebê.

Mãe esta que se encontra, segundo Winnicott:

“.... naquele estado especial que dá as mães condições de estarem presentes mais ou menos no momento e no lugar certos. Isto se chama adaptação às necessidades, que permite ao bebê descobrir o mundo de forma criativa.”(2002, pág. 56)

Importante esclarecer que o bebê ao nascer é formado por um conjunto não organizado de instintos e pulsões, que necessitará da mãe para realizar seu processo de *integração*. Estando num estado inicial de dependência absoluta, não integrado, dependerá totalmente do meio ambiente, representado pela mãe. A mãe “boa o bastante”, propiciará o meio ambiente facilitador para a integração dos fragmentos de realidade apresentados por ela, condizentes com o desenvolvimento e portanto capacitando o bebê de poder lidar com eles. Será importante, portanto, a forma como a mãe vivencia a sua identificação com a realidade do bebê, e como esses fragmentos serão apresentados para o bebê na relação com ela, para que este processo de integração possa ocorrer satisfatoriamente. Na falta de um meio ambiente “bom o bastante”, e no caso, por exemplo, da mãe estar tensa, ansiosa ou deprimida, este meio ambiente criado, na relação mãe-bebê será sentido como inóspito por invadir e dificultar a linha de continuidade de ser do bebê. Este precisará assim, construir desde cedo, defesas contra invasões, ou seja, excesso de estimulação vinda do meio, estímulos esses com as quais ele não está em condições de lidar, o que pode resultar na quebra da linha de continuidade.

No estado de *não-integração* e dependência em que o bebê se encontra, existe o predomínio de potenciais hereditários e inatos, assim como a tendência à integração e independência, que somados a uma série de experiências físicas e emocionais proporcionadas pelo meio ambiente maternante bom o bastante e facilitador, vai abrindo espaço para a experiência ilusória, dando origem à área de ilusão. Essa área de ilusão, fruto do desenvolvimento da criança, inserida neste meio ambiente, abrirá caminho para a relação gradativamente maior com a realidade externa apresentada, aos poucos, pela mãe. Nesta primeira fase, as falhas naturais da mãe fazem com que surja a angústia de separação e a criança

lance mão de um objeto, a princípio: o polegar, a fralda, um brinquedo, para preencher estas lacunas. Esses objetos intermediadores servirão de ponte entre o mundo interno e o externo, ajudando na transição do bebê, do estado de dependência absoluta, a dependência relativa e rumo a futura independência. Ajudam a poder vir a distinguir aquilo que é “ele”, separado do “outro”. Estes objetos transicionais (1975), sob o controle, ainda, onipotente da criança, ajudam no processo da separação gradativa da mãe, mitigando a angústia e resultando no estabelecimento de um “eu” diferenciado do “não-eu”. Aos poucos esse interagir vai capacitando a criança a se separar da mãe sem sentir angústia, lidando melhor com a realidade externa que paulatinamente vai se construindo. O balbúcio do bebê, o dedo, assim como o uso de um objeto incide na área intermediária enquanto fenômenos transicionais.

Sobre os objetos transicionais, Winnicott coloca:

“Introduzi os termos ‘objetos transicionais’ e ‘fenômenos transicionais’ para designar a área intermediária de experiência, entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, entre a atividade criativa primária e a projeção do que já foi introjetado, entre o desconhecimento primário de dívida e o reconhecimento desta. Por esta definição, o balbúcio de um bebê e o modo como uma criança mais velha entoia um repertório de canções e melodias enquanto se prepara para dormir, incidem na área intermediária enquanto fenômenos transicionais, juntamente com o uso que é dado a objetos que não fazem parte do corpo do bebê, embora ainda não sejam plenamente reconhecidos como pertencentes á realidade externa”.
(1975, p.14)

Numa outro texto, Winnicott, nos coloca que:

“ o objeto transicional não é significativo por ser uma coisa; sua coisidade é crucial apenas porque ela ajuda a criança a sustentar uma realidade interna que se amplia e evolui, e a auxilia a diferenciá-la do mundo que não é o eu”. (2000, p.20)

Um fator importante para que o bebê faça a gradativa transição do estado de não-integração para o de integração é a sustentação dada pela mãe. O que caracteriza a integração é a junção dos núcleos do ego, diferenciada dos estímulos do meio, e a descoberta gradativa de ser ele mesmo, separado do meio. A vivência da “continuidade da linha da vida” proporcionada pelo meio ambiente maternante bom o bastante, que abordaremos a seguir, facilitará o processo de integração e a possibilidade de um ego saudável. Neste processo, será importante que a mãe sirva de ego auxiliar, de para-excitação, para intermediar os estímulos ambientais excessivos.

Todo o processo de desenvolvimento saudável, dependerá de um ambiente que seja facilitador, que não tenha estímulos excessivos e que proporcione suporte para que o bebê e futuramente a criança possam desenvolver seus potenciais. Neste ambiente facilitador do processo de amadurecimento proporcionado pela mãe, o bebê se desenvolve. Ela é responsável por todos os cuidados físicos e afetivos necessários, para preencher as necessidades do bebê, e de acordo com Winnicott, esta é a única forma de amor que o bebê pode reconhecer nesta fase.

À conduta emocional da mãe ao cuidar de seu filho, onde não somente administra cuidados físicos mas também lhe dá suporte e afeto, Winnicott denominou de “ *holding*” (2002). É através do “holding” que o bebê terá a experiência de continuidade do ser. Essa experiência de continuidade é decorrente de uma adaptação do meio às necessidades da criança, que não se sente invadida pela mãe-ambiente, nem mantida num meio inconstante e sentido como ameaçador. Todo esse suporte necessário contido no “*holding*” está estreitamente conjugado com o

manejo ou “*handling*” (2002), segundo Winnicott. Será através do manejo cuidadoso, sensível e portanto carinhoso, que a relação positiva vai sendo construída e mantida pela mãe. Esse contato físico, que se deu pelo manejo, levará a criança, a um reconhecimento gradativo de seu corpo, possibilitando uma construção imaginária do mesmo, resultando na psique encontrando o corpo como sua morada. Este momento é importante por assinalar o êxito de um marco no desenvolvimento. No processo de integração, o bebê reconhece-se como “eu sou” ou “rei do castelo”, neste momento há um reforço mútuo entre o funcionamento do corpo e o desenvolvimento do ego. “*Na posição ‘eu sou’ ou ‘rei do castelo’ , o indivíduo pode ou não, por razões internas ou externas (e o bebê ainda é altamente dependente), conseguir lidar com a rivalidade que isto engendra (‘você é o patife sujo’). Na saúde, a rivalidade se torna um estímulo adicional ao crescimento e ao sabor de viver.*” (1994, p. 89) Se o bebê é o “rei do castelo” o outro (mãe) é o patife sujo do qual ele (bebê) depende e que almeja ser igual. Torna-se importante nesse processo um reforço de ego da mãe para o seu bebê e sua capacidade de adaptar-se as necessidades dele fornecendo uma realidade de dependência.

Durante o processo de integração, a mãe, ao cuidar da criança, estará oferecendo o “*holding*” e o “*handling*”, num ambiente confiável , seguro e portanto sensivelmente equilibrado, de forma que a criança ao ter a sensação de segurança e confiabilidade possa vir a se integrar gradativamente, ligando a psique com o soma. A psique encontrará, aos poucos, a sua morada no corpo. A psique se incumbem da elaboração imaginativa das funções somáticas e vai se desenvolvendo, resultando no processo de “*personificação*” que é fruto da ligação psique-soma. Desta forma, teremos o surgimento do Self como unidade, levando ao gradual reconhecimento da mãe como um “outro”. Este Self constituído, será então chamado de Self verdadeiro, sendo deste modo o núcleo da personalidade, o núcleo do ego que permanecerá oculto e integrado. A mente, segundo a concepção de Winnicott, é uma instância especializada da psique, que se desenvolverá a medida que a criança começa a ter consciência do meio externo, e permitirá que ela possa lidar com as falhas

crecentes do meio ambiente, de acordo com o estágio e possibilidades no seu processo de amadurecimento.

Winnicott afirma que do mesmo modo que a criança constrói o Self verdadeiro num desenvolvimento normal, ele também desenvolverá, normalmente o falso Self (1982). O falso Self surge como uma defesa natural, para que a criança possa adaptar-se ao meio ambiente social no qual ela vive. O falso Self irá suprir o verdadeiro quando se fizer necessário para uma adaptação adequada, constante, ao meio ambiente, o que consiste em poder negociar e conceder. Numa relação patológica com o meio ambiente, o falso Self é utilizado como uma forte defesa onde seu uso se torna exclusivo, a fim de atender e simplesmente agradar ao meio ambiente. O uso do falso Self numa forma excessiva encobriria, nos casos mais graves, o verdadeiro Self (1982), deixando transparecer somente a “casca”, o “socialmente aceito” e não a real pessoa. Nas pacientes de lúpus, supõe-se um uso maior do falso Self, pela dificuldade que se observa nas pacientes em “negociar” com o meio ambiente, passando a mostrar-se “flexíveis” nos relacionamentos com as outras pessoas, pela sua dificuldade de expor seus desejos. Podemos, portanto, facilmente depreender como este ser em desenvolvimento precisa de um “meio ambiente maternante”, capaz de dar o “holding” e o “handling” que o bebê necessita, para que possa alcançar um desenvolvimento saudável. Porém, nem sempre é possível um desenvolvimento infantil sustentado, com uma mãe capaz de dar o “holding” e “handling” que a criança necessita. Winnicott, 2001, afirma que *“...uma boa proporção de mães e pais, em virtude de doenças sociais, familiares e pessoais, não consegue fornecer à criança condições suficientemente boas a época de seu nascimento”* (p.4). Durante o desenvolvimento, o bebê é capaz de suportar adversidades e tensões, contanto que ele possa confiar no “meio ambiente maternante”. Porém, se o meio ambiente primário se apresentar como inóspito provocando “tensão” e/ou inconstância afetiva, a sensação de segurança e continuidade de ser deixa de existir, e surge, então, uma

tendência natural de sobrevivência, de buscar defesa fazendo uso do falso Self¹, a fim de poder lidar com este meio ambiente e se adequar a ele.

Freud, assim como Winnicott, referem-se ao trauma como marco importante na constituição do sujeito, abordaremos, a seguir, o trauma dentro da concepção de cada um por apresentar diferenças.

¹ Foi a partir de sua clínica que Winnicott pôde estabelecer a diferença entre um verdadeiro e um falso Self. (...) o falso Self mostra-se como uma estrutura que existe para que possa defender o verdadeiro Self, mesmo – e especialmente – no que se refere à saúde. Abram, (2000, p.227)

Capítulo IV

Trauma em Freud e Winnicott

“ 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 (...) hiperatividade da tireóide, lúpus eritematoso.”
Winnicott

4.1 – Freud e a “Barreira de estímulos”

Freud, inicialmente, em seus estudos sobre a histeria, juntamente com Breuer, fez observações que levaram a uma analogia entre a histeria comum e a neurose traumática, dando ênfase ao afeto. Reconhecia os afetos como necessários para a experiência traumática, porém não suficientes. A histeria necessitaria, de acordo com ele, de uma série de traumas de menor intensidade para sua eclosão, enquanto na neurose traumática uma experiência penosa, de grande intensidade, seria o suficiente para sua deflagração.

Nas *Leituras introdutórias* (1916-1917), baseado nos seus estudos sobre neurose traumática, Freud, passou a se interessar pelo momento de ocorrência do trauma e os mecanismos que operavam nele, e possa colocar a definição de trauma em termos de “*barreira de estímulos*”, reconhecendo dois fatores causais que se complementam entre si: o primeiro é a intensidade do estímulo que faz pressão sobre a barreira, e o segundo está ligado ao grau de preparação desta barreira para suportar a pressão, servindo de “escudo protetor” para o psiquismo. Seriam excitações tão poderosas que seriam capazes de romper o escudo protetor devido a falta de preparação por via da ansiedade, além de haver uma falta de hipercatexia dos sistemas receptores do estímulo. Decorrente

dessa ruptura na barreira de estímulos, o aparato mental não seria capaz de lidar com o estímulo de forma usual pois não teria tido a ansiedade como sinal de proteção contra a intensidade do estímulo e teria como consequência o trauma psíquico.

Freud coloca quanto ao trauma:

“En la realidad, ya el término ‘traumático’ no posee sino un tal sentido econômico, pues lo utilizamos para designar aquellos sucesos que, aportando a la vida psíquica, em brevísimos instantes, un enorme incremento de energía, hacen imposible la supresión o asimilación de la misma por los medios normales y provocan de este modo duraderas perturbaciones del aprovechamiento de la energía”. (1916-1917, p.2294)

Em *Inibição, sintoma e angústia*, (1926) Freud faz uma reformulação e passa a ver o trauma como sendo um estado de fragilidade psíquica, onde o sujeito se sente impotente diante da estimulação sofrida e as decorrentes experiências de não satisfação. Passará a usar os termos “situação traumática” e “ansiedade-trauma” para designar o excesso de estimulação sofrida pelo sujeito, e a ansiedade então será como um alerta, um sinal de perigo, ficando aderida a mente como uma forma de registro inicial da experiência traumática.

Na ocorrência do trauma, o indivíduo apresenta um estado de perplexidade e impotência diante da repentina inundação do eu pelos estímulos, sejam eles internos ou externos, que afeta seu equilíbrio psíquico. Dependendo de cada sujeito o impacto do trauma poderá durar de poucos minutos a dias ou semanas. A resolução do trauma sofrido consiste em revivê-lo de formas mais aceitáveis para que ocorra a elaboração gradativa do estímulo excessivo sofrido pelo eu.

Segundo Freud, ao analisarmos o trauma devemos observar suas causas mais remotas, e ele observa ainda em *Inibição, sintoma e angústia* (1926), que a ocorrência de determinados tipos de perigos, mais do que outros, podem, durante a infância precipitar traumas. O nível de amadurecimento da criança e a intensidade da estimulação deverão ser

levados em conta. Alguns autores, como Winnicott e Bowlby, em sintonia com o pensamento de Freud, assinalam a importância das primeiras relações infantis com a mãe ou sua substituta, e colocam que ocorrendo falhas dessa mãe, a criança sofreria pequenos traumas que, ao irem acumulando-se originariam mais tarde sintomas. As experiências passadas vivenciadas pelo sujeito, podem vir a comprometer ou fortalecer as capacidades do eu. A qualidade dos relacionamentos estabelecida com a mãe, portanto, poderá contribuir para o estabelecimento de fixações e pontos de regressão e acúmulo de tensões, levando ao trauma.

4.2 – Winnicott e a “Quebra na linha de continuidade de ser”

Winnicott põe em evidência como constituinte fundamental do desenvolvimento do sujeito, a relação mãe-bebê que ao se apresentar deficitária, teremos muitas vezes o trauma como seu locatário. Não só Winnicott, como também outros autores, enfatizam essa relação primeira.

Murphy (1964), afirma ser decisivo o papel dos estímulos sensoriais na origem do trauma e na formação do caráter. No nascimento e nos primeiros meses de vida, a criança através da relação com a mãe, é estimulada sensorialmente. O tato, a gustação e a visão, principalmente, são estimulados pela mãe durante os cuidados e amamentação do bebê. Para que o desenvolvimento do bebê se dê de modo satisfatório, será necessário que ele seja estimulado adequadamente pela mãe. Na ocorrência de excesso ou falta, ou até mesmo no caso de estimulação precária, o trauma terá uma maior probabilidade de vir a ocorrer, segundo este autor.

McDougall, valorizando os sentidos e o registro psíquico, coloca que:

“...a voz materna é necessária, evidentemente, somada a todas as outras percepções dos sentidos: o odor, o tato, as vivências cinestésicas de origem

interna e cinestésicas de origem externa. (...) De toda maneira, o que importa é nosso reconhecimento do fato de que não se trata das sensações em si, mas de seu registro, do modo como são representadas psiquicamente” (p.81) .

Winnicott dará ênfase na relação mãe / bebê, colocando a importância do meio ambiente maternante “perfeito” para o desenvolvimento saudável do psicossoma do bebê, estando Murphy e McDougall em consonância com suas idéias em relação ao papel materno na díade mãe/ bebê. Através do que Winnicott chamou de “holding” e “handling”, proporcionados pela mãe “suficientemente boa” e identificada com seu bebê, à estimulação se dará, fazendo com que essas experiências sejam registradas na psique do bebê desde o seu nascimento.

À medida que o bebê vivência as experiências de contato físico e afetivo com a mãe, seu registro vai sendo feito pela psique, que elabora psiquicamente as funções somáticas. Com base nos registros deixados, gradativamente, vai se construindo a psique, com a importante tarefa de interligar as potencialidades do bebê com as experiências passadas e presentes, introduzindo, assim, o aspecto temporal na sua experiência.

Dependendo, portanto, da relação e interação com o meio ambiente maternante “bom o bastante”, facilitador do bom desempenho da psique, o Self passa a existir como unidade.

Winnicott, diferente do conceito utilizado por Freud para trauma, irá vincular seu conceito de trauma a idéia de imposição, sentida pelo bebê como uma invasão. Vejamos como é a forma do bebê entrar em contato com o meio ambiente levando em conta o conceito de imposição.

Davis e Wallbridge,1982, colocam este conceito do Winnicott da seguinte forma:

“1- Dentro do contexto de apoio egóico, o bebê age sobre o ambiente por uma necessidade ou um impulso, talvez expresso por um gesto ou um movimento. A mãe responde de modo sensível (por exemplo, alimentando-o quando faminto, dando-lhe conforto, oferecendo-lhe um apoio reconfortador, etc.) O contato é feito de modo criativo com o mundo.

2- Novamente dentro do contexto de apoio egóico, o ambiente age sobre o bebê de uma forma que está dentro da competência deste último, porque é previsível e porque a mãe tem o bebê em mente como uma pessoa (por exemplo, movendo-o de um lugar para outro, banhando-o, brincando com ele, etc.). Aqui há imposição, mas, novamente, o resultado é um incremento para o bebê.

3- Em virtude da falta de apoio egóico ou falta de proteção, o ambiente se impõe ao bebê de tal maneira que o bebê é obrigado a reagir (por exemplo, mudanças repetidas de técnica, ruídos altos, falta de apoio para a cabeça, abandono do bebê etc.). A continuidade do ser é interrompida e, se o bebê não puder descansar e se recuperar num ambiente que novamente se tornou maximamente adaptativo, a linha de continuidade será restaurada com dificuldade. Um acúmulo de imposição traumática na etapa da dependência absoluta pode pôr em risco a estabilidade mental (sanidade) do indivíduo.” (p.59 – 60)

Partindo da dependência absoluta e do estado de não-integração, o bebê caminha para a integração. Para que essa “passagem” ocorra, a sustentação dada pela mãe será fator decisivo nesse processo. É necessário para um desenvolvimento saudável do bebê, que o ambiente materno seja bom o bastante e mantido pela mãe durante seu desenvolvimento, assegurando assim, um ponto de referência e continuidade no processo. Se isso ocorre, o bebê vivenciará uma experiência de “continuidade do ser”, de confiabilidade na mãe e seu amor, desta forma, os núcleos do ego vão se unindo, chegando a um processo de integração, com base nas experiências pulsionais satisfatórias anteriormente vivenciadas.

Num ambiente em que o bebê não teve a mãe identificada com ele, e “boa o bastante” para lhe atender as necessidades, tanto físicas quanto psíquicas, sentirá o meio ambiente como inseguro e ameaçador. Mesmo que o ambiente tenha sido provedor de segurança no início, se o deixa de ser em algum momento, por qualquer circunstância, por um período longo demais para a etapa de desenvolvimento da criança, essa falha deixará suas marcas. O bebê não tendo a mãe suficientemente boa

como seu “ego auxiliar” no processo de integração, terá dificuldades na junção dos núcleos do seu ego, ocorrendo a desintegração como defesa grosseira para lidar com o caos psíquico ocasionado por vivências que o bebê ainda não é capaz de lidar. *“O caos da desintegração pode ser ‘mau’ como a confiança no ambiente, mas possui a vantagem de ter sido produzido pelo bebê e, portanto, não dizer respeito ao ambiente. Ele faz parte da área de onipotência do bebê.”* (Winnicott. “Ego Integration in Child Development” p.61, in Abram, 2000,p.123). Pode ocorrer ao bebê vivenciar o caos nas interrupções reativas do ser e em especial se estas interrupções forem de longa duração. Se essas “quebras” na “linha de continuidade de ser” forem curtas, o equilíbrio retorna para o bebê. Porém, em interrupções longas e contínuas, o caos passa a fazer parte da constituição do bebê, ocorrendo o trauma. O caos se apresenta quando já existe alguma organização, um certo nível de integração, pois, a não-integração não é caótica. Ao vivenciar a desintegração e o caos causado como defesa na busca da ordem, o bebê estará estacionado em seu desenvolvimento emocional.

Sofrendo pela falha materna, o bebê é levado a uma hiperatividade mental, onde a mente precocemente começa a funcionar a fim de preencher o vazio deixado entre a alucinação e a realidade, pela mãe que não foi capaz de dar o holding e o handling necessários. A mente, cedo ou tarde aparece num desenvolvimento normal. Como uma especialização da psique, ela entra em cena pra tentar preencher, até certo ponto, a falha no meio ambiente/mãe. A função intelectual irá variar de um bebê a outro, de acordo com o seu potencial herdado, assim como com o ambiente que o bebê está inserido.

No caso de uma super utilização da mente, por parte do bebê, fará com que ela se:

“... transforme numa espécie de babá que age como mãe substituta, cuidando do bebê que existe no Self da criança. A mente, nesses casos, tem uma função falsa e uma vida própria, dominando o psico-soma em vez de ser uma função específica do mesmo” (1999, p.161-162).

Para Winnicott o trauma decorreria da quebra na confiabilidade do meio ambiente maternante, fazendo com que o bebê não vivencie a “continuidade de ser”. Essa falha na relação mãe/bebê rompe com a ilusão e a idealização antes vivida pelo bebê, que para lidar com a falha da figura materna, fará uso dos processos intelectuais de forma excessiva, provocando afastamento da psique do soma, e levando a ocorrência do trauma. O autor define o trauma como “... a destruição da pureza da experiência individual por uma demasiada intrusão súbita ou imprevisível de fatos reais” (1994, p.114). O trauma, ocasionado pelo afastamento entre a psique e o soma se expressa em vias somáticas por um corpo que dói, reclamando a junção. Não é uma dor somente física, mas uma dor psíquica capaz de fazer sofrer intensamente. O trauma, para o autor, envolveria fatores externos ligados ao meio ambiente e seu significado variaria de acordo com o desenvolvimento emocional da criança, naquele momento. Não estamos falando de um trauma isolado, mas de uma sucessão de microtraumas que vão ocorrendo no desenvolvimento, desde o início da vida. Em doses adequadas, poderíamos dizer que o trauma pode contribuir para o processo de integração, porém em doses excessivas colabora com a dissociação ou nos casos extremos, com a desintegração.

4.3 - Dor Física

*“A dor física nos põe em
oposição com nosso corpo,
que se mostra inteiramente
estranho ao que está em
nós”*

Valéry

O dor é parte integrante em nossas vidas. Dificilmente encontramos alguém que não tenha vivenciado uma experiência de dor. A manifestação

de dor não é apenas uma manifestação neurofisiológica, ela é diretamente influenciada pelos fatores psicológicos, sociais e culturais do indivíduo.

Na literatura internacional o conceito mais utilizado é o da IASP¹, 1986, que define a dor “*como uma experiência sensorial e emocional desagradável, decorrente da lesão real ou potencial dos tecidos do organismo*”. Este conceito de dor é aceito pelos vários aspectos que aborda; o emocional, o sensorial e a lesão tecidual. Ao avaliarmos a dor em seu componente orgânico, no entanto, não podemos deixar de levar em consideração a personalidade, a história do paciente e o contexto, naquele momento.

Ao longo do tempo, alguns critérios de classificação foram utilizados, porém, a mais citada e utilizada é a que toma como referencial o tempo de duração. Esta classificação divide a dor em aguda, recorrente e crônica. A dor aguda caracteriza-se por uma duração relativamente curta, variando de segundos a semanas, pode melhorar com o repouso e ela normalmente exerce uma função de alerta para o organismo. Como exemplo deste grupo teremos as dores dos processos inflamatórios, das lesões teciduais. A dor recorrente, é uma dor que comumente não está associada a uma etiologia específica. Ela é aguda com episódios de curta duração com característica de crônica por se repetir ao longo do tempo. Como exemplo deste, temos a enxaqueca. A dor crônica, ao contrário da anterior, tem um período de duração maior, de meses a anos. Pode estar relacionada com processos patológicos crônicos. Ela afeta a vida do paciente como um todo, pois é vivida como perda do bem estar e saúde, gerando deste modo comprometimento físico e mental, depressão, além de comprometer as atividades da vida diária. A dor deixa de ser um sintoma para ser a doença em si. Um exemplo deste grupo é a artrite reumatóide e o lúpus eritematoso sistêmico.

Recorrendo a obra de Freud no intuito de compreender melhor a dor física, encontramos algumas referências a dor em sua obra. No “Projeto de uma Psicologia para Neurologistas” (1895-1950), onde sua preocupação com a dor se situa ao nível do quantitativo. Para o autor:

¹ International Association for Study of Pain (IASP)

“El sistema neuronal tiene la más decidida tendencia a la fuga del dolor. Vemos en ella una manifestación de su tendencia primaria a evitar todo aumento de su tensión cuantitativa y podemos concluir que el dolor consiste en la irrupción de grandes cantidades (Q)² até o Psíquico. (p.221)

A dor , neste momento, é vista como uma ruptura devido à deflagração de energia acima do suportado pela tela e que se manifesta junto com o desprazer, provocando em seguida uma descarga no interior do corpo. Toda vez que o limiar de tela for ultrapassado pela quantidade Q provocará dor e um reinvestimento de uma lembrança junto com o desprazer. A essa lembrança Freud se refere como um afeto.

Ao escrever “A Repressão” (1915), Freud marca a semelhança da dor com o trauma, no que concerne ao aspecto da irrupção, porém no trauma não encontraremos uma excitação constante. Coloca que um estímulo pode constituir-se em uma fonte de excitação e aumento constante da tensão e que:

“Tal estímulo adquirirá de este modo una amplia analogía con un instinto. Sabemos ya que en este caso experimentamos dolor. Pero el fin de este pseudoinstinto es tan sólo la supresión de la modificación orgánica y del displacer a ella enlazado. La supresión del dolor no puede proporcionar otro placer de carácter directo. El dolor es imperativo. Sólo sucumbe a los efectos de una supresión tóxica o de la influencia ejercida por una distracción psíquica.” (p. 2053)

Já nos “Instintos e seus destinos” (1915), Freud desenvolveu sua teoria a cerca do sadismo e masoquismo. A dor passa a ser vista, neste caso, como capaz de dar prazer de origem sexual.

A dor para Freud, estaria ligada a estímulos e quantidades elevadas de Q que assolariam o psíquico causando dor. Nosso autor centra-se nas manifestações internas do fenômeno. Numa postura teórica mais abrangente, os componentes internos da dor estarão presentes, junto com outros componentes internos ligados ao sujeito, determinando o

² No Projeto 1895 [1950], Freud atribui a Q uma quantidade de energia que circula no sistema de neurônios, ao trabalhar o funcionamento do Sistema Nervoso através de uma concepção

comportamento de dor. Não invalidando Freud, mas a nosso ver complementando-o, considera-se que a dor atualmente possui três componentes: Sensitivo/Perceptivo(Discriminativo);

Motivacional/Afetivo(Emocional); Cognitivo/Avaliativo(Pensamento).

Quando a informação de dor atinge estruturas encefálicas, depois de ser transmitida pelo SNC, entra em contato com fatores emocionais e culturais relacionados à dor, fazendo uma interpretação completa apoiada nos três componentes acima citados.

É importante que se compreenda a dor em sua multidimensionalidade, já que o sujeito é formado pela interação de diversos fatores, não deixando de valorizar também, os aspectos do substrato emocional e cultural. É importante observar que tanto o profissional de saúde possui suas próprias experiências de dor e a representação do fenômeno algíco quanto o paciente, o que pode vir a influenciar e dificultar na avaliação e tratamento da dor, do paciente em questão. Para uma avaliação ampla da dor deve-se levar em conta, não somente a dor como experiência subjetiva, pessoal, de cada sujeito, mas também, as crenças sociais, religiosas e científicas, a fim de poder compreender melhor sua postura diante da dor. A partir das crenças pessoais e das estratégias de enfrentamento³, dependerá a melhora do quadro algíco crônico. Não devemos esquecer, no entanto da importância de colher a história da doença do paciente, exames físicos e complementares, como laboratoriais e de imagem, além de uma avaliação das características da dor e sua repercussão nas atividades diárias na vida do paciente. O comportamento exteriorizado pelo paciente, tais como o choro, gemido, a expressão facial, a postura corporal, entre outros complementam a avaliação. A avaliação da dor estará apoiada nos conteúdos verbais e não verbais expressos pelo paciente, cabendo ao profissional de saúde mental e/ou ao médico torna-los relevantes para o diagnóstico.

quantitativa, caracterizando o ponto de vista econômico.

³ Enfrentamento ou Coping foi definido por Folkman, Lazarus e col; 1986, ao fazer referência aos investimentos comportamentais e cognitivos utilizados como estratégias de enfrentamento e ajustamento pelo paciente ao quadro de dor.

Por ser uma experiência tanto sensorial quanto emocional, a dor irá interferir na qualidade de vida dos pacientes acometidos, especialmente na dor crônica, inabilitando-os para as diversas atividades do dia a dia, gerando estresse. Como toda doença crônica, é comum a ocorrência de um quadro de depressão, sendo este um fator de grande interferência na vida do doente, pois ocasiona comprometimento do apetite, sono, do humor, do tratamento, agravando o sofrimento, e levando o doente a ter uma visão negativa da vida com perda do interesse e do prazer. A desesperança e isolamento social costumam acompanhar o curso da doença crônica. Os componentes emocionais podem ser significativos na experiência dolorosa e até mais importantes na compreensão do fenômeno da dor, do que os sensitivos.

Segundo Figueiró, (1999, p.145):

“ os pacientes com dor crônica e depressão relatam maior intensidade dolorosa, têm menor capacidade de controle de sua vida, maior uso de estratégias passivas e evitativas de enfrentamento,.... mais comportamentos dolorosos e doentios.”

Para se obter sucesso no tratamento desses pacientes, é necessário, portanto, que se compreenda os fatores psicológicos e sociais envolvidos, assim como, a forma como eles interferem na estabilidade emocional e comportamental.

Freud coloca a dor física como um aumento da quantidade de Q que atinge o psiquismo causando dor. Pra ele também, esta experiência que assola o psiquismo marcando um sofrimento, o faz ,não somente ao nível do corpo, mas também ao nível do psíquico.

4.4 – Dor Psíquica

“Nada na vida psíquica pode se perder, nada desaparece daquilo que se formou, tudo é conservado.”

Freud

Partindo do fato de que toda dor sentida por uma lesão real ativa o campo da subjetividade de cada sujeito, estaremos entrando nos domínios da dor psíquica. No momento em que somos confrontados com a dor física, imediatamente um registro mnêmico ocorre sensibilizando os neurônios. A partir da sensibilidade deixada nesses neurônios, devido aos sucessivos registros, eles se tornarão facilmente irritáveis numa nova experiência de dor semelhante. O registro é realizado pelo “eu” na memória, sinalizando a perda da integridade do corpo, do seu invólucro.

A cada dor física sofrida por uma pessoa, haverá um deslocamento maciço de energia, de forma instantânea, provocando um desinvestimento do eu. Esse enorme desinvestimento do eu e uma polarização dessa energia na imagem psíquica que a pessoa tem do seu invólucro/corpo, passa a ocasionar muita dor. A homeostase do psiquismo é quebrada. A tentativa de defesa utilizada pelo eu para atenuar a dor é motivo de dor maior pela quantidade de energia deslocada. Procurando proteger o indivíduo de sofrer um trauma, o eu carregado de afeto é direcionado para a representação da imagem que ele tem de seu corpo saudável, agora maculado pela atividade de uma doença, crônica ou não, na tentativa de isolar a dor sentida. O acúmulo de energia desviada para o órgão lesado é tão grande que acaba por isolá-lo, distanciando-o das outras representações que fazem parte da estrutura do eu.

Ao sofrermos algum tipo de dor buscamos auxílio para atenuar através de analgésicos que, efetivamente, poderão atenuar a dor física

sentida, mas não atenuarão por completo a dor psíquica sentida devido ao deslocamento de energia sofrido pelo processo álgico anterior.

A dor psíquica sobrevém na perda da relação com o objeto, como Nasio, (1997, p.26) coloca a seguir:

“Um afeto que exprime na consciência a percepção pelo eu – percepção orientada para o interior – do estado de choque, do estado de comoção pulsional (trauma) provocado pela ruptura, não da barreira periférica do eu, como no caso da dor corporal, mas pela ruptura súbita do laço que nos liga ao objeto. Aqui a dor é dor do trauma”.

Afirma também que a dor psíquica pode ser originada, tanto pela perda do objeto como pela *mutilação* de parte de nosso corpo. Do ponto de vista psicanalítico, não teremos diferença entre dor física e psíquica por estar a experiência dolorosa localizada no limite entre o corpo e a psique.

Freud coloca a dor em termos do surgimento de grande quantidade de excitação levando ao fracasso do sistema de defesa (barreira de contatos) contra estímulos internos. A dor seria decorrente da lesão no invólucro de proteção do eu e da grande quantidade de energia que chega a barreira protetora de neurônios rompendo-a, mexendo com as defesas psíquicas e deixando registro nos neurônios da lembrança.

É preciso fazer uma distinção entre a dor psíquica e a angústia. Na dor psíquica, o eu autopercebe a dor que sofre intensamente. A angústia, por outro lado, surge como aviso, como pressentimento de uma dor que possa vir a ser sofrida. Ela antecipa uma possível ameaça de comoção. Freud refere-se a dor psíquica como sendo uma reação ligada a perda. Na criança, a possível perda da relação objetal com a mãe vai se amenizando no jogo do carretel “fort- da”, permitindo a criança poder suportar a ausência sem se desesperar ou viver esta situação como trauma.

Freud em “Luto e Melancolia” (1915-1917) vê a dor como psíquica e ligada à perda do objeto que desta forma se apresenta como violência contra o psiquismo, gerando uma ferida narcísica.

Freud fará uso da mesma palavra: “dor”- tanto para o físico como para o psíquico. O ponto em comum que liga a dor física e psíquica é o

sobreinvestimento. Na dor física temos a dor emitida pela parte do corpo que dói, enquanto que na dor psíquica prevalece o desejo pelo objeto ausente. Ambos são tentativas de manter um elo com uma integridade onipotente do passado.

Para Nasio, *“A dor – física ou psíquica, pouco importa, - é sempre um fenômeno de limite ... seja o limite entre o corpo e a psique, seja entre o eu e o outro, ou, principalmente, entre o funcionamento bem regulado do psiquismo e o seu desregramento.”*
(1997, p. 19)

Freud partindo da dor física, definiu a dor psíquica, ficando esta entre o psíquico e o somático, entre o interno e o externo. Como podemos depreender, a dor é sempre um fenômeno psicossomático.

Para McDougall, e a escola francesa de psicossomática, as doenças psicossomáticas, são decorrentes de uma dificuldade de simbolização, sendo que a doença física, seria a descarga daquilo que não pode ser “digerido”, elaborado psiquicamente. As doenças psicossomáticas podem ser vistas, nessa autora como um caminho mais curto para evitar a dor psíquica.

O LES, por outro lado, considerado por muito tempo, apenas no seu aspecto físico, encarado como doença crônica e tendo a dor física como um de seus sintomas, necessita ser visto como uma doença capaz também de provocar dor psíquica intensa em seu quadro clínico. No lúpus, ao quadro de dor física sentida pelas pacientes, junta-se as erupções na pele que atingem o “eu” através da ruptura do invólucro do corpo que resultando na quebra da homeostase do psiquismo, traz conseqüentemente no seu bojo a dor psíquica..

Sendo a dor, como pudemos ver, um fenômeno psicossomático e não apenas físico, ou somente psíquico, a “leitura” desta dor psicossomática, dor física e “dor do eu”, se faz não só necessária como imprescindível pelo médico e/ou psicólogo no acompanhamento dessas pacientes.

Partindo da teoria de Winnicott e Freud, anteriormente apresentados, alguns aspectos se destacam para discussão.

Um aspecto importante é o meio ambiente facilitador do processo de amadurecimento (Winnicott) necessário ao desenvolvimento saudável do bebê. O ambiente criado pela mãe, é essencial para uma vivência de absoluta dependência do bebê neste momento. Inicialmente, muitos ensaios e erros vão ocorrer nesse início até que a mãe, identificada com o bebê, possa atender as suas necessidades. Quando tudo vai bem, o relacionamento poderá se estabelecer de modo rápido e seguro. O bebê poderá tolerar um certo número de falhas maternas, porém, se estas se perpetuarem, torna-se difícil para o bebê suportá-las.

No caso das falhas persistirem, a mãe e o bebê poderão levar muito tempo para conseguirem o entendimento e, freqüentemente, acontece que ambos falham, sofrendo as conseqüências destas falhas por muitos anos e, às vezes, para sempre.

A falha na relação mãe / bebê provoca uma quebra na “vivência da experiência de continuidade do ser”, ocasionando traumas, segundo Winnicott. Já Freud coloca em termos de “barreira de estímulos” que, dependendo da intensidade do estímulo e preparação deste “escudo protetor”, poderá não suportar o excesso vindo do meio.

É comum no relato das pacientes de lúpus, uma fala marcada pela ausência do meio ambiente “bom o bastante”. Segundo Freud, um meio onde há estímulos intensos rompendo a “barreira protetora”, o sujeito em construção tem dificuldade de suporta-lo, principalmente, como Winnicott nos alerta, quando a mãe não consegue se identificar com o seu bebê e assim propiciar o meio ambiente “bom o bastante” favorecendo a saúde psíquica e física. Se Freud nos ilumina a cena do trauma quanto aos seus aspectos econômico e maturacional, Winnicott lhe acrescenta o aspecto da relação com o meio como parte essencial e integrante para definir o trauma.

Capítulo V

Ilustrando a teoria

“ O desenvolvimento saudável do bebê não é uma questão de verificação do peso, mas uma questão de desenvolvimento emocional”.

Winnicott

Iremos reproduzir em seguida relatos de algumas das pacientes que acompanhamos no Ambulatório do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Ilustrando como o meio ambiente maternante primário marcou e influenciou significativamente o percurso de vida e a eclosão do lúpus. Os elementos contidos nestes relatos são representativos de toda população de pacientes com lúpus por nós atendidas no ambulatório do Serviço de Reumatologia.

A primeira paciente, nos relata o seguinte:

A paciente L, 53 anos, coloca: *“Não fui cuidada pela minha mãe. A minha avó me criou, quando ela (avó) morreu, eu fui levada para um mini inferno que era a casa de minha mãe”.*

Outra paciente, B, 27 anos, não teve a avó para inicialmente dar suporte, e relata: *“ Minha mãe me abandonou, não quis saber de mim e do meu pai. Tive uma madrasta que meu pai arrumou que me batia muito. Os dois me batiam. Meu pai era ruim. Fugi de casa. Fui parar na rua e me virei”.*

Estes relatos exemplificam o que encontramos, geralmente, na fala dessas pacientes quanto à vivência de um meio ambiente incapaz de dar um padrão contínuo de confiabilidade e segurança. São registros traumáticos, vivenciados, repetidamente, ao longo da vida. Winnicott afirma que esses bebês permanecem vivos, apesar das adversidades do meio, pela persistência dos que estão próximos para alimentá-los e ajudá-los a viver, *“...ainda que a base para este viver seja débil ou mesmo ausente.”*(Winnicott, 1990, p.127). São, em geral, avós, tios e vizinhos ou

mesmo pessoas totalmente estranhas que surgem na vida dessas crianças no intuito de ajudar e que, desta forma, conseguem fazê-las permanecer vivas.

Outro relato da paciente L, ilustra essa colocação anterior: *“...quando pensava o que fazer (já com 13 anos e fugida da casa da mãe), encontrei uma mulher que tinha “adotado” 22 filhos, o mais novo tinha três meses. Todo cachorro e criança que não tinha dono, ela cuidava. Falei com ela e passei a ser a 23ª, por um prato de comida e escola. Fiquei por 10 anos. Eu não gosto de família, eu prefiro os estranhos. Ela, como estranha, foi minha família. Ela não me adotou no papel como mãe, mas eu me sentia parte dos 23 e depois ela” adotou” mais três crianças”.*

Posterior à dor da perda do objeto amado – a mãe ou mãe substituta, vem o processo de luto que segue um movimento contrário ao realizado pelo eu no sentido de desenvolvimento. Durante o processo de luto haverá um desinvestimento progressivo da energia centrada anteriormente no objeto, que agora está perdido. Caso a representação da perda do objeto permaneça estagnada, o luto se eternizará de forma crônica, paralisando o desenvolvimento do indivíduo. Como vimos, a perda do objeto amado sempre deixa uma marca de dor no eu, uma dor psíquica.

A paciente M, 35 anos, relata: *“ Minha mãe me teve e me deu para a vizinha criar, e foi embora. Sempre imaginava quando era pequena como seria ter uma mãe por perto. Eu sabia que não era filha da minha vizinha, ela fazia questão de repetir isso, todos os dias. Teve um tempo que minha mãe começou a aparecer. Não gostava de ficar muito perto dela, tinha medo de gostar e ela ir embora, me deixar novamente, era o que ela fazia sempre”.*

O relato da paciente M, acima citado, refere-se ao medo freqüente de gostar, de se ligar, de entregar para não sofrer um novo trauma pela perda do objeto. A paciente com sua ansiedade a antecipação de uma possível perda se protege através deste sinal de alerta do registro inicial traumático, da dor sofrida.

Esse trauma inicial cria uma “área de sensibilidade”, pela perda do objeto / mãe, que nas possíveis perdas posteriores, esta “área de

sensibilidade' passa a ser ativado, tanto na vivência dos vários encaminhamentos, como na peregrinação destas pacientes de instituição em instituição, de serviço em serviço, de médico em médico. Estando numa consulta¹ conjunta no ambulatório de Reumatologia, uma paciente fez o seguinte comentário, dirigindo-se aos profissionais que a atendiam : “ Sei não doutoras, vocês me entendem, parece até que tem lúpus que nem eu.” Na “peregrinação” por atendimento adequado, as pacientes costumam se sentir rejeitadas, ao serem encaminhadas á outro posto de atendimento. Entendemos que essas pacientes que tiveram falhas no meio ambiente maternante, ao serem encaminhadas, e se encaminhadas, revivem a dor da perda do objeto mãe, a rejeição e o abandono.

O fato de ter uma mãe, que não abandone a criança em seu nascimento, ou no processo de desenvolvimento, não significa que consiga ser uma mãe “boa o bastante”, ou tenha condições psicológicas para proporcionar um ambiente capaz de dar a estimulação necessária ao desenvolvimento da criança, na relação mãe/bebê. Observemos no relato desta paciente.

Paciente P, 29 anos, *“Passei uma infância só. Na minha infância não me lembro de mamãe me fazer carinho, de pentear meus cabelos, como a mãe das outras crianças. Ela nem conversava direito, sempre pensei que ela não gostava de falar. Não me lembro da minha mãe feliz. Ela cuidava da gente, mas não era carinho. Era boa, sei lá. Meu pai era distante, só melhorou um pouco agora que ficou doente e precisa da ajuda dos filhos.”*

O meio ambiente “bom o bastante” representado pela mãe, precisa por sua vez do meio ambiente do pai, família ou comunidade para proporcionar as condições afetivas necessárias para o exercício satisfatório da função materna. Conforme Winnicott coloca:

“O cuidado materno transforma-se num cuidado oferecido por ambos os pais, que juntos assumem a responsabilidade por seu bebê e pela relação entre todos os filhos. (...) O cuidado proporcionado pelos pais evolui para a família e esta palavra

¹ O termo “consulta conjunta” foi criado por Mello filho, 1997, caracteriza-se pelo trabalho conjunto realizado entre um profissional da área de saúde mental e outro componente do staff, o objetivo é um diagnóstico integral do paciente.

começa a ter significado ampliado e passa a incluir os avós, primos e outros indivíduos que adquirem o status de parentes devido à sua grande proximidade ou a seu significado especial – os padrinhos, por exemplo.” (2001, p.130).

Os relatos, no entanto, apontaram para a presença de um pai agressivo, omissivo ou alcoólatra, incapaz de criar junto com a mãe um meio ambiente confiável e seguro. Observamos que o conseqüente desamparo afetivo, para a dupla mãe-bebê, acabou deixando uma marca indelével, que ambas carregam ao longo da vida. Tivemos a oportunidade de colher alguns relatos de nossas pacientes como este meio ambiente circundante da mãe era visto e sentido.

Paciente C, 27 anos, “ Meu pai bebia e pouco parava em casa, não nos dava atenção.

Paciente A, 40 anos, “ Meu pai era salva-vidas, batia muito na minha mãe. Depois que ela morreu, ele ficava dando surra em mim. Eu tentava correr, mas era difícil. As mulheres que ele arrumava, queriam que eu fizesse só o que elas mandavam. Um dia ele me deu uma surra tão forte que fiquei toda marcada. Saí de casa com oito anos e nunca mais voltei. Ficava na casa de uns e de outros.”

Quanto à dor física, a paciente F, 52 anos, enfatiza no seu relato: *”Sinto dores nas juntas, no joelho, nos braços, vai chegar o tempo em que não vou conseguir mais enrolar meu cabelo. Hoje, quando enrolo tenho toda a hora, que parar. A dor é tanta , que mal dá para usar anel”.*

A paciente Z, 35 anos, coloca: *“São dores intensas no corpo. Nos dias que me aborreço nem consigo me levantar de dor. Dói a vida toda, sei lá”.*

Outra paciente, Z, 42 anos, quanto à dor afirma: “ O lúpus é uma doença versátil, porque não dá dores repetidas, pelo menos em mim, dá em diversas partes do corpo. É uma dor diferente, não sei explicar como ela é. São dores que variam de lugar e da minha aceitação naquele dia. Me incomoda, fico nervosa, saio do sério, tenho vontade de gritar e bater em todo mundo.”

Paciente G, 30 anos, “Meu corpo dói, sinto muitas dores, fico irritada, não quero falar com ninguém.”

No caso das pacientes de lúpus, poderíamos sugerir que as dores nas articulações, apesar de fazerem parte do quadro clínico se intensificam, porque ao quadro algico é acrescida a dor psíquica, a “dor do eu”.

A cultura dita normas em relação ao corpo e ao uso dos mesmos. Seus padrões de beleza e saúde são relativos no tempo, o que torna o crivo pessoal suscetível ao molde e padrão de cada sociedade. De forma sutil, esperamos de nosso corpo o que esperam de nós.

O lúpus, pelo quadro clínico que apresenta, deixa marcas na face com lesões vermelhas e escuras, podendo ser no formato “de asa de borboleta” ou discos. O corpo inchado pela medicação, assinala a perda da beleza física. O andar modificado pelas dores que dificultam a locomoção, contribui para uma baixa auto-estima e uma auto-imagem precária que afeta o narcisismo.

Vejamos o relato da paciente Z, 35 anos, com olhar triste, afirma que : “ Minha auto-estima foi afetada também pelo lúpus. Não poder usar maquiagem (...), me pintar (...), eu era muito vaidosa.”

Paciente B, 23 anos, coloca : “Ter lúpus é sacrifício, é dor. É não poder usar roupas decotadas, não poder pegar sol, e ainda tem as complicações da doença. Dá muita tristeza. Às vezes, fico pensando se alguém vai se interessar por mim (...), feia desse jeito, doente (...), eu tenho raiva de ser assim, não aceito!”

A paciente H, 47 anos, relata: “ É assim, a gente já está com problemas. Se fala o que está sentindo de dor, as pessoas vão se afastar de mim. Se eu quero amizade, eu tenho que dizer que não estou sentindo dor, nada. Mas a verdade é que sinto dores horríveis. Escada é um tormento (...).”

Kreisler, pediatra e psicanalista da Escola de Psicossomática Psicanalítica de Paris, vem somar á teoria Winnicottiana suas observações a respeito da etiologia das doenças psicossomáticas. Ele coloca a patologia psicossomática como ligada a: (1999, p. 80)

“As irregularidades qualitativas e quantitativas do vínculo influenciam globalmente a organização afetiva e prejudicam a construção

das defesas psicossomáticas. As condições mais freqüentes de incoerência são:

** A descontinuidade da guarda do bebê por uma multiplicidade de pessoas;*

** A irregularidade dos comportamentos da mãe, por exemplo, a oscilação entre fases de investimento adequado e períodos de impaciência materializados pela brusquidão das manipulações;*

** As situações mais sérias reúnem a incoerência e a carência. “*

Nesses relatos sofridos, cheios de dor, podemos facilmente identificar

a ausência de um meio ambiente “bom o bastante” que pudesse propiciar um padrão contínuo de segurança. Esta falta básica, trouxe no seu bojo, muitas vezes, a quebra da linha de “continuidade do ser”, a exacerbação, de um falso Self, assim como, a presença de tendências anti-sociais.

VI Conclusão

Partindo das considerações feitas ao longo desse estudo exploratório e tomando por base as idéias de Winnicott e Freud, quanto ao trauma e suas conseqüências sobre o desenvolvimento psíquico e, no caso, particularmente das pacientes com lúpus, podemos pensar que nos deparamos com uma rede de aspectos que contribuíram para a abertura do quadro clínico do lúpus ou a períodos de exacerbação da doença. Um aspecto importante é observar a possível relação entre o desenvolvimento emocional dessas pacientes, frente as diversas situações de perdas precoces sofridas na sua primeira infância e depois cronificada ao longo da vida. Tomando por base a Teoria do Desenvolvimento Emocional de Winnicott, observamos que estas pacientes não tiveram um meio ambiente maternante, que pudesse dar o “holding” e o “handling” necessários a um desenvolvimento saudável. As falhas ocorridas na relação mãe-bebê, e em muitos casos, a sua perda, ocasionaram uma quebra da “linha de continuidade de ser”, uma quebra na confiança materna, levando a possíveis traumas. Pelo teor dos relatos é possível observar como o meio ambiente se manteve pouco acolhedor ao longo do desenvolvimento onde outros traumas foram se somando, criando uma “área de sensibilidade” que se manifesta, atualmente, nos seus comportamentos de retraimento e isolamento social. Para essas mulheres, o ambiente, após o nascimento, não se mostrou adaptado e não supriu adequadamente suas necessidades enquanto bebês. Sucessivas falhas traumáticas foram ocorrendo ao longo da vida, ocasionando microtraumas que foram sendo registrados pelo psiquismo desde uma fase ainda precoce. Em conseqüência ao excesso de excitação e falhas na “linha de continuidade de ser”, essas pacientes se estruturaram narcísicamente de forma frágil. Em decorrência deste quadro de fragilidade narcísica e egóica, ao sofrerem uma situação atual patogênica de perda, real ou subjetiva, essas pacientes tendem a reviver os traumas sofridos não suportando o estresse emocional e desta forma, abrindo o quadro do lúpus. A doença surge como uma tentativa de evitar a desintegração, ou seja, como uma forma de preservação do eu. No

momento em que a relação psique e soma é enfraquecido, ou mesmo rompido, surge à enfermidade psicossomática.

Um outro aspecto importante é a estruturação narcísica quanto ao esquema e a imagem corporal. O esquema vem desde a infância ligado ao anatômico, mas dependerá do meio ambiente proporcionar experiências, para que ocorra um desenvolvimento saudável. A imagem corporal, por outro lado, vai se elaborando ao longo da vida, através das nossas relações, na troca com os sujeitos. Inicialmente a mãe será a facilitadora das trocas, depois o meio vai se ampliando e se encarregando também do favorecimento de experiências. Num meio ambiente precário de estimulações e carinho, tanto o esquema corporal quanto à imagem corporal irão sofrer sérios comprometimentos.

Podemos observar que a relação mãe/bebê, “boa o bastante”, com o “holding”, o “handling”, permitem a estruturação do esquema e da imagem corporal que entrelaçados levam a um desenvolvimento, satisfatório, e possa assim ser suporte de um narcisismo saudável e de um ego bem estruturado.

No caso das pacientes de lúpus eritematoso sistêmico, estas foram submetidas, numa idade ainda precoce, a uma grande quantidade de estímulos intensos e nocivos, portanto, invasivos e impositivos, que possivelmente interferiram no seu desenvolvimento ocasionando traumas e fragilizando o ego. Essas experiências dolorosas vivenciadas na primeira infância, acrescida agora pelo quadro clínico do lúpus, intensificam a dor física, assim como, a sua inseparável companheira, “a dor do eu”.

A ocorrência de uma doença psicossomática na vida dessas pacientes é um pedido de ajuda. As pacientes de lúpus necessitam de um meio ambiente “bom o bastante”, que acolha o sofrimento e possa dar o suporte, o “holding” que necessitam durante o seu atendimento, no hospital. O suporte que as pacientes necessitam não deve ser dado, exclusivamente, num âmbito hospitalar. É extremamente importante que o suporte seja uma realidade, também na família e no círculo de amigos que deve continuar a ser mantido pela paciente. O apoio que essas pacientes necessitam é para que possa ressignificar a relação mantida

com elas próprias, com o meio social e com a rede de assistência hospitalar.

Tanto o profissional de saúde mental quanto o médico, precisam estar sensíveis a esses pacientes, numa escuta, não só para o quadro álgico, mas também para a dor psíquica dos traumas sofridos ao longo de suas vidas. São dores intensas que marcam a ausência de um meio ambiente maternante, levando a uma ferida narcísica, que insiste em doer.

Colaborando para intensificar a dor psíquica teremos a imagem corporal, que ao ser afetada a cada vez que a doença entra em atividade, faz com que essas pacientes sintam seu corpo como “não mais sendo o seu”, tendo de reorganizar a imagem a todo instante. O retrato que carregam de quando eram “saudáveis”, entendemos como uma forma de tentar resgatar a imagem corporal que foi abalada, perdida pela atividade da doença. É importante nesse momento que, em especial a família, como também o grupo social, dê suporte para que estas pacientes não se sintam rejeitadas. Procurar inserir as pacientes em atividades compartilhadas é de extrema importância, pois será através das relações que elas poderão ter uma imagem corporal mais estável, já que a imagem necessita de relações para sua organização.

É importante também o acompanhamento psicológico individual das pacientes com lúpus eritematoso sistêmico, paralelo ao tratamento médico clínico. Cabe ao psicólogo, através de “uma escuta segura e confiável”, dar o “holding” que as pacientes necessitam ajudando, assim, a desenvolver uma “linha de continuidade de ser”.

A técnica de grupoterapia também de grande valia para estas pacientes. O grupo ao criar um ambiente capaz de acolher e dar o “holding” que necessitam, levam as pacientes a partilhar sua dor, tratamento, dificuldades e conquistas com o grupo. Ao verbalizarem no grupo suas dificuldades, as pacientes poderão entrar num processo de elaboração com conseqüente equilíbrio emocional, e assim reduzir o seu sofrimento psíquico e físico. Quando se está doente é comum querer sempre falar, e muito do que sente, ouvir torna-se secundário. No grupo as pacientes descobrem que não é somente falar de suas dificuldades, é

também ouvir outras pacientes e seus relatos, encontrando suporte e servindo de suporte para as outras. Não é somente o profissional que lhe explica a importância do remédio, é uma companheira lúpica do grupo que lhe faz ver que melhorou ao seguir o tratamento corretamente, levando a paciente “rebelde” a refletir sobre as vantagens de se tratar, desejando então, estar tão bem quanto à outra superando as dificuldades.

O contato com as outras pacientes ajuda na integração da imagem corporal, fazendo com que as mudanças sofridas ao longo do tratamento, sejam elaboradas gradativamente no grupo, levando-as a se inserir no meio social e num convívio mais próximo com outras pacientes. O grupo colabora para que tenham mais consciência da doença e do processo de tratamento, levando-as muitas das vezes a buscar o voluntariado como uma forma de sentir-se útil e integrada socialmente.

Ambos os processos terapêuticos, individual e grupal, são de grande valia para o fortalecimento do ego levando a um processo de integração, favorecendo a melhora da auto-estima e conseqüente redução da dor psíquica.

Para Winnicott, *“a natureza humana não é uma questão de corpo e mente – e sim uma questão de psique e soma inter relacionados”* (1990, p.44) O lúpus como doença psicossomática, situa-se no tênue limiar entre o psíquico e o físico, já que as dores físicas se unem as dores psíquicas, resultando num “eu que dói” intensamente tornando difícil à relação com o corpo adoecido, com as outras pessoas, com a vida.

Levando em consideração, que o lúpus eritematoso sistêmico é uma doença auto-imune, psicossomática e crônica, sugerimos que a vida dessas mulheres, marcadas desde a infância, num sofrimento que as paralisa, num luto interminável pela perda do objeto primário, faz com que a dor física acrescida à dor psíquica, transforme a sua vida numa “dor de viver”.

Estas pacientes sensíveis, que fazem, em alguns casos, do hospital a própria família, procuram, desta forma, encontrar o “holding” que possa amenizar as suas dores físicas e feridas narcísicas. O hospital ao oferecer às pacientes, que a ele recorrem num pedido de socorro, um tratamento

adequado às suas dores, tanto físicas como psíquicas, acolhendo seu sofrimento, estará dando o “holding”, assim como o “handling” necessário, de um ambiente facilitador, formando nessas pacientes, a “*base para o que gradativamente se transforma em um ser que experimenta a si mesmo*”¹, e portanto, a possível descoberta de uma vida que vale ser vivida, apesar do lúpus.

¹ Winnicott, 1966. The Ordinary Devoted Mother - Palestra dada na Nursery School Association of Great Britain and Northern Ireland, New College, Oxford in Davis e Wallbridge, 1982, (p. 113).

Referências Bibliográficas

- ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. São Paulo: Atheneu, 1988.
- BERLINCK, M.T. **Dor**. São Paulo: Escuta, 1999.
- BIER, O . G. et al. **Imunologia básica e aplicada**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977.
- BIRMAN, J. **Enfermidade e loucura**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.
- BLEICHMAR, I. ; BLEICHMAR, C. **A Psicanálise depois de Freud: Teoria e clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- BOWLBY, J. **Apego: A natureza do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 2002. 1v.
- _____. **Cuidado maternal y amor**. México: Fondo de Cultura Economica, 1965.
- BUSS, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. In: Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro: Abrasco, 2000, 5 (1) , p. 163 - 177
- CALDEIRA, G. Os aspectos psicológicos da dor. In: CALDEIRA, G.; MARTINS, J.D. **Psicossomática: Teoria e técnica**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.
- CAMON, V. A . A .(org.) **Psicossomática e psicologia da dor**. São Paulo: Pioneira, 2001
- CARVALHO, M. M. M. J. (org). **Dor: Um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.
- DAVIS, M.; wallbridge, D. **Limite e espaço: Uma introdução à obra de D.W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 1982.
- DOLTO, F. **A Imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva, 1984.
- FERRI, R.G.; CALICH, V. L.G. ; Vaz, C. A . C. **Imunologia**. São Paulo: Artes Médicas, 1979.

FESSEL, W. J. e SOLOMON, G. F. **Psychosis and systemic lúpus erithematosus**. Calif. Med; 92 : 266, 1960.

FIALKA - MOSER, V. Pain in rehabilitation. **Disability and rehabilitation**, Viena - Áustria, v. 24, n.8, p. 401, 2002.

FIGUEIRÓ, J.A . **A dor**. São Paulo: Publifolha, 2000.

_____. Aspectos Psicológicos e Psiquiátricos da experiência dolorosa. In: CARVALHO, M. M. M. J.(org) **Dor: Um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.

FIRST, S. et al. **El trauma psíquico**. Buenos Aires: Ediciones Troquel, 1971.

FORTES, S. O paciente com dor. In: BOTEGA, N.J. (org) **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto alegre: Artes Médicas, 2002.

FREUD, S. **Los instintos y sus destinos** (1915). (impressão 1981) Madrid: Biblioteca Nueva, 1981, v. II.

_____. **La represion** (1915). (impressão 1981) Madrid: Biblioteca Nueva, 1981,v. II.

_____. **Mas alla del principio del placer** (1919-1920). (impressão 1981) Madrid:Biblioteca Nueva, 1981,v. III.

_____. **Lecciones introductorias al psicoanálisis** (1916-1917). (impressão) Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.v. II.

_____. **Inhibicion, sintoma y angustia** (1926). (impressão 1981) Madrid: Biblioteca Nueva, 1981, v.III.

_____. **Proyecto de una psicologia para neurologos** (1950). (impressão 1981) Madrid:Biblioteca Nueva,1981, v.I.

FRIACHENSCHLAGER, O. ; PUCHER, I. Psychological Management of Pain. **Disability and rehabilitation**, Viena - Áustria, v. 24, n.8, p. 416-422, 2002.

GIL, J. **Metamorfoses do corpo**. [S.L.] Relógio D'Água, 1997.

GIOVANNETTI, A . A Dor como Fenômeno Psicanalítico em Freud. **Percurso. Revista de Psicanálise**. [S. I] ano XII, n 23, 2 semestre,1999.

- HAYNAL, A.; PASINI, W. **Manual de medicina psicossomática**. São Paulo: Masson, 1997.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- JUNQUEIRA FILHO, L.C.U. (org) **Corpo – mente** : Uma fronteira móvel. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.
- KATZ, W. A. The needs of a patient in pain. **The American Journal of Medicine**. July 27, v. 105 (1b), 1998.
- KREISLER, L. **A nova criança da ordem psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J-B. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo: Martins fontes, 1985.
- LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- MCDUGALL, J. **Teatros do corpo**: O psicossoma em Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- _____. **Corpo e linguagem**: Da linguagem do soma às palavras da mente. Revista Brasileira de Psicanálise, p. 75-97.
- MEDEIROS, L.B. **Processo terapêutico integrado**: Labirinto Psicossomático. Rio de Janeiro: Edições Terapêuticas Contemporâneas, 1995.
- MELLO FILHO, J. **O Ser e o viver**: Uma visão da obra de Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- _____. **Concepção psicossomática**: visão atual. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1979.
- _____. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- MOREIRA, C.; CARVALHO, M.A. **Noções básicas de reumatologia**. Belo Horizonte: Health, 1996. V. I e II
- MURPHY, L. B. **Some aspects of the first relationship**. Int. J. Psychoanal; 45 , 1964.

- NASIO, J. -D. **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- PONTALIS, J.B. **Entre le revê et la douleur**. Paris: Gallimard Éditions, 1977.
- PORTE, J.M. **A dor** : Conceito limite da psicanálise. Revue Française de Psychosomatique, 15/1999.
- PRIBRAN, K.H. ; Gill, M.M. **O “projeto” de Freud**: Um exame crítico. São Paulo: Cultrix, 1976.
- RODRIGUES, J.C. **O corpo na história**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- _____. **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Dois Pontos, 1986.
- SAMI-ALI. **Le corps, l'espace et le temps**. Paris: Dunod, 1998.
- SHILDER, P. **A imagem do corpo**: As Energias Construtivas da Psique. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- SOUZA, P.R. **Os sentidos do sintoma**: Psicanálise e Gastroenterologia. Campinas: Papyrus, 1992.
- TUCHERMAN, I. **Breve história do corpo e seus monstros**. Rio de Janeiro, 1998.
- WINNICOTT, D.W. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- _____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- _____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- _____. **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____. O Destino do Objeto Transicional (1959). In: WINNICOTT ,C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org). **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. cap.11

_____. O Medo do Colapso (1963). In: WINNICOTT ,C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org). **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. cap.18

_____. Transtorno [disorder] Psicossomático (1964-1969). In: WINNICOTT ,C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org). **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. cap.20

_____. O Conceito de Trauma em Relação ao Desenvolvimento do Indivíduo dentro da Família. (1965). In: WINNICOTT ,C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org). **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. cap.24

_____. Sobre as Bases para o Self no Corpo (1970). In: WINNICOTT ,C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org). **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. cap.37.

WINTER, T. R. **O enigma da doença**: Uma conversa à luz da psicossomática contemporânea. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.