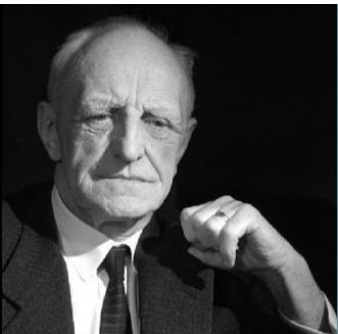




Considerações teórico/clínicas sobre a angústia e a integração psique-soma em Freud e Winnicott

Theoretical and clinical considerations on the anguish and psyche-soma integration in Freud and Winnicott

 Gustavo Vieira da Silva*

 Nadja Nara Barbosa Pinheiro**

Resumo: O trabalho articula as noções de angústia e de integração psique-soma referenciando-as ao pensamento de Sigmund Freud e Donald W. Winnicott. Inicialmente, apresenta-se na obra freudiana a angústia como um afeto que se estabelece na fronteira entre o somático e o psíquico, destacando sua função na fundação da subjetividade. Em seguida, examina-se a noção de angústias impensáveis e de integração psique-soma no pensamento de Winnicott. Analisa-se a necessidade da sustentação (*holding*) da mãe-ambiente no desenvolvimento emocional do bebê e a natureza da defesa psicossomática diante de uma falha ambiental. Conclui-se, por fim, com algumas reflexões acerca do manejo dos fenômenos psicossomáticos no contexto da clínica.

Palavras-chave: Angústia, Psicossomática, Freud, Winnicott.

Abstract: The present paper proposes a reflection on the notions of anxiety and psyche-soma inside Freud's and Winnicott's thinking. First, it presents the notion of anxiety in Freudian work as an affect which appears in the border between somatic and psychic fields, emphasizing anxiety's function in the foundation of the subjectivity. Then, Winnicott's notions of "unthinkable anxiety" and "psychosomatic integration" are examined. So, the paper analyses the necessity of mother's holding for child's emotional development as well as the nature of psychosomatic defense face of an ambience's fault. At the end, the paper concludes by point out some clinical reflections on psychosomatic phenomena.

Key-words: Anxiety; Psychosomatic; Freud; Winnicott.

* Graduando em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná. Integrante do programa de Iniciação Científica da UFPR.

** Professora Adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Paraná. Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-RJ. Coordenadora do Laboratório de Psicanálise da UFPR.

As discussões acerca das interações entre corpo e psique encontradas nas obras de Freud em torno das neuroses atuais e, especificamente, da “neurose de angústia” nos chamam a atenção por servirem como uma porta entreaberta para a compreensão de alguns fenômenos psicossomáticos comuns de serem encontrados na clínica contemporânea. Examinando os desdobramentos dessa relação pelo viés do conceito de angústia no pensamento freudiano, encontramos algumas questões que nos parecem anteceder o trabalho enriquecedor e genuíno efetivado, posteriormente, por Winnicott. Em nossa opinião, podemos verificar tal edificação por meio de suas concepções sobre a conquista de uma existência psicossomática em suas relações com o processo de desenvolvimento emocional primitivo. Nossa proposta, nesse pequeno ensaio, é de podemos tomar essas indicações como contribuições importantes para a clínica atual.

A angústia na fronteira entre a psique e o soma

Em suas primeiras obras, Freud se dedica a estabelecer uma distinção nosográfica das diferentes afecções neurológicas encontradas por ele no contexto da clínica médica. Para tanto, ele estabelece uma distinção fundamental entre duas categorias de neurose: as psiconeuroses — causadas por conflitos entre representações psíquicas — e as “neuroses atuais” — que tinham a sua gênese no âmbito somático. Em relação a estas últimas, nos interessa aqui a proposição feita por Freud (1895[1894]/1996) de um tipo específico de “neurose atual” denominada por ele de “neurose de angústia”. Nesta, o paciente padecia de sintomas que Freud relacionou diretamente com o afeto de angústia.

Além disso, o autor destacou nestes sintomas um entrelaçamento de sensações afetivas e perturbações corporais, anunciando que, nos sintomas da “neurose de angústia” o padecimento se encontrava — na maioria dos casos — na relação do paciente com o seu corpo. Entretanto, estes sofrimentos somáticos eram distintos dos encontrados na histeria (uma psiconeurose) na qual uma representação psíquica estava presente na origem dos sintomas.

Analisando as diferentes pessoas acometidas pela “neurose de angústia”, Freud (1895 [1894]/1996) deparou-se com a presença em todas elas de alguma perturbação na condução da vida sexual, expressando a presença de uma tensão sexual que não encontrava satisfação. Desta forma, ele concluiu que o estado encontrado na afecção da “neurose de angústia” era decorrente da transformação de uma excitação somática sexual acumulada em afeto de angústia. Em nossa opinião, tais considerações parecem indicar que Freud apresenta a angústia como um afeto na fronteira entre

o somático e o psíquico, pois ele é engendrado no domínio somático, mas sua expressão também se dá no domínio psíquico.

Contudo, uma importante questão fica em aberto no modelo explicativo da “neurose de angústia” apresentado por Freud: como a tensão somática sexual (uma quantidade) poderia se transformar em um afeto (uma qualidade que tem expressão no psiquismo). Acreditamos que, a fim de lidar com tal dificuldade na relação entre a psique e o soma, Freud forja o conceito de pulsão. Este construto teórico o permitirá romper com uma lógica dualista que estabelecia uma distinção rígida entre corpo e psique, assim como com uma temporalidade linear e desenvolvimentista sobre a construção da subjetividade.

Pulsão e desamparo

Como uma resposta à questão da relação entre a psique e o soma, Freud (1915a/1996) apresenta a pulsão como um conceito também identificado na fronteira entre os dois registros. A partir desta ideia, ele elaborou uma explicação metapsicológica por meio da qual relacionou pulsão e angústia.

Em seus primeiros artigos sobre a metapsicologia, Freud (1915a/1996) apresentou a pulsão como um estímulo advindo do âmbito somático que ganha expressão no aparelho psíquico como uma exigência constante de satisfação. De acordo com ele quando uma representação psíquica da pulsão assinalasse um desprazer, por ser incompatível com a moralidade da pessoa, esta representação seria recalcada. Neste processo, o quantum de libido inicialmente referente à representação ficaria livre e se expressaria como angústia (Freud, 1915b/1996).

Apresentando os casos clínicos do “Pequeno Hans” (1909/1996) e do “Homem dos Lobos” (1918 [1914]/1996) Freud relaciona as fobias encontradas nos dois pacientes a uma angústia decorrente do processo de recalque, classificando o conjunto de seus sintomas como uma psicose — a “histeria de angústia”.

Logo, num primeiro momento Freud constata que tanto nas “neuroses atuais” quanto nas psicoses a angústia emergiria da transformação de uma quantidade de excitação sexual em uma qualidade psíquica.

Contudo, no desenvolvimento de suas pesquisas clínicas, Freud (1926[1925]1996) percebeu que a angústia se fazia presente antes do processo de recalque, enquanto um sinal que antecedia o recalque e que o disparava. Ele observa que os estados afetivos mantêm sua origem em experiências muito primitivas na vida das pessoas e que a angústia remontaria a vivências dos primeiros momentos

de vida. Desta forma, ele desloca a sua ênfase da angústia como consequência da censura e do recalque para alocá-la nos estágios mais primitivos da constituição subjetiva.

Para compreender a angústia — nesse segundo momento de teorização —, Freud (1926[1925]1996) ressalta a função do desamparo na constituição da subjetividade. De acordo com o autor, antes de a criança poder sentir o perigo da perda de objeto (presente por exemplo, na ameaça de castração), ela se depara com o perigo da possibilidade de uma não satisfação de suas necessidades vitais. Tal situação corresponderia, em termos de economia psíquica, a uma sobrecarga de excitação que não poderia ser psiquicamente elaborada, posto que faltariam, ao bebê, recursos para tal devido seu estado de imaturidade tanto física quanto psíquica. Considerando a separação física da criança de sua mãe como o paradigma para compreender a situação de desamparo, Freud assevera que a angústia re-emergiria em diferentes momentos do desenvolvimento emocional da pessoa como um sinal do perigo do possível desarranjo da organização psíquica estabelecida pelo sujeito até então.

Podemos perceber aqui um deslocamento, no campo de tematização sobre a angústia, promovido pelo autor. Se, em suas primeiras concepções, a angústia se relacionava com uma falha no processo de representação de excitações somáticas, em seus últimos textos, a angústia se apresenta deslocada do eixo representacional na medida em que ele a relaciona ao estado de desamparo e de prematuridade do bebê ao nascer e consequentemente aos primórdios da organização da subjetividade no qual a linguagem ainda não fizera seu ingresso. Em nossa opinião, as contribuições winnicottianas a respeito desse momento originário de constituição subjetiva são fundamentais para o avanço de nossa problematização.

Das angústias impensáveis à existência psicossomática

Winnicott (1958f[1949]/2000) propõe uma distinção entre a angústia propriamente dita e o que a criança sente nos primeiros momentos de vida. Ele afirma: “o indivíduo deve ter alcançado certo grau de maturidade e a capacidade para a repressão antes que o termo “ansiedade” possa ser adequadamente empregado” (Winnicott, 1958f[1949]/2000, p. 262). Desta forma, o autor apresenta a ideia de “angústias impensáveis” ou “agonias primitivas”¹ a fim de descrever os sentimentos da criança diante de irritações e intrusões ambientais (*impingements*). Esta distinção se deve à condição inicial do bebê que, antes de haver conquistado a capacidade de recalcar, organizar um ego e

¹ Encontramos diferentes traduções para o termo alemão *angst* e o termo inglês *anxiety* nas versões brasileiras das obras de Freud e Winnicott: angústia, ansiedade, agonias. A despeito das diferenças dos termos, ressaltamos aqui que referimo-nos através deste conjunto de termos aos impactos das sensações do corpo sobre o psiquismo.

estabelecer relações objetais, vivencia as falhas em seu ambiente como uma ameaça de aniquilamento completa que é sentida no corpo. Desta forma, para possibilitar a experiência de continuidade de ser para o bebê, é necessário uma mãe-ambiente suficientemente boa, que permita, ao exercer adequadamente suas funções, que as vivências de aniquilamento sejam as mais diminutas possíveis.

Winnicott (1958d[1952]/2000) dá grande ênfase à unidade ambiente-indivíduo no início da vida. Neste sentido, ele estabelece uma relação entre a angústia e a necessidade de sustentação (*holding*) do bebê no colo materno. Winnicott (1958d[1952]/2000) afirma: “estamos nos aproximando da tão conhecida observação de que a ansiedade mais antiga é aquela relativa a sentir-se segurado de um modo inseguro” (p. 164). Logo, é na interseção mãe-ambiente/bebê que este escapa da ameaça de um colapso (*breakdown*) e pode efetivar as potencialidades inerentes ao seu amadurecimento emocional.

Para pensarmos nas relações soma/psique, devemos observar que segundo Winnicott (1988/1990) a psique não pode ser tomada como um dado natural no recém nascido, mas deve ser concebida como uma conquista a ser efetivada no contexto da unidade mãe/bebê, posto não haver, ainda, uma diferenciação entre ambos. O cuidado oferecido pela mãe ao recém nascido possibilita, segundo o autor, uma elaboração imaginativa das funções corporais por parte da criança. Assim gradualmente o bebê passa a integrar as suas experimentações corporais, a partir do que sua psique é forjada, resultando na conquista da vivência pessoal de se habitar o próprio corpo, o que constitui sua identidade psicossomática. Nessa perspectiva, Loparic (2000) nos adverte que há dois sentidos na concepção winnicottiana sobre a psique: por um lado ela é entendida como o processo por meio do qual ocorre a elaboração imaginativa das funções somáticas e, por outro, como aquilo que é forjado a partir dessa movimentação. O que nos interessa ressaltar aqui, a despeito dessa distinção, é a importância da identidade psicossomática como base do desenvolvimento emocional da criança. Pois, ao lado desse movimento que funda a unidade psicossomática, o acúmulo de memórias e o desenvolvimento das expectativas futuras possibilitam o alcance de um sentimento de eu. Logo, Winnicott ressalta a importância dos cuidados maternos em oferecer um ambiente que possibilite a integração psicossomática para que o bebê possa lidar progressivamente com as falhas ambientais que a mãe suficientemente boa vai, aos poucos, efetivando. À integração, soma-se, então, a personalização, entendidos como processos fundamentais para o desenvolvimento emocional primitivo.

Ao lado da discussão acerca da integração psicossomática, Winnicott (1954a[1949]/2000) levanta, também, a questão do papel ocupado pela mente no amadurecimento emocional. O autor

rejeita a ideia da mente como uma entidade realmente localizada em algum lugar no corpo e a considera como uma função especial do psique-soma² decorrente das falhas da mãe-ambiente em suprir a dependência do bebê. Na saúde a mente é o funcionamento intelectual que torna possível a compreensão das falhas da mãe-ambiente. Contudo, nos casos em que as falhas fossem demasiadas, a mente se ofereceria falsamente como um lugar onde a psique poderia residir, havendo uma primazia do funcionamento intelectual (“intelectualização”). Nestes casos, ocorreria uma cisão mente-corpo, a pessoa teria uma sensação de não habitar o seu próprio corpo, lhe faltando um sentimento de eu.

Sobre esses movimentos fundamentais do desenvolvimento emocional primitivo, Winnicott alicerça sua concepção sobre o adoecimento psicossomático, entendendo-o como um conjunto de defesas efetivado tanto contra o perigo da integração soma/psiquê e a ameaça de aniquilamento daí proveniente, quanto contra a possibilidade de cisão entre ambos. Nesse sentido, se há uma tendência herdada por cada pessoa de se desenvolver em direção a uma unidade entre a psique e o soma, o autor considera o distúrbio psicossomático como o negativo de um positivo. Isto é, o padecimento encontrado nesses casos, consistiria no modo do corpo se mostrar presente na vida do paciente de forma a impedir que a integração psique-soma se faça ou se desfaça completamente. Nas palavras do autor: “... um dos objetivos da doença psicossomática é o de retomar a psique da mente, e levá-la de volta à sua associação íntima original com o soma” (Winnicott, 1954a[1949]/2000, p. 345).

Nessa concepção não devemos esquecer que Winnicott considera a relação psique-soma como uma unidade de dois termos, nos indicando a necessidade de preservarmos o hífen com índice tanto da união quanto da separação entre ambos. (Loparic, 2000)

Como nos informa Dias (2008):

No caso do distúrbio psicossomático, um padrão de falhas ambientais traumáticas provocou a quebra da linha do ser e uma perda do sentimento de estar reunido e habitar no corpo. Após o trauma é erigido uma defesa, de caráter anti-traumático que visa evitar a repetição da “angústia impensável”. Por cisão ou dissociação múltiplas, o indivíduo se despersonaliza ativamente, inibindo os impulsos de modo geral e avesso a qualquer intensidade, que incomoda e/ou constrange, num equilíbrio sempre precário entre psique e soma, como que perdurado no hífen da expressão psico-somático, não no sentido do que une, mas no de que separa. (pp. 115/116)

Nota-se que a abordagem winnicottiana dos fenômenos psicossomáticos enfatiza antes um exame da integração psicossomática que uma classificação dos quadros clínicos que deveriam ser tomados como tal. Para Winnicott (1954a[1949]/2000) não é o estado clínico em termos de uma

² Embora usualmente, nas traduções brasileiras, encontra-se o termo psicossoma, optamos por utilizar psique-soma conforme orientação de Loparic (2000).

patologia somática (por exemplo: colite, asma, eczema crônico, alergias) que deve ser considerado como o transtorno psicossomático, mas sim a persistência de uma relação abalada entre a psique e o soma no amadurecimento de uma pessoa. Além disso, é importante notar que a perspectiva winnicotiana da psicossomática não aborda unicamente as afecções comumente tratadas como psicossomáticas pela medicina, mas coloca a questão da integração psique-soma no centro da compreensão do amadurecimento emocional. Isto se faz por que Winnicott considera o distúrbio psicossomático como uma defesa que se estabelece em duas direções como pontuamos anteriormente.

Considerações clínicas sobre os fenômenos psicossomáticos

Retomemos sumariamente nosso percurso nesse pequeno ensaio. Inicialmente apontamos que, ao se deparar com as neuroses atuais e, em especial com a neurose de angústia, Freud percebeu as limitações do seu método clínico inicial, desenvolvido em torno das psiconeuroses, para atenuar o sofrimento encontrado em tais pacientes. Porém, simultaneamente, ele percebe uma melhora indireta no tratamento clínico dos pacientes acometidos pela “neurose de angústia”. Tal resultado foi entendido pelo autor como sendo uma consequência do re-estabelecimento de uma vida sexual ativa em decorrência do tratamento indicado para as psiconeuroses. Sobre esse posicionamento clínico freudiano sustentamos nossa hipótese de que o autor aponta, aqui, para uma relação especial entre o soma e a psique ao afirmar que os resultados obtidos na elaboração do conflito psíquico, pela psicoterapia, permitem ao paciente vivenciar, corporalmente, sua sexualidade de uma nova maneira e se sentir melhor de um padecimento cuja etiologia o autor supunha ser somática. Acreditamos que com esse posicionamento, Freud insere a possibilidade de entendermos que a transformação promovida pela psicoterapia se processe não exclusivamente por meio da elaboração e da simbolização dos elementos inconscientes e recalçados.

Acreditamos que o fato de Freud (1933[1932]/1996) ter vinculado, ao final de sua obra, a neurose de angústia com o estado de desamparo fundamental, possa ser um indicativo de uma mudança de posicionamento do autor quanto a entendê-la a partir do campo das neuroses. Em nossa opinião, a angústia nesse contexto poderia ser entendida como um modo próprio das excitações somáticas se expressarem na esfera psíquica e não exclusivamente como uma falha psíquica em representar ou simbolizar as excitações que emanam do corpo. Em nossa opinião, o autor, aqui, abre uma brecha, não desenvolvida por ele, para se pensar em elementos fronteirios soma/psique para além do eixo representacional e simbólico que necessita, portanto, de aportes teóricos e clínicos específicos.

Aprofundamento que, em nossa concepção, Winnicott procede de maneira original e genuína ao construir sua teoria sobre a existência psicossomática e suas movimentações no campo da saúde e do adoecimento. Nela o autor baseia suas indicações que a clínica com pacientes que apresentam um distúrbio psicossomático deve fundar-se no acolhimento de um sofrimento não compreensível em termos simbólicos, na medida em que este se encontra na fronteira entre o somático e o psíquico e não poderia ser apreendido pelas metodologias tradicionais de saúde. O autor assinala que a divisão entre as disciplinas de saúde (médica, psicanalítica, psicoterapêutica, religiosa, terapias complementares) facilita as pessoas com transtornos psicossomáticos utilizem delas justamente para que a cisão entre psique e corpo se mantenha (Winnicott, 1989vm[1969]/1994).

Para Winnicott (1954a[1949]/2000) é fundamental que o analista possa acolher o não-saber do paciente sobre a sua própria condição e permitir, com esse posicionamento, a presença de seu corpo no setting analítico. Em sua perspectiva, um manejo baseado em interpretações poderia ser usado para uma “intelectualização” ainda maior por parte do paciente quanto ao seu sofrimento, aprofundando assim a cisão entre a psique e o soma. Além disso, Winnicott (1971d[1970]/1994) demonstra a importância do analista não tomar o adoecimento psicossomático como sendo uma patologia — o que repetiria a lógica do atendimento segmentado nas instituições de saúde. O psicanalista deveria adotar a postura de acolher o paciente concebendo-o como alguém que, em termos potenciais, estaria inclinado à integração psicossomática.

Concluimos que frente ao distúrbio psicossomático o psicanalista deve se concentrar na possibilidade de oferecer um acolhimento ao sofrimento do paciente de uma forma não invasiva (quer seja por meio de interpretações que visem alcançar a dinâmica inconsciente, quer seja pela indicação de um tratamento médico, exclusivamente. Ou seja, ao entendermos esse tipo de adoecimento como se situando em um espaço fronteiro entre a psique e o soma, faz-se mister não reduzirmos tal padecimento a nenhum dos dois registros, motivo pelo qual, para o autor, o tratamento dessas afecções deve ser pensado no contexto de uma interseção entre os saberes das instituições de saúde. Nosso objetivo com essa postura é que se torne possível oferecermos uma escuta integradora e não fragmentária. Assim nos posicionando, talvez, possamos perceber que no distúrbio psicossomático há, além do padecimento físico, um pedido de ajuda em direção à integração psique-soma, a qual com nossa participação seria facilitada, abrindo as portas à emergência de novas formas de viver.

Referências*

- Dias, E. (2008). O distúrbio psicossomático em Winnicott. In: R. Volich, F. Ferraz & W. Ranna (org.), *Psicossoma: corpo, história, pensamento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Freud, S. (1996). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In S. Freud, *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 10). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1909)
- Freud, S. (1996). Ansiedade e vida instintual. Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise. In S. Freud, *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 22). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933[1932])
- Freud, S. (1996). História de uma neurose infantil. In S. Freud, *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 17). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1918[1914])
- Freud, S. (1996). Inibições, sintomas e ansiedade. In S. Freud, *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926[1925])
- Freud, S. (1996). O instinto e suas vicissitudes. Artigos sobre a metapsicologia. In S. Freud, *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915a)
- Freud, S. (1996). A psicoterapia da histeria. In S. Freud, *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)
- Freud, S. (1996). A repressão. Artigos sobre a metapsicologia. In S. Freud, *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915b)
- Freud, S. (1996). Sobre os fundamentos para destacar uma síndrome específica denominada neurose de angústia. In S. Freud, *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895[1894])
- Loparic, Z. (2000): O “animal humano”. *Natureza humana*, 2(2); 351-397.
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1988; respeitando-se a classificação de Hulsjand, temos 1988)

* As obras de Winnicott são citadas de acordo com a bibliografia de Knud Hjulmand, publicada em *Natureza humana*, v. 1, n. 2, 1999, pp. 459-517.

- Winnicott, D. W. (1994). A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1966[1964]; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1966d[1964])
- Winnicott, D. W. (1994). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1989a)
- Winnicott, D. W. (1994). O medo do colapso (breakdown). In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1974; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1974)
- Winnicott, D. W. (1994). Nota adicional sobre transtorno psicossomático. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989[1969]; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1989vm[1969])
- Winnicott, D. W. (1994). Sobre as bases para o self no corpo. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1971[1970]; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1971d[1970])
- Winnicott, D. W. (2000). Ansiedade associada à insegurança. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958[1952]; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1958d[1952])
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1958a)
- Winnicott, D. W. (2000). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958[1949]; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1958f[1949])
- Winnicott, D. W. (2000). A mente e sua relação com o psicossoma. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1954[1949]; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1954a[1949])