

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**COSTURANDO RUPTURAS:
O TRAUMA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM UMA CRIANÇA**

NADJA RODRIGUES DE OLIVEIRA

Brasília - DF

2011

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

COSTURANDO RUPTURAS:
O TRAUMA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM UMA CRIANÇA

NADJA RODRIGUES DE OLIVEIRA

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura, sob a orientação da professora Dra. Maria Izabel Tafuri.

Brasília - DF

2011

A Banca Examinadora que aprovou esta dissertação teve a seguinte composição:

Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri
Universidade de Brasília - UnB
Presidente

Profa. Dra. Sueli Hisada
Instituto Sedes Sapientiae - SEDES
Membro Externo

Profa. Dra. Dione de Medeiros Lula Zavaroni
Universidade de Brasília - UnB
Membro Titular

Profa. Dra. Sandra Maria Baccara Araújo
Membro Suplente

Brasília, 12 de Agosto de 2011.

Aos meus pacientes que,
rompidos,
me ensinaram que a psicanálise,
antes de corte e costura,
é uma arte de costurar para suportar os cortes.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ednamara e Joanes, pela sustentação, pela presença contínua e segura, pelos incentivos aos voos, pelo apoio nos obstáculos, pelas apostas em mim feitas, e pela promoção e respeito às minhas escolhas e caminhos. Seus investimentos plurais em mim, feitos desde cedo, foram essenciais para minha possibilidade de vir a desenvolver a presente dissertação de mestrado.

Ao meu irmão, Thiago, pelo carinho, amizade e fraterna companhia desde a mais tenra infância.

À minha avó materna, Amélia, por ter me ensinado sobre a riqueza e a fragilidade do psiquismo.

À minha tia-avó paterna, “vovó do Biscoito”, pelo aprendizado sobre a importância de uma presença acolhedora no desenvolvimento de uma criança em desamparo.

Às minhas amigas de toda a vida, Andréa e Carol, pela amizade que enlaça décadas de histórias, marcadas pelo suporte, confiança, incentivos e cumplicidade.

Aos meus amigos conquistados com a caminhada dos anos, em especial Renata Reps, Nathália, Luiz Eduardo, Mariana, Maviane, Clara, Isadora, Isabel, Andrea e Carlos Eduardo, pelas escutas acolhedoras, pelos desabafos, pelo apoio e pela paciência neste percurso.

À Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri, pela oportunidade de aprendizado desde a graduação, pelo favorecimento da ampliação do meu olhar no campo da psicanálise, pelo acolhimento deste projeto de pesquisa, pelas supervisões e orientações, e pela confiança e incentivo tanto neste percurso acadêmico quanto profissional.

À Profa. Dra. Dione Zavaroni, pelos diálogos enriquecedores, pelo compartilhamento da minha primeira experiência em sala de aula, pelo apoio acolhedor e pelos incentivos.

À Msc. Regina Aragão, pela disponibilidade, pelos valiosos ensinamentos, pelo enriquecimento das minhas reflexões sobre o precoce e sobre o valor da observação continente, e pelo apoio nesta caminhada.

Aos professores que me apresentaram a psicanálise e participaram da minha formação, em especial ao Prof. Dr. Francisco Martins e à Profa. Dra. Daniela Chatelard.

À minha analista, pela escuta continente e promoção da minha experiência analítica.

À Maria de Lourdes Zilli, pelas supervisões valiosas e pela escuta sensível.

Aos meus alunos, pela agradável experiência de ensino e pelo aprendizado.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, em especial os do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise, pelo compartilhamento do momento de vida, pelos desabafos, e pelo testemunho deste percurso.

Às demais pessoas que, direta ou indiretamente, fizeram parte desta caminhada.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

SUMÁRIO

RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUÇÃO.....	10
0.1. Objetivos.....	17
0.2. Metodologia.....	17
0.3. O Uso da Contratransferência no Caso Clínico.....	18
0.4. Breve Comentário Sobre a Tradução das Obras de Freud.....	21
0.5. Apresentação dos Capítulos.....	22
ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	24
PARTE 1 – SOBRE O TRAUMA E SEUS EFEITOS.....	40
SOBRE O TRAUMA E SEUS EFEITOS: UMA INTRODUÇÃO.....	41
CAPÍTULO 1. O TRAUMA EM FREUD: UMA REVISÃO CRÍTICA..	43
1.1. Introdução.....	43
1.2. O “Primeiro Momento”: A Sedução Traumática.....	46
1.3. O “Segundo Momento”: Fantasias e Estruturação do Sujeito.....	50
1.4. O “Terceiro Momento”: da “Barreira Protetora” ao Desamparo.....	59
CAPÍTULO 2. FERENCZI: O TRAUMA E A QUALIDADE DAS RELAÇÕES PRECOCES.....	68
2.1. Introdução.....	68
2.2. Trauma e Desmentido: A Agressão à Criança.....	70
2.3. O Trauma e a Criança: Impactos no Psiquismo.....	74
2.4. Ferenczi, o Trauma e a Elasticidade da Técnica.....	85
CAPÍTULO 3. WINNICOTT E O TRAUMA: DAS RUPTURAS ÀS AGONIAS PRIMITIVAS.....	93
3.1. Introdução.....	93
3.2. Cuidados Maternos e o Processo de Constituição Psíquica – O Ambiente Suficientemente Bom.....	94
3.3. O Trauma, a Falha Ambiental e a Ruptura.....	105

3.4. Trauma e as Distorções do Processo de Amadurecimento Pessoal – As Reorganizações Defensivas e seus Efeitos.....	116
3.5. Trauma e Agonias Primitivas – O Impensável, o Irrepresentável, o Vivenciado.....	129
PARTE 2 – O TRAUMA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM UMA CRIANÇA.....	143
CAPÍTULO 4. MARIANA, SUA TRAMA E O TRAUMA: O CASO CLÍNICO E SUAS CONSTRUÇÕES.....	144
4.1. Primeiros Contatos – Uma Criança em Busca de Um Lugar.....	144
4.1.1. A História de Vida de Mariana.....	147
4.1.2. Primeiras Impressões e Sensações – A Criança no Discurso das Cuidadoras.....	151
4.2. O Encontro com Mariana.....	154
4.2.1. “Eu Não Quero Ir! Eu Não Vou Voltar!”.....	157
4.2.2. Separar, Cair, Quebrar – Agonia e Fragmentação.....	166
4.2.3. Os (Des)Contornos Corporais do Trauma.....	169
4.2.4. Trauma e Representação pelo Corpo.....	175
4.3. Do Corpo à Palavra Encarnada, da Sustentação à Separação: Mariana e a Continuidade da Caminhada.....	180
COSTURAS TEÓRICO-CLÍNICAS E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	195
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	220
APÊNDICE 1.....	234
ANEXO 1.....	235

RESUMO

O presente estudo foi elaborado a partir de questionamentos teórico-clínicos advindos da clínica com crianças. É objetivo desta dissertação refletir sobre o conceito de trauma na literatura psicanalítica e sobre o lugar da clínica na reconstrução do trauma junto ao indivíduo. Utilizou-se o método psicanalítico e a estratégia metodológica de construção de caso clínico a fim de desenvolver as reflexões propostas. O caso clínico construído diz respeito ao atendimento a uma menina de três anos e meio. Primeiramente, são desenvolvidas revisões críticas e reflexões teóricas sobre o conceito de trauma a partir das obras de Freud, Ferenczi e Winnicott, destacando o papel da relação da criança com o ambiente externo, as angústias envolvidas, os impactos do trauma no psiquismo, e o manejo na clínica com pacientes “traumatizados”. São traçadas articulações entre as ideias dos autores, de forma a se notar a presença de aspectos comuns quanto ao conceito de trauma, tais como: a implicação do ambiente externo, a precocidade do evento traumático, a experiência de excesso frente à imaturidade do psiquismo, e a invocação de “afetos aflitivos”. Em seguida, é construído o caso clínico, no qual se descreve como a analisanda experimentou o trauma na relação com a analista. Destaca-se a importância da dimensão corporal no desenvolvimento da análise, assim como do lugar do analista para além das interpretações verbais. São desenvolvidas reflexões sobre o lugar do corpo como promotor da elaboração das experiências traumáticas, das capacidades de simbolização, e do processo de constituição psíquica da criança na clínica. Ressalta-se o valor das comunicações precoces em casos marcados pelo trauma, as quais envolvem a contratransferência e o âmbito sensorial. A adaptação do ambiente analítico às necessidades do paciente, promovendo um ambiente suficientemente bom, é destacada no caso clínico construído e nas reflexões sobre o trauma na clínica psicanalítica.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma, Psicanálise com Crianças, Clínica, Precoce, Winnicott.

ABSTRACT

This research was based on theoretical and clinical questions raised within the clinical practice with children. This dissertation's purpose is to reflect on the concept of trauma in the psychoanalytical literature and on the role of the clinical practice in reconstructing the trauma with the patient. The psychoanalytical method of research and the methodological strategy of construction of the clinic case are used in order to develop this research's objectives. The case built in this dissertation is about the psychoanalytical treatment of a three-and-a-half-year-old girl. At first, critical reviews and theoretical reflections on the concept of trauma are developed based on the work of Freud, Ferenczi and Winnicott. These reflections are developed focusing on the role of the child's relations with the external environment, the anguishes involved, the impacts of trauma within the psyche, and the clinical conceptions with "traumatized" patients. Articulations between the authors' ideas are developed, indicating some common aspects regarding the concept of trauma, such as: the implication of the external environment, the precocity of the traumatic event, the characteristic excessiveness of the experience given the immaturity of the psyche, and the invocation of "afflictive affections". Following, the clinical case is built describing how the patient experienced the trauma in her relationship with the analyst. The importance of the corporal dimension to the development of the analysis is highlighted, as is the analyst's place beyond verbal interpretations. Reflections about the body's role in promoting the elaboration of traumatic experiences, the capacity of symbolization, and the psyche's constitution process are developed. The value of early forms of communication in trauma cases are accentuated, which involve the countertransference and the sensorial dimension. The adaptation of the psychoanalytical environment to the patient's needs, promoting a good-enough environment, is highlighted on the clinical case and in the reflections about trauma in the psychoanalytical clinic.

KEY WORDS: Trauma, Psychoanalysis of Children, Clinic, Early Experiences, Winnicott.

INTRODUÇÃO

*Digo-te que podes ficar de olhos fechados sobre o meu peito,
porque uma ondulação maternal de onda eterna
te levará na exata direção do mundo humano.*

*Mas no equilíbrio do silêncio,
no tempo sem cor e sem número,
pergunta a mim mesmo o lábio do meu pensamento:*

*quem é que me leva a mim,
que peito nutre a duração desta presença,
que música embala a minha música que te embala,
a que oceano se prende e desprende
a onda da minha vida, em que estás como rosa ou barco...?
(Cecília Meirelles, 1937/2000)*

O presente estudo é fruto da minha caminhada por trilhas clínicas e acadêmicas na psicanálise de criança. Mais precisamente, ele é fruto dos questionamentos teórico-clínicos advindos do atendimento psicanalítico a uma criança de três anos e meio de idade, aqui referida como Mariana – nome fictício inspirado em boneca que a criança frequentemente levava para as sessões. Partindo da clínica, procuro traçar construções e reflexões teórico-clínicas sobre o conceito de trauma.

Desta maneira, este trabalho se encontra em consonância com a psicanálise, tendo em vista se sustentar em um de seus princípios fundamentais: a clínica. Clínica e teoria estão profundamente entrelaçadas nesta pesquisa, constituindo âmbitos que se apresentam na origem e na condução das reflexões aqui desenvolvidas. Em outras palavras, o caminho aqui traçado é inspirado e coerente com o percurso desenvolvido por Freud, o qual fundou a psicanálise por meio de questionamentos advindos da experiência clínica, marcando a investigação científica em psicanálise como derivada da singularidade dos casos clínicos.

Comecei o meu percurso na clínica psicanalítica por meio de estágio junto à Professora Doutora Daniela Chatelard quando cursava a graduação em Psicologia na Universidade de Brasília (UnB). Este estágio se desenvolveu por dois anos, nos quais desenvolvi atividades junto a díades mãe-bebê no contexto da maternidade e da UTI neonatal

de um hospital público. As atividades desenvolvidas consistiam em oferecer um espaço de escuta às mães e seus bebês, configurando uma escuta psicanalítica na maternidade (Mathelin, 1999; Szejer, 1999).

Durante esta experiência de atendimento a mães e bebês, pude trabalhar com mães deprimidas com dificuldades de investimento nos bebês, bebês prematuros, díades marcadas por experiências invasivas junto ao sistema de saúde e os profissionais, dentre outros. Alguns dos casos de vivências invasivas que acompanhei dizem respeito a separações abruptas entre mãe e recém-nascido após o parto; partos ocorridos sem assistência, no leito, e sem espaço de fala sobre a experiência; casos de cesariana por interesse da equipe e não da díade; pressões dos profissionais para acelerar o parto pela via baixa; etc.

No contexto destas experiências, passei a desenvolver reflexões sobre a ideia de **trauma**. Estas reflexões foram inspiradas pelo alto número de díades mãe-bebê que vivenciaram situações intrusivas no momento do parto e que também apresentaram dificuldades de ajuste após o nascimento da criança. As mais frequentes foram mães que não conseguiam olhar e estar com seus bebês, assim como bebês com sono excessivo, irritadiços, com dificuldades na amamentação, e que não olhavam para suas mães mesmo durante as mamadas.

Neste cenário, esta experiência e suas decorrentes reflexões foram aprofundadas a partir da ampliação do estágio para o contexto da clínica tradicional com gestantes e díades mãe-bebê no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP), clínica escola do Instituto de Psicologia (IP) da UnB, sob a supervisão da mesma professora. Neste estágio, tive a oportunidade de acompanhar díades dentro de um enquadre psicanalítico a longo prazo, assim como intervenções e reflexões sobre as relações precoces. Além do impacto das intrusões do ambiente externo no momento do parto, pude acompanhar também o impacto da qualidade da relação mãe-bebê sobre o desenvolvimento psíquico do infante.

Desta maneira, ao me inserir no campo da psicanálise com díades mãe-bebê e nos estudos sobre a psicopatologia do bebê, o foco da minha atenção passou a reincidir mais sobre as relações precoces e seu papel no processo de constituição psíquica. Mais ainda, passei a refletir sobre a importância dos fatores ambientais junto à mãe e ao bebê durante a gestação e logo após o nascimento da criança, tendo em vista a fragilidade do psiquismo de ambos – o da mãe em processo de reestruturação, e o do bebê em formação (Lebovici, 1987; Szejer, 1999).

Neste contexto, ao adentrar o campo das relações precoces em meus estudos, chamou-me a atenção os primeiros trabalhos relativos ao sofrimento psíquico do bebê, tais como os estudos referentes ao apego (Bowlby, 1988), ao hospitalismo (Spitz, 1946), e aos impactos no bebê frente as separações precoces abruptas e sem continuidade nos cuidados substitutos, como nos estudos relativos a órfãos de guerra (Freud & Dann, 1951), bebês de mães presidiárias (Spitz & Wolf, 1946), dentre outros.

Foi interessante notar como estes estudos destacavam a dimensão da relação do bebê com o ambiente externo, em especial com sua mãe, assim como as possíveis implicações negativas no desenvolvimento do sujeito tendo em vista a ocorrência de eventos externos – reais – adversos no contexto da relação com o outro. Percebe-se, assim, um maior enfoque relacional nestes estudos, de forma a se notar um deslocamento do destaque do intrapsíquico para o intersubjetivo nas pesquisas psicanalíticas deste período (Bydlowski, 2004).

Estes estudos, pioneiros em saúde mental de bebês e crianças pequenas, me pareciam ter em comum uma preocupação com a qualidade dos cuidados dispensados aos bebês, tendo como base a precariedade do psiquismo da criança a fim de lidar com estas vivências, de integrar estas experiências e representar as sensações que delas advém. Neste sentido, passou a chamar a minha atenção nas descrições destes trabalhos a observação de algo da ordem de

um excesso, de grande intensidade, de uma angústia que toma o bebê e a criança pequena e influencia seu desenvolvimento posterior de maneira patológica.

Assim, passei a perceber, nas questões subjacentes ao foco destes estudos, a noção de **trauma**. Ou seja, de certa forma, os estudos voltados para a primeira infância vêm apontando para a idéia de trauma desde o início deste campo de pesquisa, em especial ao refletir sobre as separações da criança de seu cuidador principal. Concomitantemente, na clínica com díades mãe-bebê, eu notava os impactos da forma como a mãe olhava e investia no bebê sobre seu corpo, seu olhar, seus ritmos de sono e vigília – sobre seu processo de constituição psíquica. Afinal, como aponta Zornig e Levy (2008), vivências como separação da figura materna em idade precoce e desinvestimento materno abrupto podem produzir “*efeitos traumáticos*, podendo desencadear uma série de medidas defensivas com prejuízo da capacidade criativa da criança” (pp. 73-74, grifos nossos).

Minha inserção na clínica psicanalítica com crianças foi ao encontro destas questões, dando maiores contornos a este meu percurso e interesse de pesquisa sobre trauma. A clínica psicanalítica referente ao precoce, tanto no hospital quanto na clínica tradicional, despertou em mim o interesse por expandir meus atendimentos às crianças, em especial após cursar disciplinas na graduação referentes à psicoterapia de criança e à clínica com crianças autistas. A clínica com crianças autistas, em particular, despertou meu interesse clínico, uma vez que tangia um sofrimento precoce e cujos indícios eu já havia tido a oportunidade de observar e pesquisar no período do estágio com díades mãe-bebê.

Assim, minha entrada no grupo de estágio e pesquisa supervisionado pela Professora Doutora Maria Izabel Tafuri deu sequência a esta caminhada. Apesar de ter iniciado os meus estudos com a professora Izabel almejando a clínica com crianças autistas, surgiu a necessidade de atendimento a uma criança cujo sofrimento não se expressava por um quadro de autismo, e cujo caso me despertou interesse em atender. Esta criança era Mariana, paciente

cujo percurso de atendimento me levou a reflexões importantes sobre trauma e a esta pesquisa de mestrado acadêmico.

Mariana é uma criança que, com um ano e quatro meses, foi diagnosticada com um câncer entre o reto e a bexiga, o qual continuava presente apesar das cirurgias realizadas e da quimioterapia após estes procedimentos. Além do sofrimento físico relativo à doença, o ambiente externo no qual Mariana se desenvolvia era bastante conturbado. A história de Mariana é marcada por muitas perdas, maus tratos e inseguranças, em especial no que diz respeito aos seus dois primeiros anos de vida.

Ao longo do atendimento a Mariana, iniciado quando a criança possuía 3 anos e meio de idade, foi me chamando a atenção a forma como ela vivenciava as separações, em especial dos cuidadores e de mim. Eu sentia, nestes momentos, que ela as vivenciava como rupturas, não confiando na continuidade das pessoas em sua vida.

No desenvolver das sessões, houve episódios em que esta dificuldade em lidar com as separações se apresentou de forma mais intensa. Nestas ocasiões, uma angústia imensurável parecia inundar-lhe: Mariana não conseguia nem falar nem escutar-me falar qualquer coisa e seu corpo se desorganizava, com olhar expressando apatia.

Ao vivenciar junto à criança estes episódios de tamanha desorganização e angústia, percebi que sua sensação não correspondia a uma ansiedade de castração, a qual é contida e elaborada pela interpretação verbal do analista, sendo possível restituir a brincadeira (Klein, 1932/1969). Na verdade, logo percebi que as palavras não surtiam efeito junto a Mariana nestes momentos – pelo contrário, elas pareciam invadir a criança mais do que contê-la. Sua sensação de dor e desordem não eram passíveis de serem contidas pelas interpretações verbais porque não pareciam ser alicerçadas pela linguagem: elas remetiam a algo de ordem mais precoce, precedente à capacidade representacional. Assim como um bebê, a angústia de Mariana tomava os contornos de seu corpo nestes momentos, não de suas palavras.

Concomitantemente ao processo psicoterápico de Mariana, iniciei o atendimento a outras crianças, dentre as quais algumas com sintomatologia autística. A pesquisa e os atendimentos a crianças autistas, sob a supervisão da Prof.^a Dr.^a Maria Izabel Tafuri, suscitaram em mim diversas reflexões sobre o processo de constituição psíquica e o papel do ambiente externo como fator de promoção ou ruptura do amadurecimento do indivíduo, as quais iam ao encontro das levantadas pelo atendimento a Mariana.

O atendimento a crianças com sintomas autísticos contribuiu não só para enriquecer os questionamentos teóricos suscitados pela psicoterapia com Mariana, mas também, e especialmente, a prática clínica. Estes atendimentos me auxiliaram na procura por outra postura analítica com Mariana nos momentos em que ela demonstrava vivenciar ansiedades impensáveis (Winnicott, 1963/2007).

Além disso, chamou a minha atenção, tanto no contexto do atendimento a Mariana quanto a essas crianças, a forma como as falhas do ambiente em tempos muito precoces marcava o processo de constituição psíquica destes pacientes, destacando-se, também, a diversidade de reações por parte das crianças à intrusividade do ambiente. Neste sentido, o interesse pelo estudo do trauma como um conceito que possui relações com o ambiente externo – com as experiências vividas pelo sujeito junto ao outro – e impactos sobre o processo de constituição psíquica foi se desenvolvendo cada vez mais, levando-me aos textos de Ferenczi e, em especial, de Winnicott.

As reflexões sobre a clínica com Mariana, particularmente nos momentos em que essas agonias lhe assomavam, também foram muito enriquecidas pelo meu estudo e experiência de observação de díades mãe-bebê pelo método Esther Bick. Na graduação em psicologia, cursei a disciplina de Observação de Bebês na Clínica, ministrada pela Prof.^a Dr.^a Daniela Chatelard. Logo após formar-me psicóloga, passei a participar do grupo de estudos

sobre observação de bebês com a Prof.^a Msc. Regina Orth de Aragão, o qual é vinculado à Associação Brasileira de Estudos sobre o Bebê (ABEBE).

Além disso, iniciei um curso de Observação da Díade Mãe-Bebê, promovido pela Sociedade de Psicanálise de Brasília e ministrado por Maria Silvia Valladares e Maria de Lourdes Zilli. Por meio deste curso, observei uma díade mãe-bebê ao longo de dois anos. As observações tinham duração de uma hora e ocorriam sistematicamente uma vez por semana durante o primeiro ano de vida do bebê, e quinzenalmente durante o segundo, sempre no mesmo dia da semana (Bick, 1948/1967).

Por meio da observação de bebês, pude perceber o efeito terapêutico da minha presença em si junto à díade e à família. Chamou-me a atenção, então, como uma postura e uma escuta contínuas auxiliavam na externalização de afetos, conflitos e sensações da parte de todos da casa, envolvendo tanto a mãe e o bebê quanto os demais cuidadores da criança (Caron, 1997). Em outras palavras, percebi que, apesar de não serem traçadas intervenções clássicas, como interpretações, a minha presença constante e rítmica – mesma frequência, dia da semana e horário – junto à díade possuía uma função terapêutica de fornecer à mãe e ao bebê uma experiência de continuidade e de sustentação.

Neste sentido, a experiência de observação de bebês enriqueceu minhas reflexões sobre o processo de constituição psíquica e sobre a clínica, em especial com pacientes cujas angústias de base remetiam a sensações muito precoces. Ela me levou a reflexões que desencadearam mudanças na postura clínica com Mariana, especialmente nos momentos em que eu sentia que ela vivenciava agonias primitivas. Esta postura implicava em colocar o foco mais no *setting* (Winnicott, 1960/2008; Neto, 2008) – no ambiente do atendimento – do que no conteúdo das interpretações verbais.

Desta maneira, meu percurso na clínica e nos decorrentes estudos teóricos a que ela me levou foram cada vez mais ganhando contornos em torno da ideia de trauma e das

relações precoces, em especial no que tange a qualidade das vivências concretas do indivíduo com o outro. Mais ainda, estas experiências me levaram a repensar questões referentes à clínica com pacientes cuja vida precoce comparece marcada pela noção de trauma – em outras palavras, por vivências irrepresentáveis, excessivas, desorganizadoras. São estas as reflexões que proponho desenvolver nesta dissertação de mestrado.

0.1. Objetivos

Com base na construção do caso clínico referente ao atendimento psicanalítico a Mariana, é **objetivo geral** desta pesquisa refletir sobre o conceito de trauma na literatura psicanalítica e o lugar da clínica na reconstrução do trauma junto ao indivíduo.

São **objetivos específicos** deste estudo: a) Refletir sobre o conceito de trauma a partir de Freud, Ferenczi e Winnicott; b) Refletir sobre o papel do ambiente externo no conceito de trauma na literatura psicanalítica; c) Descrever a forma como a criança vivencia o trauma na relação com a analista no caso clínico apresentado; d) Refletir sobre o lugar do analista na clínica com pacientes marcados pelo trauma a partir do caso clínico apresentado.

0.2. Metodologia

A fim de desenvolver este estudo, utilizei o método psicanalítico de pesquisa. O método psicanalítico se baseia no modelo epistemológico sujeito-sujeito, de forma que a produção do conhecimento parte da clínica – mais precisamente, da relação entre analista e analisando. Como estratégia metodológica, escolhi a construção de caso clínico. Questões relativas ao método psicanalítico e à estratégia metodológica de construção de caso serão desenvolvidas no capítulo intitulado “Estratégia Metodológica” nesta dissertação.

O projeto de pesquisa referente a este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Humanidades da Universidade de Brasília (CEP/IH), estando a carta de aprovação anexada ao final desta dissertação (Anexo 1). Em conformidade

com o artigo 16 do Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005) e com a resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice 1) foi formulado, apresentado e assinado pelos responsáveis pela criança, autorizando o uso dos registros de sessão referentes ao atendimento à paciente.

0.3. O Uso da Contratransferência no Caso Clínico

O termo “contratransferência” é controverso e suscita uma série de discussões na comunidade psicanalítica. Estas discussões têm se ampliado em especial a partir do início do século XX, por meio das reflexões propostas por autores como Ferenczi (1919a/1992) e Paula Heimann (1950). Tendo em vista o uso e a análise de aspectos contratransferenciais no caso clínico construído neste estudo de mestrado, faz-se necessário traçar breve comentário sobre meu entendimento deste termo no contexto desta dissertação.

A contratransferência no caso clínico de Mariana faz referência não à perturbação pessoal do analista (Pick, 1985/1990), mas sim a um elemento que compõe o processo analítico e que pode ser utilizado como um instrumento clínico (Heimann, 1950). Tendo em vista estas dificuldades de discernimento conceitual entre a contratransferência “normal” e “patológica” à análise (Money-Kyrle, 1978/1990), Winnicott (1960/2008) é da opinião de que o termo “contratransferência” não deveria ser utilizado para se referir a processos tão diversos no contexto da análise. Segundo o autor, o termo deveria voltar a seu uso original, de forma a se referir à “anormalidade nos sentimentos contratransferenciais, e relacionamentos e identificações padronizados e reprimidos do analista. O comentário a este respeito é que o analista precisa de mais análise (...)” (Winnicott, 1947/2000, p. 278).

Em contrapartida, Winnicott (1960/2008) destaca que, para os casos em que “a palavra psicótico é mais apropriada do que neurótico” (p. 149), é necessário conceber outro termo para fazer referência ao que outros autores se remetem como “contratransferência

normal”, uma vez que, nestes casos, o papel do analista seria diferenciado, sendo necessário sustentar a regressão do paciente a uma dependência infantil e dar apoio a seu ego. Ao analista seria necessário permanecer orientado para a realidade externa e, ao mesmo tempo, sustentar uma forte identificação ou mesmo fusão junto ao paciente (Winnicott, 1960/2008).

Neste sentido, o que Winnicott propõe não é desconsiderar questões relativas ao uso que o analista pode e deve fazer de suas próprias reações conscientes e inconscientes frente os impactos das partes psicóticas de seus pacientes. Pelo contrário, o que Winnicott sugere é o discernimento entre este processo e o referente às falhas da análise do analista. Contudo, na ausência de termo mais apropriado para se referir às comunicações primitivas entre analista e analisando, utilizo aqui o termo “contratransferência” como parte importante da análise junto a Mariana.

Ao associar este termo às comunicações primitivas entre analista e analisando, me remeto à ideia da relação entre contratransferência e mecanismos defensivos precoces, tais como a identificação projetiva (Klein, 1946/1991). Neste sentido, o uso da contratransferência não se restringe apenas aos pacientes cujas ansiedades preponderantes são de ordem psicótica, mas também à análise com pacientes neuróticos, uma vez que o mecanismo de identificação projetiva está presente no processo de constituição de qualquer bebê e é utilizado pelo indivíduo em outros momentos da vida, em especial quando se encontra regredido ou em contato com suas sensações precoces.

Apesar de ser um mecanismo precoce na vida do indivíduo, a identificação projetiva requer certa separação entre self e objeto. Contudo, como bem destaca Rosenfeld (1988), há pacientes em que notamos o uso tão intenso deste processo que é importante levantar a hipótese da presença de um processo diferente e mais primitivo de identificação projetiva, o qual remete a estados de fusão primários e mais primitivos entre mãe e bebê. Entretanto, segundo o autor, tanto no mecanismo mais primitivo quanto no tradicionalmente descrito

como identificação projetiva, este seria um processo que “acarreta uma fusão das partes projetadas do self com os objetos externos; o indivíduo é idêntico ao aspecto relevante do objeto externo, na medida em que ele é este” (Rosenfeld, 1988, p. 191).

Tendo em vista este comentário, nota-se como o processo de identificação projetiva envolve o objeto externo de forma intensa, uma vez que incorre na tentativa de expelir partes do ego para dentro dele e implica em uma tentativa de fusão, o que destaca ainda mais seu caráter precoce. O mecanismo de identificação projetiva é muito utilizado por bebês e crianças pequenas, assim como por pacientes cujas ansiedades psicóticas são preponderantes ou se encontram intensificadas. Neste sentido, a clínica com estes tipos de pacientes envolve a necessidade de atenção às identificações projetivas em cena, tanto porque suscitam sensações contratransferenciais intensas no analista quanto porque, causando este impacto no terapeuta, configuram também uma tentativa de comunicação.

Percebe-se, assim, a estreita relação entre identificação projetiva e contratransferência no contexto da análise. Segundo Rosenfeld (1988), “(...) o analista precisará observar muito atentamente seus próprios sentimentos e reações, porque em situações de forte identificação projetiva essa pode ser a principal pista que ele tem a respeito da relação transferencial psicótica” (p. 204). Afinal, o paciente que projeta impulsos e partes de si para dentro do analista não está apenas os expelindo, mas também promovendo uma possibilidade de o analista sentir e compreender suas sensações, assim como contê-las (Rosenfeld, 1988).

Ao ser possível conter estes elementos, elaborá-los e devolvê-los sob uma forma sustentável ao analisando, suas experiências insuportáveis podem, aos poucos, perder seu caráter aterrorizador e se tornarem toleráveis e significativas. Neste sentido, a identificação projetiva como possibilidade de diálogo depende em especial da “capacidade do analista para existir como um continente para as projeções do paciente” (Rosenfeld, 1988, pp. 193-194).

Assim, no caso clínico apresentado nesta dissertação, a construção desenvolvida é permeada pela análise da relação transferencial com a criança, incluindo a análise das sensações contratransferenciais, compreendidas no cenário das identificações projetivas realizadas pela paciente e, assim, tendo em vista seu uso como instrumento analítico. Além disso, no contexto dos atendimentos realizados, o uso da contratransferência ocorreu por meio do trabalho do caso no contexto de grupo de supervisão, assim como tendo como pano de fundo meu processo pessoal de análise.

0.4. Breve Comentário Sobre a Tradução das Obras de Freud

As obras completas de Freud utilizadas nesta dissertação correspondem, em sua maioria, à edição standard da Imago, traduzidas por José Octávio de Aguiar Abreu e Cristiano Monteiro Oiticica da tradução inglesa das obras do autor, realizada por James Strachey. Compreendo que há uma série de problemas relativos a esta tradução, tendo em vista ela não ser direta do original, mas sim decorrente da tradução inglesa que, em si, incorre em perdas significativas de sentidos com relação a certas expressões originais do alemão de Freud (Hanns, 1996, 2003).

Considerando a importância de alguns destes termos para a discussão sobre trauma, como no caso do termo *Angst*, decidi substituir o termo “ansiedade” por “angústia” nas citações literais do texto “Inibição, sintoma e ansiedade” (Freud, 1926/1996). Esta escolha levou em consideração a tradução das obras em francês, cuja proximidade linguística com o português é maior que o inglês. Esta substituição foi feita uma vez que este artigo é importante nas reflexões sobre trauma e ainda não possui versão referente às traduções diretas do alemão – revisão das obras Standard por Luiz Alberto Hanns, novas traduções da Companhia das Letras por Paulo César de Souza, e da L&PM por Renato Zwick. Ao me referir ao título deste artigo, contudo, mantereí o termo “ansiedade” a fim de ser coerente com a referência bibliográfica.

Vale destacar, entretanto, que procurei utilizar, em citações literais de obras de Freud já traduzidas diretamente do alemão, as edições mais novas e referentes a traduções diretas. Isto se aplica particularmente aos textos “História de uma neurose infantil” (Freud, 1918/2010) e “Além do princípio do prazer” (Freud, 1920/2010), tendo em vista a nova tradução do volume 14 das obras completas por Paulo César de Souza (Companhia das Letras). Entretanto, uma vez que a publicação desta edição é recente e a pesquisa deste mestrado acadêmico teve como base, inicialmente, as obras completas referentes à edição Standard da Imago, será utilizada também a referência à versão Standard quando o texto formulado teve como base sua leitura.

0.5. Apresentação dos Capítulos

Tendo em vista os objetivos deste estudo, os capítulos desta dissertação foram organizados da seguinte maneira:

a) na ESTRATÉGIA METODOLÓGICA, apresento a forma como este estudo foi conduzido, traçando reflexões sobre o método psicanalítico, a estratégia metodológica de construção de caso, e as implicações destas escolhas na pesquisa e na escrita aqui desenvolvidas;

b) no CAPÍTULO 1, desenvolvo uma revisão crítica sobre o conceito de trauma na obra de Freud, dando destaque às reflexões do autor quanto ao papel do ambiente externo, à dimensão da angústia e do desamparo, e ao entendimento econômico do conceito;

c) no CAPÍTULO 2, destaco alguns aspectos das reflexões de Ferenczi sobre o trauma, em especial as contribuições do autor sobre o papel da qualidade das relações precoces no estabelecimento do trauma, seus impactos no psiquismo, e seus desenvolvimentos clínicos sobre o manejo com pacientes “traumatizados”;

d) no CAPÍTULO 3, traço reflexões a partir das contribuições de Winnicott sobre o trauma, dando destaque às compreensões do autor sobre as relações entre este conceito e o

papel das falhas ambientais, seus impactos no processo de constituição psíquica, assim como sua relação com as ansiedades impensáveis;

e) no CAPÍTULO 4, construo o caso clínico de Mariana tendo em vista a temática do trauma, de forma a desenvolver reflexões por meio do diálogo entre o caso clínico e a teoria psicanalítica comentada nos capítulos precedentes;

f) por fim, nas COSTURAS TEÓRICO-CLÍNICAS E CONSIDERAÇÕES FINAIS, desenvolvo e retomo algumas reflexões teóricas e clínicas sobre o conceito de trauma a partir da teoria discutida e do caso clínico apresentado, assim como algumas indagações e contribuições deste trabalho para estudos futuros.

ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Um homem não pode fazer observações gerais em qualquer medida, sobre qualquer objeto, sem trair a si mesmo, sem introduzir sua inteira individualidade, e expressar, como uma alegoria, o tema e o problema fundamentais de sua existência.
(Thomas Mann, 1924/2006)

O estudo em questão foi originado e sustentado por um caso clínico guiado pela teoria e pela clínica psicanalíticas. Desta forma, o método utilizado na condução desta pesquisa foi o método psicanalítico. Tendo em vista as problemáticas e as peculiaridades deste método, em especial quando o inserimos no contexto universitário, faz-se necessário nos debruçarmos um pouco sobre ele.

O método psicanalítico de pesquisa, diferentemente dos métodos qualitativos e quantitativos, possui particularidades que o inserem em outra lógica de pesquisa. Estas diferenças da psicanálise com relação ao que é geralmente concebido como científico têm trazido discussões diversas sobre sua cientificidade, as quais remontam à época em que Freud publicou “A Interpretação dos Sonhos” e se estende por todo o século XX (Bianco, 2003).

Podemos destacar dois pontos essenciais em que o método psicanalítico difere dos métodos usualmente utilizados na academia, geralmente guiados pelo positivismo científico que caracteriza a maioria das produções científicas a partir do século XIX. São eles o fato de que a pesquisa em psicanálise não envolve, em seus objetivos, uma inferência generalizadora de seus resultados para uma amostra ou uma população, e a constatação de que sua estratégia de análise do material clínico, resultante da prática psicanalítica, é sobre os significantes e não os signos (Iribarry, 2003).

Pinto (1999) demarca que talvez a maior dificuldade para a academia quanto à psicanálise seja o fato de que seu objeto, o inconsciente, nunca se deixa conhecer de fato. Na verdade, o autor comenta que a psicanálise provavelmente só se sustentou até os dias atuais

neste mundo tão objetivante – o que envolve a universidade – por conta da tradição científica de Freud.

É possível notar a formação científica de Freud por meio de sua preocupação com exatidão, não-contradição e na demonstração dos conceitos; por outro lado, Freud é confrontado pelo próprio saber psicanalítico ao valorizar o fato de que o progresso do conhecimento não se relaciona com a ideia de rigidez, sendo necessária maleabilidade teórica e conceitual (Bianco, 2003). Esta flexibilidade da teoria se sustenta na clínica psicanalítica, a qual ocupa, no caminho traçado por Freud, o lugar de via de construção do saber metapsicológico (Berlinck, 2002), caracterizando a psicanálise como uma área de conhecimento e, acima de tudo, uma terapêutica (Celes, 2005).

Na verdade, o próprio Freud (1912/1996) já afirmava que, em psicanálise, tratamento e investigação coincidem. O percurso de Freud na fundação da psicanálise é marcado por uma motivação advinda de sua experiência clínica, caracterizando a investigação científica em psicanálise como derivada da singularidade dos casos clínicos e própria à prática psicanalítica. Neste sentido, podemos pensar a psicanálise em si como um método de pesquisa, mesmo quando não imersa na universidade.

Tendo em vista a coincidência entre clínica e pesquisa, ao inserirmos o método psicanalítico no contexto acadêmico, acredito ser inevitável a também inserção do uso da prática clínica como ferramenta investigativa. Uma vez que Freud partiu da clínica a fim de desenvolver sua metapsicologia, e tendo em vista o objeto de estudo da psicanálise – o inconsciente – o qual apenas pode ser circunscrito na situação de análise, a psicanálise como pesquisa tem na clínica seu ponto principal de apoio (Bianco, 2003).

Neste sentido, Caon (2000) traça um paralelo entre a clínica psicanalítica e a pesquisa. O autor destaca que, se a clínica psicanalítica se caracteriza pela prática da associação livre por parte do analisando em alteridade com o analista, o pesquisador em psicanálise também o

prática, mas frente à alteridade da teoria psicanalítica. Para Caon (2000), o método psicanalítico é a forma pela qual o pesquisador coleta os dados empíricos sobre os quais sua pesquisa se baseia – a clínica – e a construção do caso clínico é o instrumento utilizado na redação da pesquisa a ser compartilhada com uma comunidade científica.

Outra reflexão importante referente ao caráter essencialmente clínico do método psicanalítico diz respeito ao lugar da transferência na pesquisa em psicanálise. Uma vez que este conceito caracteriza e promove o acontecer do inconsciente, sendo essencial ao processo de análise, podemos dizer que, de uma forma ou de outra, a transferência é a principal via de pesquisa em psicanálise. Segundo Berlinck (2002), a pesquisa em psicanálise se inicia por meio da transferência, uma vez que ela coloca “o psicanalista num lugar muito específico que é o lugar de um não-saber a respeito de um enigma, lança imediatamente o psicanalista numa atividade de pesquisa” (p. 03).

Quando pensamos na clínica psicanalítica, podemos dizer que um tipo de pesquisa pela transferência já se faz presente por meio do analisando que realiza, a partir da transferência promovida pela alteridade do analista, uma investigação sobre sua própria vida (Iribarry, 2003). Entretanto, vale lembrar que, ao se falar da transferência estabelecida entre analista e analisando, não estamos falando de uma verdade já contida no inconsciente do analisando que “vem à tona” por meio de sua relação com o analista, assim como tampouco nos referimos a um saber já presente no analista. Na verdade, “ambos, analista e analisando, são pesquisadores-produtores dessa verdade” (Garcia-Roza, 1994, p. 10), cada um ocupando um lugar diferente e específico neste processo.

Contudo, a pesquisa realizada pelo analisando e aquela desenvolvida pelo analista partem de lugares diferentes e possuem rumos distintos. Enquanto o analisando desenvolve um processo de investigação sobre si com finalidade terapêutica, o analista busca, por meio das construções sobre a prática clínica, elaborar hipóteses metapsicológicas. Nestes objetivos

diferenciados, entretanto, é possível pensar um paralelo quanto ao lugar ocupado pelo pesquisador: se o analisando ocupa o lugar de protagonista em sua pesquisa sobre a própria vida, o analista, ao desenvolver uma pesquisa em psicanálise, se coloca como primeiro sujeito dela. Neste lugar, ele produz uma investigação sob o testemunho de um outro, de uma alteridade com quem também vai “transferenciar” (Iribarry, 2003).

Citei acima o papel da própria teoria psicanalítica como lugar de alteridade, fazendo referência ao texto de Caon (2000). Considero importante levarmos em conta também as demais e diversas figuras que ocupam este lugar. Sua importância se justifica pelo fato de que estas demais figuras também são alteridades com que o pesquisador estabelece uma transferência, constituindo aspectos que influenciam o processo de pesquisa e de escrita em psicanálise. Estas demais figuras envolvem desde a instituição universitária que acolhe a pesquisa até o orientador no processo de escrita.

Refletindo sobre as alteridades envolvidas na produção e no destino da pesquisa em psicanálise, Iribarry (2003) resgata a função de Fliess no desenvolver das pesquisas freudianas. Segundo a autora, Fliess ocupava um lugar de alteridade que acolhia os achados metapsicológicos de Freud, de forma a os elogiar e criticar (*Publikum*). Neste sentido, podemos pensar o lugar do orientador acadêmico, e mesmo da banca na defesa, como sendo as alteridades a que se entrega a pesquisa feita, e como um dos pontos de transferência no processo de construção de uma pesquisa em psicanálise.

Moura e Nikos (2001), fazendo referência às idéias de Fédida, destacam que, no caso do pesquisador psicanalítico, há dois públicos essenciais a que ele se dirige. O primeiro (*Publikum*) seria a banca da defesa de mestrado ou doutorado, e o segundo (*Veröffentlichkeit*) as futuras publicações decorrentes da defesa. Assim, a escrita em psicanálise implica o pesquisador inclusive na forma como ele se relaciona com estes lugares de alteridade a que dirige sua escrita.

Uma vez que a transferência é, segundo o argumento que aqui exponho, o principal instrumento de pesquisa em psicanálise, destaca-se o alto grau de implicação daquele que se aventura a pesquisar neste campo. Digo isto uma vez que o pesquisador instrumentaliza uma transferência estabelecida entre ele e um analisando a fim de produzir um saber metapsicológico (Moura & Nikos, 2001; Iribarry, 2003) e, ao mesmo tempo, instaura uma transferência com o texto produzido e com as alteridades a quem ele será exposto – o orientador, a comunidade acadêmica, a banca na defesa, etc.

Como comenta Lacan, “a transferência é um fenômeno em que estão incluídos, juntos, o sujeito e o psicanalista.” (1964/1985, p. 219). Assim, a pesquisa e a escrita em psicanálise são caracterizadas pela singularidade da narrativa construída, a qual contém a marca do inconsciente do autor (Birman, 2001). Esta marca se faz pela própria atividade de escrita – sempre endereçada a um outro (Delorenzo, Mezan & Cesarotto, 2000) – e pela narrativa construída acerca de uma transferência ocorrida na clínica. Neste sentido, a escrita em psicanálise não é coerente com o modelo positivista de ciência ou com a escrita desafetada, impessoal e neutra geralmente presente na academia.

Para que a pesquisa não se perca nesta singularidade, tendo em vista a alta implicação do pesquisador no processo de investigação e no material analisado, é importante que exista o espaço de análise do próprio pesquisador. Como Safra (1993) pontua, a análise do próprio analista é a forma de promover um espaço de investigação diferenciado dos processos pessoais do pesquisador, em especial quando esta parte do material clínico.

Desta maneira, a pesquisa em psicanálise ocorre de forma a inferir a implicação do autor na investigação e na escrita referente à mesma, de forma a ser importante que o pesquisador leve em consideração este seu lugar no estudo desenvolvido. Além disso, uma pesquisa em psicanálise, partindo da clínica como motivação e via de desenvolvimento, pode utilizar casos clínicos de diferentes formas, a depender da estratégia metodológica escolhida.

Há uma diversidade de estratégias possíveis ao fazermos uso de um caso clínico em um estudo psicanalítico, as quais trazem implicações diferenciadas para o trabalho produzido e implicam em compreensões distintas sobre o papel do caso clínico na pesquisa psicanalítica.

Atualmente, ao recorrermos às pesquisas acadêmicas no campo da psicanálise, encontramos algumas estratégias de pesquisa, dentre as quais se destacam o estudo de caso e a construção do caso. É de extrema importância diferenciar estas duas estratégias, uma vez que, enquanto a primeira é freqüentemente utilizada por outras áreas da ciência, a segunda é mais característica a um trabalho propriamente psicanalítico (Moura & Nikos, 2001). Vou me deter primeiro em refletir sobre ambas para, depois, me posicionar sobre como utilizo o caso clínico nesta dissertação.

O estudo de caso tende a ser uma comunicação de uma experiência de forma dialogada com uma teoria escolhida, com a finalidade de corroborar, ilustrar, contrastar ou levantar questionamentos sobre a mesma. Outra característica do estudo de caso é que há uma delimitação conceitual sobre o que será o objeto da investigação, e a narrativa desenvolvida sobre o caso geralmente segue uma ordem cronológica referente ao mesmo: primeiro apresenta-se as informações acerca da história de vida do paciente e, em seguida, algumas sessões e o percurso do tratamento (Moura & Nikos, 2001).

Este formato, segundo Moura e Nikos (2001), é herança da tradição psiquiátrica de Freud, o qual introduziu um estilo de relatar documentalmente as sessões e as evoluções dos pacientes de forma a utilizar estes casos como modelos e promotores de sua metapsicologia. Contudo, os autores salientam que, nesta estratégia metodológica, cada caso possui um caráter singular, não sendo generalizáveis as ações terapêuticas em si (interpretações, etc.) e seus efeitos nele narradas, uma vez que dizem respeito a uma experiência situada em uma relação específica analista-analisando. Na verdade, é possível dizer que a pesquisa em

psicanálise busca, independentemente da estratégia metodológica utilizada, discutir construtos metapsicológicos generalizáveis, utilizando o caso clínico como via de pesquisa.

Entretanto, segundo Caon (2000), o caso clínico em psicanálise não tem como objetivo retratar a pessoa do paciente, sua história prévia, ou mesmo o contexto da análise em um sentido objetivante e de pretensa amostragem do que socialmente se chama “realidade”. Em outras palavras, o caso clínico não deve buscar reconstruir a história do paciente de forma a obturar buracos e compreender o que de fato ocorreu em um sentido biográfico.

Na verdade, pelo contrário, o caso clínico psicanalítico se preza a exatamente aquilo que falta, ao que escapa, à falta constituinte e fecunda do sujeito. Desta maneira, Caon (2000) destaca que a construção do caso clínico implica na estruturação de um discurso que não coincide nem com o psicológico e nem com o médico, remetendo a uma ficção e uma teorização metapsicológica do pesquisador em psicanálise. Introduzo, desta maneira, algumas considerações sobre a estratégia da construção do caso.

Esta estratégia metodológica, em contraste com o estudo de caso, não implica em uma realidade psicológica narrada por meio de uma história clínica cronológica. Na verdade, a construção do caso envolve a elaboração de uma hipótese metapsicológica advinda do encontro entre analista e analisando, naquilo que se situa, para o analista, como uma experiência estranhamente familiar (Moura & Nikos, 2001).

Evocando Fédida, Moura e Nikos (2001) destacam que, a fim de construir um caso, é preciso que o analista possa refletir sobre sua contratransferência tendo em vista não só a psicopatologia do paciente como também a dimensão trans-subjetiva da mesma, apontando para sua própria compulsão à repetição e para sua, na verdade, impossível resposta à fala do paciente. Neste sentido, a fim de construir um caso, há de se incluir o trabalho do mesmo no contexto da supervisão.

Esta seria a maior diferença entre o estudo de caso e a construção do caso (Moura & Nikos, 2001). Se no primeiro bastaria a teoria a fim de confirmar ou não a dimensão empírica da clínica apresentada, na construção do caso, “a análise de supervisão é instauradora e constitutiva daquilo que se pode chamar de um caso na psicanálise” (Fédida, 1992, p. 231). O supervisor cumpre, assim, a função de alteridade a partir da qual o caso pode ser construído. Na verdade, um ponto que caracteriza a construção de um caso é o uso da transferência com o analisando e com o supervisor como instrumentos para o mesmo (Moura & Nikos, 2001; Iribarry, 2003).

É interessante também salientar o ponto de vista de Fédida de que, na construção do caso, não é uma temática que faz do caso atendido um caso clínico, mas sim o fato de que o “analista só começa a saber que o paciente tornar-se-á ‘um caso de análise’ em razão mesmo do recalque que sua fala provoca nele, no próprio decorrer das sessões” (Fédida, 1992, p. 217). Em outras palavras, é a clínica no contexto da relação analítica, reconstruída no espaço de supervisão, que constrói o caso, e não uma teoria a ser ilustrada. Mais ainda, uma vez que a clínica reconstruída no espaço de supervisão não segue uma ordem cronológica, mas sim lógica, o mesmo se aplica à construção do caso (Moura & Nikos, 2001).

Queiroz (2002), referindo-se aos estilos de escrita do caso clínico ao longo da história da psicanálise, destaca que o caminho percorrido foi do estilo mais descritivo, passando pelas formas mais discursivas, até chegar, atualmente, ao estilo “performático”, que se refere ao que estamos chamando aqui de “construção do caso”. Segundo a autora, esta forma de conceber o caso coloca o foco na relação transferencial analista-analisando, e não no sujeito em análise, minimizando a importância das categorias nosográficas no saber clínico.

Desta maneira, ao se escrever um caso por meio de sua construção, não se produz um relato que se reduz à experiência em si ou à teoria nele envolvida, mas sim uma ficção

marcada pela transferência cujos personagens são sustentados por eventos e pessoas reais. A escrita do caso não encerra a pesquisa psicanalítica nele implicada (Queiroz, 2005).

Como afirma Chiantaretto (conforme citado em Caon, 2000), ao referir-se ao caso de Serguéi Constantinovitch Pankejeff (Freud, 1918/1996), este caso – talvez o mais comentado e tomado como “exemplar” na psicanálise – se assemelha a uma boneca russa, de forma a esconder sempre outro caso dentro dele. Em outras palavras, um analista pode traçar diversas construções a partir de um mesmo caso, como percebemos com a escrita de Freud em “História de uma neurose infantil” (1918/1996), assim como diferentes analistas podem construir diferentes casos clínicos, apesar de terem como base um mesmo paciente (Freud e Ruth Mack Brunswick, no caso do “homem dos lobos”). Desta forma, percebe-se que o encerramento de uma análise não implica no término do caso clínico ou de suas construções. Na verdade, o término de um processo analítico conclui um tratamento, mas o caso clínico permanece vivo enquanto for fonte de reflexões metapsicológicas, o que insere o lugar da pesquisa por meio da clínica.

Vale à pena aproveitar este comentário sobre o caso do “homem dos lobos” (Freud, 1918/1996) para traçar alguns outros inspirados nele. Caon (2000), a partir do estudo de diferentes narrativas sobre o paciente implicado neste famoso caso clínico, traça algumas reflexões sobre a construção do caso em psicanálise. Dentre as diversas reflexões importantes traçadas em seu artigo, destaca-se a ideia de que o caso clínico construído pelo pesquisador é o relance metapsicológico do discurso do analisando, o qual foi primeiro lançado como formações do inconsciente no contexto da análise. O autor se refere à ideia de “relance” como referente ao *Nachträglichkeit* freudiano, utilizado geralmente nas traduções como “só-depois” (Magno, 2003), “posteriormente” (Laplanche & Pontalis, 1987/2001), e “*a posteriori*” (Hanns, 1996).

Neste sentido, podemos pensar a construção do caso clínico como as construções metapsicológicas do analista ocorridas na tensionalidade do só-depois que reestrutura os eventos clínicos passados, trazendo o discurso do analisando sob uma ótica metapsicológica. Acredito que haja diversos relances ao pensarmos na clínica e no processo de pesquisa em psicanálise. Há, talvez, um primeiro relance por meio das anotações referentes às sessões realizadas. Depois, outros relances advindos das construções ocorridas no espaço de supervisão. Mais ainda, o discurso do analisando é relançado inúmeras vezes no processo de construção de uma dissertação de mestrado em psicanálise, por exemplo.

Nota-se, assim, que a escrita do caso configura um primeiro exercício metapsicológico sobre ele, ocorrido no cenário do só-depois. Este *a posteriori*, assim como a presença de um terceiro – o papel no qual se desenvolve o relato da sessão, o supervisor, o orientador –, parece promover ao analista a possibilidade de se diferenciar e se retirar, em certa medida, da cena da transferência, sendo possível desenvolver construções sobre ela.

É interessante notar o valor da escrita do caso clínico no processo de construção e pesquisa em psicanálise. Como comentado, é perceptível o valor organizador da escrita enquanto *a posteriori* que promove a pesquisa metapsicológica sobre o material clínico. A escrita no cenário da clínica comparece, também, como momento de elaboração das experiências transferenciais junto ao analisando, possuindo importância tanto na condução do caso clínico quanto na produção de conhecimentos a partir dele.

De acordo com Delorenzo, Mezan e Cesarotto (2000), a escrita, para o psicanalista, “é tentar *dominar uma experiência difícil de dizer*, seja por seu *efeito de excesso* ou pela impressão de um vazio. É tentar apoderar-se de algo, cercar, imprimir, *inscrever*, tanto o que o obceca, como o que lhe escapa” (§ 20, grifos nossos). Neste sentido, é quase como se a clínica fosse “traumática” e necessitasse da escrita como via de representação e de integração da experiência.

É possível, tendo em vista esta ideia, refletir sobre o valor do registro das sessões e mesmo das demais formas de escrita da clínica. Berry (1996/2005), em artigo em que relata o caso de uma paciente psicótica, descreve a função da escrita como organizadora e integradora da sua experiência junto à analisanda, havendo um cunho catártico e elaborativo nesta atividade. Mais ainda, como Mezan (2005) destaca ao comentar o artigo de Berry, a escrita do caso lhe possibilitou “ligar as imagens em frases” (p. 237), levando à representação o acúmulo de “sufocamentos que não tinham podido ser simbolizados” (Berry, 1996/2005, p. 233). Segundo a autora, “sem o trabalho da escrita eu teria ficado fechada, sufocada, paralisada” (Berry, 1996/2005, p. 224).

Nesta citação de Berry (1996/2005), destaca-se o caráter potencialmente excessivo e paralisador do pensamento do analista relativo à experiência clínica – o seu teor potencialmente “traumático”. Desta maneira, é interessante pensar sobre o valor da escrita enquanto possibilidade de inscrição e representação dos excessos experimentados na clínica em um momento só-depois. Isto é verdadeiro em especial em face de analisandos, ou momentos de algumas análises, em que se nota a presença intensa e preponderante de angústias precoces, de cunho psicótico. Isto também se nota, por exemplo, na experiência de observação de bebês (Bick, 1948/1967), método utilizado a fim de favorecer a formação do analista em diversas sociedades de psicanálise.

Segundo Houzel (1989), é frequente que o observador de bebês tenha dificuldades em realizar as anotações referentes à observação tendo em vista a grande intensidade emocional envolvida na experiência junto ao bebê e sua família. De acordo com o autor, por muitas vezes é difícil retratar por meio da escrita o que se passou, uma vez que pode incorrer na impressão de um achatamento da vivência, de uma aplanagem da violência e intensidade emocional daquilo que foi vivido.

Neste sentido, a necessidade de escrever sobre o ocorrido se faz ainda mais importante. Traçando um paralelo entre as três funções com que Freud (1911/1996) define a atividade do pensamento e os três momentos da observação de bebês – que, poderíamos complementar, coincidem também com os três momentos do trabalho psicanalítico na clínica – Houzel (1989) destaca que a observação equivale ao momento da atenção, que as anotações correspondem à função de memória, e que a supervisão faz paralelo com a função de julgamento. De acordo com o autor, o respeito a estes três tempos configura um aprendizado no sentido de contrapor os efeitos perturbadores do excesso emocional da experiência de observação – e, a meu ver, também da clínica – sobre nossa atividade de pensamento (Houzel, 1989).

Retomando a escrita da clínica no cenário da pesquisa psicanalítica, podemos refletir sobre o que leva um analista a relançar, diversas vezes, um caso clínico, de forma a escrever e elaborar construções sobre ele. Afinal, se a clínica apresenta-se potencialmente “traumática”, vale lembrar que o conceito de trauma comparece na teoria psicanalítica em duas vertentes: uma que remete à angústia associada à formação de sintomas e à psicopatologia, e uma que endereça uma angústia impulsionadora no sentido da constituição psíquica (Zavaroni & Viana, 2009). A escrita da clínica no cenário do atendimento e da pesquisa em psicanálise, então, parece ser uma via de transformação do excesso emocional das experiências clínicas em representações e produções no sentido de promoção do desenvolvimento científico em psicanálise, assim como pessoal do analista.

Tendo em vista estas questões, assim como as diferenças entre as estratégias metodológicas de estudo de caso e de construção do caso, utilizo neste estudo a estratégia de construção de caso, uma vez que considero esta a estratégia metodológica mais coerente tanto com as características deste trabalho quanto com a própria psicanálise. Contudo, há de se lembrar de algumas questões ao falar sobre o uso que faço desta estratégia na dissertação.

Por exemplo, é importante retomar a discussão feita anteriormente sobre o método psicanalítico na universidade. Inserindo a psicanálise na universidade, podemos problematizar a escrita da clínica e da produção de um saber metapsicológico mediante um outro acadêmico, inserido em uma lógica de produção científica cujas orientações se pautam em modelos positivistas de ciência, em um programa de pós-graduação com especificidades sobre prazos e necessidades de publicação, em um comitê de ética formado por profissionais de outras áreas do conhecimento, etc.

Assim, há alguns aspectos do modelo acadêmico que impõem limitações importantes à pesquisa, em especial a duração de dois anos do mestrado acadêmico e os requisitos referentes aos objetivos de um trabalho de mestrado. Neste sentido, realizo neste estudo um recorte referente ao caso clínico no que tange o conceito de trauma, desenvolvendo construções sobre a clínica no que diz respeito a este construto.

O caso clínico em si extrapola estas bordas aqui erguidas, mas me detenho a desenvolver reflexões teórico-clínicas circunscritas nesta temática. Afinal, o atendimento não ocorreu no contexto da pesquisa do mestrado acadêmico, possuindo esta finalidade. Ao contrário, foi refletindo e escrevendo sobre a clínica com Mariana alguns anos após o início dos atendimentos que a temática e as questões deste mestrado acadêmico se desenvolveram. Desta forma, o recorte temático concernente ao trauma não implica em uma teoria a ser ilustrada pelo caso, ou em uma temática que se impõe sobre a clínica, mas em uma questão que adveio da clínica psicanalítica com Mariana e das reflexões sobre a mesma em espaço de supervisão, havendo a análise pessoal como pano de fundo.

Desta maneira, construo o caso clínico de Mariana de forma a trazer reflexões sobre: o conceito de trauma a partir de Freud, Ferenczi e Winnicott; o papel do ambiente externo no conceito de trauma na literatura psicanalítica; a forma como a criança vivencia o trauma na relação comigo, sua analista; o lugar do analista na clínica com pacientes “traumatizados”.

Além disso, busco levantar reflexões metapsicológicas sobre o trauma a partir da clínica com Mariana.

A fim de construir o caso, utilizo: os registros escritos das sessões realizadas; minhas anotações pessoais sobre os atendimentos e as supervisões, nas quais estão inclusos também comentários sobre minhas sensações no curso do atendimento e da supervisão; minha própria compreensão atual ao revisitar estes registros e meus diálogos sobre o caso com a orientadora desta dissertação.

Percebe-se, assim, a minha implicação tanto no caso construído quanto no desenvolvimento desta pesquisa psicanalítica em si. Este movimento é coerente com as questões concernentes à experiência de pesquisa psicanalítica comentadas anteriormente, inclusive quando vivida no contexto universitário. Como pesquisadora em psicanálise no contexto de mestrado acadêmico, vivenciei estas questões no processo de escrita, de forma a me levar a assumir o lugar de primeira pessoa do singular na maior parte desta dissertação. Esta escolha é sustentada pela minha inevitável implicação no texto que produzo, nas construções clínicas que apresento, e nas percepções e conexões teórico-clínicas que aqui desenvolvo.

Há ainda um ponto a ser discutido com relação ao caso tratado neste estudo. Mariana iniciou o atendimento comigo aos três anos de idade e ainda se encontra em tratamento (atualmente, a criança se encontra com quase sete anos). Queiroz (2002) lembra que Freud afirmava que um caso clínico ainda em tratamento não era um caso indicado para uso em elaborações científicas. Esta contra-indicação se justifica pelo fato de que as teorizações podem interferir na escuta do analista, quebrando a escuta flutuante – uma das regras fundamentais da análise – assim como pela impossível distância necessária entre pesquisador e objeto de estudo, tendo em vista a implicação do analista na relação transferencial com o analisando.

Contudo, apesar de parecerem contraditórias as posturas do pesquisador e do analista nestas situações, é complicado separar os lugares da pesquisa e do tratamento em psicanálise, como vimos em Berlinck (2002). Mais ainda, estes lugares coincidem, sendo nem sempre possível aguardar o término do tratamento a fim de extrair da clínica o material para o desenvolvimento de construções teóricas (Queiroz, 2002). Na verdade, considero pertinente a observação de Queiroz (2005) ao dizer que, em sua opinião, “enquanto há algo a dizer sobre um caso, a análise continua” (p. 61). Na verdade, a autora (Queiroz, 2002) lembra que o próprio Freud não se manteve fiel à própria proposta, indicando o bom senso como a melhor ferramenta a fim de decidir o momento da escrita de um caso.

Desta maneira, destaco que a escolha de utilizar o caso de Mariana nesta dissertação envolve dimensões que, como a autora comentou, passam pelo “bom senso”. Dentre elas se encontra a que diz respeito ao momento atual da análise de Mariana, o que implica em mudanças nos seus processos subjetivos, na transferência, etc.; à minha contínua análise pessoal; ao contínuo espaço de supervisão; dentre outros. Contudo, para além destas questões, acredito que o fato do caso “advir” – ou seja, vir a ser e a trazer esta temática e seus questionamentos à tona a partir das construções feitas no espaço da supervisão ao longo dos anos – justifica, em si, a validade do seu uso nesta pesquisa.

É interessante também pensar sobre a temática do trauma advinda das construções sobre o caso clínico e o movimento advindo do caso por escrevê-lo, de forma a ocupar lugar-chave nesta pesquisa. Como destacado anteriormente, a escrita da clínica implica as experiências emocionais do analisando junto ao analista, de forma a levar o analista a tentar “dominar uma experiência difícil de dizer” (Delorenzo, Mezan & Cesarotto, 2000, ¶ 20), de forma a “ligar as imagens em frases” (Mezan, 2005, p. 237).

Acredito que, em grande medida, a escrita sobre as sessões teve função parecida para mim em muitos momentos do tratamento de Mariana. Contudo, para além da função da

escrita no caso clínico, percebo na sensação de excesso que experimentei no atendimento a esta criança um dos elementos que vieram me chamar a atenção para a temática do trauma nesta análise. Isto ocorreu para além do “traumático” da experiência clínica para o analista. Na verdade, o caso clínico de Mariana continha um fator traumático relativo à experiência da criança acerca de seu processo de vida, comunicado a mim por meio de mecanismos precoces na clínica com ela. Em outras palavras, o “traumático” da clínica com Mariana me impulsionou a escrever e traçar elaborações sobre ela, de forma a, *a posteriori*, promover que eu me deparasse com a temática do trauma e refletisse metapsicologicamente sobre ela.

Ao escrever um caso, é importante pensar nas questões éticas envolvidas. Afinal, a escrita da clínica implica na exposição de aspectos da intimidade do *setting* analítico, um ambiente que deve ser seguro, sigiloso e confiável a fim de que seja possível o desenvolvimento da análise. Assim, com o objetivo de proteger a identidade da paciente, de seus familiares, e da análise em si da interferência da divulgação do caso, os dados da criança e de seus responsáveis foram trocados por dados fictícios, e utilizo apenas as informações estritamente necessárias às reflexões teórico-clínicas desenvolvidas nesta dissertação.

Tendo em vista estas reflexões e esclarecimentos concernentes ao método e à estratégia metodológica utilizados neste estudo, apresento a seguir revisões e reflexões teóricas sobre o conceito de trauma em psicanálise, organizadas de forma a compor a Parte 1 desta dissertação.

PARTE 1
SOBRE O TRAUMA E SEUS EFEITOS

*O vaso onde morrem estas verbenas,
Rachou-o um leque que o tocou:
Golpe sutil, roçou-o apenas,
Pois nem um ruído o revelou.*

*Mas a ferida persistente,
Mordendo-o sempre e sem sinal,
Fez, firme e imperceptivelmente,
A volta toda do cristal.*

*A água fugiu calada e fria,
A seiva toda se esgotou;
Ninguém de nada desconfia.
Não toquem, não, que se quebrou.*

(Sully Prudhomme¹, 1865/2001)

¹ Tradução de Guilherme de Almeida com adaptações nossas, tendo em vista o texto original em francês.

SOBRE O TRAUMA E SEUS EFEITOS: UMA INTRODUÇÃO

A etimologia da palavra “trauma” remete ao grego *τραύμα*, termo que significa “ferida”. Na medicina, trauma, assim como traumatismo, são termos utilizados há muito tempo, fazendo referência, em especial, a três significações: choque violento, uma efração, e conseqüências sobre o conjunto da organização. A psicanálise, por sua vez, importou este termo e desenvolveu-o como conceito, o qual sofreu diversas transformações ao longo do tempo e de acordo com cada autor, mas manteve a transposição destas significações oriundas da prática médica, referentes ao corpo, para o psiquismo (Laplanche & Pontalis, 1987/2001).

Neste sentido, Laplanche e Pontalis (1987/2001) definem o trauma como:

Acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica. Em termos econômicos, o traumatismo caracteriza-se por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito e à sua capacidade de dominar e de elaborar psicologicamente estas excitações (p. 522).

Entretanto, como ressalta Maia (2004), a experiência traumática possui não uma, mas duas vertentes de sentido desde sua raiz etimológica. Analisando sua origem indo-européia, a autora comenta que a palavra “trauma” pode ser definida tanto como “friccionar”, “triturar” e “perfurar” quanto como “ultrapassar”, “suplantar”, “passar através”. Segundo Maia (2004), estas vertentes de sentido do trauma se apresentam como relativamente opostas – uma apontando para um dano sobre uma superfície e a outra para a superação de um obstáculo – o que também é pertinente ao verificarmos os desdobramentos do desenvolvimento do trauma como conceito ao longo da psicanálise.

A questão do trauma psíquico está presente na psicanálise desde o começo do desenvolvimento deste campo. Segundo Uchitel (2001), Freud, por volta de 1887, passa a estudar com Charcot no Hospital *Salpêtrière*, interessando-se pelos seus estudos sobre a histeria. Para Charcot, a origem da neurose não dizia respeito exclusivamente a fatores

orgânicos ou fisiológicos, direção em que iam os trabalhos até então. Apesar de considerar a herança como um fator fundamental, Charcot concebia a existência de uma lesão cortical de caráter dinâmico e funcional nos casos de histeria, gerada pela história de vida do paciente, na qual lhe interessava particularmente os eventos que desencadeavam o quadro psicopatológico.

A partir do contato com as idéias e os ensinamentos de Charcot, Freud construiu uma nova compreensão sobre a histeria, percebendo a importância tanto de fatores psicogênicos quanto de natureza sexual no desenvolvimento dos sintomas histéricos. Por meio da experiência de atendimento a estes pacientes, a qual lhe forneceu ampla observação clínica, Freud desenvolveu seus estudos sobre os fatores envolvidos no estabelecimento deste quadro psicopatológico, encontrando no trauma de natureza sexual um ponto em comum entre seus pacientes (Fulgêncio, 2004). Inicia aí os estudos de Freud sobre o trauma, inserindo a temática no campo da origem da psicanálise.

Desta maneira, traço a seguir uma breve revisão crítica sobre o conceito de trauma na obra de Freud, destacando alguns aspectos de suas reflexões sobre esta temática. Em seguida, detenho-me sobre as idéias de Ferenczi acerca do trauma, seus efeitos sobre o psiquismo e as questões envolvidas em sua clínica com pacientes que experimentaram traumas no processo de vida. Por fim, desenvolvo uma revisão crítica sobre o conceito de trauma na obra de Winnicott, destacando sua relação com as falhas do ambiente e com a questão da dependência, assim como os impactos do trauma junto ao processo de amadurecimento pessoal do indivíduo. Além disso, apresento algumas reflexões de Winnicott sobre trauma e as ansiedades impensáveis.

CAPÍTULO 1

O TRAUMA EM FREUD: UMA REVISÃO CRÍTICA

Uma das coisas que aprendi é que se deve viver apesar de. Apesar de, se deve comer. Apesar de, se deve amar. Apesar de, se deve morrer. Inclusive muitas vezes é o próprio apesar de que nos empurra para a frente.
(Clarice Lispector, 2005)

1.1. Introdução

Ao nos debruçarmos sobre as análises desenvolvidas por alguns autores sobre o conceito de trauma em Freud, percebemos que há aqueles que consideram que a teoria do trauma foi de fato significativa apenas na pré-história da psicanálise, uma vez que a maioria das ocorrências do termo “trauma” na obra de Freud é precedente a 1897 (Seganfredo, 2008). Contudo, a maioria dos autores reconhece ser este um conceito continuamente retomado e tratado nos desenvolvimentos teóricos de Freud, possuindo importância singular para a psicanálise (Outeiral & Godoy, 2003). Dentre estes, muitos propõem “divisões” da obra freudiana com base em articulações conceituais e cronológicas, de forma a proporcionar um entendimento didático sobre os contrastes e continuidades das reflexões do autor.

A divisão proposta por Masud Khan (1963/1974) se destaca tendo em vista seu alcance na comunidade psicanalítica. Segundo o autor, é possível notar cinco momentos nos desenvolvimentos teórico-clínicos sobre o trauma em psicanálise, tangendo as obras de Freud nos quatro primeiros. Estes quatro momentos são: 1) as obras entre 1885 e 1905; 2) as obras entre 1905 e 1917; 3) os escritos de 1917 a 1926; 4) os escritos de 1926 a 1939.

Já outros autores propõem uma divisão em três momentos. Knoblock (1998) destaca um primeiro período entre 1892 e 1897, no qual estão abarcadas as primeiras formulações sobre trauma, pautadas na idéia da sedução real traumática na etiologia da histeria. O segundo momento, de acordo com a autora, é aquele que abarca as obras em que se percebe a passagem do trauma externo e real para o interno, relativo às fantasias inconscientes e ao desejo. Por fim, a autora destaca a obra “Inibição, sintoma e ansiedade” (Freud, 1926/1996)

como representativa do terceiro momento do trauma em Freud, a qual denuncia a articulação entre os conceitos de angústia e trauma. Similar a esta divisão é a proposta por Almeida-Prado e Féres-Carneiro (2005), para as quais também é possível dividir a obra de Freud em três momentos. O primeiro compreende as obras entre 1893 e 1905, o segundo entre 1905 e 1920, e o terceiro entre 1920 e 1939.

Tendo em vista os objetivos desta dissertação, a apresentação dos desenvolvimentos freudianos sobre o conceito de trauma está organizada em três momentos-chave, pautados em especial nas proposições de Almeida-Prado e Féres-Carneiro (2005). É importante destacar que esta divisão é didática e artificial, de forma que a obra freudiana não se apresenta como linear, com uma progressão de etapas sobre um assunto, mas muito mais como movimentos de idas e vindas e de sobreposição de seus pensamentos.

É importante lembrar, ainda, que o pensamento freudiano não é feito de rupturas, e sim de processos contínuos e espiralados, de forma que os recortes temporais são apenas formas de destacar e ilustrar as mudanças e transformações do conceito de trauma na obra de Freud. Desta maneira, com a finalidade de organizar esta apresentação sobre este conceito no percurso do autor, escolhi partir desta divisão didática a fim de expor algumas questões concernentes à temática. Tendo em vista as questões apontadas, entretanto, escolhi indicar os diferentes momentos sempre entre aspas a fim de destacar a artificialidade desta divisão.

A escolha por utilizar como modelo a divisão proposta por Almeida-Prado e Féres-Carneiro (2005) se deu uma vez que a maioria dos recortes propostos pelas autoras coincide com os aspectos do conceito de trauma em Freud a serem destacados por este estudo, tendo em vista a articulação conceitual-cronológica envolvida nas obras abarcadas por cada período. Vale destacar, entretanto, que a delimitação temporal quanto às obras abarcadas no “primeiro momento” foi alterada.

Esta escolha se deu uma vez que este período abarcava obras que, a meu ver, inseriram mudanças muito significativas quanto às reflexões freudianas sobre o tema, merecendo serem destacadas e/ou apontadas como pertencentes a outro momento da teorização do autor sobre o conceito de trauma. Assim, a delimitação de 1893 a 1905 envolve documentos como a Carta 69 a Fliess (Freud, 1950[1897]/1996), “A Interpretação dos Sonhos” (Freud, 1900/1996) e, no ponto de passagem para o “segundo momento”, “Os Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade” (Freud, 1905/1996).

Tendo em vista esta ampla quantidade de obras significativas englobada pelo primeiro período proposto por Almeida-Prado e Féres-Carneiro (2005), preferi delimitar o “primeiro momento” como de 1893 a 1900, data da publicação de “A Interpretação dos Sonhos” (Freud, 1900/1996). Entretanto, destaco que percebo a Carta 69 a Fliess como um marco quanto ao início do processo de passagem para o “segundo momento”, sendo “A Interpretação dos Sonhos” (Freud, 1900/1996) um marco da consolidação desta passagem.

Além disso, é necessário comentar que, apesar de se manter a divisão da obra de Freud em três momentos, entendo que este recorte implica em períodos muito longos e que abarcam obras extremamente importantes e singulares, trazendo delineamentos diferentes quanto ao conceito de trauma. Entretanto, escolhi manter esta divisão uma vez que o objetivo deste capítulo é desenvolver uma breve revisão crítica sobre este conceito no percurso de Freud, dando destaque apenas àqueles elementos que tangem de forma mais significativa os objetivos deste estudo. Em adição, acredito que a fragmentação excessiva da obra por meio de seu recorte em múltiplos períodos implicaria no risco de perder o tom processual e de diálogo entre as obras e os “momentos” do trauma em Freud.

Assim, apresento algumas questões relativas ao conceito de trauma no percurso freudiano a partir de três “momentos”: o primeiro abarcando as obras entre 1893 e 1900; o segundo os escritos entre 1900 e 1920; e o terceiro as publicações entre 1920 e 1939.

É interessante notar o fato de que, tanto na divisão proposta neste trabalho quanto na dos autores citados anteriormente (Almeida-Prado & Féres-Carneiro, 2005; Khan, 1963/1974; Knoblock, 1998), os marcos apontados quanto o conceito de trauma na obra de Freud geralmente coincidem com os momentos marcantes da metapsicologia freudiana. São alguns destes momentos o início das reflexões psicanalíticas (Freud, 1897/1996), a fundação da psicanálise (Freud, 1900/1996), a inserção das fantasias na teoria psicanalítica e a descoberta da sexualidade infantil (Freud, 1905/1996), o desenvolvimento do conceito de pulsão de morte e o da compulsão à repetição como princípio de funcionamento psíquico (Freud, 1920/1996), o papel do desamparo no psiquismo (Freud, 1926/1996), etc.

Estas coincidências parecem ressaltar a importância do conceito de trauma no desenvolvimento da psicanálise freudiana, assim como sua presença ao longo de toda a obra de Freud. Como aponta Fuks (2000), “a psicanálise nasce com a teoria traumática e o conceito de trauma psíquico percorre toda sua história, ao longo da qual sofre uma evolução considerável” (Fuks, 2000, ¶ 1).

1.2. O “Primeiro Momento”: A Sedução Traumática

Tendo em vista as considerações feitas anteriormente, o “primeiro momento” do trauma na obra de Freud é aqui pensado como compreendendo seus escritos entre 1893 e 1900. Este momento se refere ao trauma como relacionado à sedução sexual real de um adulto a uma criança, ocupando lugar de destaque na etiologia das neuroses. Nesta perspectiva, “o efeito traumático da sexualidade se relaciona com a imaturidade da criança que é confrontada passivamente com a sexualidade adulta sem condições físicas ou psíquicas de integrar o trauma em suas experiências” (Zornig, 2000, p. 41).

Neste “primeiro momento”, alguns aspectos sobre a compreensão do conceito de trauma se destacam: ele é relativo a um fator externo que invade o sujeito, criando um

excesso de excitações que não é passível de ser descarregado pelo psiquismo; este fator externo é de natureza sexual; o evento traumático deve ocorrer durante a infância. Segundo Freud (1896/1996):

Para causar a histeria, não basta ocorrer em algum período da vida do sujeito um evento relacionado com sua vida sexual e que se torne patogênico pela liberação e supressão de um afeto aflitivo. Pelo contrário, *tais traumas sexuais devem ter ocorrido na tenra infância, antes da puberdade, e seu conteúdo deve consistir numa irritação real dos órgãos genitais (por processos semelhantes à copulação)* (p. 164, grifos do autor).

Desta maneira, os estudos de Freud neste primeiro momento de suas reflexões consistem no que foi chamado de “teoria da sedução traumática”, cujo desenvolvimento ocorreu a partir da obra “Estudos sobre a histeria” (1897/1996). Nesta teoria, ele prima pela idéia da ocorrência de uma ação traumática em dois tempos, ou seja, o trauma seria compreendido como a atualização de uma cena mais antiga.

Segundo a teoria da sedução traumática, o sujeito neurótico teria sofrido uma sedução sexual real por uma figura paterna na infância. Esta sedução teria sido recalcada, constituindo um núcleo patogênico e configurando o primeiro tempo da ação traumática (Freud, 1950 [1895]/1996). Uma vez que, neste momento de sua obra, Freud ainda não havia se defrontado com as questões relativas à sexualidade infantil, o caráter sexual da sedução do adulto não seria percebido pela criança.

Em um segundo momento, contudo, o sujeito neurótico, já na puberdade, vivenciaria outra cena que evocaria a primeira, tornando-a traumática. Esta evocação da primeira cena pela segunda decorreria do desenvolvimento da sexualidade na adolescência (Freud, 1950 [1895]/1996). Ou seja, de acordo com as reflexões de Freud neste período, seria através da experiência atual que a memória de um evento ganharia um caráter traumático, como a célebre frase freudiana de que “os histéricos sofrem principalmente de reminiscências” (Freud, 1893/1996, p. 43) bem expressa.

É importante destacar que, apesar do foco estar na sedução sexual real por parte de um adulto a uma criança, Freud (1897/1996) destaca a dimensão afetiva no estabelecimento de uma vivência como traumática. Além disso, o autor abre espaço para se pensar outras experiências, para além da sedução sexual, que possam atuar como traumáticas na vida do sujeito. Em outras palavras, Freud já destaca a dimensão intrapsíquica do sujeito na idéia de trauma, em especial considerando a susceptibilidade de cada um na significação de um evento como traumático, e não restringe totalmente este evento a um episódio de sedução.

Segundo o autor:

Nas neuroses traumáticas, a causa atuante da doença não é o dano físico insignificante, mas *o afeto do susto* - o trauma psíquico. De maneira análoga, nossas pesquisas revelam para muitos, se não para a maioria dos sintomas histéricos, causas desencadeadoras que só podem ser descritas como traumas psíquicos. *Qualquer experiência* que possa evocar *afetos aflitivos* - tais como os de *susto, angústia, vergonha ou dor física* - pode atuar como um trauma dessa natureza; e o fato de isso acontecer de verdade depende, naturalmente, da *suscetibilidade da pessoa afetada* (Freud, 1893/1996, pp. 41-42, grifos nossos).

A dimensão intrapsíquica do trauma, cujos traços já se encontravam nos primeiros escritos de Freud, foi, aos poucos, ganhando maior importância em suas reflexões teóricas. Um exemplo importante é a Carta 52 a Fliess (Freud, 1950[1896]/1996), na qual Freud faz alusão à idéia de traço mnêmico no contexto da metáfora da escrita sobre o funcionamento psíquico. Por meio desta metáfora, o autor destaca as inscrições que as experiências infantis deixam no psiquismo.

É interessante notar que Freud, nesta carta à Fliess, passa a destacar mais o papel da inscrição das experiências infantis do que a experiência em si. A vivência não seria acessível, até porque, segundo Freud, elas seriam apercebidas pelos “neurônios da percepção”, os quais se ligariam à consciência, mas seriam destituídos de memória. Nota-se assim que, uma vez que a vivência em si seria inacessível, o traço mnêmico é que seria o elemento de importância, estando implicado na constituição e no funcionamento psíquico.

Segundo Freud (1950[1896]/1996), estes sucessivos traços representariam a realização psíquica de épocas também sucessivas da vida, de forma a ser necessário, na fronteira entre elas, a tradução dos traços que configuram o material psíquico. Em outras palavras, Freud faz alusão à função da representação dos traços mnêmicos – representação palavra – a fim de que o sujeito possa continuar se desenvolvendo sem entraves patológicos.

Contudo, no cenário de falhas na tradução destas inscrições – cujo motivo seria “sempre a produção de desprazer que seria gerada por uma tradução; é como se esse desprazer provocasse um distúrbio do pensamento que não permitisse o trabalho de tradução” (Freud, 1950[1896]/1996, p. 319) – a lembrança não conseguiria ser inibida, evocando os mesmos efeitos de quando foi registrada. Estes casos, para Freud, seriam inevitavelmente referentes a eventos de natureza sexual.

Neste sentido, Freud comenta que os ataques histéricos seriam reproduções corporais destas vivências não representadas e excessivas em seu desprazer, da ação direcionada a outra pessoa que, na maior parte das vezes, é “uma outra pessoa pré-histórica, inesquecível, que nunca é igualada por nenhuma outra posterior” (Freud, 1950[1896]/1996, p. 324). Freud exemplifica este ponto se referindo a um paciente que choramingava ao dormir da mesma forma como fazia para sua mãe levá-lo para sua cama quando era pequeno, tendo ela falecido quando o paciente tinha 22 meses de idade.

Nota-se, desta maneira, como Freud passa a enfocar não mais o fato concretamente vivido, mas sim as marcas que a vivência deixa no psiquismo da criança em termos de prazer e desprazer. Além disso, é interessante perceber como a idéia da ausência de representação e trauma se apresenta frente às reflexões de Freud sobre os impactos das falhas na tradução dos traços mnêmicos, assim como pelo lugar do corpo na repetição da lembrança. Estas idéias serão retomadas em outros momentos por Freud, assim como por autores como Ferenczi.

Percebe-se, assim, o crescente afastamento da teoria da sedução traumática e o maior enfoque nos eventos intrapsíquicos implicados na sintomatologia histérica. De fato, com o passar do tempo, Freud foi revendo algumas questões sobre sua teoria do trauma, como na carta 69 a Fliess (Freud, 1950[1897]/1996), quando afirma que "não acredito mais na minha neurótica" (p. 350). A partir deste momento, Freud questiona a pertinência da realidade concreta das cenas de sedução narradas em sua clínica da histeria, de forma a apontar para o início das suas formulações que caracterizam o que estamos chamando aqui do “segundo momento” de sua teoria sobre o trauma. Daí a importância desta carta como demarcadora da passagem do “primeiro” para o “segundo” momento sobre o trauma em sua obra.

1.3. O “Segundo Momento”: Fantasias e Estruturação do Sujeito

Como as cartas 52 e 69 a Fliess bem ilustram, Freud passa a considerar as narrativas de suas pacientes históricas, em especial no que diz respeito à sedução paterna, como fantasias, dando destaque ao mundo interno do sujeito ao se pensar no conceito de trauma. Ao mesmo tempo, apesar de passar a focar mais as questões concernentes ao intrapsíquico, Freud demonstra entender o aparelho psíquico não como uma instância estanque e dada organicamente, mas sim como em relação com as experiências que atravessam a vida do sujeito, em especial nos primeiros anos de vida (Zavaroni & Viana, 2009).

Estas mudanças introduzem o “segundo momento” das reflexões freudianas sobre o trauma, que compreende, aproximadamente, suas obras entre 1900 e 1920. Se a Carta 69 a Fliess (1950[1897]/1996) inaugura o início da passagem para o “segundo momento” de suas reflexões sobre o trauma, a publicação de “A Interpretação dos Sonhos” (Freud, 1900/1996) firma esta mudança de olhar em Freud, além de inaugurar a psicanálise propriamente dita.

A partir de “A Interpretação dos Sonhos” (Freud, 1900/1996), Freud passa a destacar o quanto as construções do sujeito sobre sua infância remetem mais ao desejo inconsciente e

menos aos fatos vividos na infância. Assim, a infância que o sujeito reconstrói em análise passa a ser, de fato, uma reconstrução sobre seu infantil, procurando não obter lacunas, mas revelar o sujeito do inconsciente (Zavaroni, Viana & Celes, 2007). Evidencia-se, assim, o afastamento do enfoque nos acontecimentos de vida, ganhando espaço o privilégio da realidade psíquica e das fantasias no olhar da psicanálise sobre o sujeito.

O pensamento de Freud continua a se desenvolver neste sentido e ganha contornos importantes com “Os Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade” (Freud, 1905/1996). Nesta obra, Freud reafirma o paradoxo de que o infantil remete aos primeiros anos de vida, período que é, ao mesmo tempo, “esquecido” e determinante. Assim, ele destaca o recalque, evidenciado pela “amnésia que, na maioria das pessoas (...), encobre os primeiros anos da infância” (Freud, 1905/1996, p. 163).

É nesta obra que Freud consolida a idéia da precocidade da vida mental, indicando a presença de atividades psíquicas inconscientes desde o nascimento. Desta maneira, o material recalado envolve vivências muito precoces e da ordem do inominável, sendo atemporal, de caráter a-histórico.

Estes desenvolvimentos freudianos vêm consolidar a importância da primeira infância no processo de constituição psíquica, o que implica em destacar o papel das impressões que o sujeito desenvolve sobre suas vivências infantis. Há aqui uma interface entre a infância como período de vida – de vivências com o ambiente externo – e o infantil – reconstruções das vivências a partir do mundo interno do sujeito. Entretanto, nota-se o enfoque maior nas impressões que estas vivências deixam no sujeito do que nas vivências em si, apesar de não desconsiderá-las.

Além destas questões, “Os Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade” (Freud, 1905/1996) consiste na obra em que Freud desenvolve a teoria sobre a sexualidade infantil, caracterizada como perverso-polimorfa e consistindo na sexualidade humana. Ao se

referir aos cuidados parentais sobre o bebê, Freud destaca que as atividades de cuidado constituem para a criança uma fonte de prazer sexual por meio da estimulação das zonas erógenas de seu corpo. Esta erotização do corpo do bebê é possível, segundo o autor, tendo em vista o lugar da própria sexualidade e prazer do adulto que desempenha estas funções de cuidado (Freud, 1905/1996).

Assim, Freud traça elaborações sobre o papel dos cuidados iniciais prestados pela mãe ao seu bebê, os quais erotizam o corpo da criança – remetendo ao recalque mítico, que funda o psiquismo (Freud, 1905/1996). Ao mesmo tempo, ele muda suas reflexões sobre a sedução paterna, mudança esta que marca de forma significativa sua obra e sua metapsicologia. Se nos escritos prévios a 1897 esta sedução era real, com os “Três Ensaios” (Freud, 1905/1996) ela se consolida como de natureza fantasmática – remetendo ao tempo edípico.

Desta forma, ao passar a considerar a sexualidade infantil e sua articulação com a constituição do sujeito, Freud vai modificar algumas questões sobre sua concepção acerca do trauma. Ela continua pautada em dois tempos: “um primeiro momento no qual a cena primária se constitui no elemento traumático pela impossibilidade da criança em significar a experiência sexual; e um segundo tempo de retroação subjetiva, no qual por meio da operação de recalqueamento” (Zornig, 2000, p. 44), o sujeito pode reeditar sua história.

Ou seja, Freud, a partir de sua descoberta e desenvolvimentos teóricos sobre a sexualidade infantil (Freud, 1905/1996), passa a entender que uma cena mais recente evocaria o conteúdo sexual recalqueado da cena infantil, constituindo a ação adiada do trauma que ele já comentava em seus escritos precedentes (Freud, 1950[1895]/1996). Em outras palavras, a idéia de que a cena infantil seria traumática apenas posteriormente se mantém, ainda que modificada. A questão da ação traumática *a posteriori* permanece ao longo de toda obra freudiana, ainda que apresentando algumas mudanças, e caracteriza uma idéia importante na teoria de Freud sobre o trauma em dois tempos.

Uma destas mudanças, em especial quando comparamos o “primeiro” e “segundo momento” de sua teoria sobre o trauma, se refere à natureza da cena traumática do primeiro tempo. Agora, no “segundo momento” de sua obra, a situação traumática não se refere mais, necessariamente, a um evento concreto testemunhado pela criança, mas muito mais às fantasias originárias (fantasias universais). Segundo Freud, em nota de 1920 adicionada aos “Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade” (1905/1996):

Entre as fantasias sexuais do período da puberdade sobressaem algumas que se singularizam por sua universalidade e sua considerável independência do que foi vivenciado pelo indivíduo. Assim, as fantasias de escutar as relações sexuais dos pais, da sedução pelas pessoas amadas, da ameaça de castração, aquelas cujo conteúdo é a permanência no ventre materno (...) (pp. 213-214).

Contudo, apesar destas fantasias não necessariamente corresponderem em si ao que foi vivido pelo sujeito, Freud aponta para o fato de que elas se estabelecem a partir de indícios reais, de componentes presentes na infância do indivíduo (Freud, 1917/1996).

O mesmo já era apontado na “Interpretação dos Sonhos” (Freud, 1900/1996), quando Freud apresenta a importância das fantasias e sua equivalência com os sonhos diurnos, comentando sobre seu papel nos sintomas histéricos. Estes sintomas não seriam mais desencadeados por lembranças reais, mas sim tendo em vista “fantasias construídas *com base em lembranças*” (Freud, 1900/1996, p. 524, grifos nossos).

Em outras palavras, as fantasias teriam as vivências reais do sujeito com o outro, com o ambiente externo, como ponto de partida e sustentação. Vale lembrar, contudo, que a questão da fantasia na obra de Freud é muito complexa e abrange diferentes conceitos, como fantasias conscientes, fantasias inconscientes, e fantasias originárias, não sendo o objetivo deste trabalho se aprofundar em seu estudo. Assim, comentarei apenas alguns aspectos destes conceitos no que tange a temática deste trabalho.

É interessante notar que a dimensão da vivência real, ainda que não por parte do sujeito, também comparece no conceito de fantasias originárias, o qual muito marcou este

“segundo momento” da teoria freudiana sobre o trauma. Neste conceito, Freud destaca a presença de um componente filogenético em sua base, uma vez que:

(...) todas as coisas que nos são relatadas hoje em dia, na análise, como fantasia – sedução de crianças, surgimento da excitação sexual por observar o coito dos pais, ameaça de castração (ou, então, a própria castração) – foram, em determinada época, *ocorrências reais dos tempos primitivos da família humana*, e que as crianças, em suas fantasias, simplesmente preenchem os claros da verdade individual com a verdade pré-histórica (Freud, 1917/1996, p. 373, grifos nossos).

Assim, é importante notar que o fator da vivência real não desaparece das reflexões freudianas e de seus desenvolvimentos teóricos neste “segundo momento” do trauma em sua obra; contudo, elas ganham lugar secundário. Desta maneira, o “segundo momento” da teoria freudiana sobre o trauma pode ser caracterizado como priorizando as fantasias e a realidade psíquica como via de compreensão dos conflitos e das vivências traumáticas do sujeito.

Além disso, é importante destacar o enfoque econômico conferido ao trauma de maneira especial nas obras deste período, tendo em vista o desenvolvimento do conceito de pulsão (Freud, 1915/1996) e o desdobramento da teoria freudiana sobre a libido. Segundo Freud (1917/1996):

(...) o termo “traumático” não tem outro sentido senão o sentido econômico. Aplicando-o a uma experiência que, em curto período de tempo, aporta à mente um acréscimo de estímulo excessivamente poderoso para ser manejado ou elaborado de maneira normal, e isto só pode resultar em perturbações permanentes da forma em que essa energia opera (p. 283).

Neste sentido, Fulgêncio (2004) ressalta que Freud, ao considerar o trauma como afluxo excessivo de excitação, acaba por inseri-lo como próprio ao processo de constituição psíquica, uma vez que o psiquismo é produto dos resíduos energéticos advindos das proibições e renúncias das satisfações pulsionais. Segundo o autor, o processo de constituição psíquica implica em lidar com excitações cuja descarga não é possível, “o que implica não só numa renúncia, mas também a retenção de uma quantidade de energia que deverá procurar outra via de descarga” (Fulgêncio, 2004, 259).

Na verdade, não só a compreensão econômica do trauma abre espaço para entendê-lo como processo inerente à constituição psíquica. Como destacado anteriormente, Freud desenvolve a relação entre trauma e fantasias originárias, situando-o como parte dos processos que fundam e estruturam o sujeito. Neste sentido, podemos perceber que, por um lado, o conceito de trauma comparece como estruturante e estrutural ao sujeito, em especial por meio da fantasia de ameaça de castração e sua íntima relação com o Complexo de Édipo.

Na verdade, ao se pensar o trauma em termos dinâmicos e econômicos, em especial tendo em vista as construções freudianas deste “segundo momento”, é possível situar o nascimento, os complexos de castração e de Édipo, dentre outros, como traumas estruturantes, uma vez que implicam em excessos, sofrimento e angústia, mas que, no entanto, viabilizam a constituição psíquica (Zavaroni & Viana, 2009).

Por outro lado, o trauma comparece na psicanálise de Freud como relativo ao patológico, à formação de sintomas, à angústia. Na verdade, o trauma psíquico em Freud faz referência tanto às angústias presentes no processo de constituição psíquica da criança quanto às angústias da ordem do excesso, da vivência de experiências que não são passíveis de serem representadas (Zornig & Levy, 2008). É com base nas construções freudianas sobre este segundo sentido que se pauta esta revisão crítica da obra do autor, assim como a divisão didática aqui utilizada entre os “momentos” de sua teoria sobre o trauma. Assim, podemos destacar que a maior mudança tomada como definidora da passagem do “primeiro momento” para o “segundo” foi a do foco da sedução como experiência real para as fantasias do sujeito.

Entretanto, apesar de falarmos em uma passagem entre o “primeiro” e o “segundo momento”, Freud comenta que a discussão sobre as neuroses serem endógenas (idéia de constituição e de fixação da libido) ou exógenas (ligada a experiências de vida traumáticas, à frustração) é infrutífera. Ao retomar a discussão sobre a causação das neuroses, Freud (1917/1996) comenta:

Quanto à sua causação, os casos de doença neurótica enquadram-se numa série, dentro da qual os dois fatores - constituição sexual e experiência, ou, se preferirem, fixação da libido e frustração - estão representados de tal modo que, quando um dos fatores é mais forte, o outro o é menos. (...) Nos casos intermediários da série, um maior ou menor grau de predisposição na constituição sexual se combina com um grau menor ou maior de experiências nocivas na vida das pessoas. Sua constituição sexual não as teria levado à neurose, se não tivessem tido essas experiências, e essas experiências não teriam tido um efeito traumático sobre tais pessoas se sua libido tivesse sido disposta de outra forma (p. 350).

Desta maneira, percebe-se que o pensamento de Freud não cria uma dicotomia entre os âmbitos internos e externos ao sujeito, mesmo que, em diferentes momentos de sua teoria, ele prioriza um ou outro aspecto. Esta observação nos permite perceber não só que a divisão da teoria freudiana sobre o trauma em três momentos não é rígida e bem delimitada como, e em especial, que Freud deixou aberturas para se pensar as diferentes dimensões do trauma, não o reduzindo a uma etiologia interna ou externa. Na verdade, nesta citação, Freud evidencia o movimento de conjunção – de articulação – entre os âmbitos interno e externo no desencadeamento da neurose e de um efeito traumático de uma vivência – seja ela relativa ao mundo interno ou externo do sujeito. Em outras palavras, é necessário levar em conta ambos os aspectos e sua inter-relação a fim de refletir sobre trauma.

No caso do homem dos lobos (Freud, 1918/1996), por exemplo, Freud traça primeiramente uma discussão sobre a história de vida de seu paciente, desenvolvendo uma análise sobre as relações entre ele e seus familiares, das psicopatologias dos membros da família, assim como dos acontecimentos em si. Contudo, Freud destaca que o que marca um momento de mudança nos comportamentos de seu paciente na infância, no sentido do desencadeamento de seu adoecimento, “não foi um trauma exterior, e sim um sonho, do qual ele despertou com angústia” (Freud, 1918/2010, p. 41).

Esta passagem é interessante uma vez que Freud parece apontar para o caráter traumático deste sonho, uma vivência referente ao mundo interno do sujeito, ao inconsciente.

Ou seja, podemos dizer que, neste caso, o sonho do homem dos lobos, carregado de fantasias referentes à cena primária e à castração, foi excessivo e, em última instância, traumático.

Neste sentido, é possível pensar que o sonho, afrouxando o recalque, favoreceu o advento de desejos inconscientes que foram excessivos à consciência do sujeito. Mais ainda, o caráter excessivo de seu conteúdo se fez presente apesar de sua transfiguração por meio das operações de condensação e deslocamento. Este sonho e seu caráter traumático podem levar-nos a reflexões sobre o recalque como “barreira protetora” e o sonho como potencialmente traumático. Uma vez que ele implica no afrouxamento do recalque, o sonho abre espaço para a possibilidade de que conteúdos inconscientes assomem à consciência em caráter excessivo, de forma que o sujeito não consiga manejá-lo.

Além disso, vale ressaltar que Freud (1918/1996), nas construções sobre este caso, desenvolve diversas reflexões sobre a ocorrência factual ou não da observação da cena do coito *a tergo* entre os pais, assim como quanto a outras, de forma a traçar movimentos de idas e vindas sobre o caráter factual ou relativo à fantasia dos conteúdos envolvidos no sonho e nos relatos do paciente. Logo nas observações introdutórias, por exemplo, Freud comenta que solicitou ao analisando uma crítica rigorosa acerca das recordações que trazia em seu discurso. Este trecho destaca a preocupação de Freud, neste caso, com a veracidade das informações veiculadas, ao mesmo tempo em que as questiona, o que pode ser notado em diversos momentos de sua narrativa sobre o caso clínico.

Percebemos, então, que apesar do desenvolvimento da teoria da sexualidade infantil e de reflexões sobre as fantasias, Freud não descarta sua preocupação com a possibilidade de veracidade dos fatos. Isto se acentua, neste caso, com o destaque da sedução de seu paciente pela irmã como da ordem do vivido, sendo este episódio uma das fontes de seu adoecimento posterior. Neste sentido, “a velha teoria do trauma, que afinal se baseava em impressões da prática psicanalítica, retornou subitamente à vigência” (Freud, 1918/2010, p. 127).

Concomitantemente, seus escritos sobre este caso clínico ressaltam em diversos momentos o papel da realidade psíquica, das fantasias e dos desejos inconscientes no desenvolvimento da psicopatologia do homem dos lobos. É interessante notar como ambos os enfoques e os decorrentes questionamentos de Freud sobre eles transparecem na própria construção do texto. Por exemplo, ao mesmo tempo em que Freud ressalta o papel da sedução na etiologia da neurose do homem dos lobos, ele questiona em diversos momentos a veracidade concreta da cena da observação do coito dos pais. Freud narra que chega a questionar seu paciente, apresentando a hipótese de que esta cena seria uma fantasia resultada dos anos posteriores, e que talvez o núcleo histórico do qual ela partiu para se desenvolver fosse a administração de uma simples lavagem intestinal (Freud, 1918/1996, 1918/2010).

Neste sentido, nota-se que, apesar da passagem do “primeiro” para o “segundo” momento de sua teoria sobre o trauma, Freud não descarta o lugar da sedução e do trauma na origem das neuroses, apesar de modificar suas compreensões sobre o que se constitui como traumático. É importante destacar também, com relação ao caso do homem dos lobos, que Freud abre espaço para a possibilidade de se pensar os dois tempos da ação traumática ainda na infância: a primeira cena quando o paciente contava com 1 ano e meio de idade e a segunda aos 4 anos. Ou seja, Freud aponta para a possibilidade de se pensar o trauma na infância, e não apenas a partir da adolescência e com o desenvolvimento da sexualidade adulta. Segundo o autor (Freud, 1918/2010):

Conduzimos a descrição até a proximidade do quarto aniversário, momento em que o sonho faz agir a posteriori a observação, feita com um ano e meio, do coito. Os processos que então ocorrem não podemos apreender totalmente nem descrever suficientemente. A ativação da imagem, que devido ao maior desenvolvimento intelectual pode ser entendida, atua como um acontecimento fresco, mas também como um novo trauma, uma interferência alheia, análoga à sedução” (pp. 144-145).

É interessante como Freud aponta neste trecho não apenas o caráter de “só depois” aos quatro anos de idade do paciente, mas também o efeito do sonho como um novo trauma, sentido como vindo do exterior. Alguns aspectos desta observação de Freud serão

desenvolvidos em suas obras posteriores, como em “Além do princípio do prazer” (Freud, 1920/1996, 1920/2010), adentrando o “terceiro momento” do trauma em sua obra.

1.4. O “Terceiro Momento”: da “Barreira Protetora” ao Desamparo

Podemos dizer que, de certa maneira, as dimensões interna e externa envolvidas no conceito de trauma se evidenciam mais integradas no que estamos chamando de “terceiro momento” da teoria freudiana sobre trauma. Este momento pode ser percebido em especial nas obras entre 1920 e 1939, quando Freud desenvolve a relação entre a pulsão de morte e a compulsão à repetição (Freud, 1920/1996); traça a segunda tópica, destacando o id, o ego e o superego como instâncias psíquicas (Freud, 1923/1996); e ao desenvolver sua nova teoria sobre a angústia (Freud, 1926/1996).

Neste contexto, o conceito de trauma ganha um caráter intersistêmico e pulsional.

Segundo Freud (1920/2010):

Às excitações externas que são fortes o suficiente para romper a proteção nós denominamos *traumáticas*. Acho que o conceito de trauma exige essa referência a uma defesa contra estímulos que normalmente é eficaz. Um evento como o trauma externo vai gerar uma enorme perturbação no gerenciamento de energia do organismo e pôr em movimento todos os meios de defesa” (p. 192, grifos do autor)

Destaca-se nesta passagem a idéia do trauma como vindo de fora, ultrapassando a barreira protetora do sujeito. Em “Além do Princípio do Prazer” (Freud, 1920/1996, 1920/2010), Freud desenvolve uma analogia entre o funcionamento de um organismo vivo em sua forma mais simples – uma vesícula viva – e o funcionamento do psiquismo. Nesta comparação, o autor destaca o papel do escudo protetor junto à camada cortical receptiva da vesícula – que se tornará, nos organismos mais complexos, o sistema Consciente.

Segundo Freud, a função do escudo protetor é vital na medida em que protege a camada cortical – e, posteriormente, a consciência – do excesso de estímulos vindos do exterior. Assim, este escudo permitiria a passagem apenas de fragmentos da intensidade

original das energias do mundo externo, de forma que, “para o organismo vivo, a proteção contra estímulos é tarefa quase mais importante do que a recepção de estímulos” (Freud, 1920/2010, p. 189).

Para Freud, nos organismos altamente desenvolvidos, a camada cortical receptiva se encontra nas profundezas do corpo, havendo apenas partes, conhecidas como os órgãos dos sentidos, na superfície. Contudo, apesar de na superfície, estes órgãos estão localizados logo abaixo do escudo geral contra os estímulos externos. Segundo o autor, estas partes receptivas entram em contato apenas com quantidades muito pequenas da estimulação externa, apanhando amostras do mundo exterior (Freud, 1920/1996).

É interessante notar como Freud traz, assim, duas idéias que merecem atenção sobre a relação do organismo – e do sujeito – com o mundo externo. A primeira é que o ambiente externo, em sua totalidade dos estímulos, é excessivo ao sujeito, o qual precisa ser protegido e receber apenas doses da realidade. A segunda é que, tendo em vista esta questão, o organismo nunca entra em contato inteiramente com a realidade externa, ressaltando que se tratam de percepções sempre parciais da realidade – e não teria como ser diferente, uma vez que a totalidade dos estímulos externos ameaçaria a integridade do organismo.

Percebe-se, assim, que a ideia de trauma mantém um enfoque econômico e ressalta a noção de uma excitação excessiva vinda de fora, sendo necessários recursos psíquicos – a “barreira protetora” – a fim de lidar com os estímulos vindos do mundo externo. Alguns autores, como Masud Khan (1963/1974), vão pensar esta barreira protetora como a função da mãe no início da vida do bebê. Uma vez que o bebê ainda não se encontra com o psiquismo totalmente formado, ele não possui recursos psíquicos para lidar com algumas experiências junto ao ambiente, cabendo à mãe, por meio de seu próprio psiquismo e das funções de cuidado junto ao bebê, mediar e protegê-lo dos excessos de excitação a que pode ser exposto.

Falaremos mais sobre esta concepção de Khan (1963/1974) no Capítulo 3, mas é

interessante ressaltar como Freud, ao refletir sobre a necessidade de uma “barreira protetora”, abre espaço indiretamente para reflexões sobre o papel de alguém e/ou de alguma instância que proteja o sujeito destes excessos. Apesar do autor fazer referência a uma barreira intrapsíquica, suas considerações sobre o papel do ambiente externo no conceito de trauma ao longo de seus escritos abre espaço para estas questões. Neste sentido, é interessante notar como Freud (1920/1996) se remete aos casos de sofrimento físico resultantes do atravessamento de área restrita do escudo protetor, uma vez que fornece reflexões importantes sobre trauma e a idéia de fatores protetores aos seus efeitos no psiquismo.

Segundo o autor (Freud, 1920/1996), a energia catéxica é convocada de todos os demais sistemas psíquicos a fim de fornecer uma catexia de alta quantidade de energia no local em que o escudo protetor foi rompido. Apesar de esta atividade visar minimizar os danos desta ruptura no escudo, ela empobrece momentaneamente os demais sistemas psíquicos, de forma que as demais funções se reduzem ao mínimo ou são grandemente paralisadas. Entretanto, Freud (1920/2010) nota que há uma lição de grande importância para as especulações metapsicológicas da psicanálise a ser extraída destes exemplos, dizendo que:

Desse comportamento, então, inferimos que um sistema altamente investido é capaz de acolher a nova energia que para ele aflui e transformá-la em investimento parado, ou seja, “ligá-la” psiquicamente. Quanto mais alto o investimento parado, tanto maior a sua força ligadora; de maneira contrária, quanto mais baixo for o investimento do sistema, tanto menos estará capacitado para receber a energia afluyente, tanto mais violentas serão as consequências de uma tal ruptura da proteção (p. 193).

Em outras palavras, Freud indica que, quanto maior a catexia sobre o ponto de ruptura no escudo protetor, menor os danos do mesmo sobre o psiquismo. Acredito que estes desenvolvimentos de Freud abrem espaço para se pensar o papel da catexia como fator protetor do psiquismo contra os danos do excesso de estímulos.

Segundo Laplanche e Pontalis (1987/2001), o conceito de catexia – traduzido para o português também como “investimento” – é um conceito econômico, e que indica o fato de uma energia psíquica estar ligada a uma representação, uma parte do corpo, um objeto, dentre

outros. Assim, uma vez que o investimento de alta quantidade de energia psíquica sobre a ruptura protege o psiquismo de danos maiores mediante a vivência de um excesso, podemos pensar no papel de um investimento vindo não apenas dos demais sistemas psíquicos como protetor, mas também de outrem. Neste sentido, tendo em vista o papel da precocidade demarcado por Freud desde o início de suas reflexões sobre o trauma, podemos pensar no papel dos investimentos libidinais dos cuidadores da criança, em especial a mãe, como possíveis fatores de proteção mediante os impactos de uma vivência traumática.

Outra questão que estas reflexões de Freud nos promovem pensar diz respeito ao excesso de estímulos que inundam o psiquismo mediante a ruptura na barreira protetora e a possibilidade de ligação desta energia a representações. Ainda no “Além do princípio do prazer” (Freud 1920/1996, 1920/2010), Freud destaca que, mediante uma experiência traumática, o princípio de prazer seria posto em suspenso momentaneamente, não sendo possível impedir a inundação do psiquismo quanto ao excesso de estímulos. Desta inundação, surge o problema de vincular as excitações a representações, de forma a inseri-las em um sentido psíquico e, assim, poder delas se desvencilhar.

Como destacado na citação de Freud (1920/2010) acima, quanto maior o “investimento parado” – ou a “catexia aquiescente do sistema” (Freud, 1920/1996) – maior sua força vinculadora. Em contrapartida, quanto mais baixa a catexia, menor sua possibilidade de vincular o excedente de energia a representações, objetos, etc. Percebe-se, neste sentido, que Freud esboça algumas questões que tangem as relações entre o trauma e processos de simbolização. Inundando o psiquismo com um excesso de energia, o trauma se relacionaria com a impossibilidade de ligar este excedente energético a representações ou conjuntos de representações e, assim, elaborá-las. Neste sentido, notamos que muitos autores pós-freudianos se dedicaram a refletir sobre as relações entre trauma e as dificuldades nos processos de simbolização a partir destas contribuições de Freud (Barros, 2005).

Além destas questões, entretanto, vale destacar ainda outras contribuições de Freud com relação ao trauma em “Além do princípio do prazer” (Freud, 1920/1996, 1920/2010). Ainda nesta obra, Freud comenta que o córtex sensitivo – a consciência – recebe excitações vindas não só do ambiente externo, mas também do interior do organismo. Chama à atenção a afirmação de Freud de que as excitações vindas do interior não são passíveis de serem barradas por este escudo, mas que, quando aumentam em demasia e ultrapassam a tolerância do psiquismo ao desprazer, são projetadas e tratadas como se procedessem do ambiente externo, de forma a ser possível colocá-las sob a ação do escudo protetor. Em outras palavras, sejam as excitações advindas de fato do ambiente externo ou projetadas, Freud indica que o trauma, independentemente da origem do excesso de estímulos, tende a ser vivido pelo sujeito como relativo ao mundo externo.

Apesar dos sonhos remeterem à realidade psíquica do sujeito, e haverem sonhos que ultrapassam sua “barreira protetora” (Freud, 1918/1996, 1918/2010), é interessante notar que Freud, ao refletir sobre as neuroses traumáticas, se remete em especial a sonhos que não estão a serviço do princípio de prazer ou que comparecem como excessivos em si, mas sim àqueles que conduzem o sujeito de volta à situação em que o trauma se sucedeu (Freud, 1920/1996). Estes sonhos, situados para além do princípio do prazer e respondendo a um princípio mais primitivo, o da compulsão à repetição, tentariam “lidar retrospectivamente com o estímulo, mediante o desenvolvimento da angústia, cuja omissão tornara-se a causa da neurose traumática” (Freud, 1920/2010, p. 195).

Estas reflexões de Freud chamam a atenção uma vez que destacam o papel da impossibilidade do sujeito mediante um estímulo e da angústia no estabelecimento de uma vivência traumática, a qual se relacionaria ao desenvolvimento de um quadro de neurose. Freud dá continuação a estas reflexões em “Inibição, sintoma e ansiedade” (Freud, 1926/1996), obra que marca fortemente este “terceiro momento” do trauma em sua teoria.

Neste texto, destacam-se as relações que Freud traça entre os conceitos de angústia, ameaças (externas e internas) e trauma. Entretanto, é importante notar que o autor não apresenta estas relações pela primeira vez em “Inibição, sintoma e ansiedade” (Freud, 1926/1996), mas sim vem traçando articulações entre estes conceitos desde o início de seus escritos. Em texto sobre a neurose de angústia, por exemplo, Freud (1895/1996) escreve que:

(...) a psique é invadida pelo *afeto* de angústia² quando se sente incapaz de lidar, por meio de uma reação apropriada, com uma tarefa (um perigo) *vinda de fora*; e fica presa de uma *neurose* de angústia quando se percebe incapaz de equilibrar a excitação (sexual) *vinda de dentro* (...) (p. 112, grifos nossos).

Neste trecho, nota-se a forte relação entre angústia e ameaças traçada pelo autor. Mais ainda, tendo em vista a concepção econômica de Freud sobre o trauma (Freud, 1917/1996), é perceptível a ligação entre estes dois conceitos com o de trauma psíquico. Percebe-se, na verdade, que “a própria situação traumática é claramente o descendente direto do estado de tensão acumulada e não descarregada dos primeiros escritos de Freud sobre a ansiedade” (Strachey, 1969/1996, p. 85). Mais adiante em seus escritos, no “terceiro momento” de sua teoria sobre o trauma, Freud vai retomar a forte ligação entre este conceito e o de angústia por meio de suas reflexões sobre a “angústia³ automática” (Freud, 1926/1996), destacando o lugar do desamparo como fator determinante do trauma.

O desamparo comparece, em Freud, relacionado à prematuração do ser humano, o qual, diferentemente de outros animais, nasce totalmente incapaz de sobreviver sem o ambiente externo responsável pelo seu cuidado (Garcia-Roza, 1998). Assim, o desamparo remete à dependência biológica do bebê ao outro, um objeto que sacia suas necessidades vitais. A partir deste fator biológico, o bebê logo se torna capaz de se comunicar, em especial pelo choro, de forma que sua troca com o outro passa a não se restringir apenas ao plano orgânico, mas também ao simbólico. Por meio da condição do desamparo, o objeto externo

² *Angst* aqui, segundo Hanns (1996), é melhor traduzido por “medo”.

³ No que tange as citações à obra “Inibição, sintoma e ansiedade” (Freud, 1926/1996), a tradução de *Angst* por “ansiedade” será alterada em todas as citações por “angústia”, conforme comentado na Introdução.

ganha grande valor para o bebê, de forma que é decisivo para o desenvolvimento da criança que ela se sinta amada pelos pais. Neste sentido, o desamparo comparece como parte dos processos de estruturação e constituição psíquica do sujeito.

Em um primeiro momento, Freud (1950 [1895]/1996) se deteve mais sobre a dimensão orgânica do desamparo, voltada para a forma como os estímulos internos e externos afetam o organismo, aumentando a tensão e sendo necessária a “ação específica”, de forma a restabelecer a constância energética. Contudo, no momento a que nos referimos como o “terceiro momento” de sua teoria do trauma, sua concepção sobre o desamparo não o restringe ao organismo, inserindo uma maior distinção entre eu e o corpo.

É importante ressaltar, entretanto, que o conceito de pulsão – entre o somático e o psíquico (Freud, 1915/1996) – vem lembrar-nos que, apesar de uma não confusão, o eu e o corpo estão sempre em íntima relação. Afinal, “o ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (Freud, 1923/1996, p. 39).

Contudo, inserindo uma maior diferenciação, o desamparo orgânico não equivale ao desamparo do eu que, mediante uma situação de perigo, recorre a um objeto externo e cria a necessidade de ser amado que o acompanha por toda a vida (Costa, 2000). Isto não implica, todavia, que o organismo não esteja imbricado no desamparo do eu. Afinal, “afetos aflitivos - tais como os de susto, angústia, vergonha ou dor física” (Freud, 1893/1996, pp. 41-42) – têm como ponto comum reações corpóreas e a sensação de desamparo, evidenciando a indissociabilidade entre o registro físico e psíquico, em especial neste conceito.

Entretanto, é importante ressaltar que, se o desamparo apresenta uma via estrutural, ele também se apresenta relativo à idéia de excesso e vinculado ao desenvolvimento de sintomas. Neste sentido, o desamparo se refere a um acúmulo de excitação, seja de origem interna ou externa ao sujeito, constituindo um excesso com o qual o ego não consegue lidar e

possuindo, assim, uma via traumática (Freud, 1926/1996). Afinal, remontando os escritos de Freud no que tange o conceito de trauma, percebemos a presença da relação entre desamparo e trauma, ainda que não explicitada, desde as primeiras obras do autor, como sua descrição dos afetos aflitivos em “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar” (Freud, 1883/1996) bem evidenciou.

Neste sentido, o trauma adviria da vivência do desamparo, em especial o desamparo vivido mediante um perigo real, da ordem da vivência do sujeito. Para Freud, os “estados afetivos têm-se incorporado na mente como precipitados de experiências traumáticas primeiras, e quando ocorre uma situação semelhante são revividos como símbolos mnêmicos” (Freud, 1926/1996, p. 97).

Ou seja, neste momento, a idéia de trauma volta a se vincular à ordem das primeiras experiências do sujeito, vindo a influenciar sua vida quando situações semelhantes – de perigo – invocam a sensação do desamparo já vivido. Como aponta Freud (1926/1996):

O indivíduo terá alcançado importante progresso em sua capacidade de autopreservação se puder prever e esperar uma situação traumática dessa espécie que acarrete desamparo, em vez de simplesmente esperar que ela aconteça. Intitulemos uma situação que contenha o determinante de tal expectativa de uma situação de perigo. É nessa situação que o sinal de angústia é emitido. (...) A angústia, por conseguinte, é, por um lado, uma expectativa de um trauma e, por outro, uma repetição dele em forma atenuada. Assim os dois traços de angústia que notamos têm uma origem diferente. Sua vinculação com a expectativa pertence à situação de perigo, ao passo que sua indefinição e falta de objeto pertencem à situação traumática de desamparo - a situação que é prevista na situação de perigo (pp. 161-162).

É interessante notar que, nesta passagem, Freud ressalta a referência do trauma às experiências do sujeito com o outro – com o ambiente externo – mas destaca que não é a experiência em si que é traumática, mas sim a sensação de desamparo que o sujeito vive mediante esta experiência. Ou seja, é o intrasubjetivo, em relação com o intersubjetivo, que confere a uma situação o status de traumática.

Vale destacar que faço referência à *sensação* de desamparo uma vez que ele tange o registro corporal, sendo um afeto da ordem do irrepresentável, do que precede a palavra e a

simbolização. Na verdade, ao caracterizar o trauma do nascimento como protótipo da situação de angústia, Freud (1926/1996) o faz não só tendo em vista a separação do bebê de seu objeto de amor, mas em especial por fazer referência a uma angústia que não é passível de inscrição no campo das representações (Zornig & Levy, 2008).

Contudo, é importante notar como a noção de desamparo envolve de maneira significativa a relação do sujeito com o outro, uma vez que aponta para a dependência do lactente dos cuidados externos, assim como para as marcas que a satisfação ou não destas necessidades deixam no psiquismo em formação. A palavra alemã *Hilflosigkeit*, utilizada por Freud para se referir ao desamparo, é muito significativa neste sentido. Ela é composta pelo substantivo *Hilfe*, que significa “ajuda”, “proteção”, “amparo”; pelo sufixo adverbial modal *losig*, que se refere às idéias de carência e de ausência; e pela terminação *keit*, utilizada na formação de substantivos do gênero feminino (Rocha, 1999). Assim, *Hilflosigkeit* remete à falta de proteção, de amparo, de forma que podemos ainda pensar na falta de um amparo referente à figura materna, objeto primordial.

Neste sentido, podemos pensar que as questões introduzidas por Freud em especial no “terceiro momento” de sua teoria sobre o trauma, a partir de articulações entre desamparo e trauma (Freud, 1926/1996) e suas reflexões sobre a “barreira protetora” (Freud, 1920/1996, 1920/2010), abrem espaço para pensar o papel da relação mãe-bebê neste conceito. Estas reflexões foram desenvolvidas por autores posteriores a Freud, como Winnicott.

Contudo, um colega, discípulo e contemporâneo de Freud se destaca por suas inovações e desenvolvimentos sobre o conceito de trauma, já inserindo um lugar de destaque às relações da criança com a mãe e com as demais pessoas que dela cuidam ao refletir sobre este conceito, assim como sobre a qualidade destas relações. Este autor é Ferenczi, cujas idéias apresento e discuto a seguir.

CAPÍTULO 2

FERENCZI: DA QUALIDADE DA RELAÇÃO AO TRAUMA

*Suportaria tudo. Contanto que lhe dessem tudo.
Não. Ninguém lhe daria. (...) Seu anjo da guarda a abandonara.
Era ela mesma que tinha que ser sua própria guardiã.*
(Clarice Lispector, 1998)

2.1. Introdução

Ferenczi foi um dos primeiros analistas a se debruçar sobre os casos de pacientes chamado “difíceis”, ou seja, aqueles que não conseguiam associar livremente e que não se ajustavam à rigidez do enquadre tradicional da clínica psicanalítica. Estes pacientes apresentavam dificuldades em seus processos de simbolização e denunciavam certa pobreza em seu fantasiar. O atendimento e a dedicação clínica e teórica de Ferenczi a estes pacientes o levou a resgatar o trauma como paradigma teórico ao se pensar o processo de constituição psíquica e a prática psicanalítica (Kupermann, 2008a).

Assim, apesar de Freud ter se distanciado de sua teoria da sedução traumática (1950[1892-1899]/1996), passando a considerar a sedução sexual paterna não mais necessariamente descendente da realidade, mas como especialmente da ordem da fantasia (1900/1996; 1905/1996), Ferenczi continuou a insistir na importância dos aspectos externos ao sujeito – nas experiências em si – como substanciais ao trauma, assim como destacou a importância do fator traumático na patogênese das neuroses.

De fato, Ferenczi (1933/1992) ressalta a importância das reflexões sobre o trauma para a psicanálise uma vez que percebe, na época, uma negligência que vinha ocorrendo com relação ao trauma nas reflexões psicanalíticas. Desta maneira, o autor argumenta que o não aprofundamento suficiente na origem exterior das psicopatologias implica no perigo de gerar explicações apressadas, cujos alicerces se apóiam nas idéias de predisposição e de constituição – ou seja, em um determinismo estrutural (Ferenczi, 1933/1992).

Contudo, vale destacar que, apesar do sentido desestruturante e patológico do trauma ser predominante nos escritos do autor, assim como dizer respeito ao foco desta dissertação, é importante comentar também o enfoque estruturante do trauma em Ferenczi. Afinal, após as construções freudianas sobre o trauma como relativo a processos que impulsionam o desenvolvimento do psiquismo, tais como o desamparo relativo ao nascimento, os complexos de castração e de Édipo, dentre outros, o trauma “não pode mais ser pensado somente em seus aspectos dessubjetivantes” (Maia, 2004, p. 114).

Em “Thalassa: ensaio sobre a teoria da genitalidade”, Ferenczi (1924/1990) traça um paralelo entre o desenvolvimento do bebê e o da humanidade, apontando que ambos ocorrem por meio de catástrofes. De acordo com o autor, “existe um paralelo entre a filogênese e não apenas a ontogênese mas também a evolução da proteção embrionária, ou ‘perigênese’” (Ferenczi, 1924/1990, p. 59), de forma a levantar hipóteses sobre catástrofes que impulsionaram mudanças filogenéticas e que se repetem, de certa maneira, no âmbito da ontogenia e da periginia. Neste sentido, o nascimento do bebê, promovendo a passagem do meio aquático intra-uterino para o meio aéreo externo, implica em uma catástrofe similar à secagem do oceano e à adaptação à vida terrestre.

Estas catástrofes possuem o valor de traumas subjetivantes (Maia, 2004), constituindo excessos que promovem o desenvolvimento do indivíduo no lugar daqueles que inviabilizam ou prejudicam seu desenvolvimento psíquico. Desta forma, Ferenczi (1928a/1992) reflete ainda sobre outros traumatismos envolvidos no processo de saúde do sujeito, tais como aqueles envolvidos na inserção social da criança e na sua passagem para a vida adulta. Maia (2004) chama a atenção para o fato de que Ferenczi, se atentando tanto para o campo intrapsíquico quanto intersubjetivo, abre espaço para pensarmos que o encontro afetivo entre o sujeito e o mundo traz sempre alguma quantidade de afetação traumática.

Entretanto, o caráter subjetivante ou dessubjetivante vai depender da possibilidade do meio ambiente em se adaptar às necessidades do bebê ou não (Ferenczi, 1928a/1992), no sentido dos cuidadores à criança apresentarem o tato (Ferenczi, 1928b/1992) necessário para manejar as situações de excesso pulsional a depender do contexto e dos recursos psíquicos da criança (Maia, 2004). Desta maneira, é possível notar que o trauma em Ferenczi se apresenta como estruturante ou patológico a depender do meio ambiente – da *qualidade* da relação da criança com seus cuidadores.

É neste sentido que Ferenczi desenvolve suas reflexões sobre o trauma. Partindo de sua experiência clínica, o autor confere enfoque especial às violências e abandonos implicados nas relações da criança junto aos adultos de confiança ao pensar o conceito de trauma. Em outras palavras, o trauma patogênico é caracterizado, para Ferenczi, por uma relação de qualidade intrusiva e violenta de um adulto junto a uma criança.

Neste sentido, Ferenczi (1933/1992) defende a idéia de que o traumatismo advindo da agressão de um adulto a uma criança é um fator patogênico de importância implicado nas psicopatologias. A partir de sua experiência clínica e do surpreendente número de confissões de abusos sexuais de crianças feitas por parte de seus pacientes em análise, ele desenvolve sua hipótese, formulando uma teoria sobre o trauma e sobre a clínica do trauma.

2.2. Trauma e Desmentido: A Agressão à Criança

A idéia da sedução incestuosa e da agressão sexual à criança como fonte etiológica do trauma psíquico ocupa um valor de destaque nas reflexões de Ferenczi sobre o tema. Ela é particularmente desenvolvida em seu texto “Confusão de língua entre os adultos e a criança” (1933/1992), no qual ele descreve que a sedução incestuosa geralmente ocorre da seguinte forma:

(...) um adulto e uma criança amam-se; a criança tem fantasias lúdicas, como desempenhar um papel maternal em relação ao adulto. O jogo pode assumir uma

forma erótica mas conserva-se, porém, sempre no nível da ternura. Não é o que se passa com os adultos se tiverem tendências psicopatológicas (...). Confundem as brincadeiras infantis com os desejos de uma pessoa que atingiu a maturidade sexual, e deixam-se arrastar para a prática de atos sexuais sem pensar nas conseqüências (Ferenczi, 1933/1992, pp. 101-102).

Segundo o autor, o agressor, na maior parte das vezes, age como se a violência não houvesse ocorrido. A criança, por sua vez, geralmente não encontra ajuda em uma segunda pessoa de confiança e, quando esboça alguma tentativa, é repelida e desacreditada por ela. De acordo com Ferenczi, o desmentido decorre de uma relação insuficientemente íntima entre a criança e a segunda pessoa de confiança, a qual não consegue acolher sua queixa e seu pedido de ajuda (Ferenczi, 1933/1992).

Em outro texto (1934/1992), Ferenczi destaca que o “*comportamento dos adultos em relação à criança* que sofreu o traumatismo faz parte do modo de ação psíquica do trauma” (p. 111, grifos do autor). Eles se comportam de forma ou a dar provas de um elevado grau de incompreensão aparente, ou reagem com um “*silêncio de morte*” (p. 111, grifos do autor), reações que funcionam como punições à criança. Suportar estas injustiças, segundo Ferenczi, requer um grau de heroísmo do qual ela ainda não é capaz.

Esta negação do ato ocorrido, a descrença acerca de seu sofrimento, ou mesmo a punição física ou verbal à criança é, sobretudo, o que torna, para o autor, patogênica a violência, conferindo a ela a significação traumática. Em outras palavras, a violência em si não é necessariamente traumática. Na verdade, o valor traumático da vivência se refere à impossibilidade da criança representar sua dor no contexto da agressão por não encontrar um adulto – um terceiro – que seja capaz de acolhê-la e validar seu sofrimento via um papel de testemunha.

Percebe-se, assim, a implicação do desamparo no estabelecimento de uma vivência como traumática para Ferenczi. Entretanto, mais ainda, o desamparo implicado aqui não diz respeito apenas àquele remetido por Freud no que tange a sensação inominável que toma o

sujeito, mas muito mais à idéia de um não-amparo quando o sujeito o busca em uma situação de fragilidade – um desamparo vivido tendo em vista a relação do sujeito com o ambiente externo, que não lhe proporciona devida sustentação.

Assim, “em Ferenczi, o que é decisivo na experiência traumática é o abandono” (Kupermann, 2008a, p. 152). Ferenczi pensa o trauma, então, para além da concepção freudiana que o remete ao fantasma de sedução e de castração, concebendo suas origens na ação excessiva e violenta de uma excitação sexual prematura que, na circunstância da ausência de resposta do objeto face à situação de angústia intensa, ganha o valor de uma violação psíquica (Bokanowski, 2002).

Ferenczi aponta para a importância da mãe e do ambiente nestes casos, seja no sentido de consolidar o trauma, seja no sentido de promover a superação do mesmo. Ele parte da hipótese de que as formas de expressão emocional da criança fazem referência, em especial, à sua relação com sua mãe. Neste sentido, a criança, caso tenha uma mãe presente, compreensiva, terna e sincera, pode se recuperar do choque da agressão sem amnésia ou outras seqüelas (Ferenczi, 1931/1992).

Percebe-se, assim, a importância que Ferenczi confere ao ambiente externo nos processos subjetivos da criança, seja no sentido de consolidar um trauma, seja no de protegê-la deste. Esta valorização do ambiente externo, em especial do parental e familiar, passa a ser mais claramente percebida na obra do autor a partir do texto “A adaptação da família à criança” (Ferenczi, 1928a/1992). A partir dele, Ferenczi se consolida como um dos primeiros teóricos a destacar a função do ambiente externo – das relações do sujeito – no processo de constituição psíquica. Segundo Kupermann (2008b), a partir deste texto, Ferenczi não mais separou, em suas reflexões, o que seria de ordem psicofisiológica, referente ao mundo interno da criança, e o que seria da ordem do ambiente, no qual se destaca o lugar dos pais.

Assim, no que tange o ambiente externo, o trauma da agressão, para Ferenczi, envolve tanto a violência em si quanto a reação dos adultos de confiança aos pedidos de ajuda da criança. Segundo o autor (Ferenczi, 1933/1992), as conseqüências destes atos são catastróficas para ela. A criança se sente física e moralmente indefesa, uma vez que possui ainda uma personalidade muito frágil para se proteger da autoridade do adulto.

De acordo com Ferenczi (1933/1992), o medo, ao atingir seu ápice, obriga as crianças a se submeterem automaticamente às vontades do agressor, esquecendo-se de si mesmas e identificando-se totalmente com o adulto. Assim, mediante o brusco desprazer da violência, a criança, cujo psiquismo ainda não possui recursos para lidar com este excesso, reage de forma a se identificar com o agressor e a introjetá-lo, e não se defendendo da agressão.

Ferenczi (1933/1992) destaca que, uma vez introjetado o agressor, ele desaparece como realidade externa, existindo agora intrapsiquicamente. Sendo assim, o “agressor - objeto interno” está sujeito ao processo primário, podendo ser modificado segundo o princípio de prazer. De qualquer maneira, por este mecanismo, o autor procura salientar o fato de que a agressão deixa de existir como realidade externa à criança, o que pode propiciar que ela retome a “situação de ternura” (p. 102) em que vivia antes. Entretanto, pela via da identificação ansiosa da criança com seu agressor, ela introjeta também a sua culpa, a qual pode vir a dividi-la.

Esta divisão incorre nos sentimentos concomitantes de ser inocente e culpada, o que enfraquece a confiança da criança na compreensão da experiência pelos seus sentidos. Em outras palavras, podemos dizer que resta à criança a confusão entre as línguas da ternura – da sexualidade infantil – e da paixão – da sexualidade genital adulta (Ferenczi, 1933/1992).

É interessante lembrar que a identificação da criança com o agressor não significa necessariamente com o adulto causador da primeira violência, podendo se referir também àquele que a puniu ou desacreditou quando buscou acolhimento e validação, uma vez que

esta experiência também pode ser caracterizada como violenta. Em outras palavras, o adulto que não escuta o pedido de ajuda da criança se configura como um segundo agressor. Neste sentido, é interessante destacar como a compreensão de Ferenczi sobre os impactos desta identificação no psiquismo da criança podem ser pensados em termos de constituição de um superego sádico e tirânico, com o qual se relaciona o sentimento intenso de culpa.

Segundo esta linha de pensamento, a constituição do superego não se restringe ao Complexo de Édipo. Ressaltando mais uma vez o papel do ambiente, as reflexões ferenczianas nos levam a refletir sobre o papel do “ambiente intrusivo, incapaz de acolher a temporalidade específica de produção de sentido por parte da criança, o que a obriga, em busca de proteção ao desamparo efetivamente *produzido*, a uma identificação maciça e ‘estática’ – decerto traumática – com a autoridade punitiva” (Kupermann, 2008a, p. 151, grifos do autor).

Neste sentido, percebe-se a amplitude dos impactos da confusão e da vivência traumática no psiquismo da criança. Ferenczi se dedicou também em refletir teórica e clinicamente sobre quais seriam os efeitos do trauma na constituição psíquica da criança, trazendo diversas contribuições para as reflexões sobre esta temática.

2.3. O Trauma e a Criança: Impactos no Psiquismo

Para Ferenczi (1934/1992), o trauma pode ser entendido como um choque inesperado, para o qual o indivíduo não está preparado e cujos efeitos são esmagadores. Ele age como um anestésico, suspendendo toda espécie de atividade psíquica – inclusive a percepção e o pensamento – e instaurando um estado de passividade no qual não há qualquer resistência. Segundo Ferenczi, a falta de proteção do psiquismo advém desta desconexão da percepção, uma vez que não há defesa possível contra uma impressão que não é percebida.

Neste sentido, algumas conseqüências desta paralisia total são que toda impressão mecânica e psíquica é aceita sem resistências, assim como não há nenhum traço mnêmico destas impressões, mesmo no inconsciente. Isto significa que as origens da comoção – o evento traumático – não são acessíveis pela memória. Inacessível, o trauma se apresenta como irrepresentável, pois na ausência de traço mnêmico não há representação possível a ser ligada aos afetos associados à experiência. Segundo Ferenczi (1934/1992), para tanto, é necessário repetir o próprio traumatismo em condições mais favoráveis, de forma a levá-lo, pela primeira vez, à percepção e à descarga motora.

Alguns autores contemporâneos vieram a se debruçar sobre a problemática da “suspensão” da percepção mediante a experiência traumática, com base em um aporte ferencziano. Segundo Maia (2004), a problemática da percepção no trauma se relaciona com o fator da recusa presente dentre as reações do psiquismo frente sua comoção. De acordo com a autora, a recusa caracteriza um dos fatores de base do destino patogênico do trauma.

Fazendo referencia a Luís Cláudio Figueiredo, Maia (2004) comenta a idéia do autor de que a recusa implica em uma “desautorização da percepção”, de forma a congelar os processos perceptivos e impossibilitar seu deslizamento de sentidos. Na verdade, o que seria desautorizado não é a percepção em si, mas sim sua possibilidade de desdobramento em outros processos psíquicos, tais como a conexão a outras percepções, os processos mnêmicos, os relativos à simbolização, dentre outros.

Desta interrupção do processo da percepção a partir da recusa é possível compreender a irrepresentabilidade do trauma (Maia, 2004). Segundo a autora, as representações não estão ausentes da consciência; entretanto, os seus sentidos e o sentido de realidade não se apresentam inteiros ou claros. Maia (2004) recorre a Bernard Penot a fim de desenvolver uma reflexão sobre as relações entre a recusa e os processos de simbolização no âmbito da experiência traumática. Com base neste autor, Maia comenta que a recusa envolve uma

despotencialização da capacidade de simbolizar, de forma que a representação, apesar de não subtraída da consciência, se apresenta reduzida a um plano de não-significância no que tange seu valor simbólico.

Contudo, a suspensão da atividade psíquica, envolvendo falhas nos processos de percepção e memória no cenário do trauma, tange apenas parte das implicações da experiência traumática junto ao psiquismo segundo Ferenczi. Dentre os demais efeitos esmagadores deste choque está o estado de confusão na criança, o qual a divide entre inocente e culpada (Ferenczi, 1933/1992). Esta divisão, contudo, vai para além de um conflito neurótico, apresentando consequências para o processo de constituição psíquica da criança por meio da cisão de sua personalidade.

Segundo o autor, “(...) não existe choque, nem pavor, sem um anúncio de clivagem da personalidade. A personalidade regride a uma beatitude pré-traumática, procura tornar o choque inexistente (...)” (Ferenczi, 1934/1992, p. 104). Neste sentido, Ferenczi descreve que o núcleo da personalidade permanece fixado em um momento do desenvolvimento em que as reações aloplásticas ainda eram impossíveis. Desta forma, o sujeito reage, por uma espécie de mimetismo, de forma autoplástica.

De acordo com Ferenczi, as reações aloplásticas são aquelas que implicam em defesas concretas contra o fator externo que se apresenta nocivo ao sujeito (Ferenczi, 1934/1992). De acordo com Kahtuni e Sanches (2009), Ferenczi chamou de “aloplásticas” aquelas reações do sujeito que geram mudanças no meio externo, sem trazer-lhe grande prejuízo psíquico, quando ele se sente ameaçado ou quando é agredido. Nas palavras do autor, as reações aloplásticas transformam o mundo circundante, “de modo a tornar supérfluas essa destruição e reconstrução, e a permitir ao ego manter sem modificações seu estado de equilíbrio preexistente e sua organização. Uma condição prévia para isso é um sentido de realidade altamente desenvolvido” (Ferenczi, 1932/1990, pp. 239-240).

Em contrapartida, as reações autoplásticas são aquelas em que o sujeito, ao invés de traçar modificações no ambiente externo, no sentido de favorecer sua integridade psíquica, traça modificações no próprio ego. Estas modificações são caracterizadas como patológicas, gerando uma neoformação do eu que ocorre mediante a destruição total ou parcial do eu precedente (Kahtuni & Sanches, 2009).

As reações autoplásticas geralmente caracterizam as formas pelas quais o sujeito lida com o trauma. Digo isto uma vez que as reações aloplásticas implicam na possibilidade do sujeito se defender e manejar uma experiência adversa sem que ela se configure como traumática, ao contrário do que ocorre com as reações autoplásticas. Segundo Ferenczi (1932/1990), o trauma pode ser descrito como uma comoção do psiquismo mediante uma excitação excessiva de origem externa ou interna, de forma que o psiquismo reage de modo mais autoplástico do que aloplástico.

A conseqüência, nestes casos, é que a personalidade se configura apenas de id e superego. Sem a instância do ego, o sujeito não é capaz de reagir de forma a afirmar-se frente ao desprazer, da mesma forma como “uma criança, que não chegou ainda no seu pleno desenvolvimento, é incapaz de suportar a solidão, se lhe falta a proteção materna e considerável ternura” (Ferenczi, 1933/1992, p. 103).

Ferenczi (1931/1992), refletindo sobre as falhas dos pais junto à criança, destaca que o abandono acarreta na clivagem do ego da criança, de forma que uma parte do ego passa a desempenhar um papel parental (de mãe ou de pai) para com a outra parte. Ou seja, assim como a criança que, mediante o trauma da agressão, pode modificar o “objeto interno agressor” e manter, ainda que a custos altos, a ternura que precedeu o abuso sexual, a criança não protegida e abandonada pode, clivando seu ego em “mãe” e “criança”, tornar o abandono “nulo e sem efeito, por assim dizer” (Ferenczi, 1931/1992, p. 76).

Ferenczi (1931/1992) aponta para o fato de que, neste contexto, certas partes do corpo do indivíduo – como os dedos, os pés, os órgãos genitais, a cabeça, o nariz, etc. – podem se tornar representantes da pessoa toda, assim como da “cena onde todas as peripécias de sua própria tragédia são representadas e levadas à conciliação” (p. 76). Esta representação da clivagem do ego no corpo configura uma boa ilustração acerca do que Ferenczi chamou de autoclivagem narcísica.

A autoclivagem narcísica é um tipo especial de clivagem do ego, defesa psíquica primeiramente descrita por Freud (1938/1996). Freud introduziu a *ichspaltung* como uma defesa psíquica que implica na ruptura do ego mediante um conflito entre a satisfação pulsional e a realidade externa, conflito que configura “um trauma psíquico” (Freud, 1938/1996, p. 293). Nesta perspectiva, a realidade externa ocupa lugar secundário no processo de cisão, sendo o traumático o conflito em si, a sobrecarga de tensão.

Em contrapartida, Ferenczi destacou a função traumatogênica da vivência em si do sujeito com o objeto externo, a qual se configura, em sua teoria, como principal agente na clivagem do ego. Segundo o autor, a precocidade do trauma, associada ao grau de importância do objeto para a criança, implica em efeitos mais devastadores em seu psiquismo. Sendo uma defesa de ordem autoplástica, a cisão do ego configura-se como a “conseqüência direta do colapso dos recursos mais saudáveis do ego” (Kahtuni & Sanches, 2009, p. 89). Segundo Kahtuni & Sanches (2009), o mecanismo de clivagem do ego ocupa lugar central na formação do trauma na teoria ferencziana.

A autoclivagem narcísica se refere a uma operação psíquica defensiva que foi observada e descrita por Ferenczi a partir da clínica com pacientes traumatizados. Ela implica na divisão do ego em duas partes – uma protetora e uma desprotegida – e é um último recurso inconsciente mediante a vivência de situações traumáticas. Estas situações envolvem desde as agressões físicas e sexuais até os abandonos físicos e emocionais à criança. Sendo do tipo

autoplástico, a autoclivagem narcísica implica numa quebra da estrutura psíquica do sujeito, envolvendo grande sofrimento psíquico e comprometimento das funções egóicas, como memória e orientação temporal (Kahtuni & Sanches, 2009).

Por meio da autoclivagem narcísica, Ferenczi destaca que o excesso de sofrimento despertado pelo trauma, de ordem tão extrema que ele o nomeia de “angústia de morte” (Ferenczi, 1933/1992, p. 104), pode levar a criança a tomar para si esta parte do ego identificada com o papel do adulto protetor ao ponto de despertar suas disposições latentes maturacionais. A este processo de amadurecimento precoce Ferenczi chama, em oposição à idéia de regressão, de progressão traumática.

A progressão traumática é vista pelo autor como patológica, da ordem de uma prematuração tanto emocional quanto intelectual indevida. Ele a compara, inclusive, com o amadurecimento prematuro de um fruto ao ser danificado pelo bico de um pássaro, assim como o de um fruto bichado (Ferenczi, 1933/1992). Nas palavras do autor, “as crianças que muito sofreram, moral e fisicamente, adquirem os traços fisionômicos da idade e da sabedoria” (Ferenczi, 1931/1992, p. 78).

Kupermann (2008a) comenta que, na progressão traumática, a criança abandona sua parte sensível, desenvolvendo, em contrapartida à dor causada pelo abandono traumático, uma “dessensibilização anestésica” (Kupermann, 2008a, p. 153) por meio do amadurecimento precoce. Entretanto, acredito que podemos pensar que, na progressão traumática, a parte cindida do ego que desempenha uma função protetora, identificada com o papel de “mãe”, não abandona a parte sensível, mas sim a esconde a fim de protegê-la. Afinal, segundo Ferenczi (1931/1992), mediante uma situação traumática, um fragmento do ego do indivíduo se cinde do restante, configurando-se como uma instância autoperceptiva que quer ajudar a parte ameaçada. Desta maneira, a criança não entraria em contato com sua parte sensível, expressando apenas a parte “adulta” do ego.

Assim, o rápido amadurecimento como proteção contra o sofrimento relativo à parte sensível do ego, na qual se encontra as dores referentes ao trauma, tem como consequência certa insensibilidade nas relações, nas expressões de amor e de ódio, na possibilidade de um viver singular, etc. (Kupermann, 2008a). Segundo Ferenczi (1931/1992), este processo provavelmente ocorre desde os primeiros anos da infância, apontando para a precocidade envolvida na idéia de trauma nos trabalhos do autor.

Para Ferenczi, a autoclivagem narcísica remonta à vivência de uma experiência em que o indivíduo, em geral em idade precoce, se encontra sob a pressão de um perigo iminente. Este perigo é entendido por Ferenczi como referente ao ambiente externo e relacional, com destaque às agressões e aos abandonos possíveis à criança.

Neste cenário, Ferenczi (1933/1992) destaca que, se o trauma incorre numa clivagem do ego, a repetição do mesmo no decorrer do desenvolvimento da criança implica no aumento do número e da variedade de fragmentos clivados. Esta fragmentação sucessiva e crescente rapidamente leva, segundo o autor, à grande dificuldade em manter contato com esses fragmentos sem cair na confusão, uma vez que estes pedaços comportam personalidades distintas e que não se conhecem.

Até aqui enumeramos uma série de efeitos possíveis do trauma psíquico sobre o sujeito numa perspectiva ferencziana. Chama a atenção o caráter desestruturante, de ruptura, da vivência traumática para a criança, se destacando uma série de consequências de caráter estrutural, tamanha a magnitude dos impactos do trauma no psiquismo. Para Ferenczi, o trauma pode ser pensado como um choque junto ao psiquismo do sujeito. Segundo ele, o “‘choque’ é equivalente à aniquilação do sentimento de si, da capacidade de resistir, *agir e pensar com vistas à defesa do Si mesmo [Soi]*” (Ferenczi, 1934/1992, p. 109, grifos do autor).

De acordo com o autor, a expressão comoção psíquica, em alemão – *Erschütterung* – deriva de *Schutt*, que significa “restos, destroços”. Neste sentido, a comoção psíquica envolve

“o desmoroamento, a perda de sua *forma* própria e a aceitação fácil e sem resistência de uma forma outorgada, ‘à maneira de um saco de farinha’” (Ferenczi, 1934/1992, p. 109, grifos do autor).

Mais uma vez, se percebe o caráter desestruturante do trauma psíquico em Ferenczi, assim como a idéia da adaptação da criança ao meio externo ao invés da “adaptação da família à criança” (Ferenczi, 1928a/1992). Mais ainda, assim como na progressão traumática subsequente à auto clivagem narcísica, a aniquilação do sentimento de si e a perda da forma própria, se adaptando sem resistência ao outro, aponta para a idéia da neoformação egóica por meio do aniquilamento ou proteção de uma parte do eu sensível, verdadeira, de forma a haver a preponderância de uma parte adaptativa, forte, que “sabe tudo mas nada sente” (Ferenczi, 1931/1992, p. 77).

Outra característica da comoção psíquica é o fato dela ocorrer sem que o indivíduo esteja preparado para ela. Ela tem como característica a subtaneidade, o que causa um grande desprazer que, segundo o autor, não pode ser superado. Entretanto, a subtaneidade em si não é suficiente para caracterizar uma comoção psíquica. O sujeito deve ter vivenciado, antes de sua ocorrência, o sentimento de estar seguro de si, de forma a, mediante o evento traumático, vivenciar um forte sentimento de decepção. Ou seja, se antes o indivíduo possuía um excesso de confiança em si e no mundo circundante, depois lhe resta muito pouca ou nenhuma (Ferenczi, 1934/1992).

De acordo com Ferenczi, para cada traumatismo, a primeira consequência é o afeto da angústia. Ele a define como um “*sentimento de incapacidade* para adaptar-se à situação de desprazer” (Ferenczi, 1934/1992, p. 110, grifos do autor). O crescimento deste desprazer passa a exigir uma válvula de escape, a qual, segundo Ferenczi, tende a ser a autodestruição.

Para Ferenczi (1934/1992), a autodestruição geralmente tem como alvo mais fácil a consciência, uma vez que a unidade corporal não se submete tão prontamente ao seu

princípio. Ou seja, destruindo a coesão das instâncias psíquicas como uma entidade, ela gera a desorientação psíquica do sujeito. Segundo o autor (Ferenczi, 1934/1992), uma comoção pode ser somente física, somente moral, ou tanto física quanto moral. Entretanto, a comoção física é sempre também psíquica, quando, em contrapartida, a comoção psíquica pode gerar o choque sem interferência física.

Apesar de ressaltar a maior dificuldade com que a unidade corporal é submetida à autodestruição, Ferenczi (1929/1992) indica que, no caso das crianças, a força da pulsão de morte é especialmente intensa. Ele lembra, inclusive, que a criança pequena reage ao desprazer sempre, em primeiro lugar, corporalmente, de forma que apenas mais tarde é que ela vem a dominar suas formas de expressão ao modelo do sintoma histérico (Ferenczi, 1931/1992).

De acordo com Ferenczi (1929/1992), muitos psicanalistas tendiam a pensar que as pulsões de vida seriam mais preponderantes no início da vida, uma vez que se nota o forte impulso de crescimento nesta etapa. Em contraste, eles acreditavam na maior preponderância da pulsão de morte na velhice. Entretanto, Ferenczi percebe que as coisas não se passam bem assim.

Segundo ele (Ferenczi, 1929/1992), os órgãos e suas funções se desenvolvem em grande quantidade e rapidez no início da vida, mas apenas mediante condições especialmente favoráveis de proteção ao embrião e à criança. Para Ferenczi, a “força vital” não é muito forte no nascimento e no início da vida do bebê, sendo menor sua resistência às dificuldades impostas pela vida. Esta “força vital” apenas se reforça, no sentido de uma imunização crescente contra os atentados físicos e psíquicos a que o indivíduo está sujeito, por meio do cuidado, do acolhimento e da proteção oferecidos pelos pais à criança, assim como por meio de uma educação conduzida com tato. Em outras palavras, os cuidados do ambiente externo à criança são condição necessária à sustentação do sujeito, favorecendo sua “força vital”.

Desta forma, por intermédio deste “prodigioso dispêndio de amor, de ternura e de cuidados” (Ferenczi, 1929/1992, p. 50), a criança é levada a perdoar seus pais por a terem posto no mundo sem sua permissão. Do contrário, Ferenczi preconiza que as pulsões de destruição logo entram em ação, uma vez que o bebê se encontra mais perto do não-ser individual do que o adulto e, assim, lhe é mais fácil voltar a não-ser.

Desta maneira, percebemos mais uma vez a importância dada pelo autor ao papel desempenhado pelos pais junto ao bebê e a criança pequena, de forma a não ser possível pensar nas instâncias internas e externas ao sujeito como dissociadas. Este papel da família é destacado em especial pelo autor no que diz respeito ao desenvolvimento pulsional e à sobrevivência da criança. Ferenczi (1929/1992) indica:

(...) a probabilidade do fato de que crianças acolhidas com rudeza e sem carinho morrem facilmente e de bom grado. Ou utilizam um dos numerosos meios orgânicos para desaparecer rapidamente ou, se escapam a esse destino, conservarão um certo pessimismo e aversão à vida (p. 49).

Ferenczi (1929/1992) percebe esta dificuldade de acolhimento do ambiente para com a criança como um trauma muito precoce em sua vida, cujo possível efeito seria, partindo das idéias de Freud, uma neurose localizada num ponto de transição entre as puramente endógenas e as exógenas. Segundo Ferenczi, esta seria uma neurose de frustração. Nas palavras do autor:

Aqueles que perdem tão precocemente o gosto pela vida apresentam-se como seres que possuem uma capacidade insuficiente de adaptação, semelhantes àqueles que, segundo a classificação de Freud, sofrem de uma fraqueza congênita de sua capacidade para viver, com a diferença, porém, de que nos nossos casos o caráter congênito da tendência mórbida é simulado, em virtude da precocidade do trauma (Ferenczi, 1929/1992, p. 50).

Segundo Ferenczi (1931/1992), a criança que se sente abandonada perde todo o prazer de viver, quando não volta a agressão sofrida contra si mesma. Este retorno da agressividade contra si pode chegar ao ponto de o sujeito sentir como se fosse perder os sentidos ou morrer.

“O que se desenrola aí diante dos nossos olhos é a reprodução da agonia psíquica e física que acarreta uma dor incompreensível e insuportável” (Ferenczi, 1931/1992, p. 79).

Tendo em vista o exposto acima, Ferenczi, a partir de sua prática clínica, desenvolveu uma teoria sobre o trauma de forma a pensá-lo especialmente como desestruturante e relacionado a dificuldades e falhas nas relações da criança com o outro, valorizando o papel do ambiente familiar na instauração ou na prevenção da consolidação de um trauma psíquico. Segundo Bokanowski (2002), as hipóteses lançadas por Ferenczi dizem respeito a uma formulação metapsicológica da teoria da sedução em articulação com a do traumatismo, de forma a desenvolver a ligação entre a sedução e um objeto “excessivo” – em especial, excessivamente *ausente* – ou seja, uma sedução por parte de um objeto que falha em sua impressão quantitativa na constituição do objeto primário interno.

O valor do precoce e do desamparo se faz bem evidente em seus desenvolvimentos teóricos, apontando, assim como Freud, para a importância dos primeiros anos de vida no estabelecimento do trauma. É notável, inclusive, como as sensações de susto, angústia, vergonha e dor física, descritas nas primeiras publicações de Freud (1893/1996), estão também presentes nas reflexões de Ferenczi.

Contudo, Ferenczi vem dar maior destaque às relações do sujeito com o ambiente e suas influências sobre seus processos de subjetivação. Mais ainda, Ferenczi inova ao introduzir e destacar o papel da *qualidade* da relação da criança com o outro, objeto de importância para o sujeito, no estabelecimento do trauma. Neste sentido, a ausência do amparo mediante um pedido de ajuda é traumático a depender da importância do objeto, o qual, no início da vida, se refere aos pais ou principais cuidadores na família. Desta forma, Ferenczi reajusta o foco das reflexões para o papel desempenhado pelos pais junto à criança, em especial para a qualidade desta relação ao refletir sobre as instâncias envolvidas no estabelecimento do trauma.

Em outras palavras, através de Ferenczi, o trauma muda de ângulo. Apesar de aparentemente reduzido ao campo sexual, ele se inscreve, de fato, na experiência com o objeto – o outro materno e paterno. Este campo da experiência, por sua vez, ganha importância não no que diz respeito ao que aconteceu, mas sim no registro daquilo que não aconteceu – e, podemos complementar, que deveria ter acontecido.

São as experiências negativantes no sentido de carências relativas ao objeto primário, referentes a uma série de não-respostas face às necessidades afetivas do sujeito, que caracterizam o trauma em Ferenczi. Estas experiências, por sua vez, acabam resultando em uma agonia, uma asfixia da vida psíquica, caracterizada pela paralisia do ego e sua decorrente cisão. É possível pensar, assim, que na impossibilidade de uma relação de objeto, a cisão promove ao sujeito uma relação narcísica (Bokanowski, 2002).

Uma vez que Ferenczi partiu da clínica a fim de traçar suas reflexões teóricas, é interessante destacar como elas, por sua vez, foram marcando a sua prática psicanalítica. Em outras palavras, o autor desenvolveu sua teoria dentro do método psicanalítico, de forma a haver um movimento retroalimentar entre a clínica e a teoria – entre a terapêutica e a metapsicologia. Além disso, Ferenczi priorizou grande parte de suas reflexões para a técnica psicanalítica no que diz respeito a seus objetivos terapêuticos, de forma a ser considerado por alguns como “o verdadeiro fundador *da psicanálise como técnica clínico-terapêutica*” (Fédida, 1988, p. 99, grifos do autor). Desta maneira, apresento em seguida algumas reflexões de Ferenczi sobre a clínica psicanalítica – a sua “clínica do trauma”.

2.4. Ferenczi, o Trauma e a Elasticidade da Técnica

Ferenczi, em sua clínica com pacientes chamados “difíceis”, encontrou na técnica psicanalítica clássica alguns entraves no desenvolvimento da análise destes pacientes. Uma vez que eles tinham dificuldades em associar livremente e o enquadre analítico não parecia

favorecer o tratamento, Ferenczi dedicou grande parte de suas reflexões e experimentações clínicas no sentido de buscar uma forma de promover a análise destes pacientes.

A partir de 1919, Ferenczi passa a questionar alguns aspectos da técnica psicanalítica clássica, em especial sobre o valor e os limites da palavra em psicanálise (Ferenczi, 1919b/1992). A palavra veio ganhando um lugar central na clínica psicanalítica: se no princípio o método catártico era a via de trabalho com os pacientes e de cura, mais especificamente com as histéricas do século XIX, este método logo foi destronado pela associação livre e, depois, pelo valor da interpretação do analista na concepção de cura em psicanálise (Kupermann, 2008b).

Percebe-se, assim, que o caminho percorrido pela psicanálise foi no sentido de um afastamento do analista em relação ao corpo erótico do paciente, colocando, cada vez mais, tanto paciente quanto analista no registro da palavra. Também no sentido de uma distância necessária entre analista e analisando se encontrava o princípio de abstinência do analista, o qual, segundo Freud, implica uma privação do analista quanto às interferências de suas emoções na escuta analítica. Este princípio, juntamente com a associação livre e a interpretação, eram as vias norteadoras da análise.

Ferenczi, contudo, procura outra via de trabalho com seus pacientes graves. Voltando a atenção para o corpo do analisando, ele propôs a técnica ativa (Ferenczi, 1919b/1992). Esta técnica consistia em uma série de injunções e proibições feitas pelo analista ao paciente, promovendo atos por parte dele. Seu objetivo era, por meio do aumento da tensão, gerar uma nova distribuição da energia libidinal, incrementando a angústia do paciente ao ponto de “forçá-lo” a associar livremente. Entretanto, Ferenczi notou os efeitos iatrogênicos desta técnica, uma vez que a maioria dos pacientes, ao invés de passar a recordar e associar, se submeteram ainda mais às ordens do analista, tendo em vista o caráter autoritário desta prática (Kupermann, 2008c; Lejarraga, 2008).

Desta maneira, Ferenczi altera o foco de suas reflexões sobre a técnica com pacientes “difíceis”, deslocando-o do paciente para o analista. Mais especificamente, Ferenczi passa a refletir sobre as resistências do analista e em como elas se expressam na prática clínica da psicanálise, via a técnica e o enquadre clássicos. Isto não significa que a técnica e o enquadre em si servissem à resistência do analista, mas sim e, em especial, ao fato dos analistas fazerem uso do dispositivo analítico como forma de defesa.

Assim, em especial a partir do texto “Elasticidade da técnica psicanalítica”, Ferenczi (1928b/1992) traça críticas à “hipocrisia profissional” dos analistas que, utilizando o enquadre e a técnica a favor de suas defesas, deixam o sofrimento e a cura dos analisandos subjugadas ao seu narcisismo e às suas questões não bem analisadas. Esta hipocrisia envolve desde a postura em si do analista – sua disponibilidade afetiva – quanto o uso que se faz das interpretações. Como salienta Ferenczi (1928b/1992) sobre a necessidade de ser parcimonioso nas interpretações, “o fanatismo da interpretação faz parte das doenças de infância do analista” (p. 33).

Sobre a disponibilidade afetiva do analista, Ferenczi (1933/1992) discorre sobre o fato de que a clínica o levou à conclusão de que os pacientes percebem, em um registro inconsciente e com muita sutileza, os desejos, os humores, as simpatias e as antipatias do analista, mesmo quando este último não está consciente dos mesmos. De acordo com o autor, é uma grande hipocrisia atender um paciente sentindo afetos negativos sobre ele e agir apenas na segurança da frieza profissional.

Desta maneira, Ferenczi (1928b/1992) desenvolve reflexões sobre a necessidade de controle do narcisismo analítico, o que envolve a análise pessoal do analista (e não só a didática), assim como, e em especial, a importância do “tato” no trabalho analítico. Segundo Ferenczi (1928b/1992), o “*tato, é a faculdade de ‘sentir com’ (Einfühlung)*” (p. 27, grifos do autor), implicando na capacidade empática do analista. Isto envolve a capacidade de discernir

quando e como fazer uma interpretação, quando o silêncio é necessário e quando é uma “tortura inútil” (Ferenczi, 1928b/1992, o. 27) ao paciente, quando o material se encontra maduro a ponto de ser possível traçar conclusões a partir dele, etc.

A partir destas críticas e reflexões, Ferenczi propõe uma maior elasticidade na técnica psicanalítica, cabendo ao analista funcionar como um elástico e se permitir ceder às tendências do paciente (Ferenczi, 1928b/1992). É interessante destacar que podemos pensar este “ceder às tendências do paciente” como uma forma de ceder ao ritmo do paciente, ao invés de procurar enquadrar o analisando na rigidez da técnica clássica.

Neste sentido, Ferenczi (1930/1992) desenvolve o princípio de relaxamento e neocatarse. Este princípio preconiza o *laissez-faire*, ou seja, a maior liberdade do analisando, assim como do setting da análise. Isto implicava na maior liberdade para a expressão de agressividade para com o analista, sessões mais longas quando necessário, admissão de falhas por parte do analista, etc. Esta maior liberdade levava a um relaxamento nos pacientes, o qual, para a surpresa de Ferenczi, trouxe avanços na análise, inclusive para a possibilidade dos mesmos associar livremente. Ferenczi percebe que estes avanços eram inviáveis na rigidez do enquadre tradicional. Segundo o autor:

Ao comparar a atitude inicialmente obstinada e fixa do paciente com a flexibilidade que resultava do relaxamento, pode-se constatar nesses casos que o paciente vê a reserva severa e fria do analista como a continuação da luta infantil contra a autoridade dos adultos, e que repete agora as reações caracteriais e sintomáticas que estiveram na base da neurose propriamente dita (Ferenczi, 1930/1992, p. 61).

Desta maneira, para sua surpresa, Ferenczi constatou que, após ter sido possível criar um ambiente de confiança mais sólida na análise, promovido e complementado pelo sentimento de total liberdade, muitos pacientes começaram a apresentar sintomas histéricos corporais, explosões emocionais, estados de transe, vozes infantis, etc. A estas experiências, Ferenczi chamou de neocatarse, as quais o conduziram a um material mnêmico dos pacientes

que o levou a refletir sobre o lugar de importância do trauma no padecimento psíquico de seus pacientes.

É interessante notar, assim, como os questionamentos de Ferenczi sobre a técnica e o enquadre psicanalíticos, assim como o manejo da transferência e da contratransferência no cenário da análise, o levou a resgatar a questão do trauma na psicanálise (Kupermann, 2008a). Mais ainda, as mudanças efetuadas em sua técnica o levaram a algumas questões importantes sobre a clínica com pacientes traumatizados.

Na verdade, por meio de suas prática e reflexões sobre a clínica, Ferenczi percebeu que a situação analítica ocorrida no âmbito da “hipocrisia profissional” é da mesma ordem das situações traumáticas que originalmente levaram ao adoecimento do sujeito. Segundo o autor, a “situação analítica, essa fria reserva, a hipocrisia profissional e a antipatia a respeito do paciente (...) não difere essencialmente do estado de coisas que outrora, ou seja, na infância, o fez adoecer” (Ferenczi, 1933/1992, p. 100).

Neste sentido, podemos pensar nas similaridades entre a postura do analista em sua “hipocrisia profissional” e na do adulto que não acolhe o pedido de ajuda da criança no contexto original do trauma. Nestas aproximações, destaca-se como ponto em comum a ausência de disponibilidade afetiva a fim de escutar, compreender, valorizar e conter o sofrimento do sujeito.

Entretanto, Ferenczi destaca que a capacidade de admitir os próprios erros e renunciar a eles, assim como a abertura para a escuta de críticas feitas pelo paciente – para acolher a transferência negativa – faz com que o analista ganhe a confiança do analisando. Esta confiança estabelece, para o autor, o contraste entre a vivência atual e aquela do passado, referente a uma experiência traumatogênica, e que é precisamente este contraste que promove a possibilidade de reavivação deste passado a fim de que ele possa passar do registro da reprodução alucinatória para a lembrança objetiva (Ferenczi, 1933/1992).

Neste sentido, Ferenczi (1930/1992) também destaca o valor do relaxamento e da neocatarse, uma vez que estes estados promovem uma regressão do paciente a estágios em que, tendo em vista o processo de constituição psíquica e a ainda ausência de recursos internos na época do trauma para que ele fosse representado, a vivência traumática haveria deixado apenas lembranças físicas. Assim, na clínica do trauma, a regressão do paciente possui o valor de possibilitar a integração desta experiência, a possibilidade de vivenciar o trauma pela primeira vez em uma situação protegida. Nas palavras do autor:

É uma vantagem para a análise quando o analista consegue, graças a uma paciência, uma compreensão, uma benevolência e uma amabilidade quase ilimitadas, ir o quanto possível ao encontro do paciente. (...) O paciente ficará então impressionado com o nosso comportamento, contrastante com os eventos vividos em sua própria família, e, como se sabe agora protegido da repetição, atrever-se-á a mergulhar na reprodução do passado desagradável (Ferenczi, 1931/1992, pp. 74-75).

Para Ferenczi, por meio da regressão do paciente no processo de análise, e da capacidade do analista de se disponibilizar para ser usado pelo paciente neste processo, é que ele pode vivenciar a situação traumática no sentido de representá-la, integrá-la às suas vivências e processos subjetivos, saindo do campo da repetição. Para o autor, caso seja possível estabelecer uma ligação entre a passividade total implicada na vivência original do trauma e o sentimento de ser capaz de vivenciá-lo, ativamente, até o fim no contexto da análise, uma nova percepção e resolução do trauma pode ser produzida, sendo mais vantajosa e duradoura para o sujeito (Ferenczi, 1934/1992).

Para isso, a postura do analista deve ser flexível, acolhedora, reduzindo as exigências com relação ao que se chama classicamente de trabalho analítico. Segundo Ferenczi (1929/1992), é necessária promover a possibilidade do paciente “agir como uma criança” (p. 51), em um *laissez-faire* que o permite entrar em contato com sensações primitivas e experimentar “introduzir impulsos *positivos* de vida e razões para se continuar existindo” (Ferenczi, 1929/1992, p. 51, grifos do autor). O autor nota semelhanças entre este momento necessário do tratamento de pacientes traumatizados e a fase preliminar à análise de crianças

postulado por Anna Freud. Após estas vivências é que se introduziria, aos poucos, a frustração, abrindo espaço para o início de uma análise nos moldes clássicos.

É interessante notar que Ferenczi compara a atitude do analista neste momento regressivo do paciente ao de uma “mãe carinhosa” (Ferenczi, 1931/1992, p. 78), remetendo, assim, a semelhanças entre a função do analista junto ao analisando nestes momentos regressivos ao de uma mãe que desempenha bem seu papel junto ao bebê. Na verdade, Ferenczi parece indicar a necessidade de o analista sustentar a fusão e a onipotência do paciente junto a ele, criando uma vivência que difere daquela que ele teve quando criança e que está na base de seu trauma e de suas dificuldades psíquicas atuais. Apenas depois da criação desta experiência é que o analista deve, aos poucos, abrir maior espaço para a frustração e, assim, ir inserindo a diferenciação (Ferenczi, 1931/1992).

Desta maneira, podemos perceber que Ferenczi apresenta contribuições valiosas para a psicanálise, tanto no que diz respeito a suas construções teóricas quanto às suas reflexões e desenvolvimentos clínicos. Dentre suas inovações, há alguns pontos que merecem destaque, em especial tendo em vista a temática do trauma. Estas inovações vieram influenciar consideravelmente psicanalistas de uma geração seguinte, mesmo que a alguns de forma indireta e sem menção a esta influência.

Como Bokanowski (2002) bem notou, Ferenczi foi o primeiro autor a destacar: a) a importância do ambiente no processo de constituição psíquica e as marcas que o psiquismo materno imprime na criança; b) a consideração sobre a importância do estabelecimento de uma relação primária, em um sentido simbiótico primitivo, no primeiro momento da análise de pacientes mais graves; c) como o estabelecimento deste tipo de relação, nestes casos, promove uma maior compreensão sobre os fantasmas primitivos do sujeito, relativos às suas vivências nas relações precoces; d) a clivagem do ego ao ponto de gerar uma clivagem corporal, inclusive uma clivagem entre o pensamento e o corpo; e) a clivagem do ego e a

autoclivagem narcísica como conseqüências de traumatismos psíquicos precoces, em especial em casos ocorridos antes do desenvolvimento da linguagem.

Além disso, podemos adicionar o fato de Ferenczi ter apontado para a cisão do ego mediante uma situação traumática não só como marca do choque desta vivência, mas também como forma do sujeito *se defender* das sensações advindas desta experiência e proteger-se. Ou seja, há uma função de alguma forma “positiva” – uma vez que tem por objetivo a defesa do psiquismo, ainda que às suas custas – na cisão do ego, tendo em vista os recursos do sujeito no momento da instauração do trauma. Soma-se também o fato de Ferenczi ter destacado uma relação entre o trauma e o hiper desenvolvimento de uma parte do ego que se adapta ao meio externo e amadurece rápido demais, deixando de lado a parte mais frágil e coerente com a vivência e as sensações do sujeito.

Todas estas inovações e contribuições de Ferenczi são muito importantes nas reflexões sobre o trauma, e encontram muitos pontos de diálogo com alguns desenvolvimentos teóricos e clínicos de Winnicott, cujas idéias serão apresentadas a seguir.

CAPÍTULO 3

WINNICOTT E O TRAUMA: DAS RUPTURAS ÀS AGONIAS PRIMITIVAS

Peço humildemente para existir, imploro humildemente uma alegria, uma ação de graça, peço que me permitam viver com menos sofrimento, peço para não ser experimentada pelas experiências ásperas, peço a homens e mulheres que me considerem um ser humano digno de algum respeito. Peço a benção da vida.
(Clarice Lispector, 2005)

3.1. Introdução

Podemos apontar Winnicott como o autor, no âmbito da psicanálise, cujas contribuições metapsicológicas mais conferiram destaque às relações do indivíduo com o ambiente externo. Na base de seus desenvolvimentos teóricos e clínicos, notamos a atenção às relações precoces, em especial às funções do ambiente externo junto ao bebê, vindo a promover seu processo de amadurecimento pessoal ou interrompê-lo (Winnicott, 1963a/2008).

Seu enfoque no papel do ambiente externo no processo de constituição psíquica e no desenvolvimento emocional do lactente é perpassado pela influência não só dos autores da psicanálise que o precedem, tais como Freud e Melanie Klein, mas também pela perspectiva naturalista de Darwin. A idéia darwinista de que não há tendência absoluta para o desenvolvimento sem a presença de circunstâncias favoráveis ilustra bem a indissociabilidade em Winnicott entre o ambiente externo e o interno ao se pensar o processo vital do indivíduo (Chamond, 2009; Klautau, & Salem, 2009).

Neste sentido, debruçar sobre o papel e as funções do ambiente junto à criança a fim de compreender seu processo de constituição psíquica é tão importante quanto compreender seus processos internos. Isto é verdade em especial quando a criança ainda se encontra em um estado de dependência absoluta do ambiente externo, ao ponto de não percebê-lo como diferenciado dela – e, assim, não chegar a ter a consciência de sua existência, uma vez que sente como se o ambiente fosse parte dela (Winnicott, 1963a/2008).

É com este enfoque que Winnicott desenvolve sua teoria do amadurecimento pessoal (Winnicott, 1960/2008) e, também, sua teoria sobre o trauma. Na verdade, trauma e processo de constituição psíquica se encontram intimamente relacionados nas reflexões de Winnicott, de forma que podemos apontar os cuidados maternos, no que tange a mãe-ambiente, como a via em que eles se entrelaçam.

Ao me referir à “mãe” e aos “cuidados maternos”, assim como outras expressões similares ao longo deste capítulo, não me refiro apenas à mãe biológica, mas também àqueles substitutos que desempenham o papel materno e prestam cuidados ao bebê, em especial quando estes cuidados estão impossibilitados à mãe biológica e presentes por meio de outra pessoa que cuida da criança. Este desprendimento do vínculo biológico obrigatório em Winnicott é consolidado por meio de uma carta do autor a Bowlby, enviada em maio de 1954 (Winnicott, 1987/1990). Neste sentido, por “mãe” e “cuidados maternos” entende-se o papel materno desempenhado pelo principal cuidador à criança.

3.2. Cuidados Maternos e o Processo de Constituição Psíquica –

O Ambiente Suficientemente Bom

Pediatra de formação, Winnicott trabalhou cerca de 40 anos no *Paddington Green Children's Hospital*, em Londres, desenvolvendo ampla experiência no atendimento tanto a crianças quanto a díades mãe-bebê. Na verdade, mesmo após o término de sua formação como analista na Sociedade Britânica de Psicanálise, Winnicott continuou com sua prática como pediatra, o que implicou no enriquecimento de ambos seus campos de atuação. Afinal, é notável a influência de sua prática como pediatra em suas inovações metapsicológicas, o que envolve inclusive seu enfoque no papel do ambiente no processo de amadurecimento pessoal, tendo esta experiência promovido o desenvolvimento de sua teoria sobre o desenvolvimento emocional primitivo (Kloutau, & Salem, 2009).

Enquanto a maioria dos autores voltados para o estudo do processo de constituição psíquica enfocou as transformações do bebê a partir de cerca de 5-6 meses de idade, Winnicott (1945/2000) chamou a atenção para o fato de que um longo caminho é percorrido pela criança antes deste período. O autor destaca (Winnicott, 1945/2000; 1960/2008; 1962/2008) os processos envolvidos no desenvolvimento emocional primitivo do bebê, os quais são vitalmente importantes para a constituição psíquica.

De acordo com Winnicott (1945/2000), as pessoas nascem indiferenciadas com o ambiente externo, num sentimento de não-integração com o próprio corpo. Segundo ele, no começo da vida, psique e soma são indiferenciados, de forma que a psique emerge da elaboração imaginativa das vivências corpóreas do bebê. Neste período, há uma dependência mental e física da criança em relação à sua mãe. Os cuidados maternos e o lactente formam uma unidade, de modo que “‘não há tal coisa como um lactente’, significando, é claro, que sempre que se encontra um lactente se encontra o cuidado materno, e sem cuidado materno não poderia haver um lactente” (Winnicott, 1960a/2008, p. 40).

Neste sentido, é por meio dos cuidados maternos, tangendo as relações precoces, que o bebê vai se desenvolver. Para Winnicott, o desenvolvimento do indivíduo ocorre em termos de dependência do ambiente externo no seio do relacionamento paterno-infantil (Winnicott, 1960a/2008). Nesta perspectiva, uma parte do desenvolvimento diz respeito à jornada do indivíduo da dependência absoluta, passando pela relativa, e caminhando rumo à independência, permeada por seus percursos do princípio de prazer ao princípio de realidade e do auto-erotismo às relações objetais (Winnicott, 1960a/2008).

Por outro lado, a outra parte do desenvolvimento emocional tange o cuidado materno, envolvendo as qualidades e mudanças maternas que satisfazem as necessidades de amadurecimento do lactente (Winnicott, 1960a/2008). Assim, a fim de que o desenvolvimento do indivíduo possa ocorrer de maneira saudável, é importante que a mãe-

ambiente se adapte ativamente às necessidades do recém-criado psicossoma. Aliás, “(...) é vitalmente importante que as mães forneçam desde o início essa adaptação ativa, primeiro em termos físicos e posteriormente em termos que incluem a imaginação, mas também é característica essencial da função materna uma gradual falha na adaptação (...)” (Winnicott, 1949/2000, p. 335).

Para Winnicott, o processo de integrar-se começa imediatamente após o início da vida. Aos poucos, aspectos psíquicos e somáticos vão se inter-relacionando, promovendo uma crescente integração psicossomática, a qual constitui um processo precoce do desenvolvimento emocional (Winnicott, 1945/2000, 1949/2000), anterior aos conceitos de intelecto e verbalização (Winnicott, 1970/2007). Esta integração fornece as bases para o desenvolvimento de um “corpo vivo, com seus limites e com um interior e um exterior”, que “*é sentido pelo indivíduo* como formando o cerne do eu imaginário” (Winnicott, 1949/2000, p. 334, grifos do autor). Entretanto, o processo de integração não pode ser considerado como óbvio (Winnicott, 1945/2000). A fim de ser bem estabelecido, a criança depende de um ambiente que favoreça este seu potencial quando ela ainda é absolutamente dependente de sua mãe (Winnicott, 1963a/2008).

Segundo o autor, a tendência do indivíduo à integração é promovida por dois conjuntos de experiências, um referente à função do ambiente externo junto ao bebê e outro às formas como o indivíduo experimenta esta relação. Winnicott destaca que, no que tange os processos internos do bebê em relação com o ambiente externo, as agudas experiências instintivas experimentadas pelo lactente promovem sua integração ao tender a aglutinar a personalidade a partir de dentro (Winnicott, 1945/2000).

Em contrapartida, a forma como o cuidador mantém o lactente aquecido, segura-o, dá-lhe banho, nina-o e o chama – em outras palavras, os cuidados dispensados ao bebê – favorecem a integração do indivíduo. A estes cuidados, em um primeiro momento

especialmente físicos, Winnicott chamou de função de *holding* do ambiente, a qual é vitalmente necessária a fim de promover a sustentação e o processo de desenvolvimento emocional sem entraves significativos.

Neste período em que o bebê depende absolutamente de sua mãe, o *holding* envolve especialmente a sustentação física da mãe-ambiente ao lactente. Para Winnicott, o *holding* físico, neste momento do processo de amadurecimento pessoal, é possivelmente a única maneira pela qual a mãe pode demonstrar seu amor à criança (Winnicott, 1960a/2008).

Este aspecto físico do *holding* possui importância acentuada para o autor, uma vez que consiste na base dos demais e complexos aspectos deste conceito, assim como da provisão ambiental mais ampla (Winnicott, 1960a/2008). Neste sentido, percebemos a importância do aporte corporal deste conceito, o qual promove a sustentação primeira do indivíduo e da qual depende um desenvolvimento infantil saudável (Klautau, & Salem, 2009).

Assim, o *holding* consiste em uma sustentação confiável que o ambiente suficientemente bom – aquele que se adapta ativamente às necessidades do lactente – fornece ao bebê de forma a promover sua integração. Esta função diz respeito a tudo no ambiente que fornece ao indivíduo a experiência de continuidade, de uma constância tanto física quanto psíquica, sendo desempenhada inicialmente e primordialmente pela mãe.

Desta forma, o termo *holding* se refere não só ao segurar físico, mas também à provisão total que a mãe-ambiente proporciona ao recém-nascido antes do desenvolvimento do conceito de “viver com”. “Em outras palavras, se refere à relação espacial ou em três dimensões com o fator tempo gradualmente acionado” (Winnicott, 1960a/2008, p. 44), uma vez que é a continuidade no tempo desta sustentação que promove a integração do indivíduo.

De acordo com Winnicott (1968/2005), “essa questão de ‘segurar’ [*holding*] e manusear [*handling*] traz à baila toda a questão da confiabilidade humana” (p. 141, colchetes nossos). A confiabilidade está intimamente relacionada à continuidade dos cuidados, de

modo que apenas com base na monotonia é que a mãe pode promover a riqueza do desenvolvimento junto ao bebê (Winnicott, 1945/2000). Isto é possível uma vez que ele se sente seguro e sustentado continuamente no tempo, de forma que o *holding* favorece a integração indivíduo ao promover ao bebê estas sensações (Winnicott, 1962/2008).

A integração do indivíduo depende da continuidade de um cuidado materno que seja consistente, propiciando gradualmente a reunião de lembranças sobre estes cuidados e, assim, a percepção destas como tais. O resultado deste processo em termos do desenvolvimento do lactente é que ele conquista um estado a que Winnicott se refere como “estado unitário” (Winnicott, 1960a/2008).

Além disso, o processo de integração passa pela possibilidade da mãe-ambiente se identificar com o bebê ao ponto de conhecê-lo, promovendo que ele se veja refletido em seu rosto (Winnicott, 1967/1975). No período da dependência absoluta, é importante que o bebê possa olhar para sua mãe e ser visto, promovendo-lhe gradativamente o sentimento de existência. Segundo o autor (Winnicott, 1945/2000), “ser conhecido significa sentir-se integrado” (p. 224), de forma que o bebê que não teve quem lhe juntasse os pedaços já começa com desvantagem a sua tarefa de se auto-integrar.

A integração é um dos processos que compõem o desenvolvimento emocional primitivo, consistindo em um dos processos vitais no percurso da constituição psíquica precedente à capacidade do lactente de se perceber e se relacionar com pessoas totais. Outro processo que compõe este desenvolvimento inicial do indivíduo, e que merece destaque, é a personalização (Winnicott, 1945/2000).

Segundo Winnicott, tão importante quanto a integração é o sentimento de estar dentro do próprio corpo, de habitá-lo (Winnicott, 1945/2000). O autor escolheu referir-se a este processo pelo termo “personalização” – contrastando com o conceito de “despersonalização” – a fim de destacar que a morada do *self* no corpo, assim como seu vínculo forte com a

psique, são indícios de uma conquista da saúde, em termos desenvolvimentais (Winnicott, 1970/2007). Vale observar que, para Winnicott (1970/2007), o *self*, “(...) que não é o ego, é a pessoa que é eu, que é apenas eu, que possui uma totalidade baseada no funcionamento do processo de maturação. Ao mesmo tempo, o *self* tem partes e, na realidade, é constituído dessas partes” (p. 210).

Winnicott destaca que a base da inserção da psique no soma envolve a possibilidade de ligar as experiências motoras e sensoriais ao estado de ser uma pessoa, ligação esta promovida pelos cuidados maternos. Em adição, no processo de personalização, o indivíduo desenvolve uma espécie de “membrana limitante”, que geralmente é sentida como equivalente à superfície da pele, o que promove o início da diferenciação entre “eu” e “não-eu”. Em outras palavras, o bebê desenvolve a sensação de haver um interior e um exterior, assim como um esquema corporal (Winnicott, 1960a/2008).

De acordo com o autor (Winnicott, 1970/2007), a base para a personalização começa antes mesmo do nascimento do indivíduo, por meio da aceitação e do envolvimento emocional da mãe para com a criança que nascerá, expressa em termos físicos e fisiológicos neste período. Estes cuidados durante a gestação envolvem os cuidados maternos ao feto por meio da alimentação, conversas, sua aceitação psíquica e corporal da criança por nascer, dentre outros. Para Winnicott (1970/2007), “é verdadeiramente no início que a criança precisa ser aceita como tal e beneficia-se de uma aceitação desse tipo” (p. 205). Segundo o autor, o início do processo de personalização do bebê é encontrado na capacidade da figura materna de “juntar o seu envolvimento emocional” (Winnicott, 1970/2007, p. 205), originalmente expresso pelos cuidados físicos e reações fisiológicas.

Percebemos assim a importância dos cuidados e do investimento afetivo dispensado à criança em termos físicos, que envolvem diretamente o corpo e sua fisiologia, como promotores do processo de personalização. Neste sentido, Winnicott destaca a função da

mãe-ambiente de manejo do corpo da criança, também referido como *handling*, aspecto que favorece que o indivíduo venha a habitar o próprio corpo (Winnicott, 1962/2008).

Podemos caracterizar o *handling* como uma função que tange o contato corporal mãe-bebê, compreendido como de fundamental importância ao desenvolvimento psíquico da criança. A manipulação do corpo do bebê permite que ele seja humanizado e simbolizado nos contatos e relações com o outro, especialmente através do reconhecimento da mãe das necessidades corporais do bebê e da organização simbólica que ela as dá, assim como o uso do corpo como meio de expressar afetos e emoções. O *handling* constitui uma espécie de “toque amoroso” (Abram, 1996/2000, p. 138) que promove ao bebê a sensação de habitar o próprio corpo, assim como pode ser caracterizado como a parte mais abrangente dos cuidados que derivam do *holding* materno (Kloutau, & Salem, 2009).

Desta maneira, “é a experiência instintiva e a repetida e silenciosa experiência de estar sendo cuidado fisicamente que constroem, gradualmente, o que poderíamos chamar de personalização satisfatória” (Winnicott, 1945/2000, p. 225). Assim como no que diz respeito à função de *holding* e o processo de integração, chama a atenção a importância da constância dos cuidados maternos – não só em termos objetivos mas, especialmente, afetivos – ao longo do tempo a fim de promover o amadurecimento pessoal do lactente.

Esta importância da continuidade dos cuidados também é notada quanto a outro processo envolvido no desenvolvimento emocional primitivo: a “realização” (Winnicott, 1945/2000). A realização implica na crescente apreciação do tempo, do espaço, e de outros aspectos da realidade pelo bebê, de forma a tomar consciência, aos poucos, de que os fenômenos não são produzidos por ele.

Entretanto, a fim de promover este processo, cabe à mãe-ambiente desempenhar de forma suficientemente boa a função de apresentação de objetos à criança. Isto implica em promover experiências de onipotência ao bebê, apresentando-lhe objetos onde eles possam

ser criados por ele, e, ao mesmo tempo, esperar ser encontrada (Winnicott, 1971a/1975), de forma a favorecer o desenvolvimento das relações objetais (Winnicott, 1968/2008).

No início da vida, é importante que a mãe seja capaz de satisfazer as necessidades do recém-nascido de modo a promover-lhe uma experiência de onipotência, o que é possível uma vez que o bebê tem a capacidade, quando conta com a função de ego auxiliar da mãe, de se relacionar com objetos subjetivos (Winnicott, 1962/2008). Isto implica em objetos que a criança possui a ilusão de tê-los criado, tendo em vista a oscilação da mãe entre satisfazer as necessidades da criança e ser ela mesma (Winnicott, 1971a/1975).

Este movimento, se ocorrido sem impedimentos e interdições, propicia a experiência inicial de onipotência da criança e, assim, o laço de confiança desta para com a mãe. Mais ainda, é estabelecido um *playground* intermediário entre a mãe e o bebê, no qual a idéia de magia se origina da onipotência intrapsíquica relacionada à ilusão de controle do real (Winnicott, 1971a/1975). Além disso, por meio desta devida oscilação materna, o bebê pode experimentar o princípio de realidade em alguns momentos, mas nunca por inteiro e de uma só vez. Segundo Winnicott (1962/2008), a criança mantém áreas de objetos subjetivos junto a outras em que desenvolve algum relacionamento com objetos percebidos objetivamente, iniciando o processo de diferenciação em “eu” e “não-eu”, assim como as relações objetais.

Winnicott ressalta que o início das relações objetais é complexo, não sendo possível que ocorra sem que o ambiente propicie a apresentação de um objeto ao bebê de forma que ele o crie. Nas palavras do autor:

O padrão é o seguinte: o bebê desenvolve a expectativa vaga que se origina em uma necessidade não-formulada. A mãe, em se adaptando, apresenta um objeto ou uma manipulação que satisfaz as necessidades do bebê, de modo que o bebê começa a necessitar exatamente o que a mãe apresenta. Deste modo o bebê começa a se sentir confiante em ser capaz de criar objetos e criar o mundo real. A mãe proporciona ao bebê um breve período em que a onipotência é um fato da experiência (Winnicott, 1968/2008, p. 60).

Neste sentido, a função de apresentação de objeto ganha importância no processo de amadurecimento do indivíduo. Junto ao *holding* e ao *handling*, ela é vital para que o desenvolvimento emocional primitivo ocorra sem entraves (Winnicott, 1962/2008). Além destas funções, é importante destacar também a função de espelho do rosto da mãe para com o bebê.

Afinal, na saúde, espera-se que o bebê veja a si mesmo ao fitar o rosto da mãe. Para isso, a mãe não deve estar tomada pelo seu próprio humor, mas sim voltada para o bebê, de forma a espelhar em seu rosto aquilo que ela vê – o infante (Winnicott, 1967/1975). Neste sentido, “o sentimento do eu surge na base de um estado não integrado que, contudo, por definição, não é observado e recordado pelo indivíduo, e que se perde, a menos que seja observado e espelhado de volta por alguém em quem se confia, que justifica a confiança e atende à dependência” (Winnicott, 1971b/1975, p. 88, nota de rodapé).

Todas estas funções são desempenhadas pelo o que Winnicott chamou de mãe suficientemente boa, a qual promove ao bebê um ambiente suficientemente bom e, assim, seu desenvolvimento emocional. Para o autor, as bases da saúde mental do indivíduo se referem ao cuidado materno, de forma que quadros psicopatológicos, como a psicose infantil, possuem relações com falhas da mãe-ambiente em período precoce (Winnicott, 1960a/2008).

Ser suficientemente boa implica nas capacidades da mãe de se adaptar às necessidades do lactente, as quais estão para além das questões instintuais. Para Winnicott, a mãe deve se adaptar ao ego da criança no que tange suas necessidades em cada momento de seu processo de amadurecimento (Winnicott, 1963a/2008), o que no início implica em uma devoção ao recém-nascido, adaptando-se às suas necessidades de forma a promover uma experiência de ilusão, e, posteriormente, inserir falhas nesta adaptação (Winnicott, 1949/2000).

Esta devoção inicial da mãe ao recém-nascido é caracterizada pelo autor como um estado de sensibilidade acentuada que ocorre principalmente no final da gestação e dura até

as primeiras semanas após o nascimento da criança, a qual ele denominou de “preocupação materna primária”. Para Winnicott, a mãe, quando suficientemente boa, passa por este funcionamento no início da vida do bebê, de forma a ser necessário alcançar este estado de sensibilidade exacerbada e, depois, recuperar-se dele (Winnicott, 1956/2000). Na preocupação materna primária, a mãe sente que o bebê é parte dela, se encontrando altamente identificada com ele ao ponto de saber o que se passa com o lactente em termos fisiológicos e afetivos (Winnicott, 1963a/2008).

Este estado faz-se necessário a fim de favorecer a sensibilidade da mãe às necessidades do bebê ao longo de seu processo de amadurecimento. Para Winnicott, um ambiente suficientemente bom – o que envolve a mãe, a família e o lar da criança – em especial no princípio da vida, proporciona à maioria dos bebês e crianças pequenas “*a experiência de não terem sido significativamente decepcionados*. Desta maneira, as crianças médias têm a oportunidade de construir uma capacidade de acreditarem em si mesmas e no mundo: elas constroem uma estrutura sobre a acumulação da confiabilidade introjetada” (Winnicott, 1967/2007, p. 153, grifos do autor).

Nota-se, assim, que o desenvolvimento da confiabilidade na continuidade do ambiente e do *self* ocorrem na criança por meio de cuidados maternos suficientemente bons. Esta confiabilidade é também a base para a possibilidade de estar só. Segundo Winnicott (1958/2008), a capacidade de estar só depende da presença, no mundo interno do bebê, de um objeto bom. Neste sentido, tanto a maturidade quanto a capacidade de ficar só pressupõem a presença de uma mãe-ambiente suficientemente boa, ao ponto de favorecer a crença do indivíduo num ambiente benigno, construída por meio da repetição de gratificações pulsionais satisfatórias (Winnicott, 1958/2008).

A fim de desenvolver a capacidade de estar só, é necessário ter estado só na presença de alguém que desempenhou os cuidados maternos de forma suficientemente boa, ao ponto

de funcionar como apoio ao ego imaturo do bebê. Vivenciando esta experiência ao longo do tempo, e com o processo de amadurecimento, a criança introjeta o ego auxiliar materno, de modo a poder estar só sem a necessidade da presença concreta da mãe a todo instante junto a si, ou mesmo de um símbolo da mãe. Contudo, antes mesmo de ser possível introjetar a figura materna, a criança passa a sustentar sua ausência por meio de seu processo de diferenciação – do estabelecimento de seu meio interno (Winnicott, 1958/2008).

Desta maneira, nota-se o paradoxo necessário à capacidade de estar só: ela se baseia na experiência prévia de estar só na presença de alguém, de forma a não ser possível estabelecer a capacidade de estar só sem que o indivíduo vivencie a experiência de estar sozinho junto a alguém de forma suficiente. Segundo Winnicott (1958/2008):

O indivíduo só pode atingir o estágio do “eu sou” porque existe um meio que é protetor; o meio protetor é de fato a mãe preocupada com sua criança e orientada para as necessidades do ego infantil através da sua identificação com a própria criança. (...) A seguir vêm as palavras “eu estou só”. (...) esse estágio seguinte envolve uma apreciação por parte da criança da existência contínua de sua mãe. (...) “estar só” é uma decorrência do “eu sou”, dependente da percepção da criança da existência contínua de uma mãe disponível cuja consistência torna possível para a criança estar só e ter prazer em estar só, por períodos limitados (p. 35).

Percebemos, então, a importância da continuidade dos cuidados dispensados ao bebê, promovendo o desenvolvimento do sentimento de confiança quanto à continuidade do ambiente externo e interno. Por meio dos cuidados recebidos de sua mãe, no contexto das funções de *holding*, de *handling*, e da devida apresentação de objetos, o lactente é capaz de ter uma existência pessoal, construindo o que Winnicott se refere como a “continuidade do ser” (*going-on-being*). Segundo o autor, “neste lugar que é caracterizado pela existência essencial de um ambiente sustentador, o ‘potencial herdado’ está se tornando uma ‘continuidade do ser’” (Winnicott, 1960a/2008, p. 47).

Neste sentido, por meio do *holding* materno, a “continuidade de ser” da criança é promovida, sendo tão importante quanto a sustentação em si o fato dela ser estável com o

passar do tempo. Um ambiente estável permite que o bebê vivencie a experiência de ser ele mesmo ao longo do tempo, promovendo uma integração temporal e espacial do indivíduo.

Segundo Winnicott (1960a/2008), todos os desenvolvimentos do indivíduo partem da condição ambiental de *holding*, de forma que na ausência de uma sustentação suficientemente boa, os estágios do processo de amadurecimento não podem ser alcançados ou mantidos. Afinal, na impossibilidade de um ambiente que sustente e promova a “continuidade de ser” do bebê ou da criança pequena, sua alternativa é reagir. A reação do bebê, contudo, rompe o ser e o aniquila, de forma a instaurar o trauma no seu processo de amadurecimento.

Sem um ambiente suficientemente bom, a personalidade do lactente começa a se construir com base em reações a irritações do meio, não vindo a estabelecer, de fato, uma existência consolidada no tempo. Para Winnicott, quando o bebê não conta com um ambiente suficientemente bom, em especial no início da vida, as irritações do meio não são passíveis de serem absorvidas pela área de onipotência do indivíduo, de forma a gerar disrupções que implicam no aniquilamento do ser pessoal do lactente (Winnicott, 1960a/2008). É desta maneira que a idéia de trauma comparece no processo de amadurecimento do bebê e o marca.

3.3. O Trauma, a Falha Ambiental e a Ruptura

Se o ambiente suficientemente bom promove o processo de amadurecimento pessoal do indivíduo, o conceito de trauma, para Winnicott, se encontra relacionado às falhas do ambiente em tempos precoces que implicam em rupturas no continuar a ser do bebê. Estas falhas da mãe-ambiente junto ao lactente propiciam, no lugar de uma adaptação às necessidades da criança, uma intrusão ambiental à qual o indivíduo reage. Quando isto ocorre com frequência, o padrão do bebê consiste mais em reagir do que em ter suas necessidades atendidas, de forma a incorrer em dificuldades no seu processo de desenvolvimento.

Segundo Winnicott (1963a/2008), os processos implicados no amadurecimento pessoal do indivíduo constituem seu vir-a-ser – sua continuidade de existência. Quando a

mãe-ambiente é capaz de funcionar de forma suficientemente boa, devotando-se ao recém-nascido no período inicial de sua vida, ela protege o vir-a-ser do bebê. Neste contexto, qualquer irritação acentuada da criança ou falha na adaptação materna às suas necessidades causa reações no lactente que rompem seu vir-a-ser. Quando reagir se torna o padrão, há uma interferência no processo da criança de se tornar uma unidade integrada (Winnicott, 1963a/2008).

Para Winnicott, quando a mãe proporciona uma adaptação suficientemente boa às necessidades do bebê, seu continuar a ser é muito pouco perturbado por reações à intrusão ambiental. Em contrapartida, falhas da mãe-ambiente implicam na quebra da sustentação do lactente e em experiências intrusivas para a criança, às quais a única alternativa é reagir, rompendo seu continuar a ser. Quando estas falhas ocorrem em excesso, provocam uma ameaça de aniquilação, ameaça que incorre em ansiedades muito primitivas, impensáveis (Winnicott, 1956/2000).

Neste sentido, podemos compreender que o trauma em Winnicott está relacionado ao impacto provindo do ambiente externo por meio das falhas deste ambiente nos cuidados ao indivíduo, de forma a ocorrer em período anterior ao desenvolvimento de mecanismos psíquicos que tornassem a experiência da falha predizível, assim como envolve a reação do indivíduo frente esta falha. A idéia de trauma no pensamento do autor tange experiências junto ao ambiente externo contra as quais as defesas do ego não foram satisfatórias, tendo em vista o momento do desenvolvimento emocional em que o indivíduo se encontra. Para Winnicott, é a maternagem suficientemente boa que capacita o bebê a não ter que se defrontar com o imprevisível antes de atingir um estágio em seu processo de amadurecimento que suporte os fracassos ambientais (Winnicott, 1967/2007).

Mediante as experiências traumáticas, o indivíduo mobiliza novas defesas; contudo, no breve período entre a vivência intrusiva e a nova organização, sua linha da “continuidade

de ser” foi rompida pela reação automática à falha ambiental (Winnicott, 1967/2007). Desta forma, Winnicott destaca que o trauma está inevitavelmente implicado em um certo grau de distorção do processo de desenvolvimento emocional do indivíduo – em distorções no seu processo de constituição psíquica. Segundo o autor, a criança que teve rupturas na sua “continuidade de ser” como padrão no início da vida tem uma tarefa de desenvolver-se mediante uma sobrecarga no sentido da psicopatologia (Winnicott, 1962/2008).

É interessante notar em Winnicott a presença acentuada da idéia de precocidade em seus pensamentos sobre o trauma, de forma a refletir sobre a imaturidade do indivíduo a fim de lidar com a experiência da falha ambiental. Sua imaturidade implica no caráter excessivo deste fracasso tendo em vista os mecanismos psíquicos dos quais a criança dispõe. Notamos, ainda, a idéia da imprevisibilidade da falha, da qual podemos inferir o envolvimento de um afeto de susto.

Em outras palavras, questões referentes à precocidade e à ausência de recursos psíquicos a fim de lidar com uma experiência, seu caráter excessivo para o aparelho psíquico, assim como o afeto de susto por ela suscitados, estão presentes no pensamento do autor sobre o trauma. Estas mesmas questões são notadas, com destaques e formatações distintas, no pensamento de Freud e de Ferenczi. Isto implica na presença contínua destas questões nos estudos sobre trauma na teoria psicanalítica, de forma a serem aspectos de importância a serem considerados ao tratarmos desta problemática.

Entretanto, o enfoque de Winnicott quanto a este conceito se destaca como relativo a eventos da ordem da experiência do indivíduo com o ambiente externo e, mais ainda, com um outro cuidador. Estas idéias do autor o aproximam de algumas de Ferenczi, o qual também conferiu destaque acentuado à qualidade dos cuidados parentais junto à criança, localizando, de certa forma, nas falhas destes cuidados a experiência violenta do trauma.

Contudo, Winnicott abre o enfoque para pensarmos estas relações em termos ambientais e destaca de forma mais direta as falhas do ambiente cuidador no que tange suas tarefas de promoção do desenvolvimento emocional do indivíduo – ou seja, falhas que imbricam o trauma como entraves no processo de constituição psíquica. Apesar de Ferenczi destacar também reações defensivas do sujeito às vivências traumáticas, de forma a haver implicações para seu processo de constituição psíquica, Winnicott inova ao localizar estas falhas em questões basais dos cuidados ambientais ao indivíduo, cuidados estes vitais ao seu processo de desenvolvimento emocional, levando em conta as diferentes necessidades do indivíduo no processo da dependência absoluta rumo à independência. Desta forma, percebemos que, em Winnicott, o trauma e seus efeitos comparecem também relacionados ao grau de dependência do indivíduo para com o ambiente.

Neste sentido, Winnicott (1965/2007) destaca que:

A idéia de trauma envolve uma consideração de fatores externos; em outras palavras, é pertinente à dependência. O trauma é um fracasso relativo à dependência. O trauma é aquilo que rompe a idealização de um objeto pelo ódio do indivíduo, reativo ao fracasso desse objeto em desempenhar sua função. (...) Um estudo do trauma, portanto, envolve o investigador em um estudo da história natural do meio ambiente relativa a um indivíduo em desenvolvimento (p.113, grifos nossos).

É possível notar, na passagem acima, o destaque de Winnicott para as relações do indivíduo com o ambiente externo, envolvendo o lugar das falhas ambientais e do grau de dependência da criança no conceito de trauma. Mais ainda, ao comentar que “um estudo do trauma (...) envolve o investigador em um estudo da história natural do meio ambiente relativa a um indivíduo em desenvolvimento” (Winnicott, 1965/2007, p.113), o autor destaca a indissociabilidade entre as relações do indivíduo com o ambiente externo e seus processos internos nas reflexões sobre o trauma, perpassadas pelo fator temporal. Afinal, é perceptível em seu pensamento o destaque tanto às falhas e intrusões ambientais quanto às reações às intrusões, a depender de quando as falhas ocorreram, ou seja, do estágio de desenvolvimento em que a criança se encontrava.

Contudo, tendo em vista a precocidade envolvida neste conceito e o grau de dependência do indivíduo do ambiente, um estudo do trauma tange, em grande parte, o meio ambiente externo, dado que, no início, as falhas deste meio são sentidas como falhas na sua “continuidade de ser” (Winnicott, 1956/2000). Isto implica que, a depender de quando ocorreram as falhas ambientais acentuadas, o significado e as implicações do trauma no processo de desenvolvimento do indivíduo são diferentes (Winnicott, 1965/2007).

Quando as falhas da mãe-ambiente ocorrem no início, no estágio da dependência absoluta ou quase absoluta, o trauma leva a um colapso da área da confiabilidade no meio ambiente. Este colapso se evidencia no fracasso relativo ao estabelecimento suficiente dos processos de estruturação da personalidade e da organização egóica – do desenvolvimento emocional primitivo (Winnicott, 1965/2007). Neste estágio, as falhas maternas não são apreendidas pelo bebê como advindas do ambiente externo, mas sim sentidas como ameaças à sua existência pessoal (Winnicott, 1956/2000).

As falhas da mãe-ambiente neste período tanger funções de suma importância à promoção do amadurecimento do indivíduo, como destacado na seção anterior. Deste modo, Winnicott percebe que falhas ambientais neste período da vida tendem a estar presentes em indivíduos com desenvolvimentos psicopatológicos, em especial no estabelecimento de um quadro de ordem psicótica posteriormente (Winnicott, 1952/2000).

De acordo com Winnicott (1965/2007), “o trauma, no sentido mais popular do termo, implica uma quebra de fé” (p. 114). Para o autor, este sentido é pertinente para o entendimento psicanalítico do trauma em especial quando as falhas ambientais ocorrem após o estabelecimento de um primeiro momento de ajuste às necessidades do lactente, e este se encontra com certa integração e relativamente diferenciado do ambiente externo.

Nestes casos, o bebê ou a criança pequena teve a oportunidade de construir certa confiabilidade no ambiente, mas a provisão ambiental fracassa em um momento seguinte,

tornando-se persecutório para o indivíduo mediante o atravessamento de suas defesas. Segundo Winnicott, a criança reage à falha ambiental invasiva por meio de um ódio reativo, o qual difere da raiva e do ódio apropriados. Este ódio reativo divide o objeto idealizado – a mãe-ambiente – de forma a não dizer respeito a um ódio experimentado nestes termos para com um objeto, mas sim como delirantemente sendo odiado (Winnicott, 1965/2007).

Além disso, o autor destaca que o trauma incorre em feridas mais graves quanto maior a integração já conquistada pela criança quando o ambiente falha. Por “ferida”, Winnicott se refere à idéia de ser feita sofrer, um sentido que se opõe ao referente às falhas no período da dependência absoluta – a dizer, falhas que dificultam e, por vezes, impedem o processo de alcançar a integração (Winnicott, 1965/2007). Esta diferença é semelhante àquilo que diferencia a não-integração da desintegração.

De acordo com Winnicott (1945/2000), a desintegração é assustadora, enquanto a não-integração não é. A desintegração implica na perda de um estado integrado após conquistá-lo. Ou seja, desintegrar significa voltar a um estado não-integrado (Winnicott, 1963/2007), render-se aos impulsos agindo sem controle após o estabelecimento do estágio de concernimento (Winnicott, 1945/2000; 1963b/2008). Já a não-integração original não é assustadora, uma vez que diz respeito a um estado que o lactente não percebe, pois se encontra indiferenciado do ambiente, assim como pelo fato do bebê não ter experimentado ainda as conquistas do desenvolvimento emocional primitivo, de forma que a não-integração não implica na perda de algo (Winnicott, 1945/2000).

Neste sentido, ser “ferido” implica na idéia de perder algo já conquistado – a fé, a confiabilidade, a integração (ainda quando mal estabelecida), etc. Mais ainda, no sentido do trauma, o ser ferido envolve “uma demasiada intrusão súbita ou imprevisível de fatos reais” (Winnicott, 1965/2007, p. 114) que promove uma experiência sentida pelo indivíduo como traumática.

De forma semelhante à idéia de ser “ferido”, Winnicott (1969/2007) também se refere ao impacto das falhas ambientais pela idéia de “ser decepcionado”. Segundo o autor, a dimensão de decepção no trauma faz referência à quebra da confiabilidade para com o ambiente cuidador, o que rompe a continuidade da existência do indivíduo e produz a experiência das ansiedades impensáveis, também referidas pelo autor como ansiedades arcaicas (Winnicott, 1969/2007) ou agonias (Winnicott, 1963/2007).

Tendo em vista a questão da confiabilidade e sua importância para o desenvolvimento emocional do lactente, Winnicott destaca o papel da comunicação silenciosa entre bebê e sua mãe como uma comunicação em que se experimenta uma mutualidade que favorece o desenvolvimento da sensação de confiança no ambiente. Esta mutualidade experimentada pela mãe e pelo bebê se dá por meio das identificações entre eles, as quais favorecem a compreensão da mãe sobre as necessidades do lactente e sua adaptação a elas, promovendo uma comunicação confiável entre eles (Winnicott, 1969/2007).

Assim, a comunicação silenciosa consiste em uma comunicação que protege o bebê quanto às reações automáticas às intrusões do ambiente externo, reações que rompem sua linha de vida e constituem traumas, entendidos como “aquilo contra o qual um indivíduo não possui defesa organizada, de maneira que *um estado de confusão* sobrevém, seguido talvez por uma *reorganização de defesas*, defesas de um tipo mais primitivo do que as que eram suficientemente boas antes da ocorrência do trauma” (Winnicott, 1969/2007, p. 201, grifos nossos).

Destaco o quesito da confusão na citação acima uma vez que ela possui fator de importância ao pensarmos o trauma e seus impactos junto ao indivíduo quando as falhas incidem em momento em que já se conta com algum nível de integração. Segundo Winnicott, a idéia de confusão, ou de caos, comparece no desenvolvimento emocional do indivíduo por meio das interrupções no continuar a ser, em especial quando estas interrupções possuem

duração prolongada. Em um primeiro momento, o caos é vivido pela quebra na linha do ser, sendo passível de dissolução quando é possível ao indivíduo reestabelecer uma experiência de continuidade. Entretanto, se a intrusão ultrapassa o limite do tolerável – como quando sua duração é excessiva ao bebê – o que ocorre é que uma certa quantidade de caos passa a fazer parte da constituição do indivíduo (Winnicott, 1988/1990).

Neste sentido, o indivíduo reorganiza suas defesas, mas carrega consigo a experiência do caos. Este caos experimentado remete à vivência das ansiedades impensáveis (Winnicott, 1969/2007), tais como a agonia de voltar a um estado não-integrado, ser deixado cair e cair eternamente, perder o conluio psicossomático, dentre outras (Winnicott, 1963/2007).

Segundo Winnicott (1969/2007), ao notarmos a sustentação com que puderam contar os bebês, percebemos que ela os divide em duas categorias. A primeira se refere àqueles que contaram com uma comunicação silente e confiável, de forma a não terem sido significativamente desapontados na primeira infância e terem adquirido a confiabilidade pessoal necessária a um desenvolvimento rumo à independência. Estes indivíduos possuem sua linha de vida em um estado de continuidade e mantêm a capacidade de se deslocarem desenvolvimentalmente ao longo dela, uma vez que se sentem seguros ao ponto de correr os riscos destes deslocamentos.

Já a segunda categoria remete àqueles bebês que contaram com uma sustentação falha, tendo sido desapontados ao ponto de serem caracterizados pelo conceito de trauma em seu desenvolvimento. Estas crianças carregam consigo a experiência das ansiedades impensáveis e a ausência de confiabilidade suficiente a fim de continuarem o curso de seu desenvolvimento com segurança. Nestes casos, o impacto do trauma levou-os a construir suas personalidades em torno de reorganizações defensivas mais primitivas, como a cisão da personalidade. Vale lembrar, contudo, que as pessoas não se localizam apenas nestes dois extremos, mas sim em diferentes gradativos entre eles (Winnicott, 1969/2007).

É possível notar, desta maneira, os impactos do trauma sobre o processo de amadurecimento do indivíduo. Se no cuidado materno suficientemente bom é possível ao lactente o desenvolvimento de uma continuidade de ser que constitui a base da força de seu ego, o mesmo não ocorre para as crianças cuja primeira infância foi marcada por falhas ambientais. Pelo contrário, o resultado das falhas dos cuidados maternos é a interrupção no continuar a ser do indivíduo por meio das reações automáticas do bebê a estas falhas, o que promove o enfraquecimento do ego. Estas rupturas na continuidade da existência da criança são vividas como aniquilamentos, estando relacionadas a sofrimentos de qualidade e intensidade psicótica (Winnicott, 1960a/2008).

Tendo em vista o exposto até o momento, podemos pensar que a mãe, sendo suficientemente boa, protege a criança contra traumas (Winnicott, 1962/2008). É neste sentido que Masud Khan (1963/1977), ao relacionar os desenvolvimentos de Winnicott (1952/2000, 1956/2000, 1969/2007) e as reflexões de Freud (1920/1996, 1920/2010), desenvolveu o conceito do papel da mãe como escudo protetor. Segundo o autor:

Se substituirmos, no modelo de Freud, “a vesícula não diferenciada feita de uma substância sensível aos estímulos” por um bebê humano, teremos, então, o que Winnicott (...) descreveu como “um bebê sendo cuidado”. Um bebê sendo cuidado tem como escudo protetor a mãe que cuida dele (Khan, 1963/1977, p. 61).

Este conceito foi desenvolvido no cenário de suas reflexões sobre trauma – mais especificamente, sobre o conceito de trauma cumulativo. Segundo Khan (1963/1977), o trauma cumulativo está intimamente relacionado às falhas do papel de escudo protetor da mãe junto à criança. Estas falhas são compreendidas como fendas no escudo, pois implicam que a mãe falha em proteger a criança ao deixar que aspectos excessivos, relativos à realidade externa ou interna da criança, incidam sobre ela sem a mediação da função de ego auxiliar da mãe. Para Khan (1963/1977, 1964/1977), o papel de escudo protetor materno dura por todo o curso de desenvolvimento da criança, da infância à adolescência, pois o autor entende que

este período abarca áreas de experiência em que o indivíduo necessita da mãe para sustentar suas funções do ego, as quais ainda seriam imaturas e instáveis.

Para Masud Khan (1963/1977, 1964/1977), o trauma cumulativo advém das tensões experimentadas pela criança quando ainda depende da mãe em sua função de escudo protetor e ego auxiliar, de forma que a mãe falha em proteger a criança por meio da intromissão de suas próprias necessidades e conflitos pessoais nos cuidados a ela. Segundo o autor, o papel da mãe como escudo protetor é uma atitude alerta, de adaptação às necessidades da criança e auxílio na organização de suas sensações, e não um papel passivo.

Contudo, vale destacar que as fendas no escudo protetor do papel materno não são, para Masud Khan (1963/1977), propriamente e exclusivamente traumáticas. Seus efeitos são de gerar uma tensão e de exercer uma influência nociva sobre o desenvolvimento do ego e psicosexual do indivíduo. Apenas mediante a repetição destas fendas no decorrer do tempo, de forma a permear o processo de desenvolvimento da criança, é que o caráter traumático se consolida. Em outras palavras, é por meio do acúmulo silencioso e invisível de falhas no papel de escudo protetor junto à criança que um trauma cumulativo se instala.

De acordo com o autor, este aspecto silencioso e invisível do trauma cumulativo implica em sua dificuldade de detecção na infância, sendo seus efeitos percebido apenas mais tarde. Khan destaca que seria errôneo pensar que as fendas no papel de escudo protetor da mãe seriam traumáticas no momento de sua ocorrência, pois elas apenas adquiririam o valor de trauma cumulativamente e retrospectivamente (Khan, 1963/1977, 1964/1977). Neste mesmo sentido, a reação da criança a estes fracassos da mãe dependeria da natureza, intensidade, duração e frequência do trauma (Khan, 1963/1977).

Tendo em vista as funções da mãe como escudo protetor ao longo do processo de vida da criança (Khan, 1963/1977), percebemos as proximidades deste conceito com a de mãe suficientemente boa de Winnicott. Afinal, a mãe suficientemente boa, adaptando-se às

necessidades do lactente, o protege de ter que se defrontar precocemente com a desilusão, promove a possibilidade de criar objetos subjetivos, sustenta-o de forma contínua, olha de forma a vê-lo e não a invadi-lo com suas próprias ansiedades, etc. Em outras palavras, promove seu continuar a ser e o protege de reações automáticas às invasões ambientais.

Neste sentido, podemos dizer que a mãe-ambiente suficientemente boa se adapta às necessidades da criança a cada momento do seu processo de amadurecimento pessoal. Assim o fazendo, funciona como um escudo protetor que protege a criança de se expor precocemente a aspectos da realidade partilhada que ela ainda não possui recursos para lidar, podendo ser excessivos ao seu psiquismo. Desta maneira, uma função da mãe como escudo protetor seria em seu aspecto regulador das relações entre a criança e o mundo externo mais amplo. Vale notar, contudo, que seu aspecto regulador também se refere às tensões internas ao bebê, de forma a ser também sua função permitir “que a criança projete sobre ela todos os estímulos internos desagradáveis, de forma que ela possa combatê-los e, desse modo, manter na criança a ilusão da onipotência do bem-estar” (Khan, 1963/1977, p. 65).

Entretanto, vale notar algumas diferenças entre os pensamentos de Masud Khan e de Winnicott sobre a consolidação de um trauma. Assim como notado em Freud, Masud Khan destaca em seu pensamento o valor do “só-depois” neste conceito, de forma a observar que geralmente não se nota seus efeitos na infância, mas apenas mais tarde – a partir da adolescência. Como destacado pelo autor (Khan, 1963/1977), o trauma só ganharia este valor mediante sua repetição acumulativa e *a posteriori*.

Apesar de Winnicott também dar importância aos fatores de duração e frequência das falhas maternas no estabelecimento de um trauma – incorrendo na padronização ou não das reações automáticas às quebras na “continuidade de ser” (Winnicott, 1962/2008) – o autor destaca seus efeitos traumáticos no processo de amadurecimento do indivíduo já no momento da experiência, assim como suas marcas na própria infância. O trauma em Winnicott não é

um conceito cujos efeitos se evidenciam apenas posteriormente e retrospectivamente, mas também, e especialmente, no contexto da vivência. Afinal, a organização defensiva frente a ruptura no continuar a ser do indivíduo, como medida contra a repetição da ansiedade inominável vivida, ocorre no contexto da experiência com as falhas maternas. Como afirma Winnicott (1967/1975), “o bebê ficou traumatizado” (p. 135), implicando num “certo grau de distorção do desenvolvimento” (Winnicott, 1967/2007, p. 155).

Assim, quando a mãe-ambiente não é suficientemente boa, a criança apresenta dificuldades no processo de amadurecimento do ego, de forma a não ser capaz de começá-lo e, quando o faz, o “desenvolvimento do ego ocorre necessariamente distorcido em certos aspectos vitalmente importantes” (Winnicott, 1962/2008, p. 56). Neste sentido, as falhas ambientais, promovendo a inserção do trauma no processo de amadurecimento do indivíduo por meio de suas reações automáticas, implicam em prejuízos ao processo de constituição psíquica. A seguir, desenvolvo algumas considerações sobre as distorções possíveis no processo de amadurecimento pessoal frente a vivência do trauma para Winnicott.

3.4. Trauma e as Distorções do Processo de Amadurecimento Pessoal –

As Reorganizações Defensivas e seus Efeitos

Como comentado anteriormente, Winnicott destaca que o trauma implica em impactos diversos junto ao indivíduo a depender: a) do momento no processo de amadurecimento pessoal em que o bebê se encontra na experiência das falhas maternas – a dizer, o grau de dependência do lactente da mãe-ambiente; b) do grau da ineficiência materna, ou seja, a intensidade, duração e frequência das falhas apresentadas; c) das reações automáticas do indivíduo frente as falhas nos cuidados maternos, rompendo seu continuar a ser, assim como a frequência destas reações. Desta maneira, o que ocorre ao bebê quando não conta com cuidados suficientemente bons, em especial antes de ter conquistado a diferenciação entre “eu” e “não-eu”, é um tema complexo e que envolve uma diversidade de

fatores (Winnicott, 1962/2008). Winnicott destaca a presença de dois âmbitos de alterações nos processos subjetivos do indivíduo, ambos relativos às tentativas de defender-se de sofrer uma nova ruptura mediante as falhas ambientais.

O primeiro diz respeito às distorções na organização do ego de forma a constituir as bases das características esquizóides (Winnicott, 1962/2008). Estas distorções envolvem mecanismos defensivos primitivos, como a cisão da personalidade (Winnicott, 1969/2007), e buscam defender o indivíduo de experimentar novamente uma ansiedade impensável (Winnicott, 1963/2007), como a vivida na ruptura do continuar a ser e na consolidação do trauma em seu desenvolvimento.

O segundo se refere às defesas organizadas para cuidar de si mesmo desenvolvendo um *self* que cuida de si próprio, caracterizado como um falso *self*. O aspecto falso deste *self* se faz tendo em vista ele se revelar não como um derivado do indivíduo, mas sim de aspecto do ambiente invasor ao qual o indivíduo se submete. Esta defesa, contudo, pode se configurar como uma nova ameaça ao *self*, a despeito da função do novo e falso *self* de proteger e esconder o *self* verdadeiro – mais frágil e ferido na ruptura vivida.

Há uma amplitude de quadros clínicos resultantes destas alterações sofridas pelo indivíduo frente a ausência de cuidados suficientemente bons quando bebê, em especial tendo em vista as dificuldades no apoio ao ego por parte da mãe. Dentre estes quadros, Winnicott (1962/2008) destaca: a) esquizofrenia infantil ou autismo; b) esquizofrenia latente; c) desenvolvimento de falsa autodefesa, como por meio de um falso *self*; d) personalidade esquizóide. Por personalidade esquizóide, o autor se refere a um “distúrbio da personalidade que depende do fato de um elemento esquizoide estar oculto em uma personalidade que é normal em outros aspectos” (Winnicott, 1962/2008, p. 58).

Estas dificuldades no processo de constituição psíquica tendem a se relacionar com diversos tipos e graus de falhas do ambiente no cuidado, manejo e apresentação de objeto ao

lactente em período precoce, quando a dependência ainda é absoluta (Winnicott, 1962/2008). Em outras palavras, estas distorções do desenvolvimento egóico tendem a revelar falhas nos processos de integração, personalização e realização (Winnicott, 1945/2000) do indivíduo a partir das dificuldades da mãe-ambiente em desempenhar suas funções.

Estas distorções, entretanto, ocorrem visando uma reorganização das defesas do indivíduo após a experiência do trauma (Winnicott, 1969/2007), de forma a ter como objetivo a proteção da criança, ainda que sob altos custos. De acordo com Winnicott (1963/2007), o que se vê clinicamente como enfermidades psicóticas são organizações defensivas frente ansiedades impensáveis. Deste modo, notamos o lugar de destaque ocupado pelo conceito de trauma na obra de Winnicott no que tange suas reflexões sobre as psicopatologias.

Em “Psicose e cuidados maternos” (Winnicott, 1952/2000), o autor discorre sobre o fato de que, ao contrário das neuroses, os distúrbios classificados como de ordem psicótica não têm suas origens quando o indivíduo já conquistou a possibilidade de relacionamentos entre pessoas totais. Apesar das neuroses remontarem às relações precoces, um entendimento sobre a etiologia dos padecimentos cujas angústias de base são de ordem psicótica implica em questões ainda mais precoces, antecedentes ao estágio em que a criança já se tornou visivelmente uma pessoa total.

Segundo o autor, os quadros clínicos do tipo psicótico têm sua origem em falhas no desenvolvimento emocional primitivo do indivíduo. Estas falhas envolvem diretamente a idéia de trauma: dizem respeito a uma adaptação falha do ambiente às necessidades do lactente, resultando em uma intrusão ambiental e em reações do bebê de forma a quebrar sua continuidade de existência. Em outras palavras, estas falhas incorrem em “distorções psicóticas do conjunto ambiente-indivíduo” (Winnicott, 1952/2000, p. 310).

Tendo em vista o que foi comentado até aqui, percebemos que, no cenário do trauma, as distorções do processo de constituição psíquica possuem intuitos defensivos e envolvem,

em sua base, ansiedades de ordem psicótica – ou agonias, uma vez que “ansiedade, aqui, não é uma palavra suficientemente forte” (Winnicott, 1963/2007, p. 72). Dentre os mecanismos defensivos organizados frente estas ansiedades impensáveis, advindas da ruptura no continuar a ser, está o processo de desintegração (Winnicott, 1963/2007).

A desintegração é uma defesa mediante a agonia vivida pelo indivíduo de retornar a um estado não-integrado (Winnicott, 1963/2007). Contudo, ela se diferencia da vivência de momentos de não-integração no curso de vida da criança e do adulto sadios. Afinal, na saúde, o indivíduo não se encontra sempre integrado (Winnicott, 1945/2000), de forma que “o descanso deve poder incluir o relaxamento e a regressão para a não-integração” (Winnicott, 1988/1990, p. 138). Não é disto, contudo, que se trata a desintegração.

Na verdade, no curso do desenvolvimento de indivíduos que sofreram falhas ambientais precoces, podemos perceber que o atraso ou as falhas na integração primária implicam em uma predisposição à desintegração quando alguma outra defesa fracassa, ou quando a pessoa entra em um processo regressivo (Winnicott, 1945/2000). A desintegração ocorre após o indivíduo ter atingido uma unidade, mesmo que frágil, e implica em desfazer a integração de forma organizada – ou seja, causada pelo indivíduo, e não pelo ambiente externo. Esta desintegração ocorre mediante ansiedades impensáveis vividas no estado da unidade total, de forma a ocorrer por meio das linhas de clivagem na estrutura do mundo interno do indivíduo, ou de uma clivagem notada no mundo externo (Winnicott, 1988/1990).

Segundo Winnicott (1962/2008), a desintegração é uma defesa sofisticada que implica na produção ativa do caos da perda da sensação de totalidade e conexão psicossomática contra a ameaça do retorno à não-integração, vivida frente a ausência do papel da mãe de ego auxiliar ao bebê. Em outras palavras, é uma defesa contra uma ansiedade arcaica que advém da ausência de segurança no estágio da dependência absoluta. De acordo com Winnicott, apesar do caos vivido na desintegração ser tão devastador quanto a instabilidade do meio

ambiente cuidador, ele apresenta a vantagem de ser produzido pelo lactente. Desta forma, ele é não-ambiental e está no campo da onipotência do bebê, de modo a ser analisável, enquanto as ansiedades impensáveis não são.

Sobre o desenvolvimento do falso *self* como instância defensiva que visa proteger o *self* verdadeiro no contexto de experiências traumáticas, esta é uma questão complexa e que requer algumas considerações sobre o relacionamento mãe-bebê. Segundo Winnicott (1960c/2008), a etiologia do falso *self* se encontra no cenário das primeiras relações objetais. Neste estágio do desenvolvimento, a mãe suficientemente boa promove a onipotência do lactente, de forma a permitir-lhe criar e recriar o objeto até o momento em que percebe sentido nisso (Winnicott, 1960c/2008).

Esta promoção da onipotência do bebê ocorre repetidamente, de forma a alimentar o aspecto criativo do seu gesto espontâneo e a favorecer que este processo ganhe espaço dentro da criança e adquira apoio na memória (Winnicott, 1963c/2008). Quando isto ocorre, um verdadeiro *self* começa a se desenvolver por meio do fortalecimento do ego do bebê na experiência de onipotência alimentada pela mãe (Winnicott, 1960c/2008).

O verdadeiro *self* diz respeito à posição de onde advém o gesto espontâneo e a idéia pessoal do indivíduo. Segundo Winnicott (1960c/2008), o “gesto espontâneo é o *self* verdadeiro em ação” (p. 135). O verdadeiro *self* advém da vitalidade dos tecidos e da atuação das funções corporais, tais como a ação respiratória e circulatória. Mais ainda, ele está ligado ao processo primário e, no início, se apresenta não-reativo a estímulos externos. O verdadeiro *self* reúne as experiências de viver do indivíduo e depende, para seu desenvolvimento e crescente complexidade, das funções da mãe suficientemente boa.

Entretanto, quando a mãe não é suficientemente boa, não sendo capaz de promover a onipotência do lactente, ela falha em satisfazer seu gesto espontâneo. Ao contrário, a mãe substitui o gesto do bebê pelo seu próprio. Isto denuncia a não identificação suficiente da mãe

com o bebê ao ponto de sentir e se adequar às suas necessidades; pelo contrário, a mãe se encontra centrada em si e submete o bebê ao seu gesto (Winnicott, 1960c/2008).

A submissão do lactente valida este ato da mãe e ameaça seu verdadeiro *self*, de maneira que podemos traçar o ponto de origem do falso *self* como uma defesa contra a ansiedade inimaginável de ter o verdadeiro *self* explorado e aniquilado. Por meio do falso *self*, a criança traça uma série de relacionamentos falsos, de forma que, por meio das introjeções realizadas pelo indivíduo, ele pode até chegar à aparência de ser real. Entretanto, vale destacar uma função positiva e importante desta instância falsa: ocultar e proteger o verdadeiro *self* por meio da submissão às exigências ambientais (Winnicott, 1960c/2008).

No início da vida, é importante que o conjunto ambiente-indivíduo seja um, uma vez que o bebê não existe na ausência dos cuidados maternos (Winnicott, 1960a/2008). Quando a mãe-ambiente falha em se adaptar às necessidades do bebê, nota-se um alto grau de tendência à cisão neste conjunto ambiente-indivíduo, de forma que a criança, na ausência de um ambiente que a sustente por meio da adequação às suas necessidades, se sente “seduzido para uma vida falsa” (Winnicott, 1952/2000, p. 311). Segundo Winnicott, quando esta sedução é bem sucedida, o indivíduo pode desenvolver um falso *self* com base na submissão, de forma a não conseguir amadurecer de fato – a não ser, por vezes, por meio de uma pseudomaturidade.

Nestes casos, pode-se desenvolver uma ligação entre a abordagem intelectual e o falso *self*, de forma a este *self* se vincular ao funcionamento mental que se encontra dissociado da existência psicossomática (Winnicott, 1949/2000, 1952/2000). Neste sentido, ao mesmo tempo em que se desenvolve um falso *self* que oculta o verdadeiro, há uma tentativa de uso do intelecto a fim resolver a fragilidade interna (Winnicott, 1960c/2008).

Além disso, o estabelecimento de uma defesa do tipo falso *self* pode implicar em dificuldades no processo de simbolização. Quando o bebê conta com uma mãe suficientemente boa, ele pode gozar da ilusão de criar e controlar o mundo, assim como pode,

aos poucos, ir reconhecendo o fato de brincar e imaginar – a presença de um elemento ilusório (Winnicott, 1960c/2008). Esta possibilidade de vivenciar a ilusão e poder reconhecê-la, desenvolvendo o brincar e a imaginação, é o que constitui a base do símbolo.

O símbolo no início é, ao mesmo tempo, espontaneidade, alucinação e objeto externo criado e catexizado. Segundo Winnicott (1960c/2008), “*entre o lactente e o objeto existe algo, ou uma atividade ou sensação*. À medida que isto une o lactente ao objeto (como o objeto parcial materno), se torna a base da formação de símbolos” (p. 133, grifos nossos).

Em contrapartida, quando há algo separando o indivíduo do objeto ao invés de uni-los, a formação de símbolos fica bloqueada. Este bloqueio ocorre quando a mãe não consegue se adaptar às necessidades do lactente. Neste caso, o processo que proporciona a capacidade de usar símbolos não tem início e, quando ocorre, se dá de forma fragmentada, muitas vezes às custas de conquistas desenvolvimentais já atingidas pelo bebê (Winnicott, 1960c/2008).

Chama a atenção, na citação de Winnicott acima grifada, a idéia de haver algo *entre* lactente e objeto, assim como o fato deste algo ser uma atividade – uma ação – ou uma sensação. Estas questões parecem invocar a importância da transicionalidade (Winnicott, 1951/2000) na possibilidade de formação e uso dos símbolos, assim como da implicação do corpo neste processo, tangendo questões da ordem da sensação – de afetos que dizem respeito ao registro corporal, que precedem e promovem a simbolização.

O conceito de transicionalidade se refere àqueles fenômenos que se encontram nem no âmbito da realidade interna e nem no da realidade externa ao indivíduo, mas sim em uma terceira área. Esta área é um campo de experimentação que se caracteriza por ser intermediário, de forma a estar *entre* a realidade psíquica e a realidade compartilhada. O mundo interno e o externo ao indivíduo se colocam nos pares dicotômicos “eu” e “não-eu”, enquanto a área da transicionalidade diz respeito a um espaço onde o mundo psíquico e aquele socialmente construído se encontram. Este campo abarca a travessia do bebê da

subjetividade à objetividade – e, assim, constitui um conceito que indica a raiz do simbolismo no tempo (Winnicott, 1951/2000).

A possibilidade de experimentar a relação mãe-bebê neste campo intermediário, de forma a haver um espaço potencial entre criança e objeto os unindo, é um aspecto de importância na promoção da capacidade de uso dos símbolos e no favorecimento do verdadeiro *self* (Winnicott, 1951/2000, 1971a/1975). Neste sentido, a promoção da capacidade de simbolizar envolve o brincar. O brincar é entendido, em Winnicott, como uma experiência criativa, que ocorre na continuidade espaço-tempo. Segundo o autor, “a precariedade da brincadeira está no fato de que ela se acha sempre na linha teórica existente entre o subjetivo e o objetivamente percebido” (Winnicott, 1971a/1975, p. 75).

Assim, percebe-se que o brincar pertence ao campo do espaço potencial, de forma a implicar a confiança do bebê junto a sua mãe – assim como do analisando para com o analista. Isto tem como pré-requisito que a mãe seja suficientemente boa desde o início, uma vez que o brincar se insere quando o bebê se encontra em dependência quase absoluta de sua mãe e conta com a adaptação materna como certa. O brincar envolve também o corpo, tendo em vista tanto a manipulação de objetos quanto a excitação corporal envolvida em alguns dos interesses desenvolvidos na brincadeira (Winnicott, 1971a/1975).

Além disso, o brincar constitui a base da construção da totalidade da existência experimental do indivíduo. “É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo (...) pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (*self*)” (Winnicott, 1971b/1975, p. 80). Desta maneira, o brincar se relaciona com o verdadeiro *self*, de forma a promovê-lo por meio da experiência de criar o mundo junto ao outro, no *playground* intermediário entre mãe e bebê, assim como por meio da possibilidade de agir junto o ambiente de modo a experimentar a ilusão de controlá-lo (Winnicott, 1971a/1975, 1971b/1975).

Segundo Winnicott (1971a/1975), “para controlar o que está fora, há que fazer coisas, não simplesmente pensar ou desejar, e fazer coisas toma tempo. Brincar é *fazer*” (p. 63, grifos nossos). Da ordem do “fazer”, o brincar implica uma ação, uma atividade entre a mãe e o bebê. E é um fazer excitante, tanto por envolver a relação prazerosa com o próprio corpo como por ser um interjogo precário entre a realidade psíquica do indivíduo em desenvolvimento e o controle de objetos reais. O brincar, neste sentido, favorece a capacidade representacional e de uso de símbolos, se localizando no campo dos fenômenos transicionais e envolvendo a *atividade* e o corpo, no que tange as *sensações* junto ao outro.

Desta forma, percebemos que, para Winnicott, a capacidade de representação não é própria ao psiquismo, no sentido de uma onipotência representativa; pelo contrário, a atividade representativa não existe por si só, mas advém de um trabalho mediante a combinação das condições intrapsíquicas com as promovidas pelo ambiente (Vaisberg, 2003). Segundo Vaisberg (2003), há dois momentos no processo de desenvolvimento da capacidade de simbolização em Winnicott – um primeiro que diz respeito ao momento da experiência, e um segundo que tange a simbolização em si. Assim, é presumida uma distância entre a experiência e a simbolização na ausência do objeto.

A simbolização primária diz respeito àquilo que é vivido pelo bebê junto ao ambiente – ou seja, é um processo que depende da qualidade deste ambiente junto ao lactente, de forma a apresentar o objeto no momento e no local exatos em que ele o necessita. Este processo precede o segundo, que tange a possibilidade de simbolizar o objeto que está ausente. A simbolização primária, ocorrida no cenário da magia e da transicionalidade da experiência junto ao outro, tem sua origem no brincar, experiência que promove o encontro inter-humano do continuar a ser do bebê com a sensorialidade do mundo (Vaisberg, 2003).

Neste sentido, percebemos no brincar o início do processo de uso dos símbolos, de modo a não ser possível seu desenvolvimento suficiente quando o ambiente não é confiável e

não se adapta às necessidades do lactente. Assim, falhas no processo de simbolização primária, o que remete às falhas na adaptação materna às necessidades do bebê e na promoção do brincar (Winnicott, 1960c/2008, 1971b/1975), podem implicar em um tipo específico de sofrimento humano (Vaisberg, 2003). Este sofrimento envolve ansiedades inomináveis e reações automáticas do lactente que implicam em altos custos quanto às suas conquistas desenvolvimentais, se configurando como uma experiência traumática junto ao indivíduo. Em outras palavras, as falhas nas relações precoces, incorrendo em reações automáticas do bebê e, assim, em traumas, podem envolver também – além das estruturas defensivas em si – dificuldades no processo de simbolização.

Estes efeitos apontados sobre o psiquismo e o processo de amadurecimento do indivíduo evidenciam a compreensão de Winnicott sobre o trauma como relacionado a distorções no desenvolvimento do ego e do *self*. Esta compreensão de Winnicott possui proximidades com a de Freud e de Ferenczi, uma vez que os três autores denunciam, em suas reflexões, a atenção ao trauma como presente na etiologia de aspectos psicopatológicos do desenvolvimento psíquico.

Entretanto, enquanto Freud relacionou o trauma mais a aspectos do adoecimento de ordem neurótica, Ferenczi (1932/1990) e Winnicott (1952/2000, 1960c/2008, 1965/2007) demonstraram entenderem o trauma especialmente vinculado a distorções psíquicas no sentido de sofrimentos de ordem psicótica, envolvendo prejuízos no desenvolvimento de instâncias do aparelho psíquico. Além disso, ambos os autores compreendem este conceito de forma a destacar o papel da mãe e da família como promotor de uma experiência traumática ou protetor da criança frente o trauma (Ferenczi, 1931/1992; Winnicott, 1962/2008).

Neste sentido também vão as reflexões de Masud Khan (1963/1977, 1964/1977), como comentado na seção anterior. O diálogo entre as idéias do autor e as de Winnicott, contudo, se estendem também à compreensão dos impactos do trauma no psiquismo, e

apresentam algumas aproximações com as idéias de Ferenczi. Em outras palavras, as descrições de Masud Khan (1963/1977) sobre os efeitos do trauma cumulativo no desenvolvimento do psiquismo vão ao encontro de muitos dos levantados por Winnicott sobre as implicações do trauma no processo de amadurecimento pessoal.

Segundo Khan (1963/1977), nos pontos em que as falhas maternas como escudo protetor são significativamente frequentes, de forma a provocar invasões impossíveis de serem elaboradas no psicossoma da criança, elas provocam a formação de um núcleo de reação patogênica no psiquismo do indivíduo. Estas invasões e as decorrentes reações patogênicas da criança promovem um interjogo entre mãe e criança em que não se encontra a adaptação materna às necessidades do bebê, mas sim relações em que o processo de desenvolvimento do bebê se apresenta distorcido.

Masud Khan (1963/1977) discorre sobre seis distorções possíveis no desenvolvimento psíquico infantil a partir destas falhas. A primeira diz respeito a um desenvolvimento prematuro e relativo apenas a algumas funções do ego, amadurecimento precoce cujo intuito é defender a criança frente às invasões do ambiente materno. A segunda se refere ao estabelecimento de uma conformidade ao temperamento da mãe, o que implica em uma submissão da criança ao humor materno e, assim, a um desequilíbrio na integração dos impulsos agressivos.

A terceira se relaciona com ambas as primeiras descritas, pois Masud Khan (1963/1977) comenta que o amadurecimento precoce de funções do ego e a resposta conivente da mãe, submetendo a criança ao seu temperamento, implicam em dificuldades no estabelecimento de um “ego coerente”, diferenciado e separado do materno, e de um *self* integrado. Este efeito se relaciona, também, com o quarto descrito por Khan (1963/1977), o qual tange o adiamento da desilusão e da conseqüente separação maturativa da mãe, de forma a haver o desenvolvimento de uma falsa unidade de identificação. Segundo o autor, nestes

casos, ao invés da experiência de desilusão e luto da criança, estabelece-se uma preocupação do ego com a mãe e um desejo exacerbado de ser objeto de preocupação materna.

O quinto efeito descrito por Khan (1963/1977) se refere à catexização precoce das realidades interna e externa, de forma a excluir a possibilidade de conscientização subjetiva do ego e da experiência de ser uma entidade coerente. Por fim, a sexta implicação das falhas da mãe como escudo protetor é o impacto do trauma cumulativo sobre as vicissitudes do desenvolvimento do ego corporal do bebê. Este impacto incorreria em dificuldades na integração do indivíduo em um sentido de *self*, de forma que “as fendas da mãe como escudo protetor deixam os resíduos mais sensíveis e reais no desenvolvimento do ego corporal da criança” (Khan, 1963/1977, p. 71).

É interessante notar diálogos possíveis entre alguns efeitos descritos por Masud Khan (1963/1977), em especial sobre o amadurecimento precoce do ego, e as reflexões de Ferenczi (1933/1992) sobre o que ele denominou de progressão traumática. Segundo Ferenczi (1933/1992), frente uma experiência traumática, uma parte do ego pode amadurecer precocemente, tanto em termos emocionais quanto intelectuais, como forma de defender a outra parte, mais frágil e desamparada. Este amadurecimento precoce é entendido como indevido e com consequências negativas no desenvolvimento psíquico do indivíduo, estando relacionado a uma insensibilidade nas relações com o ambiente e consigo (Kupermann, 2008a). Com o desenvolvimento prematuro de apenas parte do ego, Khan (1963/1977) acaba por denunciar, assim como Ferenczi, cisões no ego do indivíduo – falhas no desenvolvimento de um “ego coerente” (Khan, 1963/1977) – e, mais ainda, no sentido de *self*.

Ao apontar para o amadurecimento prematuro de partes do ego e o desenvolvimento da conformidade da criança ao temperamento da mãe, podemos notar também aproximações entre as reflexões de Masud Khan (1963/1977) com as de Winnicott sobre o desenvolvimento do falso *self*, em especial de forma relacionada a um funcionamento mental dissociado da

existência psicossomática (Winnicott, 1949/2000, 1952/2000). Afinal, ambos os autores destacam o papel da submissão do gesto da criança ao materno, que não o reconhece e impõe o seu humor no lugar de olhar de fato para o bebê (Winnicott, 1967a/1975), como traumático, assim como da possibilidade de uma falsa maturidade desenvolvida com a função de proteger o indivíduo frente a possibilidade de novas invasões traumáticas do ambiente.

Neste mesmo sentido, é possível notar algumas aproximações entre a idéia de Winnicott sobre o falso *self* e uma dimensão da autoclivagem narcísica de Ferenczi. Para Ferenczi (1933/1992), a autoclivagem narcísica implica na divisão do ego em duas partes – uma protetora e outra desprotegida. A parte protetora do ego se desenvolve por meio da identificação com o adulto, enquanto a protegida diz respeito à dimensão infantil e vivida pela criança na cena do trauma. Esta cisão apresenta semelhanças com o desenvolvimento do falso *self* em Winnicott, tendo em vista seu papel como medida defensiva que visa proteger o verdadeiro *self*, mais frágil e relativo à espontaneidade do indivíduo. Desta maneira, ambos os autores chamam a atenção para um processo defensivo mediante a experiência traumática que visa proteger a dimensão mais sensível e verdadeira da criança, ferida e ameaçada.

Mais ainda, em ambos os autores, a instância defensiva incorre em uma dificuldade do indivíduo em entrar em contato consigo mesmo e em desenvolver seu potencial pessoal. Afinal, em Ferenczi (1931/1992, 1933/1992), a autoclivagem narcísica pode envolver uma perda da sensibilidade das experiências por meio da ausência de contato da criança com sua parte sensível, expressando apenas a dimensão “adulta” do ego. De maneira similar, o falso *self* pode ser desenvolvido de forma ao indivíduo não conseguir amadurecer de fato, se expressando por meio de uma pseudomaturidade e de uma intelectualização dissociada da existência psicossomática (Winnicott, 1952/2000, 1960c/2008). Em ambos os casos, estas defesas escondem grande fragilidade e distorções no desenvolvimento egóico.

Desta forma, notamos em Winnicott, assim como em outros autores no campo da psicanálise, um entendimento sobre o trauma como relacionado a distorções no processo de desenvolvimento psíquico. Entretanto, Winnicott inova ao chamar a atenção para o caráter do sofrimento invocado frente as rupturas no continuar a ser do bebê. Estas não são ansiedades de castração ou separação – na verdade, o trauma em Winnicott remete a ansiedades mais primitivas, que denunciam o caráter irrepresentável e impensável da vivência traumática. São ansiedades conhecidas pelo termo “agonia” (Winnicott, 1963/2007). A seguir, traço algumas considerações sobre trauma e as agonias primitivas no cenário das reflexões do autor.

3.5. Trauma e Agonias Primitivas – O Impensável, o Irrepresentável, o Vivenciado

Como já comentado nas seções acima, o trauma em Winnicott comparece relacionado às reações automáticas do bebê mediante as falhas da mãe-ambiente em se adequar às suas necessidades a cada momento de seu processo de amadurecimento pessoal. Estas falhas implicam em intrusões do ambiente junto à criança, uma vez que o lactente não possui ainda recursos psíquicos para lidar com estas vivências, as quais se apresentam excessivas mediante a ausência de uma mãe suficientemente boa, cujas funções protegem o bebê do trauma. Na ausência de cuidados suficientemente bons, resta à criança apenas a reação automática a estas experiências, o que rompe seu “continuar a ser”. Esta ruptura suscita ansiedades impensáveis, também referidas como ansiedades arcaicas e agonias primitivas (Winnicott, 1963/2007, 1967/2007, 1969/2007).

Ao longo deste capítulo, ao transcorrer sobre outras questões presentes na reflexão de Winnicott sobre trauma, o conceito de ansiedades impensáveis já foi exposto e sucintamente comentado. Desta forma, seu lugar de importância nas reflexões de Winnicott sobre trauma já se fez evidente, motivo pelo qual merece atenção mais detida.

Segundo o autor, os eventos traumáticos conduzem a uma ansiedade impensável ou “um sofrimento máximo” (Winnicott, 1967/2007, p. 153), expressão que transmite a intensidade excessiva a que as agonias remetem. Esta intensidade acentuada se relaciona também com o “impensável estado de coisas subjacentes à organização defensiva” (Winnicott, 1963/2007, p. 71), desenvolvida após a ruptura no continuar a ser do indivíduo, de forma que ameaças à perda desta organização são vividas como um medo do colapso.

O colapso não pode ocorrer, entretanto, antes do estabelecimento do “eu”. Desta maneira, as agonias primitivas não são vividas quando o bebê se encontra em um estado não-integrado, mas apenas após o estabelecimento de alguma integração. Mais ainda, estas agonias não fazem referência a um sofrimento de ordem neurótica, como a ansiedade de castração que se encontra por trás das defesas na neurose. Na verdade, as agonias primitivas dizem respeito a ansiedades quanto ao aniquilamento do indivíduo (Winnicott, 1960a/2008) e se encontram relacionadas a fenômenos e defesas de ordem psicótica, de forma que o medo do colapso se refere ao temor do desabamento de um *self* unitário (Winnicott, 1963/2007).

Entretanto, uma vez que não há defesa possível contra o fracasso ambiental, assim como contra a dependência do indivíduo do meio ambiente, a única medida defensiva possível ao ego tange aquelas que envolvem o aparelho psíquico (Winnicott, 1963/2007). Neste aspecto, encontramos mais um ponto de diálogo entre Ferenczi e Winnicott.

Ferenczi (1932/1990) destaca que o trauma envolve uma comoção psíquica intensa, a qual leva o psiquismo a reagir de modo mais autoplástico – modificações egóicas – do que aloplástico – modificações no ambiente externo. Em Winnicott, a relação entre trauma e modificações no psiquismo com intuito defensivo também se faz presente. Entretanto, tendo em vista as falhas do ambiente nos cuidados prestados ao bebê, podemos notar que, para Winnicott, a criança não teria como reagir de modo mais “aloplástico” no cenário do trauma.

As reflexões de Winnicott sobre a dependência vital do indivíduo para com o ambiente, em especial no início da existência, assim como sobre sua impotência frente o fracasso ambiental, implicam que a única saída na experiência traumática seriam as mudanças ditas “autoplásticas”. A fim de serem possíveis mudanças “aloplásticas”, seria necessário uma mãe-ambiente suficientemente boa que protegesse a criança do trauma por meio de sua adaptação às necessidades do lactente e função de ego auxiliar (Winnicott, 1962/2008). Do contrário, o bebê se depara com a necessidade de reagir mediante a ruptura em seu continuar a ser e o trauma se instaura.

Nestes casos, frente a ameaça de vivenciar agonias primitivas mediante o colapso do *self*, o indivíduo traça defesas que incorrem em reorganizações egóicas. Segundo Winnicott, a depender da agonia primitiva subjacente, é possível compreender uma defesa possível, uma vez que esta se encontra relacionada a este sofrimento de base. Desta forma, o autor destaca as seguintes defesas, a depender das ansiedades arcaicas a que reagem:

Tabela 1. Agonia primitiva segundo defesa organizada de acordo com Winnicott (1963/2007).

Agonia	Defesa
Retorno a estado não-integrado	Desintegração
Cair para sempre	Sustentar-se/ <i>Self-holding</i>
Perda do conluio psicossomático, fracasso da personalização	Despersonalização
Perda do senso do real	Exploração do narcisismo primário
Perda da capacidade de relacionar-se com objetos	Estados autistas, relacionados apenas a fenômenos do <i>self</i>

É possível perceber que as agonias descritas acima são a base das ansiedades psicóticas, notadas na clínica especialmente em quadros de esquizofrenia e autismo, assim como em pacientes nos quais há um elemento esquizóide oculto em uma personalidade que não se caracteriza como psicótica nos demais aspectos (Winnicott, 1962/2008). Segundo Winnicott (1963/2007), o quadro psicopatológico da psicose não é um colapso das defesas do

indivíduo, mas sim uma organização defensiva frente uma agonia primitiva. Mais ainda, esta organização defensiva tende a ser bem sucedida. De acordo com o autor (Winnicott, 1962/2008), apesar das defesas acima descritas incluírem a noção de caos, a qual é devastadora ao indivíduo, estas organizações defensivas apresentam a vantagem de serem geradas por ele, e não pelo ambiente, de forma a não estarem no campo da imprevisibilidade, mas sim sob a onipotência da criança.

Tendo em vista as agonias descritas anteriormente, Winnicott reflete sobre o impacto da experiência de vivenciá-las sobre a integração do indivíduo. Afinal, o medo do colapso se refere a um colapso já vivido, mas do qual o indivíduo não possui memória (Winnicott, 1963/2007). Ao classificar as ansiedades impensáveis a depender da quantidade de integração que sobrevive a esta catástrofe, Winnicott (1967/2007) organiza-as da seguinte maneira:

Tabela 2. Grau de integração segundo agonia vivida de acordo com Winnicott (1967/2007).

Grau de Integração	Agonia
Nenhuma integração é mantida	Retorno a estado não-integrado
Uma certa integração é mantida	Queda eterna Ir em todas as direções Cisão somática; cabeça e corpo Ausência de orientação Perda de relacionamento dirigido com objetos
A integração é mantida	Meio ambiente físico imprevisível, ao invés de “imprevisível médio”

Notamos, assim, a presença de um gradativo de integração restante a depender da agonia enfrentada pelo indivíduo. Esta quantidade de integração que permanece parece se relacionar tanto com a agonia vivida quanto com a organização defensiva possível junto a ela.

Neste sentido, vale notar a estreita relação entre as ansiedades impensáveis e os processos que promovem o amadurecimento pessoal da criança, no sentido das agonias denunciarem um colapso de um processo do desenvolvimento emocional primitivo. Em

outras palavras, a chave de cada ansiedade inimaginável é sempre um aspecto do processo de amadurecimento emocional normal do indivíduo (Winnicott, 1962/2008).

Assim, a volta a um estado não-integrado tem como par antagônico a integração, o cair para sempre faz referência ao processo oposto ao *holding* materno, perder a conexão entre a mente e o corpo incorre no contrário da personalização, assim como a carência de orientação espaço-temporal indica o oposto do processo de realização. Destaca-se então a íntima relação entre os processos psicopatológicos, referentes às rupturas no “continuar a ser” e ao trauma, e aqueles vitais ao amadurecimento do indivíduo (Winnicott, 1952/2000).

Como já comentado, os entraves no desenvolvimento emocional dizem respeito a falhas ambientais precoces, as quais, incorrendo em rupturas no continuar a ser e na experiência de agonias primitivas, inserem traumas e reorganizações defensivas no processo de vida do indivíduo. De acordo com o autor, a proteção suficientemente boa da mãe ao ego do bebê quanto às ansiedades inimagináveis viabiliza seu desenvolvimento no padrão da continuidade existencial, enquanto suas falhas instauram um padrão de fragmentação neste “continuar a ser” (Winnicott, 1962/2008).

Contudo, tendo em vista a noção de psicopatologia em Winnicott estar estreitamente ligada às relações que o indivíduo trava com o ambiente externo, “bebês que foram seriamente desapontados em estágios iniciais podem ser quase ‘curados’ de seus desastrosos começos por cuidados terapêuticos fornecidos em estágios posteriores” (Winnicott, 1969/2007, p. 201). Parte destes cuidados posteriores dizem respeito à possibilidade do indivíduo, em ambiente confiável, se deparar com o fato de que o medo do colapso – de experimentar as agonias primitivas – ao redor do qual suas organizações defensivas se estruturam, na verdade é o temor referente a um colapso já experimentado em tempos precoces (1963/2007).

Segundo Winnicott, no tratamento analítico a pacientes cujas ansiedades de base são da ordem da agonia, faz-se necessário, em certo momento, promover que eles se deparem com o fato de que o colapso temido, e cujo temor promove a organização defensiva expressa em seu adoecimento, já foi vivido. O colapso da incipiente estrutura egóica e senso de *self* frente a experiência de ansiedades impensáveis, de acordo com o autor, ocorreu no início da vida; contudo, o indivíduo não possui lembrança desta vivência. Esta ausência de recordação se justifica pelo fato de que “esta coisa do passado não aconteceu ainda, porque o paciente não estava lá para que ela lhe acontecesse” (Winnicott, 1963/2007, p. 74).

Em outras palavras, a ansiedade arcaica ocorreu em tempo precoce e incorreu no colapso do ego e do *self* nascentes, de forma a não haver um eu para vivenciá-la, para integrá-la no âmbito da experiência. Mais ainda, experimentando este colapso e ruptura da continuidade existencial, o bebê se recupera por meio de uma reorganização defensiva que implica em distorções no ego, de forma a ter que começar seu processo de existência novamente. Isto implica que o indivíduo permanece privado de sua raiz de ser, a qual promoveria uma continuidade com o início da existência pessoal (Winnicott, 1967/1975).

Segundo Winnicott (1963/2007), é a partir do não ser que a existência pode se iniciar, o que se dá muito cedo, antes mesmo do nascimento do bebê. Em tempos tão precoces, a percepção de um ego prematuro já pode ser mobilizada, de forma a aí se encontrar a raiz de ego e da existência do indivíduo. Entretanto, não é possível que ele se desenvolva se esta raiz estiver cindida dos demais processos de desenvolvimento, como a experiência psicossomática e o narcisismo primário. Mais ainda, uma ruptura na continuidade existencial, privando o indivíduo da raiz de sua existência, envolve dificuldades no desenvolvimento de um sistema de memórias e organização de lembranças (Winnicott, 1967/1975).

Para o autor, uma vez que não é possível se lembrar de uma experiência ocorrida no passado, mas não vivida pelo indivíduo no contexto de sua ocorrência, é necessário que ele

venha a se “lembrar” do colapso no presente. Esta “lembrança” implica na possibilidade do indivíduo experimentar a agonia original na atualidade, junto a um ambiente suficientemente bom, promovendo a possibilidade do ego reuni-la em sua experiência temporal atual, assim como sob seu controle onipotente. Esta possibilidade presume, assim, o apoio da função de ego auxiliar de um outro cuidador, tais como a mãe ou o analista (Winnicott, 1963/2007).

Neste sentido, a busca pelo fato passado ainda não experimentado implica em uma busca no futuro, em um contexto que lhe promova uma sustentação e que sustente consigo a vivência da ansiedade impensável. Na clínica, isto implica na necessidade do analista ser suficientemente bom, sensível às necessidades do paciente, de forma a promover que ele possa experimentar o trauma passado pela primeira vez no presente, por meio da transferência (Winnicott, 1963/2007).

Esta vivência da agonia na transferência, segundo Winnicott, se dá por meio das reações do paciente às falhas e equívocos do analista. De acordo com o autor, quando estas falhas não são excessivas, o paciente pode lidar com elas e gradualmente reunir o fracasso dos cuidados originais sob sua onipotência. Isto ocorre no contexto do estado de dependência instaurado do analisando para com o analista, promovendo-lhe a experiência de onipotência no contexto transferencial (Winnicott, 1963/2007).

Este estado de dependência, que promove a possibilidade de vivenciar e integrar o trauma no âmbito das experiências pela primeira vez, implica em uma regressão do paciente, denominada por Winnicott (1954/2000, 1967/2007) como “regressão à dependência”. Segundo o autor, há dois tipos de regressão. O primeiro diz respeito ao oposto do movimento para frente e envolve um bloqueio nos mecanismos de desenvolvimento do indivíduo. O segundo caracteriza-se como uma regressão a partir de uma nova provisão ambiental que sustenta a dependência do indivíduo e lhe oferece um cuidado confiável. A regressão à

dependência refere-se ao segundo tipo e constitui importante processo na análise de pacientes com elementos esquizóides em suas personalidades (Winnicott, 1967/2007).

Vale acentuar, contudo, que não só o segundo tipo de regressão é entendido por Winnicott (1954/2000) como uma expressão da saúde, mas também o primeiro. Afinal, ele destaca que a capacidade do indivíduo de se defender frente as falhas ambientais por meio do “congelamento da situação da falha” (Winnicott, 1954/2000, p. 378) é normal e saudável. A idéia de saúde advém do fato deste ser um movimento do indivíduo que visa sua preservação, assim como de ser um congelamento atrelado à concepção inconsciente de esperança sobre uma nova experiência futura, ocorrida em um ambiente suficientemente bom, que poderá promover o descongelamento e a vivência de fato da situação da falha.

Assim, a idéia de regressão em psicanálise presume uma ameaça de caos a uma organização egóica apresentada pelo indivíduo. Entretanto, esta regressão envolve a “expectativa de que surjam condições novas, justificando a regressão e oferecendo uma nova chance para que o desenvolvimento ocorra, esse mesmo desenvolvimento que havia sido inviabilizado ou dificultado inicialmente pela falha do ambiente” (Winnicott, 1954/2000, p. 378). Neste sentido, a proposta de Winnicott é que a regressão está implicada no processo de cura de pacientes “traumatizados”.

A regressão à dependência é promovida pela confiabilidade que proporcionamos ao paciente. Esta confiabilidade promove a regressão uma vez que o indivíduo pode fazer uso dela no lugar das defesas que foram erguidas anteriormente frente a imprevisibilidade do ambiente precoce e suas consequências catastróficas. Neste processo, nota-se primeiro melhoras clínicas e, conforme a confiabilidade junto ao ambiente terapêutico se consolida, as defesas se desfazem e o sofrimento se expressa de forma intensa (Winnicott, 1967/2007), permitindo que o indivíduo de fato experimente aquilo já ocorrido mas não vivido – a experiência de ter sido louco (Winnicott, 1967/1975).

Na regressão à dependência, a “loucura” do paciente constitui uma expressão das partes sadias de sua personalidade, na medida em que implica na quebra da invulnerabilidade que caracterizava a organização defensiva, expressa em seu adoecimento. Regredindo à dependência e se permitindo “enlouquecer” – vivenciar o colapso, as agonias primitivas – o indivíduo denuncia o desenvolvimento da confiabilidade no novo ambiente – o que, na clínica, diz respeito ao ambiente terapêutico, incluindo o analista e o *setting* (Winnicott, 1967/2007). Esta confiabilidade se contrapõe ao fracasso da provisão ambiental no período em que o paciente se encontrava no estágio da dependência absoluta, de forma a promover uma oportunidade de retomar o curso do desenvolvimento emocional no sentido progressivo.

É neste sentido que a regressão à dependência se encontra implicada na possibilidade do indivíduo vivenciar, pela primeira vez, o colapso passado no presente, viabilizando a integração da experiência traumática junto ao indivíduo e o convidando a abrir mão da invulnerabilidade (Winnicott, 1963/2007, 1967/2007). Segundo Winnicott (1963/2007), esta experiência, no espaço da análise, possui dois aspectos a serem considerados. O primeiro tange a descoberta, por parte do paciente, de tipos positivos de experiências iniciais que não se apresentaram, ou foram distorcidos ao longo da história do indivíduo, no relacionamento precoce da criança com a mãe-ambiente. O segundo diz respeito ao uso que o paciente faz das falhas do analista.

De acordo com o autor (Winnicott, 1963d/2008), a prática de uma boa técnica psicanalítica, promovendo um ambiente suficientemente bom, pode funcionar como uma experiência terapêutica para o indivíduo, promovendo uma situação que propicia a “correção” das falhas do ambiente precoce. A possibilidade de estabelecer junto ao analista uma relação segura e confiável, na qual o analisando se sente sustentado, envolve a necessidade do terapeuta e do ambiente analítico de se adaptarem às necessidades do indivíduo. Isto inclui,

inclusive, a não intrusividade do analista e sua possibilidade de suportar o estado de desordem envolvido no colapso vivido pelo paciente, necessário ao seu processo terapêutico.

A fim de sustentar junto ao analisando a experiência do caos relativa ao colapso das defesas, de forma a promover a experimentação do trauma no cenário analítico, é importante que o analista tenha a capacidade de suportar o “absurdo próprio ao estado mental do indivíduo” (Winnicott, 1971b/1975, p. 82) sem a necessidade de organizar o caos e comunicar-lhe ao analisando. De acordo com Winnicott (1971b/1975), é importante que o terapeuta possa testemunhar este estado do paciente, promovendo-lhe um ambiente suficientemente bom. Do contrário, o terapeuta quebra a confiabilidade que promove a possibilidade do analisando experimentar o absurdo – o *nonsense* (Winnicott, 1971/2005) – e integrá-lo em suas experiências. Ao buscar organizar o absurdo e devolvê-lo ao paciente por meio das interpretações, o analista atua tendo em vista suas próprias ansiedades, expressas pela necessidade de ser arguto e de encontrar sentido onde este não é possível.

Neste contexto, a interpretação do analista não é terapêutica – na verdade, ela é intrusiva e doutrinária, quebrando a confiabilidade que sustenta a função terapêutica da situação analítica e produzindo a submissão do analisando (Winnicott, 1960c/2008). Segundo Winnicott (1971b/1975), “interpretar quando o paciente não tem capacidade para brincar simplesmente não é útil, ou causa confusão” (p.76).

Apesar da importância em estabelecer uma provisão ambiental analítica suficientemente boa, de forma a promover experiências positivas, de caráter precoce, não vividas suficientemente pelo paciente até então, este tipo de provisão não é, contudo, suficiente para o tratamento de alguns tipos de pacientes. Nestes casos, é necessário, além de promover experiências positivas de cuidado ao analisando, que o indivíduo possa utilizar as falhas do analista. Em outras palavras, os dois aspectos da experiência de vivenciar o trauma

no cenário da análise (Winnicott, 1963/2007) são indissociáveis a fim de viabilizar de fato evoluções junto ao paciente.

As falhas do analista não são da ordem do excesso e não ocorrem no contexto da adaptação às necessidades do paciente, mas sim no que tange a técnica (Winnicott, 1969/2007). São falhas muitas vezes pequenas, por vezes induzidas pelo analisando (Winnicott, 1963d/2008). Estas falhas produzem raiva no indivíduo, a qual é terapêutica na medida em que viabiliza uma nova experiência de fracasso ambiental, que promove trazer para o presente e para o campo da experiência o trauma ocorrido no passado.

Esta nova experiência não é da ordem da repetição traumática, mas sim da integração do trauma junto ao indivíduo. Afinal, no período em que a criança vivenciou o fracasso nos cuidados a ela dispensados, seu ego era incipiente e não possuía ainda organização suficiente para vivenciar a falha ambiental por meio do sentimento de raiva direcionado a um objeto externo (Winnicott, 1969/2007). Aqui, é possível vivenciar a raiva apropriada ao invés do ódio reativo da experiência original (Winnicott, 1965/2007).

Neste sentido, o fator operativo da raiva vivida pelo paciente é que ele pode odiar o analista pela falha original, referente aos fracassos dos cuidados maternos em tempos precoces e fora do controle onipotente do lactente, por meio da transferência. O analista obtém êxito em falhar, uma vez que possibilita que o paciente regredido traga o fator prejudicial do fracasso externo para dentro de sua área de onipotência, controlada por mecanismos de projeção e introjeção (Winnicott, 1963d/2008).

Ao promover a idéia de que o traumatismo original – ocorrido mas não vivido – deve ser experimentado no *setting* terapêutico, em condições mais favoráveis do que aquelas que o ambiente proporcionou à criança no início da vida, Winnicott se aproxima das idéias de Ferenczi (1934/1992), uma vez que o autor primava pela repetição do trauma na análise a fim de levá-lo, pela primeira vez, à percepção. Além disso, o autor (Ferenczi, 1930/1992) destaca

a necessidade de experimentar um processo regressivo na análise, uma vez que a regressão favorece a possibilidade de integrar a experiência traumática, vivenciando-a pela primeira vez em uma situação protegida.

Entretanto, Ferenczi (1930/1992, 1934/1992) ressalta o aspecto do corpo neste cenário de forma diferente e mais veemente do que Winnicott. O autor destaca o valor da descarga motora na experimentação do trauma no processo regressivo do paciente, uma vez que a vivência traumática teria deixado apenas lembranças físicas, motivo pelo qual Ferenczi propõe o relaxamento e a neocatarse como técnica nestes casos.

Winnicott, por sua vez, desenvolve o conceito de “ansiedades impensáveis” ao falar de trauma, inovando ao pensar os tipos de ansiedades passíveis de se viver frente as rupturas no continuar a ser antes da consolidação de um eu diferenciado. Ferenczi (1933/1992), ao falar da angústia de morte vivida pelo indivíduo na experiência traumática, parece abrir espaço para a reflexão sobre a intensidade destas sensações, o que Winnicott (1956/2000) vem destacar como uma ansiedade da ordem do aniquilamento, precedendo em muito “qualquer ansiedade que inclua a palavra ‘morte’ em sua descrição” (p. 403).

Além disso, tendo em vista as considerações de Winnicott (1963d/2008, 1971b/1975) sobre a postura do analista frente o caos envolvido no colapso necessário das defesas do analisando, notamos mais algumas aproximações com as ideias de Ferenczi (1928b/1992, 1930/1992, 1933/1992). Para Ferenczi, o fanatismo da interpretação faz parte das resistências do analista e reproduz uma situação de “hipocrisia profissional” (Ferenczi, 1933/1992), a qual reproduz aspectos da relação precoce que o analisando estabeleceu com seus adultos cuidadores e a qual faz parte do processo traumático envolvido em seu adoecimento.

Desta maneira, tanto Ferenczi quanto Winnicott destacam a necessidade de uma “elasticidade” (Ferenczi, 1928b/1992) na técnica analítica no trabalho com pacientes que experimentaram falhas ambientais precoces (Winnicott, 1960a/2008), incorrendo em traumas

e prejuízos no seu processo de desenvolvimento emocional. Frente às agonias e ao absurdo relativos ao trauma, os quais devem ser reexperimentados em “circunstâncias mais favoráveis” (Ferenczi, 1934/1992), como o ambiente da análise, é necessário, para ambos os autores, que o tratamento não se atenha aos princípios psicanalíticos clássicos (Winnicott, 1971b/1975, 1960b/2008), cujo enfoque são as associações livres do paciente e as interpretações do analista.

Na verdade, percebe-se em ambos os autores uma mudança do enfoque e um alargamento da situação de análise nestes casos, conferindo importância à promoção de experiências junto a um ambiente suficientemente bom (Winnicott, 1960a/2008, 1967/2002), de forma a invocar um contraste com a experiência traumatogênica do passado (Ferenczi, 1933/1992). A promoção deste tipo de experiência implica na necessidade de o analista agir como uma “mãe carinhosa” (Ferenczi, 1931/1992, p. 78), o que, mais uma vez, denuncia as aproximações entre Winnicott e Ferenczi sobre o lugar do analista junto a pacientes marcados pelo trauma, assim como sobre a importância da regressão nestes casos (Ferenczi, 1930/1992, 1931/1992; Winnicott, 1954/2000, 1967/2007).

Ainda no que tange os diálogos entre os autores no quesito da função da postura do analista junto a estes pacientes, Ferenczi e Winnicott apresentam aproximações também quanto ao papel da capacidade do analista de acolher as críticas e a raiva do paciente, assim como de admitir suas falhas. Afinal, Ferenczi (1933/1992) já destacava o valor da abertura do analista em admitir os próprios erros e em escutar as críticas do analisando, o que favoreceria sua confiança na análise. Esta confiança teria o valor de contraste entre a nova experiência e aquela referente ao ambiente cuidador original, presente no cerne do trauma vivido. O contraste, segundo o autor, promoveria ao paciente a possibilidade de reviver o passado, o qual passaria do registro da reprodução alucinatória para a lembrança objetiva.

Em Winnicott, notamos também o valor da confiabilidade, assim como da sustentação da raiva do paciente e da admissão das falhas do analista. Mediante a confiabilidade estabelecida entre analista e analisando, é possível ao paciente experimentar o sentimento de raiva direcionado ao analista por meio de suas falhas. Destaca-se, assim, o fato desta raiva ser vivida como direcionada ao ambiente externo, contrapondo-se à experiência do trauma, quando a falha original traumática foi experimentada como fracassos do si mesmo, tendo em vista o estágio de dependência absoluta ou quase absoluta do indivíduo para com o ambiente no período de sua ocorrência. Ou seja, tendo em vista o não reconhecimento da exterioridade dos cuidados quando o trauma foi consolidado, a regressão à dependência e a possibilidade de experimentar a raiva implicam numa primeira oportunidade do indivíduo de queixar-se do ambiente cuidador falho (Neto, 2008).

Percebemos, assim, a riqueza das reflexões de Winnicott sobre trauma, algumas de suas articulações com outros autores, e suas contribuições para a prática clínica. O autor, assim como Freud e Ferenczi, traçou suas reflexões tensionando a teoria com a clínica psicanalítica. Partindo também da clínica, discorrerei a seguir sobre um caso referente ao atendimento a uma criança, buscando refletir sobre o conceito de trauma por meio dos diálogos travados entre o caso e os autores aqui comentados.

PARTE 2

O TRAUMA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM UMA CRIANÇA

*De tudo, ficaram três coisas:
a certeza de que ele estava sempre começando,
a certeza de que era preciso continuar
e a certeza de que seria interrompido antes de terminar.
Fazer da interrupção um caminho novo.
Fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada,
do sono uma ponte, da procura um encontro.*

(Fernando Sabino, 1956/1981)

CAPÍTULO 4

MARIANA, SUA TRAMA E O TRAUMA:

O CASO CLÍNICO E SUAS CONSTRUÇÕES

*Tenho certeza de que no berço a minha primeira vontade foi a de pertencer.
(...) Se no berço experimentei esta fome humana,
ela continua a me acompanhar pela vida afora,
como se fosse um destino.
(Clarice Lispector, 2008)*

A fim de construir o caso clínico no contexto desta dissertação, organizei-o segundo alguns momentos do tratamento e as questões que dizem respeito ao tema desta pesquisa. Comentarei os atendimentos e as evoluções de Mariana no que tange o trauma em seu processo de análise, escolhendo não realizar um recorte temporal tendo em vista minha compreensão de que a construção deste caso não segue um tempo cronológico e linear, mas sim relativo à lógica do inconsciente. Segue, assim, uma costura possível deste caso clínico.

4.1. Primeiros Contatos – Uma Criança em Busca de Um Lugar

Mariana tinha três anos e meio de idade quando iniciamos seu atendimento psicanalítico. Joana, uma das responsáveis pela criança, buscou o tratamento por meio do Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP), tendo agendado a primeira sessão por telefone. Neste contato, tive a impressão de Joana estar bastante ansiosa – a voz extremamente aguda, fala em ritmo acelerado, atropelando minhas palavras de vez em quando.

Conforme me explicou já pelo telefone, Joana não possui relação de consanguinidade com Mariana, e nem era responsável legal por ela. Entretanto, passava todos os dias da semana com a criança há cerca de um ano. Procurando me explicar a situação, Joana comentou que “eu só olho a Mariana durante a semana, já que a avó dela tem que trabalhar, coitada, fica muito difícil pra ela ficar com a menina e trabalhar, ainda mais com essa

situação, né... Mas é uma mulher forte, é o amor da vida da Mariana, ela fica com ela no fim de semana”. Joana se referia a Talita, avó paterna de Mariana e sua guardiã legal. A situação socioeconômica de Talita era muito desfavorecida, motivo pelo qual, segundo Joana, Mariana passava a maior parte dos dias da semana consigo, uma vez que se encontrava aposentada e possuía situação econômica mais favorecida.

Na primeira entrevista com os responsáveis, tanto Joana quanto Talita compareceram ao CAEP. Ao chamá-las na sala de espera, deparei-me com duas senhoras na faixa dos 50 anos cujas presenças eram contrastantes no tocante às impressões que me transmitiam. A figura de Joana correspondia à ansiedade que percebi ao telefone: cabelos desalinhados e grande agitação em seus olhos e braços, os quais pareciam tentar se conter meio a grande inquietude interna. Talita, em contrapartida, se apresentava sentada afundada no sofá, um pouco curvada, com o corpo todo pesando imensamente sobre o assento. Seu olhar expressava desamparo, ao mesmo tempo em que, ao me olhar e sorrir-me, parecia uma criança ansiando ser vista.

Chamei-as para a sala de atendimento. Enquanto caminhávamos, notei como Joana parecia ter dificuldade em não falar, fazendo comentários sobre a decoração, o tempo meteorológico, etc. Em contrapartida, Talita agarrou-se a meu braço neste percurso, apesar de não possuir dificuldades para caminhar. Deparei-me com a sensação de tê-la toda colada a meu braço, em uma espécie de alta adesividade, a ponto de sentir esta parte do meu corpo pesar em direção ao chão.

Chegando ao consultório, Talita – não sem certa dificuldade – soltou meu braço a fim de que eu abrisse a porta. Após entrarmos e nos sentarmos, Joana começou a relatar algumas questões relativas à história de vida de Mariana, remetendo-se a Talita a fim de que contasse alguns episódios e pedindo confirmação em outros.

Neste primeiro contato, as cuidadoras expressaram preocupações com relação à insegurança da criança. Segundo elas, Mariana possuía grande dificuldade em estar só e em se separar de seus cuidadores, reivindicando a presença concreta deles o tempo todo. Joana comentou que se preocupava que Mariana viesse a ter dificuldades em se abrir para novas relações por conta destes seus comportamentos.

Talita e Joana comentaram também que Mariana apresentava dificuldades para dormir, assim como um sono muito agitado, entrecortado por choros e súbitos despertar em estado de grande ansiedade. As cuidadoras destacaram ainda uma preocupação com o comportamento muito “adulto” de Mariana para sua idade, dizendo que percebiam na criança preocupações e frases muito sérias, não geralmente esperadas de uma criança de três anos e meio.

Além destas questões, Talita e Joana estavam procurando o atendimento por estarem preocupadas com o impacto na criança de estar morando nos dias da semana com Joana e nos fins de semana com Talita. Elas se indagavam “se a gente, tentando ajudar, num tá é deixando a cabecinha dela ainda mais bagunçada, confusa”, disse Joana. Segundo as cuidadoras, elas estavam buscando o atendimento por temerem que Mariana fosse “ficar *traumatizada* e se tornar uma jovem problemática no futuro” (grifos nossos).

Vendo estas duas mulheres frente a mim, sentia que ambas queriam muito bem à criança, assim como permeava uma rivalidade entre elas. “Porque eu não quero de jeito nenhum que ela more só conosco, sabe? Não quero mesmo! Ninguém toma o lugar da Talita na vida da Mariana, num tem jeito, ela é a família dela, né? Eu só ajudo... Eu tenho ela como filha, sabe? Trato que nem filho e sinto amor de filho mesmo”, falava Joana. Enquanto isso, Talita dizia que “sou muito grata à dona Joana, sabe. Sem ela num tinha como cuidar da minha pequena, porque num tem como, né. Eu num tenho condição, minha filha, sabe? Eu

falo pra Mariana, ‘nóis como pobre, num vai achar que você é rica porque está na casa da dona Joana não, viu?’ Que ela fica mimada assim. Eu sou muito grata”.

Foi no cenário da relação entre estas duas mulheres cuidadoras de Mariana que fui tomando conhecimento, aos poucos, da criança que eu atenderia, assim como de seu contexto e de sua história. A seguir, destaco a história de vida de Mariana segundo o relato das cuidadoras na primeira entrevista.

4.1.1. A História de Vida de Mariana

Mariana foi fruto de uma gestação não planejada. Apesar de a avó paterna não saber dizer como os pais da criança receberam a notícia, disse que eles logo se ajustaram a ela. Ambos eram muito jovens – a mãe com 16 e o pai com 18 anos – e usuários de substâncias ilícitas, em especial solventes. Viviam em condições socioeconômicas desfavoráveis. Talita, tendo em vista a gravidez da nora, acolheu-a em casa a fim de que ela desenvolvesse os cuidados pré-natais e evitasse o uso de substâncias entorpecentes.

A avó destacou que nunca havia gostado muito da nora e que elas sempre se desentenderam bastante. Além disso, comentou que os pais de Mariana passaram muito tempo juntos neste período, se envolvendo afetivamente com a idéia da gestação e escolhendo em conjunto o nome do bebê. Mariana nasceu de parto normal, processo que, segundo a avó, não apresentou dificuldades ou imprevistos.

Talita contou que, logo após o nascimento da criança, quando o bebê ainda contava com alguns dias de vida, a mãe da paciente voltou a habitar mais as ruas e a fazer uso de drogas, levando Mariana consigo nestas ocasiões. Segundo Talita, nunca se sabia a que horas ela iria chegar e quando iria levar ou deixar Mariana, o que ocorria tanto durante o dia quanto à noite. Nas ruas com Mariana, a avó relatou que a mãe da criança frequentemente a deixava sob os cuidados de desconhecidos e se ausentava por horas.

Desta forma, ficou muito marcada, na narrativa da avó paterna, a presença descontinuada da mãe ao longo dos primeiros meses de vida de Mariana. De acordo com Talita, não havia uma rotina referente aos cuidados da mãe para com a criança, assim como um respeito aos ritmos de sono e mamada de Mariana. Segundo a avó, a mãe da criança a acordava quando lhe era conveniente, não a amamentava de forma contínua e segundo a demanda do bebê, levava-a para as ruas em horários diversos e aleatórios, etc.

Ao relatar estas questões, Talita se emocionou muito, expressando em sua voz a sensação de impotência e desamparo ao ter “sua menina” tirada de seus cuidados de forma tão imprevisível, abrupta e, contudo, constante. Talita narrava uma história de rupturas frequentes de seus cuidados para com Mariana, assim como um acúmulo de descuidos da mãe para com a criança. Soma-se a este cenário o fato de que, neste período, o pai de Mariana foi preso e permaneceu encarcerado por mais de um ano.

Quando Mariana estava com cerca de nove meses de idade, após um episódio em que sua mãe chegou à casa de madrugada a fim de levá-la consigo para a rua, Talita acionou o SOS Criança. A mãe perdeu a guarda de Mariana, que ficou em um abrigo público por cerca de cinco meses. A avó relatou que procurava visitá-la todos os dias, mas que não era possível fazê-lo, de forma que ressentiu ter perdido momentos importantes da vida da criança, como seu primeiro aniversário. Ela contou que a mãe de Mariana não a viu enquanto esteve no abrigo.

Nas festas de fim de ano, a avó conseguiu autorização da Justiça a fim de passar este período com a criança. Na noite de Natal, a mãe de Mariana foi à casa de Talita em estado muito transtornado, suplicando por passar tempo com a filha. A avó relatou que autorizou e, no dia seguinte, a separação entre elas foi muito difícil. Neste mesmo dia, à noite, a mãe de Mariana viajou de carro e sofreu um acidente, vindo a falecer.

Com a morte da mãe, a guarda de Mariana foi concedida à avó paterna. Ela relata que, até a data da entrevista comigo, havia uma ausência de conversa sobre o falecimento da mãe com a criança. Segundo Talita, Mariana, por sua vez, nunca havia demandado informação alguma no que diz respeito à sua mãe ou seu paradeiro. Era um silêncio que Talita e Joana justificaram como “para poupar a menina” (Joana), que era muito pequena. “Pequena demais” (Talita) para se lembrar da mãe, especialmente tendo tido contato com ela apenas em idade muito precoce.

Quanto ao pai de Mariana neste cenário, ele foi encarcerado mais duas vezes após a primeira, estando preso no período desta primeira entrevista. Entretanto, nos breves períodos em que esteve em liberdade, Talita relatou que ele não passava tempo com Mariana, prometendo vê-la, mas não comparecendo.

Mariana estava com um ano e dois meses quando sua mãe faleceu. Com um ano e três meses, passou a ter dificuldades em urinar e defecar. Com um ano e quatro meses, ela foi diagnosticada com um tumor de células germinativas próximo ao reto, caracterizado como maligno.

Até os dois anos de idade, Mariana passou por duas cirurgias com o intuito de removê-lo. Tendo em vista a localização, não foi possível retirá-lo completamente. Mariana realizou tratamento quimioterápico após a primeira e a segunda cirurgia. Joana e Talita me informaram que a terceira cirurgia seria realizada em breve.

Talita contou que não era fácil cuidar de Mariana e trabalhar. Ela falou sobre a sorte que teve em encontrar pessoas para lhe ajudar a cuidar da criança. Talita relatou que conhecia estas pessoas por meio de seu trabalho como vendedora ambulante, e que havia uma conhecida na rodoviária que lhe dava apoio na época em que ia trabalhar com a criança. Assim, antes de Talita passar a dividir os cuidados a Mariana com Joana e seu esposo, José,

ela compartilhou seus cuidados com outros dois casais mais favorecidos, um primeiro por 4 meses e o segundo por 2 meses.

Quando Mariana possuía 2 anos e meio de idade, Joana e José a conheceram por meio de uma pessoa que auxiliava Talita nos cuidados à criança, em especial por meio de seu acompanhamento às sessões de quimioterapia. Pouco tempo depois, Mariana passou a morar com eles durante a semana e ir para a casa da avó apenas nos fins de semana.

O ambiente na casa da avó, entretanto, era permeado por violências e riscos à criança. De acordo com as cuidadoras, Mariana expressava grande medo de um tio alcoólatra que coabitava com a avó há anos, e quem ela já havia testemunhado ser fisicamente violento com Talita e com outras pessoas. Além disso, Talita comentou que um de seus filhos drogaditos frequentemente passava em casa e levava objetos para vender, assim como fazia ameaças verbais a ela quando expressava resistência, o que Mariana já havia testemunhado em diversas ocorrências.

Na data da entrevista inicial com as cuidadoras, Mariana se encontrava morando com Joana e José durante a semana há cerca de um ano. Eles haviam tomado conhecimento do CAEP e sugeriram o acompanhamento psicológico da criança. É neste contexto que Joana, Talita e eu nos encontrávamos: dando início ao percurso do tratamento psicanalítico a Mariana.

E ali estava eu, recebendo uma série de dados confusos, sensações intensas, e indicativos de situações graves de risco psicossocial à criança – de experiências “potencialmente traumáticas” (Zavaroni & Viana, 2009) – em especial as ocorridas em sua vida precoce. Dentre estas situações, estavam a drogadição materna e seu comportamento errático junto à criança, a experiência em abrigo público por cinco meses, a situação de risco social tendo em vista ambiente violento e permeado pelo abuso de substâncias na casa da avó paterna, dentre outros.

Neste cenário, eu me sentia de posse de uma série de sensações reverberando em face desta primeira entrevista. Deixei-as reverberar, proporcionando espaço interno para conter e sustentar o caos que eu sentia ser comunicado pelo discurso das cuidadoras (Winnicott, 1971b/1975). Em um momento posterior, e a partir destas ressonâncias, é que eu começaria a dar sentido a ele (Winnicott, 1971b/1975). Sustentando este caos e aguardando o momento posterior em que é possível encontrar um sentido, fui também me situando sobre o lugar da criança no discurso parental (Dolto, 1971; Mannoni, 1967/1999; Prizskulnik, 1995).

4.1.2. Primeiras Impressões e Sensações – A Criança no Discurso das Cuidadoras

Foi muito difícil traçar a história de vida de Mariana no relato acima. Afinal, a narrativa desenvolvida por Joana e Talita evidenciou que esta é uma história recheada de becos sem saída e informações cujo paradeiro ninguém conhece.

A história de vida de Mariana é caracterizada pelo difícil acesso. A única pessoa que esteve presente em sua vida desde o nascimento, ainda que com algumas descontinuidades, foi sua avó paterna. Contudo, os relatos de Talita são confusos, uma vez que a cuidadora apresentou dificuldade em se lembrar dos eventos e em situá-los no tempo. Assim, marcou esta entrevista a sensação de nebulosidade quanto à história de Mariana.

Neste sentido, percebi – e senti – uma série de **rupturas** no discurso de Talita e Joana acerca da história de vida da criança, tendo sido tarefa desafiadora organizar os eventos descritos acima de forma a traçar uma história. O trabalho foi de montar um quebra-cabeça incompleto e com peças que pareciam não lhe pertencer, selecionando e encaixando as peças presentes de forma a procurar levantar possibilidades de sentido meio a grande desordem. Deixada levar pela confusão na escuta, é importante destacar o lugar da escrita do caso clínico de, só depois de vivenciar o caos, organizar a história da criança e o que se passou na relação transferencial estabelecida no atendimento.

Um exemplo destas peças desencontradas é a idade de Mariana, em especial no que tange sua história prévia aos 2 anos. Estas idades foram estimadas, uma vez que a avó teve grande dificuldade em situar quando os eventos ocorreram. Quando fazia uma estimativa, muitas vezes esta era incoerente com outros dados narrados. Em outras palavras, a história de vida de Mariana, narrativa que a situaria em um lugar temporal, familiar e espacial, possui muitas rupturas e ambiguidades.

A primeira entrevista com Joana e Talita durou quase 2 horas. A sensação que tive ao sair desta entrevista foi de extremo cansaço físico e mental. Nesta sessão, tive a sensação de sufocamento em diversos momentos. Havia um tom de excesso na forma como as cuidadoras traçaram suas narrativas, assim como no conteúdo de suas falas, possuindo uma densidade difícil de ser digerida. Houve momentos em que senti como se uma ventania forte adentrasse meu corpo sem haver espaço para transformar tanto oxigênio em gás carbônico e expirar. E, de fato, é como se um excesso de palavras, gestos e afetos não nomeados tivesse ocupado o espaço da sessão.

A fala das cuidadoras ilustra um pouco este sufocamento. Afinal, a fala de Joana era ininterrupta, sem pausas para retomada de ar, e seu raciocínio entrecortado. Por diversas vezes, ela repetia continuamente algum aspecto narrado, ou fazia infundáveis elogios à Talita e se colocava como mero instrumento nos cuidados à criança. Em muitos momentos, sua fala atropelou a minha e a de Talita.

A fala de Talita não foi muito diferente, mas se caracterizou por uma confusão temporal imensa, assim como saltos para momentos diferentes da vida da criança em uma narrativa que os aglutinava como pertencentes ao mesmo período. Talita interrompia sua fala por diversas vezes a fim de comentar o quanto era difícil a sua realidade e para, por sua vez, traçar elogios diversos a Joana. Tanto a fala de uma quanto da outra, em especial nestes

momentos, me passava uma sensação de torção, de grande dimensão de incongruência entre o dito e o sentido, permeando um tom agressivo e de queixas veladas.

Estes comentários sobre as falas das cuidadoras também transmitem, em parte, outra sensação que tive na primeira entrevista com Joana e Talita: a de dificuldade em encontrar um espaço. Afinal, senti que a forma como a história foi narrada girou mais em torno dos conflitos pessoais dos adultos e de suas sensações de confusão do que, de fato, uma narrativa sobre a criança, buscando transmitir as questões de Mariana que preocupavam os responsáveis. Joana e Talita estavam tão tomadas por suas questões pessoais que tive dificuldade em perceber um lugar para esta criança meio a um espaço tão ocupado pelas duas cuidadoras.

Em diversos momentos da entrevista, minhas sensações relativas à ausência de espaço vieram denunciar minha identificação com Mariana. Afinal, me senti muitas vezes exprimida, ignorada e atropelada pela fala das cuidadoras. É importante destacar que esta percepção só foi possível *a posteriori*, no processo de relance do que se sucedeu na clínica no processo de construção do caso. Esta leitura chama a atenção para aquilo que “anunciou” a criança e seu sintoma, ao menos no que tange seu lugar no discurso e no psiquismo dos cuidadores (Mannoni, 1967/1999; Dolto, 1971), assim como seus papéis enquanto ambiente de cuidado à Mariana (Winnicott, 1979/2008).

Chamou-me a atenção, neste contexto, o temor de Joana em “bagunçar” ainda mais a cabeça de Mariana ao conceder-lhe duas casas. Este temor de “confundi-la” me fez pensar na ideia de falta de referencial de um lugar a que pertencer, de ficar entre duas casas. Na verdade, apesar da clara preocupação e querer bem de ambas para com a criança, havendo inclusive rivalidade entre as duas, tive a sensação de ninguém ter, de fato, se apropriado de Mariana em sua fala. Faltava Mariana neste quebra-cabeça desordenado, recheado de peças desencontradas. Faltava um lugar para a criança no discurso familiar.

Lembrando as reflexões de Dolto (1971), o lugar ocupado pela criança no discurso e nos conflitos inconscientes de seus cuidadores se relaciona com seu adoecimento. Para a autora, é a criança quem suporta inconscientemente o peso destas tensões advindas da dinâmica inconsciente dos pais, de forma aos efeitos sintomáticos desta tensão sobre a criança serem proporcionalmente maiores ao silêncio em torno do qual estes conflitos são guardados. Neste sentido, “é a criança que, pelos seus sintomas, encarna e presentifica as consequências de um conflito vivo, familiar ou conjugal, camuflado e aceito por seus pais” (Dolto, 1971, p. 13).

Este é um dos motivos pelos quais, na psicanálise com crianças, “a criança não pode ser isolada artificialmente de um determinado contexto familiar, é preciso, no início, contar com os pais, com a resistência deles e com a nossa” (Mannoni, 1967/1999, p. 59). Desta maneira, por meio da escuta às responsáveis de Mariana é que comecei a conhecê-la, antes mesmo de encontrá-la.

4.2. O Encontro com Mariana

Ao me encaminhar à sala de espera na primeira sessão com Mariana, encontrei uma criança de baixa estatura, viva, olhos expressivos, sorridente e curiosa. Mariana vestia um vestido rodado e andava de forma titubeante. Ela me lembrou um bebê, inseguro ainda no ato de firmar o pé no chão e caminhar. Ao vê-la, tive a impressão de ser mais nova do que sua idade indicava.

Os olhos de Mariana me pareciam vivos e densos, como se a pupila estivesse dilatada, ao mesmo tempo expondo um grande vazio e procurando incorporar o que olhava. A imagem de um buraco negro me veio à mente ao me deparar com eles, tendo em vista sua cor castanho escuro em grande parte tomada pelo tom negro da pupila. Eram olhos opacos e desamparados que, ao mesmo tempo, pareciam me convidar a ser tragada.

Seu olhar transmitia a sensação de Mariana estar em busca de um interlocutor. Escrevendo este relato, penso nos olhos da avó também na sala de espera. Havia algo em comum entre estes olhares. Talvez seja o tom do desamparo com um brilho de esperança. Olhos de pessoas que “muito sofreram, moral e fisicamente” (Ferenczi, 1931/1992, p. 78), mas que ainda buscam, no ambiente externo, uma promessa de amparo.

É interessante notar o quanto os olhos de Mariana me chamaram a atenção desde nosso primeiro contato. Esta atenção ao olhar da criança marcou todos seus atendimentos, de forma que fui notando o quanto eles denunciavam seu estado afetivo e organização interna de forma intensa e transparente.

Ao ver-me, Mariana esboçou grande interesse. Antes mesmo de dizer o meu nome, Joana – que havia lhe levado para a sessão – disse, “é essa a moça de que eu estava te falando, Mari. Você lembra o nome dela?”. Mariana, olhando-me com intensidade e sorrindo, respondeu, “é Nadja, ela é psi...psi..psicóloga!”.

Chegando à sala de atendimento, Mariana entrou hesitante, mas expressando vontade de brincar e de conhecer o ambiente. Joana se sentou em uma cadeira no canto da sala. O primeiro brinquedo que chamou a atenção de Mariana foram duas casinhas, as quais pegou e dispôs cada uma de um lado do seu corpo. Entretanto, quando indaguei-a sobre as casas, Mariana se angustiou e trocou de brincadeira. Percebi, posteriormente, o quanto fui apressada e intrusiva com esta indagação, assim como o valor deste primeiro gesto da criança em expressar um conflito de importância: estar entre duas casas.

Outros brinquedos que muito lhe chamaram a atenção foram dois bonecos-bebês. Ela brincou de dispensar cuidados a eles; entretanto, esses cuidados não eram narrados, e ela agia sem expressar afetividade em suas ações. Era um cuidado “automático”, desafetado. Ao retomar esta sessão para reflexão posteriormente, pensei sobre como Mariana sentia os cuidados a ela prestados – sobre a implicação afetiva dos cuidadores nestes cuidados.

Mariana explorou praticamente todos os brinquedos e objetos da sala. Dentre as brincadeiras desenvolvidas nesta sessão, destacaram-se aquelas que envolviam juntar diversos objetos num só recipiente e carregá-los pela sala, assim como algumas relativas a juntar peças como se quisesse colá-las, solicitando minha ajuda nestes movimentos de junção – uma peça na minha mão e outra na sua. Tive a impressão de Mariana estar buscando integrar-se nestas ações, consolidar uma unidade, solicitando minha ajuda no movimento de juntar seus pedaços e formar um senso de integração e continuidade.

No final da sessão, Mariana começou a me ajudar a guardar alguns brinquedos, mas se angustiou logo e voltou-se para um papel, rabiscando-o com força e sem demonstrar intento figurativo. A cuidadora comentou que iriam voltar outro dia e que, quando elas voltassem, ela aguardaria Mariana na sala de espera. Mariana se angustiou ainda mais, dizendo um súbito e alto “Não!”, expressando grande agitação motora sem foco, os braços se movendo sem sintonia com as pernas.

Disse-lhe que isto não ocorreria assim, de repente, só quando ela estivesse pronta e confiasse que a tia Joana não iria embora, que ela estaria a aguardando o tempo inteiro. “Mas isso ainda não é agora, né, Mari? Você tem muito medo!”. Mariana olhou-me expressivamente, esboçando leve sorriso e voltando-se para o desenho.

Pouco depois, Joana indicou que a sessão havia acabado mesmo e que tinham que ir embora. Instantaneamente, Mariana levantou a cabeça, olhando para Joana, e disse, “não, eu não quero ir! Eu gostei muito daqui, não quero ir embora nunca mais!”, com voz chorosa e olhos lacrimejantes.

Mediante esta reação de Mariana, eu lhe disse, cochichando como num segredo, que ela voltaria depois para continuarmos brincando e falando das coisas dela. Disse que ali era um espaço dela, que ela iria voltar muitas vezes ainda e contar segredos. Mariana riu. “Tia Joana, não olha!”, disse. Em seguida, voltou-se para mim, estendendo-me o desenho.

“Esconde!”, cochichou. Eu peguei o desenho com ar de segredo e escondi-o na sala. Ao ir embora, Mariana caminhou olhando para trás, fitando-me até desaparecer de vista.

A primeira sessão com Mariana deixou-me muito agitada e, ao mesmo tempo, cansada. Vale destacar que esta sensação de cansaço se difere em muito daquela de sufocamento, relatada anteriormente quanto à entrevista com as cuidadoras. A sensação aqui foi de uma carga afetiva intensa.

Enquanto brincávamos, senti como se houvesse se estabelecido uma transferência positiva muito forte entre nós, e de forma muito rápida. Sua intensidade e rapidez foram tamanhas que a criança transmitia não querer ir embora, mas ficar ali para sempre. Não querer ir embora “nunca mais” comunicava já ter ido embora vezes demais, assim como evidenciava o desejo de Mariana, a partir da transferência estabelecida, de cessar com as rupturas e estabelecer um lugar contínuo.

Por minha vez, eu também senti dificuldades em encerrar a consulta. Senti-me muito próxima a Mariana, desejosa por promover cuidados seguros a ela. Ao mesmo tempo, tive a impressão da criança haver projetado no espaço de atendimento e em mim o desejo de pertencer a um lugar seguro e estável. Seus olhos na sala de espera transpareciam sofrimento e esperança, e eu era para ela uma promessa de amparo, assim como o espaço psicoterapêutico era a promessa de um lugar. Um lugar onde pertencer, para “ir embora nunca mais”.

É importante lembrar, ainda, do contexto da terceira cirurgia que se aproximava, de forma que o receio frente às perdas – ao desaparecimento dos outros e de si – ganhou dimensão ainda mais acentuada. Na verdade, a sessão seguinte, a qual se revelou como a última antes da operação, veio denunciar a tênue linha entre a angústia de separação em Mariana e uma sensação de desamparo que se encontra para além dos conflitos de ordem neurótica.

4.2.1. “Eu Não Quero Ir! Eu Não Vou Voltar!”

Joana me telefonou na véspera da segunda sessão a fim de informar-me de que a cirurgia de Mariana havia sido agendada para dali a três dias, e que a marcação havia de fato ocorrido de forma súbita, no próprio dia de sua ligação. Assustei-me com a subtaneidade da marcação, e peguei-me refletindo sobre como esta informação havia sido passada à criança. Tive a sensação de que, talvez como eu, ela e seus cuidadores também teriam sentido o tempo entre esta comunicação e a cirurgia como muito curto.

No atendimento a Mariana, chamou-me a atenção a presença, durante toda a sessão, de queda de objetos. Esta queda ocorria tanto de forma organizada e direcionada a mim quanto de maneira não intencional, com diferenças marcantes entre estas duas ações de deixar cair. Na primeira, Mariana pegava um bloco de montar e observava-o cair, fitando-me com expressão de vazio em seguida; na segunda ação, Mariana mostrava-se agitada corporalmente e angustiada, esbarrando nos objetos de forma a caírem sem evidenciar intenção no ato. Houve momentos, ainda, em que Mariana procurou montar torres de blocos de montar, deixando-as desmoronarem e partirem-se em vários pedaços – primeiro, acidentalmente; depois, intencionalmente.

Pareceu-me que estava difícil para Mariana sentir que havia possibilidade de sentir-se integrada, de todas suas partes se conjugarem em um todo. Tive a impressão de uma inevitável queda, desamparo, sentir-se espalhada em mil pedaços. Senti que estas sensações de Mariana se encontravam intensificadas com o atual contexto da cirurgia, o qual fornecia um dado de realidade que ia ao encontro de suas fantasias de perder partes de si. “Nossa, hoje parece que está difícil das coisas ficarem de pé, inteirinhas. Tá tudo quebrando, caindo, perdendo pedacinhos. Que medo que dá de perder pedacinhos”, disse-lhe no contexto de suas

ações na brincadeira. Ela olhava-me com expressão mista de tristeza e alívio enquanto eu falava, e continuava a brincar.

Esta sessão também teve um caráter muito intenso de Mariana colar-se a mim, buscando misturar-se comigo de forma muito concreta, corporal. A criança procurou meu corpo em diversos momentos do atendimento. Ela se sentava próxima a mim e me tocava com pelo menos um de seus membros – o pé, a perna, as costas, etc. – enquanto brincava. Um exemplo neste sentido foi uma brincadeira que desenvolvemos com a tinta guache, sentadas embaixo da mesa infantil. Mariana, na atividade de pintar o papel com a tinta, ia esvaziando potes seguidamente utilizando as mãos, misturando todas as tintas no papel e, em seguida, às minhas mãos. Foi notável o prazer de Mariana em misturar suas mãos às minhas, as tintas na minha e na sua mão indistinguíveis, ligando-nos e fusionando-nos. Ela passou grande tempo da sessão nesta atividade.

O final deste atendimento, contudo, foi muito angustiante. Marcado por uma forte angústia de separação de Mariana, beirando a agonia, o encerramento da sessão me trouxe sensações de impotência face ao sofrimento da criança, expresso por seu olhar vazio e sem foco, e intensificado pela cirurgia que estava por vir.

Desde a antecipação do término da sessão, Mariana expressou angústia intensa, falando “não!” continuamente e se encaminhando para os brinquedos de maneira caótica, o olhar sem foco e os membros em grande agitação motora descompassada. Ela chegou a sair da sala de atendimento com a cuidadora – não sem antes me dar um forte abraço e fechar-me na sala com a luz apagada, guardando-me – mas retornou após alguns minutos, uma vez que Joana havia esquecido algo no consultório.

Ao ver-me na sala com a luz acesa – o que evidenciou de forma prematura a ausência de sua onipotência e a diferenciação entre nós – angustiou-se ainda mais, se tornando irreduzível quanto a ir embora. Mariana corria pelo corredor e sua expressão pareceu-me

extremamente assustada e temerosa, como se estivesse se sentindo ameaçada. Mariana parecia despendendo toda sua energia a fim de recusar a separação a qualquer custo, sentindo-a como relacionada a uma inevitável fatalidade.

Procurei contê-la com as palavras, reassegurando-lhe de que eu estaria ali a aguardando. Procurei representar seus medos referentes à separação, intensificados pelo receio real da morte mediante a cirurgia vindoura. Quando ela parou de correr e me olhou, escutando-me, seus olhos me transmitiram a sensação de desespero. Mariana segurou minha mão, apertando-a forte, e disse “eu não quero ir! Eu não vou voltar!”.

Mariana, então, começou a insistir que eu fosse embora com ela, apertando ainda mais a minha mão e tentando puxar-me para ir consigo. Sugeri que eu fosse com ela até a porta da clínica, mas que não poderia ir com ela para casa e que estaria a esperando na nossa sala quando ela voltasse. Mariana se acalmou, parecendo concordar. Contudo, ao chegarmos à porta da clínica, voltou a dizer “você vai comigo! Eu não quero ir embora! Eu não vou voltar!”. Abaixei-me para conversar com ela e procurar contê-la. Contudo, estávamos já na porta da clínica chamando a atenção dos transeuntes, e Joana, constrangida e já sem paciência, puxou Mariana para seu colo à força, dizendo “vamos embora que a tia Nadja tem que ver outra criança”.

Mariana expressou grande desespero no olhar, esticando os braços em minha direção, chorando e gritando muito. Esta separação abrupta, realizada de forma a procurar negar as angústias subjacentes à dificuldade da separação nesta sessão, e com uma frase deixada no ar, sem dar a oportunidade de eu ou a criança falar ou agir sobre ela, deixou-me também extremamente angustiada. A angústia e a impotência que senti foram intensas e sufocantes. Neste evento, havia um excesso de sensações cujas representações me senti privada. É como se, contratransferencialmente, eu tivesse sentido o âmbito da repetição traumática desta cena junto a Mariana.

Foi interessante a imagem que me veio à cabeça pouco depois, quando procurava organizar as sensações que ficaram em mim e representá-las, relatando esta sessão: a imagem de uma criança sendo arrancada dos braços da mãe. Pensei, em seguida, nas demais separações abruptas de Mariana. Dentre elas, algumas capturaram em maior medida a minha atenção.

Uma delas diz respeito às frequentes separações entre Mariana e sua avó paterna mediante o comportamento errático da mãe. Ao refletir sobre estes momentos, penso que minha angústia tenha sido similar à de Talita no contexto destas separações, também caracterizadas pela subtaneidade, pela impotência e pela grande intensidade. Foi esta angústia, inclusive, que levou Talita a acionar o SOS Criança certo dia, assim como solicitar a guarda de Mariana.

Outra cena de separação que chamou a minha atenção foi uma cuja imagem configura-se como similar àquela que me veio à mente: Mariana sendo tomada dos braços da mãe – e da avó – para ser levada para o abrigo. É interessante notar que Mariana, nesta ocasião, permaneceu separada prolongadamente de sua mãe e do ambiente familiar para, depois, revê-la brevemente e lidar com seu desaparecimento mediante sua morte.

No contexto desta sessão, ela se separou de mim de forma abrupta sem saber se ia voltar a ver-me. Sem saber se eu sumiria, ou se ela, tal como ocorrera em sua relação com a mãe em tempos precoces. Contudo, apesar da separação violenta, o ambiente terapêutico ofereceu a Mariana uma possibilidade importante de dar início ao processo de representação destes afetos e sensações. Assim como o fato de que, diferentemente de sua mãe, ela voltaria.

Após a cirurgia, na qual não foi possível, novamente, remover todo o tumor, decidi por visitá-la no hospital, promovendo um encontro fora do setting analítico, uma vez que percebi que seria uma ação terapêutica importante para Mariana, em especial tendo em vista nossa última sessão. Visitando-a, pude reassegurá-la do meu – e do seu – retorno, assim como

evitar uma separação prolongada entre nós. Com esta ação, promovi um alargamento do setting analítico tendo em vista o contexto tanto de vida quanto do processo analítico de Mariana, sempre atenta à relação transferencial.

A angústia suscitada pela despedida na sessão que precede a cirurgia de Mariana não diz respeito a uma angústia de castração. Na verdade, nota-se na fala de Mariana a presença tanto de uma angústia de separação quanto de morte – da ordem da fatalidade, da ameaça de aniquilação – assim como a tênue linha entre elas. “Eu não quero ir” transmite um desejo de não se separar e a angústia frente à separação. Por outro lado, “eu não vou voltar” transmite algo que é da ordem da certeza, da inevitável fatalidade advinda do se separar, da sensação de que a separação é uma ruptura e incorre na aniquilação do ser. Não sou eu quem desapareço nesta sua expressão, mas ela. “Eu não vou voltar” denuncia a angústia frente à ameaça da descontinuidade do si mesmo a partir da separação, das diversas mortes que anuncia.

Refletindo sobre a história de vida de Mariana, assim como sobre o tom descontínuo que marca tanto a sucessão de eventos que a caracteriza quanto a narrativa desenvolvida pelas cuidadoras, percebe-se o caráter súbito, precoce e frequente das separações vividas pela criança. É notável a fragilidade da sustentação que ela pôde contar nos anos iniciais de vida, de forma a Mariana denunciar o não estabelecimento da sensação de confiabilidade no ambiente.

Em outras palavras, Mariana não parece ter experimentado suficientemente a sensação de continuidade do ambiente em um período em que ela, como bebê, dependia absolutamente ou quase absolutamente dele, de forma a ter vivido diversas rupturas na própria continuidade existencial. Desta maneira, podemos dizer que uma dimensão do trauma se insere nas agonias precoces suscitadas em Mariana mediante as separações, uma vez que elas foram vividas como rupturas e invocaram rupturas no seu “continuar a ser” (Winnicott, 1956/2000, 1960a/2008).

Vale notar que a sensação de continuidade envolve o ambiente externo tanto em termos físicos e relativos aos cuidados objetivos quanto em termos psíquicos e afetivos (Winnicott, 1960a/2008, 1968/2005). Neste sentido, ao falarmos de rupturas na experiência de continuidade de Mariana junto ao ambiente, estamos nos remetendo tanto às separações abruptas e às descontinuidades em termos palpáveis quanto àquelas relativas aos estados afetivos de seus cuidadores – às falhas relativas à sustentação psíquica da criança e não intrusividade junto a ela.

Desta forma, esta sessão evidenciou uma experiência da ordem da repetição no que tange a sensação de quebra e excesso, tanto por meio da forma como nossa separação concreta se deu quanto pela qualidade invasiva das ações de Joana nesta cena. É interessante notar a intrusividade de Joana frente o sofrimento e o pedido de ajuda de Mariana neste atendimento. Joana, desconfortável com o que as angústias de Mariana suscitavam em si, não acolheu e reconheceu junto à criança seu desamparo, reproduzindo-o por meio de uma atitude que negava a seriedade da cena e não reconhecia a intensidade de suas sensações. Neste sentido, a atitude de Joana funcionou como um desmentido (Ferenczi, 1933/1992).

Mais ainda, ela configurou uma intrusão ambiental sobre o ritmo da criança no lugar de uma adaptação sensível a ela nesta situação “por causa de sua própria imaturidade ou suas próprias ansiedades” (Winnicott, 1963a/2008, p. 82). Joana não sustentou Mariana neste contexto, atuando frente suas próprias angústias antes de conter as dela. Esta intrusão teve efeitos excessivos sobre a criança. Por identificação projetiva (Klein, 1946/1991), eu me senti sufocada e vivenciando sensações da ordem do excesso, sem conseguir representá-las – assim como parece ter vivenciado a criança tanto no contexto desta sessão quanto, provavelmente, mediante rupturas anteriores.

Contudo, se nestas sessões iniciais pude perceber indícios do quão as separações evocavam em Mariana uma angústia muito intensa, nós vivenciamos, após cerca de dois

meses de atendimento, uma separação cujos efeitos denunciaram devastações que não são abarcadas pela palavra “angústia” ou “ansiedade”. Na verdade, pude perceber, de forma mais intensa e direta, o terror e o caos que se escondiam por trás da vivacidade e dos vestidos rodados da criança. A partir desta sessão, pude enxergar de forma mais direta as nuances e a profundidade do “buraco negro” denunciado pelo olhar de Mariana.

4.2.2. Separar, Cair, Quebrar – Agonia e Fragmentação

Mariana chegou para a sessão com 10 minutos de atraso, dormindo no colo da cuidadora. Tive a sensação de estranhamento tanto com o atraso quanto com o sono de Mariana, uma vez que ela geralmente chegava antes do horário da sessão e sempre muito bem disposta.

Enquanto Joana se desculpava pelo atraso, explicando-me como os empecilhos do trânsito e da meteorologia haviam impedido a chegada no horário para a sessão, peguei-me refletindo sobre esta palavra: “atraso”. Mariana e Joana haviam se atrasado em 10 minutos, e a sessão em si havia se “atrasado” em uma semana para ocorrer. Isto se deu uma vez que Mariana e a cuidadora viajaram na semana precedente, cancelando uma sessão.

Mariana expressou dificuldades em acordar. Era como se ela estivesse “desligada”, sem se mover no colo de Joana, apesar dos estímulos do toque e da fala da cuidadora. Com muita dificuldade, Mariana foi acordando, expressando-se por grunhidos e gestos. Apesar de, nos dois atendimentos anteriores, termos realizado as sessões sem a presença de Joana no consultório, Mariana não quis ir para a sala de atendimento sozinha comigo, expressando hostilidade e raiva direcionados a mim por meio de seu corpo e de seu olhar.

Fomos para a sala de atendimento com Mariana no colo de Joana. Quando chegamos, ela desceu e se encaminhou para os brinquedos, tocando-os e mudando-os de lugar de maneira desfocada, sem olhá-los na maior parte do tempo. “Hoje só tem tia Joana, eu só

brinco com a tia Joana, não tem ná, ná ná, tia hoje, nada”, disse Mariana, sem me olhar e se movimentando sem foco pela sala. Joana se sentou em uma cadeira no canto da sala e lá permaneceu em silêncio durante toda a sessão.

Mariana movimentou-se pelo consultório por alguns minutos, nos quais permaneci calada, observando-a. Após algum tempo, fiz alguns comentários sobre como Mariana estava chateada comigo, sentindo que eu havia sumido, e como me parecia estar muito triste e angustiada, sem saber como agir naquele nosso ambiente – um ambiente que ela tinha certeza de ter se quebrado, sumido para sempre com a demora que foi para voltar. Enquanto lhe falava, Mariana se dirigiu para algumas peças de madeira e começou a empilhá-las, construindo uma torre bem alta.

Sua postura era rígida e imóvel, contrastando com seu corpo segundos atrás, desfocado e agitado pela sala. Mariana começou a falar, fazendo demandas de brinquedos em tom de voz automático, sem expressividade – “quero desenhar”, “quero bebês”, etc. Tive a impressão de Mariana estar fazendo um esforço muito grande para defender-se de uma angústia desorganizadora, imensurável. A pilha de peças estava bem alta e tensamente equilibrada, assim como Mariana.

Eu estava sentada ao seu lado, fitando-a neste esforço. Em dado momento, Mariana voltou-se para mim, olhando-me com expressão de vazio, o corpo tenso. Disse-lhe que estava vendo como estava sendo difícil para ela ficar inteira, como estava agoniada e triste, mas que eu estava ali junto com ela de qualquer forma, mesmo ela não estando bem. Segundos depois, a torre de blocos de madeira desmoronou, fazendo grande barulho, assim como Mariana.

Ela voltou a mostrar-se muito agitada corporalmente, emitindo sons diversos e gritados. Com duas armas de brinquedo nas mãos e duas flautas em sua boca, Mariana “atirou” na sala toda, assim como soprou as flautas com intensidade. Ela tensionava todo seu corpo nestas ações. Chamou minha atenção como, ao contrário das outras sessões em que

brincamos com as armas, Mariana parecia estar atirando no campo da realidade concreta, de forma que sua expressão facial transmitia a sensação de uma experiência real e muita agressividade no ato de atirar.

Os sons emitidos pelas flautas, altos e agudos, me pareciam gritos. Gritos fortes, rasgados. Gritos de raiva, de tristeza, de desespero, de dor. Eles se misturavam aos barulhos de “tiros” das armas de brinquedo, de forma a dar a impressão de uma experiência de algo violento. O rosto de Mariana expressava grande angústia, e seus olhos lacrimejavam.

A sala de atendimento estava ocupada pelo excesso de sons, de gestos, de afetos. A cena era de grande transbordamento, e Mariana parecia evidenciar os furos daquele ambiente – os meus e do consultório. Afinal, eu sumi para Mariana no contexto desta separação prolongada. E, na presença de seus excessos, o que eu podia oferecer-lhe era uma companhia continente, recebendo e não sendo destruída por seus transbordamentos.

Após vários minutos, Mariana soltou as armas e as flautas no chão de maneira automática, como se, de repente, aqueles objetos que estavam colados ao seu corpo se desligassem e despencassem no chão. Mariana permaneceu parada por alguns segundos e, em seguida, pegou algumas bolas pequenas no canto da sala.

Fitando-me, Mariana jogou as bolas com força no chão, observando-as quicar. Após repetir este movimento algumas vezes, Mariana jogou duas bolas em minha direção, sem olhar-me. Peguei-as e passei a repetir seu movimento com as bolas, imprimindo com meu corpo a intensidade da força e as sensações de agonia que ela parecia me transmitir. Estes meus movimentos pareceram estimular os de Mariana, que passou a me olhar e a imprimir mais intensidade em suas ações.

O quicar das bolas durou pouco tempo. Logo, Mariana passou a cair junto com elas no chão, levantando-se segundos depois e repetindo a ação. Eu repetia as ações junto com ela, nas quais mantínhamos contato pelo olhar. Mariana estava muito agitada durante toda esta

sequência de cair. Ela ria muito, mas um riso extremamente angustiado, que soava como um choro.

É interessante notar como Mariana, a partir da minha presença, sentiu-se segura para vivenciar e expressar sua angústia, seus excessos e seu desamparo no contexto desta sessão. Mais ainda, chama a atenção como Mariana pôde ir fazendo a passagem de uma sensação que extravasa para representações e comunicações direcionadas a mim sobre o que se passava dentro dela, ao ponto de ser possível cair no chão olhando para mim e representar a própria “morte” – a sensação de desamparo, de queda, e de desfalecimento mediante as separações.

Entretanto, a agitação e os movimentos representativos de Mariana não deram conta de sua dor. O choroso riso logo se transformou em ausência. Isto foi transparecido por uma mudança significativa no seu corpo. Ao cair, Mariana passou a não mais encenar uma morte, mas, de fato, “morrer”.

Digo isto uma vez que ela caía no chão com tom de desfalecimento, a cabeça pendendo para trás – como se o pescoço não sustentasse seu peso – e revirava os olhos. Em outros momentos, Mariana caía e permanecia com os olhos vidrados, inexpressivos, o teto os encarando. Seu rosto transmitia apatia, e seu corpo ausência de tônus muscular. Estes momentos contrastavam intensamente com a “euforia” demonstrada nos episódios precedentes, e me davam a impressão de um “desgarrar-se de si”, da presentificação no seu corpo de uma agonia de fragmentação e aniquilação.

Assim, o que Mariana estava vivenciando como uma representação na brincadeira com as bolas logo passou a ser experimentado no campo da vivência real. Mais do que uma experiência real, uma experiência de terror e de desorganização, de um desfalecer concreto. Na cena acima descrita, Mariana saiu do campo da simbolização e mergulhou no campo da experiência do sem sentido e da agonia, de uma sensação que é irrepresentável. Contudo,

Mariana o fez na presença do outro, em um ambiente seguro, que pôde testemunhar sua dor e acompanhá-la nesta vivência.

No encerramento da sessão, Mariana se angustiou muito, não me deixando arrumar a sala e se recusando a sair. Seu corpo mostrou-se muito agitado mais uma vez, e seu andar desfocado pela sala. Passados muitos minutos, e com o já atraso em encerrar a sessão, Joana, claramente incomodada, disse, “eu vou embora, vou deixar a Mari”. Com esta fala, a cuidadora se retirou do consultório e sumiu no corredor, deixando a porta aberta. Mariana, ao escutá-la e vê-la sair, paralisou. Ela caiu sentada no chão, os olhos mais uma vez petrificados, uma expressão de vazio.

Ao escutar a fala da cuidadora, senti um esmagamento no peito. Percebi este movimento de Joana como um não amparo ativo, um movimento no sentido de negar as sensações aterrorizadoras vividas pela criança e seu pedido de ajuda e sustentação (Ferenczi, 1934/1992). Movida por esta sensação contratransferencial, tracei uma pontuação com o intuito de interferir naquela reação – e, assim, na relação entre Joana e Mariana – de forma a promover um mínimo de amparo e segurança à criança, sustentando a possibilidade de uma separação que não fosse sentida como ruptura ou não-amor. “Volta aqui, tia Joana, que você sabe que você está brincando, mas a Mari não sabe. Ela tem muito medo e muita certeza disso ser verdade”, interfeiri.

Ao me escutar, a cuidadora, rindo nervosamente, retornou à sala de atendimento, permanecendo junto à porta. Pouco depois, Mariana passou a ter uma expressão mais afetiva no rosto. Em seguida, olhou-me e disse, “eu gosto muito da tia Nadja”. Mariana abraçou-me fortemente e, apesar de contrariada, concordou em se arrumar e encerrar a sessão.

Senti que algo importante ocorreu na análise de Mariana após este atendimento. Apesar de nossa separação ter sido excessiva para ela, a possibilidade que a criança teve de vivenciar sensações tão intensas junto a mim, expressando tanto sua desorganização interna

quanto seus sentimentos hostis em um ambiente que não é destruído pelos seus transbordamentos, parece ter sido importante. Eu digo importante tanto porque foi uma experiência que se revelou terapêutica em si quanto porque lhe possibilitou “desfalecer” na presença do outro, em um ambiente que pôde sustentar suas sensações e lhe permitir vivenciá-las de fato, talvez pela primeira vez (Ferenczi, 1934/1992; Winnicott, 1963/2007).

Mariana parecia estar vivenciando sensações precoces e inomináveis no contexto da sessão, como se a experiência da vivência traumática estivesse sendo retomada em um novo ambiente, mais seguro e confiável do que aquele envolvido no estabelecimento do trauma. Esta sessão foi como uma vivência ao extremo de uma dor desorganizadora, mas cuja possibilidade de experimentar na minha presença pareceu promover alguma espécie de integração destes afetos no interior da criança. Vivenciando tamanhas agonias no contexto de nossa relação transferencial, Mariana pôde começar a “recordar” (Winnicott, 1963/2007).

A partir desta sessão, outras ocorreram em que a agonia e os momentos de fragmentação de Mariana se evidenciaram. Como esta sessão indicou, o corpo da criança expunha as consequências dos choques violentos vividos precocemente no conjunto de sua organização interna, apontando para suas marcas, suas efrações (Laplanche & Pontalis, 1987/2001). Neste sentido, a forma como Mariana se portava corporalmente nas sessões foi ganhando maior destaque em minhas observações, denunciando nuances interessantes às reflexões sobre trauma e sobre a clínica com crianças cujo processo de constituição psíquica se denuncia marcado por rupturas.

4.2.3. Os (Des)Contornos Corporais do Trauma

Algumas das questões que advieram da clínica com Mariana dizem respeito às relações entre trauma e corpo. Com a finalidade de indicar parte do material clínico que colocou em cena estas questões, assim como ilustrar seu comparecimento na clínica, trago

uma sessão ocorrida quando Mariana se encontrava em processo psicoterápico há cerca de 8 meses.

Na época desta sessão, a criança estava vivenciando ameaças diversas de Talita com relação à ruptura de seu contato com Joana e José. “Você tá ficando muito mimada, muito metida, não vou deixar você ir lá não! Você está muito ingrata, você tem que aprender a me valorizar, você tem que valorizar o que eu fiz por você! Sua mãe era uma bêbada, morreu porque bebeu e bateu o carro!”, dizia a avó para Mariana em contextos privados e, em algumas ocorrências, na presença dos demais cuidadores.

A ocorrência que marcou o início destas ameaças de forma mais intensa e em contextos mais públicos foi a comemoração do “dia da família” na escola de Mariana, tendo havido uma atividade de montar um mural com as fotos da família. Mariana, com o auxílio de Joana e José, obteve uma foto de sua mãe biológica, incluindo-a em suas colagens, assim como fotos da avó, de seu pai, e demais membros da família de origem.

Talita pareceu se ressentir muito com a presença da foto da mãe de Mariana no mural, assim como com a notável participação de Joana e José na possibilidade da criança incluir esta figura em sua representação e filiação familiar. Mais ainda, esta participação dos cuidadores parece ter consolidado para Talita o papel parental por eles exercido junto a Mariana, o que acentuou o sentimento de rivalidade em Talita e a sensação de ter seu lugar ameaçado. Frente este evento, Talita se mostrou muito hostil para com Mariana, realizando ameaças meio à comemoração e indo embora antes do término da festividade.

Na sessão seguinte a este acontecimento, Mariana e eu estávamos brincando com uma família de bonecos, formada por mãe, pai e um casal de filhos. Seguindo as instruções da criança, havíamos encenado um longo e tortuoso trajeto percorrido por eles. Os bonecos haviam sobrevivido a uma série de batidas de carro, nas quais ora a mãe ora a filha eram levadas de ambulância para o hospital, sendo cuidadas e retomando o percurso. A família

havia, também, passado por ladrões que haviam roubado as crianças, o que muito entristeceu a mãe que, depois de muito procurá-los, conseguiu reencontrá-los. Eles haviam, ainda, transposto um oceano cheio de baleias e tubarões à espreita para abocanhá-los, fugido e se escondido de monstros e ladrões que os perseguiam, etc.

Após este trajeto, a família havia chegado a uma praia, local em que descansariam juntos. Mariana estava organizando os bonecos de forma a sentá-los quando, ao virar-se para pegar um objeto para compor a cena, esbarrou na boneca-mãe e esta caiu na área do chão representativa do mar.

Mariana, ao perceber a queda da mãe, olhou para a boneca de forma estática, expressando rigidez muscular. Eu não me dei conta, no momento, da gravidade do que se passava no interior da criança, pegando outro boneco e criando um diálogo de forma a auxiliar o retorno da mãe para a praia, como havíamos feito nas representações das ameaças e dos perigos ocorridos no trajeto anterior.

Contudo, Mariana balançou a cabeça violentamente de um lado para o outro, apertando com força as pálpebras dos olhos fechados, e se levantou. Ela começou a movimentar o corpo, mexendo os membros inferiores como se fosse andar, mas sem coordenar os movimentos de pernas no sentido de se deslocar. Era como se o ritmo de uma perna não condissesse com o da outra, causando desequilíbrios e tropeços em Mariana, que não saía do lugar. Seus braços se mostraram agitados, se balançando, e os olhos com as pálpebras ainda coladas.

Em seguida, Mariana caiu sentada no chão, os membros ainda muito agitados. Mariana abriu os olhos. Eles pareciam desfocados, mudando de direção com rapidez e não se firmando em nenhum objeto. Em seguida, fechou-os com força uma vez mais e voltou a balançar a cabeça. Sua agitação corporal aumentou, debatendo seus membros contra o chão com violência.

Ao ver Mariana neste estado, lembrei-me das crianças com sintomas autísticos que eu atendia. Ela, assim como estes casos, parecia vivenciar uma agonia imensa, tão forte ao ponto de conferir a sensação de quebrar-se corporalmente. Esta semelhança me levou a agir com Mariana de forma semelhante como lidava com as crises das crianças autistas: aproximei-me dela e a abracei por trás, colocando-a em meu colo e contendo-a fisicamente. Não fiquei falando-lhe neste momento, mas apenas disse que eu estava ali, acompanhando-a.

Mariana foi progressivamente se acalmando em meu colo. Seu corpo estava contido nos contornos do meu, cessando, aos poucos, o ato de se debater. Seus membros foram progressivamente se mostrando mais relaxados, com alguns espasmos violentos de seus braços e pernas de tempos em tempos. Mariana abriu os olhos, os quais expressavam apatia e se direcionavam para nossas pernas sobrepostas.

Em dado momento, em uma das movimentações espasmódicas de seu corpo, seu pé saiu do contorno da minha perna, pendendo sem vida sobre o chão ao nosso lado. O olhar apático de Marina logo se transformou em terror, e seu corpo retomou a rigidez muscular. Mariana fitava o local em que antes dispunha seu pé e, balbuciando, passou a falar, em tom crescente de desespero, “cadê? Cadê?!”. Sua agitação motora começou a dar indícios de retorno, ao que peguei seu pé fora do meu contorno e coloquei-o sobre minha perna. Mariana se acalmou, relaxando aos poucos a musculatura.

Após alguns minutos e a maior tranquilidade de Mariana em meu colo, apesar da expressão de susto em seu rosto, disse-lhe: “é, parecia que o pé da Mari tinha sumido, mas ele tá aqui. O pé da Mari estava fora do corpo da Nadja que tá juntando o corpo da Mari”. A expressão facial de Mariana mostrou-se mais relaxada e, aos poucos, a criança foi se tornando mais expressiva. Passados mais alguns minutos, Mariana se levantou do meu colo como se nada tivesse acontecido, e se dirigiu a alguns carrinhos dispostos sobre a mesa, convidando-me a brincar.

Esta sessão me remeteu a um comentário de Winnicott (1945/2000) sobre uma paciente psicótica que caía frequentemente, uma vez que não sentia suas pernas como pertencentes a si (não possuía “olhos nos pés”). Neste mesmo sentido, Mariana vivenciou episódio de tamanha desorganização psíquica ao ponto de experimentar um momento de desrealização e, mais ainda, de desintegração. Seu corpo despedaçado, em processo de reorganização junto ao meu corpo e meu olhar, parecia uma “cena onde todas as peripécias de sua própria tragédia são representadas e levadas à conciliação” (Ferenczi, 1931/1992, p. 76).

Mariana, não percebendo seu pé e não conseguindo representar o objeto que havia “sumido”, denunciava não sentir habitar o próprio corpo, assim como a sensação de não possuir suas partes integradas. Foi necessário que ela “habitasse” o meu corpo a fim de juntar suas partes em uma unidade e vir a sentir-se novamente habitando a si. Meu corpo e minha presença tiveram uma função de sustentação e de organização de Mariana neste episódio.

O desamparo e a fragmentação evidenciados em seu corpo me lembraram a cena de um bebê pequeno ao se debater em choro intenso quando uma necessidade não é atendida pela mãe-ambiente de forma adequada, uma vez que ela falha no seu processo de adaptação ao bebê quando ele depende absolutamente dela (Winnicott, 1963a/2008). Nestes casos, os membros da criança geralmente se expressam descompassados e em grande rigidez muscular, dando a impressão de um corpo em vias de quebrar-se e em busca de contenção.

Assim como o bebê, Mariana necessitou de uma contenção e sustentação física, de forma a evidenciar a precocidade da agonia experimentada no contexto desta sessão. Mais ainda, a função integradora do meu corpo junto ao seu parece remeter à função materna junto ao bebê, de forma a promover experiências em que a sustentação – o *holding* (Winnicott, 1960a/2008) – e a manipulação – *handling* (Winnicott, 1945/2000, 1968/2005) – são expressas pelos cuidados corporais, promovendo uma integração e uma possibilidade de

habitar o próprio corpo por meio da continuidade física e psíquica da experiência junto a um outro cuidador.

É importante lembrar-nos do contexto que antecede esta sessão. Mariana se encontrava muito angustiada com a ameaça de separação de seus principais cuidadores, remetendo-a às sensações aterrorizantes frente as rupturas que já havia sofrido em relação às figuras parentais desde muito cedo. Desta maneira, no dia desta sessão, podemos pensar que Mariana se encontrava particularmente vulnerável psicologicamente.

No corpo de Mariana, tanto nesta sessão quanto na anteriormente narrada, percebemos as marcas e a concretude da experiência de ansiedades inomináveis. Mais ainda, percebemos as marcas das vivências excessivas e sucessivas de rupturas em idade muito precoce, em um ambiente inconstante e que não lhe promoveu proteção e ternura suficientes para lidar com estas experiências, quando ainda não dispunha de recursos psíquicos para isso. O corpo de Mariana narra o que o símbolo não contém, e denuncia uma vivência cuja lembrança é impossível, tendo em vista sua “ausência” na época em que experimentou estas sensações (Ferenczi, 1934/1992; Winnicott, 1963/2007). Um corpo cujos contornos se tornaram frágeis e, por vezes, rompidos tendo em vista estas vivências traumáticas.

A possibilidade de vivenciar estas ansiedades inomináveis no contexto psicoterápico parece ter viabilizado que Mariana começasse a dar contornos ao trauma. Por meio da experiência destas sensações impensáveis nas sessões – vivência na qual seu corpo esteve implicado de forma intensa – as experiências traumáticas começaram a ganhar formas junto à criança. Em outras palavras, a representação destas experiências e agonias puderam vir a se viabilizar mediante, primeiro, a possibilidade de vivência destas sensações pelo corpo em um ambiente suficientemente bom (Winnicott, 1958/2000). Um ambiente que se fez, inclusive, por meio do meu corpo enquanto sua analista.

O uso do corpo na possibilidade de experimentar o trauma, talvez pela primeira vez, nas situações de atendimento mencionadas aqui expressam o lugar de importância do corpo na possibilidade de percepção e descarga motora da vivência traumática (Ferenczi, 1934/1992). Mais ainda, estas experiências nas sessões possuíram o valor de promover a possibilidade de a criança integrar o trauma no campo do vivido, colocando-o sob sua área de onipotência e possibilitando experimentar os sentimentos de raiva e decepção em relação às falhas do ambiente original (Winnicott, 1963/2007, 1963d/2008).

Outras sessões como estas ocorreram ao longo do atendimento a Mariana. Entretanto, crescentemente foram ocorrendo atendimentos em que sua capacidade de simbolizar foi se evidenciando cada vez mais desenvolvida e rica de fantasias. O trauma, marcado nas rupturas do psiquismo e do corpo em desordem, foi ganhando contornos. Na verdade, vale destacar que, antes de ganhar os contornos da palavra, a representação ganhou primeiro contornos corporais.

4.2.4. Trauma e Representação pelo Corpo

Esta sessão ocorreu com cerca de 10 meses de análise. Mariana havia chegado expressando-se de forma agoniada, como se estivesse carregada de uma série de conflitos sobre os quais não sustentava pensar. Tudo o que eu lhe dizia era recebido com uma careta e com um tapar de ouvidos, fazendo sons de irritação. Ela expressava ao mesmo tempo desejo de contato comigo e retração e agressividade, como se estivesse com raiva antecipadamente por uma idéia de ruptura ou de separação vindoura.

Tendo em vista suas reações perante minha fala, passei a me comunicar com meu corpo, agindo de forma teatral e sem emitir sons, de forma a utilizar minha sensação contratransferencial para isso. Sentei-me no chão e cruzei os braços, expressando-me

chateada e preocupada. Ao mesmo tempo, lançava-lhe olhares curiosos e me dirigia a ela com movimentos de braços, buscando contato.

Mariana fitou-me atenta enquanto eu afetava meu corpo a fim de expressar-me. Após certo tempo, ela se aproximou de mim e esboçou um sorriso. Em seguida, pegou dois carrinhos de brinquedo, ambos com um cordão amarrado em cada, e me entregou um. Colocando o outro no chão, ela começou a puxar o fio e deslocar o carrinho atrás de si, interrompendo a caminhada a fim de olhar-me, como que a pedir que eu fizesse o mesmo e a seguisse.

Nós brincamos por alguns instantes de puxar os carrinhos. Eu atrás dela, ela guiando o caminho a ser percorrido. Mariana sorria, expressando prazer. Logo, a criança parou e, pegando o cordão do seu carrinho, amarrou a ponta ao seu pulso. Com o restante, circulou minha cintura, amarrando-me a ela. Mariana expressou grande alegria ao nos observar concretamente ligadas, de forma a me levar por onde ia na sala.

Comecei a falar a fim de fazer uma interpretação neste sentido, mas Mariana olhou-me séria, cessando seus movimentos. Vendo-a fitar-me daquele jeito, como que brigando comigo pelo olhar, eu entendi que, naquele dia, não havia lugar para palavras em Mariana. Continuamos a brincar em silêncio.

Após caminharmos ligadas desta maneira por um tempo, o laço que Mariana havia feito com o barbante se desfez, quebrando a linha concreta que nos amarrava. Mariana pareceu decepcionada. Ela soltou o barbante e caminhou para onde se encontravam as espadas e armas de brinquedo. A criança pegou uma das armas e passou a atirar em mim, rindo com minhas reações aos tiros, tentando desviar e sendo atingida.

Caí no chão como que morta e permaneci estática, em meu papel de atingida. Mariana se aproximou mais de mim e continuou atirando. Eu encenei movimentos com o corpo, tendo em vista o tiroteio, assim como expressões de dor, com os olhos fechados. Mariana, então,

pegou as espadas e iniciou movimentos de me cortar. Mariana estava séria e imprimia grande força física nos seus gestos.

Esta atividade durou cerca de meia hora. No silêncio que ocupava a sala de atendimento, só se escutava a respiração ofegante de Mariana e o som das espadas em atrito com minha roupa. Mariana perfurou minha barriga e decepou meus membros, dentre outras ações similares.

Em alguns momentos, a força imprimida por Mariana era intensa demais, como se a cena fugisse do campo da representação e passasse para o concreto da experiência. Nestas ocasiões, contudo, eu abria os olhos e parava com as encenações, olhando para Mariana. Ela olhava-me de volta, de forma a modificar seu semblante – antes tenso e com expressão de angústia, mudando para uma expressão mais relaxada e alerta – e a afrouxar a força exercida sobre meu corpo na atividade de “despedaçar-me”.

Tive a impressão de Mariana estar agindo sobre mim como numa situação de esquarteramento cirúrgico. Sentia que a criança se encontrava representando uma angústia forte, relativa tanto à ameaça de uma morte do corpo quanto de uma “morte” subjetiva – da quebra da unidade corporal e psíquica. Tendo em vista o real do câncer e das cirurgias, assim como de suas sensações de desorganização interna e ameaça frente às separações, me parecia que Mariana estava começando a representar, pela sua ação muda sobre meu corpo, suas agonias frente estas sensações vividas de aniquilação e fragmentação.

Mariana desenvolveu esta atividade até o momento em que chegou à exaustão. Encerrada a sessão, fomos caminhando no corredor em direção à sala de espera. Meio à caminhada, Mariana começou a brincar de cair, o que eu passei a fazer junto com ela. A criança ria muito com esta atividade. Brincávamos de cair ao ir embora, ao separar-nos, representando ludicamente e com o uso do corpo as sensações advindas de outras quedas, estas nada prazerosas e vividas frente às separações-rupturas sofridas precocemente.

Percebe-se uma diferença significativa sobre a forma como Mariana experimentou sensações de fragmentação e morte no contexto deste atendimento em comparação a outras sessões descritas anteriormente. Ao contrário destas, Mariana não pareceu vivenciar estas sensações de forma desorganizadora e em termos de excesso. Na verdade, Mariana apresentou possibilidades de representar estas sensações, de fazer uso destes afetos que tomam o corpo de forma a apresentar um gesto que é simbólico.

Como se pode ver, o trauma como experiência da ordem do irrepresentável, da ruptura no continuar a ser, e da sensação de aniquilamento passa a ter possibilidades de representação. Mariana, tendo experimentado a vivência traumática no ambiente psicoterápico e contado com o caráter seguro e contínuo deste ambiente, pôde, aos poucos, ir costurando seu continuar a ser. Percebe-se, nesta sessão, evidências do desenvolvimento de seus processos de constituição psíquica e o fortalecimento de seus recursos internos, passando a sentir-se mais integrada e a representar suas experiências.

O uso do corpo de forma a promover a possibilidade de levar o trauma à percepção, descarga motora, e integração da experiência no âmbito da onipotência do indivíduo (Ferenczi, 1934/1992; Winnicott, 1963/2007, 1963d/2008) já foi apontado no que tange as sessões anteriormente descritas. Entretanto, no contexto deste atendimento a Mariana, o corpo comparece em mais um valor junto à experiência traumática: a possibilidade de representação.

A possibilidade da criança ter experimentado o colapso no ambiente terapêutico, levando-o à percepção e descarga motora (Ferenczi, 1934/1992), pode ser pensado como promotor da possibilidade de representação. Tendo em vista as reflexões de Luís Cláudio Figueiredo destacadas em Maia (2004), podemos pensar que estas vivências no *setting* psicoterápico favoreceram um “descongelamento” da percepção, restituindo a possibilidade dos demais processos psíquicos a ela vinculada darem os respectivos desdobramentos à

experiência e sensações traumáticas, tais como os traços mnêmicos e a simbolização. Neste sentido, as sessões anteriormente destacadas promoveram à Mariana as condições para que, no atendimento aqui narrado, ela pudesse experimentar as representações mobilizadas pelo seu corpo junto a mim.

Na brincadeira de “esquartejamento” desenvolvida entre eu e Mariana, podemos notar uma atividade permeada pelo uso do corpo e pelas sensações que o assomam e remetem às experiências traumáticas, de forma a se configurar como uma ação que se encontra entre a realidade interna da criança e a externa compartilhada. Em outras palavras, a brincadeira ocorre no cenário do espaço transicional estabelecido na sessão, de forma a eu oscilar entre ser parte de sua realidade interna – deitada, encenando suas dores de despedaçamento e aniquilamento – e ser eu mesma – parte da realidade externa, ser outro, que sente dor e que sinaliza os limites de suas ações sobre meu corpo (Winnicott, 1951/2000, 1971a/1975).

Desta maneira, a atividade do “esquartejar-me” e as sensações envolvidas nesta brincadeira uniam Mariana a mim, de forma a possibilitar um espaço em que a criança pôde, por meio de seu corpo, dar início a representações e formação de símbolos referentes àquilo que era inominável e irrepresentável – a âmbito da experiência traumática original. Soma-se ainda o fato de que, encenando os eventos ocorridos e suas sensações no espaço da brincadeira, Mariana estava experimentando e significando aspectos do vivido que não estavam originalmente sob seu controle onipotente, o que foi possível por meio do brincar.

A brincadeira de “esquartejar” seguiu uma ruptura concreta entre nós, do gesto de Mariana de tentar se sentir concretamente assegurada de nosso laço e de nosso vínculo por meio de nossa ligação pelo barbante. Esta ruptura parece ter suscitado na criança sensações advindas das rupturas traumáticas vividas anteriormente – tanto em termos das separações concretas quanto das vividas em seu continuar a ser – de forma a levá-la a representar sua experiência traumática sobre meu corpo.

Mais ainda, sua ação de atirar em mim e me decepar com as espadas expressa, também, sua raiva perante as falhas do ambiente cuidador precoce, ambiente cujas dificuldades nos cuidados incorreram na sua necessidade de reagir e romper seu processo contínuo de existir. Desta maneira, percebe-se o caráter terapêutico desta sessão, uma vez que promoveu a possibilidade de Mariana representar algo que foi da ordem do excesso e vivenciar a raiva apropriada no lugar do ódio reativo (Winnicott, 1965/2007).

A partir desta sessão, notei evoluções nas brincadeiras desenvolvidas pela criança ao longo dos atendimentos, em especial quanto à maior complexidade e caráter simbólico no que tange as experiências e sensações traumáticas. A partir do corpo, palavras foram crescentemente comparecendo nas sessões com Mariana, possibilitando a ampliação da elaboração e significação sobre as experiências originalmente traumáticas. Ao mesmo tempo, fui notando conquistas significativas referentes ao seu processo de amadurecimento pessoal.

4.3. Do Corpo à Palavra Encarnada, da Sustentação à Separação:

Mariana e a Continuidade da Caminhada

No processo analítico de Mariana, foi possível notar que a criança passou de reações ao trauma para a possibilidade de vivenciá-lo, assim como da vivência do trauma para maiores possibilidades de elaboração e representação destas experiências. Neste sentido, as brincadeiras de Mariana no contexto das sessões foram ganhando mais tons para além do corpo, sendo possível representar seus conflitos, fantasias e afetos também por meio das palavras e de ações mais elaboradas do “faz de conta”. Questões relativas ao trauma, então, passaram a ganhar também contornos verbais e metafóricos.

Foi interessante notar como, na medida em que seu corpo foi crescentemente sendo utilizado de forma expressiva e representativa nas brincadeiras, vinculando afetos relativos às experiências traumáticas às representações, as verbalizações e simbolizações foram

gradativamente ganhando mais espaço nas sessões, geralmente em consonância com suas expressões corporais. Neste percurso, Mariana pôde ir traçando significações e construções cada vez mais plurais a partir de seu mundo interno, de forma ao seu processo analítico ir ganhando novas cores e desdobramentos, ainda que sem anular processos e desafios antigos ainda presentes.

No decorrer do processo analítico com Mariana, o uso do corpo no contexto das brincadeiras desenvolvidas foi cada vez mais se descolando do plano das sensações concretas e adentrando no plano das representações. Conforme notava estas mudanças, chamou minha atenção a maior possibilidade de se falar sobre as brincadeiras, ao ponto tanto de Mariana passar a verbalizar mais nestas atividades quanto a suportar e compreender melhor as minhas interpretações verbais.

Estas mudanças nos atendimentos e em nossas formas de comunicação foram acompanhadas e sustentadas pelo desenvolvimento de maior confiabilidade de Mariana junto ao ambiente psicoterápico. Seu caráter contínuo e rítmico na rotina de Mariana, associado à constância tanto do ambiente físico quanto da minha presença e disponibilidade afetiva à criança, parecem ter constituído elementos de importância a fim de promover tanto seu desenvolvimento psíquico quanto experiências que permitissem à criança quebrar, em alguma medida, o processo de repetição dos sucessivos desamparos e rupturas frente os ambientes de cuidado.

Vale destacar que esta constância dos atendimentos contou com o fortalecimento de Joana e José nos lugares de cuidadores de Mariana. Eles estiveram investidos no seu acompanhamento psicanalítico e foram, aos poucos, se implicando e refletindo mais sobre seus papéis junto a criança. Neste sentido, Mariana pôde também contar com um processo de maior estabilidade e constância do espaço de cuidado junto ao casal. Isto foi possível uma vez que eles foram crescentemente assumindo seus papéis parentais, provendo uma experiência

mais segura e contínua de cuidado, apesar de constantemente e concretamente ameaçada pelas oscilações de comportamento e humor de Talita.

Neste sentido, em sessões que seguiram a narrada anteriormente, por exemplo, o uso do cair ludicamente tornou-se frequente nos atendimentos, mas com configurações e, conseqüentemente, comunicações diferenciadas. Se a princípio Mariana brincava de cair pelo corredor, logo ela passou a brincar de pular de cima da mesa em direção ao chão e a simular ter se machucado, sem que eu conseguisse ampará-la e sustentá-la antes de chegar ao chão.

Esta brincadeira ocorreu por diversas sessões e teve início por iniciativa de Mariana. Certo dia, a criança demonstrou interesse pela mesa e, puxando uma cadeira a fim de dispô-la ao lado deste mobiliário da sala, passou a escalá-la, dizendo-me, “eu vou pular de lá de cima”. Mediante esta fala da criança, busquei dois colchões e algumas almofadas que se dispunham no canto da sala. Mariana, já em pé em cima da cadeira, me fitava calada. Eu também permaneci silenciosa, de forma a nos comunicarmos majoritariamente pelo olhar.

Afastei um pouco a mesa de forma a encostá-la na parede e dispus duas cadeiras em suas laterais, a fim de evitar que ela se movesse com os movimentos da criança ao saltar. Em seguida, coloquei os colchões e as almofadas no chão de modo a cobrir toda a superfície passível de sua aterrissagem. Mariana continuava a fitar-me calada, com expressão atenta. Quando finalizei estes preparativos cautelosos, Mariana subiu em cima da mesa. Eu me dispus a certa distância dela, em pé em cima dos colchões, próxima à parede oposta à mesa. “Você não me pega, tá? Você *não consegue* me pegar, tá bem?” (grifos nossos). Entendi sua comunicação como um pedido de que eu expressasse cenicamente o desejo de ampará-la, e me frustrasse nesta tentativa.

Assim, Mariana fitava-me e saltava da mesa, caindo no chão de forma desorganizada, de forma a todo seu corpo tocar o chão e seus membros se espalharem de maneira desordenada, encenando um despedaçamento. Eu, por meio de meu corpo – e sem falar,

conforme sinalização da criança feita com o olhar – sobressaltava-me procurando pegá-la, e expressava tristeza e preocupação em não conseguir fazê-lo.

Esta brincadeira ocorria de forma a se repetir sequencialmente, ocupando não só toda uma sessão como também diversas seguidas. Chamava a atenção o fato de que Mariana, a cada repetição desta ação, expressava grande prazer. Este prazer não se restringia às sensações do corpo em queda em um espaço representacional, mas também ao fato de fazê-lo em minha presença, fitando-me e testemunhando minhas expressões de desejo por ampará-la, assim como de frustração e preocupação mediante a impossibilidade que compunha a cena. Mariana ria muito ao observar estas minhas expressões. Em seguida, se levantava e retomava a sequência, sem falar qualquer palavra.

É interessante refletir sobre os elementos desta brincadeira. Me parece central para o desenvolvimento da mesma o fato de que eu, movida pela disponibilidade e desejo de ampará-la, tenha lhe ofertado os colchões e as almofadas, promovendo um ambiente sustentador em termos concretos e simbólicos a fim de que ela pudesse pular. Ao mesmo tempo, foi central que eu pudesse acolher sua proposta sem titubear, assim como sustentar a angústia envolvida em sua queda eterna concretizada na cena do brincar.

Mariana, pulando de cima da mesa em minha presença e contando com meu desejo de ampará-la, expresso pelo meu corpo, parecia tanto reexperimentar a experiência traumática no campo das representações quanto sentir-se sustentada pela minha possibilidade de suportar junto a ela a expressão simbólica desta agonia precoce. Mais ainda, percebe-se nesta brincadeira sua possibilidade de vivenciar, por meio da identificação projetiva comigo, seu desamparo frente a impossibilidade vivida de sustentação ambiental, assim como experimentar a raiva referente a esta falha do ambiente por meio do prazer retaliativo em negar-me poder ampará-la e perceber em mim a sensação de frustração e tristeza.

Com o passar do tempo, notei que Mariana, ao desenvolver esta brincadeira, passou a cair de forma mais organizada, sem encenar um despedaçamento ao atingir o chão. Passados alguns meses, algumas mudanças mais acentuadas nesta ação de pular puderam ser notadas. Após experimentar a imagem concreta da metáfora de “cair em desamparo”, Mariana passou a brincar de pular de cima da mesa e pedir para que eu a pegasse, segurando-a antes que atingisse o chão. Após ampará-la no processo de queda, Mariana agia corporalmente de forma a denunciar fragilidade, e permitia que eu a acolhesse e cuidasse no cenário da brincadeira.

Em outras palavras, Mariana passou a se sentir integrada e segura ao ponto de confiar no amparo do ambiente junto a ela, sentindo-o como certo e bem estabelecido, de forma a ser-lhe possível fazer uma demanda verbal de acolhimento. Na verdade, porque Mariana pôde construir sua confiabilidade junto ao ambiente terapêutico, desenvolvendo maior segurança na continuidade de si e do outro, ela pôde criar e suportar fazer uma demanda de acolhimento, no sentido de uma comunicação da ordem do desejo, o que implica um “eu” relativamente integrado.

Afinal, no que tange suas necessidades, estas vinham sendo atendidas continuamente há algum tempo no espaço das sessões, inclusive por meio da oferta dos colchões no primeiro momento de suas ações de “cair” de cima da mesa. Em outras palavras, a minha postura e prontidão em ampará-la promoviam-lhe a sustentação necessária nos atendimentos, de forma que Mariana pôde, aos poucos, traçar esta cena e representar tanto seu maior sentimento de segurança e amparo junto ao ambiente terapêutico, quanto seus desejos sobre como gostaria de ter experimentado suas experiências precoces, assim seus desejos junto aos cuidadores atuais.

No início deste segundo momento de suas ações de pular de cima da mesa, Mariana o fazia ainda predominantemente calada, rindo bastante e expressando prazer na atividade. Sua

única verbalização fora sua demanda expressa de que eu a sustentasse em sua queda. Aos poucos, fui inserindo verbalizações condizentes com minhas expressões corporais de preocupação e cuidado para com a criança nestas cenas, o que Mariana recebeu bem e com prazer, passando a incentivar e solicitar minhas verbalizações nestes momentos. Passadas mais algumas sessões, Mariana passou a designar papéis nesta cena de amparo junto a mim.

“Agora você é a mamãe e eu sou a filha”, ela disse em certa sessão. Após ser amparada e cuidada no contexto desta brincadeira, Mariana subitamente a interrompeu e, fitando-me séria, um pouco entristecida, disse-me: “sabia que eu perdi o meu mamá quando eu era bebê, tia Nadja? A mamãe foi pro céu, não tinha mamá pra mim”. Nota-se, com este breve exemplo, como Mariana pôde dar prosseguimento a seu processo de representação e elaboração das experiências traumáticas, denunciando sua crescente possibilidade de simbolização e construção de fantasias sobre elas. Concomitantemente, passei a traçar interpretações verbais em certos momentos, o que se provou não intrusivo e compreensível para a criança.

Observando o processo analítico de Mariana, notamos que a criança pôde passar do registro da “reprodução alucinatória” para a “lembrança objetiva” (Ferenczi, 1933/1992). Por meio desta passagem, a qual implicou a possibilidade de experimentar o trauma pela primeira vez no cenário analítico, integrando-o às suas experiências (Winnicott, 1963/2007), Mariana foi demonstrando possibilidades crescentes de vincular os afetos excessivos e soltos referentes às vivências traumáticas a ideias (Freud, 1893/1996, 1950[1896]/1996). Isto implicou no favorecimento de suas capacidades de simbolização, assim como na construção de maior riqueza de fantasias e suas elaborações por meio da análise.

As brincadeiras de pular de cima da mesa não cessaram, contudo, com este segundo momento em que eu acolhia Mariana em meu colo, sem que ela caísse no chão. Na verdade, houveram ainda um terceiro e um quarto momentos referente ao cair de Mariana.

No terceiro momento, eu saltava de cima da mesa de mãos dadas com a criança, a seu pedido, de forma a cairmos em pé e não nos machucarmos. Nesta cena, é possível notar indícios da maior diferenciação de Mariana com relação à mim, dando sinais de desenvolvimentos importantes relativos ao seu processo de constituição psíquica. Ao pularmos juntas, lado a lado, não éramos mais como mãe e bebê fusionados. Neste terceiro momento do pular, éramos duas pessoas mais diferenciadas uma da outra, de forma a eu funcionar como cuidadora que lhe acompanha em situação excessiva, tendo em vista seus recursos psíquicos – metaforizados pelos seus recursos físicos, neste caso, tendo em vista a altura da queda. Assim, meu papel neste salto era fornecer-lhe o suporte necessário para chegar ao chão inteira, desempenhando função de ego auxiliar (Winnicott, 1958/2008) junto à criança.

Em outras palavras, Mariana denunciou a possibilidade de se sustentar desde que amparada pela presença concreta do outro, de forma a pularmos juntas, de mãos dadas, sem cairmos no chão e sem nos machucarmos. A criança expressava, nesta ação, se sentir acompanhada e com recursos para se sustentar, indicando um processo de introjeção do ambiente cuidador bom.

Este processo de introjeção se apresentou mais consolidado, assim como o referente à sua diferenciação, por meio do quarto momento do “cair”. Neste contexto, Mariana passou a saltar de cima da mesa na minha presença, sustentada pelo meu olhar, de forma a aterrissar no chão em pé e sem se machucar. Desta maneira, nota-se que a criança passou a apresentar a possibilidade de cair sozinha e sustentar-se, contando somente com a minha presença (Winnicott, 1958/2008).

Percebe-se nesta espécie de “evolução” das brincadeiras de cair um indício interessante sobre os processos psíquicos de Mariana no que tange a possibilidade de representação das sensações de insegurança e desamparo, assim como sobre as funções

terapêuticas junto a um ambiente confiável e contínuo. Mais ainda, chama a atenção o fato de serem brincadeiras muito físicas, onde o corpo ocupa lugar de destaque na possibilidade de contornar afetos dissociados das representações-palavra.

Mariana, caindo continuamente, pôde aos poucos ser sustentada. Ao longo desta brincadeira de “cair” de cima da mesa, notamos um movimento da criança que parte da sensação de inevitável desamparo e caminha rumo à maior confiabilidade, integração e diferenciação, sendo possível sustentar-se ao invés de cair eternamente ou quebrar-se em mil pedaços. Vale destacar também que, conforme esta brincadeira foi se modificando, a possibilidade de falar sobre o que ocorria foi surgindo, assim como o desenvolvimento de maior riqueza e expressão das fantasias de Mariana acerca dos eventos traumáticos. A expressão dos afetos pelo corpo foi marcante neste processo, de forma a integrá-los em uma experiência simbólica e promover a possibilidade de falar sobre ela.

Foi interessante notar, ao longo do processo analítico junto a Mariana, que, a partir de brincadeiras como esta de cair de cima da mesa, a criança passou a fazer uso crescente do brincar por meio do “faz de conta” e com maior complexidade de fantasias envolvidas. Ao mesmo tempo, notou-se o fortalecimento da sua possibilidade de suportar a separação. Neste sentido, mudanças foram sendo notadas, progressivamente, na forma como Mariana lidava com nossas despedidas no final das sessões.

No princípio dos atendimentos, era necessário a Mariana que eu a acompanhasse até o estacionamento e permanecesse em pé no final da calçada, acenando para ela enquanto ela caminhava até o carro. Ela andava olhando para trás a fim de se certificar de minha presença no mesmo lugar, sem “desaparecer” com sua ida. Eu ainda deveria esperar no mesmo lugar até que ela passasse de carro, me olhando pela janela, e sumisse de vista. Neste período, Mariana levava, em quase todas as sessões, algum objeto da sala de atendimento consigo.

Quando estávamos com quase um ano de análise, eu continuava acompanhando Mariana até o estacionamento. Entretanto, ao chegarmos ao limite entre a calçada e a pista, ela me falava para aguardar naquele ponto até que ela chegasse ao carro. Mediante minha confirmação de que a aguardaria, a criança se expressava mais tranquila e caminhava pelo estacionamento, olhando para trás de tempos em tempos. Mariana continuava a levar alguns objetos da sala de atendimento para casa, ainda que mais raramente.

Já com cerca de um ano e meio de atendimento, Mariana passou a se despedir de mim na porta do consultório, me perguntando “eu volto amanhã, né?”. Eu confirmava que ela voltaria e que eu a estaria esperando. Em seguida, Mariana ia embora, olhando para trás vez ou outra no percurso para fora da clínica. Por fim, Mariana passou a ir embora se despedindo de mim sem necessidade de se reassegurar do seu retorno, assim como sem voltar-se para trás para certificar-se de que eu continuava no mesmo lugar. Vale notar, contudo, que Mariana frequentemente levava um desenho meu para casa, dando-me por vezes um seu para que eu levasse comigo. A criança, nestes momentos, ressaltava que estes seus desenhos não deveriam ficar em sua caixa na sala, mas sim na minha bolsa.

Nestas pequenas mudanças concernentes à despedida entre Mariana e eu ao término das sessões, é possível notar a crescente confiabilidade da criança na minha constância, assim como na do espaço terapêutico. Ao promover a Mariana um ambiente cuja existência é contínua, a criança pôde gradativamente confiar mais na sua e na minha continuidade, de forma à separação ir, aos poucos, não mais se configurando como uma ameaça de ruptura. Além disso, Mariana pôde começar a construir uma crença em um ambiente benigno (Winnicott, 1958/2008), assim como a introjetar minhas funções de ego auxiliar junto a ela nos momentos em que seus recursos psíquicos se denunciaram frágeis para lidar com sensações excessivas.

Entretanto, nota-se que Mariana ainda expressava a necessidade de levar consigo um substituto concreto de nosso espaço juntas ao nos separarmos. Em outras palavras, a criança ainda apresentava insegurança quanto à manutenção dentro de si – e dentro de mim – de nosso espaço juntas enquanto objeto interno, assim como demonstrava a fragilidade com que confiava nos seus recursos para sustentar a separação.

Neste cenário, vale comentar brevemente que Mariana vivenciou longo período em que as ameaças de perder seu espaço junto a Joana e José foram intensas e frequentes. Talita oscilava, em especial a partir do segundo ano de tratamento, entre distanciar-se de Mariana por meses, vendo-a de maneira arrítmica e muito espaçada, e demonstrar-se ameaçada pelo afeto expresso pela criança para com os outros cuidadores, reagindo com ameaças, falas agressivas, e de forma a culpar a criança. Talita se afastou também do espaço do atendimento, faltando cada vez mais as sessões agendadas comigo ao ponto de evadir por completo.

Desta maneira, podemos notar que, apesar de vivenciar ameaças concretas de ruptura para com importantes ambientes de cuidado, Mariana foi evidenciando conseguir dar prosseguimento ao seu amadurecimento pessoal, ainda que apresentando dificuldades em alguns âmbitos e com momentos de maior entrave. A fim de ilustrar este fato, comento brevemente duas vinhetas clínicas contrastantes.

A primeira ilustra o desenvolvimento e fortalecimento dos recursos internos de Mariana. Ela diz respeito a uma sessão ocorrida após uma separação de três semanas entre nós, relativas ao recesso de Natal e Ano Novo. Mariana, então com seis anos, se apresentava irritada na sessão, com dificuldade em brincar e em me olhar, misturando expressões corporais de afeto positivo com de agressividade.

Disse-lhe que ela estava brava comigo, pois sentia que eu havia sumido por tempo demais, de forma que ela teve medo de eu sumir de verdade. Mariana voltou-se para mim e disse: “você não estava me esperando, tia Nadja!”. Eu disse-lhe que havíamos ficado

separadas por muito tempo e que eu não havia aparecido nos dias em que ela esperava me ver, pois estávamos longe uma da outra por conta das festas de fim de ano. Mariana me escutava atenta, a face contrariada. Disse-lhe ainda que, apesar de termos ficado sem nos ver, ela estava comigo na minha cabeça e no coração, pois pensei nela e senti saudades, assim como sabia que eu estava com ela quando ela pensou em mim.

Mariana continuou séria e me pareceu reflexiva. De repente, mudou sua expressão e, voltando-se para mim, disse “você me deu seu telefone, eu tenho seu telefone!” em tom de descoberta. Eu confirmei, falando que, mesmo longe, nós estávamos ligadas, conseguindo até escutar a voz da outra dentro de nós. Ela riu e, após alguns instantes, complementou dizendo: “eu posso te ligar. Mas nem precisou, né?”. Em seguida, mostrou-se mais tranquila e segura, desenvolvendo as brincadeiras e encerrando a sessão sem expressar resistência.

Esta vinheta ilustra a possibilidade da criança de utilizar recursos mais abstratos para se assegurar da minha continuidade junto a si, mesmo na minha ausência concreta junto a ela. A figura do telefone ilustra nossa ligação, de forma a estarmos conectadas mesmo sem nos vermos ou escutarmos concretamente. Em outras palavras, Mariana expressou saber que esta ligação está relativamente segura em seu interior, não sendo necessário, para se assegurar dela, que ela me telefonasse.

Além disso, a vinheta evidencia o impacto não desorganizador desta separação vivida entre nós, de forma a Mariana ter experimentado a raiva e a insegurança frente minha ausência concreta prolongada ao invés da ruptura e do caos. A vinheta seguinte, em contrapartida, ilustra as fragilidades psíquicas da criança, ainda que após conquistas importantes em seu amadurecimento pessoal.

Esta vinheta faz referência a um atendimento ocorrido com cerca de dois anos e meio de análise, quando a criança estava com quase seis anos. Mariana estava pintando com tinta guache, sentada na mesa infantil. Tendo em vista a troca de cores e a dificuldade em limpar

bem o pincel na água que havíamos disposto em um copo com esta finalidade, comuniquei à criança que eu iria lavar o pincel na pia, a qual se dispunha atrás de Mariana. Abri a torneira de forma a cair pouca água, apenas o suficiente para limpar o pincel. Esta atividade quase não fez barulho.

Passados alguns segundos, Mariana se voltou abruptamente em direção à pia, fitando-me de forma petrificada. Sua expressão transmitia a sensação de terror. Mariana não piscava e seus olhos pareciam estar dilatados. Toda sua face se contraía de forma a expressar susto, seu corpo todo paralisado em grande rigidez muscular. Senti que Mariana havia experimentado a certeza de que eu havia desaparecido. Comuniquei-a isto, e permaneci calada onde estava, fitando-a por um tempo.

Mariana continuava sem falar, em pausa. Eu lhe disse que vi que ela havia sentido muita agonia pensando no meu sumiço, mas que eu estava ali com ela. Sentei-me na cadeira infantil ao seu lado. Mariana continuou fitando-me por alguns minutos, progressivamente mexendo o corpo e mudando a expressão facial. Mariana inclinou o tronco em minha direção, de forma à lateral de seu corpo tocar quase completamente a lateral do meu. Era como se estivéssemos coladas. Ela continuou calada alguns minutos, após os quais voltou a sentar-se mais ereta, mantendo sua perna junto à minha, e disse: “eu *sabia* que você tinha ido embora” (grifos nossos).

Nesta vinheta, nota-se a experiência da criança de certeza de que eu a havia deixado. A ausência de indícios concretos da minha presença, tais como da minha imagem e do barulho da água sobre a pia, parece ter suscitado em Mariana uma sensação de ausência da minha figura junto a si – de quebra de uma sustentação. Esta sensação não indicou ter sido vivida no âmbito da palavra “medo” ou “ansiedade”, mas em um nível mais precoce, como o expresso pela palavra “agonia”. A intensidade desta vivência parece ter sido vivida pela criança de forma a esvaziá-la de suas representações internas por alguns instantes. É como se

Mariana tivesse sido tomada por uma sensação devastadora de não ser sustentada – de cair em desamparo a partir do meu sumiço – suspendendo por um breve período sua capacidade de pensar sobre o ocorrido e acreditar na minha e na sua continuidade.

Refletindo sobre esta sessão no cenário da supervisão, me lembrei que, além de não ter feito muito barulho, eu havia, de fato, “sumido” no contexto da lavagem do pincel. Enquanto me encontrava junto à pia, desviei meus pensamentos da sessão por alguns momentos, levando-me a outros cenários e preocupações. A sustentação de Mariana em minha mente, assim, foi de fato “rompida” momentaneamente, o que parece ter sido sentido pela criança.

Nesta vinheta, percebe-se então que Mariana – ainda que caminhando em seu processo de amadurecimento e apresentando crescente possibilidade de lidar com suas marcas traumáticas, de forma a representá-las e sustentar-se – indica certa fragilidade psíquica. Estas fragilidades também se evidenciaram com algumas dificuldades da criança em confiar na sua capacidade de sustentar outros objetos internos.

Houve episódios, por exemplo, em que Mariana me indagava sobre qual era a correspondência conceitual de uma representação gráfica, como uma representação numérica – “1”, “2”, etc. Eu respondia e, segundos depois, Mariana mostrava-se extremamente assustada, apontando novamente para o mesmo símbolo e me indagando, “qual é? Qual é?” em tom de desespero.

Neste sentido, ao refletir sobre Mariana e seu psiquismo, vem-me à mente a imagem de um queijo suíço. Visto de longe, sua superfície parece uniforme e contínua. Entretanto, quando observado de perto, nota-se diversos buracos, rupturas, descontinuidades.

Experimentando o trauma, as rupturas vividas junto ao ambiente cuidador deixaram rupturas no seu processo de “continuar a ser” (Winnicott, 1956/2000, 1960a/2008). No processo psicoterápico com Mariana, por meio da promoção de experiências junto a um

ambiente suficientemente bom, percebi possibilidades de favorecer o preenchimento destes buracos, de costurar seu continuar a ser. Viemos costurando diversos rasgos, mas nota-se ainda alguns pontos a serem suturados.

Mariana continua em atendimento e se encontra com quase 7 anos de idade. Ela se mostra mais segura, experimentando brincadeiras mais simbólicas, organizadas, assim como situações de conflito de forma a não invocar a sensação de caos. Ela tem, também, apresentado maior capacidade de se entristecer e de experimentar a ambivalência, apesar de utilizar defesas maníacas com muita frequência. Sinto como se Mariana se esforçasse muito por expressar autossuficiência, inteligência e maturidade, procurando mascarar e não entrar em contato com sua fragilidade, desamparo e agonias. Afinal, apesar dos colapsos já experimentados, me parece que há ainda outros por vir.

Sua última cirurgia referente ao câncer ocorreu há um ano, na qual foi possível remover todo o tumor original, assim como outro que se desenvolveu posteriormente ao início dos atendimentos, localizado na bexiga. Contudo, pouco depois da cirurgia, foram notados sinais de puberdade precoce em Mariana, como o desenvolvimento prematuro das mamas, dos ovários, e do crescimento de pelos.

Assim, percebo em Mariana um amadurecimento prematuro (Ferenczi, 1933/1992) tanto no que tange alguns aspectos do campo intelectual quanto no registro corporal. Afinal, a criança foi ferida não só pelas falhas ambientais em termos dos cuidados afetivos, mas também em termos dos eventos traumáticos sobre seu corpo, sejam advindos do interior da criança – como o câncer – sejam do exterior – como a quimioterapia, as cirurgias, as falhas na sustentação provida pelo ambiente cuidador, dentre outros.

Desta maneira, podemos pensar que o processo de amadurecimento pessoal de Mariana encontrou rupturas referentes tanto aos cuidados iniciais quanto às intrusões sobre a superfície de sua pele, geralmente sentida como equivalente à membrana limitante que marca

uma primeira diferenciação entre eu e não-eu (Winnicott, 1960a/2008). Rompida diversas vezes pelos procedimentos cirúrgicos e pela grande quantidade de exames realizados, a pele de Mariana sofreu invasões do ambiente externo tanto subjetivamente quanto objetivamente.

Nota-se, assim, como o corpo de Mariana ainda comparece como lugar privilegiado de expressão do trauma. O corpo da criança parece servir como palco onde tanto se viabiliza encontrar possibilidades de representação dos excessos vividos, quanto os mantêm sob uma organização defensiva, uma saída que procura “não perder inteiramente a vinculação psicossomática” (Winnicott, 1964/2007, p. 90). De qualquer maneira, ressalta-se a importância da atenção ao mesmo e do seu uso na análise de Mariana a fim de promover, crescentemente, suas possibilidades de simbolização e de amadurecimento emocional. Neste processo, sigo a acompanhando na crescente afetação, coloração e ampliação de sua caminhada.

COSTURAS TEÓRICO-CLÍNICAS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Resta esse constante esforço para caminhar dentro do labirinto
Esse eterno levantar-se depois de cada queda
Essa busca de equilíbrio no fio da navalha
Essa terrível coragem diante do grande medo, e esse medo
Infantil de ter pequenas coragens.
(Vinícius de Moraes, 1962/1993)*

O caso clínico de Mariana apresenta diversos aspectos envolvidos nas discussões teóricas que desenvolvemos quanto ao conceito de trauma em Freud, Ferenczi e Winnicott. Os três fatores básicos envolvidos neste conceito para os três autores – a dizer, a precocidade do evento traumático, a experiência de excesso frente à imaturidade do psiquismo nascente, e a invocação de “afetos aflitivos”, em especial os afetos de “angústia”, “susto” e “dor física” (Freud, 1893/1996) – se evidenciam na escuta e na experiência psicanalítica junto à criança.

Mariana experimentou vivências excessivas concernentes às falhas ambientais desde muito cedo e de forma recorrente. No decorrer de seu desenvolvimento, as formas como a criança foi reagindo a este excesso de falhas foram se evidenciando, de modo a alguns de seus aspectos serem notados por seus cuidadores, como sua impossibilidade em estar só. Suas experiências precoces caracterizadas pela noção de excesso e seus “afetos aflitivos” se denunciaram no decorrer dos atendimentos, tendo Mariana experimentado colapsos no cenário analítico que, como comentado no capítulo anterior, indicaram favorecer seu processo de desenvolvimento emocional e elaboração das experiências traumáticas.

O caso clínico aqui construído evidenciou a importância das relações da criança com o ambiente externo tanto na consolidação do trauma quanto na proteção contra ele, intervindo ou promovendo seu desenvolvimento emocional. Ao refletir sobre a história de Mariana, chama a atenção a grande quantidade de eventos disruptivos vividos desde muito cedo, o que tange tanto as sutilezas dos cuidados afetivos dispensados à criança quanto a violência dos eventos ocorridos em sua vida em um âmbito mais amplo, tais como a drogadição materna, a

experiência em abrigo público, o inesperado falecimento materno, a vivência do câncer, o ambiente de risco da casa da avó paterna, dentre outros.

Em contrapartida, é possível pensar que Mariana pôde contar, apesar das experiências excessivas ao seu psiquismo nascente, ocorridas desde muito cedo em sua vida, com alguns fatores protetores quanto ao trauma e promotores de seu amadurecimento pessoal. Tendo em vista este excesso de invasões ambientais, poderíamos esperar, por exemplo, que Mariana apresentasse um quadro de adoecimento de cunho psicótico mais intenso, a ponto de ter sido impossível consolidar certa integração e personalização (Winnicott, 1945/2000). Entretanto, Mariana apresenta recursos internos e conquistas em termos de seu desenvolvimento psíquico que indicam ter sido possível alcançar alguma integração e personalização antes de perdê-las e reestruturá-las frente as falhas ambientais precoces. Estas conquistas apontam tanto para o potencial da criança rumo ao desenvolvimento (Winnicott, 1963a/2008) quanto para a presença de alguns fatores relativos ao ambiente de cuidado que promoveram este potencial em alguma medida.

Neste sentido, é interessante refletirmos sobre o papel do envolvimento e investimento parental sobre a criança no período gestacional e, talvez, nos primeiros momentos após o parto. O discurso de Talita na primeira sessão demonstrou as dificuldades relacionais que ela e a mãe de Mariana apresentavam. Entretanto, ainda assim, Talita destacou o fato de tanto o pai quanto a mãe de Mariana terem se envolvido muito com a criança no processo gestacional, inclusive escolhendo juntos seu nome.

Podemos pensar, neste contexto, que o investimento afetivo e a possibilidade que Mariana teve de contar com um espaço psíquico junto aos pais ofereceu-lhe uma sustentação inicial de grande importância. Afinal, a aceitação e o envolvimento emocional de sua mãe consigo, quando ainda era um feto, parece ter ocorrido de forma a favorecer-lhe as bases da personalização (Winnicott, 1970/2007).

Além disso, a presença de sua avó paterna em sua vida desde a gestação até os dias atuais, ainda que com crescente intermitência e marcada por inconstâncias afetivas, indica ter promovido uma figura cuidadora relativamente contínua junto a Mariana. Neste sentido, o forte vínculo da criança com Talita parecia ser ainda mais intenso tendo em vista sua avó representar o único elemento que interliga seus pedaços rompidos ao longo de sua história, promovendo algum sentimento de continuidade em sua trajetória até sua chegada na análise.

A importância do ambiente externo nas reflexões metapsicológicas sobre trauma perpassa os três autores principais deste trabalho, ainda que com diferentes enfoques e destaques. Em Freud, nota-se que o autor não exclui nenhum âmbito ao pensar o conceito de trauma, ainda que seu enfoque tenha mudado ao longo de seus escritos. Na verdade, Freud (1917/1996) ressalta que a discussão sobre a origem externa ou interna das neuroses é infrutífera, de forma a ambos os âmbitos estarem presentes.

Percebe-se ao longo de suas reflexões a crescente tendência em integrar ambas as “causações” (Freud, 1917/1996) ao se pensar em trauma, considerando tanto os fatores de origem endógena quanto exógena. Entretanto, vale relembrar alguns aspectos de seus desenvolvimentos metapsicológicos no que tange o conceito de trauma, em especial aqueles que abrem espaço para pensarmos sobre a importância do ambiente externo no estabelecimento de uma vivência traumática e na proteção contra o trauma, uma vez que apresentam aberturas para diálogos interessantes com Ferenczi e Winnicott, assim como com o caso clínico aqui apresentado.

Em 1920, Freud (1920/1996) destaca que o trauma se refere a qualquer excitação provinda de fora que seja intensa o suficiente para romper com o escudo protetor do sujeito, de forma a ser excessiva a ponto de provocar um distúrbio em larga escala e mobilizar todas as medidas defensivas possíveis. Nesta concepção, a externalidade do trauma comparece na excitação envolvida em sua causação, e a proposição da ideia de uma “barreira protetora”

abre espaço para desenvolvimentos teóricos futuros, como os de Masud Khan (1963/1977), e destaca a possibilidade de se refletir sobre a presença de instâncias protetoras ao trauma.

Esta ideia é notada também quando o autor faz menção à relação inversamente proporcional entre a quantidade de catexia sobre um ponto rompido no escudo protetor e a intensidade dos danos da ruptura sobre o psiquismo (Freud, 1920/1996). Neste sentido, quanto maior o investimento no ponto em que um excesso de excitações invadiu o psiquismo, menor os danos traumáticos desta invasão.

Apesar de Freud fazer referência à catexia advinda dos demais sistemas psíquicos, podemos partir destes seus desenvolvimentos teóricos para pensar sobre o papel deste investimento também como advindo do exterior do sujeito. Uma vez que o trauma remete ao precoce – quando a criança ainda é extremamente dependente de seus cuidadores – considerar a possibilidade do investimento advir de um objeto externo sugere reflexões sobre o papel do ambiente de cuidado junto à criança pequena no sentido da proteção contra o trauma, em especial o papel do investimento parental.

Freud desenvolve algumas reflexões interessantes neste sentido ao se debruçar sobre o conceito de desamparo (Freud, 1926/1996, 1950 [1895]/1996), especialmente quanto à associação entre angústia e desamparo (Freud, 1926/1996). Ao refletir sobre este conceito, o autor faz referência à importância da mãe tanto como primeiro objeto de amor quanto como alguém de quem o bebê depende biológica e afetivamente. Entretanto, Freud também se remete ao desamparo como estado gerado pelo acúmulo de excitação – seja de origem interna ou externa – de forma a constituir um excesso com o qual o ego não consegue lidar, apresentando-se como traumático.

Neste sentido, é interessante notar que, ao mesmo tempo em que o desamparo faz referência à importância do objeto externo junto à criança e da sua sensação de ser amada para seu processo de constituição psíquica, ele remete também à possibilidade de um excesso

de excitações de caráter traumático. Nota-se, assim, que o conceito de desamparo envolve a importância de um objeto que desempenhe uma função materna no sentido de promover o desenvolvimento do psiquismo da criança, ao mesmo tempo em que aponta em direção à noção de um excesso impossível de ser elaborado pelo psiquismo nascente. O fato de trazer este paradoxo ao mesmo tempo em que destaca a importância da função materna junto à criança faz com que o conceito de desamparo, em Freud, abra espaço para pensarmos as possíveis articulações entre desamparo, trauma, constituição psíquica e função materna.

Mais especificamente, é possível pensar sobre o papel do principal cuidador à criança na promoção de sua constituição psíquica ou na consolidação de experiências traumáticas. Afinal, a ideia de desamparo em Freud, em especial ao refletir sobre sua via orgânica, tange a importância do objeto externo atender às necessidades fisiológicas do bebê. Em outras palavras, de se *adaptar* a ele, o que é geralmente e primeiramente desempenhado por um cuidador na função materna, de forma ao desamparo estar relacionado também ao excesso de desprazer frente a não satisfação destas necessidades pelo cuidador. Satisfazendo as necessidades do bebê, a figura materna crescentemente ganha o valor de objeto externo de importância que inaugura no sujeito a necessidade de ser amado a vida toda; falhando em satisfazer estas necessidades, ela abre espaço para um excesso de desprazer que culmina no trauma.

Deste modo, a relação do sujeito com os objetos externos que lhe dispensam cuidados comparece indiretamente em Freud como espaço de importância nas reflexões tanto sobre o estabelecimento de um trauma quanto como fator protetor ao sujeito e promotor do seu processo de constituição psíquica. Em outras palavras, Freud abre espaço para pensarmos a importância dos cuidados do tipo maternos junto à criança, inclusive no que tange o conceito de trauma.

É neste sentido que Ferenczi desenvolve suas reflexões, enfocando na qualidade dos cuidados parentais a ideia do trauma como promotor do desenvolvimento da criança ou como patogênico em seu processo de constituição psíquica (Maia, 2004). Ferenczi confere destaque especial às dimensões de violência e abandono à criança ao refletir sobre o conceito de trauma, caracterizando como traumática a relação insuficientemente próxima e intrusivamente violenta de um adulto cuidador junto à criança.

Para o autor, o comportamento concreto dos adultos – ou seja, do ambiente externo – faz parte do “modo de ação psíquica do trauma” (Ferenczi, 1934/1992, p. 111), de forma a destacar em suas reflexões também a noção de desamparo. Entretanto, o desamparo referido em Ferenczi não corresponde exatamente àquele apontado por Freud: o autor se remete a um desamparo “ativo”, um “não-amparo”, de forma a estar associado à ideia de abandono (Kupermann, 2008a).

Nota-se assim a importância do ambiente externo nas reflexões de Ferenczi sobre o trauma, em especial da qualidade da relação estabelecida entre os adultos e a criança. Segundo o autor, não é qualquer adulto que se encontra implicado na consolidação de um trauma, mas sim um adulto que se configure como objeto de importância para a criança. Estes adultos, no início da vida do sujeito, tendem a ser os pais e/ou principais cuidadores no contexto da família. Desta maneira, Ferenczi inscreve o trauma no campo da experiência da criança com o ambiente externo, em especial o familiar.

Winnicott segue linha similar, ampliando o olhar ao inserir a ideia de ambiente e das suas falhas ao pensar o conceito de trauma. Para o autor, o ambiente promove o desenvolvimento do bebê quando é suficientemente bom, se adaptando às necessidades do lactente; em contrapartida, as falhas do ambiente nos cuidados à criança inserem a temática do trauma no seu processo de amadurecimento pessoal.

É interessante notar que, se o desamparo em Freud faz referência a um excesso, em especial quando a mãe falha em satisfazer os impulsos do bebê, – em um primeiro momento de suas reflexões, no que tange o campo fisiológico – em Winnicott, a experiência excessiva também se relaciona às falhas da mãe-ambiente em se adaptar ao bebê em termos de suas necessidades, falhando em ampará-lo. Entretanto, Winnicott compreende as necessidades do lactente em termos de seu processo de desenvolvimento – de modo que adaptação às necessidades difere de satisfação dos impulsos – e reflete de forma central sobre o papel da relação da criança com o ambiente externo no conceito de trauma.

Neste sentido, o trauma diz respeito à experiência de excesso da falha ambiental junto à criança, se remetendo a um fracasso relativo às funções do objeto externo junto ao indivíduo em período de dependência absoluta ou quase absoluta, de forma que a criança, não apresentando recursos psíquicos a fim de tornar a falha predizível, reage automaticamente a ela e rompe seu continuar a ser. O enfoque do autor no papel do ambiente externo no desenvolvimento de traumas é acentuado, de forma que, para Winnicott (1965/2007), “um estudo do trauma (...) envolve o investigador em um estudo da história natural do meio ambiente relativa a um indivíduo em desenvolvimento” (p.113).

No caso clínico de Mariana, o qual envolve um relance da clínica com a criança e da escuta sobre suas relações em seu meio ambiente, percebe-se a qualidade frequentemente intrusiva da relação estabelecida com seus cuidadores. A sensação de desamparo, assim como do não-amparo ambiental (Kupermann, 2008a), foi percebida em vários momentos da análise da criança. Estes momentos denunciaram conexões entre a sensação sempre iminente de abandono de Mariana e seus diversos abandonos vividos. Estes abandonos foram experimentados pela criança tanto em termos concretos, por meio das diversas separações abruptas ocorridas, quanto em termos afetivos, tendo em vista as dificuldades de seus cuidadores em reconhecerem e validarem seu sofrimento em várias ocasiões, assim como em

promoverem uma sustentação contínua e confiável ao longo do tempo (Freud, 1926/1996; Ferenczi, 1933/1992, 1934/1992; Winnicott, 1960a/2008).

Neste sentido, podemos pensar os “buracos” que caracterizam o aspecto de “queijo suíço” do psiquismo de Mariana como marcas das rupturas em seu continuar a ser mediante as intrusões ambientais vividas desde muito cedo. Mais ainda, estas rupturas são muitas e se apresentam como profundas, tendo em vista a fragilidade do investimento com que a criança pôde contar sobre a área invadida, uma vez que os cuidados ambientais eram frágeis, inconstantes e marcados por quebras na sustentação a Mariana.

Em outras palavras, Mariana, em dependência absoluta ou quase absoluta do ambiente (Winnicott, 1963a/2008), não contou com um investimento contínuo sobre si por parte de seus cuidadores, de forma a serem “mais violentas (...) as consequências de uma tal ruptura da proteção” (Freud, 1920/2010, p. 193). Lembrando Ferenczi (1929/1992), é o acolhimento e a proteção oferecidos pelos principais cuidadores da criança, em geral os pais, que lhe promove a possibilidade de imunizar-se contra os atentados físicos e psíquicos a que está sujeita – o que não se estabeleceu de forma segura nas experiências precoces de Mariana.

Na verdade, falhas diversas ocorreram no que concerne a função de escudo protetor (Khan, 1963/1977, 1964/1977) dos cuidadores junto a Mariana. As fendas nesta proteção promovida à criança se evidenciaram muitas vezes ao longo de seu desenvolvimento, de forma à criança ter vivido experiências excessivas com alta frequência, duração prolongada e alta intensidade (Khan, 1963/1977), consolidando o trauma em seu processo de amadurecimento pessoal (Winnicott, 1965/2007, 1969/2007).

As falhas nestes cuidados dispensados à criança se denunciaram tanto na história precoce de Mariana quanto nas relações com seus cuidadores atuais. Se as vivências no início de sua vida já haviam se consolidado como traumáticas, notou-se o caráter atualizado de alguns entraves na qualidade da relação da criança com seus cuidadores no contexto da

chegada de Mariana ao CAEP e ao longo do tratamento psicanalítico. Entretanto, a partir do processo de construção de uma maior estabilidade e confiabilidade de Mariana junto a Joana e José – o que contou com o fortalecimento destes cuidadores como figuras parentais de Mariana – a criança pôde, aos poucos, apresentar possibilidades de sentir-se mais segura junto ao ambiente, assim como integrada.

Este processual fortalecimento dos cuidadores da criança contou com o apoio da análise de Mariana, ambiente que, conforme destacado no caso clínico, revelou-se de grande importância para sua possibilidade de elaboração do trauma e continuidade do processo de amadurecimento pessoal. Neste sentido, o ambiente analítico comparece como um ambiente externo que promoveu o desenvolvimento emocional de Mariana, propiciando-lhe a possibilidade de costurar algumas de suas rupturas traumáticas e de proteger-se frente novas experiências excessivas. Assim, é possível refletir sobre como um ambiente suficientemente bom, externo ao indivíduo rompido, pode promover transformações terapêuticas junto a ele, possibilitando a retomada de aspectos do desenvolvimento emocional que se encontravam interrompidos.

Como Winnicott (1963/2007, 1963d/2008) bem destaca, a possibilidade de promover um ambiente suficientemente bom, traçando uma experiência junto ao outro em que a sensação de continuidade e de confiabilidade podem se estabelecer, propicia ao indivíduo um tipo positivo de vivência que não se apresentou, ou foi distorcida, em sua vida precoce. Esta possibilidade de experimentar a confiança no cenário analítico, segundo Ferenczi (1933/1992), promove um contraste entre a experiência atual e a precocemente vivida, o que viabiliza a reavivação do passado, de forma que o indivíduo possa passar a experimentá-lo não mais no registro da reprodução alucinatória, mas sim da lembrança objetiva.

Contudo, antes de consolidar uma lembrança objetiva, notamos a importância da possibilidade da criança de experimentar o trauma, talvez pela primeira vez, no cenário da

análise. Em outras palavras, é necessário repetir o traumatismo em condições mais favoráveis, promovendo que o indivíduo, pela primeira vez, possa levar os eventos traumáticos à percepção e descarga motora (Ferenczi, 1934/1992). Assim, o estabelecimento de um ambiente seguro e confiável promove a regressão à dependência (Winnicott, 1967/2007) e o colapso (Winnicott, 1963/2007) necessários à integração da experiência traumática e à retomada de aspectos do processo de amadurecimento pessoal, inclusive por meio do uso das falhas do analista (Winnicott, 1963/2007, 1969/2007).

Desta maneira, e como destacado em especial nos Capítulos 03 e 04 desta dissertação, o ambiente analítico promove, junto ao indivíduo marcado por rupturas, a possibilidade de retomar e vivenciar pela primeira vez aspectos precoces de seu desenvolvimento, assim como promover experiências de caráter precoce diferenciadas daquelas originais. Esta precocidade que caracteriza o conceito de trauma é evidenciada na clínica com Mariana por meio do registro do olhar e de sua função entre nós, assim como, especialmente, do lugar do corpo – tanto do meu quanto do seu – como via de comunicação, sustentação e representação daquilo que se encontrava indizível.

É interessante o fato do olhar de Mariana ter me chamado a atenção desde o início dos atendimentos, assim como grande parte de nossas comunicações e minha função de sustentação junto a ela ter perpassado este registro. Tendo em vista as informações sobre sua história de vida e a escuta aos cuidadores da criança no contexto de seu atendimento psicanalítico, podemos nos indagar sobre qual olhar foi lançado à criança tanto no início da vida quanto no contexto da divisão de seus cuidados entre Talita e Joana.

A partir da rivalidade entre as cuidadoras e da sensação de ausência de lugar para a criança, assim como dos episódios de intrusão tanto de Talita quanto de Joana sobre ela a partir de suas próprias angústias, é possível questionar o espaço que Mariana teve para ser olhada e, ao mesmo tempo, se ver refletida no olhar do outro cuidador (Winnicott,

1967/1975). Ao mesmo tempo, quando pensamos na história arrítmica dos cuidados maternos após o nascimento da criança, assim como nos conflitos em cena entre a avó paterna e a mãe de Mariana, a ausência ou a descontinuidade de um olhar sustentador junto à paciente parece ter sido experimentada desde muito precocemente.

Neste sentido, meu olhar junto à criança teve função terapêutica em promover-lhe uma sustentação e em possibilitar o sentimento de ser conhecida, juntando-lhe os pedaços (Winnicott, 1945/2000). Isto implica que meu olhar foi um dos aspectos que possibilitou o desenvolvimento da sua confiabilidade no ambiente terapêutico e favoreceu a retomada de aspectos de seu amadurecimento pessoal que se encontravam entravados pela situação das falhas ambientais precoces. Desta maneira, no quarto momento de suas brincadeiras de pular de cima da mesa, minha presença e meu olhar bastavam para que ela se sentisse sustentada, assim como o fato de saber que eu a olhava era suficiente para lhe assegurar da possibilidade de ir embora sozinha ao final da sessão.

Contudo, mais do que o olhar, o registro corporal se destaca na clínica com Mariana como via de importância no trabalho com pacientes cujos processos de “continuar a ser” (Winnicott, 1956/2000, 1960a/2008) apresentam diversas rupturas. Como construído e evidenciado no Capítulo 04, a atenção ao corpo de Mariana promoveu a possibilidade tanto de compreender o que se passava junto à criança quanto de desenvolver sua análise.

Tendo em vista a precocidade e a irrepresentabilidade inicial das sensações referidas nas agonias de Mariana, o uso do corpo a fim de expressar afetos e estabelecer uma via de comunicação precoce com a criança, tal como ocorre entre a mãe e o bebê (Winnicott, 1960a/2008), foi essencial neste caso clínico. Vale destacar que igualmente indispensável foi o fato do uso do corpo ter ocorrido de forma espontânea no cenário da relação transferencial estabelecida entre nós, de forma aos pensamentos e compreensões analíticas sobre suas funções terem ocorrido apenas *a posteriori* aos atendimentos.

Na verdade, o uso do corpo – meu e da criança – no cenário da análise apresentou diversas questões importantes e que merecem maiores desenvolvimentos em estudos futuros. Algumas delas dizem respeito ao papel do corpo do analista na relação transferencial com a criança para além da interpretação. Afinal, dentre as funções do meu corpo na análise de Mariana, podemos notar: a) a função de sustentação concreta à criança, como na sessão em que a contive em meu colo; b) a de disponibilidade a Mariana para sustentar a fusão, como ao misturarmos nossas mãos em meio à tinta; c) a de espelho e de representação figurativa dos estados afetivos de Mariana, como nas brincadeiras em que reproduzi em meu corpo as sensações contratransferenciais relativas à minha experiência junto a ela e à observação de seu corpo; d) a de ser usada pela criança no espaço transicional das brincadeiras, oscilando entre ser ela e ser eu, como na sessão do “esquartejamento cirúrgico”; etc.

Neste processo, de forma articulada às funções do meu corpo em nossa relação transferencial, pôde-se notar o papel do seu corpo na possibilidade de denunciar tanto os descontornos causados pelo trauma, quanto de contornar as sensações traumáticas de forma a vincular os afetos dissociados a ideias referentes às experiências vividas. Afinal, vale lembrar que Freud (1923/1996) já apontava que o ego deriva, em última análise, das sensações corporais, em especial das relativas à superfície do corpo. Experimentando o colapso no cenário da análise, o que foi intensamente perpassado pelo seu corpo em agonia junto à minha presença, Mariana foi, aos poucos, integrando estas sensações de forma a favorecer a retomada de aspectos rompidos em sua constituição psíquica, inclusive os processos relativos à simbolização (Figueiredo, 1999, conforme citado em Maia, 2004). Por meio da experiência do colapso ocorrido, agora de fato vivido pelo indivíduo (Winnicott, 1963/2007), Mariana pôde dar início à representação de suas experiências traumáticas – primeiramente por meio do corpo e, crescentemente, por meio das palavras e de outras expressões simbólicas.

Apesar de o corpo comparecer nos desenvolvimentos teórico-clínicos sobre trauma dos três autores que constituem as principais referências deste trabalho, as reflexões que dizem respeito ao corpo como via de favorecimento da capacidade de simbolizar as experiências traumáticas – da ordem do sem sentido e do excesso – não é explicitada por eles. Entretanto, o trauma comparece na obra de Freud, desde seus primeiros escritos, como um conceito com íntima relação com o registro corporal, seja por meio da associação com as conversões históricas, seja com sua associação a conceitos como o de desamparo, o qual é desenvolvido de forma a demonstrar a indissociabilidade entre o desamparo corporal e psíquico.

Em Ferenczi, o corpo comparece imbricado nas suas reflexões sobre trauma por meio de diversas ideias, tais como: a necessidade de descarga motora da experiência traumática a fim de dar início ao processo de “lembrança” da cena original; os efeitos do trauma junto ao psiquismo e ao corpo, incorrendo tanto em possibilidades de uma autodestruição orgânica quanto no uso do corpo como representação de partes dissociadas do psiquismo; o corpo como campo de destaque na clínica com pacientes traumatizados, de forma ao autor desenvolver a técnica da neocartase junto a estes pacientes; dentre outras. Dentre os três autores discutidos nesta dissertação, percebo que o que mais desenvolveu reflexões diretamente sobre o uso e a função do corpo junto a pacientes “traumatizados” foi Ferenczi (1919/1992, 1930/1992, 1930/1992, 1934/1992).

Em Winnicott, o trauma comparece associado ao corpo de forma menos direta, mas ainda assim presente. Tendo em vista sua compreensão acerca da indissociabilidade psicossomática como forma de existência personalizada e integrada, o registro do corpo no trauma se insere nas falhas dos cuidados maternos – cujas funções são inicialmente expressas pelos cuidados corporais – e nas reações da criança a estas falhas, em especial nas que

incorrem em dificuldades na personalização, o que pode ser expresso por meio de transtornos psicossomáticos (Winnicott, 1949/2000, 1964/2007).

O caso clínico de Mariana abre espaço para reflexões diversas sobre o lugar do corpo na clínica com pacientes que experimentaram vivências potencialmente traumáticas precoces, inclusive no que tange a problemática dos transtornos psicossomáticos. Afinal, chama a atenção as características dos adoecimentos e transtornos fisiológicos da criança, assim como a temporalidade dos mesmos – é como se Mariana encontrasse no adoecimento fisiológico uma via de organização. É como se o adoecimento lhe promovesse uma forma de manter, ainda que de maneira frágil, alguma integração psique-soma (Winnicott, 1949/2000), assim como de vincular a angústia excessiva e dispersa das falhas ambientais precoces a algo – ao seu corpo (Winnicott, 1964/2007).

Ao longo de sua análise, esta ideia adveio por meio de fantasias expressas nas brincadeiras. “Eu não posso ficar boa, tia Nadja. O bichinho não pode sair”, disse-me ela em algumas ocasiões, assim como desenvolveu brincadeiras em que significava o câncer como relacionado à maternidade – a um bebê-câncer que “não pode sair da barriga da mamãe, se não o bebê some. O bichinho tem que ficar dentro da barriga”.

Neste sentido, é como se, mediante as experiências de aniquilação vividas por Mariana, referentes às agonias sentidas no contexto das falhas ambientais precoces, a criança houvesse literalmente *incorporado* o aspecto mortífero, excessivo e irrepresentável de suas angústias. Assim, o seu corpo compareceu no caso clínico tanto como via de integração do trauma à sua experiência e de representação das vivências e sensações traumáticas, quanto, possivelmente, de aprisionamento defensivo destas angústias no corpo.

É interessante refletir sobre a sensação de aniquilação experimentada por Mariana no contexto das falhas ambientais precoces no que diz respeito às separações abruptas e excessivas vividas pela criança. Afinal, o aspecto mortífero de seu adoecimento e da

intensidade de suas agonias, as quais precedem a palavra “morte” (Winnicott, 1956/2000), remetem às falhas ambientais inclusive no contexto das diversas “mortes” de seus cuidadores – tanto da morte concreta materna quanto, e especialmente, das sentidas pela criança frente as ausências prolongadas da mãe e de outros cuidadores, o que ocorreu de forma concreta e em termos de disponibilidade afetiva (Winnicott, 1967/1975).

Winnicott (1967/1975) se refere bem a estes impactos da ausência prolongada dos cuidadores para as crianças em idade precoce e sua relação com o conceito de trauma.

Segundo o autor:

O sentimento de que a mãe existe [*na ausência da mãe*] dura x minutos. Se a mãe ficar distante mais do que x minutos, então a *imago* se esmaece e, juntamente com ela, cessa a capacidade do bebê utilizar o símbolo da união. O bebê fica aflito, mas essa aflição é logo corrigida, pois a mãe retorna em $x + z$ minutos. Em $x + z$ minutos, o bebê não se alterou. Em $x + y + z$ minutos, *o bebê ficou traumatizado*. Em $x + y + z$ minutos, o retorno da mãe não corrige o estado alterado do bebê. O trauma implica que o bebê experimentou uma ruptura na continuidade da vida, de modo que defesas primitivas agora se organizaram contra a repetição da “ansiedade impensável” ou contra o retorno do agudo estado confusional próprio da desintegração da estrutura nascente do ego (Winnicott, 1967/1975, pp. 135-136, grifos nossos).

Desta forma, é possível compreender o aspecto que perpassa o caso clínico de Mariana no que tange sua incapacidade em estar só no início dos atendimentos, assim como a forma como as separações eram vividas como rupturas e ameaças de aniquilação, invocando experiências traumáticas precoces em que as separações foram, de fato, excessivas à criança. Mais ainda, como bem sinaliza Ferenczi (1933/1992), “uma criança, que não chegou ainda no seu pleno desenvolvimento, é incapaz de suportar a solidão, se lhe falta a proteção materna e considerável ternura” (p. 103).

Desta forma, o caso clínico construído nesta dissertação indica a incapacidade de estar só de Mariana como indício das rupturas precocemente vividas pela criança em seu continuar a ser, ocorridas inclusive mediante o caráter excessivo das separações precoces. Além disso, ele indica como a promoção de uma nova experiência no cenário analítico, junto a um ambiente suficientemente bom, pôde promover costuras nestas rupturas, assim como a

crescente integração da criança e sua capacidade em estar só, pelo menos na presença do outro (Winnicott, 1958/2008).

Estamos, assim, falando sobre o caráter precoce de diversos âmbitos do trauma no caso clínico de Mariana: das angústias da criança, das experiências a que remetem, e da necessidade de um aporte clínico que envolva esta precocidade junto à paciente, como pela atenção e uso do corpo do analista e da criança no cenário analítico. Ainda no que tange a atenção ao precoce no caso clínico em questão e nas reflexões que ele suscita sobre a clínica com pacientes marcados pelo trauma, vale comentar sobre o lugar das sensações contratransferenciais no atendimento à criança.

Tendo em vista a precocidade do trauma e o caráter caótico das angústias envolvidas neste conceito no cenário do caso clínico, é interessante notar o quanto foi de importância para a compreensão do que se passava com a criança a atenção e uso das sensações contratransferenciais, suscitadas em mim inclusive na escuta a seus cuidadores. Vale destacar, como comentado na Introdução deste trabalho, que, ao me remeter à contratransferência, estou me referindo mais especificamente às sensações no analista advindas do analisando, que se caracterizam como comunicações, de forma a compor um instrumento à análise.

Mecanismos defensivos muito primitivos, como a identificação projetiva, conferiram comunicações importantes de Mariana junto a mim em seu processo analítico, de forma a promover-me a possibilidade de sentir, compreender e conter as sensações inomináveis da criança referentes ao trauma (Rosenfeld, 1988). Afinal, o trauma remete tanto àquilo que é da ordem do precoce quanto do excesso – em outras palavras, faz referência a sensações que precedem uma maturidade psíquica que implique na capacidade de simbolização, assim como sensações de intensidade excessiva, disruptiva em diversos aspectos, tendo em vista sua impossibilidade de ser elaborada pelo psiquismo nascente.

O trauma se associa, assim, a angústias e mecanismos defensivos primitivos, muitos dos quais notamos em bebês e apresentam intensidade e qualidade psicótica (Winnicott, 1952/2000). Desta forma, o caso clínico de Mariana endossa a ideia de alguns autores – tais como Ferenczi e Winnicott – de que o trauma envolve sofrimentos não passíveis de contenção pela análise clássica.

A experiência com a criança denuncia, na verdade, que o modelo da análise clássica é intrusivo e, em última instância, traumático nestes casos, tendo em vista a qualidade das agonias e experiências do analisando em cena. A insistência na manutenção da técnica clássica apesar dos indícios do paciente sobre a intrusividade deste método – como Mariana me sinalizou em alguns momentos, por meio do seu incômodo frente minhas palavras e tentativas de interpretação – evidencia a dificuldade do analista em se adaptar às necessidades do analisando (Winnicott, 1971b/1975) – ou seja, em promover um ambiente suficientemente bom (Winnicott, 1960a/2008, 1963a/2008). Mais ainda, esta falha em se adaptar às necessidades do paciente “não difere essencialmente do estado de coisas que outrora, ou seja, na infância, o fez adoecer” (Ferenczi, 1933/1992, p. 100). Como Winnicott (1971b/1975) já destacava, “interpretar quando o paciente não tem capacidade para brincar simplesmente não é útil, ou causa confusão” (p.76).

Desta forma, o uso das sensações contratransferenciais como via de entendimento do que se passava afetivamente com Mariana, de forma a ser possível conter suas sensações e devolvê-las à criança de forma mais organizada e compreensível, foi de grande importância para sua análise. Esta contenção e devolução ocorreu respeitando as capacidades da criança mediante o estado do caos vivenciado. Isto ocorria de diversas maneiras: por vezes, simplesmente suportando o estado de confusão (Winnicott, 1971b/1975) junto à criança; em outras, por meio da afetação do meu corpo, funcionando como espelho que organiza,

representa e comunica suas sensações de volta a Mariana; e, ainda, por meio de algumas palavras que expressavam e continham a sensação comunicada pela criança.

Neste sentido, nota-se que, neste caso clínico, o uso das sensações contratransferenciais como aporte tanto sobre a compreensão quanto sobre o manejo da clínica junto à Mariana foi central e propiciou reflexões de extrema importância sobre a clínica com pacientes cujo processo de constituição psíquica é marcado por rupturas. Desta maneira, a análise destas questões vai para além da palavra “contratransferência” e, como diria Winnicott (1960/2008), abre para uma ampla discussão sobre a postura do analista em situações em que a atitude profissional não é suficiente, e há de se refletir sobre questões da ordem da necessidade antes das referentes ao desejo dos pacientes. O caso clínico de Mariana apresenta contribuições neste sentido.

Ao longo dos atendimentos à criança, percebe-se como a atenção e adequação do ambiente analítico às necessidades da paciente propiciaram a possibilidade de costurar suas rupturas, promovendo seu amadurecimento pessoal ao ponto de Mariana passar a apresentar maior integração e diferenciação do outro. Desta maneira, a criança foi consolidando um eu (*self*) mais fortalecido e, assim, passível de sustentar questões da ordem do desejo.

A partir de então, elementos da técnica clássica foram inseridos na análise da criança, de modo que Mariana passou a receber e compreender minhas interpretações verbais com maior frequência, bem como a traçar brincadeiras mais simbólicas e ricas de fantasias. Nota-se, assim, que as interpretações passaram a não mais serem intrusivas e a provocar rupturas junto à criança, mas sim a serem terapêuticas e configurarem elementos promotores de seu processo analítico.

Notamos, desta forma, como questões relativas ao trauma surgiram na análise de Mariana e trouxeram implicações para a condução de seu atendimento. Além de contribuições para a clínica, o caso clínico desta criança, com três anos e meio no início de

seu processo psicanalítico, também traz contribuições para se pensar o conceito de *a posteriori* em casos marcados pelo conceito de trauma.

Como explicitado no Capítulo 1, a relação entre trauma e *a posteriori* comparece em Freud desde seus primeiros escritos (Freud, 1897/1996), permanecendo ao longo de toda sua obra. A ideia de dois momentos da ação traumática indica a associação entre estes dois conceitos, assim como chama a atenção para a ideia preponderante do autor de que, enquanto o primeiro momento do trauma faria referência à infância do sujeito, o segundo ocorreria apenas na adolescência ou na vida adulta. Contudo, ao discorrer sobre casos como o homem dos lobos (Freud, 1918/1996), Freud abre espaço para pensarmos o comparecimento do “só depois” do trauma ainda na infância, de forma a contribuir para as reflexões sobre os efeitos patogênicos do trauma junto a crianças, assim como sobre o padecimento psíquico infantil.

Masud Khan (1963/1977) também destaca a presença do *a posteriori* ao refletir sobre trauma, resgatando o pensamento original freudiano de que os efeitos traumáticos geralmente compareceriam a partir da adolescência. Entretanto, Winnicott contrapõe esta linha de raciocínio ao pensar o trauma como ocorrente no campo da experiência com o outro, com sua consolidação e efeitos no contexto da vivência da falha ambiental e da reação automática a ela. Assim, o traumático em Winnicott não se configuraria posteriormente e retrospectivamente, por meio de dois momentos diferentes no tempo, mas sim no contexto da experiência acentuada da falha e da ruptura do continuar a ser do bebê.

Tendo em vista o caso clínico de Mariana, podemos apontar para o fato de que a clínica com esta criança corrobora com a ideia de que o trauma pode ser vivido e assim significado ainda na infância. Na verdade, mesmo não sendo possível afirmar se seus efeitos patogênicos compareceram desde o momento da experiência dos excessos, é possível afirmar que algo já ocorreu junto ao psiquismo do indivíduo no contexto destas vivências. Seguindo uma ótica winnicottiana, independentemente da manifestação da patologia incorrida pelo

trauma, a experiência de ruptura de seu continuar a ser e da decorrente reorganização defensiva que inclui esta ruptura já ocorreu no cenário da vivência do indivíduo.

Em outras palavras, independentemente do momento em que se começou a notar os seus efeitos patogênicos, a clínica com Mariana aponta para seus impactos como imediatos, implicando em consequências ainda na primeira infância. Neste sentido, o caso clínico vai ao encontro da ideia de que os efeitos do trauma não se manifestariam apenas a partir da adolescência ou vida adulta, sendo possível percebê-los e manejá-los clinicamente ainda na infância precoce.

Vale notar, neste cenário, que apesar de ser possível apontar alguns aspectos em que a noção de trauma vivido posteriormente se aproxima do conceito de *a posteriori*, estas concepções são radicalmente diferentes. O caso clínico de Mariana, assim como os desenvolvimentos teórico-clínicos de Ferenczi e de Winnicott, chama a atenção para o valor da experiência do colapso em um ambiente suficientemente bom – o ambiente da análise – de forma a poder levar a vivência traumática, pela primeira vez, para o campo do experimentado e integrado às demais vivências do *self* do indivíduo (Winnicott, 1963/2007). Esta experiência do trauma em condições mais favoráveis, promovendo que os eventos vividos passem à lembrança e à descarga motora (Ferenczi, 1934/1992), pode ser equivocadamente pensada como similar ao conceito de *a posteriori*.

Digo isto uma vez que “não é o vivido em geral que é remodelado a posteriori, mas antes o que, no momento em que foi vivido, não pôde integrar-se plenamente num contexto significativo” (Laplanche & Pontalis, 1987/2001, p. 34). A experiência traumática, causando efeitos imediatos junto ao psiquismo, não encontra um sentido psíquico e não é significada no momento da sua ocorrência. Isto pode implicar no entendimento de que alguns aspectos do trauma experimentado posteriormente em ambiente suficientemente bom se aproximam do conceito de *a posteriori*.

Contudo, o colapso não diz respeito a uma vivência da ordem da “atualização” ou da “ressignificação”, mas sim da experimentação, pela primeira vez, do trauma em contexto que sustenta o indivíduo ao ponto em que é possível integrar a vivência no campo de suas experiências. A vivência do trauma na análise de Mariana não envolve um “efeito retardado” (Hanns, 1996, p. 80): o efeito do trauma já se encontrava em cena. O que o colapso promoveu foi a possibilidade não de retornar ao passado (Hanns, 1996), mas sim de experimentar e integrar o passado, sendo uma vivência da ordem da abertura para o descongelamento do processo de percepção (Ferenczi, 1934/1992; Figueiredo, 1999, conforme citado em Maia, 2004) e, assim, passagem à significação do evento originalmente ocorrido no passado.

O trauma envolve o rompimento do indivíduo, de forma a não haver um *self* integrado ao ponto de poder experimentar o evento traumático no contexto de sua ocorrência. Neste sentido, o colapso no ambiente da análise, ao promover esta experiência, favorece os processos de percepção do trauma e representação dos excessos originalmente envolvidos, abrindo espaço para a possibilidade crescente do indivíduo de construir significações sobre esta vivência.

Neste sentido, podemos dizer que a experiência do colapso junto a um ambiente suficientemente bom configura um pré-requisito à possibilidade de significar *a posteriori* a vivência traumática. Em outras palavras, talvez o *a posteriori* não compareça nas discussões de Winnicott – e mesmo de Ferenczi – sobre trauma tendo em vista a preocupação do autor com aspectos que antecedem a possibilidade de retornar a um passado. Afinal, para realizar um movimento de retorno é necessário um passado a que retornar – uma vivência experimentada no passado para assim se caracterizar.

Ora, se o trauma vivido não foi experimentado, é necessário que isto ocorra para que, futuramente, seja possível ao indivíduo retornar a ele e construir significações sobre os eventos vividos. Em outras palavras, é necessário o estabelecimento de um senso de

continuidade e integração das experiências para que o indivíduo possa se debruçar sobre uma significação do passado. Como diria Winnicott (1969/2007), a possibilidade de caminhar para frente e para trás ao longo da continuidade da existência é um sinal de saúde. Estas reflexões são corroboradas pelo o que pudemos notar no caso clínico de Mariana.

Assim, um dos motivos pelos quais Winnicott e Ferenczi não ressaltam a noção de *a posteriori* em suas reflexões sobre trauma é que os autores o associam a eventos muito precoces na vida do indivíduo, de forma a seus efeitos patogênicos apontarem para sofrimentos anteriores à palavra “neurótico”. Mas de que “efeitos patogênicos” estamos falando ao nos remetermos ao conceito de trauma? Estes efeitos são de que natureza, implicam em que tipo de sofrimento? Estas questões perpassam os desenvolvimentos teóricos desta dissertação, assim como se encontram presentes na clínica com Mariana.

Ainda que o trauma implique em reflexões relativas também às angústias que impulsionam o processo de desenvolvimento, Freud, Ferenczi e Winnicott apresentam reflexões preponderantes sobre a compreensão do trauma como patogênico, sendo de caráter excessivo, com efeitos perturbadores e de permanência de longo prazo junto ao psiquismo. Em outras palavras, o trauma não comparece como uma experiência cujos efeitos patogênicos se circunscrevem em um dado contexto e se dissipam com o tempo. Pelo contrário, os efeitos desorganizadores do trauma junto ao psiquismo revelam permanência a longo prazo, trazendo prejuízos ao processo de constituição psíquica do sujeito e revelando suas fragilidades.

Enquanto Freud pensou o conceito de trauma no contexto de seus estudos sobre a histeria e demais neuroses, Ferenczi e Winnicott vieram a destacar uma associação entre trauma e aspectos psicóticos da personalidade, incorrendo em defesas que envolvem clivagens egóicas, experiências dissociativas, desintegração, despersonalização, dentre outros processos defensivos. Os desenvolvimentos dos dois últimos autores, em especial os de Winnicott, apresentam a ideia do trauma como conceito que, quando presente na linha do

desenvolvimento do indivíduo, distorce aspectos do psiquismo em um sentido da psicopatologia.

O caso clínico de Mariana corrobora com os desenvolvimentos de Ferenczi e Winnicott, uma vez que a clínica com a criança denunciou a presença de angústias e mecanismos defensivos de ordem psicótica (Winnicott, 1952/2000), fazendo referência a sensações muito precoces e que antecedem um sofrimento da ordem da ansiedade, relativo a excessos vividos após a experiência da posição depressiva (Klein, 1927/1996) e do Complexo de Édipo. Na verdade, a ideia da precocidade associada ao conceito de trauma está presente nos três autores, assim como neste caso clínico.

Este fato aponta para a relação entre trauma e sensações precoces, referentes a um tempo que antecede a capacidade de simbolização e no qual há uma precariedade de recursos psíquicos disponíveis, tendo em vista o processo de constituição psíquica ainda incipiente. Neste sentido, os “efeitos patogênicos” referentes ao trauma na clínica com Mariana apontam para elementos de natureza e intensidade psicótica em sua personalidade, referentes às rupturas no seu processo de constituição psíquica em tempos precoces.

Estas são algumas das reflexões levantadas pela clínica com Mariana e que merecem maiores desenvolvimentos em estudos futuros, uma vez que indicam questões metapsicológicas importantes para o trabalho com pacientes marcados pelas rupturas do trauma. Dentre elas, podemos destacar: a) o lugar e as funções do corpo do analista na relação transferencial com a criança para além da interpretação; b) o lugar e o uso da contratransferência na clínica com pacientes que experimentaram rupturas precoces; c) o lugar do corpo do analista como receptor, organizador e veiculador das sensações irrepresentáveis do analisando; d) o papel do corpo do analista e do manejo das comunicações precoces do analisando como promotor da afetação e experimentação de sensações indizíveis pelo corpo do analisando; e) o papel do corpo do analisando na possibilidade de experimentar

e representar o trauma; f) o papel do corpo nos processos de simbolização – e, mais especificamente, no favorecimento da passagem à simbolização das experiências traumáticas; g) as dimensões do precoce nas experiências, angústias e clínica com pacientes marcados pelo trauma; h) as relações entre os conceitos de *a posteriori* e trauma na primeira infância; i) os efeitos patogênicos do trauma junto ao psiquismo e o tipo de sofrimento envolvido; j) a postura do analista em situações em que a técnica clássica é inapropriada.

Desta forma, nota-se a pluralidade de questões levantadas pela construção do caso clínico de Mariana no que tange a temática do trauma. Estas questões apresentam complexidade e merecem estudos aprofundados no que diz respeito aos questionamentos metapsicológicos implicados em cada uma delas. O caso clínico de Mariana apresenta contribuições no sentido de refletir sobre estas questões levantadas, de forma a apontar para aberturas para estudos e construções futuras a partir do atendimento a esta criança.

A possibilidade de relançar o atendimento a Mariana no contexto desta dissertação de mestrado foi uma experiência muito frutífera. Seus rendimentos não se limitam às contribuições acadêmicas e no sentido de levantamento de questionamentos para estudos futuros, mas também na minha possibilidade, como clínica, de refletir sobre questões importantes para esta prática no cenário do só-depois.

Afinal, ao me debruçar sobre o caso clínico de Mariana e refletir sobre ele no contexto do trauma, me debruço não só sobre sua análise mas, também, sobre a clínica com pacientes que se apresentam marcados por rupturas, sobre minha postura como analista junto a estes analisandos, sobre o manejo da transferência e sua importância, sobre uma compreensão detalhada e diferenciada do que se passa na análise no espaço *a posteriori*, assim como sobre a importância disso para o desenvolvimento da análise, etc. Estas reflexões são ricas na medida em que propiciam um espaço em que eu me aproprio de aspectos da minha clínica, assim como sou influenciada na minha prática por estes desenvolvimentos teórico-clínicos.

A experiência de construir este caso clínico e refletir sobre o trauma a partir dele no cenário do mestrado acadêmico também agregou reflexões diversas sobre os diálogos e as tensões entre a clínica e a produção do conhecimento na universidade, assim como sobre as relações entre a psicanálise e o contexto acadêmico. Apesar das tensões existentes em muitos aspectos destas relações, como comentado na subseção “Estratégia Metodológica” da Introdução desta dissertação, minha experiência como mestranda neste processo ocorreu no sentido de perceber as interlocuções e transferências promovidas pelo contexto do mestrado acadêmico como produtivas e enriquecedoras.

Digo isto uma vez que eles promoveram a ampliação dos diálogos acerca do meu trabalho, havendo espaço para interlocução com maior pluralidade de olhares, assim como da acessibilidade ao texto produzido. Ao promover um acesso mais amplo a esta dissertação, percebo que, apesar de algumas questões delicadas sobre a exposição de casos clínicos, o conhecimento psicanalítico se insere de fato no espaço social, contribuindo para reflexões em outros campos do saber que não apenas o da psicanálise.

Neste sentido, tendo em vista a diversidade de questões levantadas pela construção do caso clínico de Mariana a respeito do conceito de trauma, assim como a experiência de produção científica no campo da universidade, há uma pluralidade de caminhadas possíveis no sentido da continuidade do percurso aqui traçado. A clínica com Mariana apresenta grande riqueza e profundidade, de forma que, assim como nós prosseguimos caminhando no processo de costura de suas rupturas, seu caso clínico evidencia buracos nos desenvolvimentos metapsicológicos sobre o conceito de trauma que merecem atenção e estudos. Há, assim, a necessidade de traçar construções a fim de melhor compreender o que permanece não representado sobre a teoria e a clínica com pacientes marcados pelo trauma. Estas são costuras ainda por fazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abram, J. (2000). *A linguagem de Winnicott: dicionário de palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter. (Obra original publicada em 1996)
- Almeida-Prado, M.C.C. & Féres-Carneiro, T. (2005). Abuso sexual e traumatismo psíquico. *Interações*, 10(20), 11-34.
- Barros, E.M.R. (2005). Trauma, símbolo e significado. Em SBPSP (Org.), *Trauma psíquico – uma leitura psicanalítica e filosófica da cultura moderna* (pp. 109-128). São Paulo: SBPSP.
- Berlinck, M.T. (2002). Considerações sobre a formulação de um projeto de pesquisa em psicanálise. Em *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta. Acessado em novembro-10, 2010, fonte http://www.uff.br/labpsifundamental/biblioteca_biblio.htm.
- Berry, N. (2005). A experiência de escrever. Em Mezan, R., *Escrever a clínica* (pp. 217 – 233). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Obra original publicada em 1996, *Boletim da Livraria Pulsional*, 88, p. 40 ss).
- Bianco, A.C.L. (2003). Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise. *Psico-USF*, 8(2), 115-123.
- Bick, E. (1967). Notas sobre la observación de lactantes en la enseñanza del psicoanálisis. *Rev. Psicoanal.*, 24 (1), p. 97-115. (Obra original publicada em 1948)
- Birman, J. (2001). A escrita em psicanálise. Em Bartucci, G. (Org.), *Psicanálise, Literatura e Estéticas de Subjetivação* (pp. 185-196). Rio de Janeiro: Imago.
- Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue Française de Psychanalyse*, LXVI, 3. Acessado em 20 de junho de 2010, fonte <http://www.spp.asso.fr/main/conferencesenligne/Items/14.htm>.
- Bowlby, J. (1988). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.

- Bydlowski, M. (2004). Intersubjetividade. *Psychiatrie Française*, v. XXXV. Acessado em outubro-17, 2010, fonte <http://www.polbr.med.br/ano04/fran1004.php>.
- Caon, J.L. (2000). Retrato, auto-retrato e construção metapsicológica de Serguéi Constantinovitch Pankejeff, o “Homem dos lobos”. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 13 (140/141), 22-44.
- Caron, N.A. (1997). Intervenções psicoterápicas nas relações primitivas pais-bebê. Em Mélega, M.P. (Org.), *Observação da relação mãe-bebê: método Esther Bick tendências*. São Paulo: Unimarco.
- Celes, L.A. (2005). Psicanálise é o nome de um trabalho. *Psicologia Clínica*, 17(3), pp. 157-171.
- Chamond, J. (2009). Continuité d’être et *primitive agony*: le bébé winnicottien et le psychotique. *Natureza Humana*, 11(01), 7-36.
- Costa, J.F. (2000). O mito psicanalítico do desamparo. *Ágora*, 3(01), 25 – 47.
- Delorenzo, R. M. T., Mezan, R. & Cezarotto, O. (2000). Narrar a clínica. *Percurso*, 25. Acessado outubro-16, 2010, fonte <http://www2.uol.com.br/percurso/main/pcs25/debate25.htm>.
- Dolto, F. (1971). *Psicanálise e Pediatria*. Rio de Janeiro: LTC.
- Fédida, P. (1988). Elaboraões técnicas na psicanálise. Em *Clínica psicanalítica: Estudos* (pp. 95-108). São Paulo: Escuta.
- Fédida, P. (1992). *Nome, figura e memória: a imagem na situação psicanalítica*. São Paulo: Escuta.
- Ferenczi, S. (1992). A técnica psicanalítica. Em *Obras completas de Sándor Ferenczi, II* (pp. 357-368). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1919a)

- Ferenczi, S. (1992). Dificuldades técnicas de uma análise de histeria. Em *Obras completas de Sándor Ferenczi, III* (pp. 1-7). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1919b)
- Ferenczi, S. (1992). A adaptação da família à criança. Em *Obras completas de Sándor Ferenczi, IV* (pp. 1-14). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1928a)
- Ferenczi, S. (1992). Elasticidade da técnica psicanalítica. Em *Obras completas de Sándor Ferenczi, IV* (pp. 25-36). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1928b)
- Ferenczi, S. (1992). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. Em *Obras completas de Sándor Ferenczi, IV* (pp. 47-51). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1929)
- Ferenczi, S. (1992). Princípio de relaxamento e neocatarse. Em *Obras completas de Sándor Ferenczi, IV* (pp. 53-68). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1930)
- Ferenczi, S. (1992). Análises de crianças com adultos. Em *Obras completas de Sándor Ferenczi, IV* (pp. 69-83). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1931)
- Ferenczi, S. (1990). *Diário clínico*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1932)
- Ferenczi, S. (1992). Confusão de língua entre os adultos e a criança. Em *Obras completas de Sándor Ferenczi, IV* (pp. 97-106). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1933)
- Ferenczi, S. (1992). Reflexões sobre o Trauma. Em *Obras completas de Sándor Ferenczi, IV* (pp. 109-117). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1934)

- Freud, A. & Dann, S. (1951). An experiment in group upbringing *Psychoanalytic Study of the Child*, 6, 127–168.
- Freud, S. (1996). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. II (pp. 39-56). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1893)
- Freud, S. (1996). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. III (pp. 93-116). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1895)
- Freud, S. (1996). Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. III (pp. 163-188). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1896)
- Freud, S. (1996). Estudos sobre a Histeria. Em *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. II. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1897)
- Freud, S. (1996). A interpretação dos sonhos. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de S. Freud*, v. IV e V. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1900)
- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. VII (pp. 117-232). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905)
- Freud, S. (1996). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. X (pp. 11-134). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1909)

- Freud, S. (1996). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XII (pp. 231-244). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1911)
- Freud, S. (1996). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XII (pp.121-134). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1912)
- Freud, S. (1996). Os instintos e suas vicissitudes. Em *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIV (pp. 115-144). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1915)
- Freud, S. (1996). Parte III – Teoria geral das neuroses. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XVI (pp. 251-476). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1917)
- Freud, S. (1996). História de uma neurose infantil. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XVII (pp. 13-128). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1918)
- Freud, S. (2010). História de uma neurose infantil. Em *História de uma neurose infantil: (“O homem dos lobos”)*, *Além do princípio do prazer e outros trabalhos - Obras Completas*, v. XIV (pp. 13-160). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1918)
- Freud, S. (1996). Além do princípio de prazer. Em *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XVIII (pp. 13-78). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1920)
- Freud, S. (2010). Além do princípio de prazer. Em *História de uma neurose infantil: (“O homem dos lobos”)*, *Além do princípio do prazer e outros trabalhos - Obras*

- Completas*, v. XIV (pp. 161-239). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1920)
- Freud, S. (1996). O ego e o id. Em *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIX (pp. 15-82). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1923)
- Freud, S. (1996). Inibições, sintomas e ansiedade. Em Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XX (pp. 79-172). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1926)
- Freud, S. (1996). Sexualidade feminina. Em Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XXI (pp. 229-254). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1931)
- Freud, S. (1996). Projeto para uma psicologia científica. Em Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. I (pp. 333-345). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1950 [1895])
- Freud, S. (1996). A divisão do ego no processo de defesa. Em Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XXIII (pp. 289-296). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1938)
- Fuks, L.B. (2000). O traumático na clínica. *Estados Gerais da Psicanálise – Website*. Acessado em julho-15, 2010, fonte http://www.estadosgerais.org/historia/137-o_traumatico.shtml.
- Fulgêncio, L. (2004). A noção de trauma em Freud e Winnicott. *Natureza Humana*, 6(2), 255-270.
- Garcia-Roza, L.A. (1994). Os amantes da Sophia: Escuta e releitura. *Psicologia e Psicanálise*, 6(1), pp. 9-13.
- Garcia-Roza, L.A. (1998). *Introdução à metapsicologia freudiana*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Hanns, L. (1996). *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Hanns, L. (2003). Uma nova tradução brasileira das obras de Freud. Artigo apresentado em *Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial*, Subtema 3-f, Rio de Janeiro. Acessado em março-20, 2011, fonte http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/3f_Hanns_112141003_port.pdf.
- Heimann, P. (1950). On conter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.
- Houzel, D. (1989). Penser les bébés – Réflexions sur l’observation des nourrissons. *Revue de Médecine Psychosomatique*, 19, 27-38.
- Iribarry, I.N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica?. *Ágora*, 6(1), pp. 115-138.
- Kahtuni, H.C. & Sanches, G.P. (2009). *Dicionário do pensamento de Sándor Ferenczi – Uma contribuição à clínica psicanalítica contemporânea*. São Paulo: Elsevier.
- Klautau, P. & Salem, P. (2009). Dependência e construção da confiança: a clínica psicanalítica nos limites da interpretação. *Natureza Humana*, 11(2), 33-54.
- Khan, M. (1974). O conceito de trauma cumulativo. Em *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos* (pp. 57-75). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Obra original publicada em 1963)
- Klein, M. (1969). *Psicanálise da criança*. São Paulo: Jou. (Obra original publicada em 1932)
- Klein, M. (1991). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. Em *Inveja e gratidão e outros trabalhos - Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1946)
- Knoblock, F. (1998). *Tempo do traumático*. São Paulo: EDUC.
- Kupermann, D. (2008a). A progressão traumática: algumas conseqüências para a clínica na contemporaneidade. Em *Presença sensível – cuidado e criação na clínica psicanalítica* (pp. 145 – 162). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- Kupermann, D. (2008b). Por uma outra sensibilidade clínica: fale com ela, doutor!. Em *Presença sensível – cuidado e criação na clínica psicanalítica* (pp. 111 – 143). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Kupermann, D. (2008c). Presença sensível. A experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. Em *Presença sensível – cuidado e criação na clínica psicanalítica* (pp. 83 – 108). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Lacan, J. (1985). *O Seminário, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1964)
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (2001). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1987)
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lejarraga, A.L. (2008). Clínica do trauma em Ferenczi e Winnicott. *Natureza Humana*, 10(2), 115-148.
- Lispector, C. (1998). *Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Lispector, C. (2005). A opinião de um analista sobre mim. Em *Aprendendo a viver*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Lispector, C. (2008). Pertencer. Em *A descoberta do mundo*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Magno, M.D. (2003). Economia pulsional – Trabalho, apropriação, alienação. *Lumina*, 6, 1/2, 73-91.
- Maia, M.S. (2004). *Extremos da alma – Dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Mann, T. (2006). *A montanha mágica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Obra original publicada em 1924)
- Mannoni, M. (1999). *A criança, sua “doença” e os outros*. São Paulo: Via Lettera. (Obra original publicada em 1967)

- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Meireles, C. (2000). Desamparo. Em *Viagem*. Disponibilizado online e digitalizado por EbooksBrasil.org . (Obra original publicada em 1937)
- Mezan, R. (2005). Contratransferência, catarse e elaboração. Em *Escrever a clínica* (pp. 217 – 252). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Money-Kyrle, R. (1990). Contratransferência normal e alguns de seus desvios. Em Spillius, E.B. (Ed.), *Melanie Klein Hoje – Volume 2* (pp. 35-46). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1978)
- Moraes, V. (1993). O haver. Em *Jardim noturno – poemas inéditos* (p. 17). Companhia das Letras: São Paulo. (Obra original publicada em 1962)
- Moura, A. & Nikos, I. (2001). Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 13(140/141), pp. 69-76.
- Neto, O.F. (2008). As principais contribuições de Winnicott à prática clínica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 82-88.
- Outeiral, J. & Godoy L. (2003). *Desamparo e trauma – Transferência e contratransferência*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Pick, I.B. (1990). Elaboração na contratransferência. Em Spillius, E.B. (Ed.), *Melanie Klein Hoje – Volume 2* (pp. 47-61). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1985)
- Pinto, J.M. (1999). A instituição acadêmica e a legitimação da vocação científica da psicanálise. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12(03).
- Prizskulnik, L. (1995). A criança e a psicanálise: o “lugar” dos pais no atendimento infantil. *Psicologia USP*, 06(02), pp. 95-102.

- Prudhomme, S. (2001). Le vase brisé. Em *OEuvres de Syllly Prudhomme – Poésies 1865-1866: Stances et poèmes*. Boston: Adamant Media Corporation. (Obra original publicada em 1865)
- Queiroz, E.F. (2002). O estatuto do caso clínico. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 15(157), pp. 33-40.
- Queiroz, E.F. (2005). Inclinar-se para a escuta e inclinar-se para a escrita. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 18(184), pp. 60-64.
- Rocha, Z. (1999). Desamparo e metapsicologia – para situar o conceito de desamparo no contexto da metapsicologia freudiana. *Síntese*, 26(86), 331 – 346.
- Rosenfeld, H. (1988). *Impasse e interpretação: fatores terapêuticos e antiterapêuticos no tratamento psicanalítico de pacientes neuróticos, psicóticos e fronteirços*. Rio de Janeiro: Imago.
- Sabino, F. (1981). *O encontro marcado*. Rio de Janeiro: Record. (Obra original publicada em 1956)
- Safra, G. (1993). O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica. Em M. E. Lino da Silva (Org.). *Investigação e psicanálise*. (pp. 119-132). Campinas: Papirus.
- Sales, L.S. (2002). Fantasias e teorias da sedução em Freud e em Laplanche. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 323-328.
- Seganfredo, P. (2008). Sobre o conceito de trauma psíquico. *Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 06. Acessado janeiro-18, 2010, fonte www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php.
- Spitz, R. (1946). Analytic Depression. *Psychoanalytic study of the child*, 2, 113-117.
- Spitz, R. & Wolf, K. (1946). The smiling response: a contribution to the ontogenesis of social relations. *Genet. Psychol. Monogr.*, 34, 57-125.

- Strachey, J. (1996). Inibições, sintomas e ansiedade – Introdução do editor inglês. Em Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XX. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1969)
- Szejer, M. (1999). *A escuta psicanalítica de bebês em maternidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Uchitel, M. (2001). *Neurose traumática: uma revisão crítica do conceito de trauma*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vaisberg, T.M.J.A. (2003). Ser e fazer: interpretação e intervenção na clínica winnicottiana. *Psicologia USP*, 14(01), pp. 95-128.
- Winnicott, D.W. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. Em *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1945)
- Winnicott, D. (2000). O ódio na contratransferência. Em *Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas* (pp. 277-287). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1947)
- Winnicott, D.W. (2000). A mente e sua relação com o psicossoma. Em *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 332-346). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1949)
- Winnicott, D.W. (2000). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. Em *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 316-331). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1951)
- Winnicott, D.W. (2000). Psicose e cuidados maternos. Em *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 305-315). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1952)
- Winnicott, D.W. (2000). A preocupação materna primária. Em *Da pediatria à psicanálise* (pp. 401-405). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1956)

- Winnicott, D.W. (2008). A capacidade para estar só. Em *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 31-37). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1958)
- Winnicott, D.W. (2008). Teoria do relacionamento paterno-infantil. Em *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 38-54). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1960a)
- Winnicott, D. (2008). Contratransferência. Em *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 145-151). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1960b)
- Winnicott, D.W. (2008). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. Em *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 128-139). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1960c)
- Winnicott, D.W. (2008). A integração do ego no desenvolvimento da criança. Em *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 55-61). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1962)
- Winnicott, D.W. (2007). O medo do colapso. Em Winnicott, C., Shepherd, R. & Davis, M. (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp. 70-76). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1963)
- Winnicott, D.W. (2008). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. Em *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 79-87). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1963a)
- Winnicott, D.W. (2008). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. Em *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 70-78). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1963b)
- Winnicott, D.W. (2008). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. Em *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 163-174). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1963c)

- Winnicott, D.W. (2008). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. Em *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 225-233). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1963d)
- Winnicott, D.W. (2007). Transtorno [*disorder*] psicossomático. Em *Explorações Psicanalíticas* (pp. 82-93). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1964)
- Winnicott, D.W. (2007). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. Em *Explorações Psicanalíticas* (pp. 102-115). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1965)
- Winnicott, D.W. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. Em *O brincar e a realidade* (pp. 153-162). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1967a)
- Winnicott, D.W. (1975). A localização da experiência cultural. Em *O brincar e a realidade* (pp. 133-143). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1967b)
- Winnicott, D.W. (2007). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. Em *Explorações psicanalíticas* (pp. 151-156). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1967)
- Winnicott, D.W. (2005). O aprendizado infantil. Em *Tudo começa em casa* (pp. 137-144). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1968)
- Winnicott, D.W. (2007). A experiência mãe-bebê de mutualidade. Em *Explorações psicanalíticas* (pp. 195-202). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1969)
- Winnicott, D.W. (2007). Sobre as bases para o *self* no corpo. Em *Explorações psicanalíticas* (pp. 203-218). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1970)
- Winnicott, D.W. (1975). O brincar – uma exposição teórica. Em *O brincar e a realidade* (pp. 59-77). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1971a)

- Winnicott, D.W. (1975). O brincar – a atividade criativa e a busca do eu (*self*). Em *O brincar e a realidade* (pp. 79-93). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1971b)
- Winnicott, D.W. (2005). *Playing and reality*. Nova Iorque: Routledge. (Obra original publicada em 1971)
- Winnicott, D.W. (2008). *O ambientes e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1979)
- Winnicott, D.W. (1990). Carta 40 para John Bowlby, 11/05/1954. Em *O gesto espontâneo – cartas selecionadas*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1987)
- Winnicott, D.W. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1988)
- Zavaroni, D. & Viana, T. (2009). Trauma e infância: uma (re)leitura da compreensão do trauma na teoria freudiana. Manuscrito não-publicado.
- Zavaroni, D.M.L, Viana, T.C. & Celes, L.A.M. (2007). A constituição do infantil na obra de Freud. *Estudos de Psicologia*, 12(1), 65-70.
- Zornig, S.A.J. (2000). *A criança e o infantil em psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- Zornig, S.A.J. & Levy, L. (2008). Uma criança em busca de uma janela: função materna e trauma. Em Atem, L.M. (Org.), *Cuidados no início da vida: clínica, instituição, pesquisa e metapsicologia* (pp. 71-82). São Paulo: Casa do Psicólogo.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise

Pesquisa: Trauma e o Processo de Constituição Psíquica: Reflexões Psicanalíticas com Base no Atendimento Clínico a uma Criança

Pesquisadora: Nadja Rodrigues de Oliveira - (61) 81030390 / nadja.rodrigues@gmail.com

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Izabel Tafuri

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/IH: cep_ih@unb.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo estudar questões sobre trauma e constituição psíquica na infância. Sua participação se refere à autorização do uso das informações do prontuário psicológico da criança pela qual você é responsável para os fins desta pesquisa. Este prontuário diz respeito aos atendimentos realizados no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP), no qual estão registradas as sessões psicoterápicas com a criança e as sessões com os responsáveis ocorridas no contexto do tratamento à criança, assim como informações que se façam necessárias relativas ao atendimento no contexto do consultório particular.

As informações que esta pesquisa solicita utilizar se encontram nos relatos de atendimentos realizados especialmente no contexto do CAEP (entre março de 2008 e agosto de 2009). Estes registros incluem informações sobre as sessões de atendimento, dados sobre a história de vida da criança, assim como informações referentes à criança e suas relações, obtidas por meio das sessões com a criança e das sessões realizadas com os responsáveis no período acima indicado. Dados referentes às sessões conduzidas em consultório particular terão caráter complementar nesta pesquisa.

A psicoterapeuta da criança é a pesquisadora responsável pelo presente estudo. **Ressalto que o nome da criança, assim como de seus familiares e cuidadores, não será divulgado, assim como quaisquer informações que permitam identificá-los. Apenas a pesquisadora terá acesso ao material, que ficará sob sua guarda.**

Sua participação é muito importante e estará contribuindo para a obtenção de maiores conhecimentos sobre a questão do trauma e suas influências no processo de desenvolvimento da criança. Além disso, contribuirá para avanços nas formas psicoterapêuticas de trabalho com pacientes que vivenciaram situações adversas de vida.

Não se prevê desconfortos com esta pesquisa, uma vez que ela será documental e não envolverá a participação direta de você ou da criança pela qual você é responsável. Entretanto, caso ela venha a despertar algum desconforto em você ou na criança, me coloco à disposição para conversarmos e para minimizar este desconforto no que for possível.

Além disso, você poderá desistir de participar deste estudo em qualquer momento sem que esta decisão acarrete prejuízos a sua pessoa ou à criança pela qual você é responsável. Qualquer dúvida com relação ao estudo, a pesquisadora se coloca à disposição para esclarecimento, respeitando o sigilo profissional em relação à paciente.

Informamos que este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas (CEP/IH – UnB), e que este documento foi elaborado em duas vias. Uma ficará com a pesquisadora e a outra com o responsável pela criança. Além disso, os contatos da pesquisadora e do Comitê de Ética se encontram à sua disposição no cabeçalho deste Termo.

Tendo sido esclarecido sobre os objetivos da pesquisa e do sigilo em relação à identificação dos envolvidos, concordo livremente com a utilização dos dados do prontuário psicológico da criança pela qual sou responsável para os fins desta pesquisa.

Brasília, _____ de _____ de 2010.

Responsável pela criança

Nadja Rodrigues de Oliveira
Pesquisadora Responsável

ANEXO 1

Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Ciências Humanas
Universidade de Brasília

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Campus Universitário Darcy Ribeiro

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Título do projeto: TRAUMA E O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA: REFLEXÕES PSICANALÍTICAS COM BASE NO ATENDIMENTO CLÍNICO A UMA CRIANÇA

Pesquisadora responsável: Nadja Rodrigues de Oliveira

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos, resolveu **APROVAR** o projeto intitulado “TRAUMA E O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA: REFLEXÕES PSICANALÍTICAS COM BASE NO ATENDIMENTO CLÍNICO A UMA CRIANÇA”.

O pesquisador responsável fica notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (itens VII.13 letra “d” e IX.2 letra “c” da Resolução CNS 196/96).

Brasília, 30 de agosto de 2010.

Debora Diniz
Coordenadora Geral - CEP/IH