

ALGUMAS IDEIAS DE WINNICOTT SOBRE O TRAUMA E SUAS MANIFESTAÇÕES NA CLÍNICA

Some of Winnicott's ideas about trauma and its clinical manifestations

Algunas ideas de Winnicott sobre el trauma y sus manifestaciones clínicas

MARIA REGINA COCCO¹

ROSÁ MARIA TOSTA²

Resumo: A proposta é refletir sobre a contribuição winnicottiana acerca do chamado trauma sutil decorrente de falhas inevitáveis do analista e do manejo clínico das reações defensivas manifestadas na clínica de pacientes, cujas dificuldades são oriundas de fases iniciais do amadurecimento. O trauma sutil apresenta-se como uma nova versão do trauma original e a reação a ele vem acompanhada de uma organização defensiva primitiva, constituída quando da ocorrência do trauma original. Em alguns casos de revivência analítica do trauma através do mecanismo de delírio paranoide, o ódio aparece, não como ódio dirigido ao objeto e, sim, como o indivíduo sendo odiado pelo objeto. Em outros casos, a reação ao trauma sutil pode ocorrer pelo mecanismo de clivagem do eu/aniquilamento expresso nas vivências do setting analítico e ou no conteúdo manifesto do sonho regressivo. O manejo das manifestações clínicas de reação ao trauma sutil apoia-se na confiabilidade da ambiência analítica, na sustentação da regressão à dependência e na ligação psíquica das vivências traumatizantes.

Palavras-chave: trauma sutil, sonho regressivo, delírio paranoide, manejo clínico, D.W. Winnicott.

Abstract: *The proposal is to reflect on the Winnicott's contribution to the so-called subtle trauma, resulting from the analyst's inevitable flaws, and from the clinical management of the defensive reactions manifested in the clinic of patients, which difficulties come from the initial stages of maturation. Subtle trauma presents itself as a new version of the original trauma and the reaction to it comes accompanied by a primitive defensive organization constituted when the original trauma occurred. In some cases of analytic reliving of trauma through the mechanism of paranoid delirium, hatred appears not as hatred directed at the object but rather as the individual being hated by the object. In other cases, the reaction to subtle trauma may occur by the cleavage mechanism of the self / annihilation expressed in the experiences of the analytical setting and / or the manifest content of the regressive dream. Management of the clinical manifestations of reaction to subtle trauma is based on the reliability of the analytical environment, on the support of regression to dependence and on the psychic connection of traumatic experiences.*

Keywords: *subtle trauma, regressive dream, paranoid delirium, clinical management, D.W. Winnicott.*

Resumen: *La propuesta es reflexionar sobre la contribución winnicottiana acerca del llamado trauma sutil, derivado de fallas inevitables del analista y del manejo clínico de las reacciones defensivas manifestadas en la clínica, de pacientes cuyas dificultades son oriundas de fases iniciales de la maduración. El trauma sutil se presenta como una nueva versión del trauma original y la reacción a él viene acompañada de una organización defensiva primitiva constituida cuando ocurre el trauma original. En algunos casos de revivencia analítica del trauma a través del mecanismo de delirio paranoide, el odio aparece, no como odio dirigido al objeto y, sí, como el individuo siendo odiado por el objeto. En otros casos, la reacción al trauma sutil puede ocurrir por el mecanismo de clivaje del yo / aniquilamiento expresado en las vivencias del setting analítico y en el contenido manifiesto del sueño regresivo. El manejo de las manifestaciones clínicas de reacción al trauma sutil se apoya en la confiabilidad del ambiente analítico, en la sustentación de la regresión a la dependencia y en la conexión psíquica de las vivencias traumáticas.*

Palabras clave: *trauma sutil, sueño regresivo, delirio paranoide, manejo clínico, D.W. Winnicott.*

¹ Maria Regina Cocco é Psicóloga, psicoterapeuta, especialização em crianças e adolescentes pelo CAISM – Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental - Santa Casa de São Paulo. Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Filiada à Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana. Atua em consultório particular. Endereço para correspondência: Rua Gandavo, 188- 92A – CEP 04023-000. Telefone: (11) 90840-5622, e-mail: reginacocco@yahoo.com.br. ORCID 0000-0003-4364-3703.

² Rosa Maria Tosta é Psicóloga, psicoterapeuta, supervisora e orientadora. Doutora em Psicologia Clínica, professora do Programa de Estudos pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC/SP, Especialização em Psicologia Clínica, Psicologia Hospitalar e Psicossomática. Membro do Espaço Potencial Winnicott (EPW) do Instituto Sedes Sapientiae, SP. Endereço: Rua Monte Alegre 984, sala T52– CEP 05014-901. Telefone: (11) 3670-8320 - e-mail: rosamariamt@terra.com.br; romtost@pucsp.br, ORCID 0000-0003-1166-3398.

Introdução

O presente trabalho visa refletir sobre algumas manifestações clínicas decorrentes de traumas ocorridos nas fases iniciais do desenvolvimento emocional, bem como quando emergem em sonho regressivo, associando-as ao manejo clínico proposto por D. W. Winnicott. Para explicar o conceito de trauma, Winnicott reafirma a ideia de que o trauma envolve fatores externos, além de estar intrinsecamente implicado ao nível da dependência do indivíduo do seu meio ambiente. E isto porque, no início da vida, para que o bebê possa continuar a ser, a se constituir e integrar-se numa unidade, ele depende necessariamente da sustentação e dos cuidados maternos, familiares e/ou ambiental. Em outras palavras, o bebê precisa ser recebido e cuidado por outro ser humano devotado³ a ele e, gradativamente, com a constituição do eu, a dependência vai diminuindo em função da conquista de recursos que o preparam para uma dependência relativa e, sucessivamente, com a aquisição de novos recursos psíquicos, segue rumo à independência relativa. Importa assinalar que, na perspectiva winnicottiana, o trauma relaciona-se ao fracasso do ambiente à adaptação e sustentação da dependência do bebê, da criança e do indivíduo. De tal modo, o significado e os efeitos do trauma variam de acordo com a sua ocorrência na fase do desenvolvimento emocional em que se encontram. Ao mesmo tempo, precisamos evidenciar que, na clínica winnicottiana, o termo manejo refere-se tanto aos cuidados do analista e sua semelhança com os da maternagem que uma mãe suficientemente boa oferece ao seu bebê, como também às ações terapêuticas pertencentes à ambiência do contexto analítico no atendimento à singularidade das necessidades do amadurecimento do paciente. Em seu artigo *Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica* (1963/1983), Winnicott apresenta várias denominações de trauma, a saber: original, grosseiro, sutil, benigno e analítico. Contudo, para melhor precisarmos o trauma e seus efeitos segundo as fases do amadurecimento, prender-nos-emos aos traumas que ocorrem junto ao processo de ilusão e desilusão, que se envolvem com as fases iniciais do desenvolvimento denominadas dependência absoluta e relativa. No processo de ilusão e desilusão, Winnicott (1965) afirma a essencialidade do

papel adaptativo da mãe em prover o bebê em suas duas fases: a ilusão e a desilusão. Na fase da ilusão, a tarefa materna e da família consiste em uma adaptação ativa às necessidades do bebê, propiciando-lhe condições para vivenciar a experiência da ilusão de onipotência, e.g., a ilusão da onipotência na experiência da amamentação. No início, o bebê não sabe de si e nem da mãe. Ele é atravessado por uma urgência instintual e sai em busca de algo, mas não sabe o que buscar e nem tem repertório para alucinar. A mãe coloca o seio no lugar e no momento exato ao gesto e à necessidade do bebê. Do ponto de vista do bebê, ele criou o objeto, emergindo daí um sentimento de potência: ele é poderoso, pode criar. Todavia, o bebê não sabe que o objeto já estava lá para ser encontrado. Temos então um paradoxo: para o bebê só tem sentido o objeto criado por ele, mas o objeto precisa estar lá para ser encontrado e criado. A contribuição essencial da mãe é a de prover que o objeto adequado esteja lá para ser encontrado. Na repetição dessa experiência, o gesto e a necessidade do bebê ganham realidade, consolida-se no bebê o sentimento de real, de ser real e viver num mundo real. Ao mesmo tempo, a mãe ao identificar a necessidade do bebê e ao atendê-la na medida exata, nem mais nem menos, torna-se confiável. Esta confiabilidade no ambiente embasa um viver criativo ao longo da vida do indivíduo. Na clínica, a conquista da confiabilidade na pessoa do analista e na ambiência do contexto clínico é ponto fundamental para que toda e qualquer análise venha a se realizar. Se o trauma e/ou o fracasso da ambiência materna ocorre nessa fase da dependência absoluta, então, o bebê vivencia um colapso na área da confiabilidade ambiental e precisa desenvolver precocemente um ego que faça as vezes do cuidado de si. Aqui podemos localizar o trauma original, qual seja: aquele que, em função da sua ocorrência operar na fase da dependência absoluta, o seu efeito é extremamente maligno, pois provoca uma quebra na linha de continuidade de ser do bebê. A reação do bebê a este trauma é um estado confusional e de desesperança, um sofrimento de qualidade agônica, levando-o a uma organização defensiva contra a agonia do que lhe é ainda impensável, pois ainda não possui recursos mentais e psíquicos que lhe ajude a tolerar o trauma. O resultado é um fracasso na constituição do *si mesmo* e na organização do ego do bebê/indivíduo interferindo ou mesmo impedindo a conquista das relações objetivas. Quando as coisas correm bem, e o processo de ilusão pode ser vivido, o segundo passo da função materna é a de possibilitar a desilusão,

³ Para Winnicott, a mãe, devido ao período de gestação, pode ser a pessoa mais preparada para esta função, mas não necessariamente. De qualquer forma, é importante que haja uma pessoa com presença viva exercendo o cuidado. Para simplificar usaremos aqui o termo "mãe" e não "cuidador principal".

ou seja, a de diminuir gradativamente a adaptação ativa ao bebê, segundo a capacidade crescente d'ele em lidar com o fracasso adaptativo e em tolerar os resultados da frustração. Com essa gradual separação da mãe em relação ao seu bebê, ajustada às suas necessidades e às suas condições psíquicas, a função materna vai introduzindo a criança ao mundo compartilhado. Do ponto de vista do bebê, se tudo corre bem, este processo não é sentido como separação, pois pode usar os objetos e fenômenos transitórios nesta passagem. Nessa fase de desadaptação, diz Winnicott (1965), que a mãe está sempre "traumatizando", se assim se pudesse dizer, mas o resultado destas pequenas falhas ou desadaptações não é como o do trauma, em face da capacidade da mãe de sentir a capacidade do bebê, momento a momento, de empregar novos mecanismos mentais. Nas pequenas frustrações onde a reação é de raiva ou ódio e se estes se mostram apropriados, o fracasso ambiental não se situou para além da capacidade do indivíduo de lidar com a sua reação. Na psicopatologia, se a fase da ilusão foi natural e sadiamente vivenciada, o trauma que ocorre na fase da desilusão, então, é um trauma original e seu efeito é também maligno ao desenvolvimento. Na fase da desilusão, o trauma resulta na destruição da espontaneidade da experiência individual, em função de uma demasiada intrusão súbita ou imprevisível de fatos reais. Nesses casos, muitas vezes a geração de ódio no indivíduo, isto é, o ódio ao objeto bom é vivenciado não como ódio, mas delirantemente, como sendo odiado. Em tal situação traumatogênica, que atravessa as defesas incipientes do bebê, o objeto pode tornar-se um perseguidor. E isto porque, o ódio reativo do bebê ou da criança divide o objeto idealizado o qual pode ser experienciado em termos de um delírio de perseguição por parte de objetos bons. Na fase da desilusão, Winnicott (1965) entende que "[...] o trauma é aquilo que rompe a idealização de um objeto pelo ódio do indivíduo, reativo ao fracasso desse objeto em desempenhar sua função" (1965/1994, p. 113). O seu efeito implica também uma quebra da fé, da confiança. Winnicott (1965) chama também a atenção dos analistas para a função da família de proteger a criança dos traumas 'grosseiros' o que, em geral, ela faz cotidianamente e, de maneira peculiar, com cada membro do grupo familiar.

De maneira geral, podemos chamar de traumas grosseiros aqueles que são invasivos, intrusivos e molestadores e com efeitos malignos ao bebê, à criança e/ou a um indivíduo ao longo de sua vida. Com o termo 'grosseiro' Winnicott parece indicar os

riscos aos quais uma criança pode estar sujeita no seu ambiente social, o que o leva a dizer da proteção da família. Em seu texto, o trauma grosseiro ilustrado é provocado por um agente externo da família. Todavia, isto não quer dizer que esse tipo de trauma não possa ser provocado por um membro familiar. Outro aspecto a assinalar é o de que esse tipo de trauma, embora grosseiro, sob o olhar do adulto, pode não ser reconhecido pela criança nem do que se trata e nem do seu efeito maligno, impedindo-a de elaborar a situação sem a ajuda de um adulto. Em função de seu efeito maligno ao desenvolvimento, o trauma grosseiro pode levar à interrupção do amadurecimento.

Para ilustrar o trauma grosseiro o autor descreve o caso de uma menina, ainda pré-púbere, e que se encontrava internada em um hospital. Um "pervertido" adulto andava visitando a enfermaria durante a noite, assustando as crianças que, tal como ela, estavam internadas na ala infantil. Frente a esse trauma grosseiro, diz o autor, a primeira reação daqueles que cuidam da criança é a denegação do acontecido e/ou uma frenética atividade reativa. De início, os envolvidos tendem a acreditar tratar-se mais de uma alucinação e/ou de fantasia da criança do que da possibilidade de um pervertido invadir uma ala hospitalar infantil.

Winnicott acompanhou a menina durante todo o período de internação, de modo que os desenhos produzidos por ela nas sessões fizeram com que ele pudesse reafirmar a veracidade do relato e ajudá-la na integração do acontecido. Diz o autor: "Se poderia dizer que apenas esta menina entendeu o perigo; todas as outras trataram o assunto ficando excitadas de modo geral, com medo de fantasmas ou esperando que todo barulho significasse um homem a entrar pela janela" (1965/1994, p. 103). Para essa criança em questão, esse trauma não causou maiores estragos pelo fato de ela estar intimamente em contato com o seu analista, "[...] uma pessoa profissionalmente envolvida, alguém em quem, havia descoberto, que podia confiar por maneiras grosseiras quanto sutis" (1965/1994, p. 103). Somado a isto, Winnicott acrescenta: "[...] o fato de ela possuir sua própria família e confiar absolutamente em todos os membros dela foi o fator constante que a capacitou a acreditar em mim e utilizar-me" (p. 103). Como vimos, a confiabilidade no ambiente torna-se fator fundamental ao processo analítico, sendo este o primeiro passo a ser conquistado para a realização da análise.

No manejo clínico, o autor mostra claramente como um adulto, no caso ele como analista, pode

tornar-se um ego auxiliar e ajudar na elaboração do ocorrido. Na indisponibilidade do cuidado ambiental, a criança não tem como entender o perigo e, sem recursos egóicos, acaba ficando excitada, com medo de fantasmas ou de que todo barulho signifique um homem a entrar pela janela. O fato de a criança poder usar Winnicott na análise para experienciar os traumas grosseiros, fez com que os efeitos do perigo do pervertido não fossem devastadores.

Diferentemente do trauma grosseiro, o trauma sutil é explicado por Winnicott como uma nova versão do trauma original. Esse tipo de trauma advém de falhas pequenas ou sutis, todavia, a reação sentida pela criança ou pelo indivíduo manifesta-se com a intensidade e a organização defensiva que foram constituídas quando do trauma original. Na clínica, Winnicott associa os traumas sutis àquelas falhas inevitáveis do analista, como uma viagem, uma doença. Outras vezes, a falha vem do fato de o analista não estar exatamente adaptado como exige o controle onipotente de determinado tipo de paciente, tal como manter-se de tal certa maneira, além de sustar qualquer barulho ou perturbação no ambiente. Diante de uma pequena falha do analista, a reação do paciente pode ser desproporcional à situação vivenciada, exatamente porque ele está se defendendo da ameaça de sofrimento provocado pelo trauma original. Este é um ponto fundamental que deve ser reconhecido pelo terapeuta, pois o manejo clínico permitirá que o paciente faça uso terapêutico da situação de falha compartilhada pela dupla analítica. No contexto clínico, com o adequado manejo, o trauma sutil pode ser chamado de trauma analítico, cujo efeito pode ser tão benigno quanto ao das pequenas desadaptações maternas necessárias ao processo de desilusão. O trauma analítico provoca mudanças que permitem a retomada do amadurecimento que havia sido interrompido pelo trauma original.

Para ilustrar o trauma sutil, o autor descreve uma das sessões da análise dessa criança acima mencionada.

A paciente reclinou-se no divã como de costume e falou muito suavemente disto e daquilo. Eu precisava ficar (como era usual com ela) muito próximo a fim de conseguir ouvir. Nesses momentos, ela fica muito sensível a qualquer mudança na sala e tenho de evitar perturbá-la fazendo mudanças descuidadas. Por muitas maneiras, a paciente precisa ter-me sob o seu controle e tenho de lhe dar atenção plena. [...]. Estando as condições quase perfeitas, ela começa a querer que eu fale, mas não existe material

para usar e sei (pela experiência passada) que, se falar, acabarei por perturbá-la. Digo, mal importa o quê: - Você precisa que eu fique sob seu controle, como se uma parte de você.... Antes que vá mais longe ela já se acha freneticamente perturbada. Enrosca-se e se retrai e fica inconsolável. Chora e está, claramente, profundamente ferida. Há agora um fator tempo envolvido, de maneira que não posso parar até que a fase passou; tem-se de permitir que esta chegue a uma conclusão natural (1965/1994, p. 104).

Aqui o manejo clínico, diz Winnicott, tem a haver com a chamada 'transferência delirante'. Neste tipo de transferência, à semelhança da *psicose* de transferência, conforme Naffah Neto (2010), a figura do analista é inteiramente eclipsada, o que faz com que ele seja experienciado unicamente como objeto subjetivo. Nesse contexto, a interpretação não ganha espaço, já que não há nada a ser discriminado e/ou diferenciado, nem no nível dos tempos envolvidos, nem no nível dos objetos implicados. "[...] Necessária aí é tão somente a sustentação da transferência, para que o paciente possa reviver a situação traumatogênica diante de um ambiente mais acolhedor e assim retomar experiências que, na história real, não puderam se realizar ou ficaram truncadas" (Naffah Neto, 2010, p. 88).

Como vimos, o ódio pelo objeto bom é experienciado não como ódio, mas delirantemente, como sendo odiado. O ódio reativo do bebê ou da criança divide o objeto idealizado e isto pode ser experienciado em termos de delírio de perseguição por parte de objetos bons. Na sessão, descreve Winnicott: "[...] dentro do âmbito de uma poderosa transferência positiva, a menina fica ferida e tenta atingir a aflição e o choro a que não pode chegar por si própria. Ao final, a fase se resolve e a paciente torna-se capaz de dizer: "Você pareceu estar zangado comigo quando disse..." (1965/1994, p. 104). Para melhor explicitar essa experiência, Winnicott assinala que a paciente estava emergindo de um episódio paranoide, com a seguinte configuração:

Eu estava me encaixando com sua ideia de uma pessoa que se acha em seu controle onipotente, quase parte dela.
"Movimentei-me" muito ligeiramente e de imediato fiquei fora de seu controle.
A parte seguinte era inconsciente; ela me odiava.
Ela sabia que eu era um perseguidor;
Ela percebeu que isto tinha sido um delírio.

Tornou-se então capaz, de maneira muito reduzida, de tentar alcançar (3) o ódio de mim (em que confiava) por minha minúscula excursão fora da área de sua onipotência (1965/1994, p. 104).

A primeira tarefa de Winnicott foi a de cooperar com o processo de sua idealização pela criança. Depois, a de partilhar o ônus da responsabilidade pelo rompimento da idealização, através do ódio da criança, ódio que lhe viria como um delírio de o analista estar zangado com ela. Por esta maneira, a criança alcança a ambivalência, ainda que apenas um pouco. A criança reage a uma nova versão do trauma original, todavia agora, em função da confiabilidade no analista e em situação especializada do *setting* analítico, a experiência assemelha-se às falhas maternas que levam ao crescimento. Muitas e variadas situações mobilizadas por falhas inevitáveis do analista podem ser vivenciadas como uma versão do trauma original em especial na clínica com pacientes esquizoide, *borderline*, falso *self*, entre outros, cujas dificuldades são oriundas das fases iniciais do amadurecimento.

Denise tinha 24 anos⁴ quando procurou a análise logo após submeter-se a uma cirurgia bariátrica, pela qual acreditava que curaria também suas intensas angústias, solidão e dificuldades em relacionamento. O fato destas questões persistirem, levou-a a um estado confusional e depressivo, uma vez que, contrariando sua crença, suas dificuldades emocionais não eram advindas de sua obesidade. Após um ano e meio de análise, tivemos que mudar o consultório de endereço. Apesar de todos os esforços e trabalho de preparação para a mudança, inclusive na manutenção dos móveis e na disposição dos mesmos na nova sala, a primeira sessão ali realizada poderia ser descrita como um caos, que por pouco não pôs a análise a se perder.

Ao adentrar a sala, Denise sentou-se em sua poltrona costureira e rapidamente levantou-se dizendo que havia sido trocada. Aquela não era a sua poltrona, pois era menor e sentia-se mal acomodada. Queixou-se da estante, que ficava atrás da analista, que fora lixada e não tinha mais o mesmo cheiro anterior. Examinou os objetos na sala e dizia que só faltava terem mexido no *puff* que ficava junto à poltrona dela. Nada que a analista fizesse poderia ajuda-la em seu desconforto angustiante. Por várias sessões, a paciente inquietou-se e seus ataques passaram a focar a própria analista. O ponto principal do estrago ocorrido foi relativo à confiança, que não

se rompeu por um fio, especialmente pelo manejo clínico de acolhimento e sustentação pela analista da situação vivenciada. De outro lado, a comunicação advinda dos sentimentos angustiantes e dos ataques da paciente ajudaram muito a paciente e a analista no norteamento da análise. Como sua desorganização atingia seus relacionamentos externos, fez com que ela tivesse uma importante discussão com a mãe. Nessa discussão, na tentativa de explicar-se com a filha, a mãe lhe conta que após o seu nascimento, ela sofreu uma depressão pós-parto, que se agravou quando Denise contava com três meses de idade e ela precisou morar na casa de seus pais por uns quatro meses. Nesse período, Denise ficou aos cuidados do pai e de uma empregada da casa. A mudança física do consultório era uma versão da mudança da mãe para a casa dos avós, quando a mãe ainda não era percebida como ambiente. A ausência materna foi o trauma original ocorrido ainda na fase da lactação. Nesse caso, não podemos dizer de frustrações, mas de aniquilamento.

Em seu texto, *O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família* (1965/1994), Winnicott acentua o papel do ambiente na formação e desenvolvimento do bebê. Diz o autor: “[...] se o uso do objeto pelo bebê se transforma em algo, então tem de ser o começo da formação, na mente ou na realidade psíquica pessoal do bebê, de uma imagem do objeto” (1967/1975, p. 135). Mas, tanto a imagem como a imago, para se manterem vivas e significantes, dependem do reforço trazido pela presença real da mãe, viva e concreta, juntamente com o cuidado infantil. O autor explicita:

[...] o sentimento de que a mãe existe 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 de utilizar o símbolo de união. O bebê fica aflito, mas essa aflição é logo corrigida, pois a mãe retorna em x + y minutos. Em x + y 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 (1967b/1975, p. 136).

Em seu extremo, a ausência materna produz uma ruptura na continuidade de vida do bebê e defesas primitivas são organizadas contra o retorno da agonia impensável ou do estado confusional próprio da desintegração da estrutura do ego, ainda incipiente.

A morte psíquica da mãe é também vivenciada como a morte de parte do bebê. Esta é a explicitação

⁴ Nome e idade fictícios

que torna compreensível o estado de angústia e confusional de Denise frente à mudança no ambiente analítico, pois a continuidade física da sala permitia-lhe manter seu controle onipotente sobre o ambiente.

Essa experiência proporcionou um aprofundamento da análise instalando-se a necessária regressão à dependência, levando-a a descobrir a complexidade das defesas manifestadas na sua relação consigo e com o mundo.

Após um mês da discussão com a mãe, Denise passa a acompanhar freneticamente o assassinato da criança Isabela, repercutido exaustivamente na mídia impressa e televisiva. Denise ora se identificava com a madrasta e ora com a criança. Dizia-se explosiva como a madrasta e ao mesmo tempo acreditava que após a morte a criança estava num estado de anestesiamento até que toda comoção familiar e social se acalmasse e ela pudesse continuar sua jornada. Era assim, dizia, que se sentia anestesiada diante da fragilidade materna frente às explosões paternas e que conturbavam o ambiente familiar.

Na realidade, a paciente havia experienciado, na transferência delirante, a perseguição que constitui um passo necessário no sentido da experiência do ódio de um objeto bom, sendo este o estofa da desilusão. Nos meses seguintes, através de vários sonhos regressivos, a paciente pode reconhecer o delírio que se achava no centro do episódio relativo à mudança do consultório e de seus relacionamentos externos.

Vejamos com o relato de um de seus sonhos, a reação ao trauma sutil e o uso analítico do sonho regressivo. Inicialmente, importa assinalar que na literatura psicanalítica, o aspecto regressivo do sonho está ligado à natureza primitiva da fonte indutora de ansiedade no conteúdo do sonho manifesto. No sonho regressivo, assim denominado por Winnicott, em *Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica* (1963/1983), a fonte indutora é da ordem da agonia impensável e sua característica principal no manejo é a regressão à dependência. No uso analítico do sonho temos o pressuposto freudiano de que os recursos psíquicos, necessários ao sonho relativo ao inconsciente reprimido, tais como os mecanismos de projeção e introjeção, condensação e deslocamento, a fantasia inconsciente, o simbolismo, bem como os conflitos instintuais já fazem parte do psiquismo do indivíduo desde seu nascimento. De tal modo, a interpretação é o instrumento mor para tornar consciente o inconsciente. Diferentemente, Winnicott parte da ideia de que tais recursos psíquicos e os conflitos

instintuais serão conquistados gradativamente ao longo das fases do desenvolvimento. O autor afirma a instintualidade, mas não a concebe como fundante da personalidade. Em primeiro, porque postula que nos primórdios do amadurecimento, à época da dependência absoluta do apoio do ego materno, o comportamento do ambiente faz parte integrante do desenvolvimento do bebê. Em segundo, porque o bebê ainda não alcançou por ele próprio um reconhecimento e repúdio do não eu, condição que lhe capacitaria aos mecanismos de introjeção e projeção. Nas fases mais iniciais do desenvolvimento importa considerar que, segundo Winnicott, o sonho tem suas raízes na elaboração imaginativa das funções corporais e está intrinsecamente relacionado à criatividade originária e ao espaço potencial⁵, ambos conquistados e constituídos nas fases mais iniciais do amadurecimento. Isto nos leva a assinalar o aspecto referente ao grau de superposição advindo da fantasia e do trabalho operado pelos recursos psíquicos na produção e elaboração do sonho. Nas fases mais iniciais, essa superposição é mínima, como diz Winnicott, uma vez que ainda não podem contar com funções e mecanismos psíquicos mais complexos e especializados.

Segundo Winnicott, nas fases iniciais do desenvolvimento 'o sonho é explícito em si próprio e o afeto é verdadeiro', expressão esta que pode ser encontrada em seus textos na ilustração de vários sonhos de pacientes, cujas dificuldades são oriundas de fases iniciais e/ou de psicóticos. Ou ainda quando afirma que os sonhos de psicóticos têm um grau menor de distorção do que os de pacientes neuróticos. Por exemplo, no fragmento clínico de *Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade* (1949/2000), Winnicott faz a seguinte observação: "[...] este sonho tem uma superposição sofisticada muito menor do que nos sonhos da Srta. H., pois a paciente é psicótica e não neurótica. Por esse motivo o afeto é evidente" (p. 268).

Denise teve um sonho que pode ser chamado de regressivo, pois trata de situações vivenciadas em fase inicial do amadurecimento. Na sessão, relata o sonho que dizia ser recorrente desde sua adolescência, no qual a cena vinha pronta: de repente se via muito pequenina dentro de uma caixa de fósforos e

⁵ Criatividade originária e espaço potencial são dois conceitos nucleares da proposta winnicottiana. Para que a criatividade possa ser vivida é preciso que a mãe possibilite a experiência da ilusão de onipotência. Na esteira da ilusão de onipotência surge o espaço potencial que é um espaço criado entre a mãe e o bebê e resultante da confiabilidade materna. Esse espaço é localizado por Winnicott na área do viver e torna-se a fonte da cultura, da arte e da religião.

essa caixa era uma casa, em miniatura, sem telhado e toda aberta em cima. Ela estava lá dentro muito pequenininha e tinha em cima da caixa uma bola de tamanho normal, mas em relação à Denise e à caixa de fósforos, a bola era enorme. E dali de dentro ela tinha que conseguir tirar um pedacinho daquela bola e levar para a mãe, mas ela não conseguia porque aquela bola lhe deformava a boca, a língua ia estufando, asfixiava e ela não conseguia respirar. Ela só sabia que sua mãe estava lá, mas não dava para ver onde. Quando retornava desse sonho, que parecia um *flash*, ela ficava muito angustiada. Era tão forte que muitas vezes, em casa, acordava à noite com a sensação da boca toda deformada, com a língua estufada e asfixiada. Relata que era horrível, e ela pensava: *por que sua mãe não estava lá tomando conta da bola e por que não era ao contrário ela tirando um pedacinho da bola para lhe dar?* Mas, o desesperador é que ela acabava achando que era pura loucura, mas nessa noite, pela primeira vez, foi diferente, ela estava na caixa de fósforos, mas aquela bola enorme não estava mais lá. Até sentiu um formigamento na boca, mas sem nenhuma angústia de asfixia. Pode ver que tinha móveis, era uma casa, o sofá, tinha até um quadro, tudo em miniatura. E finaliza dizendo: *Sei lá, não sei te explicar, tive a sensação de que eu tinha regredido... e aí até pensei tenho que falar com a minha analista que agora também dei de ficar regredida.*

A comunicação desse sonho apontava para a experiência da mudança do consultório e a revivência da falha materna em sua tenra idade. A regressão à dependência é dolorosa e traz grandes riscos, mas permitiu que a paciente pudesse reviver no *setting* analítico a falha inicial e receber o atendimento às suas necessidades que lhe faltou quando ainda na fase da lactação.

Um aspecto importante do manejo clínico é que pudemos fazer a ligação entre a mudança do consultório e a falha materna. Mas, sobretudo, foi a própria paciente que chegou à interpretação da loucura manifestada por um sonho recorrente que muitas vezes lhe aparecia como um *flash* quando acordada, trazendo-lhe grande angústia. Por outro lado, foi também a paciente que chegou à interpretação de que estava regredida.

Em termos de manejo clínico, qualquer interpretação dessa loucura em momento anterior da análise seria invasiva e inoportuna diante da fragilidade da força egóica de Denise. O resultado teria sido devastador.

A respeito desse fragmento clínico, podemos dizer que a paciente experienciou o seu primeiro

“trauma analítico”, ou “trauma benigno”, explicitados por Winnicott. Talvez esta fosse a primeira vez que Denise pode chegar a uma mudança nas defesas originalmente organizadas com relação à ausência materna, seja pela depressão pós-parto seja por sua súbita mudança para a casa paterna. Denise pode elaborar e integrar o acontecido, que estava dissociado. O que era sentido como loucura agora tinha sentido e um lugar para ser guardado.

Considerações finais

De importância para a tarefa analítica está a compreensão de que “[...] a agonia primitiva não pode cair no passado, a menos que o ego possa primeiro reuni-la dentro de sua própria e atual experiência temporal e do controle onipotente de agora” (Winnicott, 1963/1994, p. 73). Na clínica, diz Winnicott: “É esta integração do ego que me interessa [...] a capacidade crescente do paciente de reunir tudo dentro da área de sua onipotência pessoal, incluindo até os verdadeiros traumas” (1965d/1983, p. 154).

Além disto, a avaliação da força egóica do indivíduo é um dos aspectos essenciais para a possibilidade de uma interpretação adequada e oportuna. Como diz o autor, de nada adianta interpretar quando o paciente não tem condições de integrar egoicamente o material apontado. A insistência de interpretações fora do alcance egóico do paciente muitas vezes se torna apenas um apelo ao uso do intelecto. A tarefa na clínica winnicottiana consiste em ajudar o paciente a ter condições de chegar o mais próximo possível de fazer a interpretação por si próprio.

Na clínica, há uma grande variedade de situações traumáticas que poderão ser expressas em sonhos, por mecanismo delirante, entre outras. Entretanto, quando estas ocorrem nas fases iniciais do desenvolvimento, o norteamo do uso analítico do sonho e/ou do manejo das necessidades e dificuldades do paciente será ditado pelo reconhecimento das principais tarefas da elaboração imaginativa das funções corporais a serviço da integração e constituição do indivíduo. O mesmo se dá com relação às tarefas que foram interrompidas, das que estão em andamento e da preparação do terreno às tarefas de fases posteriores. O trauma sutil traz também a característica de um trauma benigno, que decorre das falhas maternas que vivenciadas no processo da desilusão. Convém ressaltar que essas falhas de acordo com a capacidade de tolerância do bebê são estritamente

necessárias ao crescimento e amadurecimento do indivíduo. Da mesma forma, no contexto analítico, com as falhas inevitáveis do analista, o paciente poderá experienciá-las e usá-las em benefício do seu próprio amadurecimento.

O aspecto saudável dos sonhos regressivos está no acesso às experiências mais primitivas, muitas das quais nem mesmo se constituíram em memória, para que, então, pudessem cair no esquecimento. No caso clínico descrito, foi com seu sonho que a paciente conseguiu comunicar a agonia vinculada à mais primitiva das organizações defensivas, a clivagem que a acompanhava desde a tenra infância. Na compreensão diagnóstica e no manejo das manifestações de reações a um trauma original é preciso atentar para o fato de que elas podem se apresentar de várias maneiras e por várias defesas. O elo que podemos evidenciar do trauma sutil entre o sonho regressivo e o mecanismo delirante, ilustrados neste trabalho, está em considerarmos que nas fases iniciais do amadurecimento estão as primeiras e principais tarefas, dependentes absolutamente do cuidado ambiental, a saber: a integração no tempo e no espaço, o alojamento da psique no corpo, o início do contato com os objetos e a constituição do *si mesmo* primário. Nessas fases, o trauma original interrompe e/ou prejudica

consideravelmente a realização dessas tarefas e causam os mais graves estragos na constituição da personalidade. O momento da ocorrência do trauma assume prioridade na compreensão do paciente, pois expressará tanto as tarefas que foram interrompidas e/ou prejudicadas, bem como os recursos psíquicos que nortearam a organização defensiva para fazer frente à agonia vivenciada. Importa ainda atentar que os traumas sutis se repetem continuamente na esperança da revivência da situação traumatogênica em um ambiente especializado de acolhimento e sustentação. Independente do tipo e/ou modo de manifestações às reações contra o trauma original ocorrido nas fases iniciais do amadurecimento, o manejo estará implicado com a sustentação do contexto analítico à regressão à dependência e na adaptação aos cuidados ambientais que não foram vividos para que o paciente possa elaborar e apropriar-se da situação traumatogênica original e retomar seu amadurecimento. Finalmente, da contribuição winnicottina, podemos assinalar a importância substancial do conhecimento do analista sobre o processo do amadurecimento emocional tanto para a compreensão diagnóstica quanto para o manejo e utilização dos traumas sutis no norteamo da análise.

Referências

- Naffah Neto, A. (2010). As funções da interpretação psicanalítica em diferentes modalidades de transferência: as contribuições de Winnicott. *Jornal da Psicanálise*. São Paulo, v. 43 (78).
- Winnicott, D. W. (1975). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: Winnicott, D. W. *O brincar e a realidade*. (13-44). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1953).
- Winnicott, D. W. (1983). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação analítica. In: Winnicott, D. W. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (pp. 225-233). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho publicado originalmente em 1963).
- Winnicott, D. W. (1994). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In: Winnicott, C.; Shepherd, R. & Davis, M. (1994). *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. (pp. 102-115) Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965).
- Winnicott, D. W. (2000). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (pp. 255-276). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1949).

Recebido: 27.02.2019 / Corrigido: 02.08.2019 / Aprovado: 07.08.2019