

“CONSEGUIREMOS SOBREVIVER?”: REFLEXÕES ACERCA DO DESAFIO TÉCNICO COM PACIENTES QUE VIVERAM SITUAÇÕES TRAUMÁTICAS

“Will we be able to survive?”: reflections on the technical challenge with patients who have experienced traumatic situations

LUCIANA WAGNER GRILLO¹
FERNANDA MARINHO MATTE²
CLAUDINE BRUNSTEIN GENOVESE³
GILVANIA B. VIEIRA⁴
LILIANA BRAGA CARDOSO⁵
RAFAELA BRODACZ DE VASCONCELLOS⁶

RESUMO: O presente trabalho apresenta, por meio de vinhetas clínicas, reflexões acerca do desafio técnico com pacientes que guardam em si a “toxicidade” do traumático. No grupo de Discussão Clínica do CEAPIA nos deparamos, predominantemente, com situações clínicas de alta gravidade, havendo a necessidade constante, enquanto terapeutas, de ampliar nossa capacidade de continência e técnica para abarcar as demandas primitivas de nossos pacientes. Embasamo-nos em autores clássicos e contemporâneos na busca de compreensão da densidade do tema, por meio de três vinhetas de casos clínicos, os quais revelam a necessidade de construir, também na escrita, produção de novos sentidos.

PALAVRAS-CHAVE: Trauma. Clínica contemporânea. Psicanálise.

¹ Psicóloga. Centro de Estudos, Atendimento e Pesquisa da Infância e da Adolescência (CEAPIA). E-mail: luciana.grillo@ceapia.com.br.

² Psicóloga. Centro de Estudos, Atendimento e Pesquisa da Infância e da Adolescência (CEAPIA). E-mail: fernanda.matte@ceapia.com.br.

³ Psicóloga. Centro de Estudos, Atendimento e Pesquisa da Infância e da Adolescência (CEAPIA). E-mail: claudine.genovese@ceapia.com.br.

⁴ Estudante de Psicologia (FADERGS). E-mail: gilvaniabv@gmail.com.

⁵ Estudante de Psicologia (IMED). E-mail: lilianacbraga@hotmail.com.

⁶ Estudante de Psicologia (UFCSA). E-mail: rafaelabrovas@gmail.com.

ABSTRACT: The current study presents, through clinical vignettes, reflections about the technical challenges therapists face while working with patients, who are deeply involved with the “toxicity” of the traumatic. In our group study at CEAPIA, we often encounter severe clinical situations, in which there is a constant need, as therapists, to expand our capacity to contain and find techniques that meet the primitive demands of our patients. We base our work on classical and contemporary authors, in search of a deeper understanding of the subject, through the discussion of three clinical vignettes, which reveal the constant demand to build, also in writing, the construction of new meanings.

KEYWORDS: Trauma. contemporary clinic. Psychoanalysis.

O psicoterapeuta tem que ser capaz de ficar suficientemente perturbado para sentir pelo paciente e, ao mesmo tempo, ser suficientemente sadio para pensar com ele, até que o próprio ego do paciente, seu *self* pensante, cresça o bastante para ser capaz de fazê-lo por si mesmo. (Alvarez, 1994, p. 4)

A clínica atual tem exigido dos terapeutas um constante repensar da técnica e da teoria, visando acolher as diferentes demandas que chegam aos consultórios. Seguidamente, pacientes com queixas somáticas buscam atendimento, não havendo claramente uma demanda emocional. São sujeitos que apresentam mente e corpo cindidos, muitas vezes em razão de privações de continência nos primeiros tempos de vida, quando internalizaram a ausência de sentido ou distorções severas às suas experiências emocionais.

Ausência de sentido e distorções dizem respeito, à luz do pensamento de Bion (1962/1994), a falhas na função alfa por parte da mãe/cuidador/ambiente na interação com o bebê, ou seja, quando este é deixado à própria sorte, já que não houve reconhecimento e tradução de suas demandas (elementos beta) pelo seu entorno. Os elementos beta que não são nomeados/significados pela mãe/cuidador/ambiente, tornam-se altamente tóxicos à mente do bebê, o qual fica com sua matriz egóica marcada por vivências traumáticas, por vezes “silenciosas”, sem expressões sintomáticas visíveis, mas com proporções devastadoras em nível de estruturação psíquica. A propósito desse tema, Trachtenberg (2007) conceitua o termo “filicídio mudo”, no qual o filho se vê impedido de uma existência própria pelos genitores, sendo anulado em seu processo de subjetivação. São pacientes com falhas narcísicas e, por conseguinte, com prejuízos significativos nos processos de simbolização que demandam ajuda e requerem elasticidade técnica, além de uma clínica baseada na empatia, conforme Ferenczi (1928/1984).

Também chegam aos consultórios pacientes que se encontram em situações de traumas, de abusos e de negligências reiteradas. São, na maioria das vezes, invadidos por uma realidade externa patológica, desubjetivante, que afeta sua alteridade intensamente. Os pacientes demonstram, em seus comportamentos disruptivos, em suas crises de ansiedade, entre outras expressões corporais recorrentes, todo o sofrimento psíquico que carregam. São sobreviventes submersos em suas dores: em labirintos do passado e do presente, vagando sem rumo, talvez, porque não tenham encontrado, até chegarem em tratamento, um lugar para existir.

A partir do desafio técnico crescente nesses casos, emergiu o interesse, no grupo de Discussão Clínica do CEAPIA, em escrever o presente trabalho, ampliando possibilidades de escuta e olhar para essas situações em que, frequentemente, somos invadidos por conteúdos mentais indigestos dos pacientes. A metabolização de sensações intensas no encontro com tais pacientes é vital em nossa prática e dá-se por meio de espaços de pensar que validem nossa função terapêutica conforme as necessidades específicas de cada caso, respeitando o funcionamento psíquico, potencialidades e fragilidades de cada paciente nos diferentes tempos do tratamento.

A captura tóxica de Joanna⁷

Joanna, 20 anos, chega para atendimento com queixas que fazem pensar num possível diagnóstico de bulimia, além de apresentar outros diversos sintomas físicos que provocam dores muito intensas, e que a fazem procurar frequentemente por emergência hospitalar. As dores abdominais, e o fato de ficar muitas horas sem dormir ou se alimentar, são assuntos frequentes em suas sessões. Sobre as dores, a jovem verbaliza para a terapeuta: “Sabe, muitas vezes, essas dores são insuportáveis, não sei o que fazer para que passem. Não sei se como, se vou para o hospital, ou se são porque não fui ao banheiro. Não sei qual é a dor que estou sentindo, se é de fome, se é a dor da vesícula... tudo parece uma coisa só”. A paciente fora diagnosticada recentemente com esteatose e cálculo biliar, provavelmente consequências dos seus hábitos alimentares, segundo o que foi sugerido pelos médicos. Entretanto, as queixas somáticas perduram há anos.

A mãe de Joanna, apesar da boa vontade de cuidar da filha, não consegue ser continente a ela, pois seu funcionamento confunde-se com o funcionamento de Joanna. Se mistura com a filha, invade seu espaço privado e projeta nela o que é seu. No apartamento, onde moram mãe e filha, não há portas, exemplificando a falta de limites entre o que deveriam ser duas subjetividades. Para Winnicott (1956/2000), a função de uma mãe suficientemente boa é a de aceitar a onipotência do bebê e possibilitar o desenvolvimento emocional e a formação do *self* verdadeiro. Contudo, há mães que não conseguem, por inúmeras razões, realizar essa função, e essa falha materna provoca uma interrupção no “continuar a ser” do bebê, ou seja, no sentido de sua existência. Para o autor, as descontinuidades no “vir a ser” do bebê alteram a sua percepção do mundo e de si mesmo, acarretando prejuízos significativos no seu desenvolvimento emocional. Essa falha materna também atrapalha outro ponto importante na relação mãe-bebê: a função especular.

Winnicott (1967/1975) preconiza que o precursor do espelho é o rosto da mãe, ou seja, esta deve refletir o desejo ou a necessidade do bebê e não invadi-

⁷ Os nomes dos pacientes apresentados neste trabalho foram modificados para preservar a sua identidade.

-lo com os seus próprios conteúdos. O bebê deve ver a si mesmo no olhar materno, pois é a partir da experiência de ser olhado que ele começa a existir. Contudo, muitas crianças não têm essa vivência de receber de volta aquilo que estão dando, olham e não se veem refletidas. E dentro de si o que sobra é a mistura do eu com o outro, uma confusão interna avassaladora. No início da psicoterapia, era assim que Joanna encontrava-se, perdida no olhar demandante de sua mãe.

Meira (2021), nomeia como “histórias de captura” a qualidade de investimento pulsional das mães dirigida às filhas, salientando que “o que parece rogar por uma escuta é algo das mais iniciais e silenciosas relações com o primitivo objeto” (p. 24). Quando ocorre essa captura materna, as filhas chegam muito confusas aos atendimentos psicológicos, repetindo o discurso ouvido da mãe, que são repletos de cuidados extremos, desmentidas, chantagens emocionais e duplas mensagens. Ou seja, as “mães de captura” mantêm suas filhas reféns das suas demandas exclusivamente. Ao longo de sua história, Joana “ensaiou”, em várias oportunidades, fazer amizades e se relacionar com pessoas da sua idade, com as quais não tinha contato. Sua mãe, frequentemente, a desencorajava, alegando falta de confiança nesses amigos e a possibilidade de lhe fazerem mal. A jovem, em várias sessões, comentou não saber circular sozinha pela cidade, assim como também não sabia pegar ônibus algum. Refere nunca ter recebido qualquer ensinamento que pudesse estimular sua autonomia.

Nessas situações se instala um vazio existencial; um terror/dor sem nome no paciente pela ausência de um objeto continente e pensante nas suas primeiras experiências relacionais. Williams (1994/2014), por meio de sua clínica, cria uma hipótese a respeito das funções mentais da mãe no encontro com seu bebê, que intitula de “função ômega” (p. 247). Esta é como uma antítese à função alfa já conhecida, e nesses casos o bebê recebe projeções maternas, dores e traumas, e fica sobrevivendo à sombra disso.

As dores de Joanna parecem não ser somente dela e, por meio de tantas questões somáticas, a paciente talvez comunique as muitas dores transgeracionais que não puderam ser narradas, vividas, pensadas ou sentidas por sua mãe, assim como pela mãe da sua mãe. Possivelmente, a mãe de Joanna também foi capturada por sua própria mãe, colocada em um lugar que não é seu, destituída da possibilidade de adquirir seu próprio psiquismo, exatamente por quem deveria ser responsável em ajudá-la a construí-lo (Meira, 2021). A avó de Joanna, conforme relato muito breve e superficial da mãe da paciente, tinha diagnóstico de esquizofrenia, não era afetiva e parecia não se importar com ela. A impressão, pela contratransferência da terapeuta diante da frieza no discurso dessa mãe, é de que houve uma vivência de abandono profundo, quicá de uma inversão de cuidados ou ocorrência de uma função ômega, intoxicando a mente dessa filha que, ao tornar-se mãe, possivelmente irradiou suas dores na indiscriminação com Joanna.

Yolanda Gambel (2021) apresenta a ideia de “radioatividade” ao tratar de traumas que são transmitidos como herança às gerações subsequentes, justamente por não poderem ser sentidos ou pensados. É nessa cadeia transgera-

cional do traumático, imperceptível e nocivo, que qualquer um está sujeito a “se contaminar” e “a disseminar” tais efeitos radioativos sem se dar conta. Para a psicanalista, a radioatividade teria relação com eventos externos, de dores sociais inomináveis/irrepresentáveis (como o holocausto) e outras dores num contexto particular de sofrimento, presente em misérias humanas (físicas e psíquicas). Tais eventos invadem e deformam o aparelho psíquico do indivíduo, gerando doenças físicas e turbulência emocional de grandes proporções, e possíveis identificações radioativas.

Nitidamente, no caso de Joanna, dá-se uma inversão na relação entre a dupla mãe e filha, ficando esta última presa ao narcisismo materno. Joanna transmite à terapeuta sentimentos de extrema solidão e abandono. Parece que algo urgente precisa ser feito para resgatar a paciente do buraco e do vazio ao qual não pertence, salvando-a do aprisionamento a um corpo que também não é seu. Diante de algumas faltas e de tanto desespero sentido pela terapeuta, ela, via identificação projetiva, decide telefonar para Joanna buscando saber se estava tudo bem com a paciente, se ela seguia viva, mesmo em meio a tanta dor. O sentimento contratransferencial que invadiu o *setting* e a mente da terapeuta é de que Joanna pudesse estar precisando de alguém que verdadeiramente se preocupasse, se interessasse e cuidasse dela.

Anne Alvarez (1994) pontua que a neutralidade deve ser algo mais estático, sendo a continência algo mais dinâmico, pois essa função analítica tem como base as relações objetais. Refere-se à emotividade cuidadosa, ao cuidado emocional, e ao trabalho realizado dentro do analista. Bion (1962/1994) comparou isso a um estado de *rêverie* materno, no qual a mãe sente o impacto e a aflição projetados dentro dela por seu bebê angustiado, digerindo esses sentimentos para poder devolvê-los ao seu bebê de uma forma que seja tolerável ao pequeno infante.

Após cerca de oito meses de terapia, Joanna relata em sessão: “Outro dia eu estava saindo daqui com minha mãe e ela disse: lá vão as duas gordas... Fiquei furiosa e pedi que não falasse mais disso, já tinha pedido. Ela disse que não falou, que não tinha me chamado de gorda...”. Joanna faz uma pausa e percebe-se que está pensando e associando livremente: “Esses dias me dei conta que usava as mesmas calcinhas dela [mãe]! Não quero mais, vou comprar calcinhas só pra mim. [Ela] diz que o que é meu, é dela. Não quero mais”.

Joanna, paulatinamente, com a experiência de ser olhada e não invadida pela terapeuta, inaugura a capacidade de pensar, de ser. Consegue, a partir da sustentação da escuta sensível da terapeuta, ao seu verbal e não verbal, associar com o desejo de se individualizar, não querendo mais estar misturada com sua mãe. É o processo de subjetivação de Joanna, conforme Trachtenberg (2007), que se inicia e que fica claro quando a paciente faz uma pausa em seu discurso, até então, ansioso. Aqui trata-se de uma construção partilhada de sentidos, na relação terapeuta-paciente, e não de uma reconstrução ou construção no sentido técnico descrito por Freud (1937/1975) em “Construções em análise”, própria dos atendimentos de pacientes com funcionamento neurótico (Cervo, 2020).

Anne Alvarez (1994) revela a essência do que a presença ou companhia “viva” do terapeuta é capaz no encontro com o paciente e sua dor. Contudo, a intensidade desse paciente, por vezes, irrompe a mente do terapeuta, intoxicando, via identificação projetiva, seu mundo interno. Não raramente a dupla vê-se buscando uma possibilidade de sobreviver, como par e/ou como sujeitos, aos efeitos de traumatismos precoces na vida do paciente. Espaços de supervisão, tratamento pessoal e estudos se tornam imprescindíveis na autopercepção do terapeuta aos seus conteúdos internos e a diferenciação das demandas arcaicas do paciente.

A perda de Alex

Alex, 11 anos, é o primogênito de uma família de três filhos, e vem para atendimento devido a comportamentos agressivos para com os irmãos mais novos. A família encontra-se num momento de luto, com a perda recente da mãe, que faleceu inesperadamente de um acidente de carro. À princípio, o menino aceita vir para terapia sem maiores resistências, mas na primeira sessão mostra-se tímido e desconfiado. Observa a sala e os brinquedos, e nomeia que estes não eram mais de seu gosto e nem para a sua idade. Conta então que seu filme favorito é *A fúria de titãs*, uma história permeada por deuses, como Urano, Gaia e Cronos,⁸ e por heróis corajosos que enfrentam bravamente o submundo. Ao narrar sobre seu filme preferido, Alex parecia tentar compreender as forças naturais dos deuses, dos monstros e dos heróis, mas, principalmente, parecia querer compreender e comunicar seus conflitos internos. Alex, a partir dos deuses da mitologia, verbaliza: “Gostaria de ser Cronos, ele é o deus do tempo, e também é imortal... Também gosto muito de Atlas,⁹ você sabia que ele sustenta Gaia?”. Em outro momento, ele se refere ao pai dizendo que o “meu pai é forte como os deuses”.

Winnicott (1968/2021) aponta que o ato de confiabilidade humana se estabelece muito antes do discurso verbal ser adquirido e ter significado, ou seja, que quando uma mãe ou cuidador nina/segura seu bebê, seu tom de voz e o som que emite têm influência na capacidade de confiar. Para ele, somos seres que creem porque tivemos um bom início, e, quando isso falha, a criança se torna uma criança deprivada (no sentido de ter tido e perdido). Devido à perda da mãe, Alex precisa amadurecer precocemente, um menino que passa a sustentar

⁸ Cronos, na mitologia grega, é o deus do tempo e rei dos titãs. É o mais jovem dos titãs, filho de Urano, o céu estrelado, e Gaia, a terra. Segundo o antigo mito registrado por Hesíodo, Cronos invejava o poder de seu pai, Urano, o governante do universo. Urano conquistou a inimizade de Gaia, mãe de Cronos, ao esconder os gigantes filhos de Gaia, Hecatônquiros e Ciclope, no Tártaro. Então, Gaia construiu uma harpe e convenceu Cronos e seus irmãos a usá-la para castrar Urano (Wikipédia, 2022b).

⁹ Atlas, na mitologia grega, é um dos titãs condenado por Zeus a sustentar os céus para sempre (Wikipédia, 2022a).

um mundo nas costas, por ser o mais velho, e que gostaria de controlar o tempo, para assim, quem sabe, poder trazer sua mãe de volta e torná-la imortal.

O intenso sofrimento do paciente, embora indescritível em palavras, se fazia muito presente no atendimento. A dimensão traumática da morte da mãe ressoava no silêncio do *setting*, evocando sentimentos de desamparo e de falta de recursos para enfrentar as demandas internas e externas que eram requeridas, e a terapeuta sentia na sua própria pele o peso desses sentimentos. Em meio à toxicidade do traumático, como pode o terapeuta suportar, manejar essa situação, e reconhecer essa dor incompreensível e insuportável?

A tarefa analítica consiste em fornecer um ambiente de *holding* para o paciente com uma postura sensível, podendo reproduzir no *setting* um ambiente de conforto, recriando um espaço que remeta à confiabilidade primária, base indispensável para o trabalho terapêutico. O terapeuta deve conter e compreender, em certa medida, o próprio desamparo e impotência, o que parece ser tão essencial quanto a receptividade ao conhecer o paciente. O trabalho é o de se diferenciar da identificação projetiva maciça desses pacientes com falhas narcísicas e, simultaneamente, manter a capacidade de *rêverie* viva. Diversas vezes, essa tarefa é tão minuciosa e complexa que faltam palavras. São casos que inundam, seja pelas atuações dos pacientes, seja pelo que o terapeuta sente em sua mente e corpo, podendo assimilar essas vivências do paciente como comunicações inconscientes e valiosas, e buscando conferir ao *setting* (mente do terapeuta) a contenção/tradução de dores até então inomináveis. Talvez a imagem de um equilibrista caminhando numa corda bamba traduza a sensação do que é vivido no *setting* (e fora dele).

Alex necessita se adaptar à perda de sua mãe, um dos maiores sofrimentos humanos, marcando o início de um processo doloroso, de uma ameaça ao seu desenvolvimento: uma questão de sobrevivência. É essencial oferecer a Alex um *setting* acolhedor, onde ele possa processar seu luto, em seu tempo, um “*setting* incubadora” (Lubianca, 2009), capaz de realizar cuidados primários, fornecendo as bases para a integração no tempo-espaço. Um ambiente/terapeuta que possa emprestar seu psiquismo, identificando-se empaticamente, funcionando como um provedor de tempo e de espaço. É por meio do cuidado, da sustentação e da atitude empática, que o terapeuta pode oferecer esse espaço que permite a retomada no desenvolvimento emocional.

Neste caso, a terapeuta não estava em busca de interpretar o material que Alex produzia em sessão, e sim estar presente com ele para atravessarem juntos a dor do luto. Nos inúmeros silêncios que inundavam o *setting*, a companhia viva e esperançosa da terapeuta, sua receptividade àquilo que o paciente poderia falar, como, por exemplo, sobre seu filme favorito, sem buscar sentidos saturados e apressados, possibilitam que Alex pudesse, gradualmente, trazer a si mesmo no aqui e agora das sessões. O paciente não necessita se adaptar às demandas da terapeuta, às suas expectativas; está livre para, em seu tempo, revelar as dores que ainda precisam se manter esquecidas (Alvarez, 2004).

Pensar em luto no caso de Alex e no processo ambivalente nos enfrentarmos de tal dor implica considerar suas condições cognitivas e afetivas, e como estas podem, ou não, auxiliar no seu progresso terapêutico. Também é de grande importância levar em conta o processo de desenvolvimento esperado às vésperas de uma puberdade, como os impedimentos e regressões de seu crescimento para além do trauma. Segundo Lubianca (2009, p. 5), “aceitar a regressão significa, portanto, criar e sustentar um meio-ambiente, em que analista e paciente possam compartilhar uma experiência emocional sem tentativas de organizá-las”.

A angústia de uma mãe enlutada

Marina, 55 anos, buscou psicoterapia após enfrentar muitas batalhas, sendo a principal delas a perda do filho mais novo há mais de 10 anos. Na época, seu filho tinha 18 anos e sofreu um acidente de carro fatal. No início do tratamento, Marina necessitava contar diversas vezes o que tinha acontecido com o filho, para, em seguida, mudar repentinamente de assunto e não falar mais sobre sua perda. A terapeuta aceitava, tal qual uma mãe suficientemente boa faz, a ambivalência de Marina. Contratransferencialmente, a terapeuta sentia uma tristeza profunda e uma paralisação na vida de Marina em razão da perda do filho.

Efetivamente, Marina havia parado no tempo, mantendo os pertences do filho exatamente como estavam no dia da sua morte e não frequentando o cemitério onde o corpo dele está enterrado. Embora a terapeuta se indague acerca dessa paralisia ou morte em vida da paciente, mantinha-se sem interpretar, ou como diria Azevedo (2008 citado por Cervo, 2020, p. 14) realizava “construções mudas”, traçando um caminho mental, uma narrativa interna antes de qualquer intervenção verbal. A troca afetiva entre dupla dava-se mais pelo não verbal nesse período do atendimento, pela presença e escuta sensível da terapeuta diante da fala repleta de dor da paciente.

Gradualmente, a partir de um ambiente suficientemente seguro e acolhedor, Marina começa a apresentar uma oscilação na transferência, projetando na terapeuta ora esperança, ora raiva pelo trauma vivido por ela. Quanto à esperança, em determinado momento Marina diz: “Vir aqui me faz sentir perto dele...”. Além disso, ela sempre comunicava que na terceira cadeira da sala de atendimento estava seu filho. Era como se, ao sentir essa proximidade do filho e criar um espaço seguro para poder falar dele, abrisse uma possibilidade de se aproximar cada vez mais da sua dor emocional e do seu luto não elaborado.

Já a raiva apareceu quando, numa sessão próxima ao dia das mães, Marina vai embora no meio do atendimento, logo após ter se emocionado muito ao falar do filho. Era como se Marina tivesse se sentido atacada pela terapeuta por provocar/trazer à tona sua dor psíquica. Ao deixar a terapeuta sozinha no meio do atendimento, esta é invadida pelo medo inconsciente e o risco real de Marina

nunca mais retornar. Naquele momento, talvez algo do traumático, do pavor da morte daquele vínculo, pôde ser processado pela terapeuta e cabia a ela, a partir da função alfa, sentir essa angústia e digeri-la a mesma dentro de sua mente.

Devido ao fato de ter sido inundada por uma fantasia de morte, e ainda sentindo toda a angústia pela partida de Marina, a terapeuta entra em contato, via WhatsApp, com a paciente. A resposta de Marina é a de enviar fotos do seu filho. Abre-se, a partir dessa comunicação da paciente, a possibilidade de incluir esse material em sessão, levando alguma recordação do filho para o atendimento. Marina, então, leva uma mochila dele, e durante o atendimento decide o que fará com ela: enterrar junto com o cachorro que era do filho, no dia que ele morresse. Marina sorri, parecendo aliviada por ter encontrado um destino para aquele objeto tão importante.

Pensamos que Marina pôde encontrar um destino, uma morada para uma dor inominável, na relação com a terapeuta. Pôde se sentir respeitada em seu sofrimento e em seu ritmo para lidar com o mesmo, o que conferiu à paciente a vivência da alteridade no encontro terapêutico. Esse encontro de morada só foi possível devido ao *setting* incubadora (Lubianca, 2009) proporcionado pela terapeuta, um lugar de acolhimento e adaptação à paciente de modo a conseguir, progressivamente, reconhecer a realidade. Para Winnicott (1967/1975), o manejo (*holding*) é tão fundamental quanto o *holding* para o bebê e seu desenvolvimento emocional. Poder, tecnicamente, adaptar o *setting*, incluindo objetos do filho, teve um efeito elaborativo importante para Marina, que só foi possível pela atitude da terapeuta de não interpretar, de acolher e compreender que a paciente necessitava desses objetos concretos para falar de sua dor psíquica.

Gampbel (2006), com base no conceito de objeto transicional de Winnicott, desenvolve a ideia de objeto tesouro, ou seja, que esse objeto está ligado a uma possibilidade de sobreviver ao traumático, “de forma que, apesar do vazio provocado pela separação brutal da perda e da morte, cada sujeito encontre uma ilusão metaforizada” (p. 33) para se sustentar psiquicamente. A mochila do filho e suas fotos talvez possam ser esses objetos referidos por Gampbel (2006), os objetos tesouros de Marina. Estes podem ser um veículo para a paciente sobreviver à violência do trauma por encontrar em tais objetos “espaço de ilusão dotado de um valor simbólico” capaz de disfarçar, nem que seja por breves momentos, o horrível e o impensável (p. 35).

O processo de elaboração e ressignificação fica ilustrado na mudança das cores das roupas de Marina. No início do tratamento ela usava somente roupas escuras, símbolo do luto na cultura ocidental, e com a abertura de espaço para olhar para sua dor, sempre acompanhada de uma terapeuta sensível e viva, foi capaz de começar a vestir outras cores. Essa mudança mostra a transformação do não pensar na morte e na perda do filho com a possibilidade de haver espaço para vitalização, onde a vida dele e sua presença possam ser sentidas, no lugar da morte e da falta.

Considerações finais

Casos como o de Joanna, Alex e Marina convidam os terapeutas a repensarem sua técnica clássica, buscando construir com o paciente um novo caminho. É preciso olhar para além do que é manifestado pelos sintomas físicos, escutar o não dito, o capturado e o perdido. É necessário usar a contratransferência como bússola, tendo nela um norte de qual é verdadeiramente a demanda/causa pela qual essas pessoas procuraram tratamento.

Para Joanna, foi preciso ajudá-la a construir uma casa própria num espaço psíquico onde o terreno está repleto de objetos deixados por sua mãe/cuidador/ambiente. Já com Alex, o trabalho consistiu em, arejar e proteger aquilo que já habitava em sua mente antes do trauma acontecer. E para Marina, foi imprescindível criar novas sustentações para as paredes de sua morada mental, podendo assim abrir espaços para que os tesouros que ela carrega em sua memória possam habitar a casa novamente (Cervo, 2020).

Desenvolver confiabilidade na relação terapêutica requer um trabalho psíquico intenso por parte do terapeuta. Além das fragilidades ambientais e estruturais nos casos citados, muitas vezes nos deparamos com o desafio técnico de tratamentos com baixa frequência de sessões. Seguidamente, esses pacientes se veem em situações de vulnerabilidade social, de insuficiente rede de apoio capaz de amparar os atendimentos. Nesses casos, também se vivencia sentimento de impotência e de confusão no terapeuta, gerando, seguidamente, dificuldades técnicas importantes. Não raramente, são situações nas quais o paciente apresenta risco e/ou abandona o tratamento, o que revela ambivalências tão características nesses casos.

O terapeuta necessita, assim, desenvolver “redes” que sustentem tais tratamentos, o que, infelizmente, nem sempre é possível. O desamparo comumente também invade o *setting* e a mente do terapeuta, sendo preciso buscar meios, como a escrita deste trabalho e discussões em grupos de estudos, além de supervisão e tratamento pessoal, para tentar dar conta do que se vive quando o terapeuta se depara com a dor de seus pacientes e a sua, uma vez que não está imune. Ele pode, assim como seu paciente, sofrer os efeitos nefastos da radioatividade e ser contaminado por ela, inviabilizando sua escuta e capacidade de pensar.

Por um tempo incerto, acreditamos que o terapeuta irá abarcar/abraçar a dor sem representação desses pacientes para que emergja, no encontro aqui- agora da dupla terapêutica, uma (nova) possibilidade de existência para eles. Talvez a sobrevivência do par terapêutico aos efeitos do traumático evolua à conquista de um senso de si mesmo ao paciente, por meio da internalização dos cuidados vividos na relação com seu terapeuta. Quem sabe essa seja a passagem, muitas vezes demasiadamente turbulenta no *setting* (e fora deste), de um estado de paralisia emocional do paciente à capacidade de ele sentir-se realmente vivo? Essa é a nossa esperança.

Referências

- Alvarez, A. (1994). *Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Azevedo, A. (2008). Construções em psicanálise: alguns comentários. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(3), 59-67.
- Bion, W. (1994). Uma teoria sobre o pensar. In: W. B. Bion, *Estudos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1962)
- Cervo, L. (2020). O trabalho com crianças: construir uma moradia ou mobiliar uma casa? – Parte I. *Publicação CEAPIA*, 29, 7-16.
- Ferenczi, S. (1984). Lá elasticidade de la técnica psicoanalítica: progresso entre el conocimiento del sentido de realidade. In: S. Ferenczi, *Obras completas* (t. III, p. 59-72). (Trabalho original publicado em 1928)
- Freud, S. (1975). Construções em análise. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. 23, pp. 290-304). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937)
- Gampel, Y (2021). A dor do social. *Livro anual de psicanálise*, 36, 163-182.
- Lubianca, L. (2009). O setting-incubadora: ressonâncias do pensamento de Winnicott na clínica psicanalítica. *Revista do CEP de PA Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre*, 15, 43-51.
- Meira, A. C. S. (2021). *Histórias de captura: investimentos mortíferos nas relações mãe e filha*. São Paulo: Editora Blucher.
- Trachtenberg, A. R. (2007). Consciência geracional, exogamia e subjetivação na adolescência. *Publicação CEAPIA*, 16, 15-22.
- Williams, G. (2014). On different introjective process and the hypothesis of the “omega function”. *McMaster University*, 8(27), 243-25. (Trabalho original publicado em 1994)
- Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In: D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1956)
- Winnicott, D. W. (2007). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self* In: D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação*: obras escolhidas (pp. 128-139). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1960)
- Winnicott, D. W. (2021). O aprendizado infantil. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 167-176). São Paulo: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1968)
- Winnicott, D. W. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 153-162). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967)
- Wikipedia. (2022a). *Atlas*. Recuperado em 7 de setembro de 2022, de [https://pt.wikipedia.org/wiki/Atlas_\(mitologia\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Atlas_(mitologia))
- Wikipedia. (2022b). *Cronos*. Recuperado em 7 de setembro de 2022, de <https://pt.wikipedia.org/wiki/Cronos>