

Saindo da Caverna do Dragão:

A elaboração do trauma através do encontro de si mesma

Laura Goettems Bastos

Introdução

Seis crianças embarcam numa montanha-russa de um parque de diversões. Após passarem por um túnel, eles são teletransportados para uma outra dimensão chamada Reino. Em sua chegada, conhecem um ancião chamado Mestre dos Magos, que os guiará para tentar encontrar o caminho de volta para casa, de volta para a sua dimensão. Nessa jornada vivem muitas aventuras e sempre entram em combate com o malvado Vingador. O Mestre dos Magos fornece diferentes armas mágicas para cada um deles os ajudando a combater esse malvado. Sendo que o Vingador tenta persistentemente capturar essas armas mágicas para aumentar seu próprio poder, para assim poder combater sua grande inimiga, a deusa-dragão Tiamat de cinco cabeças. Sendo ela, seu único medo ([link na referência](#)).

Essa é a sinopse de um desenho animado chamado “Caverna do Dragão” que estreou na década de 80 e reprisou na televisão infantil até o ano de 2014, fazendo sucesso mundialmente. Em todos os episódios, a trama se mantém ao redor do mesmo objetivo: encontrar o caminho de volta para casa. As crianças enfrentam inúmeras dificuldades, combatem feiticeiros malvados e criaturas medievais, sendo muitas vezes iludidos e manipulados. Por sua determinação e capacidade de superar as adversidades, esses heróis infantis sobrevivem a cenários assustadores na esperança de voltar para casa.

Por não ter tido um episódio final, até hoje há diversas teorias na internet que tentam explicar o motivo das crianças terem ficado capturadas nessa outra dimensão. Dentre essas teorias, encontra-se a que afirma que após morrerem num acidente de montanha russa, as

crianças foram parar no inferno, de onde nunca conseguiriam realmente sair. Portanto, desde o primeiro episódio, elas estariam vivendo numa espécie de purgatório.

Início este trabalho mencionando o desenho Caverna do Dragão, pois o mesmo foi citado diversas vezes nas sessões pela paciente que ilustrará esta escrita, sendo possível estabelecer correlação entre a temática do desenho e a história traumática vivida pela paciente na sua infância. A partir desse cruzamento, este trabalho tem por objetivo compreender a contribuição do tratamento psicoterápico psicanalítico no processo de elaboração de eventos traumáticos.

Compreensão teórica

O que é trauma?

O termo “trauma” vem da palavra *traumatikós* que significa ferida. Refere-se a uma ferida que surge ao longo da jornada do sujeito, ou seja, uma ferida que possui em sua particularidade, uma transitoriedade. Sendo também relacionado à esta palavra o significado de ser algo que se movimenta, sem estar atracado a um único lugar e sem perder seu poder lacerante. Uma ferida que se torna um caminho de agonia. Ou seja, uma ferida compreendida como transmissão do que machuca (Benyakar & Lezica, 2005).

Na área da psiquiatria, esse termo é utilizado fazendo referência à ferida, laceração ou ao rompimento do desenvolvimento mental ou psíquico do sujeito. Porém, com o passar do tempo, foi sendo percebido que o termo trauma não qualificava mais a “ferida psíquica”, e sim consignava ao evento que a produziria. Dessa forma, o trauma considera tanto o evento quanto a disfunção psíquica como inseparáveis (Benyakar & Lezica, 2005).

Ferenczi em seu texto “Reflexões sobre o Trauma” (1932/1992), inicia sua escrita fazendo menção ao “choque” que ocorre ao sujeito com força suficiente para aniquilar seu ego e qualquer forma de defesa que o mesmo possa ter. Traz a noção de que o corpo físico e

fisiológico que estrutura e preserva esse ego pode também diminuir sua capacidade funcional até chegar a uma condição extrema de exaustão ou ao ponto de renunciá-la, numa tentativa de preservar sua integridade egóica diante do impacto. Essa comoção psíquica sempre acontecerá de uma forma inesperada, ou seja, o sujeito nunca está preparado para lidar com o ocorrido: “...a subitaneidade da comoção psíquica causa um grande desprazer que não pode ser superado.” (p. 110).

O choque possui um impacto desestabilizante, ocasionado por um evento abrupto que vai além de toda previsibilidade e defesa do sujeito. Pode ser colocada como “disruptiva” uma qualidade que caracteriza um evento do ambiente, e essa se torna a principal responsável pela forma com a qual esses acontecimentos impactam o psiquismo do sujeito. Assim, uma situação disruptiva se torna traumática na medida em que a interação dos afetos e suas representações forem impedidas por ela, ocorrendo a alteração da função psíquica que regula a interação entre o mundo interno e o mundo externo do sujeito e sua capacidade de elaboração. Também deve ser dada a importância às alterações causadas pelo disruptivo na integridade narcísica do sujeito e nas pulsões de autoconservação que a sustenta, juntamente com a tendência onipotente do sujeito, as quais variam de acordo com a qualidade e intensidade do evento (Benyakar & Lezica, 2005).

Esse choque ou impacto automaticamente ocasiona angústia, entendida como um sentimento de impotência do sujeito em se adaptar ao desprazer do impacto. A angústia primeiramente não permite que seu ego chegue a uma conexão afetiva, o que seria considerada uma saída desse estado de angústia. E em segundo lugar, ela elimina o afeto, ou seja, aniquila o que seria uma força exterior adversária a ela mesma. Assim, o sujeito perde a esperança de qualquer saída desse estado de sofrimento, o que faz com que a angústia aumente e exija do psiquismo uma forma de escape, encontrada através da autodestruição.

Esta é a forma que o psiquismo encontra para a liberação e alívio da angústia gerada pelo choque do traumático (Ferenczi, 1932/1992).

Outro texto de Ferenczi, inovador à época para o entendimento do trauma, foi “Confusão de língua entre os adultos e a criança” (1933/1992). Nele, traz a compreensão de que há uma confusão na perspectiva da criança entre o que ela espera e deseja do outro e o que de fato o outro oferece, ou não. Dessa forma, a criança vai construindo para si uma desconfiança no outro, pois esse não considera, não atende ou ignora suas necessidades de ternura. A confusão gera, então, insegurança diante da confiabilidade do adulto ou de uma situação. Com o trauma, uma parte do psiquismo do sujeito acaba se fixando naquele momento e naquela intensidade vivida. Não tendo maturidade psíquica para reagir de uma forma aloplástica, tendo uma resposta adaptativa na tentativa de alterar o ambiente ao invés de alterar a si mesmo, e acaba reagindo de maneira autoplástica, se moldando ao ambiente tendo que modificar seu próprio ego. Sendo incapaz de se sustentar diante do desprazer. Da mesma forma que uma criança pequena não é capaz de sustentar e tolerar o sentimento de solidão na ausência materna e na ausência da ternura.

Kupermann (2019) explica com clareza a compreensão de trauma para Ferenczi, destacando que ao surgir a partir da confusão de línguas, o trauma automaticamente ocorre sempre entre dois sujeitos. A criança tem a linguagem da ternura, na qual os sentimentos de amor e ódio se envolvem numa tentativa de fazer sentido, tentando simbolizar os afetos experienciados em situações de desestabilização psíquica. Já o adulto, vive no regime da linguagem da paixão, regido pelo efeito da culpa e do recalque, sendo capaz de violências não só na forma de um ato sexual ou um ato violento mas, principalmente, na forma de desamparo ou de negligência em relação ao outro.

Em um primeiro momento, o trauma na concepção ferencziana, seria a mudança brusca e imprevisível da criança que anteriormente estava em um estado de segurança e

amparo e passa repentinamente para um estado de insegurança e desamparo psíquico, como resultado do ato de um outro em quem ela confia. O segundo momento pode ser pensado com a busca e a solicitação dessa criança por ajuda do outro (normalmente a mãe) e o encontro que ela tem com a falta da ternura, da compreensão e da sinceridade desse adulto para ajudá-la na elaboração da situação impactante (Benyakar & Lezica, 2005).

Kupermann (2019) complementa a ideia de Ferenczi sobre trauma, colocando o trauma em três tempos, assim trazendo uma nova perspectiva ao conceito. Coloca que primeiramente a criança sofre uma violência que ocasiona o choque e a dor, não sendo esta considerada ainda como trauma. No segundo tempo, há sempre um movimento da criança impactada, seja esse discreto ou explícito, em direção ao outro em quem essa criança confia para tentar, *“por meio do testemunho da sua dor”*, dar sentido ao evento desestabilizador. E o terceiro tempo seria o qual o trauma se constituiria efetivamente, onde *ao invés de encontrar uma presença sensível capaz de testemunhar seu sofrimento, a criança encontra a indiferença, ou seja, o abandono traumático que desautoriza seu testemunho* (p.63).

Complementa: *“justamente por isso o cuidado é a contrapartida clínica para as situações potencialmente traumáticas provocadas pelo processo de adoecimento”* (p. 64).

Lejarraga (2008) traz a concepção de trauma numa outra perspectiva, a da teoria winnicottiana, a qual considera que esse não pode ser dissociado das noções de agonias impensáveis e de falso-eu para ser compreendido. Além disso, destaca que a obra winnicottiana é, na sua grande maioria, estruturada nas relações de dependência entre o sujeito e seu meio ambiente. Para Winnicott (1963/1982) o bebê inicialmente se encontra num momento de absoluta dependência, onde tudo que acontece influencia seu “vir a ser”. A mãe, com sua devoção, tem o trabalho de proteger esse “vir a ser”, suprimindo qualquer falha na adaptação desse pequeno ser, em relação ao ambiente. Assim, a quantidade de falhas que esse bebe é exposto (no caso, falhas “maternas”) define a base para sua construção egóica. Esse

estágio também pode ser considerado um momento de onipotência fusional (não-diferenciação) entre a mãe e o bebê, se ele for visto a partir do olhar materno. Ao mesmo tempo, ocorre a experiência da mutualidade, sendo essa uma forma de comunicação pré-verbal afetiva, baseada na confiança que o bebê exerce sobre o ambiente, correspondente ao *holding* materno, que permite o ser do bebê. Ela coloca:

“Quando o ambiente-mãe se adapta às necessidades do bebê, o contato com o ambiente se dá pelo gesto espontâneo do bebe e ele pode continuar a ser, formando e fortalecendo o sentimento do si mesmo. quando ambiente falha na adaptação do bebê, este tem de se adaptar ao ambiente, reagindo à intrusão, o que implica uma perda de espontaneidade e uma quebra na sua continuidade de ser.” (Lejarraga, 2008, p.129).

Desse modo, o trauma para Winnicott (1967/1975) é a descontinuidade do “vir a ser” que ocorre através das falhas do ambiente. Ou seja, o trauma acontece quando o bebê se torna responsivo diante da intrusão desse ambiente, o que gera um rompimento em sua continuidade de ser, como se houvesse um tipo de interferência do ambiente diante de seu espontâneo desenvolvimento. E é esta ruptura que gera no bebê a agonia impensável, mais que uma forte ansiedade. E como o sentimento de si-mesmo é muito vulnerável ainda nesse estágio de maturação do bebê, essas descontinuidades são vivenciadas como uma forte ameaça de aniquilamento, um medo do colapso (Winnicott, 1974/1994). Entretanto, o trauma não é ocasionado devido à uma falha violenta, mesmo essa podendo acontecer, mas sim por um segmento de falhas que se repetem. Assim, se compreende o estabelecimento de um padrão de falhas do ambiente que se adaptam ou se moldam às exigências psíquicas do pequeno ser (Winnicott, 1960/1982).

Entre os mecanismos de defesa mais primitivos, está a clivagem (cisão) onde o sujeito isola o si-mesmo numa tentativa de o proteger do impacto ocasionado pelo ambiente. o que ocasiona o aparecimento de um falso si-mesmo, sendo este considerado patológico, e tendo como objetivo esconder o verdadeiro si-mesmo para que esse não seja aniquilado. Fazendo, muitas vezes, o sujeito ir perdendo sua espontaneidade, não se encontrando. O autor coloca:

Nos casos em que meu trabalho encontra a sua base houve o que chamei de verdadeiro eu oculto, protegido por um falso eu. Esse eu falso é sem dúvida um aspecto do eu verdadeiro. Ele o oculta e o protege, e reage às falhas da adaptação, desenvolvendo um padrão que corresponde ao padrão das falhas. Deste modo, o eu verdadeiro não toma parte nas reações, preservando assim a continuidade do ser. No entanto, esse eu verdadeiro escondido sofre o empobrecimento devido à falta de experiências. (Winnicott, 1955/2000, p.395).

O “colo” do terapeuta

Primeiramente, o trabalho psicoterapêutico deve sempre possibilitar um *setting* que proporcione confiança, acolhimento e amparo para o paciente. Um lugar de escuta e compreensão, principalmente diante do tratamento de sujeitos traumatizados. Da mesma forma que um bebê necessita de uma mãe suficientemente boa e um ambiente de *holding* que sustente sua vulnerabilidade. O terapeuta também deve ser suficientemente bom em conseguir se adaptar às necessidades do contexto e às do paciente, possibilitando que ele tenha esperança de que seu verdadeiro eu possa um dia se mostrar (Winnicott, 1955/2000).

“A adaptação suficientemente boa do analista leva exatamente ao resultado esperado, ou seja, à mudança do centro de operações do paciente, antes localizado no eu falso, para o eu verdadeiro. Pela primeira vez na vida do paciente, há agora a possibilidade de desenvolvimento de um ego, de sua integração a partir dos núcleos egóicos, de sua consolidação como um ego

corporal, e também do repúdio ao ambiente externo, dando início a uma relacionabilidade com os objetos. Pela primeira vez o ego pode viver impulsos do id e sentir-se real ao fazê-lo, e sentir-se real também ao descansar dessas experiências”
(Winnicott, 1955/2000, p.396)

A ideia de *holding*, seja esse materno ou analítico, necessita de uma constância para sustentar e adaptar o ambiente às necessidades do sujeito, sendo esses cuidados amparadores e suficientemente bons, mas não perfeitos. Eles possibilitam ao sujeito retomar seu processo de amadurecimento ou, pelo menos, que chegue próximo de um sentimento de si-mesmo. Da mesma forma que o *holding* materno, o *holding* analítico também depende exclusivamente do trabalho e da sensibilidade do terapeuta em conseguir se adaptar às demandas do paciente, em função da sua capacidade de se identificar com ele (Lejarraga, 2008).

Por outro ângulo, Ferenczi (1933/1992) aponta que a sensação de não acolhimento que o paciente possa ter em relação ao analista, pode remeter o paciente a uma vivência semelhante às que lhe causavam sofrimento em seu passado. E a capacidade do analista de reconhecer e renunciar seus próprios erros, faz com que o paciente se sinta autorizado a pronunciar suas críticas. *“A modéstia do terapeuta não é, portanto, uma atitude aprendida, mas a expressão da aceitação dos limites do nosso saber”* (Ferenczi, 1928/1992, p.36). O que conseqüentemente fortifica e intensifica o vínculo de confiança entre terapeuta e paciente. Assim, a confiança do paciente em relação ao terapeuta é o que possibilita o acesso ao que é da ordem do traumático: *“Essa confiança é aquele algo que estabelece o contraste entre o presente e um passado insuportável e traumatogênico”* (Ferenczi, 1933/1992, p. 115).

Na ausência dessa capacidade do terapeuta, ou seja, se houver a falta dessa benevolência materna no contexto de terapia, o infantil do paciente se sentirá completamente desamparado e em desespero, sendo remetido ao mesmo contexto desesperador que o levou a clivagem psíquica anteriormente. O paciente acaba repetindo exatamente a mesma resposta que foi

desencadeada previamente pela comoção psíquica, pelo trauma (Ferenczi, 1933/1992). Por isso, é fundamental a confiabilidade do paciente em relação ao terapeuta, uma vez que essa possibilita a confiabilidade do sujeito em relação ao seu ambiente primário. É essencial o surgimento dessa ferramenta para ser utilizada como base para o tratamento de pacientes que possuem essa demanda traumática. Dessa forma, o manejo do *setting* é muito importante pois tem como objetivo o restabelecimento da confiança do paciente no ambiente. Sendo que apenas com o estabelecimento de uma sólida estrutura de confiabilidade é que o paciente vai se sentir seguro a ponto de arriscar se vulnerabilizar e regredir diante do terapeuta, remetendo-se a situações de falhas no ambiente (Winnicott, 1955/2000).

Com a possibilidade de dar um novo significado ao ambiente através do processo psicoterapêutico e da confiabilidade do vínculo. O falso-eu permite se renunciar à presença do terapeuta, sendo esse um momento de muita vulnerabilidade e dependência, assim como um bebê que é absolutamente dependente da mãe (Winnicott, 1963/1982). Se considera também que esse período é muito dolorido para o paciente, pois sua consciência tem a capacidade agora de simbolizar e organizar os afetos que antes não puderam ser elaborados devido ao trauma (Benyakar & Lezica, 2005). Na forma como esse processo elaborativo ocorre, através do ambiente suficientemente bom que é estabelecido no processo psicoterapêutico - através do *holding*, da confiabilidade e de outras ferramentas utilizadas – o sujeito permite se tornar vulnerável, acessando para além de seu consciente, conectando o afeto da comoção psíquica desligado, ao simbólico da vivência. Assim, organiza seu pensamento e alivia sua angústia, passando da experiência de ruptura para a vivência da raiva, da angústia para o sentir.

Por último, mas não menos relevante, uma outra característica que se percebe e que se deve potencializar no tratamento psicoterápico, é o diferencial que alguns pacientes apresentam através de sua capacidade de resiliência, sendo evidenciada como uma ferramenta que o sujeito possui diante do combate à eventos traumáticos. A resiliência estabelece a

condição que um sujeito tem de enfrentar as adversidades do ambiente, inclusive situações de forte impacto psíquico, devendo ser considerada um recurso que permite resgatar seu desenvolvimento, apesar do ambiente adverso e do trauma experimentado. Assim, pode ser considerado que tanto o vínculo, como os afetos, ou seja, os vínculos afetivos, são definidores da capacidade de resiliência de cada sujeito (Piva, 2020).

Discussão teórico-clínica

Primeiramente, antes de iniciar esta discussão, considero importante salientar que para apresentar o seguinte caso, utilizarei de nomes e referências fictícias com o objetivo de preservar a confidencialidade dos dados da minha paciente. Também destaco que a utilização do caso para fins deste trabalho foi permitida pela mesma, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Apresento partes da história de vida e aspectos decorrentes do seu tratamento psicoterápico, por considerá-los significativos para a melhor compreensão desta temática. Também correlaciono fragmentos da sua história com a temática do desenho Caverna do Dragão, apresentada previamente na introdução.

Conto aqui a história de Amanda, uma mulher hoje com 30 anos de idade, muito bela e elegante, que busca uma vida adulta sonhada. É médica, atualmente empenhada em desenvolver sua carreira e sua reputação profissional, além de fazer mestrado numa renomada universidade. Iniciou seu tratamento psicoterápico há três anos, mantendo até o momento a frequência de sessões duas vezes por semana, na maioria presenciais.

Amanda nasceu numa pequena cidade no interior do estado, com cerca de trinta mil habitantes e morou na fazenda com sua família. Seu pai trabalhava “lá fora” no campo, cuidando do gado e tentando administrar suas terras, enquanto sua mãe cuidava do lar, e das filhas Amanda, a mais moça, e Ana, dois anos mais velha.

Amanda conta que em alguns momentos sua mãe era muito carinhosa e atenciosa, mas que na maioria do tempo era uma mãe deprimida e operativa. Também refere brigas e discussões constantes entre seus pais, além de brigas envolvendo sua irmã, que diz ter um temperamento mais opositor. Conta que brincavam sobre Ana ter “puxado o pai”, enquanto Amanda era mais parecida com a mãe, uma pessoa mais atenta e cuidadosa frente às necessidades da casa e de sua família. Já seu pai era mais desatento e negligente quanto às questões materiais, se preocupando mais em ser o provedor.

Sempre foi uma aluna exemplar com excelentes notas. Por ser um pouco mais introvertida, tinha mais dificuldade em cultivar amizades, enquanto sua irmã era o oposto, mais extrovertida, com maior facilidade nas relações sociais e nas amizades. Logo, Amanda acompanhava sua irmã e tentava fazer das amizades de Ana, suas próprias.

Refere ter sido uma criança mais quieta que “não dava muito trabalho”. E como na maioria do tempo Ana ficava fora de casa, Amanda brincava muito sozinha. Tem lembrança de muitas vezes se acomodar embaixo da mesa de jantar para brincar de boneca por horas nos finais de semana, trocando e mudando constantemente suas roupinhas. Aqui, recorro a Winnicott (1967/1975) quando se refere ao brincar como um esforço que a criança faz para tentar conter sua angústia. Assim, o brincar com a ausência do objeto pode ser compreendido como a maneira que a criança possui para tentar conter a angústia relacionada à falta do objeto, sendo a angústia um estado constante durante a brincadeira. Uma criança muito angustiada brinca compulsivamente, ou repete muito a mesma brincadeira.

Amanda relata ter tido outras atitudes mais obstinadas em sua infância, como por exemplo, ficar horas imersa em suas leituras e/ou constantemente arrumar suas bonecas impecavelmente, cuidando para que não ficassem expostos seus bustos e suas pernas. Ferenczi (1933/1992) também aborda o tema quando se refere à criança traumatizada, e como essa pode se tornar uma criança muito obediente e operativa, ou pode se fixar numa ideia ou

num comportamento obsessivo, sem conseguir explicar o motivo. Refere que devido à sua imaturidade psíquica, a criança ainda não possui a capacidade para a compreensão do que está acontecendo num princípio de realidade. Também coloco relacionado à essa temática lúdica e simbólica, a lembrança que Amanda tem com clareza e que mencionou algumas vezes em sessão, que durante muitos anos o principal motivo que a fazia levantar da cama cedo todos os dias, quase como um ritual, era poder assistir ao seu desenho animado favorito Caverna do Dragão, transmitido sempre no mesmo horário pela manhã.

Um passeio de montanha-russa

Os episódios do desenho Caverna do Dragão baseiam-se num tema central, ao redor do qual se desenvolvem: a ida das crianças a um parque de diversões, em que durante o passeio são teletransportadas para uma outra dimensão chamada Reino. No entanto, há uma teoria na internet de que, na verdade, essas crianças teriam sofrido um acidente com o carrinho da montanha-russa e teriam ido parar no purgatório. Relaciono esse acontecimento traumático a algo semelhante vivido por Amanda em sua infância.

Conta que aos sete anos de idade, seu pai teve alguns problemas mecânicos com o carro da família – a chamada Caminhoneta – que algumas vezes foi “engembrado”, com reparos no motor para que aguentasse funcionando por mais tempo, à espera de um melhor momento financeiro para sua troca. Porém, um dia ao sair da fazenda em direção à cidade ocorreu um grave acidente, no qual o carro capotou por falha mecânica e caiu em uma vala com água à beira da estrada, deixando o carro parcialmente submerso. Seu pai conseguiu se soltar, tirar sua irmã, depois voltar para tirar Amanda que tinha um grave ferimento no queixo e outro em sua perna. Quando retornou para tirar sua esposa, ela já estava desacordada. O socorro chegou e as levaram para o hospital que ficava na cidade vizinha. Amanda entrou em coma, sua irmã e seu pai tiveram ferimentos mais leves, e sua mãe faleceu alguns dias depois

no hospital. Esse relato de Amanda, em especial sobre o coma, me remete às ideias de Benyakar e Lezica (2005) que referem o traumático como um modo de funcionamento não elaborativo. Ou seja, colocam que a qualidade e a intensidade do impacto de uma situação que o sujeito vivencia pode se tornar traumatogênica no momento em que o sujeito não possui capacidade psíquica de processamento sobre a mesma. Também penso sobre a comoção psíquica de Ferenczi (1932/1992), em que muitas vezes o impacto do choque pode ser tão intenso ao sujeito que o corpo diminui suas funções vitais numa tentativa de proteger sua integração psíquica. Me parece válido pensar que o seu estado de coma tinha esse intuito, de proteger seu psiquismo diante da força avassaladora do impacto do evento.

Em relação a esse acidente, existem duas principais lembranças que assombram Amanda até hoje. A primeira é que antes de entrarem na Caminhoneta, Amanda estava brigando com sua irmã, e sua mãe decidiu trocar de lugar com ela no carro para ficar no meio das duas crianças, para amenizar o atrito. Em alguns momentos durante as sessões, Amanda verbaliza que deveria ter morrido no lugar da mãe, ou que a mãe morreu por sua causa. Esse sentimento de culpa até hoje reverbera de uma forma avassaladora em Amanda. A respeito da culpa, Winnicott (1958/1982) escreve que, num estado de melancolia o sujeito pode ser paralisado pelo sentimento de culpa provido de uma noção de moralidade e cultura, onde o sujeito teria feito ou ocasionado algo de “errado”. Logo, o sujeito se responsabiliza pelo ocorrido por medo de que seu ódio seja maior que seu amor. E, por tanto, ao se responsabilizar, evita entrar em contato com esse sentimento, numa fantasia de que esse seja destruidor. Amanda não responsabiliza o pai ou a irmã pelo acidente, nem mesmo seu carro. Pode-se pensar que Amanda toma para si essa responsabilidade, talvez como uma forma de tornar suportável o ódio por seu pai, o que seria ainda mais avassalador. Dessa forma, em sua fantasia talvez matasse ambos os pais- a mãe no acidente e o pai, eliminado por seu ódio. Ficaria então, num estado de absoluto desamparo.

A segunda lembrança é outra cena que invade seu pensamento em alguns momentos: sua mãe com uma laceração no pescoço, a água vermelha manchada do sangue que saía desse ferimento e a visão de sua mãe desmaiando e perdendo a vida. Quando seu pai a retirou do carro, também lembra de ter sido deitada na grama úmida à beira da estrada, sentindo muita dor no queixo e na perna. Até hoje Amanda tem muita dificuldade de ir visitar a fazenda de sua família, pois fica muito angustiada de ver sua antiga casa, referindo que parece hoje uma casa abandonada “que nem um mendigo moraria”, sendo que seu pai ainda vive nessa casa durante a semana. Essas lembranças do trauma, ainda mais um trauma tão impactante quanto o de Amanda, encontram respaldo na literatura. Segundo Meshulam-Werebe, Andrade e Delouya (2003), elas atuam de uma forma invasiva e mesmo depois de passado o evento traumático, continuam invadindo o psiquismo e gerando angústia por um tempo indeterminado. O trauma se reativa quando algo da realidade do sujeito o remete à vivência anterior de sofrimento, de uma forma consciente ou inconsciente.

Amanda ficou sete dias em coma e mais alguns dias internada no hospital por causa de seus ferimentos. Quando acordou foi comunicada pela tia de seu pai, que a acompanhava no hospital, do acidente e de que sua mãe havia falecido. Amanda demonstra muita tristeza em seu relato, mencionando que a forma que essa tia a comunicou não foi acolhedora, mas fria e objetiva. Lembra ainda, que nunca houve um momento de tamanha angústia em sua vida, como o momento em que acordou de seu coma. Nos dias que seguiram ao acidente, sua mãe foi enterrada, sem que Amanda pudesse participar dessa cerimônia. Seu pai foi investigado por homicídio doloso, mas esse processo acabou não tendo continuidade. A maneira com que Amanda foi recebida ao regressar de seu coma, entendo que possa ter sido o ápice de sua vivência traumática, a vivência da indiferença e do desamparo. Essa compreensão vem de encontro com a ideia de Kupermann (2019) sobre o terceiro tempo do trauma. Segundo ele, a criança busca, muitas vezes sutilmente, o amparo e a ajuda do adulto responsável numa

tentativa de elaboração do evento impactante, e ao se deparar com a indiferença do adulto, o registro traumático se instaura na sua maior intensidade.

Outra ideia que deve ser exposta sobre o mesmo relato, é o que Diaz (2009) coloca em relação ao momento após a perda materna, a perda do objeto de amor, onde a criança é inundada pelas informações da realidade de que seu objeto não está mais presente. Dessa forma, numa tentativa de preservar sua integridade psíquica, ela recorre à fantasia, como estratégia para suportar a angústia decorrente. De forma similar, durante muitos meses após seu acidente Amanda viveu num estado de negação psíquica, agindo como se sua mãe estivesse ainda no hospital. Esperava o retorno da mãe diariamente ao anoitecer na porta da frente da casa. Verbalizava frequentemente para as pessoas de seu cotidiano, que sua mãe logo voltaria para casa. Porém, essas manifestações foram diminuindo sua frequência e no lugar da esperança, foi entrando a tristeza de sua realidade.

Uma tragédia desta intensidade possui um grande potencial avassalador. O relato de Amanda mostra o colapso e a ruína de sua família e as mudanças impactantes que ocorreram na estrutura familiar após seu acidente. Nesse sentido, é como se Amanda tivesse sido teletransportada para uma outra dimensão, onde iniciou uma jornada de combates e fugas para sua sobrevivência. Assim como os personagens de seu desenho favorito que são teletransportados para o Reino, tendo desafios muito parecidos.

O Reino

O Reino é considerado pelos protagonistas do desenho um lugar transitório, onde eles constantemente enfrentam desafios e sobrevivem aos combates. Essa percepção contextual pode ser pensada de uma forma simbólica sobre a história de Amanda, uma vez que ela parece ter vivido assim a maior parte de sua vida, pelo menos desde seu acidente de carro. A paciente conta algumas vezes que sobreviveu ao período no qual residiu em sua cidade de origem,

dessa maneira o considerando também desafiador e traumático. Mas diferentemente do desenho, não houve para Amanda um Mestre dos Magos que lhe desse armas “mágicas” ou que lhe ajudasse a encontrar o seu caminho para casa. Sua trajetória foi muito solitária.

Por viverem numa cidade pequena, esse ocorrido foi muito comentado e abalou os moradores. Amanda e Ana continuaram morando com o pai na fazenda, recebendo visitas esporádicas de familiares. Seu pai deprimiu-se fortemente nessa época, passando horas e até mesmo dias “lá fora”, dormindo muitas vezes em pleno sereno. Amanda diz que até hoje ele carrega uma sentença em sua vida, parecendo ter muita dificuldade de se perdoar sobre o acidente. Não se permite construir ou ter algo significativo em sua vida, tendo constantes ideias suicidas, afastando qualquer tipo de carinho ou cuidado das pessoas próximas e de seus familiares. Seu pai tem milhões em terras, mas vive como se fosse um mendigo. Acho importante relacionar aqui o que Franco e Mazorra (2007) referem em seu artigo sobre o impacto do trauma e da morte sobre a figura parental que sobrevive, no caso seu pai, que também se encontra num estado de mobilização diante da morte, em razão do vínculo com o falecido. Assim, pela idealização que a criança faz de suas figuras parentais, torna-se difícil a concepção de que seu responsável também se encontra num estado de vulnerabilidade e incapacidade psíquica. As autoras ainda colocam: “*A vivência de abandono é mais intensa quando a causa da morte do genitor vincula-se a uma atitude irresponsável ou de busca consciente ou inconsciente da morte*” (p. 508).

Amanda lembra ter iniciado psicoterapia nessa época. Gostava muito de desenhar nas sessões, mas “odiava” o que a psicóloga fazia na hora de encerrar a sessão: seu pai que estava na sala de espera do consultório, perguntava à psicóloga como havia sido a consulta, e a psicóloga expunha o que Amanda tinha desenhado e que ela sentia muita saudade da mãe. Essa informação de Amanda estar sofrendo ou sentir saudades de sua mãe, era quase insuportável para seu pai, deixando-o mais triste e choroso durante dias, demonstrando

dificuldade em sustentar a tristeza das filhas. Essa percepção se tornava muito angustiante para Amanda. Diante desse relato podem ser pensadas e discutidas várias temáticas. Acho relevante mencionar a importância da ética e do cuidado da psicoterapia com crianças, a qual parece não ter sido adequada nessa situação. Porém, não pretendo me ater a esse fato. Logo, associo aqui a importância do papel familiar para uma melhor elaboração do luto. Diaz (2009) traz com clareza a ideia winnicottiana sobre a família ser fundamental para a constituição psíquica do sujeito, sendo essa a principal responsável por propiciar à criança um ambiente que possibilite seu amadurecimento. No momento em que há uma perda na família, a criança fica exposta a mais falhas no ambiente, uma vez que esse se encontra em um momento de crise e impossibilitado de fornecer à criança a estabilidade e o atendimento às suas demandas. Quando a perda familiar for da figura cuidadora da criança é possível afirmar que falhas ainda maiores irão acontecer na constituição psíquica desse sujeito em formação.

Amanda conta que numa tentativa de seu pai cuidar das filhas, ele contratou uma funcionária para atendê-las e às demandas da casa enquanto se ausentava. Porém, Ana brigava constantemente com essa senhora e saía de casa, enquanto Amanda se escondia com medo. Diz que essa senhora não era carinhosa, sendo muito rígida e agressiva no manejo, não permanecendo por muito tempo nesse trabalho. Aos poucos Ana foi assumindo o papel de “mulher da casa”, cuidando e se preocupando com Amanda e com seu pai, organizando as comidas e as roupas, se assegurando que estavam bem. Isso fez com que Ana ficasse numa posição maternal em relação à Amanda, gerando uma dependência inclusive das coisas mais básicas, como, por exemplo, lembrar Amanda de colocar casaco antes de sair. Essas adaptações e inversões de papéis familiares podem ser pensadas a partir das considerações de Diaz (2009), quando afirma que ao perder um ente querido, a família como um todo entra num processo de luto. No momento de perda, a família precisa dar um sentido ou um significado familiar à essa perda, para assim suceder na elaboração desse luto quanto grupo.

“Esse significado não se constitui da soma do significado de cada membro, mas sim de algo constituído pelo grupo a partir da dinâmica familiar existente” (p.38). Esse período necessário para essa construção, a família pode estar adoecida a ponto do cuidado, com as crianças, sofrer mudanças significativas. Também sobre o adoecimento familiar, sobretudo no adoecimento do pai sobrevivente, Amanda conta que depois dos sete anos de idade não foi mais levada ao pediatra e a única consulta médica que realizou foi em sua adolescência, com um psiquiatra. As consultas de retorno solicitadas pelos médicos que a atenderam no hospital após seu acidente nunca foram realizadas. Somente quando iniciou a faculdade em Porto Alegre é que teve a iniciativa de realizar todas suas vacinas que estavam em atraso e consultar um especialista a respeito de sua perna (pois ficou com encurtamento devido ao acidente) e outro para melhorar sua cicatriz do queixo. Logo incentivou e ajudou sua irmã a realizar o mesmo – Amanda sai de um lugar de desinvestimento e negligências em termos de saúde e através de sua capacidade sublimatória, se torna médica, cuidando de todos e de si mesma.

Quando Amanda tinha dez ou onze anos de idade, mudaram-se para um apartamento na cidade com o intuito de frequentar uma nova escola na cidade, enquanto seu pai continuava indo “lá fora” todos os dias para cuidar da fazenda. As meninas começaram a se gerenciar sozinhas dentro de casa. Também nesse período, seu pai iniciou um ciclo de relacionamentos sexuais com variadas mulheres. Amanda lembra que se envolvia sempre com mulheres diferentes, mas todas com um aspecto de vulgaridade, usando roupas muito ousadas e se mostrando mais sexualizadas. Conta que seu pai explicitava seus encontros amorosos para as filhas sobre seus envolvimento sexuais. Uma indignação de Amanda até hoje é que seu pai na época tinha quarenta anos e somente saía com mulheres de dezoito ou dezenove anos. Ele dizia que as mulheres de uma idade próxima à dele seriam “velhas demais”. Nos momentos que não está tão deprimido, chama muito a atenção das mulheres por onde passa por ser um homem muito bonito, atraente e sedutor.

Aos quinze anos, Amanda começou a estudar freneticamente para o vestibular de Medicina, desenvolvendo grave Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), também apresentando sintomas de baixo Índice de Massa Corporal (IMC) e escaras na parte posterior de suas pernas por ficar muito tempo sentada estudando. Negligenciou também sua higiene básica, quase não interagiu com outras pessoas, e permanecia estudando em voz alta durante horas seguidas em seu quarto. Certo dia seu pai a tirou à força de seu quarto e a levou a um médico psiquiatra, iniciando nessa época uma medicação que a ajudou muito naquele momento de vida. Amanda parecia ter uma obstinada, persistente e intensa força para sair daquele lugar, sair de sua cidade. Porém sua imaturidade e a dificuldade das relações do contexto tornaram esse caminho patológico. Descobriu sua própria “arma mágica” nos estudos, uma ferramenta que a possibilitaria “sair do Reino”.

Amanda referiu algumas vezes que depois do falecimento de sua mãe deixou de usar vestido até seus dezessete anos de idade, usando somente bermudas, calças e camisetas. – Aqui acredito ser importante mencionar novamente sobre a noção de culpa que Winnicott (1958/1982) apresenta, referido neste trabalho anteriormente. Suponho que o não desenvolvimento de sua feminilidade parece que estava a serviço de uma tentativa de sustentação de sua responsabilidade diante da morte de sua mãe, voltando sua agressividade contra si mesmo diante do ocorrido. E, também, de certa maneira demonstrando “lealdade” à mãe, não se identificando com nenhum outro modelo feminino, principalmente com as mulheres sexualizadas com as quais seu pai se relacionava, contendo seu ódio dentro de si mesma.

Ferenczi (1932/1992) também traz a noção da autodestrutividade como uma forma de lidar com a angústia proveniente do trauma. Sobre esse aspecto relaciono um fragmento de um relato de Amanda, no qual conta que uma professora de redação carinhosamente lhe disse que ela “era tão linda e que ficaria mais linda ainda se usasse um vestido de vez em quando ou

que arrumasse seu cabelo, ...”. Na época, Amanda ficou muito desconfortável com essa professora, mas começou a se arrumar mais como uma menina. Em relação à esta vivência, novamente pode-se pensar sobre o conceito de *Holding* de Winnicott (1955/2000), considerando que essa professora que elogiou Amanda naquele momento, teve uma importante função acolhedora. Sua irmã, em contrapartida, desde seus treze anos de idade se vestia e se portava de uma forma hipersexualizada e provocadora, se envolvendo com muitos meninos e homens mais velhos, o que gerava constantes e intensas brigas com seu pai por causa desses comportamentos. Muitas vezes, Amanda ficava de telespectadora e de intermediária entre seu pai e sua irmã.

Mais adiante, quando não passou no vestibular na universidade que tanto queria, Amanda teve uma forte frustração que a levou a um quadro depressivo mais grave. Sentiu-se obrigada a aceitar “seu prêmio de consolação” e foi cursar a universidade na qual havia passado na prova de vestibular da Capital. Mudou-se para Porto Alegre com a ajuda da irmã que organizou e cuidou de tudo. Ana visitava Amanda por longos períodos lhe fazendo companhia para que não se sentisse sozinha. Ao longo da faculdade, Amanda teve muita dificuldade nas interações sociais, sendo percebida como uma pessoa muito séria, antipática e privada.

Encontrando o caminho para casa

Na Caverna do Dragão, a notável persistência dos personagens para encontrar um portal ou a magia que possibilitaria voltarem para casa, apresenta similaridade com o movimento de Amanda no seu tratamento psicoterápico. Entretanto, podemos considerar que seu caminho de volta para casa refere-se à sua “casa psíquica”, como um encontro de si mesma, do que estava perdido e irreconhecível pela maior parte de sua vida. Winnicott (1960/1982) ao abordar o assunto de falso self, apresenta um trecho que se assemelha ao caso

de Amanda. Ele coloca: *“Uma mulher de meia idade que tinha um falso self muito bem sucedido, mas que por toda a vida tinha a sensação de não ter começado a existir e que tinha estado sempre procurando um jeito de chegar ao seu self verdadeiro”* (p.130).

Amanda entrou em contato comigo primeiramente no auge da pandemia no ano de 2020 e durante os primeiros meses de seu tratamento, mantivemos consultas somente presenciais (utilizando todos os recursos necessários para não contaminação do vírus), com frequência de sessões duas vezes por semana, que se mantém até hoje.

Amanda chega na primeira consulta usando um vestido curto e justo de veludo azul marinho, maquiagem e cabelo bem penteado. Referiu ter muita dificuldade de se relacionar com as pessoas, se sentir feia e muito inadequada. Chorou muito contando sobre a estadia de seu pai naquele momento em sua casa para a realização de alguns exames pós-covid. Esse teria sido seu primeiro dia na residência médica, mas não pode comparecer porque seu pai estava com um quadro de *delirium* medicamentoso devido ao covid, psiquicamente descompensado em sua casa sendo muito agressivo. Relatou que ele tentou estrangulá-la e, para se proteger, Amanda trancou-se em seu quarto até que ele se acalmasse. - Seria esse o Vingador ou a Deusa-dragão Tiamat?

Nesse momento acolhi Amanda e percebi o quanto ela se sentia uma criança perdida e desamparada. O vínculo paciente-terapeuta foi se construindo de uma maneira forte e contínua, até hoje. Amanda é uma mulher muito inteligente então percebo que o desenvolvimento dela neste processo de psicoterapia se dá numa capacidade e velocidade admiráveis. Sobre a questão transferencial Winnicott (1958/1982) traz que *“uma característica da Psicanálise é que o analista não desperdiça o valioso material que emerge para análise nos termos do relacionamento emocional entre o paciente e o analista.”*. Na transferência inconsciente acaba se evidenciam características da vida emocional do paciente ou de sua realidade psíquica. O terapeuta, por sua vez, deve ter a capacidade de perceber e

compreender esse material para interpretar ao paciente quando ele estiver pronto para isso. “*O trabalho mais produtivo é o que é realizado em termos de transferência.*” (p.108).

Suas queixas iniciais eram sobre sentir-se monstruosa e estranha. Aos seus vinte e oito anos não havia se envolvido romanticamente e nem sexualmente com ninguém. Assim, como também não havia usado biquíni em público até entrar na faculdade. A primeira vez que viu um corpo nu foi ao entrar no vestiário de uma academia de ginástica aos seu vinte anos. Tinha muito medo de ser vista sem maquiagem pois as pessoas veriam as “imperfeições” de sua pele. Também se sentia muito culpada por não ter vontade de ir para o interior visitar sua família. Seu pai verbalizava frequentemente que um dia Amanda iria voltar para casa (cidade de origem) e abrir um consultório. Isso nunca foi seu desejo, mas sempre teve muita dificuldade de ir contra os desejos de seu pai. Refere também que seu pai nunca conseguiu lhe fazer um elogio, e que desde que veio para Porto Alegre, sempre recebeu críticas sobre a forma que se veste e se porta, sendo chamada depreciativamente de “menina da capital”, pois usa roupas caras e modernas que foi adquirindo com seu próprio dinheiro. Já sua irmã constantemente usava as roupas e objetos de Amanda como se fossem dela. Pegava seu cartão de crédito sem permissão e mentia sobre gastos e custos. Amanda não conseguia se posicionar pois se sentia muito culpada em desagradar. Frequentemente emprestava dinheiro para sua irmã e ela nunca o devolvia. Também pagava as viagens e passeios para ela, justificando que se Ana não fosse, ela seria incapaz de aproveitar as suas férias ou fins de semana. Toda essa passividade de Amanda diante das invasões de sua família remete ao que Ferenczi (1933/1992) chama de “*terrorismo do sofrimento*” no qual a criança é capturada pela dinâmica familiar e carrega, mesmo com sua fragilidade, a responsabilidade de ser quem resolve todos os problemas dessa família. A criança sucumbe a isso numa tentativa de encontrar a paz e a ternura desaparecida (p.120).

Houve um episódio que, em meu entendimento, teve um desfecho muito positivo para o amadurecimento de Amanda. Quando ela já estava há mais de um ano em psicoterapia, ela e sua irmã foram viajar para uma ilha turística no norte do país. Em um desses dias, Ana desapareceu por horas sem responder ao celular, para ficar com um rapaz que tinha conhecido no dia anterior à beira da praia. Amanda se sentiu extremamente sozinha e desamparada. Compreendo que numa situação de revivência traumática, como nesse caso, por exemplo, em que Amanda sentiu-se novamente desamparada, ocorreu uma resposta diferente ao se posicionar diante da irmã. Essa situação anteriormente seria experienciada em forma de angústia ou de autodestruição. A partir desse ponto, várias mudanças já ocorreram nessa relação fraterna, na medida em que Amanda vai desidealizando a irmã.

Aos poucos Amanda vem rompendo muitas censuras, estabelecendo cada vez mais vínculos onde vive. Tem se permitido conversar com homens e demonstrar interesse, tendo algumas experiências de envolvimento romântico. Esse ano também, Amanda viajou durante seis semanas pela Europa com uma nova amiga.

Teve a iniciativa de dar andamento ao inventário de sua mãe, algo sempre muito difícil de realizar frente às resistências de seu pai. Recentemente descobriu que seu pai não deu baixa no Cadastro de Pessoa Física (CPF) de sua falecida esposa. Portanto, ela ainda consta como viva e casados em seu registro. Essa descoberta não surpreendeu Amanda, pois está acostumada com a negação de seu pai referente à morte da esposa.

Considerações finais

Escrever sobre a dinâmica do trauma e seu processo elaborativo parece ser um campo ilimitado em sua compreensão, cada vez mais autores ampliam e ramificam essa temática, na maioria das vezes com consistência. Sinto que neste trabalho tive que limitar à uma de suas diversas trajetórias para uma melhor compreensão do caso clínico que apresento.

A escolha dessa temática se deu através da inspiração e admiração que tenho por essa paciente em sua força e sua capacidade de resiliência. Considerando sua trágica história de vida, Amanda nunca permitiu se identificar com esse contexto e seus familiares, e sempre buscou algo diferente para si. Utilizou seu potencial intelectual como principal ferramenta para buscar, persistentemente, sua almejada vida adulta.

Essa paciente referiu já algumas vezes em consulta o desenho animado Caverna do Dragão que possui um importante lugar em suas lembranças. Esse desenho fez muito sucesso mundialmente e também fez parte da minha infância. Então desde sua primeira menção, eu já estava familiarizada com o desenho, percebi que Amanda falava de sua história. Seu acidente de carro, sua “sobrevivência” na sua cidade de origem tendo que enfrentar muitas adversidades, e sua saída dessa “dimensão” quando veio para a Capital em busca de sua própria “casa”.

Através do ponto de vista contratransferencial, Amanda sempre despertou meu lado maternal, como uma mãe suficientemente boa, ou aqui no caso, uma terapeuta suficientemente boa. Em seu tratamento, com o vínculo estabelecido, há momentos de acolhimento, momentos de olhar “além de seu próprio olhar”, momentos de “puxões de orelha”, momentos de descontração, momentos de incômodo, e momentos de compartilhamento. Percebo que Amanda sempre buscou essa mãe que foi perdida tão tragicamente e ficou à espera dela, em sua fantasia, pela maior parte de sua vida. Porém, no momento em que seu vínculo comigo foi se estabelecendo, reconheceu em mim e no seu tratamento, não o que tanto procurava, mas sim o que tanto precisava.

Considero importante adicionar um fato que seguramente teve forte influência na construção dessa relação. Quando Amanda iniciou sua psicoterapia, eu estava no meu segundo trimestre gestacional, de minha segunda gestação, e coincidentemente, meus filhos possuem a mesma diferença de idade que Amanda e sua irmã. Fato que provavelmente à

surpreendeu num primeiro estante, porém, contribuiu para seu acolhimento considerando suas carências psíquicas.

O momento de nosso primeiro encontro possui uma representatividade incrível. Amanda parecia uma criança de sete anos muito assustada vulnerável e desampara no dia em que veio em sua primeira sessão de psicoterapia. Assim como provavelmente tenha ocorrido quando ela tinha sete anos de idade e vivenciou o impacto do trauma. Porém, desta vez, é como se tivesse a possibilidade de um desfecho diferente para sua história: o começar a viver, ou melhor, começar a “ser”.

Referência

- Benyakar, M. & Lezica, A. (2005). El campo de lo traumático. In *Lo Traumático: clínica e paradoja*. (pp.63-106). Buenos Aires: Ed. Biblos.
- _____ (2005). El inicio, um poco de historia. In *Lo Traumático: clínica e paradoja*. (pp.13-24). Buenos Aires: Ed. Biblos.
- _____ (2005). La contingencia del mundo: de lo fáctico a lo traumático. In *Lo Traumático: clínica e paradoja*. (pp.25-36). Buenos Aires: Ed. Biblos.
- Diaz, A. C. (2008). A psicanálise e o luto: contribuições da teoria psicanalítica para a compreensão do luto infantil. Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Ferenczi, S. (1928/1992). Elasticidade da técnica psicanalítica. In *Obras completas (vol.4)*. (pp.25-36). São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- _____ (1932/1992). Reflexões sobre o trauma. In *Obras completas (vol.4)*. (pp.109-117). São Paulo. Ed: Martins Fontes.
- _____ (1933/1992). Confusão de Língua entre os adultos e a criança. In *Obras completas (vol.4)*. (pp.111-121). São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Franco, M. H., & Mazorra, L. (2007). A criança e o luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. *Estudos de Psicologia*. (24(4)). (pp. 503-511). São Paulo.
- Kupermann, D. (2019). Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na psicologia hospitalar. In *Estilos do cuidado: a psicanálise e o traumático*. (pp.55-70). São Paulo: Ed. Zagodoni.
- _____ (2022). A neocatarse e a via sensível da perlaboração. In *Por que Ferenczi?*. (pp.139-160). São Paulo: Ed. Zagodoni.

- Lejarraga, A. (2008). Clínica do trauma em Ferenczi e Winnicott. *Revista natureza humana*. (pp.115-148). (jul-dez 2008).
- Meshulam-Werebea, D., Andrade, M. & Delouya, D. (2003). Transtorno de estresse pós-traumático: o enfoque psicanalítico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 25.(supl 1): 37-40. São Paulo.
- Piva, A. B. (2020). Violência, trauma e resiliência. *Pensamento contemporâneo psicanálise e transdisciplinaridade*. vol.2, n.1. (pp.54-62). (ago/dez 2020).
- Winnicott, D. W. (1955/2000). Formas clínicas da transferência. In *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (pp.393-398). Rio de Janeiro: Ed. Imago.
- _____ (1956/2000). A preocupação materna primária. In *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (399-405) Rio de Janeiro: Ed. Imago
- _____ (1958/1982). Psicanálise do sentimento de culpa. in *O ambiente e os processos de maturação*. (pp. 19-30). Porto Alegre. Ed: Artes Médicas.
- _____ (1960/1982) Teoria do relacionamento paterno-filial. In. *O ambiente e os processos de maturação*. (pp. 38-54). Porto Alegre. Ed: Artes Médicas.
- _____ (1960/1982). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In *O ambiente e os processos de maturação*. (pp.128-139). Porto Alegre. Ed: Artes médicas.
- _____ (1963/1982). Da dependência à independência no desenvolvimento do sujeito. In *O ambiente e os processos de maturação*. (pp.79-87). Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.
- _____ (1970/1994). A experiência mãe-bebê na mutualidade. In *Explorações psicanalíticas*. (pp. 196-202). Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.
- _____ (1974/1994). O medo do Colapso. In *Explorações psicanalítica*. (pp. 70-76). Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.

_____ (1967/1975). A localização da experiência cultural. In *O brincar e a realidade*. (pp.133-144). Rio de Janeiro: Ed. Imago.