

# Trauma e Interpretação

## Introdução

A questão do trauma, sua existência tanto em termos reais quanto em termos psíquicos e seu papel na patologia têm acompanhado os processos psicanalíticos desde a época de Freud até hoje. É bem sabido que a psicanálise começou com a teoria do trauma e que Freud nunca se cansou de reportar-se a esse conceito em seus textos, reexaminando-os e corrigindo-os constantemente – o trauma estava fortemente entrelaçado com o desenvolvimento global de sua teoria e de sua construção metapsicológica. Realmente, todo o trabalho de Freud pode ser lido como o processamento desse ponto de partida, que estava para continuar a “operar” em sua mente (GO-

***Paola Marion***

Membro Associado da  
Sociedade Psicanalítica Italiana.

RETTI, 1997), sendo constantemente modificado com relação às formulações primitivas e à interpretação que lhe fora dada.

A complexidade da teoria do trauma que acompanhou o desenvolvimento posterior da psicanálise, bem como a amplidão de sua literatura, torna difícil apresentar um contexto sintético (MARION, 1999). Como revela o artigo clássico de Baranger e Mom (1987), as vicissitudes do conceito de trauma não refletem somente as modificações que Freud trouxe ao edifício teórico da psicanálise (do início à segunda topografia; do trauma sexual infantil ao abandono da teoria de sedução; de uma concepção econômica do trauma ao conceito de situação traumática após *Inibições, Sintomas e Ansiedade*); elas também refletem o debate psicanalítico entre os fatores psíquicos e ambientais que se foram desenvolvendo com os vários autores que repetidamente adotaram os termos da formulação de Freud, porém com a ênfase depositada em um senso ou no outro. Conforme alguns autores pós-freudianos, as relações primárias e o objeto como organizador psíquico foram admitidos como tendo um papel importante e dominante na formação do trauma. Essas considerações deslocam a atenção do trauma do Ego para o conceito de trauma de desenvolvimento dentro da relação mãe-filho, com envolvimento, em um nível psicopatológico, das áreas primitivas e dos níveis narcisísticos. Além disso, é impossível separar qualquer tratamento, do trauma do *Nachträglichkeit*, um conceito que introduz a idéia da causalidade não-linear e do tempo circular, e postula a possibilidade da ação terapêutica específica da psicanálise (BARANGER e MOM, 1987).

O efeito traumático de um evento real que ocorre fora da possível área de controle do sujeito e que escapa à sua interpretação, o impacto sobre a organização interna dos processos psíquicos e os problemas que sua interpretação produz no interior do processo analítico – esses são os temas que este artigo oferece para reflexão. O trauma resulta em trauma porque, depois de uma experiência à qual o sujeito é totalmente incapaz de dar sentido e integrar a sua própria realidade psíquica, são desencadeados processos de negação maciça que se refletem sobre sua própria realidade psíquica.

Uma situação de desconexão e “alienação do self proveniente do self” (BONAMINIO; DI RENZO, 2000, p.3) compromete a possibilidade e a capacidade do indivíduo de comunicar-se com sua própria realidade psíquica e, conseqüentemente, com o mundo exterior.

Winnicott (1971) afirma que a comunicação verbal na análise de adultos é uma área criativa que corresponde aos jogos das crianças. Quando a comunicação é substituída por uma pseudo ou falsa comunicação, é um sinal de que essa área de subjetividade e o espaço psíquico pessoal foram comprometidos. O colapso do mundo subjetivo interno, manifestado como paralisia da comunicação ou ausência de substancialidade psíquica, informa que algo violentamente traumático ocorreu, algo incapaz de encontrar refreamento significativo na relação ou representação, comprometendo assim, radicalmente, não só a capacidade do psiquismo para perceber, conter, representar e investir a experiência, mas também a estruturação completa da psique. O problema é se existe ou não um espaço psíquico no qual a experiência possa ser representada e, portanto, ponderada; conseqüentemente, a tarefa do trabalho analítico consistirá em sustentar esse processo de restabelecimento da comunicação do paciente com ele próprio e, dessa maneira, com o outro.

Parsons (1999) postula que a realidade psíquica é o meio através do qual somos capazes de representar nossas experiências para nós mesmos, e grande parte do trabalho psicanalítico baseia-se em ajudar o paciente a representar suas próprias experiências para si, de modo que a transformação psíquica dessa experiência possa tornar-se uma possibilidade. Parsons continua, acrescentando que essa tarefa psicanalítica (que representa nossas próprias experiências para nós mesmos) coincide com o auxílio ao paciente para criar a realidade psíquica além da realidade material.<sup>1</sup> Em minha

---

<sup>1</sup> De modo similar, examinando sucintamente o conceito de interpretação sob um ponto de vista histórico, Etchegoyen (1986, p.407) também declarou que, como analistas, devemos nos preocupar com a realidade interna e como o indivíduo assimilou a experiência. Na medida em que deixamos o paciente perceber como ele incorporou a experiência, estamos de fato estabelecendo uma contraposição entre a realidade psíquica e a realidade factual.

opinião, a postulação de Parsons contém uma diferença dupla em relação à lição de Freud e capta os últimos desenvolvimentos do pensamento psicanalítico depois de Freud. Em lugar de referir-se a fantasias que “possuem uma realidade psíquica em contraste à realidade material” (FREUD, 1915), ela chama a atenção, por um lado, para o *espaço psíquico* em que as fantasias – juntamente com as experiências físicas, excitação, prazeres, dores, emoções – podem deter-se e residir; por outro lado, alude ao trabalho psíquico de representação, e isso se refere a situações em que a responsabilidade pessoal voltada para a própria experiência foi comprometida e a capacidade para seu processamento, paralisada.

### **O Mundo Interno e sua Interpretação**

Com pouco mais de um ano, desde o início de sua análise, Ginevra trouxe-me um sonho ou, como ela colocou, “um pesadelo”.

*Eu dirigia para o interior de um túnel. Atrás de mim, havia um caminhão e na minha frente muito tráfego, além de alguma coisa semelhante a fumaça. Pensei: isso está ficando realmente perigoso. Parecia-me que havia um nevoeiro espesso e pensei que não podia ver absolutamente nada. Tive a impressão de que havia uma saída à direita e que era minha última possibilidade de sair dali. Subitamente, a estrada estreitou-se e fui de encontro a uma parede. Tive a sensação de colidir com ela e morrer, e senti uma ansiedade terrível. Quando acordei, percebi que tinha estado face a face com minha morte.*

O “pesadelo” de Ginevra representa uma leitura e uma descrição muito precisa do que a paciente fez de si própria e de seu ambiente interior após os primeiros meses de nosso trabalho psicanalítico, durante o qual eu era confrontada com sua condição mental e emotiva particular. Imediatamente depois que ela me contou seu pesadelo, minha mente chegou à vívida sensação da contratransferência que acompanhara o primeiro longo período de análise com essa paciente, o qual eu podia definir como um *bloqueio mental violento*, e dentro do qual eu estava tentando com empenho encontrar espaço para pensamento e afetos. Às vezes, essa sensação com a

qual eu estava lutando para dar um sentido tinha sido tão violenta, que me fazia sentir cada vez mais apreensiva quanto à ausência de um *local* para colocar alguma coisa afetiva e significativamente viva entre mim e a paciente: sentia como se avançasse contra uma parede de desesperança. Realmente, os primeiros meses da análise tinham sido caracterizados pela maneira particular da paciente se relacionar comigo, e isso também emergia nas associações oníricas que o próprio sonho agora começava a indicar: ela me disse que na noite anterior, em um jantar, sentira-se excluída e que uma parede havia sido construída em seu interior, ao mesmo tempo em que ela ignorava o convidado ao seu lado. Nessa época, o trabalho com Ginevra freqüentemente me dava a impressão de que eu estava falando com uma parede, com nossas palavras chocando-se contra ela, sem produzir qualquer repercussão.

A necessidade de Ginevra quanto à análise foi expressa de uma forma muito especial, que eu chamaria de *possessão concreta* da sessão. Durante esse encontro, fui tornada o objeto de um intenso bombardeamento de comunicações concretas, na forma de histórias muito detalhadas e confusas sobre tudo o que acontecia em sua vida real (coisas que ela havia feito ou tinha de fazer, organizado ou tinha de organizar), e essa troca tendia a se tornar um contínuo vaivém; de vez em quando, isso me fazia pensar em um jogo de pingue-pongue. Apesar do fato de emoções violentas estarem no ar, referindo-se principalmente ao aspecto persecutório e geralmente expressas como experiências de abandono e queixa recriminatória, a comunicação da paciente carecia totalmente de qualquer reflexão sobre seu *self* e de contato com suas emoções. Esse tipo de *alienação separada/separação*, que faz o analista sentir-se alienado de si próprio, torna-se óbvio na contratransferência do analista, o qual se descobre preso em uma atmosfera pesada, seus pensamentos agrilhoados e ancorados a uma superfície plana, monótona. Essa sensação é acompanhada, muitas vezes, de um sentido de confusão e sentimentos de falta de confiança e desamparo. Em situações como essas, o analista parece chegar muito perto, e muito diretamente, da impossibilidade de representar a “confusão de afetos que não mais se rela-

ciona a representações, mas à irrepresentabilidade”, e que revela a ausência de “formações intermediárias” (GREEN, 1999, p.295).

Gradualmente, à medida que o trabalho analítico prosseguia, fui impressionada por dois aspectos que influenciaram a imagem que eu estava formando de minha paciente: por um lado, como a falta de contato com ela própria a privava dos instrumentos do pensamento, deixando-a totalmente confusa; por outro lado, e ligado a esse primeiro aspecto, havia uma necessidade escrupulosa de relatar todos os diminutos detalhes de sua vida exterior (um fim de semana, a organização de um jantar, etc.). Era como se o fato de ser capaz de contar tudo lhe desse uma satisfação especial. Quanto a mim, era deixada com a sensação oposta de frustração e preocupação com algo que parecia estar faltando. Como diz Winnicott (1945), nesses casos, a impressão do analista é a de que nenhum trabalho analítico foi feito. Muito tempo se passou antes que eu percebesse que havia realmente uma operação sofisticada e complexa acontecendo sob a superfície, a qual servia para indicar e comunicar algo relacionado a uma necessidade básica da paciente, a necessidade – jamais satisfeita anteriormente e relacionada com o problema de espelhamento (*mirroring*) e integração – “de ser conhecida em sua completa miscelânea por uma pessoa, o analista” (WINNICOTT, 1945). Refletindo sobre o que aconteceu antes que “a criança se conheça (e, portanto, conheça os outros) como a pessoa inteira que ela é (e que eles são)”, Winnicott sustenta que o processo de integração precede a personalização e a aquisição do senso de realidade, e o que ocorre nesse nível é de “importância vital” para o que acontece depois. Realmente, no caso de Genevra, esse conjunto de problemas foi expresso não tanto por meio do conteúdo de suas comunicações, mas através de seu especial *modo de comunicação* comigo, criando uma situação de engessamento sufocante e rígida, que excluía qualquer possibilidade de criar uma distância mental entre nós, na sessão.

Entretanto, por meio do pesadelo, a paciente foi capaz de entrar em contato com o seu *self* e *sonhar* com a existência deste, fornecendo-me uma descrição de sua condição mental e da estrutura de suas defesas, po-

rém com algo extra, com relação aos sonhos que vinha trazendo para mim, naquela época. A presença de *ansiedade* como um estado afetivo funciona como “indicador” de que alguma coisa pode começar a emergir do inconsciente da paciente. De fato, Ginevra não apenas estava descrevendo simplesmente, em termos do congestionamento do tráfego no túnel, sua sensação claustrofóbica de sufocação e bloqueio que caracterizava a condição de sua mente (*bloqueio mental*) e que se projetava externamente como um *claustrum*<sup>2</sup> em sua relação com os outros e em sua recusa da dependência, mas estava experimentando diretamente a morte psíquica. Isso a invadia sempre que se sentia obrigada a ativar seu mecanismo projetivo, delegando ao outro (p. ex., a analista-motorista do caminhão atrás dela) a função de pensar e sentir em seu interesse (*havia algo como uma névoa espessa e pensei que não podia ver absolutamente nada*).

O mecanismo de “delegar” seus próprios desejos e pensamentos, por um lado, está ameaçando esmagá-la como o caminhão, fazendo-a sentir-se uma vítima de claustrofobia e perseguição; por outro lado, isso a obriga a se confrontar com seu próprio vácuo interno – a ausência de um espaço pessoal e de um nível simbólico e metafórico, que ela agora é capaz de experimentar pela primeira vez, por meio de uma experiência angustiante (*tive a sensação de colidir com ela e morrer*). A paciente associa a direita (*a saída à direita*) com as idéias políticas de sua mãe, as quais despreza e combate. Entretanto, a saída à direita, a via para a salvação (*sua última possibilidade*), também me faz pensar em um meio de fuga, uma fantasia de ser capaz de recuperar os antigos modos de relacionamento, nos quais existe uma mãe que pensa por ela, em vez de levar em conta o seu mundo interno e as memórias de sua infância, às quais, até esse momento, a paciente fizera somente referência muito escassa e vaga. Por meio do espaço analítico e da relação de transferência, Ginevra começou a perceber uma possibilidade de enfrentar o problema de seu próprio mundo interno, sem maniacamente o negar e fugir dele.

A sensação de *bloqueio mental* e a falta de espaço para comunicação

<sup>2</sup> Do latim, *claustrum*, limite ou barreira. (NT)



parecem referir-se a uma forma particular em que o “trabalho negativo” pode manifestar-se durante a cura. Tanto as considerações de Green (1993, 2002) sobre esse tema como o trabalho de Botella e Botella (2001) sobre o problema da “representação psíquica” enfatizam a maneira como o pensamento do “negativo” se refere ao desenvolvimento da teoria freudiana após 1920 e à evolução do conceito de trauma e “neurose traumática” em seu trabalho, ainda que o ponto de vista apresentado por *Luto e Melancolia* examine condições que causam deficiência na capacidade para investir e representar o objeto.<sup>3</sup>

O *trabalho negativo* que caracteriza o aparelho psíquico em suas manifestações extremas parece remover o corpo e a substância do próprio objeto sobre o qual o trabalho de análise é realizado – a realidade psíquica, como é expressa e manifestada dentro da relação analítica. Nesses casos, a comparação que Freud usa em seu artigo de 1937 (p.55) é especialmente apropriada: “Dá a impressão não tanto de trabalhar com argila, mas, ao contrário, de escrever em água”. Em situações em que a capacidade para a representação não foi desenvolvida ou entrou em colapso, o problema para a análise é ser procurada em um nível primitivo básico, que se refere ao estágio de integração, bem como à possibilidade de estruturação para e com o paciente, da experiência de uma realidade psíquica.

No caso da minha paciente, assim como com outros pacientes que conheci ao longo dos anos, essas manifestações do negativo jazem ocultas atrás de uma normalidade aparente em seu comportamento exteriorizado, e este freqüentemente acompanha as afirmações de sucesso profissional e uma capacidade de administrar suas próprias vidas de uma determinada maneira eficiente. Pelo menos esse é o caminho que existia para Genevra.

---

<sup>3</sup> A propósito da teoria estrutural, o pensamento freudiano abriu perspectivas que se estendem além da teoria da representação baseada essencialmente no modelo da interpretação dos sonhos. Essa modificação no centro de gravidade em relação à elaboração da primeira topografia relaciona-se à expansão progressiva dos limites da realidade psíquica, a partir da atenção substancialmente dada ao conflito psíquico até ao reconhecimento da relação com a realidade, e abre o caminho para o rumo tomado pela psicanálise depois de Freud e ao espaço designado progressivamente para a relação de objeto e suas vicissitudes.



No entanto, atrás da fachada imaculada se esconde um bloqueio interno que impede o trabalho da livre associação e que é manifestado na contratransferência, pela sensação da analista de perder continuamente o fio do relato, de sentir-se confusa, em um nevoeiro, de estar exposta a um bombardeio caótico de “fatos” e “atualidades” que muitas vezes são difíceis de organizar como uma seqüência lógica de eventos ou como memórias. Nessas situações, “a livre associação, que revela um tema coerente, já está afetada pela ansiedade, e a coesão de idéias é uma organização de defesa” (WINNICOTT, 1971). Em situações como essa, a regra fundamental é uma conquista, não o ponto de partida.

De fato, o trabalho dessa aglomeração de associações era preencher ou esconder o vazio que havia sido criado após o processo de negação (erradicação e apagamento) de sua própria realidade interna. Como escreve Green (2000a), esses pacientes sentem-se ameaçados pelo fluxo de pensamento espontâneo ou pela tentativa de estabelecer uma rede de vínculos e conexões importantes que poderiam realmente levá-los a reassumir o contato com a parte da realidade interna que havia sido apagada ou erradicada. É esse evacuar-se da representação que causa a desconexão da realidade interna. O que é revelado no material clínico “é a morte da representação da mãe que não aparece ou do seio que não aplaca a fome, mas aumenta a excitação. Subseqüentemente, o sujeito que realiza isso nega a existência de sua própria realidade psíquica” (2000a, p.436). A negação dessa realidade psíquica conduz a uma forma de vazio ou depressão (2000a, p.437).

### **O Núcleo Traumático**

Retornando a Genevra, o *núcleo traumático* que se encontra na base das defesas da paciente, e que esta tentou tenazmente evitar, forma parte da sua história pessoal que fui descobrir somente através de abordagens progressivas no decurso da análise.

Genevra era a primeira filha de pais que haviam se casado tarde; sua mãe tinha aproximadamente 40 anos quando minha paciente nasceu. Alguns meses após o nascimento de Genevra, a mãe engravidou novamente,

mas dessa vez deparou-se com graves dificuldades (problemas cardíacos), que tornaram essa segunda gravidez extremamente arriscada; muitas vezes sua mãe precisou ser hospitalizada e permanecer acamada durante longos períodos. Tal situação continuou depois do nascimento do irmão de Ginevra, e aqui minha idéia era a de que esse novo estado de coisas representou, para a minha paciente, uma ruptura traumática no sentido da continuidade de sua própria existência, ao mesmo tempo em que a “preocupação materna primária” era substituída pela demanda da mãe para satisfazer suas necessidades narcisísticas através da filhinha.

Menciono o *núcleo traumático* não casualmente, porque o colapso no sentido de continuidade ocorreu em um período muito precoce de sua vida, na área da relação primária na qual a criança ainda se encontra em estado de “dependência absoluta” do objeto externo, o qual não é reconhecido como tal, mas se conserva contido dentro da esfera da onipotência infantil. Em termos winnicottianos, estamos na área do “objeto subjetivo”, a qual, se comprometida, resulta em uma alteração da sensação de existir e da consciência de que se é real (WINNICOTT, 1971). A paciente descrevia sua mãe como uma bela mulher, competente e resoluta em tudo o que emprendia, e era vista com admiração e respeito por todos que a conheciam. O pai aparecia como uma figura obscura e não parece ter preenchido nem um papel separativo nem a função de terceiro quanto ao par mãe-filha, facilitando desse modo o desdobramento do complexo de Édipo. Desta forma, Ginevra foi sobrecarregada com uma mãe e um pai que eram incapazes de colaborar no desenvolvimento de seus filhos: o irmãozinho, cujo nascimento tivera conseqüências tão graves para a saúde de sua mãe, tornou-se uma criança extremamente exigente e difícil. Porém, enquanto o irmão se identificava com esses aspectos infantis e exigentes, minha paciente assumia o papel do adulto, uma irmã mais velha responsável, uma “vice-mãe”.

O dilema em que Ginevra se encontrava parecia ser representado, por um lado, pela identificação com uma mãe fálica, que precisava triunfar sobre os homens e se apresentava, em um sonho, como uma “alemã ari-

na”; por outro lado, pela necessidade de recuperar a parte dissociada que, no mesmo sonho, aparecia sob a forma do “judeu torturado” e coincidia com os aspectos primitivos ligados a aspectos instintivos e agressivos, irreconhecíveis ao seu ambiente e relacionados à área de identificação primária, que Winnicott (1971) define como “talvez a mais simples de todas as experiências, a experiência de existir”. A *re-atividade* maníaca que geralmente caracterizou sua vida e que foi apresentada claramente em seu modo de comunicação na análise parecia consistir em meio de fuga de seu mundo interno, rumo à realidade percebida e experimentada em termos concretos: um “estado de unidade ou um estado de integração de espaço-tempo, no qual existe um self contendo tudo”, parecia ser substituído por uma condição em que “predominam os elementos dissociados que existem em compartimentos ou estão dispersos por toda parte e largados descuidadamente” (WINNICOTT, 1971).

### **Defesa Maníaca**

Mudando o foco de atenção para a relação com o “ambiente”, Winnicott pondera sobre os efeitos desorganizadores de experiências particularmente – e precocemente – traumáticas sobre a psique. Seus conceitos de *defesa maníaca* (1935) e *falsa reparação* (1948) parecem-me extremamente úteis, ao focalizarem um tipo específico de condição patológica em que a estruturação do *espaço intrapsíquico* foi violentamente danificada. Ao contrário da elaboração de Melanie Klein (1935) sobre o conceito de *defesa maníaca*, Winnicott considera esses mecanismos de defesa como associados a um sentimento de alguém se tornar alienado de seu próprio mundo interno. À luz do conceito da *falsa reparação*, isso pode ser explicado como não tendo conexão alguma com a culpa do paciente, mas estando certamente ligado a uma de suas identificações com a depressão materna. As fantasias onipotentes são vistas como um meio de distanciar-se da realidade interna – uma defesa contra a sua aceitação –, e não da realidade propriamente. A influência dominante da *defesa maníaca* indica que ocorrera um colapso do mundo interno do sujeito em uma fase de desenvolvi-

mento muito precoce, sendo então substituído por um estado de alienação e contra-senso organizado (WINNICOTT, 1971); ao mesmo tempo, foi danificada sua capacidade de conceder reconhecimento e sentido à sua própria realidade interna e aos objetos ali alojados, bem como às relações entre eles. Essa questão foi compreendida e desenvolvida nas considerações de André Green sobre a *mãe morta* (1980), assim como em seu estudo da função desobjetalizante (1993, 2004). Na situação à qual Green se refere, o verdadeiro caráter da vida psíquica é mantido sob controle, e “não é apenas a relação com o objeto que está sujeita a ataque, mas todos os seus substitutos, terminando com o próprio Ego” (2004). O risco da não-representação confirma o caráter impotente e traumático do processo real, pois – como salientam Botella e Botella (2001, p.27) – a perda da apresentação “causa um autêntico vazio que tem um efeito implosivo”; ainda mais devastadora é a experiência do não-representável de sua própria ausência aos olhos do outro (BOTELLA e BOTELLA, 2001; FABOZZI, 2003).

No caso de minha paciente, esses problemas resultaram na impossibilidade de “sentir-se real e ter uma vida interna em que pudesse retrair-se e relaxar” (WINNICOTT, 1971, p.199). Eu só estava muito consciente de tudo isso na contratransferência por causa da minha dificuldade de manter um contato empático com ela. Muitas vezes eu sentia que tinha errado o ponto ou esbarrado no tom errado, tornando-me confusa e desorientada. Minhas próprias comunicações pareciam-me apáticas, correndo o risco de se tornarem pedagógicas ou explanatórias. Ginevra lembrava-me uma daquelas crianças eternamente agitadas que, incapazes de brincar, estavam continuamente em busca de algum estímulo ao qual reagir. Essa situação suscitou uma questão específica, relativa ao uso das comunicações no decorso das sessões. Darei aqui dois exemplos extraídos de uma fase avançada da análise. Durante o trabalho analítico, tornou-se firmemente mais claro como sua dificuldade de manipular O. – a filhinha que o casal havia adotado – e o seu próprio problema de criança difícil colocavam-na em contato com seus aspectos dissociados. Em uma sessão (a segunda da semana), aproximadamente no terceiro ano de análise, a paciente me disse

que havia tido um sonho, mas que não podia mais lembrá-lo. *Eu me lembrei dele por algum tempo, mas depois o esqueci.* Ela continuou a me contar que no dia anterior tivera problemas com sua filha: *Sofri o problema da loucura* (era sobre isso, realmente, que tínhamos falado na sessão anterior, mas a paciente não fez a conexão) *e nós tivemos uma briga horrível. Eu achei que ia ficar louca. O. tornou-se agressiva e começou a me atacar.* (Ginevra caiu em silêncio, como se suspensa.) *Estou confusa. Não consigo recordar o que aconteceu.*

Sem lhe explicar nada, penso que Ginevra havia me falado, na sessão anterior, sobre sua mãe, que tinha feito sua filha adolescente tingir o cabelo por não gostar de sua cor natural. Creio que agora ela está em contato com uma mãe louca, uma mãe que desconecta e erradica os pensamentos durante a lembrança do sonho, e o que aconteceu foi evacuado. Com isso, simultaneamente, a capacidade de perceber “o seu próprio interior” também foi evacuada. Mas também penso no pequeno propósito que há em oferecer interpretação nessa frequência, arriscando fazê-la sentir-se “esmagada” sob sua impotência. Assim, tudo que lhe digo é: *“Talvez você não se lembre do que aconteceu, mas pode recordar como você se sentiu”*. Ginevra desencadeou uma descrição de sua agitação, de como ela se sentiu no auge da raiva e não sabia como lidar com O. *Eu estava fora de mim. O. recusava-se a comer. Ninguém dizia uma palavra à mesa. O. disse: “Tudo isso é tão triste!”*, depois ela me deu um colar que ela havia feito para ela mesma, com um bilhete anexado: *“Eu te amo”*. Mas para mim era difícil aceitá-lo. *Eu estava em um tal estado... literalmente fora de mim.*

Também associo sua raiva à ansiedade que sente com a minha rejeição, quando me presenteia sua confusão e seu sentimento de não estar à altura de seu papel de mãe. Talvez ela tenha medo de estar me despistando, quando me presenteia sua criança difícil e acha que preciso mantê-la à distância.

Nesse momento, Ginevra foi capaz de começar a recuperar algumas de suas idéias sobre o que havíamos conversado nas sessões anteriores.

Quando digo a Ginevra que ela está preocupada com a possibilidade

de eu rejeitá-la, por um lado, estou consciente do seu medo por ter em seu interior a loucura de uma mãe que não aceita nem maneja, e que, realmente, correspondia à realidade com os problemas suscitados por seu irmão mais jovem; por outro, estou referindo-me aos meus sentimentos, na contratransferência, causados pela deficiência da *rêverie* e de minha capacidade para transformar as emoções despertadas pela relação em elementos de pensamento que possam ser compartilhados e comunicados. Além disso, se “o objetivo da interpretação deve incluir a sensação, por parte do analista, de que uma comunicação foi feita e requer reconhecimento” (WINNICOTT, 1948), é precisamente essa impossibilidade de reconhecer e aceitar o ‘gesto’, como ocorreu com o colar de O., que tem caracterizado, desde o início, meu diálogo com Ginevra. Enfatizando o compartilhamento de uma experiência, e não o que realmente aconteceu, inicialmente meus comentários destinaram-se a sustentar a emergência do espaço interno da paciente; portanto, de um espaço que se colocasse entre nós, no qual o ‘gesto’ pudesse encontrar reconhecimento e aceitação.

O desenvolvimento do processo é descrito em uma sessão, alguns meses depois da que acabei de relatar. Estávamos no momento da interrupção de verão, e Ginevra me disse que estivera pensando em me pedir para reduzir o número de sessões após as férias. Frequentar quatro sessões semanais era realmente demasiado para ela. Ficou calada por alguns minutos, depois começou a falar sobre a filha, que lhe dissera ter se sentido muito ferida *em um delicado lugarzinho dentro dela*, pela falta de compreensão que ela encontrava em casa e entre seus colegas da escola. Eu lhe disse que era exatamente desse delicado “lugarzinho” dentro dela e das emoções que ele contém que ela precisava me falar; ela necessitava de mim para compreender que, quando isso a assustava, ela precisava cancelá-lo, como no caso das sessões. Um silêncio momentâneo, depois ela continua:

P.: *Para mim, é muito trabalho pensar que tenho medo da separação.*

A.: *Provavelmente não é da separação que você tem medo, mas dos sentimentos que ela lhe desperta.*

Ginevra fica silenciosa durante um período muito mais longo, o que absolutamente não lhe é usual. Quando ela fala novamente, sua voz é muito calma e ponderada.

P.: *Pode ser que eu esteja curiosa sobre esses sentimentos enquanto estou aqui. Mas trarei o assunto de reduzir as sessões novamente, quando eu voltar, apenas para lhe mostrar que não dependo delas. Agora estou me sentindo triste. Talvez seja porque eu não tenha tido esses sentimentos antes, como quando eu era criança. Eu fazia praticamente tudo para atrair a atenção de minha mãe.*

A.: *É como se você estivesse dizendo que se sentia forçada a fazer isso a fim de obter sua atenção.*

P.: *É, assim ela gostaria de mim.*

A.: *Forçada a fazer, talvez sem se permitir sentir o que você estava experimentando ou o que você sentia. (Enquanto digo isso, penso comigo mesma na diferença entre “fazer” e “ser”).*

P.: *Tenho falado muito mais com O. Ela tem um jeito de falar abertamente, ela tem sofrido muito mais do que eu.*

O “*delicado lugarzinho*” que a paciente menciona na sessão parece-me o primeiro sinal de um espaço interno potencial, uma área ainda delicada, mas que já pode começar a representar uma base para o *self* e o sentido de existir. A capacidade de desenvolver uma dimensão interna e usar os mecanismos de introjeção e projeção agora envolverá um afrouxamento do seu controle sobre a realidade externa, que a impedia de fazer contato com (sua dimensão subjetiva e seus sonhos) a dimensão da subjetividade e do sonho (BOLLAS, 1999).

Entretanto, foi apenas mais tarde, no decurso da análise, que o significado do primeiro sonho pôde vir à luz e revelar o profundo sentido da *defesa maníaca* que a paciente adotou. No início do sexto ano de análise, a mãe da paciente adoeceu gravemente em consequência de uma cirurgia. Ginevra foi chamada a ajudá-la e, embora se recuperasse, até certo ponto sua mãe permanecia em condição muito precária; do ponto de vista psicológico, confusa e diminuída. No entanto, essa situação dolorosa ofereceu-



nos uma oportunidade para dar mais um passo adiante na análise. Através dessa experiência da doença, Ginevra veio a reconhecer uma representação da mãe que provavelmente tinha sido “morta” em botão, por ser dolorosa demais; isto é, uma mãe frágil, em perigo de vida (a mãe da sua infância mais remota), contra a qual ela *reagia*, substituindo-a por outra imagem, a da mãe triunfante.

Essa imagem de sua mãe agora podia ser representada em um sonho, por meio do qual o processo de luto podia começar e com ele terminar a análise.

*Eu estava no sonho, e minha mãe também estava. Eu estava parada atrás de uma tela de vidro. Você sabe, aquelas telas que têm aonde você vai para olhar os bebês recém-nascidos, no berçário. Mas dentro não havia caminhas de criança, apenas pessoas deitadas. Entrei e vi que minha mãe estava lá dentro também. Eu não sei se ela estava morta, porque elas estavam todas deitadas ali, bastante quietas, como se estivessem dormindo. Eu me senti e meditei. Eu me senti bem lá dentro.*

Agora, digo-lhe que, por meio da meditação-análise, ela parece estar apta a encarar os sentimentos relacionados ao luto pela mãe moribunda, além de seus próprios sentimentos pelos filhos que jamais tivera e pelo nascimento de seu irmão mais jovem. A análise parece tê-la levado além da tela de vidro de suas defesas, ajudando-a a construir *um lugar* em seu interior (*meditação*) e a dar uma representação ao núcleo traumático e aos seus sentimentos.

As razões para suas reações e sua onipotência maníaca, que eu agora era capaz de conectar à imagem de uma mãe doente e moribunda, e que tinham servido para defendê-la das ansiedades da morte, adquiriam então uma profundidade e uma substância que me fora impossível ver até aquele momento. Meus pensamentos retornaram ao primeiro sonho, à “*saída à direita*” que a paciente havia associado às idéias políticas de sua mãe, ao passo que eu, particularmente, percebia-a como um meio de fuga e um recurso para antigas formas de relacionamento. À luz do que agora eu estava descobrindo, as palavras da paciente (*Tive a sensação de que era minha*

*última possibilidade de sair*) também pareciam referir-se à experiência traumática de “uma mudança repentina, transformando literalmente a imagem da mãe” (GREEN, 1993, p.274), depois da qual não havia chance ulterior de salvação. A morte que a paciente mencionou no sonho podia, presentemente, ser interpretada como a transformação repentina na vida psíquica, à época do desinvestimento da mãe, registrada como uma autêntica morte pessoal. Essa transformação na vida psíquica era “experimentada pela criança como uma catástrofe”. Realmente, nessas situações, juntamente com o que é sentido como uma perda de amor, há “a perda de *sentido* que priva a criança do acesso a qualquer explanação que possa ajudá-la a compreender o que aconteceu” (GREEN, 1993, p.275). O que permanece acessível, entretanto, é a profunda identificação com a mãe morta.

### **O Trabalho de Interpretação**

Como tentei mostrar através do exemplo clínico, a experiência de extrema ansiedade, suscitada pela ausência do objeto, adquire sua qualidade traumática logo após o colapso da função de investimento do outro – uma função que age como *rêverie* e dá sentido à experiência. O sujeito desinvestido está à mercê de emoções inomináveis, e ao próprio processo de integração, a base para a construção de um espaço psíquico pessoal, dentro do qual sua própria experiência pode ser ponderada e representada, está comprometido. A presença de um *self interpretador* (OGDEN, 1985) e o papel implícito e explícito de dar sentido, desempenhado pelo outro, são decisivos para a criação do *espaço potencial* como uma área hipotética criada na fase de negação do objeto, a fim de sustentar o objeto não-eu. A existência ou a falta de um espaço psíquico pessoal – “um espaço em que a criatividade possa se tornar possível” (OGDEN, 1985) – são mediadas por um *self* que interpreta, assumindo o papel do terceiro, o qual Green (2004) propõe denominar de *o outro do objeto*, enfatizando, desse modo, seu caráter simbólico intimamente correlacionado à atitude mental da mãe.

No caso de Genevra, como em outras situações similares, o irrepresentável, o inconcebível, a coisa que violenta a existência do sujeito

é a identificação primária com a depressão materna, que se torna um objeto psiquicamente morto para a criança (GREEN, 1980; BONAMINIO; DI RENZO, 2000<sup>4</sup>). A *defesa maníaca* é um meio de negar o luto e a desesperança resultantes da experiência da “mãe morta”, mas é também um meio de tentar mantê-la viva e preencher o vazio, e ao mesmo tempo manter-se viva. O mundo interno é ocupado por constantes *ação e reação*, que simultaneamente indicam a negação do objeto morto e de sua representação. Através dessa contínua insistência para “começar a trabalhar”, o que podemos conectar com o conceito de *falsa reparação*, o sujeito permanece “animado”, em uma tentativa de preencher o vazio e dar sentido à sua existência, enquanto o sentido de *alienação separada* é retomado e indicado por meio da contratransferência do analista. As experiências depressivas negadas dão surgimento a um programa vitalizante, baseado em “fazer”, no lugar de “ser”, em um “ser reativo em um meio reflexivo” (OGDEN, 1985). Isso pode ser atualizado (atuado) na contratransferência, através de ativismo na interpretação. São pacientes que, para se sentir e conservar vivos, tendem a sair correndo para procurar estímulos aos quais eles possam reagir; e as comunicações também podem ser percebidas como objetos ou ações que servem para comunicar e solicitar respostas ou reações. Os símbolos são experimentados concretamente e, portanto, não são disponíveis para a troca e o compartilhamento de experiências, tanto intrapsíquicas quanto interpessoais (KAHN, 1974). Esse mecanismo de funcionamento deixa o paciente com um vazio de idéias que o obriga a funcionar de uma maneira concreta direta, evitando toda metáfora e perpetuando, desse modo, sua necessidade de um contêiner (continente) externo

---

<sup>4</sup> Conforme Bonaminio e Di Renzo (2000, p.4) explicam, a idéia básica de dissociação da personalidade está subentendida no conceito de defesa maníaca. O que está envolvido aqui é a dissociação, não a repressão ou a separação: esse é um ponto essencial, pois enquanto a repressão e a separação implicam a existência de um ego “em atividade” (p.10), a dissociação impede o desenvolvimento da criança e bloqueia a integração. Somente quando tenha ocorrido essa passagem é que podem ser dados o sentido completo à realidade interna e o reconhecimento aos objetos que residem em seu próprio mundo interno e às relações entre eles.

(o analista, um membro da família, seu ambiente profissional, um amigo) que possa fazer as reflexões por ele.

Sob essas condições, o analista é chamado a assumir a função do *self interpretador*, do qual o paciente é incapaz de se beneficiar durante o seu desenvolvimento. Aqui, o papel e a função da interpretação não estão tão relacionados com o conteúdo contribuído pelo analisando, mas mais exatamente com o auxílio para que ele revele o espaço subjetivo de sua realidade interna e, dentro da comunicação em análise, crie o *espaço potencial* para pôr em andamento a cadeia de associações e as conexões entre os processos primário e secundário, a fim de que o processo analítico aconteça. Defini as interpretações amplamente usadas nessas situações como *interpretações concordantes* (MARION, 2003), no sentido de que elas funcionam como um espelho para confirmar e reforçar os estados psicológico e emocional do paciente, ou como “um derivativo complexo da face que reflete o que existe para ser visto” (WINNICOTT, 1971), favorecendo, assim, o estabelecimento das bases do *self*. Mediante esse trabalho realizado à beira do conteúdo comunicado, a atenção do analista é focalizada na obtenção de elementos favoráveis à personalização e à capacidade de auto-análise. As comunicações do analista podem representar, nos termos de Winnicott, os “objetos subjetivos” oferecidos ao paciente, e não “decifrações” de sua vida inconsciente. Somente quando o paciente percebe seu funcionamento psíquico refletido no analista, ou na mente do analista em atividade, é que ele pode começar a transformar seus bloqueios e inibições, reconhecer o que pode fazer com suas forças psíquicas que estão em jogo, recriar uma circulação muito mais livre de afetos e representações pertencentes ao passado e ao presente (GREEN) e construir uma capacidade de auto-reflexão. Tudo isso foi muito bem expressado por Ginevra, que declarou: *Eu não poderia ser pior na interpretação... É sempre tão difícil imaginar o que está acontecendo internamente... Realmente, eu jamais poderia aprender filosofia. Tenho de tomá-la emprestada a outras pessoas, meu próprio raciocínio é passivo*. De fato, trabalhar com ela era um estímulo poderoso para essas considerações.

Conseqüentemente, esses casos exigirão um longo percurso de análise realizado às margens da comunicação, embora relegando os conteúdos e o sentido a um nível secundário, antes de termos esperança de alterar essa sensação de achatamento devastador, que Green denomina de ausência de “*formações intermediárias*”, e também antes de existir alguma indicação de uma capacidade para refletir e sustentar uma ativa troca de comunicação com o outro. Nesse trabalho às margens da comunicação, a tarefa de interpretação deixa de ser relacionada com a decodificação de significados, nem é relacionada com a “construção” de novos significados ou com a reconceitualização de eventos psíquicos e suas conexões. Nessas situações, a interpretação deve primeiramente desempenhar um trabalho preliminar que diz respeito ao *lugar* no qual os eventos psíquicos (emoções, afetos, representações) podem ocorrer e onde as interpretações podem acontecer, a fim de ajudar o paciente a criar uma realidade psíquica além da realidade material. A palavra, a interpretação – antes “desenvolvendo novos sistemas de conhecimento, para assumir perspectivas mais adequadas, capazes de fornecer um sentido mais rico e menos automutilante à existência, ou reorganizar experiências limitadoras ou fragmentárias”, como escreve Bordin (2004) – deve estar engajada na *construção do psíquico*, para usar a expressão de Green (2004) com relação à obra de Bion. Utilizando a função do terceiro, a interpretação deve visar à tarefa de fornecer forma para o lugar, o contêiner, o espaço em que pode acontecer todo o trabalho posterior de livre associação e representação por meio da linguagem, uma vez que esse espaço interno parece ocorrer no ponto de colapso, e o representacional parece ter aberto caminho para o perceptivo (MARION, 2004).

Como me aproximo da conclusão, estou pensando que a linguagem e a função de interpretação desempenham papel fundamental na constituição da psique humana; por meio do diálogo, embora não só através desse, construímos a experiência da relação; é através da *comunicação* com o outro que nosso discurso é transformado, e com isso a percepção que temos de nós próprios, do outro e dos nossos limites é igualmente transformada. Green (2004, p.103) escreve que, “a fim de construir o psíquico, Bion con-

siderava que não faria explanação alguma em termos de seio bom, seio mau; era necessário algo mais, pertencente à própria psique, que era indispensável à sua criação.” Ele assim postulava a existência da função alfa. Green concluiu formulando que é uma ilusão acreditar que se consiga entender a natureza da mente humana em todos os seus aspectos, sem esse “terceiro elemento”, que inevitavelmente carrega uma dimensão metafórica.

A atividade interpretativa envolve cada organismo vivo pertencente à espécie humana, e na ausência dessa atividade o ser humano não consegue sobreviver. Realmente, na ausência de interpretação nos encontramos face a face com a morte psíquica.

## Resumo

A autora através da apresentação de um exemplo clínico traz a questão sobre o núcleo traumático. Demonstra baseando-se nas teorias de Winnicott, Green, Botella e outros que o mesmo ocorre num período muito precoce, cuja dependência do sujeito do objeto ainda é absoluta e ocorre também em consequência da falta de investimento desse sobre o sujeito.

## Palavras-chave

Trauma. Investimento Objetal. Interpretação Mutativa.

## Abstract

### Trauma and Interpretation

The author brings the issue of traumatic nucleus through the presentation of a clinical example. Based on the theories of Winnicott, Green, Botella and others, she demonstrates that the traumatic nucleus occurs at a very early period, when the subject's dependency on the object is still absolute, and it also occurs as a consequence of the lack of investment of the latter on the subject.

## Key-words

Trauma. Object's Investment. Mutative Interpretation.

## Resumen

### Trauma y Interpretación

La autora a través de la presentación de un ejemplo clínico trae la cuestión sobre el núcleo traumático. Demuestra basándose en las teorías de Winnicott, Green, Botella y otros que lo mismo ocurre en un período muy precoz, cuya dependencia del sujeto del objeto todavía es absoluta y ocurre también en consecuencia de la falta de inversión de este sobre el sujeto.

## Palabras-llave

Trauma. Investidura del Objeto. Interpretación Mutativa.

## Referencias

- BARANGER, M. W.; MOM, J. M. El Trauma Psíquico Infantil de nosotros a Freud: trauma puro, retroactividad y reconstrucción. **Revista de Psicoanálisis:** APA, Buenos Aires, v.44, n.4, p.745-774, 1987.
- BONAMINIO, V.; DI RENZO, M. **Un Compito che non Può mai Essere Assolto... far Fonte all'Umore della Madre:** la comprensión clínica de Winnicott del lavoro psichico svolto pericolosamente l'*altro*. Trabalho apresentado no Congresso Internacional Winnicott em 2000, ocorrido na cidade de Milão em nov. 2000.
- BORDI, S. **L'Interpretazione Oggi:** come sono cambiate le interpretazioni dell'analista e come sono cambiati i nostri pazienti. Trabalho apresentado no Centro Romano de Psicanálise, em jun. 2004.
- BOTELLA, C.; BOTELLA, S. **La Figurabilité Psychique.** Paris: Delachaux et Niestlé, 2001.
- ETCHEGOYEN, H.R. **Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica.** Buenos Aires: Amorortu, 1986.
- FABOZZI, P. Del non "Guardare": la ricerca del sé tra l'interpretazione e l'ambiente analítico. In: FABOZZI, P. (ed.). **Forme dell'Interpretare:** nuove prospettive nella teoria e nella clinica psicoanalítica. Milan: Angeli, 2003.
- FREUD, S. (1892). Studies on Hysteria. In: \_\_\_\_\_. **O.S.F.** v.1.
- \_\_\_\_\_. (1915). Mourning and Melancholia. In: \_\_\_\_\_. **O.S.F.** v.8.



- \_\_\_\_\_. (1937). Analysis Terminable and Interminable. In: \_\_\_\_\_. **O.S.F.** v.11.
- GORETTI, G. Le Menti Violati: pensieri su Dora, Schreber e altri. **Revista di Psicoanalisi**, Roma, v.43, n.4, p.635-657, 1997.
- GREEN, A. **Narcissisme de Vie, Narcissisme de Mort**. Paris: Les Éditions de Minuit, 1980.
- \_\_\_\_\_. **Le Travail du Négatif**. Paris: Les Éditions de Minuit, 1993.
- \_\_\_\_\_. On Discriminating and not Discriminating between Affect and Representation. **International Journal of Psychoanalysis**, London, v.80, p.277-316, 1999.
- \_\_\_\_\_. The Central Phobic Position: a new formulation of the free association method. **International Journal of Psychoanalysis**, London, v.81, p.429-451, 2000a.
- \_\_\_\_\_. The Intrapsychic and the Intersubjective in Psychoanalysis. **Psychoanalytic Quarterly**, New York, v.64, p.1-22, 2000b.
- \_\_\_\_\_. **Idées pour une Psychanalyse Contemporaine: méconnaissance et reconnaissance de l'inconscient**. Paris: Presses Universitaires de France, 2002.
- \_\_\_\_\_. Thirdness and Psychoanalytic Concepts. **Psychoanalytic Quarterly**, New York, v.73, p.99-135, 2004.
- KAHN, M. **The Privacy of the Self**. London: Hogarth Press, 1974.
- MARION, P. Trauma ed Elaborazione del Trauma nella Psicoanalisi dei Bambini e degli Adolescenti: introduzione al dibattito. **Richard e Piggie**, Roma, v.7, n.2, p.175-178, 1999.
- \_\_\_\_\_. L'intepretazione nello sviluppo della realtà psichica. In: FABOZZI, P. (ed.). **Forme dell'Interpretare: nuove prospettive nella teoria e nella clinica psicoanalitica**. Milan: Angeli, 2003.
- \_\_\_\_\_. **Discussion on the Paper by S. Bordi, L'Interpretazione Oggi: come sono cambiate le interpretazioni dell'analista e come sono cambiati i nostri pazienti**. Trabalho apresentado no Centro Romano de Psicanálise, em jun. 2004.
- PARSONS, M. Psychic Reality, Negation and the Analytic Setting. In: KOHON, G. (ed.). **The Dead Mother: the works of André Green**. London: Routledge, 1999.
- PHILLIPS, A. **Winnicott: biografia intellettuale**. Roma: Armando, 1988.
- WINNICOTT, D.W. (1935). Manic Defense. In: \_\_\_\_\_. **Collected Papers**. London: Tavistock, 1958.
- \_\_\_\_\_. (1945). Primary Emotional Development. In: \_\_\_\_\_. **Collected Papers**. London: Tavistock, 1958.

\_\_\_\_\_. (1948). Reparation in Respect of Mother's Organized Defense against Depression. In: \_\_\_\_\_. **Collected Papers**. London: Tavistock, 1958.  
\_\_\_\_\_. **Playing and Reality**. London: Tavistock, 1971.

Artigo

Copyright © *Psicanálise* – Revista da SBPdePA

Trabalho apresentado no 44º Congresso da IPA: Novos Desenvolvimentos em Psicanálise do Trauma. Rio de Janeiro, 28-31 de julho de 2005.

Tradução: Maria Regina Lucena Borges

**Dra. Paola Marion**

Via Pasubio, 4

00195 Roma – Itália

Fone: 39063223596

E-mail: p.marion@ioil.it