

DO INFARTO À ESPERANÇA DE VIVER: IMPACTOS PSICOSSOMÁTICOS DE UMA EXPERIÊNCIA TRAUMÁTICA

From Heart Attack to the Hope of Living: Psychosomatic Impacts of a Traumatic

Del infarto a la Esperanza de Vivir: Impactos Psicossomáticos de una Experiencia Traumática

Del'Infarctus à l'Espoir de Vivre : Impacts Psychosomatiques d'une Expérience Traumatisante

10.5020/23590777.rs.v22i2.e12039

Lucas Henrique de Carvalho

Psicólogo pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Especialista em Cuidados Paliativos e Terapia de Dor pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), Especialista em Saúde pelo Hospital das Clínicas da UFMG, Mestrando em Psicologia Social na UFMG.

Alessandra Aguiar Vieira

Psicóloga e Psicanalista. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Cuidados Paliativos pelas Ciências Médicas MG.

Tereza Cristina Peixoto

Doutora e Mestre em Saúde e Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com doutorado sanduíche em Lisboa. Especialista em Psicologia do Trabalho, em Psicologia Hospitalar e em Humanização (SUS). Docente Adjunto no curso de Psicologia da UFMG.

Resumo

As doenças cardiovasculares são consideradas a maior causa de mortes no mundo. Os cuidados aos cardiopatas têm demandado esforços dos serviços de saúde e muitos psicólogos e psicanalistas, que compõem equipes multidisciplinares, se embasam na teoria psicanalítica para fundamentar suas práticas clínicas junto a esse público. Este estudo tem como objetivo investigar de que forma a experiência do infarto agudo do miocárdio (IAM) impacta um indivíduo, na sua dimensão psique-soma, conceito proposto por Donald Winnicott. Através do método de relato de caso, acessamos o material clínico produzido pelo registro dos atendimentos psicológicos de uma paciente infartada, acompanhada pelo pesquisador no período de um ano e meio. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética e teve consentimento da paciente. Baseado na teoria winnicottiana, percebemos que o infarto provocou abalos na dimensão psique-soma – causando episódios de despersonalização, grande fragilidade emocional, medo da morte, desesperança – e revelou seu caráter traumático, dada sua ação invasiva e abrupta. O processo psicanalítico nesse caso clínico se mostrou como um dispositivo de acolhimento e intervenção, no qual a paciente pôde revisitar a própria história, integrar situações traumáticas e recuperar sua esperança e desejo de viver.

Palavras-chave: infarto do miocárdio; psicanálise; trauma psíquico.

Abstract

Cardiovascular diseases are considered the leading cause of death in the world. Caring for patients with heart disease has demanded efforts from health services and many psychologists and psychoanalysts, who are part of multidisciplinary teams, rely on psychoanalytic theory to support their clinical practices with this public. This study investigates how the experience of acute myocardial infarction (AMI) impacts an individual in their psyche-soma dimension, a concept proposed by Donald Winnicott. Through the case report method, we accessed the clinical material produced by the record of the psychological care of a patient with a heart attack, followed by the researcher for one year and a half. The research was approved by the ethics committee and had patient consent. Based on the Winnicottian theory, we realized that the infarction caused shocks in the psyche-soma dimension - causing episodes of depersonalization, great emotional fragility,

fear of death, and hopelessness - and revealed its traumatic character, given its invasive and abrupt action. The psychoanalytic process in this clinical case proved to be a welcoming and intervention device in which the patient can revisit her history, integrate traumatic situations, and recover her hope and desire to live.

Keywords: myocardial infarction; psychoanalysis; psychic trauma.

Resumen

Las enfermedades cardiovasculares son consideradas la mayor causa de muerte en el mundo. Los cuidados con los cardiacos están demandando esfuerzos de los servicios de salud y muchos psicólogos y psicoanalistas, que componen equipos multidisciplinares, están basados en la teoría psicoanalítica para fundamentar sus prácticas clínicas junto a este público. Este estudio tiene el objetivo de investigar de qué forma la experiencia del infarto agudo de miocardio (IAM) impacta un individuo, en su dimensión psique-soma, concepto propuesto por Donald Winnicott. Por medio del método de informe de caso, accedimos al material clínico producido por el registro de los atendimientos psicológicos de una paciente infartada, acompañada por el investigador por el periodo de un año y medio. La investigación tuvo aprobación del comité de ética y consentimiento de la paciente. Basado en la teoría winnicottiana, percibimos que el infarto provocó sobresaltos en la dimensión psique-soma – causando episodios de despersonalización, gran fragilidad emocional, miedo de la muerte, desesperanza – y reveló su carácter traumático, dada su acción invasiva y abrupta. El proceso psicoanalítico en este caso clínico se mostró como un dispositivo de acogida e intervención, dónde la paciente pudo visitar su propia historia, integrar situaciones traumáticas y recuperar su esperanza y deseo de vivir.

Palabras clave: infarto de miocardio; psicoanálisis; trauma psíquico.

Résumé

Les maladies cardiovasculaires sont considérées comme la première cause de décès dans le monde. La prise en charge des patients cardiaques a demandé des efforts aux services de santé et de nombreux psychologues et psychanalystes, qui composent des équipes multidisciplinaires, lesquelles s'appuient sur la théorie psychanalytique pour étayer leurs pratiques cliniques auprès de ce public. Cette étude vise à comprendre comment l'expérience de l'infarctus aigu du myocarde (IAM) impacte l'individu, dans sa dimension psyché-soma, un concept proposé par Donald Winnicott. Par la méthode du rapport de cas, nous avons accédé au matériel clinique produit par le dossier de la prise en charge psychologique d'une patiente victime d'un infarctus, suivie par le chercheur pendant une période d'un an et demi. La recherche a été approuvée par le comité d'éthique et a obtenu l'autorisation de la patiente. Sur la base de la théorie winnicottienne, nous avons perçu que l'infarctus a provoqué des chocs dans la dimension psyché-soma – entraînant des épisodes de dépersonnalisation, de grande fragilité émotionnelle, de peur de la mort, de désespoir – et il a révélé son caractère traumatique, compte tenu de son action invasive et brusque. Le processus psychanalytique dans ce cas clinique s'est avéré comme un dispositif d'accueil et d'intervention, dans lequel la patiente a pu visiter sa propre histoire, intégrer des situations traumatiques et récupérer son espoir et son désir de vivre.

Mots-clés : infarctus du myocarde ; psychanalyse ; traumatisme psychique.

As doenças cardiovasculares se configuram como a principal causa de morte no mundo (World Health Organization [WHO], 2017). As cardiopatias são doenças orgânicas caracterizadas pela alteração da funcionalidade do coração e, em meio à perda da vitalidade do corpo, produzem impactos psíquicos importantes que desvelam a fragilidade da vida e a possibilidade de morte (Knebel & Marin, 2018). Nesse cenário, as equipes multiprofissionais que prestam cuidados aos pacientes cardíacos têm se beneficiado dos campos da psicologia e psicanálise, os quais se esforçam tanto na atuação nos serviços de saúde, quanto na produção científica a partir dos desafios da prática clínica (Ronick & Campos, 2017; Tamagnini, 2014).

Em terras britânicas, o pediatra e psicanalista Donald W. Winnicott produziu uma obra sobre o desenvolvimento humano, lapidada ao longo da sua atuação clínica. Apesar da clara influência freudiana, Loparic (2006) mostra que Winnicott cursou caminhos com ideias inéditas para o campo psicanalítico, afastando-se da metapsicologia freudiana de um aparelho psíquico mobilizado por forças pulsionais e inaugurando a ênfase na tendência ao amadurecimento emocional ao longo da vida, possibilitado por um ambiente facilitador. O complexo de Édipo, com seu lugar basilar na psicanálise, passa a ser apenas uma das fases de um amplo processo maturacional. A centralidade da compreensão antropológica em Winnicott passa a ser

o colo da mãe, no qual o bebê encontra o primeiro e necessário suporte para existir, alcançar uma integração psicossomática¹ e depois se relacionar com coisas e pessoas.

Ao longo do desenvolvimento humano, o indivíduo vive sujeito a eventualidades, como o acometimento de uma doença. Winnicott (1994a) explica que existem os transtornos psicossomáticos, os quais atingem não somente um fator físico ou psíquico, mas toda a integração psique-soma. Assim, o transtorno “se funde com o problema universal da interação sadia entre a psique e o soma, ou seja, entre a personalidade de um indivíduo e o corpo em que a pessoa vive” (Winnicott, 1994a, p. 427). A partir disso, pretendemos analisar os possíveis efeitos na integração psique-soma na ocasião de um infarto agudo do miocárdio (IAM), que é um acometimento cardíaco, ou seja, da dimensão somática, que é indissociável da psique. Isto posto, após o infarto, a psique terá de elaborar imaginativamente esse “novo” corpo, ora débil e dotado de limitações. Não é incomum os infartados se dirigirem ao pronto-socorro queixando-se de sensações, tais como aperto no peito, palpitação e sudorese. Afinal, seria um novo infarto? A equipe médica, muitas vezes, não nota correspondências das queixas ao exame físico. O que representariam tais manifestações que insistem em repetir-se no pós-infarto? Poderíamos considerar o evento cardíaco com um potencial traumático por gerar tais sensações?

Tais questionamentos advêm do cenário das práticas hospitalar e ambulatorial da Residência Multiprofissional em Saúde Cardiovascular. O presente artigo é um estudo de caso referente ao acompanhamento psicológico de uma paciente que sofreu um IAM e é portadora de uma cardiopatia. O estudo é fruto do trabalho de conclusão de residência do psicólogo que conduziu o caso clínico. Pretendemos, assim, contribuir para a prática clínica de psicólogos e analistas que integram equipes de saúde no contexto dialogado com a Cardiologia.

A Teoria do Amadurecimento Humano

Para auxiliar a compreensão do caso clínico, nesta seção, introduziremos a teoria de Donald Winnicott, que privilegiou tanto os aspectos intrapsíquicos, tão caros à psicanálise, quanto a constituição da pessoa na sua relação com o ambiente. Para o autor, existe uma tendência inata à integração e amadurecimento inerentes à existência humana, mas que para alcançar tal integração e níveis mais complexos do processo maturacional, posteriormente, precisa-se de um ambiente facilitador, especialmente nos estágios iniciais. No início da vida, a dependência do bebê é absoluta e suas necessidades físicas e emocionais são percebidas e atendidas pelo(a) cuidador(a)² através da disponibilidade para uma comunicação sensível com a criança, denominada pelo autor como preocupação materna primária. Neste momento, o bebê ainda não tem um ego integrado e separado da externalidade, por isso tudo que lhe é ofertado alimenta sua ilusão de onipotência, já que não há a apreensão de que existe algo externo atendendo suas necessidades (Winnicott, 2011b).

Nesses primórdios, existe o soma, pois ele é originário. O campo somático vem agregado da carga genética hereditária herdada dos pares parentais e é onde se manifestam os aspectos vitais, tais como a fome, a respiração, a digestão, a excitação e as sensações despertadas no contato com o ambiente. O soma será conectado à psique, a qual é responsável pelo processo de elaboração imaginativa daquilo que ocorre na dimensão corporal. Ou seja, a psique possibilita que o ser humano se aproprie das partes do seu corpo e das mobilizações nos campos sensoriais e motores (Laurentiis, 2007; Winnicott, 1990).

Nos estágios iniciais, o ambiente precisa fornecer três cuidados essenciais. O primeiro é o *holding*, compreendido como segurar, sustentar, manter, que ocorre quando o bebê é envolvido nos braços do(a) cuidador(a) repetidas vezes. Esse colo tem um momento de início, permanece por um tempo e precisa ser finalizado, pois também é necessária uma experiência impessoal de sustentação em espaços tais como um berço ou carrinho. O bebê inicia, assim, sua integração no tempo e no espaço, dando a sensação de continuidade-de-ser, ou sentido de existir. Caso o *holding* não seja experienciado, o bebê fica preso em sensações terríveis de despedaçamento ou de cair para sempre (Winnicott, 1994b, 2011c).

O *handling*, por sua vez, como mostra Dias (2014), refere-se ao ato de manejar, e manipular o corpinho do bebê, tocado pelo(a) cuidador(a) em situações diversas, tais como trocar fralda, dar banho e vestir a roupinha. Nessa experiência, os sentidos são aguçados, a pele é altamente estimulada e quem acalenta exerce um cuidado não só corporal, mas também psíquico ao reconhecer que naquele corpinho existe uma pessoa. O bebê vai ganhando uma nova experiência e sua psique caminha para habitar o soma cada vez mais. A psique vai se alojando no corpo e possibilitando o fenômeno de personalização: um sentimento de pertencimento àquele corpo. Existir e estar vivo “vai ganhando consistência, peso e gravidade” (Dias, 2014, p. 201). Caso esse cuidado não seja ofertado, a realidade do si-mesmo não se estabelece, prejudicando especialmente

1 A integração psicossomática, segundo Winnicott (1990), é fruto de um processo do desenvolvimento humano, no qual a psique encontra morada no soma, formando uma unidade psicossomática (ou psique-soma) e que, ao longo do tempo, inaugura a noção de um ego que habita as próprias fronteiras corporais.

2 Neste artigo não usaremos o termo “mãe”, mas sim “cuidador(a)”, pois entendemos que a capacidade de cuidar é uma conquista no amadurecimento humano, que não é exclusiva ao gênero feminino (Miranda et al., 2019; Moraes, 2011).

o alojamento do bebê no próprio corpo.

A terceira é o *object presenting*, no qual quem cuida vai apresentando os objetos do mundo ao bebê. Isso facilita o relacionamento gradual com a externalidade para além do conjunto estabelecido entre cuidador-bebê, inaugurando a relação com o mundo externo e um sentimento essencial de sentir-se real (Winnicott, 2011c).

A psique, ao fazer morada no soma, assume sua função de interligar “as experiências passadas com as potencialidades, a consciência do momento presente e as expectativas para o futuro” (Winnicott, 1990, p. 37). Ou seja, sua operação proporciona a noção de temporalidade, intimamente ligada às experiências do *holding*. Assim, a psique “dá sentido ao sentimento do eu, e justifica nossa percepção de que dentro daquele corpo existe um indivíduo” (Winnicott, 1990, p. 46). Ademais, a psique também vai se ocupar “com os relacionamentos, tanto dentro do corpo quanto com ele, e com os relacionamentos mantidos com o mundo externo. Emergindo do que se poderia chamar de elaboração imaginativa de funções corporais de todos os tipos” (Winnicott, 1990, p. 46).

Esses processos preparam o bebê para a desilusão, fenômeno no qual quem cuida sai do estado de preocupação primária e o bebê precisa esperar para ter suas necessidades supridas, restando o sentimento de onipotência do estágio anterior. Essa conquista interfere intrapsiquicamente, já que, na desilusão, os processos mentais se encarregam de cuidar do psique-soma quando suas necessidades não são atendidas prontamente pelo ambiente. Esse cuidado se refere, por exemplo, a algumas memórias e conexões que já estão ao alcance do bebê: ao ouvir um barulho ou sentir um cheiro específico, ele reconhece a presença do(a) cuidador(a) e consegue esperar até ser atendido. A partir disso, funda-se o que Winnicott (1990, p. 51) entende como a mente humana, “um ornamento no topo do psicossoma”, que o ajuda a caminhar rumo à independência (Dias, 2014). Mas se o ambiente demora muito e não respeita o tempo de tolerância do bebê, ele entra em um estado reativo que perturba sua continuidade-de-ser. Nessa situação psicopatológica, o bebê passa a reagir ao invés de existir e isto pode se tornar um padrão no qual o indivíduo terá um intenso funcionamento mental na tentativa de compensar as constantes falhas ambientais (Winnicott, 1978a).

Quando tudo ocorre bem em termos de provisão ambiental, a desilusão começa a inaugurar a separação, ainda incipiente, da relação fusional entre cuidador(a) e filho(a) de forma que o bebê começa a ter certa noção de que depende do ambiente. O bebê se lança em experiências numa dimensão intermediária entre a realidade interna e o mundo externo, intitulado de fenômeno transicional. Para Winnicott (2019a), o bebê alcança a capacidade de experienciar períodos de repouso, distante de quem cuida, podendo ou não ser acompanhado de um objeto transicional, tais como uma coberta ou um ursinho. Isso gera um sentimento de segurança e exerce a função de apaziguar as ansiedades do bebê e tornar suportável as frustrações do processo de desilusão. O paradoxo presente está no fato de que o objeto não é o cuidador, mas carrega um simbolismo essencial capaz de representá-lo, ou seja, é e não é ao mesmo tempo, daí o paradoxo. Inicia-se, assim, o desenvolvimento da capacidade humana de transitar entre o mundo subjetivo e a realidade externa a partir da experiência transicional. Quando há objeto envolvido nessa experiência não consideramos que exista uma relação do bebê com o objeto propriamente dito, pois ainda estamos no campo do objeto subjetivo³.

Se antes o bebê tinha a ilusão de que tudo que encontrava no mundo era criação dele mesmo, fruto do seu gesto espontâneo, agora, como desdobramento da desilusão e dos fenômenos transicionais, se introduz a distinção entre eu e não eu e de que os objetos existem de forma autônoma. Por meio das suas fantasias e imaginações destrutivas, ele destrói o objeto, mas, se tudo der certo, o objeto sobrevive e permanece no mundo. Assim, o bebê começa a usar o objeto na fantasia e na realidade com a certeza de que este permanecerá vivo e é justamente isso que o impulsiona a viver numa realidade compartilhada com os objetos externos. Para o autor, “a destruição tem um papel na construção da realidade, colocando o objeto fora do *self*” (Winnicott, 2019c, p.148).

O *self*⁴, então, vai ganhando forma e incorporando os cuidados recebidos de modo a colaborar na relativização da dependência e consolidação da integração do ego. Assim, o bebê vai experienciando a sensação de ter um contorno que lhe diferencia do meio externo e o sentimento de habitar o próprio corpo se intensifica (Winnicott, 1990, 2011a).

3 Conceito complexo e essencial na obra de Winnicott. Quando se fala da relação do bebê com um objeto nos estágios iniciais, configura-se um paradoxo. Pois ainda não há um eu constituído no bebê e ele não reconhece o objeto como uma totalidade externa. Logo, não são duas totalidades separadas se relacionando. Nós, enquanto observadores, vemos uma relação entre dois, mas o bebê experiencia uma fusão na qual o objeto externo é, na verdade, colado ao seu mundo subjetivo, pertencente a sua área de onipotência (Winnicott, 2019b).

4 Para Fulgêncio (2014), Winnicott não deixou explícita na sua obra a diferença entre os conceitos de ego e de *self*. Mas o *self* envolve as experiências e vivências particulares vividas no contato com o mundo, enquanto o ego é o que passa pelo processo de integração e resulta do agrupamento das experiências em uma unidade singular.

Em seguida, a criança já está mais preparada para enfrentar os próprios impulsos instintuais. A relação com o(a) cuidador(a) passa a ser dúbia, ora com o ambiente⁵, ora com o objeto. Na primeira, se mantém a imagem do cuidado, amor e acalento, enquanto na segunda quem cuida é imaginativamente lesionado e destruído ao virar alvo da agressividade. Se o cuidador(a) sustenta e suporta isso sem se vingar, o bebê vai construindo a experiência de reparação da sua destrutividade, como consequência dessa ação do cuidador, dando início ao sentimento de preocupação, pois a criança percebe que sua impulsividade pode machucar o outro. Caso contrário, a culpa e medo predominam por notar que seus impulsos amorosos e agressivos são direcionados a quem ele ainda depende relativamente nessa fase do concernimento. Aqui já notamos um mundo interno com conflitos, ansiedades e fantasias (Dias, 2014; Winnicott, 1982).

Após anos de relação dual, começa-se a reconhecer os pais também como pessoas inteiras, inaugurando a relação triangular. O complexo de Édipo, para Winnicott (1994c), só ocorre após a integração do eu e reconhecimento da alteridade. A ambivalência dos sentimentos de amor e ódio aos pares parentais gera sintomas oriundos das defesas contra as ansiedades presentes no conflito edípico. A família tem papel fundamental para acolher e sobreviver às manifestações da criança para que ela consiga tolerar seus sentimentos sem necessitar de defesas tão rígidas (Winnicott, 1990).

Daí em diante a criança conta cada vez mais com a capacidade de enfrentar os desafios das relações interpessoais e de se identificar com aqueles com quem se relaciona, lidando melhor com seus impulsos e afetos. Outras tarefas virão ao longo do final da infância, adolescência, vida adulta e velhice, ou até mesmo o que se alcançou anteriormente no desenvolvimento emocional pode se perder em meio às circunstâncias da vida e de precisar ser conquistado novamente. Diante disso, Winnicott reforça a importância de olharmos para os estágios iniciais, pois esses nos dão pistas fundamentais para compreensão da forma da pessoa estar no mundo e enfrentar as adversidades (Winnicott, 1983a).

Método

Conforme *Carta Circular nº 166/2018* da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP, 2018), o presente estudo se enquadrou na metodologia de “projeto de relato de caso”, com característica de “delineamento descritivo, sem grupo controle, de caráter narrativo e reflexivo, cujos dados são provenientes da prática cotidiana ou da atividade profissional” (CONEP, 2018, p. 1). Os dados provêm dos atendimentos realizados no período de um ano e cinco meses por um psicólogo em um serviço público de saúde. O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e foi aprovado no dia 27/08/2020. A participante consentiu sua participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), conforme Resoluções Nº 510 de 2016 e 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012, 2016), que versam sobre os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos.

Para construir o relato de caso, adotamos o percurso metodológico de pesquisa em Psicologia Clínica proposto por Avellar (2009), dividido em seis etapas. O primeiro passo consistiu na pergunta de pesquisa surgida da prática clínica: O fenômeno do IAM proporciona manifestações no campo do psique-soma? Na segunda etapa, recorreremos ao material que contém a descrição dos atendimentos clínicos realizados previamente. A produção desses registros é uma prática regulamentada e obrigatória no exercício profissional da Psicologia Clínica (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2010). O material é sigiloso e exclusivo para uso dos momentos de supervisão clínica, na qual o psicólogo objetiva “analisar e elaborar os procedimentos adotados durante a intervenção, além de suscitar reflexões e trocas de experiências entre esses profissionais (...). Também indica a possibilidade, ou a necessidade, de realização de novas pesquisas” (Avellar, 2009, p. 15). O terceiro passo envolveu a escolha da teoria do psicanalista Donald Winnicott como referencial teórico para analisar o fenômeno estudado. A análise dos dados se deu a partir da leitura detalhada e atenta do material clínico, categorizando-o em temas-chave de análise. A escolha das categorias de análise considerou temas que se repetiram significativamente no discurso da paciente, demonstrando uma demanda de trabalho psíquico, sendo, então, temáticas capazes de transmitir ao leitor o cerne do caso clínico. Essas categorias foram articuladas à teoria winnicottiana, cumprindo a quarta etapa. As duas últimas fases se deram com a escrita do caso clínico articulado à teoria, que deu fruto ao presente artigo.

5 Aqui referimos ao ambiente como algo ainda colado ao ego que supre todas as necessidades do bebê.

Resultados e Discussão

O Caso Clínico

Cris⁶, nossa paciente, de 48 anos, vive com duas filhas e trabalha em uma instituição escolar. Ela sofreu um infarto quando foi surpreendida por um assalto à mão armada no seu ambiente de trabalho. No hospital, onde foi avaliada, realizou um cateterismo e seguiu com acompanhamento cardiológico após alta. Durante o processo de reabilitação, ficou afastada do trabalho, mas precisou ir à escola em duas ocasiões e, em ambas as vezes, foi acometida por um novo infarto, necessitando de auxílio médico imediato. Após os três infartos, a paciente foi encaminhada para o ambulatório da psicologia e solicitaram um parecer constando se, do ponto de vista psíquico, ela estava apta a retornar às atividades laborais. A equipe médica notava uma ansiedade acentuada e já havia emitido um pedido para prolongar o afastamento. Contudo, antes de uma posição da equipe de psicologia, o médico responsável por afastamentos laborais indeferiu o pedido médico e Cris precisou retornar ao trabalho.

Nesse contexto, antes da paciente voltar a trabalhar, realizamos apenas dois atendimentos. Sobre o assalto, ela descreveu que “*por dentro*” sentiu um medo muito forte da morte, principalmente ao pensar nas suas filhas, no entanto, foi a única da escola que “*por fora*” transpareceu tranquilidade a ponto de conversar com o assaltante, que logo fugiu ao ouvir a sirene do carro da polícia que se aproximava. Agora, só de pensar na escola, Cris sente um “*pânico*”, tem dor de cabeça e sudorese intensas, além de uma dor nas costas, similar à dor do infarto. Apesar de gostar da sua profissão e demonstrar muita responsabilidade com suas atribuições, ela não se sentia preparada para o retorno por medo de infartar novamente. Nos dois atendimentos ela abordou com detalhes os três infartos sofridos, seus medos e expectativas para retornar ao trabalho. No terceiro atendimento, Cris havia voltado a trabalhar sem ter infartado de novo.

O Impacto Emocional: Essa Não Sou Eu

Apesar de não ter infartado novamente em seu retorno conforme temia, Cris percebeu que seu ritmo de trabalho estava mais lento e dizia-se indignada: “*eu virei uma manteiga derretida*”. Surpreendeu-se ao se deparar com momentos que chorava sem um contexto específico que lhe causasse tristeza. Aconteceu isso tanto no trabalho quanto em casa. Incentivada a associar livremente, a paciente permanecia incomodada sem conseguir construir um sentido ou uma explicação que considerasse razoável para o ocorrido.

Assim, foi perceptível que de nada adiantava continuar encorajando uma descrição racional expressa por palavras. O choro parecia representar algo que precisava ser experienciado, ao invés de intelectualizado. Muitas vezes, o paciente está a caminho de encontrar aspectos pessoais que não se revelam verbalmente ou intelectualmente, “mas tão-somente a realização de certas experiências no presente, sustentadas pelo *setting* analítico (ou seja, pela relação humana que a situação analítica pode proporcionar), que tornam possível chegar, por si mesmo, ao encontro de si mesmo” (Fulgencio, 2011, p. 61). Com esse raciocínio, o analista fez a seguinte intervenção: “*parece que precisamos deixar essas lágrimas escorrerem, talvez elas queiram exprimir algo que você não consegue colocar em palavras*”. No princípio, Cris se incomodou com a intervenção, pois entendia o choro como uma fraqueza e um retrocesso no seu estado emocional. Assim, o analista propôs que cuidassem, no atendimento, desse choro enigmático sem julgá-lo como um retrocesso. Ela, então, mesmo envergonhada, emocionou-se e permitiu-se chorar.

Depois de um tempo, convidada a expressar quais sentimentos experienciava em momentos de choro, uma recordação cheia de afeto foi rememorada. Aos 12 anos, ao chorar pela morte repentina após um acidente vascular cerebral (AVC) do pai, sua mãe a reprimiu e insistiu que ela precisava ser forte para poder cuidar das irmãs caçulas. A violência dessa cena fez com que Cris se sentisse impedida de expressar seus sentimentos. Ela mesma explicou: “*não chorei mais porque não queria apanhar de novo*”. Cris, então, preocupava-se: “*agora estou com essa frescura de ficar chorando, será que nunca mais vou ser a mesma?*”. Aqui notamos um incômodo da paciente em mostrar sua fragilidade que esteve escondida, a nosso ver, por um falso *self*⁷ que se apresentava na face de uma mulher forte, com alta capacidade de resolução de problemas, sendo o

6 Para preservar a identidade da participante da pesquisa, o nome utilizado é fictício e alguns dados do caso foram modificados para que a pessoa não possa ser identificada, mas sem comprometer a singularidade do caso.

7 O falso *self* se manifesta em diversos níveis. Pode ser fruto de uma cisão com o *self* verdadeiro quando o ambiente não se adaptou bem aos gestos espontâneos do bebê. Quando o cuidado é suficientemente bom, esses gestos dão origem à criatividade do bebê e fortalece o sentimento de sentir-se real. Caso contrário, o falso *self* faz com que o bebê se submeta às exigências do ambiente, barrando sua própria espontaneidade. Vemos, nesses casos, defesas rígidas próximas da esquizofrenia, ou outras menos enrijecidas comuns em pessoas bem-sucedidas socialmente, mas que sentem que a vida não tem valor. O falso *self* é uma defesa que protege o verdadeiro *self*, manifestando-se de forma adaptada às exigências do ambiente, mas carregando na pessoa um

porto seguro de várias pessoas e com muitas responsabilidades carregadas para si. Na adolescência, inclusive, era chamada de “menina macho”, por ter características que as pessoas, comumente, atribuíam à masculinidade, tais como ser destemida e valente, além de abominar qualquer gesto que a associassem a uma fragilidade ou “frescura”.

Conforme Naffah (2005) pontua, o processo terapêutico precisa caminhar para que a singularidade do paciente, presente no verdadeiro *self*, se apresente e, aos poucos, a função defensiva excessiva do falso *self* se retraia. Por isso, não incentivamos processos de simbolização e ligação no começo, mas sim “fazer passar pela área de experiência - portanto, da criatividade originária - acontecimentos fundamentais ao processo de amadurecimento, que dela ficaram cindidos por falhas ambientais” (Naffah, 2005, p. 450). A tendência é que o processo de simbolização venha como produto da experiência vivida, a qual “se processa em grande parte no espaço potencial⁸ e, ao retomar situações traumáticas congeladas, tende a promover a rememoração das mesmas e a emergência dos afetos aí gerados, fazendo grande parte disso tudo passar pela linguagem” (Naffah, 2005, p. 450). Nesse sentido, Cris teve a oportunidade de ter a experiência de um choro que estava preso há anos, fruto de uma falta de acolhimento materno no momento da morte do pai. Nesse processo de luto mal acolhido, a faceta do falso *self* se intensificou de forma que Cris construísse relações nas quais o cuidado e as necessidades alheias sempre fossem prioritárias às dela para evitar contato com as próprias fragilidades.

Outro evento lembrado por Cris, do mesmo período, foi o desenvolvimento de uma rouquidão, queimação estomacal e gastrite. Adiante, Cris recordou de várias situações de estresse e sofrimento que acabaram causando sintomas físicos, tais como fraqueza na perna, palpitações no coração e paralisia em partes do corpo. As idas aos serviços de saúde sempre levavam ao diagnóstico de “crise nervosa”. Todas aconteceram em situações extremas, nas quais ela resistia aceitar que necessitava de cuidados profissionais até o último momento.

Dias (2008) mostra que uma resposta corporal diante de um anseio ou sofrimento psíquico não é compreendido necessariamente como um fenômeno psicossomático. O verdadeiro transtorno psicossomático possui relação com a frágil integração da psique no soma que deveria ser melhor alojada nos primórdios do desenvolvimento. Compreendemos os sintomas de Cris como fenômenos vivenciados no corpo com íntima relação aos sofrimentos do mundo interno, não se configurando algo psicopatologicamente grave. Pelo contrário, isso é saudável por ser “parte inexorável da vida e da tarefa, nada fácil, de continuar vivo e de amadurecer” (Dias, 2008, p. 108). Apesar de essas manifestações indicarem um aspecto da saúde, entendemos que a faceta do falso *self* provocava um bloqueio em Cris para não procurar ajuda por temer recair numa posição de depender do outro. O problema disso é que, ao chegar no seu limite, seu corpo sucumbia, colocando sua vida em risco.

Direções Sem Sentido

Além de queixar-se do choro, Cris relatou, com muita estranheza, episódios nos quais estava andando pela cidade, em ruas muito familiares e, repentinamente, não sabia mais onde estava: “*teve algumas vezes que entrei em pânico, ficava tão desesperada que começava a suar, perder as sensações do braço e sentia um aperto no peito. Tentava respirar e esperava no local até me orientar novamente. Outras vezes, eu até conseguia ficar calma, mas ia andando sem rumo, até que uma hora me localizava de novo*”. Sua preocupação era que tais episódios fossem sinais indicativos de estar enlouquecendo. Esse fato indica uma manifestação do abalo na unidade psicossomática. O alojamento da psique no soma e o processo da elaboração imaginativa das funções somáticas que ocorrem durante toda a vida, mas sempre haverá uma opacidade no corpo impossível de ser elaborada. O afrouxamento do elo entre psique e soma pode ocorrer no envelhecimento, no adoecimento, na gravidez, os quais impõem uma nova relação com o corpo, podendo trazer manifestações clínicas mais ou menos patológicas (Laurentiis, 2016).

Podemos compreender o medo de enlouquecimento de Cris como o pavor frente à possibilidade da experiência de aniquilamento do ego. Winnicott (1994d, p. 72) revela que “o medo clínico do colapso é o medo de um colapso que já foi experienciado. Ele é um medo da agonia original que provocou a organização de defesa que o paciente apresenta”. Essa agonia original não pode ser recordada por ter ocorrido nos estágios iniciais quando o bebê se encontrava num estado de não integração do ego. Para o autor, “a loucura ou o colapso de defesas originais, se viesse a ser experienciado, seria indescritivelmente doloroso” (Winnicott, 1994e, p. 99). O medo da paciente, então, era legítimo, se pensarmos que o enlouquecimento tem clara relação com o estado originário, e um retorno a esse estado causaria uma terrível sensação

sentimento de vazio ou futilidade e uma dificuldade de criar relações verdadeiramente íntimas (Winnicott, 1989a, 1990).

8 Podemos compreender o espaço potencial como um campo no qual se instaura, no início, os fenômenos transicionais, e quando tudo ocorre bem, evolui para o brincar e, por fim, para as experiências culturais compartilhadas (filosofia, arte, religião). Ou seja, a potência deste espaço envolve a comunicação entre a pessoa e a realidade externa, sendo as manifestações culturais um amparo que os mais saudáveis se refugiam para dar conta da realidade, tal como o bebê nos estágios primitivos se amparava junto ao objeto transicional (Serralha, 2019; Winnicott, 1978b).

de desintegrar-se ou ser aniquilado (Winnicott, 1990, 2020). Sabemos que, diante de situações extremas, a ameaça de desintegração pode ocorrer em pessoas saudáveis ou naquelas que carregam uma fragilidade egoica. Cris não mostrava sinais de um ego frágil e nos parece que os episódios de abalo no psique-soma remetem mais especificamente a uma experiência de despersonalização ao invés de desintegração.

Winnicott (1994f) e Dias (2008) mostram que a despersonalização impede a pessoa de experimentar a vida de forma plena na medida em que suas próprias sensações corporais de temperatura, motilidade e sensibilidade não foram apropriadas como aspectos da sua totalidade psicossomática. Ou seja, a precária morada da psique no soma levaria a essa sensação de não pertencimento ao corpo, tal como um fantasma que vaga sem uma estadia corpórea. Em certa medida, experiências de despersonalização são comuns e ocorrem também em pessoas saudáveis em graus distintos (Laurentiis, 2016).

No caso de Cris, desafiada pelo estabelecimento de uma nova relação com seu corpo fadado a limitações, experimentou sintomas corporais e desorientação ao andar pela rua, somado ao estresse e desesperança na vida. Winnicott (1990, p. 143) ressalta que perante um “sentimento de desesperança ou futilidade, a fixação da psique no corpo enfraquece, sendo então necessário tolerar um período de não relação entre a psique e o soma”. Como dito, a psique, através da elaboração imaginativa, tem papel fundamental na noção de temporalidade e da interligação entre as memórias, ou seja, o momento presente e expectativas futuras e sua interligação com o soma nos faz sentir que vivemos em um corpo com fronteiras que existe, se movimenta e interage com o mundo externo.

A paciente demonstrou uma interessante sabedoria para recuperar sua orientação nas situações vividas. Ela conseguia localizar-se e tranquilizar-se mais rápido quando ficava parada, focando em seus pés, apoiados no solo, respirando pausadamente, como forma de se reconectar com suas funções corporais e vivenciar uma experiência propriamente psicossomática no tempo e espaço. Podemos pensar que sentir os pés no chão reativa uma sensação de sustentação espacial, um delineamento dos limites do corpo, algo adquirido nos primórdios da constituição. Neste contexto, estes momentos vivenciados por Cris explicitam a incerta conquista da morada da psique no soma, que, por sinal, nunca é completa e pode impor, ao longo da vida, descompassos na associação psicossomática (Laurentiis, 2016). No caso dessa paciente, o infarto sofrido possui um papel central nesse fenômeno manifesto.

A hipótese de que a paciente alcançou um ego suficientemente integrado, fruto da facilitação do ambiente nos cuidados primários, tende a se confirmar ao notarmos a inexistência de episódios de desorganizações intensas com sensação de aniquilamento, além da sua relação com a alteridade demonstrar um ego integrado e separado dos objetos externos. No que se refere à desorientação na rua, Cris acreditava que isso era uma representação do seu estado emocional de sentir-se perdida na vida por não saber mais de que forma conseguiria viver com um coração que não funcionava mais como antes. Tal elaboração foi construída na interpretação de um sonho, nos levando à discussão sobre o caráter traumático do infarto.

A Dimensão Traumática

Cris começou apresentar insônia após episódios recorrentes de um pesadelo. Na cena onírica, ela estava andando em um ambiente completamente escuro e, de repente, era invadida por uma pressão, fazendo-a sentir-se sufocada. Acordava muito assustada, com medo de estar infartando e, seu corpo, completamente suado: “*eu precisava tomar banho e trocar a roupa de cama porque ficava tudo molhado de suor*”, relatou. A cena de andar na escuridão, que foi interpretada por ela como uma sensação de estar perdida, foi associada aos episódios de desorientação na rua e o sentimento de estar desorientada com relação ao seu futuro. Tais construções são valiosas já que a capacidade de interpretar e de construir sentidos aos conteúdos oníricos representa um sinal de saúde, sendo uma tentativa de elaboração do sonho em busca de integrá-lo no decurso do amadurecimento (Cocco, 2017; Winnicott, 1989b).

No entanto, as sensações de sufocamento e de desespero no escuro eram enigmáticas para Cris pelo teor desorganizador e agonizante e, ao falar disso, ela expressou as perguntas que tanto lhe perturbavam: “*e se eu infartar dormindo e não acordar mais?; e se eu tivesse reagido de outra forma ao assalto, será que eu não infartaria?; mas aí será que o assaltante teria disparado a arma?; e se o assaltante voltar na escola algum dia?; e se eu vê-lo na rua e ele me reconhecer?; e se meu coração der um ‘piripaque’ novamente?*”. Essas inquietações não deixavam Cris apenas perdida, mas a prendiam no presente, impedindo-a de seguir sua vida em frente. Acreditando no vínculo de confiança estabelecido na relação terapêutica e apostando que a paciente estava com o ego fortalecido para ouvir isso, o analista comunicou que o medo de morrer parecia estar escorado nesses questionamentos. Ela se emocionou bastante e concordou com a hipótese, dizendo que apesar de a morte sempre ter sido sua única certeza sobre a vida, somente agora isso estava ocupando seus pensamentos e gerando tristeza, ansiedade e falta de perspectivas futuras.

Inevitavelmente, o assunto sobre a própria morte levou a associações que conduziram novamente a época da morte do seu pai. Ao falar sobre os pesadelos, ela se indagou: “*mas olha que estranho! Nem na época da morte do meu pai eu tinha*

sonhos ruins assim". A paciente, então, se recordou que o pai aparecia nos seus sonhos constantemente com falas de cuidado e acalento, dizendo que ficaria tudo bem. Essa recordação de Cris nos revela dois elementos.

O primeiro é o fortalecimento da hipótese de que ela obteve cuidados suficientemente bons nos primórdios, pois até mesmo no difícil processo de luto do pai, ela produziu sonhos que reeditavam cuidados anteriormente experimentados, tal como um apoio egoico incorporado, tornando a dor da morte paterna menos insuportável. O segundo elemento nos faz pensar, conforme Cocco (2017, p. 20), que "as raízes do sonho fincam-se na elaboração imaginativa das funções corporais; o sonho é então entendido como uma função especializada da elaboração imaginativa do experienciado pela qual o indivíduo recria a si e o mundo encontrado". Com isso queremos dizer que o sonho apaziguador do pai representa o esforço dessa função especializada de integrar o que estava se passando na sua existência psicossomática após a morte paterna, tais como os sintomas de rouquidão, queimação estomacal, gastrite e o sofrimento da perda do pai no início da adolescência.

Mas a diferença fundamental apontada pelo estranhamento de Cris quando compara o sonho do pai aos pesadelos, é que estes pareciam escancarar uma terrível intrusão, a qual o ego tem dificuldades de encarar, sentindo-se ameaçado. A escuridão e o sufocamento remetem a uma sensação de aniquilamento e a iminência de morte que, ao contrário do sonho do pai, tende a paralisar o movimento de continuidade-de-ser. Assim, esse pesadelo parece reproduzir a intrusão súbita traumática do assalto e dos episódios de infarto. Sonhar e comunicar tal sonho ao analista aciona um movimento de busca por integração, a qual Winnicott (1983b) reforça ser primordial para o fortalecimento do ego, tendo como consequência a reunião de tudo, inclusive dos traumas, na área de onipotência pessoal da paciente. Ou seja, caminha-se para abarcar na área de onipotência aquilo que antes foi vivido de forma inesperada e invasiva completamente fora do seu controle onipotente.

Retomando o medo da morte presente nas inquietações de Cris, a paciente, ao falar dos sonhos, desvelou uma metáfora de que a vida representaria uma vela acesa, enquanto a chama apagada seria a morte: "*em um segundo tudo se apaga e acaba, não tem mais a pessoa, é o fim e ponto final*". Com entonação de revolta, ela explicou que tal como o resto da vela é descartado, a tendência era de que os falecidos também fossem levados ao esquecimento. Isso se associava com a falta de movimento da sua mãe de preservar memórias do pai por meio de fotos e histórias. Assim, o analista pontuou que, mesmo com essa atitude materna, a chama da vela paterna parecia ter permanecido acesa nos sonhos apaziguadores. Após emocionar-se com a metáfora, tranquilizou-se ao imaginar que, quando morrer, sua vela ficará iluminada nas memórias das suas filhas, revelando sua identificação com o pai que a levava temer uma morte repentina como a dele e as filhas ficarem desamparadas, tal como aconteceu com ela.

Depois de um tempo, a escuridão dos pesadelos foi ganhando clareza, produzindo um ambiente nebuloso, no qual ela caminhava em meio a uma névoa cinzenta, deixando-a menos aflita. Pensando o sonho como, predominantemente, "uma experiência psicossomática de integração, constituição e comunicação do indivíduo" (Cocco, 2017, p. 20), acreditamos que, ao Cris comunicar seus medos e angústias na análise, a força integrativa se mobilizou produzindo ambientes oníricos menos angustiantes. Os episódios de insônia diminuíram e, depois de meses, a paciente não teve mais pesadelos desse tipo, relatando nas sessões outros sonhos com elementos distantes de quaisquer sensações de agonias.

O caráter traumático das experiências da paciente aparece não somente nos pesadelos, mas também na sudorese, no aperto no peito, no medo da morte e na dificuldade de retorno ao trabalho. Tais manifestações fazem parte de uma tentativa de integração para colocar a experiência na área de onipotência pessoal e "experienciar aquilo que está cindido (...), integrando esse não-vivido. Assim, tornar-se-ia possível (...) a sua continuidade de ser" (Fulgencio, 2012, p. 478). Isso se deve ao princípio winnicottiano de que a pessoa precisa existir e continuar existindo, sendo que o trauma coloca tal premissa em risco, diferente da visão freudiana de que a pulsão de morte impulsiona a busca por desligamento da tensão provocada pelo trauma em direção ao estado inanimado (Fulgencio, 2004).

Winnicott (1994g, p. 114) descreve, assim, que "o trauma é a destruição da pureza da experiência individual por uma demasiada intrusão súbita ou imprevisível de fatos reais" e pela resposta frente ao ocorrido. A instauração do trauma ocorre junto ao sentimento de desamparo provocado pela situação invasiva ao *self* que se perdura por um tempo, causando apreensão na pessoa por não saber até quando aquilo irá durar. A insônia de Cris era uma defesa contra as sensações despertadas nos pesadelos que eram vividas como ameaça ao ego. Para Winnicott (1990), somos como uma bolha que só consegue existir quando sua pressão está equilibrada com o meio externo. Uma intrusão implica numa pressão externa intensa que provoca uma reação da bolha. No ser humano, esse desequilíbrio gerado pela invasão impede a continuidade-de-ser e impõe um padrão reativo. Se "cessada a intrusão, a reação também desaparece, e pode haver, então, um retorno ao ser" (Winnicott, 1990, p. 148).

No caso de Cris, as intrusões perante o susto do assalto e os três infartos continuaram reverberando por meio de um sentimento de apreensão seguida da repetitiva pergunta: "*e se acontecer de novo?*". Dessa maneira, a paciente teve momentos de falta de sentido na vida e de planos futuros. Isso implica numa dificuldade de receber novos acontecimentos por falta de um laço de confiabilidade com o ambiente. Diante da imprevisibilidade da vida, escancarada pelo assalto e o quadro cardíaco, o impacto foi um abalo na junção das experiências da paciente, afetando a capacidade de formar um passado e de lançar-se para o futuro pela falta de "crença num mundo encontrável e perdurável" (Dias, 2006, p. 6).

Em outras palavras, Cris foi capturada pela desesperança em relação ao futuro. Parecia não mais valer a pena investir nos seus planos de vida, já que poderia ser surpreendida a qualquer momento por uma nova intrusão súbita. A falta de previsibilidade do ambiente faz com que a pessoa traumatizada, para evitar o imprevisível, fique presa “num presente eterno, em que a luta para nunca mais sofrer a agonia impensável priva o indivíduo da liberdade de deixar acontecer, de recepcionar acontecimentos” (Dias, 2006, p. 6). Ou seja, o medo de Cris voltar ao ambiente de trabalho revelava a imprevisibilidade da vida que poderia ser surpreendida novamente por um assalto ou infarto, podendo levá-la à morte.

Considerações Finais: A Esperança e o Retorno à Vida

Diante desse contexto, percebemos que, apesar de ter interrompido seus planos, o medo da morte da paciente desvelava, paradoxalmente, o seu desejo de viver mais. Logo, o acompanhamento psicológico visou facilitar o desbloqueio dos obstáculos da paralisia imposta pelo trauma, dando continuidade ao processo de amadurecimento a partir de soluções criativas da paciente para lidar com as complexidades emocionais da existência (Winnicott, 1989c). Para isso acontecer, no processo psicanalítico, consideramos, conforme Fulgencio (2018), três etapas essenciais, nas quais o paciente: 1) estabelece vínculo de confiança com o analista, sentindo-se compreendido; 2) permite experimentar a si mesmo por meio da confiabilidade e sustentação presente na relação com o analista; 3) por fim, começa “a ver como natural o sentimento de existir por si mesmo” (Winnicott, 1983b, p. 154).

Com relação à primeira etapa, vemos que no acolhimento das duas primeiras sessões antes do retorno ao trabalho se iniciou um vínculo de confiança e um trabalho de integração das situações traumáticas de forma que Cris inaugurou uma nova relação consigo mesma e com o ambiente de trabalho sem que precisasse infartar novamente no local. A segunda etapa ocorreu ao longo dos meses, nos quais a relação analista-paciente favoreceu o processo de Cris desbravar-se nas memórias e sentimentos e recepcionar as interpretações do analista. A terceira etapa é retratada na ocasião de um dia, às seis da manhã, quando o analista foi surpreendido com a foto de uma cachoeira enviada pela paciente. Na sessão seguinte, ela explicou que havia feito uma viagem e que, na caminhada matinal, ali sozinha, avistou a paisagem e sentiu-se muito viva. Disse ter sido um sentimento tão puro que não sentia há tempos e, imediatamente, lembrou-se do analista. Registrou e enviou a foto, pois considerava que foi quem a ajudou nesse processo, o qual ela começou, de forma despreziosa, sem sequer imaginar que um dia conseguiria sentir-se bem novamente. Assim, a representação de vida capturada pela imagem é entregue ao analista como um gesto para deixar uma lambança vivaz, tal como as memórias vivas do seu pai que cuidamos para não caírem no esquecimento.

Esse auxílio atribuído ao espaço terapêutico, relatado por Cris, se refere ao sentimento genuíno do analista de acreditar na força da tendência ao amadurecimento da paciente que, mesmo com tantas dores e traumas, buscou um analista-ambiente suficientemente bom para acompanhar sua travessia. Ela percebia que algumas inquietações e medos ainda apareciam vez ou outra, mas demonstrou segurança ao dizer que se sentia adaptada ao novo corpo e à nova realidade, conseguindo deixar de lado aquele sentimento de que não valeria mais a pena investir em planos para sua vida. Tal construção denota o fechamento do ciclo do acompanhamento psicológico ambulatorial no contexto da saúde cardiovascular.

Nesse sentido, Ferraz (2019) mostra que a esperança faz parte dos primórdios da nossa vida, inaugurada pela previsibilidade dos cuidados fornecidos ao bebê, que o possibilita continuar existindo; perder a esperança seria similar à sensação de desamparo e morte psíquica. O assalto e os infartos de Cris acenderam o medo da morte e a desesperança na vida, reavivando a dor da morte do pai e, por isso, a esperança do analista lançou o primeiro passo para que a paciente pudesse revisitar sua história, apropriar-se das suas experiências, sentir-se viva e, agora, alcançar a própria esperança em si a ponto de se sentir segura para enfrentar a tão árdua tarefa de existir em meio aos percalços da vida.

Referências

- Avellar, L. Z. (2009). A pesquisa em psicologia clínica: Reflexões a partir da leitura da obra de Winnicott. *Contextos Clínicos*, 2(1), 11-17. Link
- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa [CONEP]. (2018). *Carta Circular nº 166/2018*. Ministério da Saúde. Link
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2010). *Resolução 005/2010*. CFP. Link
- Conselho Nacional de Saúde [CNS]. (2012). *Resolução Nº 466/2012*. Ministério da Saúde. Link
- Conselho Nacional de Saúde [CNS]. (2016). *Resolução Nº 510/2016*. Ministério da Saúde. Link

- Cocco, M. R. (2017). *O uso analítico do sonho: Um recorte da contribuição winnicottiana* [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. PUC-SP: Repositório PUCSP. Link
- Dias, E. O. (2006). Caráter temporal e os sentidos de trauma em Winnicott. *Winnicott E-prints*, 1(2), 1-8. Link
- Dias, E. O. (2008). O distúrbio psicossomático em Winnicott. In R. M. Volich, F. C. Ferraz & W. Ranña (Orgs.), *Psicossoma IV-Corpo, história e pensamento* (pp. 107-120). Casa do Psicólogo.
- Dias, E. O. (2014). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott* (3ª ed.). DWW Editorial.
- Ferraz, R. J. F. (2019). A espera e o gesto: Um olhar sobre a importância da esperança e sua psicopatologia a partir da obra de D. W. Winnicott. In D. Thé, J. Cavalcante, S. Ribeiro & V. Adjafre (Orgs.), *O gesto espontâneo em 90 trabalhos* (pp.105-116). Expressão Gráfica e Editora.
- Fulgencio, L. (2004). A noção de trauma em Freud e Winnicott. *Natureza Humana*, 6(2), 255-270. Link
- Fulgencio, L. (2011). A importância da noção de experiência no pensamento de D. W. Winnicott. *Estudos de Psicologia*, 28(1), 57-64. DOI: 10.1590/S0103-166X2011000100006
- Fulgencio, L. (2012). Críticas e alternativas de Winnicott ao conceito de pulsão de morte. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 15(spe), 469-480. DOI: 10.1590/S1516-14982012000300008
- Fulgencio, L. (2014). Aspectos diferenciais da noção de ego e de *self* na obra de Winnicott. *Estilos da Clínica*, 19(1), 183-198. DOI: 10.11606/issn.1981-1624.v19i1p183-198
- Fulgencio, L. (2018). Os objetivos do tratamento psicanalítico para Freud e para Winnicott. *Estilos da Clínica*, 23(2), 344-361. DOI: 10.11606/issn.1981-1624.v23i2p344-361
- Knebel, I. L., & Marin, A. H. (2018). Fatores psicossociais associados à doença cardíaca e manejo clínico psicológico: Percepção de psicólogos e paciente. *Revista da SBPH*, 21(1), 112-131. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100007
- Laurentiis, V. R. (2007). A incerta conquista da morada da psique no soma em D. W. Winnicott. *Winnicott E-prints*, 2(2), 1-13. Link
- Laurentiis, V. R. (2016). *Corpo e psicossomática em Winnicott*. DWW Editorial.
- Loparic, Z. (2006). De Freud a Winnicott: Aspectos de uma mudança paradigmática. *Winnicott E-prints*, 1(1), 1-29. Link
- Miranda, J. J., Timo, A. L. R., & Belo, F. R. R. (2019). Crítica à teoria da maternidade em Winnicott: É preciso ser mulher para cuidar de crianças? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 1-14. DOI: 10.1590/1982-3703003176863
- Moraes, A. A. R. E. (2011). A constituição da capacidade de cuidar. *Winnicott E-prints*, 6(1), 1-14. Link
- Naffah Neto, A. (2005). Winnicott: Uma psicanálise da experiência humana em seu devir próprio. *Natureza Humana*, 7(2), 433-454. Link
- Ronick, P. V., & Campos, E. M. P. (2017). Pânico e desamparo em pacientes com cardioversor desfibrilador implantável. *Revista da SBPH*, 20(1), 99-121. Link
- Serralha, C. A. (2019). O espaço potencial: Da origem à evolução. *Estilos da Clínica*, 24(1), 157-172. DOI: 10.11606/issn.1981-1624.v24i1p157-172
- Tamagnini, E. J. G. (2014). *A psicodinâmica do paciente cardiopata: Contribuições da psicanálise à cardiologia* [Tese de

Doutorado, Universidade de São Paulo]. USP: Biblioteca Digital USP. DOI: 10.11606/T.47.2014.tde-27112014-163132

- Winnicott, D. W. (1978a). A mente e sua relação com o psique-soma. In D.W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 409-426). F. Alves. (Originalmente publicada em 1949)
- Winnicott, D. W. (1978b). Psicose e cuidados maternos. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 375-387). F. Alves. (Originalmente publicada em 1952)
- Winnicott, D. W. (1982). A moralidade inata do bebê. In D. W. Winnicott, *A criança e seu mundo* (pp. 104-109). LTC Editora.
- Winnicott, D. W. (1983a). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 79-87). Artmed. (Originalmente publicada em 1963)
- Winnicott, D. W. (1983b). Os objetivos do processo psicanalítico. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 152-155). Artmed. (Originalmente publicada em 1962)
- Winnicott, D. W. (1989a). O conceito de falso *Self*. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 51-54). Martins Fontes. (Originalmente publicada em 1964)
- Winnicott, D. W. (1989b). O valor da depressão. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 55-61). Martins Fontes. (Originalmente publicada em 1963)
- Winnicott, D. W. (1989c). A cura. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 87-93). Martins Fontes. (Originalmente publicada em 1970)
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Imago.
- Winnicott, D. W. (1994a). Fisioterapia e relações humanas. In C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis (Orgs.), *Explorações Psicanalíticas* (pp. 427-432). Artmed. (Originalmente publicada em 1969)
- Winnicott, D. W. (1994b). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In C. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 195-202). Artes Médicas Sul. (Originalmente publicada em 1969)
- Winnicott, D. W. (1994c). O uso do objeto no contexto de Moisés e o monoteísmo. In C. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 187-191). Artes Médicas. (Originalmente publicada em 1969)
- Winnicott, D. W. (1994d). O medo do colapso. In C. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 70-76). Artes Médicas. (Originalmente publicada em 1974)
- Winnicott, D. W. (1994e). A psicologia da loucura: Uma contribuição da psicanálise. In C. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 94-101). Artes Médicas. (Originalmente publicada em 1965)
- Winnicott, D. W. (1994f). Transtorno psicossomático. In C. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 82-83). Artes Médicas. (Originalmente publicada em 1964)
- Winnicott, D. W. (1994g). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In C. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 102-115). Artes Médicas Sul. (Originalmente publicada em 1965)
- Winnicott, D. W. (2011a). Fatores de integração e desintegração na vida familiar. In D. W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 59-72). Martins Fontes. (Originalmente publicada em 1927)
- Winnicott, D. W. (2011b). O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In D. W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 3-20). Martins Fontes. (Originalmente publicada em 1958)

- Winnicott, D. W. (2011c). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In D. W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 21-28). Martins Fontes. (Originalmente publicada em 1960)
- Winnicott, D. W. (2019a). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 13-51). Ubu Editora. (Originalmente publicada em 1953)
- Winnicott, D. W. (2019b). Inter-relacionamento baseado em identificações cruzadas. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 206-218). Ubu Editora. (Originalmente publicada em 1968)
- Winnicott, D. W. (2019c). O uso de um objeto e a relação por meio de identificações. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 141-153). Ubu Editora. (Originalmente publicada em 1969)
- Winnicott, D. W. (2020). A dependência nos cuidados com a criança. In D. W. Winnicott, *Bebês e suas mães* (pp. 97-103). Ubu Editora. (Originalmente publicada em 1970)
- World Health Organization (WHO). (2017). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. WHO. Link

Como citar:

Carvalho, L. H., Vieira, A. A., & Peixoto, T. C. (2022). Do Infarto à Esperança de Viver: Impactos Psicossomáticos de uma Experiência Traumática. *Revista Subjetividades*, 22(2), e12039. <http://doi.org/10.5020/23590777.rs.v22i2.e12039>

Endereço para correspondência

Lucas Henrique de Carvalho
E-mail: psicologolucash@gmail.com

Alessandra Aguiar Vieira
E-mail: alessandra.vieira@ebserh.gov.br

Tereza Cristina Peixoto
E-mail: terezacpc@hotmail.com

Recebido em: 29/12/2020

Revisado em: 17/09/2021

Aceito em: 17/10/2021

Publicado online: 09/08/2022