



O Conceito de Trauma na Psicanálise – um breve percurso

MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DE CURSO

Nome Completo: **ISABELA FERNANDES PRADO DIAS**

E-mail: **dias.isabelafprado@gmail.com**

Conclusão: **1º SEMESTRE / 2022**

Curso: **Formação em Psicanálise Clínica**

Unidade: **Campinas (SP)**

Professores: **André Figueira e Paulo Vieira**

Campinas (SP), 09/06/2022 [data da entrega]

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus futuros pacientes.

Agradecimentos

Ao meu marido e companheiro, Guilherme Souza Dias, que com seu amor e companhia permite que os desafios se tornem mais leves e as conquistas mais saborosas.

Citação

“ — Obrigada, príncipe, até hoje ninguém ainda havia falado comigo dessa maneira — pronunciou Nastácia Filíppovna —, sempre mercadejaram comigo (...)

— Arruinar uma criança como essa? Isso é coisa para Afanassi Ivánitch daqueles tempos: é ele quem gosta de crianças.”

Dostoiévski – O Idiota

Introdução

Se o trauma designa uma ferida, uma perfuração, uma ameaça radical, um perigo que põe em risco a sobrevivência, poderíamos pensar que a teoria do trauma se torna traumática quando a realidade externa não pode ser assimilada pela teoria e é colocada na posição de quem põe em risco o papel da fantasia e com isso o da própria psicanálise. Mas a fantasia não parece introduzir-se para excluir o trauma do campo de problematização e pertinência da psicanálise, e sim para ampliar e tornar complexa a concepção até então vigente sobre o funcionamento psíquico, possibilitando repensar e recolocar a importância, lugar e função do acontecimento traumático no corpo teórico-clínico da psicanálise (Uchitel, 2011, p.15).

O presente trabalho almeja reconstruir um breve percurso pela teoria da *Clínica do Trauma* na Psicanálise, ou como Freud precisou, mas especificamente em *Luto e Melancolia* - apesar de não ter relacionado diretamente *ainda* ao trauma em si - “numa cisão” do eu (1917, p.181). Nesta mesma direção, Ferenczi revelou aquilo que concerne o estatuto do *desmentido* e sobre como esse fenômeno se articula com o trauma.

A partir disso, verifica-se uma diferença na abordagem do conceito entre os dois psicanalistas, num primeiro momento. No início da obra freudiana, o trauma estaria relacionado a uma fantasia de sedução teorizada em 1895 com a Teoria da Sedução, ilustrada pelo caso Emma. Após esse momento, mais especificamente em 1897 tal teoria é abandonada e a partir do texto de 1920, *Além do Princípio da Prazer*, Freud resgata a questão do trauma propriamente dito. Já o traumático em Ferenczi, desde o começo, é colocado associado a uma experiência relativa a um evento externo, presente na esfera da realidade compartilhada e não somente restrito à realidade psíquica (Uchitel, 2011).

Sendo assim, no primeiro capítulo é abordado as origens conceituais do trauma a partir de Freud desde seu início com as aulas o Prof. francês Jean-Martin Charcot e a parceria com o colega Breuer, passando pelo questionamento da “sua neurótica” até a sua retomada na “virada dos anos 20” (LEJARRAGA, 1996).

Em seguida, no segundo capítulo, é abordado sobre as consequências do *status* traumático do fenômeno do *desmentido* ferenciano na clínica psicanalítica da contemporaneidade. E por fim, destacam-se alguns pontos e questionamentos que percebemos preponderantes nesta pesquisa.

Se o trauma designa uma ferida, uma perfuração, uma ameaça radical, um perigo que põe em risco a sobrevivência, poderíamos pensar que a teoria do trauma se torna traumática quando a realidade externa não pode ser assimilada pela teoria e é colocada na posição de quem põe em risco o papel da fantasia e com isso o da própria psicanálise. Mas a fantasia não parece introduzir-se para excluir o trauma do campo de problematização e pertinência da psicanálise, e sim para ampliar e tornar complexa a concepção até então vigente sobre o funcionamento psíquico, possibilitando repensar e recolocar a importância, lugar e função do acontecimento traumático no corpo teórico-clínico da psicanálise (Uchitel, 2011, p.15).

O presente trabalho almeja reconstruir um breve percurso pela teoria da *Clínica do Trauma* na Psicanálise, ou como Freud precisou, mas especificamente em *Luto e Melancolia* - apesar de não ter relacionado diretamente *ainda* ao trauma em si - “numa cisão” do eu (1917, p.181). Nesta mesma direção, Ferenczi revelou aquilo que concerne o estatuto do *desmentido* e sobre como esse fenômeno se articula com o trauma.

A partir disso, verifica-se uma diferença na abordagem do conceito entre os dois psicanalistas, num primeiro momento. No início da obra freudiana, o trauma estaria relacionado a uma fantasia de sedução teorizada em 1895 com a Teoria da Sedução, ilustrada pelo caso Emma. Após esse momento, mais especificamente em 1897 tal teoria é abandonada e a partir do texto de 1920, *Além do Princípio da Prazer*, Freud resgata a questão do trauma propriamente dito. Já o traumático em Ferenczi, desde o começo, é colocado associado a uma experiência relativa a um evento externo, presente na esfera da realidade compartilhada e não somente restrito à realidade psíquica (Uchitel, 2011).

Sendo assim, no primeiro capítulo é abordado as origens conceituais do trauma a partir de Freud desde seu início com as aulas o Prof. francês Jean-Martin Charcot e a

parceria com o colega Breuer, passando pelo questionamento da “sua neurótica” até a sua retomada na “virada dos anos 20” (LEJARRAGA, 1996).

Em seguida, no segundo capítulo, é abordado sobre as consequências do *status* traumático do fenômeno do *desmentido* ferenciano na clínica psicanalítica da contemporaneidade. E por fim, destacam-se alguns pontos e questionamentos que percebemos preponderantes nesta pesquisa.

CAPÍTULO 1

1. A Primeira Teoria do Trauma (1892 – 1897)

A noção de trauma aparece na obra freudiana como a primeira hipótese etiológica da histeria, desenvolvida ao longo dos anos 1892-1897, nos *Estudos sobre a histeria*, no *Projeto de uma psicologia científica* e nos textos sobre as *Neuropsicoses de defesa*.

LEJARRAGA, 1996, p.5

De acordo com Lejarraga (1996) e Uchitel (2011), o conceito de *trauma* está presente na obra freudiana desde os primeiros anos apesar de ter sido associado inicialmente ao conceito de sedução e por este motivo ter sido abandonado por um período. Porém, o conceito é retomado com outra implicação clínica, após um período de “latência”, em 1920, no texto *Além do princípio do prazer*.

Myriam (2011) evidencia como o sujeito traumatizado é triplamente vítima, isto é, por não ter mais o objeto idealizado então perdido – o que parece coincidir com as características do melancólico no texto freudiano *Luto e Melancolia* (1917), por ser objeto da agressão e por converter-se, ele mesmo, em agressor (Uchitel, 2011).

Fazendo uma breve digressão, em *Luto e Melancolia* (1917), Freud correlaciona os dois estados observando semelhanças como “abatimento doloroso, uma cessação do interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar, inibição de toda atividade”. Ao mesmo tempo, pontua uma exceção reveladora: na melancolia a autoestima é afetada e expressa-se por “recriminações e ofensas à própria pessoa e pode chegar a uma delirante expectativa de punição” (p.128).

Ao retomar a analogia com o luto, conclui-se pela perda relativa ao objeto, porém no melancólico, mais especificamente, há uma indicação de ter ocorrido uma perda no próprio Eu, uma vez que “uma parte do Eu se contrapõe à outra, faz dela uma avaliação crítica, toma-a por objeto” (p. 132).

O autor retrata no texto como, por uma observação mais cuidadosa, é possível verificar que as autoacusações de um melancólico não são exatamente apropriadas a sua pessoa e sim “a uma outra, que o doente ama, amou ou devia amar” (p. 132). Deste modo, conclui que tais recriminações na verdade foram, num tempo remoto, direcionadas a um objeto amoroso, mas que agora se encontram internalizadas e

direcionadas ao próprio Eu.

Deste modo, parece ficar mais compreensível o fato de que os melancólicos não se envergonham nem escondem as autocríticas, pois o que ocorre é um “queixar-se” de outra pessoa, mas que “casualmente” agora pertence ao Eu.

O que Freud percebeu foi o que ocorre com o melancólico difere do que normalmente ocorre advindo de uma “real ofensa ou decepção vinda da pessoa amada”, que seria uma retirada da libido nesse e investimento em um novo objeto. Portanto, ao invés disso, a libido é recuada para o eu, estabelecendo uma identificação do Eu com o objeto abandonado através da seguinte formulação proposta pelo autor: “a sombra do objeto caiu sobre o Eu”. Diante disso, ocorre uma *cisão do Eu* produzindo uma instância crítica do Eu e o Eu modificado pela identificação e caracterizado por uma perda (FREUD, p.133, grifo meu).

Retornando a temática da historicização do conceito de trauma da primeira teoria, Uchitel (2011) faz uma busca criteriosa e com rigor científico ao longo da obra freudiana a fim de ir dissecando e construindo estofos para o conceito do trauma. Inicia, portanto, sendo o conceito de trauma como uma etiologia para a neurose.

Deste modo, de acordo com as suas pesquisas, empreende uma busca desde as descobertas do neurólogo francês Charcot quando o próprio Freud era seu aluno e começaram a centrar seus estudos naqueles sintomas que apareciam após graves traumas denominando a entidade patológica de “neuroses traumáticas”.

O trauma começa a ter seu peso como motivo capaz de desencadear as manifestações patológicas. Quando ele ocorre, diz Freud (1893), o sujeito se encontra “...num estado psíquico especial, em que a coerência lógica não enlaça todas as impressões e reminiscências, podendo uma recordação exteriorizar seu afeto mediante fenômenos somáticos, sem que o grupo dos demais processos anímicos, ou seja, o ego, saiba coisa alguma, nem possa se opor [...] um observador ingênuo e não especializado jamais chegaria à hipótese de uma dissociação da consciência como solução ao enigma da histeria.” (UCHITEL, 2011, p. 35).

Assim como nas notas traduzidas de *Leçons du Mardi de la Salpêtrière* (1893 *apud* Lejarraga, 1996, p.15), na qual Freud assinala o trauma como “uma aumento da excitação no Sistema nervosa, que este é incapaz de tramitar suficientemente pela reação motora”.

Nesta mesma linha de pensamento, Freud, Em *Estudos sobre Diferenças entre as Paralisias Motrizes Orgânicas e Hísticas* (1888-93), propõe uma distinção entre os dois tipos de paralisias, ou seja, uma em que as lesões se harmonizam com a anatomia

do sistema nervoso e outro relacionado com a história do sujeito em que o trauma, já não é físico, mas psíquico apesar de determinar as manifestações somáticas. Além disso, define:

“Todo acontecimento, toda impressão psíquica, estão permeados por um certo valor afetivo do qual o ego se libera, ora por meio de uma reação motriz, ora mediante uma tarefa psíquica associativa. Se o sujeito não pode ou não quer pôr em prática esses meios, a lembrança da impressão da qual se trata adquire a importância de trauma e se constitui causa de sintomas permanentes da histeria” (FREUD, 1888-93, p.23 apud UCHITEL, 2011, p. 21).

Em *Comunicação Preliminar* (1893), Freud comenta sobre a inauguração da *talking cure* por Anna O., uma de suas pacientes, na qual percebe que as lembranças traumáticas, que geralmente se apresentam na forma imagética, perdem seu valor patogênico a partir do momento em que são evocadas e integradas nas cadeias associativas. Portanto, o processo de ir “desgastando essa imagem” pela linguagem, “na medida em que as imagens podem ser nomeadas e entram na cadeia associativa, perdem seu caráter traumático” (LEJARRAGA, 1996, p.16).

Neste mesmo artigo, Breuer e Freud definem que a ab-reação é a descarga reativa frente a um acontecimento que evita que o montante excessivo de afetos se torne traumático. O texto esclarece que a reação pode consistir em uma série de reflexos, voluntários ou involuntários, desde o choro até a vingança ou pela palavra, uma vez que “o homem encontra na linguagem um substituto da ação; substituto graças ao qual o afeto pode ser ab-reagido quase da mesma maneira” (*Ibid.*)

Portanto, a conclusão que Freud chegou é a de que o trabalho terapêutico deveria contemplar a integração psíquica através das associações e da eficácia representacional assim como a descarga dos afetos. Como verifica-se aqui, nas palavras do autor:

Encontramos, com efeito, e para surpresa nossa, no início, que os distintos sintomas histéricos desapareciam imediata e definitivamente quando se conseguia despertar com toda clareza a lembrança do processo provocador, e com ele o afeto concomitante, e o paciente descrevia este processo com o maior luxo de detalhes possíveis, dando expressão verbal ao afeto. Procuramos depois tornar compreensível a forma em que atua nosso método psicoterápico: anula a eficácia da representação não descarregada por reação, dando saída por meio da expressão verbal ao afeto concomitante que havia ficado estancado, e levando-a à reação associativa por meio de sua atração à consciência normal (em uma ligeira hipnose) ou de sua supressão pela sugestão médica, como acontece nos casos de sonambulismo com amnésia” (FREUD, 1895, p. 138 apud UCHITEL, 2011, p.24 a 25).

Já em *Estudos sobre a Histeria* de 1895, Freud faz uma atualização no conceito de trauma psíquico, este sendo uma reprodução alucinatória do fato traumático, relacionando-o também ao caráter sexual, além de definir o conceito de defesa. Promove assim uma diferenciação entre histeria comum e histeria traumática, a ideia do trauma em dois tempos e discorre sobre a possibilidade deste ser decorrente de um grande trauma ou pela soma de traumas parciais o que mais tarde possibilitaria o conceito de trauma cumulativo, como colocado mais a frente.

Ainda segundo a autora, Freud constata que o trauma psíquico advém de acontecimentos que podem deixar marcas no corpo, porém o mesmo não é provocado por lesão física alguma, “mas sim pelo susto, sobressalto, pela surpresa que acaba convertendo o evento em um trauma psíquico”. Sendo assim, o trauma é entendido “como toda impressão ou vivência que provoque afetos penosos de medo, susto, angústia, vergonha ou dor psíquica que o sistema nervoso tem dificuldade para resolver por meio do pensamento associativo ou por reação motora” (*Ibid.*, p. 22).

De acordo com a autora para Freud, o trauma é caracterizado por duas cenas. Uma primeira, que possui valor etiológico, acontece até por volta dos 10 anos de idade que é vivida de forma passiva e submissa pela criança e nada compreende. É uma segunda cena, num segundo tempo *a posteriori*, em que ocorre no período da puberdade fornecendo significação para a experiência anterior e instalando o trauma. Deste modo, sucede-se uma sobreposição da cena atual com o traço mnêmico, tornando o evento traumático. Ao mesmo tempo, Freud adverte: “Não esperamos poder encontrar uma única lembrança traumática, uma única representação patógena como nódulo da mesma, mas, ao contrário, cenas inteiras de traumas parciais e concatenações de processos mentais patógenos” (FREUD, 1895; p. 158 *apud* UCHITEL, 2011, p.23).

No entanto, nem sempre a lembrança do trauma conduzia à remissão dos sintomas, o que levou o psicanalista a rever sua teoria. A partir disso, a histeria passa a ser relacionada a uma repressão da representação sexual intolerável, isto é, representação traumática que conduz a uma repercussão corporal, uma vez que, “Colocar o afeto no corpo é a possibilidade de senti-lo menos no psíquico. O corpo oferece-se como canal para liberar algo que, para o psiquismo, é difícil conter” (*Ibid.*, p.25).

Segundo Myriam Uchitel, até 1897, o trauma da realidade material continuou

como fundamento etiológico para a histeria. Porém esse pressuposto foi perdendo força até a conhecida carta de 21 de setembro de 1897 em que Freud escreve a Fliess sobre sua não credulidade em relação a argumentação teórica que fundamentava a histeria, a partir do que, a fantasia foi apresentada de forma elucidativa e que dava conta de prover uma explicação mais consistente aos casos malsucedidos. Ao mesmo tempo, segundo a autora, Freud reconhece que:

apesar de seu caráter ilusório e ficcional, as fantasias conservam uma vinculação estreita com a realidade. São confeccionadas com vivências, coisas vistas e ouvidas e requerem um segundo tempo – como também o trauma requer – para a sua compreensão: “As fantasias provêm de coisas que foram ouvidas, mas só posteriormente entendidas, e todo o material delas, é claro, é verdadeiro” (Ibid., p. 26).

Além disso, o fato de reafirmar a teoria da sedução, seria reconhecer a perversão paterna e admitir um percentual maior de perversos do que de histéricos na sociedade. Adicionado ao fato de que não há possibilidade comprobatória de indicação de realidade de tais abusos sexuais e a impossibilidade de distinção entre fato e ficção inconsciente. Portanto, diante de tais questões, Freud anuncia: “Não acredito mais na minha neurótica” (FREUD, 1897 apud UCHITEL, 2011, p. 27).

Diante de tais questões e como forma de trazer mais clareza para o que se encontrava inacessível na clínica, Freud passou a dar curso a sua autoanálise a partir de sonhos, recordações e as correspondências com Fliess. E desde então, Freud, em algumas declarações, revela não desmentir *o acontecimento* como em 12 de dezembro de 1897: “Minha confiança na etiologia paterna aumentou enormemente” (Ibid., p.287 apud UCHITEL, 2011, p.28).

Em período posterior, em 1924, Freud acrescenta uma nota ao artigo de 1896 chamado *Novas Observações sobre a Neuropsicose de defesa* recontextualizando a problemática do trauma e da sedução nos pressupostos teóricos ao longo de três décadas e, portanto, a importância do valor etiológico do abuso sexual é reconsiderado, apesar de não ser refutado, como destacado aqui:

Todo este capítulo se encontra dominado por um erro, que mais tarde reconheci e retifiquei repetidamente. Quando o escrevi não sabíamos distinguir entre as recordações reais do sujeito e suas fantasias sobre seus anos infantis. Em consequência, atribuímos à sedução, como fator etiológico, uma importância e uma generalidade que carecem. Superando esse erro, tornou-se visível o campo das manifestações espontâneas da sexualidade infantil que descrevemos em nossa ‘Contribuições para uma teoria sexual’, publicada em 1905. No entanto, nem todo o exposto no capítulo que a antecede deve ser rejeitado, pois a sedução conserva ainda um certo valor etiológico (FREUD, 1896; p.

289, acréscimo em nota de 1924 apud UCHITEL, 2011, p. 29).

1.2 A Teoria do Trauma a partir de 1920 e além do princípio do prazer

(...) a investigação da reação psíquica ao perigo externo pode fornecer novo material e novas colocações ao problema de que aqui tratamos.

FREUD – *Além do Princípio do Prazer*, p.125

Quando Freud retoma a teoria do trauma no *Além do princípio de prazer*, será o fator quantitativo (citado em Projeto para uma Psicologia científica, 1895) – as excitações que não se integram -, o ponto de continuidade com essas formulações. E será esse fator quantitativo, ressignificado a partir da teoria das pulsões, a peça chave da própria ‘virada dos anos 20”

LEJARRAGA, 1996, p.19

No texto, *Introdução ao Simpósio sobre as neuroses de Guerra* de 1919, Freud equivale as neuroses de Guerra às neuroses traumáticas, cujos traumas patogênicos não eram sexuais e considerava que a causa destas neuroses era da ordem do terror – *schreck*, no alemão – e do perigo de morte, compreendidos como uma ameaça ao eu erigida do mundo externo (LEJARRAGA, 1996).

Já em 1920, no texto *Além do Princípio do Prazer*, Freud aprofunda esse pensamento e introduz novos conceitos, propondo novas ideias em relação ao trauma, a neurose traumática, discorrendo sobre as *brincadeiras infantis*, a transferência negativa no tratamento analítico, um “eterno retorno do mesmo” no destino de certas pessoas e os sonhos traumáticos. Passa assim, a fundamentar sobre um novo conceito chamado *compulsão à repetição*, além de formular uma nova dualidade pulsional, isto é, pulsão de vida e pulsão de morte (FREUD, 1920 [2010], p.134)

Freud, portanto, rearranja a problemática do trauma, a partir de sintomas clínicos pautados em manifestações repetidas e não associadas ao eixo prazer-desprazer - condição *sine qua non* do princípio do prazer – mas que estão sim referenciadas a dor e ao sofrimento. Assim visto nas palavras do autor: “O que pode então suceder é que haja na psique uma forte tendência ao princípio do prazer, à qual se opõem determinadas forças ou constelações, de modo que o resultado final nem sempre corresponde à tendência ao prazer” (FREUD, 1920 [2010], p. 123).

Deste modo, Freud passa a destrinchar reações do sujeito em que a vigência do

princípio do prazer parece não ser mais a protagonista, uma vez que o perigo externo e eminente captura o sistema psíquico. Passa desta forma, a reconsiderar a etiologia das neuroses traumáticas, como já havia suscitado, a partir de adversidades reais e impactantes, como acidentes ou outros eventos nos quais há um perigo real de morte psíquica do sujeito. Em parte, aproxima-se da histeria pelos sintomas corporais, mas diferencia-se desta pela *intensidade* do sofrimento psicológico, o qual não remete às questões de desejo libidinal como, visto também, em melancólicos e hipocondríacos. Além disso, apresenta duas condições que lhe são próprias, a intervenção do fator surpresa e uma diminuição do desenvolvimento da neurose quando é produzida uma ferida ou contusão. Freud refere-se também aos avanços nos trabalhos de Ferenczi e Simmel com as neuroses de guerra que explicaram os “vários sintomas motores pela fixação ao momento do trauma” (FREUD, 1920 [2010], p.126).

Assim, numa tentativa de desenvolver sua teoria, Freud faz uma incursão na biologia e propõe, de forma especulativa, o esquema da vesícula, ou seja, o psicanalista parte de um constructo hipotético, de vida elementar, a partir do qual propõe uma fundamentação para o trauma.

Tal vesícula possui uma superfície permeável que é voltada para o mundo exterior e que funciona como um órgão receptor de excitações externas. Em condições normais, os estímulos externos propiciam que uma camada seja construída e que seja dotada “de uma *proteção contra estímulos*”, onde Freud situa “a ‘sede’ da consciência”. Ao mesmo tempo, o autor salienta que a proteção contra os estímulos é uma função tão importante quanto a recepção de estímulos a fim de que o ser vivo possa interagir com o mundo exterior. Esta capa externa possui a função de pára-excitações protegendo as camadas mais profundas do ser vivo.

Outra característica da vesícula é a de que as excitações podem também ser provenientes do seu interior, o que torna impossível a proteção contra tais montantes de energia, produzindo sensações da série prazer-desprazer. Haverá, desse modo, uma tendência a tratá-las “como se agissem a partir de fora e não de dentro, para poder usar contra elas os meios defensivos da proteção contra estímulos. Essa é a origem da *projeção*, destinada a ter um papel importante na causação dos processos patológicos”. No entanto, quando o aumento da excitação *ultrapassa a capacidade desta função pára-excitatória, surgem as experiências entendidas como traumáticas* (FREUD, 1920 [2010], p.136-141).

Às excitações externas que são fortes o suficiente para romper a proteção nós denominamos *traumáticas*. Acho que o conceito de trauma exige essa referência a uma defesa contra estímulos que

normalmente é eficaz. Um evento como o trauma externo vai gerar uma enorme perturbação no gerenciamento de energia do organismo e pôr em movimento todos os meios de defesa. Mas o princípio do prazer é inicialmente posto fora de ação. Já não se pode evitar que o aparelho psíquico seja inundado por grandes quantidades de estímulo; surge, isto sim, outra tarefa, a de controlar o estímulo, de ligar psicologicamente as quantidades de estímulo que irromperam, para conduzi-las à eliminação (*Ibid.*).

Lejarraga (1996, p.29), relembra que Freud já propunha “a existência de telas protetoras contra as excitações externas” já no *Projeto* de 1895, e que também relacionava a função de proteção ao princípio de inércia, que propiciava a tendência a zerar todo *quantum* de energia do sistema, uma vez que o acúmulo energético traria as sensações de desprazer.

Segundo o entendimento de Uchitel (2011), mediante uma estimulação muito intensa, ocorre o fracasso do princípio do prazer e outras formas de ação passam a ser requeridas para dominar o excesso. Desta forma, o protótipo do trauma pode ter sido localizado por Freud seja na experiência do nascimento da vesícula viva, seja no nascimento do humano. E a partir disso, o inanimado compulsivamente reivindicará o seu retorno, surgindo uma primeira força que pulsa e que vai imprimir a tendência da dissolução da vida, dos excessos e do trauma. Assim como observado nas palavras de Freud:

Um instinto seria um impulso, presente em todo organismo vivo, tendente à restauração de um estado anterior, que esse ser vivo teve de abandonar por influência de perturbadoras forças externas, uma espécie de elasticidade orgânica ou, se quiserem, a expressão da inércia da vida orgânica (...) que todo ser vivo morre por razões internas, retorna ao estado inorgânico, então só podemos dizer que o objetivo de toda vida é a morte, e, retrospectivamente, que o inanimado existia antes que o vivente (FREUD, 1920 [2010], p. 148-149).

Sendo assim, a partir dessa fundamentação, emerge uma noção que, como meio de conter o excesso de excitação promovido pelo trauma - ou seja, “a violência mecânica do trauma liberaria o *quantum* de excitação sexual que, devido à falta de preparação para a angústia, tem efeito traumático” (*Ibid.*, p.145) - efetua-se portanto, o movimento “regressivo, do instinto, correspondente a uma *compulsão de repetição*” que é anterior e independente do princípio do prazer (*Ibid.*, p. 154).

Portanto os destinos repetidos, os sonhos traumáticos, as brincadeiras que colocam o sujeito de volta à situação do acidente, do trauma, não são movidos nem pela busca do prazer nem pela evitação do desprazer, mas pela tentativa de dominar o estímulo. Trata-se de processar psiquicamente as intensidades não descarregadas dos acontecimentos, que permanecem ocupando, pela fixação e pela inconclusão, o primeiro plano (UCHITEL, 2011, p.41).

Isto posto, o trauma, relacionado a uma causalidade e linguagem energética, introduziu a obra freudiana. Posteriormente, com a superposição dos conceitos de sedução e de trauma, trazendo certa confusão, além disso, devido a importância que se atribuiu à fantasia, ao conflito psíquico e à defesa, o trauma passou a ter um valor secundário. Porém, como visto a partir de 1920, o trauma passou a recuperar um lugar de destaque, embora não tenha alcançado, nem neste texto, nem até o fim da obra freudiana, *uma clara articulação e desenvolvimento com o trabalho clínico*. Logo, questionar se o trauma é da ordem da fantasia ou da realidade, seria produzir uma dicotomia que, em Freud, “tomando a obra em seu conjunto, não existe” (*Ibid.*, p.29-32).

CAPÍTULO 2

A controvérsia clássica entre pensar o trauma como consequência de fatores psíquicos (psicógeno) ou como efeito do impacto da realidade externa (exógeno) se dilui na evidência de que os mesmos acontecimentos não têm os mesmos efeitos sobre os vários psiquismos. No entanto, pensar que o sujeito assimila o acontecimento a partir da significação singular que atribuiu a ele não desacredita a importância do fato real. Desconsiderar o fato é desconsiderar a história do sujeito, sobrecarregar sua responsabilidade, incrementar sua culpa e prejudicar, com o desmentido, o paciente e a relação terapêutica (Uchitel, 2011, p.127).

1. A traumatogênese em Ferenczi e o desmentido como signo do traumático desestruturante

Sándor Ferenczi, um dos componentes da Sociedade Psicanalítica, ficou conhecido por tratar pacientes considerados como casos-limite ou *borderline*. O fato é que todos os seus analisandos tinham um ponto em comum: “havia sido vítimas de violência na infância”. A partir disso, o psicanalista construiu toda uma teoria pautada no trauma distinta da proposta por Freud, considerando a violência enquanto uma experiência que aconteceu de fato, sem fazer uso da explicação a partir das reminiscências e fantasias do sujeito (REIS, 2017, p. 90).

Diante disso, o autor pensa em dois tipos de trauma: o trauma estruturante, o qual consegue ser elaborado pelo eu e cumpre um papel em sua constituição, e o trauma desestruturante, o qual o sujeito não é capaz de elaborar.

O intuito desta pesquisa é focar no segundo caso. Sendo assim, o trauma considerado patológico ou desestruturante, descrito por Ferenczi, então, parece ser decorrente de um evento traumático real que “não pôde ser metabolizado pelo aparelho psíquico; foi incapaz de ser integrado” (PINHEIRO, 1995, p.88), devido a um excesso pulsional que não pode ser simbolizado. Em conjunção, o autor marca o fenômeno do *desmentido* como fator preponderante para um trauma adquirir o caráter desestruturante. (FERENCZI, 1931 apud REIS, 2017).

Sem conseguir dar sentido ao que para ela não faz sentido, sem ter o seu relato, o seu sofrimento ou a sua própria percepção das coisas

reconhecida, a criança passa a duvidar do que houve, do que sente, do que percebe no mundo. *O desmentido não é apenas uma questão de palavra: são os afetos de um sujeito, seu sofrimento, e ele próprio enquanto sujeito que está sendo desmentido.* (GONDAR; REIS, 2017, p. 91, grifo meu).

O trauma desestruturante ocorre quando há um efeito surpresa vinculado ao acontecimento violento e coloca “em risco todo projeto identificatório do sujeito”. Um trauma dessa natureza não permite que o sujeito se reorganize internamente. Ao mesmo tempo, traumas que, aparentemente, propiciariam uma reorganização psíquica e que contribuiriam para o desenvolvimento, se ocorridos numa frequência muito intensa, podem se apresentar como uma ameaça ao eu como nos casos de uma educação demasiadamente repressiva e nos casos em que o sujeito é privado de um mediador que “as defenda do mundo externo”. (PINHEIRO, 1995, p. 66).

Para Kupermann (2019), em conformidade com o proposto por Ferenczi, o trauma adquire a característica desestruturante em função do desmentido. Para ele, há três tempos para definir esse fenômeno. Antecedido pelo *tempo do indizível* e pelo *tempo do testemunho*, seria no *tempo do desmentido* quando emergiria a sensação de abandono no sujeito decorrente da falta de reconhecimento do sofrimento pelo outro. Assim, podemos pensar que o fracasso no *tempo do testemunho* levaria ao *tempo do desmentido*.

Ferenczi retoma a importância do efeito surpresa, causado, primeiramente, pelo reconhecimento da culpa pelo adulto por um evento que, para a criança, era vivenciado como troca afetiva até então. O segundo momento da surpresa é quando a criança tem sua experiência de violência desmentida (PINHEIRO, 1995).

Analogamente, em casos de abuso sexual, por exemplo, o *desmentido* é o efeito surpresa, o que tornaria o *trauma desestruturante* e não a violência somente. Assim, destaca-se que “o trauma seria, portanto, uma sequência de ingredientes e de eventos que, acrescidos do desmentido, adquiriram a condição de desestruturante” (PINHEIRO, 1995 p. 68-69).

A originalidade da perspectiva do trauma proposta por Ferenczi é a de “atribuir ao *desmentido* toda responsabilidade do trauma” (PINHEIRO, 1995, p. 73), sugerindo que os sintomas decorrentes do trauma somente se consolidam se ocorrer o

desmentido. Ademais, como pontuam Gondar e Reis (2017), na perspectiva ferencziana, é como o sujeito experiencia a situação traumática, como ele vivenciou isso que irá definir o fenômeno de *desmentido*. A desautorização do sujeito produz uma “quase-coisa” que, por não ter sido integrada no fluxo associativo, é imposta a ele pelo vivido da experiência traumática e promove, assim, um estado de confusão psíquica (KUPERMANN, 2019).

No caso das crianças, a linguagem possui um modelo maniqueísta e dos extremos proporcionando uma estruturação psíquica própria, portanto “ou se é bom ou se é mau, ou se é adulto ou se é criança; ou se é vítima ou se é algoz”. A noção de ambiguidade e da polissemia na linguagem do ideal do eu são construídos durante a passagem da criança pelo Complexo de Édipo. Deste modo, quando o adulto a *desmente*, por meio de um discurso absoluto, inviabiliza um registro simbólico caracterizado pelo reconhecimento da ambiguidade e da dúvida (PINHEIRO, 1995, p. 77).

A palavra que desmente impossibilita qualquer ambivalência, não é portadora da ambiguidade e nem é capaz de ser polissêmica. Ela é de uma concretude absurda, não desliza e tem o peso de um tijolo. Desumanizada, ela não pode circular na cadeia associativa, atravanca o psíquico e exige a clivagem traumática (PINHEIRO, 1995, p. 78).

Outra característica que Ferenczi atribui grande importância é o sentimento de culpa do adulto que desmente, pois, esse sentimento conduz a criança a sentir-se culpada pela experiência de violência, que antes era desconhecida como tal. Ademais, isso permite que o adulto de confiança da criança permaneça idealizado. Desse modo, o sujeito “se dispõe a clivar-se” (PINHEIRO, 1995, p. 73), a fim de proteger-se de um sentimento de completo abandono e desespero. Cabe ressaltar que, apesar das experiências de *desmentido* relatadas frequentemente surgirem no contexto da infância, esse fenômeno não se limita a esse grupo, como veremos a seguir.

Diante disso, a confiança do sujeito na figura do outro e em si fica ameaçada, a medida em que o outro não dá crédito ao seu sofrimento. Assim, os processos de representação e introjeção do trauma ficam comprometidos. Logo, o ocorrido não ganha

o acesso ao simbólico, “à colocação em palavras” (PINHEIRO, 1995, p. 82). Assim, a solução possível ao sujeito é a incorporação do sentimento de culpa e a clivagem do eu.

Deste modo, seria na possibilidade da repetição do *tempo do testemunho* que a análise clínica deveria atuar, segundo Kupermann (2019), para que seja dada a oportunidade ao analisando de resgatar a confiança perdida no encontro com alguém que se disponibiliza para escutar e testemunhar sua dor e agonia.

Conclusão

Qual é, neste caso, a falta que faz falta, a falta que o ato dribla, a falta traumática? É a falta do outro, de um outro que, com sua fala, o fale. Um outro que o espelhe sem que se espelhe. Um outro indispensável para que, com seu olhar, possa torná-lo ele mesmo. Em troca, o paciente parece ter encontrado um outro que não o fala, que não o pensa, que não o espelha.

Myriam Uchitel, 2011, p. 113

No vínculo de transferência, reatualizam-se com toda intensidade imagos, fantasias, representações inconscientes, afetos, desejos libidinais recalçados, emergentes da história de vida sexual infantil e do Édipo que precisam ser revelados, memorados, reconstruídos ou construídos pela análise. Na identificação projetiva, o outro não é produto dos deslocamentos, mas das projeções, trata-se de um outro construído com as partes clivadas e não integradas do paciente, pelas quais este último faz o analista sentir e dizer o que ele mesmo sente e pensa, mas não pode dizê-lo.

Myriam Uchitel, 2011, p. 118

Para Uchitel (2011) não é o trauma que muda, mas sim a perspectiva de sua localização na prática clínica. E, desta forma, entende que a psicopatologia contemporânea passa a desafiar a nosografia clássica e as três estruturas clínicas, neurose, psicose e perversão revelando configurações que abarcam quadros borderline, estados-limites e somatizações assim como subjetividades de contornos pouco precisos que não chegam a alcançar status de estruturas. Deste modo contribui através da seguinte indagação: “Até que ponto, neste cenário, o conceito de trauma pode ser um auxílio para pensar e desenvolver o trabalho clínico?” (*Ibid.*, p.16).

Somado a isso e seguindo esse estofo conceitual, a questão que aparece poderia ser revelada pela seguinte questão: como possibilitar o processo de associação e síntese egóica representativo na cisão do sintoma traumático? Diante do legado clínico freudiano e ferenciano expresso por toda sua linhagem sucessória, a clínica do traumático parece sugerir priorizar e ser focada no desvelamento dos não ditos para além do discurso. Assim como, a construção de “legendas” sobre o campo emocional, levando em consideração sentimentos e necessidades vivenciadas e não legitimadas

num período mais arcaico a fim de contemplar a inaptidão do sistema especular responsável pela síntese egóica e associativa do psiquismo que, por sua vez, se torna integrado por conexões.

Ora, uma vez que os desmentidos podem ter sido, considerando a historicização do trauma, um *agent provocateur* do sintoma traumático, ou seja, alguém ou situações que não puderam dar crédito as vivências traumáticas, levando o sujeito a uma cisão, o seu *antídoto* não poderia ser a presença de um *agent légitimateur*, alguém que mais do que ser uma testemunha, como propõe Kupermann (2019), tenha como prioridade reforçar a função especular do sujeito, dando crédito e apoiando a nominá-las diferindo de um *modus operandi* emocional que se perpetuou ao longo do tempo, isto é, de não confiança em si, nas suas percepções e no que se sente, como colocado por Pinheiro (1995)? Alguém que tenha empenho, de forma autêntica, a *legitimar* os sentimentos e necessidades do ser cisionado pelo trauma? Alguém disponível a fornecer a transmissão desse *fazer como* tão primário, mas ao mesmo tempo, tão essencial, que é a tarefa de simbolizar o que não foi e o que ainda não é possível, ampliando os modos de se estar no mundo e nas relações? E, quem sabe, desta vez, capturar e perceber, com uma compreensão mais profunda, as vivências do sujeito portador de possíveis representações veladas e cristalizadas no tempo, mas ainda presentes e mobilizadoras de sensações e agonias impensáveis? Alguém disponível para proporcionar uma ampliação das possibilidades de simbolização, não seria esse um possível antídoto para o sintoma traumático?

Coloco tais questionamentos aqui com o intuito de abranger o debate e a discussão sobre esse enigma que é o sintoma traumático a fim de que ele possa ter um espaço, para além da nosologia psicanalítica, a fim de que finalmente o sujeito possa ter seu direito garantido, o direito de todo ser humano, de ser visto e legitimado e, desta forma oferecer, como revela Uchitel (2011, p. 122), “Uma clínica que possa, tomando em conta as falhas na construção do eu, permitir a experiência inédita do ‘si mesmo’”.

Referências bibliográficas

DOSTOIEVSKI, F. **O Idiota**. São Paulo: Editora 34 Ltda, 2020. 5a ed., p. 196.

FREUD, S. Luto e melancolia. In: **Obras completas: S. Freud. Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. São Paulo: Cia das Letras, 2010f. v. 12.

FREUD, S. Além do princípio do Prazer. In: **Obras completas: S. Freud. História de uma neurose infantil ("O Homem dos Lobos"), Além do Princípio do Prazer e outros textos (1917-1920)**. São Paulo: Cia das Letras, 2010h. v. 14.

LEJARRAGA, A. L. **O trauma e seus destinos**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER Ltda, 1996.

UCHITEL, M. **Neurose Traumática – uma revisão crítica do conceito de trauma**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

KUPERMANN, D. **Por que Ferenczi?: A Verleugnung: o Desmentido e as Dimensões Relacional e Social do Trauma**. 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2019. p. 55-87.

PINHEIRO, T. **Ferenczi do grito à palavra**. 1. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1995. p. 65-100.

REIS, E. S.; **Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política: O desmentido e a zona cinzenta**. 1. ed. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2017. p. 89-99.