

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica

Suzana Maria da Silva Ferreira Lima

Catástrofe, trauma e dor

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

São Paulo

2011

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica

Suzana Maria da Silva Ferreira Lima

Catástrofe, trauma e dor

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob a orientação do Prof. Doutor Manoel Tosta Berlinck.

São Paulo

2011

BANCA EXAMINADORA

A Deus.

Aos meus pais, José Ferreira Lima (in memoriam) e Florisa da Silva Ferreira Lima, por me ensinar a andar por esse Brasil.

Aos meus avós, Luiz Ferreira Lima e Maria Vitoria Ferreira Lima, Francisco Borges da Silva e Maria do Carmo Moraes Miranda (in memoriam), que me ensinaram com seu exemplo a importância de conquistar um lugar melhor para realizar meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Ao professor e orientador, *Dr. Manoel Tosta Berlinck*, por conduzir-me na trilha da Psicopatologia Fundamental e ensinar-me a descobrir a beleza do óbvio. Agradeço por esses valiosos presentes.

À *Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira*, por me apresentar ao Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, e nessa caminhada mostrar as pérolas ao longo do caminho.

À *Profa. Dra. Ana Cecília Magtaz*, por conduzir-me no caminho da pesquisa com generosidade, sabedoria e amizade, apostando sempre em meu trabalho. Muito obrigada.

À *Profa. Dra. Felícia Knobloch* pela valiosa supervisão que ampliou minha compreensão do caso clínico e das representações que foram suscitadas a partir desse encontro.

À amiga *Daniela Escobari*, pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos e por seu apoio que me ajudou a enfrentar os momentos difíceis no percurso.

À psicóloga *Cristina Souza*, pelo grande aprendizado que muito me ajudou nos momentos difíceis dessa trajetória, e à *Eliane Michelini Marraccini* pela indicação.

À *CAPES* pelo apoio.

Aos caros colegas pesquisadores do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC-SP, pelo acolhimento e pelas contribuições feitas que ampliaram consideravelmente meu trabalho.

Ao *Prof. Dr. Paulo José Carvalho da Silva*, pela gentileza ao aceitar participar da Banca de Qualificação e de Defesa.

Aos meus pais, *José Ferreira Lima (in memoriam)* e *Florisa da Silva Ferreira Lima*, pelo incentivo aos meus estudos e profissão, sempre acreditando e apoiando na realização de meus sonhos.

Ao *Pablo Serrano*, pelo brilho que deu em minha vida.

Aos meus irmãos, *Heberth Lima*, *Maria José Lima*, *Sônia Lima*, *Luiz Lima*, *Edson Lima*, *Ana Cristina Lima*, cujo incentivo e apoio nos momentos mais difíceis foram fundamentais. Em especial, *Mary Lima*, com seu afeto e contribuição financeiramente, e *Wanda Lima*, pela sua presença que tanto fortaleceu minha busca.

À amiga de todas as horas, *Ligia Kátia da Silva Gama*, pela sua presença marcante e apoio nos momentos difíceis, com quem calorosamente compartilho essa realização.

À *Keila Góes*, psicóloga do Hospital de Emergência de Macapá, pela disponibilidade em fornecer material para essa pesquisa.

À *Marciela Henckel*, pelos estudos psicanalíticos, e *Viviam*, pela solidariedade presente em todos os momentos.

Às amigas *Evangelina Piragino* e *Teresa Endo*, pelo apoio e reconhecimento profissional.

À *Dra. Sueli Pini*, por viabilizar a participação de minha equipe em uma ação do Tribunal de Justiça do Amapá, no Barco Tribuna, a qual foi muito importante para esta pesquisa.

Aos amigos *Alzira*, *Regina Frota*, *Helder Albuquerque*, *Rayclesian*, *Laurizete*, *Joaquina Lino*, *Darcy Franca (in memoriam)*, *Sueli Póvoa*, *Elisabeth Bittencourt*, *Dra. Zeneide*, *Helena Dias*, *Zélia Trindade*, *Zeza*, pela contribuição dada no início da trajetória.

Aos amigos queridos, *Carolina Custodio*, *Roosevelt Almeida*, *Leny Mendonça*, pelo apoio dado nos momentos finais em que as forças pareciam não existir mais. Meu sincero agradecimento.

Aos meus queridos sobrinhos, *Eduardo Nunes*, *Luana Lima*, *Fernanda Lima* e *Arthur Lima*, pelo simples fato de existirem.

À *SARAPO*, em especial ao *Dr. Cláudio Brito*, pelo apoio dado nas coletas de dados e pela confiança no meu trabalho.

Aos meus pacientes que muito me ensinam sobre a clínica.

Ao Governo do Estado do Amapá, pela oportunidade concedida.

LIMA, Suzana Maria da Silva Ferreira. *Catástrofe, trauma e dor*. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Resumo:

A proposta desta pesquisa é refletir sobre o trauma psíquico e as afetações que emergem dessa vivência na clínica. Para tanto, utilizar-se-á a teoria freudiana do trauma como um evento surpresa que possui um *quantum* de dor impossível de ser assimilável pelo eu, bem como o conceito de autoclivagem de Ferenczi como mecanismo psíquico utilizado pelo eu para se proteger de um trauma.

A construção da metapsicologia se pautou pela posição da psicopatologia fundamental que prioriza a pesquisa das afetações suscitadas no ato de clinicar. O caso clínico norteador foi o de uma mulher que teve seus cabelos arrancados pelo eixo do motor de um barco. Este acidente acontece nas regiões ribeirinhas do Norte do Brasil e é denominado de escalpelamento. É um acidente catastrófico caracterizado pela perda parcial ou total do couro cabeludo, configurando-se um evento que provoca reviravolta naquele que o vivencia, produzindo transformações significativas em sua vida.

No transcurso deste trabalho, recorreremos à clínica para citar a posição do analista perante a dor. Neste sentido, destacam-se os escritos de Nasio (1997) ao elucidar: “afinar-se com a dor, tentar vibrar com ela e, nesse estado de ressonância, esperar que o tempo e as palavras gastem”. (p. 17)

Assim, é primordial estar em condições de espera de um tempo em que a dor possa ter um outro sentido. O analista oferece seu corpo como mediador entre o eu e a dor para que também possa suportar o testemunho da narrativa desse trauma e conduzir-se para uma possível transformação de vivência traumática em experiência.

Palavras-chave: Trauma, catástrofe, dor, escalpelamento.

LIMA, Suzana Maria da Silva Ferreira. *Catástrofe, trauma e dor*. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Abstract:

This research reflects on the psychic trauma and the affectations that emerge from this experience in the clinic. For this purpose, it will be used Freudian theory of trauma as a random event whose quantum of pain cannot be assimilated by the ego, as well as the Ferenczian concept of autoclivagem as a psychic mechanism used by the ego as protection from trauma.

The construction of metapsychology is guided by the position of fundamental psychopathology that prioritizes the research of the affectations raised in the act of clinic. The guiding case is about a woman whose hair was pulled by the motor shaft of a boat. This accident occurs in riverside areas along the Northern Brazil and is called “scalping”. It is a catastrophic accident characterized by partial or total loss of the scalp, becoming an event that causes turnaround in the person who experienced, producing significant changes in that person’s life.

In the course of this work, we turn to the clinic to name the position of the analyst before the pain. In this sense, we highlight the writings of Nasio (1997) to elucidate: “tune yourself with the pain, try to vibrate with it, and, in this state of resonance, expect to spend time and words.” (p. 17) Thus, it is essential to be able to wait for a time when the pain may have another sense. The analyst offers his body as a mediator between the self and the pain so he can also bear witness to the narrative of trauma and lead to a possible transformation of traumatic experience in experience.

Keywords: Trauma, catastrophe, pain, scalping.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
I – MÉTODO.....	17
II – CASO CLÍNICO: O RIO COMO PALCO DE GRANDES PERDAS	23
2.1 – A transferência – o analista nas redes do trauma	29
2.2 – Considerações sobre o caso clínico	30
III – CATÁSTROFE E DOR	41
3.1 – Criatividade, trauma e o homem	43
3.2 – E as catástrofes continuam	45
3.3 – A dor	52
IV – TRAUMA DE FREUD A FERENCZI	56
4.1 – O trauma segundo Freud	56
4.2 – E o rio leva seus sonhos	63
4.3 – O trauma segundo Ferenczi	73
4.4 – Freud e Ferenczi: encontros e desencontros sobre o trauma	81
V – CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS.....	87

*Cabeças com toucas de hieróglifos,
Cabeças com turbantes e barrete negros,
Cabeças com perucas e milhares de outras
Pobres cabeças humanas suando...*

Heine, Nordsee, 'Frangen'

(apud Freud, 1933)

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa de mestrado tem por objetivo refletir sobre o trauma psíquico a partir da vivência clínica com uma paciente que tem seus cabelos arrancados pelo eixo do motor de um barco; as afetações que surgiram no ato de clinicar e, com isso, testemunhar uma narrativa que porta um trauma de natureza tão violenta. O caso clínico é o norteador dos caminhos metapsicológicos percorridos.

Para o clínico é possível perceber que há uma afetação permeada por um sentimento de horror, de indignação, de vergonha, de raiva, de tristeza e de impotência frente a essa realidade.

O acidente deixa marcas visíveis que lhes atribuem uma imagem de mulheres escalpeladas. São transformações sofridas no real de seus corpos trazendo implicações no cotidiano dessas mulheres, que permitem perceber um *pathos* traumático. Essa imagem transforma-se em um estigma por causar horror tanto na vítima como naqueles de seu convívio, incluindo o analista.

Escalpelamento – *perda parcial ou total do couro cabeludo* – é um fenômeno recente nas comunidades ribeirinhas da Amazônia. Os primeiros registros desses acidentes são identificados a partir de 1960, quando os ribeirinhos começaram a substituir os barcos a vela por aqueles movidos por um motor rotativo.

Na região amazônica este acidente é provocado pela sucção do cabelo pelo eixo do motor do barco. A palavra escalar vem do latim *scalpellum* que significa “instrumento em forma de faca pequena, em geral de forma arredondada, que serve para incisar e dissecar” (Ferreira, 2004, p. 786).

Convém ressaltar que os barcos são meios de transporte e sobrevivência das famílias que habitam as margens dos rios, igarapés, furos e lagos dessa região. Elas vivem da comercialização de suas produções agrícolas, agropecuárias, da pesca, do extrativismo vegetal, entre outros. A escolha do motor¹ de centro se dá pelo baixo custo, por ser mais econômico e funcionar a diesel, bem como pelas suas proporções, permitindo navegação por pequenos igarapés. Todos os membros da família estão envolvidos nessa forma de subsistência, ficando assim expostos a condições inadequadas de trabalho e a risco de acidentes.

Na relação que o ribeirinho estabelece com o barco, muitas vezes tem de lidar com situações arriscadas como a entrada de água pelo espaço que fica entre o motor e o eixo.² A aproximação da pessoa que retira a água do eixo do motor, pois é lá que a água se localiza, aliada a um pequeno descuido e à força centrípeta³, ocasiona o acidente, no qual o cabelo é sugado, fazendo com que o couro cabeludo seja arrancado. Na maioria das vezes, crianças e mulheres de cabelos longos são as que sofrem o escalpelamento, que pode ser parcial ou total. Neste último, jamais nascerá cabelo novamente. Além do escalpelamento arrancar o couro cabeludo, pode também mutilar outras partes do corpo. São encontrados registros de homens, mulheres e crianças com partes de seus corpos mutilados pelo motor.

Apesar da mudança da tecnologia dos barcos, passando de barco a vela com funcionamento manual para barco motorizado, observamos a total ausência de cuidado e proteção na utilização do novo meio de transporte. Essa situação sugere que os ribeirinhos não se davam conta do perigo iminente a que estavam expostos

¹Esses motores são adaptações que surgiram no garimpo e começaram a ser usados pelos ribeirinhos.

²Essa água é geralmente retirada manualmente pelas crianças ou mulheres, utilizando uma cuia, objeto artesanal feito de um fruto local, enquanto os homens estão pilotando.

³Força direcionada para o centro. No caso dos motores, o eixo apresenta movimento rotatório apenas para uma direção, no caso, para dentro.

ao manusear o motor do barco, exemplificada na fala de uma das vítimas de escarpelamento: “Nunca pensei que pudesse acontecer comigo”. Identificamos um conflito na passagem da utilização da canoa para o barco a motor que se manifesta no acidente do escarpelamento.

Segundo o levantamento realizado no período de 1997 a 2000 pela OSCIP SARAPÓ⁴, 80% dos acidentados são do sexo feminino (15% de mulheres adultas e 65% de crianças) e 20% do sexo masculino. Há a ocorrência, em média, de dois casos por mês no Estado do Pará e, segundo dados do Hospital de Emergências de Macapá, na capital do Estado do Amapá, registra-se uma média de um caso a cada dois meses. Nos livros de registros do Hospital de Emergências de Macapá encontram-se registrados, no período de 1969 a 2007, duzentos e setenta e quatro atendimentos de pacientes vítimas de escarpelamento. O primeiro escarpelamento ocorreu em agosto de 1969. Entretanto, os dados obtidos são escassos devido aos precários registros existentes.

O desejo de saber mais sobre as vítimas desses acidentes surgiu no III Congresso Internacional de Etno-psiquiatria em Macapá-AP, em 2003, e o desdobramento desse desejo levou às inquietações que tornaram possível esta pesquisa.

A partir daí começamos a identificar nas salas de espera dos ambulatórios do hospital onde trabalhávamos, crianças e mulheres com grandes curativos na cabeça, vítimas de escarpelamento. Há tanto tempo passávamos por essas salas de espera e nunca, até aquele momento, a presença delas havia nos chamado a atenção. Qual seria o motivo?

⁴Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – SARAPÓ, que desenvolve ações direcionadas para as famílias ribeirinhas e vítimas, tais como: tratamento médico, reabilitação social, prevenção de acidentes, fomentação de políticas públicas, palestras, pesquisas e outros.

Essa situação nos fez pensar no lugar que essas mulheres ocupam na sociedade. Elas não são enxergadas, não são vistas, mas existem. Será apenas nós que não as via? Ao entrevistar a irmã de Maria (nome que daremos à paciente do caso clínico que será apresentado a seguir), percebemos o sofrimento que representava para ela o acidente, pois ao falar começou a chorar com pena de sua irmã e pela dor que ficou na família.

Vale observar que nos interiores ribeirinhos é raro encontrar mulheres com cabelo curto, o cabelo ocupando um lugar importante na feminilidade dessas mulheres. São influências recebidas das culturas indígenas, em que o cabelo longo faz parte dessas tradições. No romance “Ubirajara”, José de Alencar (2005) escreve:

Cabelo – pelo cabelo costumava distinguirem-se as diversas nações indígenas. (...) traziam as mulheres as madeixas longas, salvo no tempo do luto ou ausência do marido. Continuando: mais um traço de caráter indígena. Durante a ausência do marido, a mulher trazia uma espécie de luto ou mostra de tristeza e saudade que era simbolizado pelos sacrifícios das longas tranças do cabelo (p. 56).

Fazendo um paralelo entre as regiões ribeirinhas e as grandes cidades, ressaltamos que nas cidades pequenas, do interior, o cabelo comprido representa um adereço fundamental na feminilidade das mulheres, porém nas cidades grandes, o cabelo comprido não é tão cultivado, existindo outros adereços para expressar a feminilidade.

Observamos também que ao retornarem para casa, depois de um longo período de internação, as mulheres ficam como se estivessem em estado de choque, alheias ao seu mundo, até que a realidade de seu novo corpo deixe de ser tão estrangeiro, passando a escondê-lo, pois agora trata-se de um corpo marcado, que possui um estigma: ser uma mulher escalpelada.

Para o povo grego, o termo estigma se refere a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa extraordinária ou ruim sobre o *status* moral de

quem o apresentava. De acordo com eles: “Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor” (Goffman, 1988, p. 11). Assim sendo, uma pessoa marcada era ritualmente poluída, que devia ser evitada, especialmente em lugares públicos.

A partir das inquietações advindas do atendimento clínico realizado com Maria, mulher que vivenciou o horror de ser escalpelada adquirindo uma marca no real do corpo e no contexto das reflexões apresentadas acima, surgiu nosso objeto de pesquisa para investigarmos situações clínicas em que está presente um evento disruptivo tão violento e capaz de abalar a estrutura psíquica e provocar a manifestação de *pathos* que significa passividade, sofrimento, paixão. Para tal, decidimos percorrer o conceito de *pathos* para a psicopatologia fundamental e os conceitos de trauma, catástrofe e dor para a psicanálise.

Esta dissertação é composta de quatro capítulos que fundamentam uma análise reflexiva sobre uma experiência clínica, singular.

No primeiro capítulo, sobre o método clínico, constam os detalhes do caminho percorrido pelo pesquisador através do encontro terapeuta/paciente. Nesse percurso evidenciamos o método clínico, que consiste em tentar construir uma metáfora sobre o inusitado ou impensado do real vivido na clínica. Pensamos, com Berlinck (2000), que a partir do caso há a possibilidade de se produzir palavras que revelem o geral contido no particular, no singular de cada caso. No segundo capítulo, apresentamos a narrativa do caso clínico de Maria, ilustrando a dor de uma mulher que sofreu um escalpelamento e das consequências oriundas do que se revelou para ela uma catástrofe psíquica.

No terceiro capítulo, “Catástrofe e Dor”, a dor é explorada como conceito freudiano ajudando-nos a entender sua importância para a constituição humana e

compreendida, juntamente com Berlinck (1999), como “limite *sui generis*, por ser uma resposta a uma fratura no limite do organismo e do psiquismo nos remetendo à nossa finitude” (p. 10). Discorreremos também sobre o conceito de catástrofe, entendido nesta pesquisa como um acontecimento grandioso, que traz mudanças irreversíveis; uma reviravolta que provoca uma força capaz de proporcionar uma mudança de posição psíquica.

No quarto capítulo, que tem como tema “Trauma de Freud a Ferenczi”, realizamos o percurso feito por Freud para definir o conceito de trauma em diversos momentos da psicanálise, assim como tentamos revelar os momentos profícuos do diálogo do pai da psicanálise com Ferenczi sobre sua experiência clínica com os casos ditos difíceis.

Nas considerações finais refletiremos sobre o trauma, ressaltando as possíveis relações entre o trauma que passa pelo recalque e aquele que passa por uma clivagem, assim como sobre o efeito da escuta do traumático sobre o pesquisador – clínico.

I – MÉTODO

A primeira vez que ouvimos falar de escalpelamento foi no *III Congresso Internacional de Etno-psiquiatria*, realizado em Macapá-AP em 2003, do qual fizemos parte da organização. A exposição do tema mostrou o trabalho realizado pela SARAPÓ com crianças e mulheres vítimas de escalpelamento em Belém-PA. Ao pensar sobre o tema indagamo-nos sobre a questão do escalpelamento no Amapá.

Esse desejo de saber mais sobre as vítimas desse acidente levou-nos a vários interiores ribeirinhos, onde acompanhamos uma ação do Tribunal de Justiça do Amapá, no Barco Tribuna⁵, denominado Justiça Itinerante. Nessa viagem pudemos acompanhar durante oito dias a realidade dessa população ribeirinha, na qual o rio ocupa um lugar de destaque por ser o espaço onde encontram sua subsistência, pois a maioria vive da pesca de peixes e camarões. É por meio dos rios que se deslocam de um lugar para o outro. E, por conta disso, o barco é o único meio de transporte acessível à população. A relação das crianças com a água parece ser de intensa intimidade; pulam de grandes alturas dentro dos rios e nadam em grandes distâncias, chegando a atravessar de uma localidade a outra.

Dando continuidade à pesquisa, fomos a Belém-PA conhecer os trabalhos realizados com a clientela. Ao entrevistar a orientadora do primeiro trabalho⁶ acadêmico sobre as vítimas de escalpelamento, ela conta sobre a afetação que

⁵É um Projeto que leva os serviços da Justiça em cidades ribeirinhas que não possuem Fórum. Agregam-se a esta ação algumas instituições públicas como: Companhia de Água e Esgoto, Polícia Técnica Científica, Defensoria Pública, Ministério Público, Cartório de Registro Civil e ambulatório médico.

⁶“*Joga ela fora*”: um estudo socioeducacional sobre o escalpelamento de mulheres/meninas ribeirinhas – Trabalho de Conclusão de Curso de Pedagogia da UNAMA (Universidade da Amazônia), orientada pela professora e mestra Lucélia Bassalo e realizado pelas pesquisadoras Ewana Nauar Almeida e Maria de Fátima Dias Azevedo, em 2003.

surge ao lidar com uma clientela que apresenta um leque de necessidades, pois apesar de orientar uma pesquisa pedagógica percebe a urgência da realização de um trabalho psicológico com essa clientela, uma vez que essas demandas eram todas direcionadas aos pesquisadores. Revela ainda a precariedade dos serviços existentes no Estado do Pará.

Na entrevista com a diretora⁷ do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da Universidade Federal do Pará – UFPA, notamos que o caso relatado, devido às suas particularidades (principalmente o excesso de dor, além da vergonha, baixa autoestima e a violência do acidente) provoca no clínico uma sensação de horror diante de tantos excessos que permeiam a questão e suas afetações singulares.

Quando as mulheres que tiveram seus cabelos arrancados pelo motor começaram a chegar ao consultório, observamos que suas narrativas, ao longo de suas histórias, continham conteúdos trágicos. Eram conteúdos que falavam de dores, de horror, perdas e muitos traumas. E por algum tempo vimo-nos encantadas e sideradas diante de relatos que pareciam portar o excesso do excesso.

Entre as narrativas escolhemos a história de Maria, paciente que suscitou indagações sobre seu *pathos*, provocando uma afetação necessária em que o desejo de narrar daquele que porta um excesso e o desejo de inclinar-se para escutar a narrativa se encontraram. É a partir desse encontro que nasceram as inquietações desta pesquisa.

Utilizamos a psicopatologia fundamental como uma posição clínica que reconhece a unicidade de cada humano e de cada vivência e privilegia um olhar diferenciado para o encontro com o outro. Esse encontro nos leva a uma posição diante do desejo de pesquisar, pois a crença na singularidade de cada encontro

⁷Ana Cleide Guedes Moreira, Profa. Dra. em Psicologia Clínica, Universidade Federal do Pará – UFPA.

promove um saber único. O ato de inclinar-se para escutar revela uma possibilidade de o clínico ser afetado pelo *pathos* do paciente para que seja possível a transformação do excesso de sofrimento em experiência.

Berlinck (2000) salienta:

Portanto, não existe *pathos*, no sentido mais amplo, senão onde houver mobilidade, imperfeição ontológica. Se assim for, *pathos* é um dado do mundo sublunar e da existência humana. Devemos contar com *pathos*. Devemos até aprender a tirar proveito dele. Tirar proveito de *pathos* significa transformá-lo em experiência, ou seja, não só considerar *pathos* como estado transitório, mas também como algo que alarga ou enriquece o pensamento. Na tradição trágica, *pathos* rege as ações humanas que, em determinadas circunstâncias, constitui um acontecimento. Assim é com o assassinato de Agamenon, assim é com o assassinato de Laio. Quando isso acontece, *pathos* transforma-se em patologia, ou seja, um discurso sobre o sofrimento, as paixões, a passividade. Quando, entretanto, a experiência é anímica, ou seja, ao mesmo tempo terapêutica e metapsicológica, estamos, então, no âmbito da Psicopatologia Fundamental (p. 20).

Então aqui falar-se-á de uma relação terapêutica única, o clínico que se debruça para escutar aquele que porta um *pathos*. Nesse encontro surge a possibilidade de transformar a vivência em experiência, havendo também uma construção clínica teórica, uma metapsicologia.

Freud, na construção da psicanálise, utilizou os casos clínicos refletindo sobre seu método, dando um lugar significativo às impressões que eles lhe provocavam. Assim, pôde guiar-se na sua pesquisa. Fédida (1988) ressalta essa questão quando explicita que:

(...) a descoberta da psicanálise consiste na possibilidade da experiência interna do que é a psicopatologia, desde que essa experiência interna não se psiquiatrize no sentido de se tornar patologia crônica e nada a ensinar aquele que a vive (p. 29).

Corroboramos com Fédida e Berlinck que apontam a psicanálise como importante interlocutora para abrigar a pesquisa em psicopatologia fundamental, por valorizar a narrativa e a subjetividade no ato de clinicar. Neste cenário temos o

pesquisador e seu objeto de pesquisa; temos uma posição clínica e temos uma teoria que fundamenta a pesquisa, a psicanálise e, ainda, aquela que une os elementos necessários para que uma pesquisa se efetive: a universidade. E qual a função da universidade dentro de uma perspectiva da psicopatologia fundamental?

Segundo Plínio Walder Prado Junior⁸, em aula no Laboratório de Psicopatologia Fundamental da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, a função da universidade é ensinar o aluno a se cuidar. Partindo desse pressuposto, o pesquisador, ao escolher seu tema, aquilo que o afeta, que ainda não tem um saber, está de forma simples, e ao mesmo tempo complexa, cuidando de si. No livro “A ferida do pesquisador”⁹, o autor Romanyshyn (2006), versa sobre os motivos e inquietações que direciona a escolha do tema a ser pesquisado. Segundo ele, o tema escolhe o pesquisador e o mesmo apresenta uma íntima relação com sua ferida, e por isso tem força para imantá-lo. Neste sentido, a universidade proporciona um campo fértil para que o aluno pesquisador possa se cuidar. Cuidar de sua afetação.

Dentro da perspectiva da psicopatologia fundamental, nosso objeto de pesquisa coloca-nos diante do nosso não saber, o *pathos* e a universidade, na posição da psicopatologia fundamental, inclina-se para escutar a ferida do pesquisador. O não saber nos remete à nossa ferida narcísica e estar nesse lugar provoca inquietações importantes que podem nos conduzir a interagir com o outro, o estrangeiro. Reconhecer um saber diferente no outro e fazer interlocução é um pressuposto da psicopatologia fundamental. Segundo Magtaz (2008),

Acreditamos que o ideal de comunicação de Fédida reconhecida por Berlinck, diz respeito à possibilidade de entrar em contato (fazer um *link*)

⁸Filósofo, professor da Universidade Paris VIII, em aula dada no Laboratório de Psicopatologia Fundamental – PUC-SP, em setembro de 2009.

⁹Tradução livre da autora.

com o mundo e difundir a experiência do não saber, da incerteza. Pois ela é que gera a possibilidade de intercomunicação entre as diferentes posições (p. 34).

Um aspecto importante para o pesquisador diante dessa experiência única é o tempo necessário para fazer a travessia de um lugar do não saber para aquele que porta um saber sobre algo. Existe um tempo de construção subjetiva, um tempo para a elaboração daquilo que foi afetado. O tempo se desdobra com a perspectiva de elaboração daquilo que provocou o excesso, ou seja, a transferência que brotou a partir dessa relação singular contida na experiência narrada no caso clínico. Esse desdobramento resulta numa mudança de posição do pesquisador.

Sigamos por esta linha de raciocínio fazendo o seguinte questionamento: E como nasce um pesquisador? Ele nasce a partir daquelas singelas e repetitivas perguntas: mas por que isso, mãe? Mas por que é assim, pai? Como nascem os bebês? Por que eu não tenho “pinto”, mãe? Por que o meu “pinto” é diferente do dela pai? As respostas recebidas guiarão o pequeno pesquisador na descoberta do funcionamento do mundo no qual está inserido. E aí se encontra um psicopatólogo fundamental em gérmen.

O tempo do pesquisador é aquele necessário para que ele faça um *link* com seu pesquisador primevo, aquele que fez as perguntas acima e se permitiu angustiar-se com suas afetações, e, a partir daí, usar todo seu poder de criação para fazer metáfora e transformar a vivência clínica em experiência. O fluir entre o primevo e o atual é o solo fértil para que essa transformação ocorra. E, assim, esta pesquisa se constitui fazendo um *link* entre o que tem de mais primitivo e o que tem de mais sofisticado no pesquisador e no objeto de pesquisa. Neste sentido o ato de clinicar em psicopatologia fundamental é movimento de ir e vir. Quando isso não acontece é porque ocorreu uma fixação, é *pathos* e precisa ser cuidado.

Qual a função da psicopatologia fundamental dentro da universidade?

É trilhar, construir um caminho onde se possa ter uma escuta para a afetação vivenciada no ato de se inclinar para aquele que porta um *pathos* e ser guiado por esta afetação. Nessa trilha podemos encontrar perigos, correr risco de vida, deixar marcas, encontrar nossos fantasmas, perder o fôlego, transpirar, cansar, descansar, andar e até nos perdermos. Na trilha podem seguir vários, porém um de cada vez; você não está só, mas a singularidade é preservada e no final da trilha deparamo-nos com algo belo, que pode ser uma cachoeira ou uma vista maravilhosa, um saber que nos tira da ignorância. É o encontro paradoxal de algo novo e, ao mesmo tempo, velho conhecido seu. Assim a psicopatologia fundamental prepara pesquisadores para que sustentem uma trilha, uma escuta singular da afetação suscitada no ato de clinicar. Tarefa difícil, porém muito importante na contemporaneidade, uma vez que temos instrumentos sofisticados para construir espaços clínicos.

Concluimos, então, este capítulo, enfatizando que a finalização de um trabalho de pesquisa sugere uma passagem por uma catástrofe, uma reviravolta, uma mudança de posição e, por fim, uma representação daquilo que foi a ferida do pesquisador.

II – CASO CLÍNICO: O RIO COMO PALCO DE GRANDES PERDAS

Em sua carteira de identidade, vejo a foto 3x4 colorida em que Maria aparece antes do acidente. Os olhos brilhantes e vivazes e a longa cabeleira lisa e negra se assemelhavam vagamente à Maria que se apresentava diante de mim no consultório. Os olhos agora melancólicos, sem brilho, mostravam a mesma moça morena, que, entretanto, não possuía mais aqueles longos cabelos. Na tentativa de se proteger do sol e dos olhares hipnotizados dos curiosos, portava um lenço que encobria suas cicatrizes.

Maria conta que o acidente aconteceu quando estava voltando da escola para casa em uma canoa pequena a remo. Era noite, o rio estava calmo e começava a chover quando encontrou seu pai na nova embarcação da família, que continha um motor com o eixo descoberto. Maria lembra que aproximou sua montaria do barco a motor de seu pai. Essa cena, de uma canoa a remo se aproximando de um barco a motor e sendo amarrado nele, sobressai aos meus olhos. De repente, quando penso na cena em que Maria com sua canoa simples, com tecnologia rudimentar e todos os perigos previstos, e a embarcação da família que apresenta uma tecnologia avançada, porém sem identificar claramente o perigo/risco proveniente desse tipo de locomoção revela um conflito entre cultura ribeirinha e a cultura tecnológica, pois parece que Maria não considerou o perigo, assim como os ribeirinhos não conseguem lidar com esse tipo de risco.

Dentro do barco da família, seu pai solicita a Maria que pegue um objeto, uma chave de fenda. Depois disso, ela não se lembra de mais nada. Acordou no Pronto

Socorro da capital, dois dias depois. Ela fora vítima de escalpelamento total e perdera também a orelha esquerda.

Maria passou quase três meses internada. Ficou sem o couro cabeludo e com muita dor de cabeça, e os curativos também provocavam muitas dores. Fez várias cirurgias reparadoras e mesmo assim ainda ficou sem a orelha esquerda. Também nesse período de hospitalização descobriu que estava grávida de dois meses de seu filho caçula, o qual nasceu com uma patologia no coração. Como assimilar todos esses eventos? Qual seria o valor da gravidez nesse contexto?

Maria refere ter recebido apoio de toda sua família para enfrentar as situações difíceis que apareciam diante de si. Para dar continuidade ao seu tratamento e ao de seu filho, seus pais compraram uma casa para ela na capital.

Maria sai do hospital questionando-se sobre seu futuro. Sente-se “perdida, meio desligada, alheia a si mesma, triste e dolorida”. O cuidado de seus pais é constante, mas aos poucos todos retornam aos afazeres cotidianos e ela teria que assumir sua vida novamente. Mas como fazer isso, se tem vergonha de ir ao comércio, sair para passear, ir à casa dos parentes e amigos? Aspectos esses fundamentais nos laços sociais de sua cultura.

Como estava sendo metabolizado o escalpelamento para Maria?

Segundo ela, o olhar que lhe direcionam é de curiosidade, estranheza, horror e pena. Ela tenta evitar esses olhares arduamente, saindo de casa apenas quando extremamente necessário. Porém, não escapa dos olhares de si mesma.

A família de seu marido, quando ia visitá-la, cobrava dela que culpasse seu pai pelo acidente e o denunciasse à Justiça, o que não fez, pois achava que ele jamais desejaria que algo tão ruim acontecesse a um de seus filhos. No entanto, nos atendimentos se contradizia atribuindo ao pai a responsabilidade por todas as

situações difíceis que vivera na infância e início da juventude, como não levar dinheiro para casa e a perda da sua irmã. Mais adiante isso será detalhado.

Maria tem uma relação difícil com o marido, que é dependente de maconha. Eles brigam muito, por qualquer coisa, e ela não permite a intervenção dele na criação dos filhos, desautorizando-o a qualquer tentativa de repreendê-los. Segundo Maria, ele é um homem trabalhador, mas seu dinheiro serve para a manutenção do vício. Nas brigas do casal, o marido se refere a ela como monstro, dizendo que ela nunca mais vai ter um outro homem por estar muito feia.

Maria já pediu a separação várias vezes, chegando a ameaçá-lo juridicamente, porém ele não aceitou. Ela diz: “Ele passa alguns dias fora de casa e depois volta como se nada tivesse acontecido”. O “pai de seus filhos”, como assim ela designa seu marido, algumas vezes some por dois ou três dias para viver o seu vício, não deixando nada para a alimentação dela e dos filhos. No retorno, as brigas se intensificam. Assim, seu casamento se resume a “brigas, muitas brigas”. É como se Maria estivesse vinculada a um objeto desprezível do qual é incapaz de se desvencilhar ou se separar.

A paciente relata que não se reconhece mais, acha-se faltante, e sente-se inferior às outras pessoas que têm cabelo: “Não sou igual às outras pessoas, alguma coisa me falta”. Maria sentia-se em desamparo emocional e, por isso, já havia pensado em morrer várias vezes. Só não tomou nenhuma atitude por achar que seus filhos iriam ficar desamparados.

Ela passou a infância morando em uma ilha, que faz parte de um arquipélago na região Norte do País. Essa região é permeada por palafitas. A infraestrutura da ilha é bastante pobre e precária. O acesso a escolas, postos de saúde e comércios

se faz por via fluvial para uma ilha vizinha onde se concentra toda fonte de desenvolvimento.

Sua casa era de madeira à margem do rio, no qual tomava banho, defecava e pescava. Toda a comunidade fazia uso de barcos para sua locomoção e atividades econômicas. Esse era o ambiente em que Maria se ressentia em viver porque achava-se na pobreza.

A paciente fala de uma vida de sofrimento. Ao recordar sua infância, relata que desde os sete anos seu pai não se preocupava com o futuro dos filhos. Apenas sua mãe trabalhava para dar o sustento da família. Relata ter tido uma vida de muitas necessidades materiais. Quando não conseguiam pescar, passavam fome.

Maria conta que uma vez sua irmã de 15 anos saiu para pescar junto com sua mãe, porém não conseguiram pescar nada. Sua mãe voltou para casa e a irmã quis continuar pescando, pois nesse dia não tinham o que comer. A irmã foi alçada para o fundo do rio pelos anzóis de pescaria e não conseguiu se desvencilhar deles. Maria chorou ao relatar esse episódio. Tem mágoa do pai por sua irmã precisar ir pescar e morrer. Essa fatalidade ocorreu quando a paciente estava com dez anos de idade.

Posteriormente, Maria informou que seu pai ficava muito tempo ausente de casa; ele trabalhava em barco pesqueiro e ficava meses no mar. Nesse período de ausência elas passavam muitas necessidades, porém percebe-se que isso também ocorria quando ele estava presente.

Maria não se contentava com a vida que levava, sempre queria mais, tinha vontade de estudar, mas seu pai não tinha condições de comprar caderno e roupa para ela ir à escola e conseguiu estudar apenas até a 3ª série primária. Em

comparação aos seus irmãos ela se destacava pela sua beleza, ousadia, ambição e garra. Queria uma vida melhor para si sem tantas misérias, que muito a ressentia.

Aos 15 anos, sufocada por não sair, vendo seu pai bater na sua mãe, e a solidão que lhe acompanhava, decidiu forjar uma carta em que uma amiga de sua mãe a chamava para trabalhar na capital. Mesmo com muito pesar, pois sua mãe não gostava de separar-se dos filhos, autorizou sua ida.

Ao chegar à capital, Maria foi pedir emprego na casa dessa amiga de sua mãe, e lá permaneceu por algum tempo. Descobriu que no local funcionava uma boca de fumo. Maria começou a fumar maconha. Com medo de ficar viciada, procurou outro lugar para trabalhar.

Conseguiu emprego como doméstica na casa de uma senhora, que hoje é sua sogra. Maria envolveu-se com o filho de sua patroa, que estava recém-separado da esposa, e tinha voltado a morar na casa da mãe. Com pouco tempo de namoro Maria ficou grávida, e decidiram morar juntos. Aos 17 anos ela teve seu primeiro filho. E isso se repetia de dois em dois anos; hoje Maria tem quatro filhos. Ela não se sentia valorizada pelo marido, que não a deixava estudar. No início do relacionamento também não permitia que ela trabalhasse e ele pouco contribuía financeiramente em casa, gastando a maior parte de sua renda com maconha.

Ela sonhava ser auxiliar de limpeza em hospitais e postos de saúde, mas descobriu que precisava estudar para realizar esse desejo.

Sabendo que as condições financeiras de seus pais havia melhorado, uma vez que eles já possuíam seu próprio barco, Maria decidiu voltar com os filhos e o marido para a casa de seus pais, pois assim sua mãe tomaria conta das crianças e ela poderia continuar seus estudos. Assim ela o fez, mas duas semanas após o início das aulas aconteceu o acidente.

Maria diz: “Minha vida era ruim e piorou de vez depois do escalpelamento, pois acabou a vida para mim porque já perdi muito na vida: perdi minha infância, perdi minha irmã, agora perdi meus cabelos”, e que levaram junto com eles os seus sonhos. As dores das perdas que Maria viveu anteriormente vieram à tona com o escalpelamento.

A força do escalpelamento obriga Maria a ancorar em Macapá e a sair do anonimato. Agora é uma mulher escalpelada, tem um estigma, um corpo marcado que recebe os olhares de todos, não passa mais despercebida, não é mais aquela Maria comum que passeava pela cidade e as pessoas pouco a percebiam. Quem é esta Maria de agora que desperta tantos olhares? Maria não sabe quem é ela, sabe apenas que não é mais aquela que aparece nas fotos e isso a deixa muito angustiada.

Atualmente é obrigada a ficar na capital para dar continuidade ao tratamento. Por outro lado, não aguenta mais ir para o interior, pois as lembranças do acidente vêm à tona e fica insuportável permanecer lá por muito tempo.

Maria mora em área de ressaca¹⁰ que tem a casa interligada por palafitas¹¹, lembrando a ilha onde nasceu. É importante notar que nessa casa tem uma geladeira duplex, uma televisão de 29” que destoam do lugar, já que se trata da tecnologia dentro de uma casa com características ribeirinhas e com fortes traços indígenas.

Maria participou da criação de uma associação que tem por objetivo cuidar dos interesses das mulheres vítimas de escalpelamento. Através dessa associação ela viajou para outros Estados buscando apoio, circulou dentro do Estado fazendo

¹⁰São ecossistemas situados em terrenos baixos, ao longo do litoral amapaense e ligados ao Rio Amazonas através de igarapés ou canais. Algumas dessas áreas permanecem alagadas durante o ano todo, outras só inundam no período mais chuvoso.

¹¹Ruínas de povoações de homens pré-históricos, à beira de lagos.

divulgação da causa. Porém, sua participação era precária e precisava ser bastante estimulada pelas colegas. Também ganhou bolsa de estudo para fazer cursos, iniciou o de informática, mas logo parou. Deu a justificativa de não ter quem cuidasse dos filhos e do quanto era difícil aguentar os olhares das pessoas.

Algum tempo após a interrupção do tratamento, Maria engravidou novamente e teve uma filha, menina que tanto queria. Assim, no meio de tanta dor, ela conseguiu realizar um desejo. Qual o significado dessa maternidade para Maria?

2.1 – A Transferência – O analista nas redes do trauma

Maria foi atendida no ambulatório de psiquiatria uma vez por semana, durante quatro meses. Após minha ida para São Paulo continuei atendendo Maria com intervalo de 45 dias, quando retornava a Macapá, durante mais quatro meses. A partir desse período o tratamento foi interrompido devido minha permanência em São Paulo.

As sessões iniciais eram de relatos traumáticos e provocaram na analista inquietação, raiva, horror, seguidos de compaixão, como se tentasse imaginar a intensidade do sofrimento pelo qual ela passava. Ao mesmo tempo se fez a questão sobre qual a direção de tratamento possível para essa paciente.

Durante a narrativa deste caso identificamos uma cena muito importante ainda não revelada. Em uma das sessões, Maria mostrou suas cicatrizes: um excesso de horror. Como obter palavras para descrevê-lo? Resumindo: esse acidente deixou marcas feias e estranhas no corpo e na alma dessa paciente. Questionamentos brotaram: Como seria possível fazer a representação do horror

testemunhado pelo analista? Refletir sobre o trauma e seus horrores foi a afetação, a mola propulsora que me mobilizou para a realização desta pesquisa.

2.2 – Considerações sobre o caso clínico

Maria estava no auge de sua feminilidade, de sua potência, sentindo-se pronta para reencontrar com seus fantasmas de infância, principalmente a miséria, a qual a fez sair do lado de seus pais, e que agora a fazia voltar para seu antigo lar, também na tentativa de fugir novamente dela. Seus pais estavam em melhores condições financeiras, pois já possuíam um barco com motor e poderiam ajudá-la também a sair da miséria. E esse retorno foi interceptado por uma catástrofe: o seu escalpelamento.

Como uma catástrofe se caracteriza pela reviravolta na vida daquele que a vivencia, então podemos dizer que Maria teve uma reviravolta em sua vida, e com isso houve uma mudança de posição, uma translação. E o que ela consegue identificar, nessa mudança, são as perdas que se presentificam. Perde o cabelo, o couro cabeludo e a orelha. Assim essas perdas fizeram brotar de seu interior as dores de várias perdas marcantes em sua vida. Maria chora pela infância perdida na miséria, chora pela ausência de um pai provedor (tanto do amor como dos bens materiais), chora pela perda da irmã, chora por não poder realizar seus sonhos, chora por deixar de ser a mais bonita de sua família e a perda de si mesma. Maria chora... chora... e chora... é como se seu inconsciente estivesse a céu aberto, sente que está ficando louca, mas a loucura não vem. A loucura seria uma boa saída, quem sabe até um desejo. O medo e a dor de não se reconhecer nunca mais é grande. Quem é essa mulher que vê no espelho? Tão deformada, de olhar triste,

sem brilho, tão diferente de outrora. No ímpeto de se reconhecer busca suas fotografias e faz comparações com a Maria que está vendo agora no espelho, e não gosta do que vê, pois só consegue ver o que lhe falta, não consegue ver o que ganha com essa nova posição.

Mas será que Maria ganha alguma coisa?

Maria ganha a abundância de afeto da família, seus pais lhe dão casa na capital com telefone, para fazer seu tratamento, seu marido sensibiliza-se pela sua dor, tornando-se mais amável, os cuidados médicos não lhe faltam. Auxílio daqueles que se compadecem com sua dor são frequentes, ganha viagem para a capital do país e outros Estados para buscar apoio na luta de uma vida melhor para si e para as outras vítimas de escarpelamento, ganha um seguro de vida importante, ganha bolsa de estudo, tanto para pequenos cursos como para a universidade. Mas Maria não consegue entender a linguagem de abundância que a cerca e não aceita nada. Ela está fixada na dor.

Como alguém com tanta dor poderia tirar o olhar de si e olhar ao seu redor?

Anzieur (1989) em seu livro “O Eu-pele”, ao falar sobre dor, enfatiza o seguinte ponto:

Como cada um de nós pode vivê-la, uma dor intensa e durável desorganiza o aparelho psíquico, ameaça a integração do psiquismo no corpo, afeta a capacidade de desejar e a atividade de pensar. (...) cada um está só perante a dor. Ela ocupa todos os lugares e eu não existo mais como Eu: a dor é (p. 233).

Neste sentido, Maria está na dor, ela é a encarnação da dor, sua capacidade de desejar está impossibilitada de se manifestar, pois o eu está com perturbações importantes, por isso ela não tem como olhar para outro lugar que não seja a dor.

Analizamos que falar de ganhos é falar daquilo que se inscreve no psiquismo. Para tanto, faz-se necessário que o analista consiga metaforizar na relação

terapêutica. Caso contrário, seria uma precipitação do analista atender ao convite feito pelo caso clínico de buscar a polaridade, ou melhor, perdas e ganhos, mas Maria encontra-se mergulhada na dor e não possui uma representação dela, assim como o analista também não tem uma metáfora do caso. Neste sentido, entendemos que a precipitação das polaridades vem para tamponar a angústia que brota no vazio quando ainda se pode fazer metáfora.

Segundo Ferenczi, é necessário construir um caminho – que é desconhecido – do irrepresentável, e para isso é preciso suportar a angústia suscitada, pois Maria porta um *pathos*, um excesso, que seu eu não suporta e não comporta tamanha excitação. É possível o terapeuta suportar uma transferência do lugar do irrepresentável? Do não saber? Este é o lugar do analista; quando estamos trabalhando com o traumático, é angustiante; portanto, suportá-lo, seria um dos caminhos possíveis para o tratamento. Mas como suportá-lo? Para suportá-lo faz-se necessário trabalhar a contratransferência suscitada no analista. E, segundo Fédida (1988), a contratransferência se manifesta como o resto no analista.

Para melhor condução da análise do caso, identificaremos duas Marias, a primeira é aquela antes do acidente, uma mulher simples, comum, que buscava soluções para sua vida, movia seu mundo para conseguir realizar seus sonhos, que mesmo tendo algumas dores, não parava; a segunda, seria aquela escalpelada, que parou, brecou, parece não ter desejo, sonhos, força, algo se rompeu dentro dela. As duas Marias são tão diferentes que ela própria não as reconhece; a primeira por não existir mais; e, a segunda, por ter uma parte sua destruída. O que poderia unir essas duas Marias?

Dando continuidade à nossa análise destacaremos outro ponto do caso: a maternidade de Maria, pois estava grávida de dois meses quando se acidentou.

Então a gravidez parece ser um ponto de ligação, uma unidade que consegue manter o ponto de interseção que restou entre essas duas Marias. Acreditamos que a gravidez possa ter sido um espaço fértil de possibilidades para a transformação que Maria vem sofrendo no seu corpo, tanto pela gravidez em si como pelo escalpelamento. Maria gesta seu filho e estaria, ao mesmo tempo, gestando a si mesma? Seu filho passa nove meses no ventre e nasce com uma deficiência no coração, um “defeito”. É assim que Maria parece sentir-se: uma mãe “defeituosa” que dá à luz um filho com “defeito”. Mas Maria diz ter ficado viva por causa dos filhos.

Freud (1914a), no artigo “Sobre o narcisismo: uma introdução”, postula sobre a imortalidade representada no filho, sendo direcionado para ele toda a perfeição – “sua majestade o bebê”. Depois de dois anos do acidente, Maria pariu uma menina perfeita, com cabelos, sem problemas de saúde. Seria um prenúncio de que ela poderia se enxergar na filha e assim devolver para si um olhar acolhedor, para além do “defeito”?

No momento, porém, o que Maria oferece é a dor e o horror que possui. Este horror encanta, sidera, tira o fôlego, mas Maria continua viva, diferente de sua irmã que morreu sem fôlego dentro do rio. E o que aconteceu com Maria? Seja o que for, ela continua viva, no entanto, algo nela morreu. Aqui encontramos outro ponto de ligação entre as duas Marias, a morte, pois ao perder sua imagem anterior (o cabelo, orelha e pele) e ainda não ter uma imagem que se reconheça, é um não existir, é um tipo de morte.

A dor é o líquido amniótico necessário para alimentar Maria durante seu percurso de gestar-se, para que possa vir a ser, mantendo-a viva diante de tão grande fragmentação. Seguindo essa linha de raciocínio, a função da análise é

contribuir para a (re)constituição de Maria. Como poderia ela se (re)constituir diante do olhar do outro que denuncia uma fascinação e horror? Como poderia integrar-se, formar uma imagem de si no espelho?

Começamos reconhecendo a importância da dor para Maria, o que nos leva a conjecturar com Ana Cecília Magtaz (2008), que faz referência a essa dimensão melancólica que pode estar presente em qualquer estrutura defensiva, pois “o superego é uma dimensão estrutural do aparelho psíquico, a sombra do objeto pode se abater sobre o ego, independente da estrutura psicopatológica do sujeito” (p. 25). Assim, Maria nos sugere encontrar-se na dimensão melancólica do trauma, pois seu eu foi esvaziado, e a primeira Maria ficou idealizada como objeto perfeito, ideal de beleza para sempre perdido. E o fato de não poder esquecer de suas marcas, pois toda vez que se olha no espelho depara-se com ela, e de saber qual é o objeto perdido, também coloca Maria na dimensão melancólica.

Neste sentido, o olhar do outro é um ponto importante que favorece a sua (re)constituição, mas para isso o encantamento pelo horror e pela dor oferecido pela paciente precisa ser transformado, encontrar uma metáfora que possa conduzir à experiência do horror. Moreira (2007), em consonância com Fédida, no artigo “O conceito freudiano de regressão e a prática da psicoterapia em ambulatório de hospital universitário”, elucida a importância do processo transferencial no que se refere a uma possibilidade de regressão no trabalho de reconstituição do eu. Ela firma:

O que está em jogo no tratamento é o tempo da regressão, distinto do tempo do retraimento. Por tempo de regressão, o autor entende o tempo do retorno das experiências psíquicas e corporais anteriores, especialmente dos primeiros anos de vida, e o enquadre da psicoterapia serve para tornar possível a redescoberta dessas experiências. Já o tempo de retraimento pressupõe a descoberta de pensamentos e de fantasmas constitutivos da vida interior e que supostamente não devem ser comunicados, ao menos diretamente (p. 45-46).

A regressão suscitada na transferência é a oportunidade que permite a elaboração do *pathos*. São conteúdos arcaicos que buscam nessa repetição uma solução para o traumático vivido. Entretanto, Ferenczi (1929), adverte para os casos de pacientes mais regredidos, em que a relação transferencial produzia reações corporais bruscas, similares aos sintomas histéricos. A palavra e a lembrança da questão traumática não vinham em seu lugar, apareciam reações físicas. Ferenczi considerava essas reações manifestações da memória do paciente elucidando que o retorno a questões do passado estavam acontecendo, porém de forma diferente dos pacientes neuróticos. Com Maria percebemos a presença de vários sintomas corporais, apesar de levar em conta seu estado físico – fragilidade na cabeça pela falta do couro cabeludo – principalmente quando as sessões apresentaram intervalos de 45 dias. Pensamos que nesse período, suscitou em Maria o jogo do *fort-da*, presença-ausência que parece ter sido vivido com pesar. As lembranças dessas vivências apareciam em suas reações corporais.

Em relação ao pai de Maria, percebemos que se sente culpada por ter ódio do pai pelo acidente, não quer culpá-lo, foge do tema quando é solicitada a aprofundar a questão, e nesse instante volta a falar da ajuda que recebeu e ainda recebe dele. Percebe-se que Maria transferiu todo o ódio que sente pelo seu pai devido ao acidente para as situações difíceis no período de sua vida antes desse acontecimento, direcionando para ele as responsabilidades por todas as situações difíceis que viveu. Direcionou também para o marido o ódio que sentiu pelo seu escalpelamento, pois o mesmo a faz lembrar de forma cruel e dolorosa que está escalpelada. Esses dois homens recebem o amor e o ódio de Maria. Sentimentos ambivalentes direcionam seu relacionamento.

A volta de Maria para sua terra natal seria uma possibilidade de sair do ideal, uma vez que na capital não conseguiu o que queria: estudar, trabalhar, melhorar financeiramente. O acidente traumático do escalpelamento a priva do ideal de sair da miséria e a coloca diante de uma realidade nua e crua de dor.

O desejo de analista leva a crer que ainda é difícil acolher tais pacientes desintegrados, por deixar o clínico em contato direto com seu ser caótico, desintegrador que habita dentro de cada humano, mas há uma busca nesse sentido, uma vez que o caso clínico ocupa o lugar norteador da pesquisa em psicopatologia fundamental colocando o clínico frente a frente com suas afetações.

Dolto (2002), em seu livro “A imagem inconsciente do corpo”, faz referência a dois conceitos importantes para a constituição do eu: o esquema corporal que está relacionado àquilo que especifica a espécie humana, independente do lugar, época ou as condições em que vive, e a imagem do corpo que a autora define como “a síntese viva de nossas experiências emocionais: inter-humana, repetitivamente vividas através das sensações erógenas eletivas, arcaicas ou atuais” (p. 14). A relação entre esses dois parâmetros é o que permite a construção de uma identidade.

Podemos dizer que o esquema corporal revela a nossa espécie, é igual para todos, porém a imagem corporal está ligada à história do sujeito, sua particularidade. Sendo assim, no esquema corporal está presente, em parte, material consciente, pré-consciente e inconsciente, enquanto na imagem corporal apresenta-se o material inconsciente e tem a possibilidade de tornar-se pré-consciente, também em parte, quando se “associa à linguagem consciente que utiliza metáforas e metonímias referidas à imagem do corpo, tanto nas mímicas ‘languageiras’ quanto na linguagem verbal” (p. 14).

Neste sentido Maria tinha uma imagem de seu corpo elaborado que continha toda sua história, e agora essa imagem mudou, traz uma experiência drástica de transformação. Transformação que ainda não foi possível para ela familiarizar. Dolto refere que a imagem do corpo se fortalece com o narcisismo, que o mesmo é responsável pelo que ele chama de “mesmice de ser”, ou seja, é aquilo que faz o sujeito se reconhecer, apesar das transformações que são vividas no corpo, que se segue com uma continuidade. De fato, Maria perdeu a “mesmice de ser”, houve um rompimento brusco, e a transformação sofrida não segue uma continuidade, seu narcisismo está ferido.

Continua a autora:

É graças à nossa imagem do corpo sustentada por – e que se cruza – nosso esquema corporal que podemos entrar em comunicação com o outrem. Todo contato com outro, quer o contato seja de comunicação ou para evitá-la, é submetido pela imagem do corpo; pois é na imagem do corpo, suporte do narcisismo, que o tempo se cruza com o espaço, e que o passado inconsciente ressoa na relação com o presente (p. 15, grifo do autor).

É interessante pensar que Maria, no primeiro momento pós-acidente, sentiu-se um monstro, portanto, perdeu o esquema corporal e a imagem corporal não encontra ressonância na sua imagem atual. Neste sentido, a dor torna-se importante por dar-lhe o lugar de humano. Torna-se necessária a (re)constituição do esquema corporal e da imagem do corpo. Para tanto, consideramos a participação de Maria na associação de mulheres, vítimas de escarpelamento, uma representação social importante para a reconstrução do esquema e imagem corporal.

Anzieur (1989) faz pensar na qualidade da dor e sua importância para o humano; ao referir-se aos bebês em sofrimento físico, demonstra que a dor é o que denuncia para a mãe que algo está errado. A mãe coloca o bebê no colo, acalenta-o, busca descobrir o que se passa. O contato do bebê com a mãe produz na criança

uma referência de conforto que fica contida no sensório, na pele da criança. Nessa experiência, o autor ressalta que há entre mãe e bebê um compartilhar não da dor, mas da defesa contra essa dor.

Ainda Anzieur, os bebês que tiveram uma mãe indiferente, seja por ignorância ou alguma patologia, utilizam a dor como último recurso para receber cuidados, colocando em voga a máxima: “Sofro, logo existo”.

Percebemos que Maria, em sua (re)estruturação psíquica, tem a dor como possibilidade de existir, então ela está se constituindo na dor, no sofrimento.

Anzieur (1989) faz referência a sujeitos que são constituídos, no que ele denomina de “envelope de sofrimento” ou envelope masoquista, destacando duas características cruciais¹², que são: o fracasso identificatório, que se caracteriza pela insuficiência de prazer identificatório entre mãe-bebê e que estão presentes nas trocas precoces entre elas, levando o bebê a sentir-se bem com o corpo em sofrimento; a outra característica, a insuficiência da pele comum, um bebê não poderá constituir-se sem um investimento mínimo de um outro, o máximo que pode acontecer é sobreviver na dor, no sofrimento, vegetar. Não há possibilidade de se autoinvestir e por isso fica à espera de alguém que possa dar-lhe um olhar, um investimento libidinal, e lhe tire do estado de sofrimento, pois encontra-se vazio, incapacitado para sentir prazer e ter representações. “Daí a flutuação incessante de seus processos identificatórios; daí a utilização de singulares procedimentos de iniciação, e o sofrimento do corpo” (p. 239).

Continuando com o envelope de sofrimento, o autor enfatiza que o paciente, na tentativa de obter a atenção para si, pode utilizar mecanismos de violência e escravidão, como sendo a única forma de existir, proporcionando um gozo seguro. A

¹²Essas duas características e o termo “envelope de sofrimento” foram construídos por Micheline Enriquez ao trabalhar com pacientes vítimas de queimaduras.

apropriação de si mesmo se dá pela posição de vítima, sem meios de se defender.

Anzieu (1989) coloca que:

O masoquismo secundário lhe permite realimentar seu corpo pela experiência de um sofrimento próprio. (...) O masoquismo primário subjacente persiste: acidentes, doenças graves, cirurgias praticadas de emergências deixam sequelas deformantes e dolorosas e cicatrizes visíveis. O paciente se apropria desta dor e de suas marcas com avidez para dela fazer um emblema narcísico (p. 240).

Isto nos faz pensar na dimensão masoquista no processo de (re)constituição do eu em Maria, uma vez que ela encontra-se mergulhada em sua dor devido à fragmentação sofrida no eu, apresentando na dor a única forma de existir. O masoquismo primário e secundário apresenta-se através da relação com o marido que demonstra ser um espaço de sofrimento, desamparo e sujeição. Por conta disso ressaltamos a importância, para Maria, de um olhar de um outro que a integre, e o analista pode ser esse outro.

A reconstituição de Maria perpassa por um retorno ao estágio do espelho, para buscar a integração de um corpo desfigurado. Essa questão é importante, pois ela, ao olhar-se no espelho, encontra uma fascinação pelo horror. Isso nos lembra o mito de Narciso que ficou fascinado por sua imagem e mergulhou no rio em busca dela, levando-o à morte.

Escobari (2009) fala do segundo espelho que coloca a experiência de migração como uma perspectiva de reconstruir o eu, a partir do olhar do estrangeiro. É uma possibilidade, “um caminho alternativo ao modelo da paixão, ou da melancolia erótica, como algo que ilude, cega esse sujeito que fica mendigando ou oferecendo-se em sacrifício diante do espelho para construir ou reconstruir a casa” (p. 121). Assim, para a paciente em questão, o segundo espelho seria a possibilidade de sair do olhar cego da paixão pelo horror e entrar em outro registro.

Para isso, o olhar do estrangeiro que a integre é fundamental para que ela possa se reconhecer fazendo a passagem do eu especular para o eu social.

III – CATÁSTROFE E DOR

Catástrofe é o ponto de partida que utilizaremos para pensar na constituição psíquica e sua importância para a evolução humana. Reportamo-nos ao período em que a Terra foi coberta por uma camada de gelo, conhecida como a catástrofe glacial. Diante desse acontecimento natural, muitas mudanças aconteceram, as quais implicaram profundas modificações naqueles que as vivenciaram.

Segundo Freud, o trauma primevo vivenciado pela humanidade aconteceu na passagem da era glacial. Em seu ensaio denominado “Neuroses de transferência: uma síntese” (1914b) faz referência a essa catástrofe geológica, acontecida com a chegada da era glacial. Antes desse período a vida no planeta era amistosa e proporcionava a todos uma satisfação plena. Diante desse novo contexto com as alterações do ambiente natural, o mundo “transformou-se no acúmulo de riscos iminentes” (p. 75). O autor ressalta que essas mudanças advindas da catástrofe trouxeram aos humanos privações e o sentimento de angústia, este pelo fato de o homem ter perdido seu “paraíso”, sua perda da regularidade sexual.

Para conseguirem sobreviver, os hominídeos desenvolveram novas formas de se relacionar entre si e com a natureza. Para Berlinck (1999), a mudança da forma de locomoção de quadrúpede para bípede se deu por conta da busca de alimentos, uma vez que esses se encontravam no alto das árvores. Consequentemente, temos outra mudança significativa: a exposição dos órgãos genitais. O olfato deixa de ser regulador das relações sexuais, tendo o homem que descobrir outra forma de viver sua sexualidade. A partir desses acontecimentos, surge uma reviravolta e os sentimentos de angústia e vergonha.

A busca do homem pela sua sobrevivência fez com que ele se desligasse dos objetos que lhe traziam satisfação, e isso levou à libido, que era direcionada para o outro, e voltar-se para si. Esse mecanismo é denominado por Freud de narcisismo primitivo. Sua importância se dá por ser a porta de entrada ao mundo das pulsões e a porta de saída do mundo regido pelos instintos. Neste sentido, Berlinck (1999) esclarece que “é o desligamento do objeto que vai romper o circuito da necessidade regido pelo instinto e vai inaugurar o circuito pulsão regido pelo prazer” (p. 14).

Freud (1914b) comenta que “o homem primitivo ameaçado em sua existência, precisou resignar-se diante do conflito entre a autopreservação e o prazer de procriar” (p. 76). Este fato aponta para a abolição do prazer e a prevalência da autopreservação, diminuindo assim sua atividade sexual. E isso leva o homem a outras descobertas como o pensamento, podendo, portanto, utilizar sua inteligência para conseguir meios de sobreviver. Assim, o homem “aprendeu a pesquisar, a entender de alguma maneira o mundo adverso e a assegurar para si, através das invenções, um primeiro domínio sobre o mundo” (p. 76).

Os hominídeos que não conseguiram se tornar humanos foram aniquilados, sobrevivendo apenas aqueles que conseguiram suportar o terror provocado pela catástrofe. A sobrevivência traz consigo o efeito traumático desta passagem para o humano. Esses efeitos são identificados nos sentimentos de dor, angústia, vergonha e desamparo. A criatividade surgiu com essa nova possibilidade de existência que se apresentou, tendo sido peça fundamental para lidar com o trauma dessa evolução: de hominídeo para humano.

3.1 – Criatividade, trauma e o homem

A catástrofe glacial introduz, também, a necessidade de se comunicar com o outro para garantir sua sobrevivência. Portanto, o homem começa a desenvolver sua capacidade de representação através das linguagens corporal, oral e visual.

Freud (1914b) visualiza nas neuroses influências filogenéticas do momento em que o homem busca o estado de completude em que viveu anteriormente, onde todos seus desejos eram satisfeitos. Com isso identificamos a dor da perda desse estado nirvânico como a primeira experiência de dor humana. Neste sentido, podemos dizer que a catástrofe glacial foi um fenômeno relevante na constituição psíquica do humano, assim como suas consequências: o desamparo, a angústia, a vergonha e a dor. Essa afirmação nos faz pensar no nascimento como um acontecimento catastrófico fundante para a existência humana. Segundo Berlinck (2000),

Primeiro é necessário que o humano atravessasse o terror, a dor e a depressão provocadas pelas perdas. É nessa oportunidade, em que o humano encontra-se mergulhado no desamparo constitutivo da espécie, que se manifesta a função materna. Esta é a produção da catástrofe, tal como o humano (p. 101).

Berlinck (2000) esclarece igualmente que a experiência de catástrofe glacial é:

O fator responsável pela humanidade do ser humano, nessa teoria psicopatológica da humanidade, seria a catástrofe, ou seja, a violência que ameaça a espécie vinda do exterior. É essa violência que permite a modificação da posição corporal e provoca a saída do estado edênico para o estado humano (p. 34).

Destacamos no escrito acima uma característica importante da catástrofe, a violência, uma vez que a mudança de quadrúpede para bípede se dá de forma imperiosa, ou seja, aqueles que não se transformassem não sobreviveriam. O que nos remete a pensarmos na violência originária de cada humano, uma vez que a formação do aparelho psíquico inicia sua constituição como consequência de uma

catástrofe, ou seja, um acontecimento violento. Para o bebê nascer é necessário que a mãe use uma força violenta para parir e ele saia da posição de feto e passe para a posição de recém-nascido.

A catástrofe e o trauma portam uma violência, uma força imperiosa que obrigam uma mudança de posição psíquica para que possam sobreviver. Aqueles que não conseguem articular uma nova posição enlouquecem ou morrem.

Continuando com os estudos de Berlinck (2000):

Sabe-se muito pouco ainda sobre essa fundamental passagem, mas é certo que o rompimento do equilíbrio nirvânico – provocado pela violência da catástrofe – permitiu que o investimento libidinal no objeto se voltasse para o corpo do primata e começasse a produzir angústia. A humanidade nasce então angustiada, vale dizer, nasce criativa, pois essa angústia inicial é uma tremenda invenção (p. 34).

Em consonância com Berlinck (2000), ressaltamos a criatividade como fonte de vida, pois através da criatividade original o humano pôde descobrir novas maneiras de viver diante do inusitado, do catastrófico. Essa competência de deixar fluir a criatividade permite que a saúde psíquica do humano seja constituída, onde o excesso, o *pathos originário* do vivido encontre uma forma de se expressar, de significar-se.

Continuando na mesma linha de pensamento de Berlinck (2000) em relação à catástrofe:

Ela só passa a ser doença com a repetição, ou seja, com o mecanismo herdado que se produz angústia automaticamente, sem levar em consideração o que está ocorrendo no exterior. Aquilo, então, que foi uma grande invenção se transformou, por transferência, em neurose, em histeria de angústia, ou seja, a repetição ocupa o espaço da criação. Trata-se, aqui, de uma verdadeira crucificação do organismo e do psiquismo nascente que só pode se livrar parcialmente disso e conseguir transformar a repetição em experiência, recuperando, assim, sua criatividade originária (p. 34-35).

Freud (1914b) coloca que as psicopatologias – histeria de angústia, histeria de conversão, neurose obsessiva, demência precoce, paranoia e melancolia-mania

– são heranças filogenéticas da situação catastrófica vivida pós era glacial e utilizadas como mecanismos de defesa que se repetem na humanidade. Sendo assim, o humano é um ser psicopatológico.

E as catástrofes vão se fazendo presente em todo o processo da evolução humana.

3.2 – E as catástrofes continuam...

No texto “A história com trauma”, Seligmann-Silva (2000) faz uma reflexão sobre a catástrofe na modernidade, na qual nos vemos repletos de possibilidades de acontecimentos catastróficos e as influências são visíveis em todo o campo que o humano convive. Ressaltaremos o campo da arte que Seligmann-Silva exemplifica, apresentando um poema de Baudelaire que é resultado do hibridismo entre poesia e prosa. O poeta fala do medo de ser atropelado, no cotidiano, pelo carro, pelo cavalo, pelas carroças. Esse poema revela um medo de lidar com os avanços tecnológicos de sua época e como são assustadoras as mudanças que ele apresenta. A chegada da tecnologia traz consigo uma mudança de posição na história da evolução, saindo da idade média para a idade moderna. Essa passagem evoca no homem uma criatividade para suportar a nova posição no novo mundo.

Seligmann-Silva (2000) faz uma análise das catástrofes, em especial, o terremoto ocorrido em Lisboa, em 1755, e suas influências na modificação do conhecimento existente na época, pontuando as modificações na filosofia. Ele expõe que na filosofia do século XX há questionamentos que direcionam para uma nova visão de realidade. Entre essas reflexões verificamos a impossibilidade da

representação da catástrofe, por essa realidade estar tão impregnada pelo acontecimento catastrófico.

Segundo o autor, a representação é seguida de dois momentos. O primeiro é aquele da intuição imediata sobre a realidade vivida; o segundo é o da articulação conceitual do evento que é mediato a médio prazo e “traz consigo o lado universal da representação” (p. 75).

Essas formas de representação, adotadas antes das catástrofes, tornaram-se obsoletas, uma vez que a realidade vivenciada requer uma outra forma de abordagem. Os eventos catastróficos não apresentam possibilidade de uma intuição imediata da realidade. Isso provoca necessidades de mudança e se faz necessária uma nova concepção de representação da filosofia. A singularidade da catástrofe faz com que a representação como articulação conceitual universal não seja mais utilizada, pois essa não dá conta de sua representação devido às suas particularidades.

Seligmann-Silva argumenta sobre a impossibilidade de se representar uma catástrofe utilizando o exemplo do massacre dos judeus durante a Segunda Guerra Mundial. É um acontecimento tão grandioso na dor que absorve os espectadores e os sobreviventes dela. Como representar essa catástrofe, uma vez que ela não cabe dentro dos limites teóricos existentes?

As catástrofes naturais aconteciam de tempos em tempos, porém agora na contemporaneidade os eventos catastróficos se intensificaram. Seligmann-Silva cita: “Com efeito, em vez de representar um evento raro, único, inesperado, que seria responsável por um corte na história no século XX, mais e mais se passou a ver no próprio real: no cotidiano, a materialização mesma da catástrofe” (p. 73).

Quais são as consequências disso para o humano? Como a psique suporta a carga de tanta transformação trazida pelas catástrofes?

Podemos falar da possibilidade do surgimento de estilos criativos que vão se construindo na busca de representação do trauma suscitado por uma ou várias catástrofes vivenciadas.

Destacamos na arte uma forma importante de representação do vivido. Citaremos uma estética da arte atual que toma corpo de forma cada vez mais intensa. A Estética do Escombros que se caracteriza por ressaltar o medo do futuro, um alerta, uma denúncia sobre o efeito das catástrofes. Rizolli (2005) define:

A Estética do Escombros é a reportagem de seus comuns. Os nós inferiores. Poetizar aqui é imitar os homens como eles são. Presentes na inferioridade da desordem, da dúvida, ridículo e bizarros. Escombros é resíduo do riso que falta. É a imagem da promessa manca: divisível, fragmentária. Dada para romper o nexo da ação. Uma catástrofe – ação preciosa e dolorosa, como são as mortes, as dores, os ferimentos e casos semelhantes. Escombros é comédia de mau gosto, de fator particular, de pinceladas monstruosas de cenários visíveis e decadentes. Opção estética pelo inferior e insignificante. (...) A Estética do Escombros é o retrato da humanidade que desfaz a obra da natureza, as conquistas das ciências e a sensibilidade da espécie. Humor por saturação. Anestesia, impossibilidade de diálogo (p. 449-450).

Entendemos que na “Estética dos Escombros” a dor de testemunhar uma catástrofe está nua e crua, mergulhada no trauma. A elaboração do trauma ainda está em germen, pois como diz o autor, “anestesia: a impossibilidade de diálogo”. E o diálogo é uma tentativa de representação do trauma. Assim como na escrita, temos vários relatos de sobreviventes. Esses escritos são tentativas importantes de representar o irrepresentável das catástrofes.

O pintor alemão Lucien Freud retrata em suas telas as pessoas como elas são. Ele pinta homens e mulheres, gordos e nus, sem beleza física, mostrando uma outra realidade, conseguindo fazer o belo naquilo que é considerado esteticamente feio.

Na psique humana destacamos a síndrome do pânico como uma patologia que possui em seu sintoma um excesso de medo catastrófico, e um sentimento de desamparo toma uma dimensão insuportável anunciando constantemente uma possível catástrofe.

Continuando com Seligmann-Silva, o mesmo faz uma analogia entre o sublime e o *shoah*. No sublime há uma admiração, um anestesiamiento do pensamento, tão maravilhoso que ofusca os olhos chegando a causar um assombro; no *shoah* há angústia, dor e horror. Eles provocam “descontrole a quem os contempla” (p. 80), não têm limites, são inimagináveis, são da ordem do indizível. Questiona-se o autor: “Como dar forma ao que transborda nossa capacidade de pensar?” (p. 80).

O autor se reporta à teoria freudiana para conceituar o trauma, que tem como característica a incapacidade de absorver um evento transbordante, por ser maior que a capacidade de suportá-lo e por isso vai muito além do suportável. Isso produz uma dificuldade de saber que forma tem essa experiência transbordante, apresentando assim a repetição da mesma como uma tentativa de elaboração daquilo que foi transbordado.

Entendemos que o autor utiliza o trauma para poder falar do testemunho de um choque inesperado e que não teve como suportar. Devido à repetição do trauma, verifica-se uma maneira peculiar existente no mesmo, não se preocupando em apenas narrar a realidade dos fatos, mas, também, sugerindo outra forma de falar do trauma e do evento traumatizante.

Nesse sentido, entendemos que o trauma é imprescindível para o progresso da humanidade. E como ele é consequência de uma catástrofe, conjectura-se que a

mesma também conduz ao progresso. Assim sendo, catástrofe e trauma são também possibilidades de progresso.

Seligmann-Silva (2000) faz uma pequena, porém importante explicação sobre as transformações provocadas pelo Holocausto na historiografia. O evento do Holocausto não comporta uma historiografia literal dos fatos, devido à sua qualidade traumática colocando em questão a neutralidade da escrita da história. O historiador passa a ter uma relação transferencial com a escrita do mesmo, desencadeando assim uma mudança de gênero da narração desse evento.

Sendo o historiador testemunha dessa catástrofe, precisa diluir o excesso provocado pelo Holocausto que se impõe nas lembranças do vivido e a função da historiografia perpassa pela “(...) libertação do domínio de uma imagem do passado que foge ao nosso controle; esse passado deve ser incorporado dentro de uma memória voltada agora também para o futuro – dentro de uma memória que possibilite a narração” (p. 89). Há o rompimento desse gênero literal passando para o figurativo que também é terapêutico.

No Holocausto percebe-se que não é possível solucionar o conflito entre “necessidade e a impossibilidade da sua representação” (p. 90).

Neste sentido, nota-se essa tensão nos relatos da chamada segunda geração do Holocausto (faz parte também desse grupo os testemunhos dos sobreviventes), no dialético entre memória e esquecimento. Pois alguns dos sobreviventes relatam que para continuar vivendo querem esquecer o traumático do evento como única possibilidade de levar suas vidas adiante.

O autor conclui sobre essa reflexão apontando para a impossibilidade de escolha entre o lembrar ou não a experiência traumática. A memória vincula-se ao esquecimento do evento, uma vez que é preciso esquecer para poder lembrar.

A literatura sobre o trauma nos leva a pensar no seu indizível, aquilo que foi tão excessivo para o eu que ele não conseguiu absorver. Sobreviver a uma catástrofe como foi o Holocausto, traz para aquele que sobrevive uma reviravolta em sua vida; as mudanças chegam de forma abrupta. Destacamos nos sobreviventes de uma catástrofe o sentimento de vergonha por terem sido testemunhas de sua própria catástrofe.

Kehl (2000), em seu artigo “O sexo, a morte, a mãe e o mal”, ressalta a passividade e a vergonha sentida pelos sobreviventes do Holocausto. Em seus relatos aparece o sentimento de vergonha por terem sobrevivido, uma vez que muitos morreram. Ser sobrevivente e testemunha de uma exposição do eu despido de suas defesas.

A vergonha nos conduz ao primeiro momento em que esse sentimento apareceu. Quando o hominídeo sobreviveu à catástrofe glacial, passando a usar a forma bípede para se locomover, o sentimento de vergonha apareceu, pois seus órgãos sexuais ficaram expostos. Foi o momento que a libido voltou-se para o próprio corpo do hominídeo, o narcisismo primevo citado anteriormente.

Maria faz referência à vergonha que tem de si por ter sido escalpelada. Sugerimos que, assim como a dor, a vergonha também é sentida por aqueles que passaram por um evento catastrófico. Em Maria, o processo de voltar-se para si mesma como um ponto importante faz parte do engendramento da travessia do luto daquilo que se foi com o seu cabelo.

Nestrovski (2000), em seu artigo “Vozes de crianças”, fala da importância dos sobreviventes de uma catástrofe narrar em seu testemunho, referindo-se à maior catástrofe contemporânea, o Holocausto. A dificuldade de falar da dor, contar a história vivida esbarra em ter que se reportar novamente ao horror provocado pelo

trauma, e assim “compreender o que não pode ser compreendido toca, aqui, na raiz de um problema que, além de moral é também literário” (p. 192). Continuando com as reflexões do autor:

(...) a incompletude do conhecimento, a resistência a trair com palavra um evento que não pode ser narrado, a memória emudecedora de uma vivência para além dos limites da expressão: esta é a contingência de toda a testemunha de uma experiência traumática (p. 191).

Diante de uma catástrofe parece haver um sentimento de passividade, de anestesiamiento; não é depressão, mas parece ser uma dor maior que o próprio eu, e o mesmo fica sem condições de narrar o acontecido, pois isso significa retornar à dor, tirar a anestesia que foi colocada com tanto esforço.

Nestrovski refere-se, ainda, ao fracasso de não se ter uma história autêntica, ou melhor, de não conseguir representar o irrepresentável: “três gerações do *shoah*, a dificuldade de representação só se faz mais aguda, face a um acontecido que não se deixa capturar pelo pensamento, nem pela palavra, nem pela fala” (p. 186).

O mesmo autor faz referência a um passo significativo para o processo de elaboração do trauma advindo de uma catástrofe, dizendo: “é a narrativa que permite, afinal, a experiência da experiência, se é que isso se pode dizer; a possibilidade de transformar o real em alguma coisa que não seja só um trauma e sua posterior higiene, ou esquecimento” (p. 192). O que se quer esquecer é a dor que emerge desses eventos. E para esquecer é preciso tratar, é preciso fazer, como coloca Knobloch (1998), um trabalho com o traumático. Neste trabalho é importante considerar as afetações dos sobreviventes e testemunhas de uma catástrofe, pois elas produzem movimento e força. Assim, a exemplo do Holocausto, consideramos que aquilo que foi feito, como os acordos políticos, literatura, pesquisas, artes,

organização social dos judeus, são tentativas de cuidar dos sobreviventes a partir de suas afetações, dando um lugar social para essa dor.

Assim, pensamos no escalpelamento, enquanto catástrofe, um evento que afeta a população ribeirinha, mas que ainda está se construindo um lugar para o traumático. É o primeiro passo a ser dado, validar a existência do trauma, da catástrofe para que afetações dos sobreviventes e testemunhas possam emergir e serem identificados e cuidados.

3.3 – A dor

O caso de Maria, em que o acidente a coloca diante da perda de parte de seu corpo, suscita uma dor orgânica e uma dor moral. A dor orgânica vem com os infundáveis curativos na cabeça e a falta do couro cabeludo, deixando a pele sem proteção. Reconstituir o tecido é um processo dolorido. A dor moral é identificada com mais ênfase a partir do processo de cicatrização dessa ferida na cabeça. E assim Maria vai se dando conta do efeito dessa perda (o cabelo) no seu psiquismo. Nesse momento ela sucumbe diante do excesso de dor, de seu *pathos*.

A dor seria um sentimento que surgiu com o humano, pois veio em consequência da perda do objeto primitivo. Com isso, as catástrofes trazem consigo um excesso, uma dor incomensurável que tem sua procedência na primeira catástrofe, a catástrofe glacial. E por essa anacronia a dor torna-se uma angústia, pois revela um conhecimento, uma repetição.

Freud (1950[1895]) em “Projeto para uma psicologia científica”, descreve que o sistema nervoso evita sentir dor por ter facilidade de penetrar tanto no sistema de

neurônios permeáveis como nos impermeáveis, devido ao *quantum* de estímulos suscitados no eu.

A dor tem a função de defesa contra ameaças externas ao organismo; ela protege anunciando um perigo próximo. A dor pode estar presente no mecanismo de defesa contra a própria dor, podendo causar até males físicos, tais como as doenças somáticas. Não que seja possível fazer uma separação entre físico e psíquico, mas ela qualifica a existência humana, pois em excesso, ou em falta, leva o humano ao adoecimento colocando em risco sua própria vida.

Segundo Berlinck (1999), “Não sentir dor coloca o ser humano num radical desamparo. Sem ela, a existência fica gravemente ameaçada, já que a dor acusa os estímulos potencialmente lesivos do presente, contidos no aqui e agora” (p. 9-10). Continuando com Berlinck: “A natureza inaugural do humano é, portanto, a dor e é por isso que venho insistindo na ideia de que a humanidade é uma espécie dolorida” (p. 19).

Nasio (1997, p. 31), em “O livro da dor e do amor”, revela que a dor é o sentimento mais próximo da loucura, pois quando somos tomados por uma grande dor, como quando vivenciamos uma catástrofe, ela parece ser portadora de um grande ímã que imanta as outras dores que estão alojadas no inconsciente. E assim, a dor inunda o nosso ser em toda a sua magnitude. Aqui nos remetemos mais uma vez à clínica. Maria, antes do escalpelamento, trazia suas dores, porém elas não a paralizava. Ela repetia a situação de desamparo que a colocava em situação de miséria, mas sempre buscava uma alternativa para tentar sair dela, suas ligações com o mundo aconteciam. No entanto, após o escalpelamento ficou fragmentada, não conseguia mais fazer ligações. A dor que sentia era tão grande que imantou suas dores adquiridas.

A dor é companheira inseparável do trauma; aliás, o trauma só existe por conta da dor, pois se não doesse não haveria trauma. Para Freud o trauma é sempre um acontecimento surpresa. Mas por que? Ela está na qualidade da dor, pois é através dela que o trauma é sempre uma surpresa, pois nunca saberemos sua abrangência no eu a não ser após o seu acontecimento. Por isso afirmamos que a dor qualifica o trauma. Nem toda dor é um trauma, mas todo trauma carrega uma dor incomensurável do excesso de energia livre, não ligada, que invade o órgão anímico sem que o sujeito esteja preparado para se defender, como nos afirmou Freud em 1920.

Muitos momentos de travessia/ruptura, ou até de migração, podem exemplificar o que descrevemos sobre a dor e o trauma, onde é clara a possibilidade de eclosão de *pathos*. Dor e *pathos*.

Até o presente momento não conseguimos vislumbrar a existência humana sem o advento da dor, a não ser para aqueles que sofrem de analgesia.¹³ O *pathos*, a dor, é do humano. Até no momento do parto se faz necessário um *quantum* de dor, de incômodo para que o bebê saia de um lugar aconchegante, como parece ser o útero. A dor tem uma importância tão gigantesca para o humano que questionamos: se não houvesse dor não existiria o humano? Podemos inferir que não existiria, pois além de o humano morrer facilmente estaria sem sua principal defesa, e deixaria de ser humano, pois só os humanos qualificam a dor.

Segundo Escobari (2009), no entanto,

(...) é possível falar de (re)construção na migração porque há o estrangeiro, a ruptura e uma eclosão de *pathos*. Na migração reside a possibilidade de uma resignificação, de uma reconstrução, porque na perda de uma posição é possível articular outra. É quase como se fosse repetir o processo de castração/falta para que o simbólico se (re)estabelecesse e se (re)instalasse (p. 63).

¹³Perda ou ausência de sensibilidade à dor.

Certamente, o eu necessita mesmo de um tempo para gestar a dor, buscar recursos para o engendramento psíquico e reorganizar-se, pois a partir de uma catástrofe, uma reviravolta, há uma ruptura com posições psíquicas estabelecidas. É como o navio que devido a grandes ondas virou e ficou de cabeça para baixo e aquilo que estava no convés (consciente) vai para debaixo da água e o que estava no porão (inconsciente) submerge. Ficando assim o inconsciente, momentaneamente, a céu aberto. Por isso o trauma é tão próximo da loucura.

E o que estaria sendo gestado? Seria a nova reorganização do eu? O tempo dessa gestação é de uma particularidade ímpar, segue o caminho único daquele que vivencia a gestação.

Escobari (2009) observa que: “No entanto, *pathos* por si só não garante uma reorganização psíquica; o que parece se articular com o enorme número de casos de surtos, alcoolismo, depressão, em migrantes” (p. 65); e pelo contrário, “pode levar à morte se não for ouvido por alguém que está fora, pelo estrangeiro, por aquele que pode cuidar dela” (Fédida, 1988, p. 29), ou seja, o lugar do analista. Em outras palavras, as pessoas que conseguem se reorganizar psiquicamente sem sucumbir à morte são provavelmente aquelas que puderam ser ouvidas por um médico da alma, um analista ou um estrangeiro. A tarefa do analista é auxiliar aquele em que as dores estão represadas para construir opções de escoamento dessas dores levando ao processo de simbolização.

IV – TRAUMA DE FREUD A FERENCZI

4.1 – O trauma segundo Freud

A trajetória da pesquisa do trauma em Freud nos remete à história da psicanálise, pois o processo de construção desse conceito deu-se desde o início e em vários momentos relevantes na tessitura da obra freudiana.

Partiremos de um ponto crucial para a construção de um novo paradigma do entendimento das psiconeuroses, que se refere à ida de Freud a Paris, em 1885, para estagiar por quatro meses com Jean Martin Charcot, médico e neurologista francês que desenvolvia uma pesquisa na área da neurologia e com os casos de histeria no Hospital de Salpêtrière. Salientamos que a partir da afetação de Freud em relação às patologias mentais, a subjetividade guiou suas descobertas, e elas adquiriram um lugar de tratamento.

O trabalho de Charcot (Rudge, 2009) consistia em classificar os sintomas histéricos fazendo a diferença com a epilepsia e colocando na sua etiologia as heranças familiares como principal ponto, somando-se ainda os acontecimentos traumáticos. Esta construção teórica iria de encontro ao pensamento médico vigente, que considerava as histéricas mentirosas e simuladoras. Charcot acreditava que haveria uma lesão dinâmica no psiquismo, uma vez que os sintomas assemelhavam-se aos de lesões neurológicas. O conceito de trauma era definido por ele como choque seguido de emoções árduas e intensas.

Freud (1956[1886]) ao voltar para Viena abandona a pesquisa neurológica e impulsiona seus estudos em direção à etiologia psíquica da histeria, colocando o

trauma de cunho sexual vivido na infância como o ponto central de sua teoria. Essa descoberta provocou na ciência uma ferida narcísica e uma quebra no mito religioso de que a criança seria um anjo e, por isso, assexuada. Freud encontrou oposições importantes sobre a teoria que estava construindo, mas como seguidor de Charcot já havia visto isso acontecer com seu mestre e não se intimidou, continuando sua pesquisa em busca das etiologias e do tratamento das psicopatologias apesar de todas as controvérsias.

Segundo Rudge (2009), em Paris, Charcot fez uma união entre histeria e trauma colocando-os como inseparáveis, destacando assim a histeria traumática. Nos primórdios da psicanálise histeria e trauma eram inseparáveis. Ela escreve:

No ensino de Charcot, os temas da histeria e do trauma já estavam entrelaçados. (...) Ao lado da hereditariedade, que seria um solo fundamental para eclosão da histeria, Charcot valorizava o que chamava de “agentes provocadores”, fatores responsáveis por deslanchar os sintomas nos já hereditariamente predispostos. Ora, entre os possíveis agentes provocadores, o principal era o trauma (p. 10-11).

Nos estudos de Freud e Breuer (1893) o trauma era considerado um evento em que não se conseguiu ab-reagir normalmente, sendo assim, o afeto foi estrangulado. Esse evento, por ser carregado de uma carga intensa de sentimentos como a angústia, seria tirado da consciência formando um segundo grupo psíquico. O afeto que fora estrangulado é dissociado da memória do paciente tornando-se um corpo estranho que provocaria os sintomas histéricos. O tratamento realizado na época era a técnica da ab-reação com o intuito de liberar o afeto que fora estrangulado e assim os sintomas desapareceriam.

Freud e Breuer (1893) discordavam em um ponto: o motivo pelo qual um evento traumático se dissociava da consciência. Para Breuer essa dissociação se daria pela disponibilidade interna do paciente, estando ele em um estado hipnoide durante o acontecimento traumático; para Freud, entretanto, a dissociação ocorreria

devido ao conteúdo traumático provocar angústia, por ir de encontro aos desejos e ideias que seriam difíceis de serem aceitas pelo paciente, assinalando nesse cenário o conflito psíquico como ponto importante na etiologia da histeria.

Freud, ao ouvir suas pacientes falando de seus traumas, observou que havia um componente sexual intenso presente em seus relatos. Ele formulou que o trauma capaz de provocar sintomas histéricos era de origem sexual, causado por um adulto que cometeria um abuso em uma criança, ou seja, haveria o trauma sexual precoce presente na etiologia da histeria. Esse trauma se manifestaria *a posteriori*, na adolescência, quando uma situação vivida fizesse uma associação com o conflito traumático da infância.

Freud (1897) ao realizar sua autoanálise verifica que nem todos os pais poderiam ter cometido abuso sexual com seus filhos. Isso o leva a identificar um processo psíquico que ocorreu com ele, seu interesse amoroso por sua mãe e a rivalidade para com seu pai. Em uma carta (n. 69) dirigida a Fliess, datada de 21 de setembro de 1897, ele escreve a famosa frase: “não acredito mais em minha neurótica” (p. 309), demarcando essa passagem de entendimento da etiologia do material traumático, dando ênfase ao conceito de fantasia e realidade psíquica, e deixaria de dar tanta importância à realidade dos acontecimentos. Assim sendo, os conflitos internos passam a ser responsáveis pelo efeito traumático das experiências vividas.

A fantasia assume um lugar de destaque na formação das psiconeuroses e o trauma passa a ter uma conotação de realidade psíquica, ou seja, o mais importante não é o fato em si, mas sim como ele é simbolizado pelo paciente, os conflitos psíquicos que surgem a partir dessa experiência do complexo de Édipo. A histeria seria fruto desses conflitos psíquicos.

Outro momento em que o trauma passou a ser destaque na teoria freudiana, ocorreu no período da Primeira Guerra Mundial. Freud se vê diante de soldados traumatizados com a guerra e na etiologia de seus traumas não identifica nenhuma referência às experiências infantis e sim à situação atual de guerra. O conflito psíquico estaria entre o eu que queria estar em harmonia com suas pulsões e uma realidade em que ele precisava adquirir habilidades bélicas. A violência abrupta que se colocava diante dele, matar ou morrer, propiciava que sintomas emergissem nos soldados. E, como medida de proteção narcísica, proteger-se-ia no seu antigo eu, ou seja, aquele antes do trauma.

Para Maria, o significado de seu escalpelamento parece ser o de viver na perda. Ao se referir a essa dor, sempre recorre ao tempo em que ainda tinha cabelo, seja através de uma fotografia que sempre levava na bolsa ou de uma impossibilidade de se ver além disso. Dizia ela: “como posso viver assim sendo tão feia, eu me achava uma mulher bonita, mas agora não, sou feia, meu marido mesmo diz que sou um monstro, ninguém vai me querer”.

Freud, no período pós-guerra, já aponta para a difícil questão de um trauma que não passa pelo recalque. Isso o coloca diante de um novo processo de construção da diferenciação de neurose de transferência e neuroses traumáticas.

Na “Fixação em traumas”, Freud (1916-1917[1915-1917]) faz a diferenciação entre neurose de transferência e neurose traumática, considerando as primeiras, aquelas referentes aos processos de constituição do sujeito, em especial o Édipo e o complexo de castração. Neste sentido, as experiências de sexualidade na infância seriam um fator preponderante. As neuroses traumáticas seriam aquelas que a ameaça vem do mundo externo, o eu corre o risco de deixar de existir, como no caso dos soldados que foram para a guerra, ou quando envolve risco de vida como

nos acidentes, como no caso de Maria. Aqui, haveria uma fixação traumática no momento do acidente.

Freud (1920) ressalta, em vários momentos de sua obra, que um acidente traumático não se tornará necessariamente uma neurose traumática. A fixação ao trauma se dá pelo exercício da pulsão de morte, que se instalou no eu. Repete-se aquilo que é excessivo. O sintoma é uma expressão dessa fixação, onde o recalque não obteve sucesso. Há a formação de compromisso com os conflitos psíquicos e assim os sintomas se manifestam. Este seria o mecanismo psíquico em que se manifestava o traumático nas neuroses de transferência.

A ideia de fixação começou a ser formulada por Freud desde o “Projeto para uma psicologia científica” (1950[1895]), onde se referia à atuação retardatária do trauma destacando que o efeito sobre o momento traumático era o que ocasionaria o trauma e não a situação em si. Isso nos faz pensar no *après-coup* do trauma, pois só sabemos que uma determinada vivência tornou-se traumática a partir da fixação que foi possível identificar *a posteriori*, a fixação do horror traumático.

Discursaremos agora sobre a constituição psíquica da mulher que, para Freud, sempre foi palco de muitas inquietações. Em seu texto sobre a feminilidade, de 1933, ele expõe os impactos que a descoberta das distinções anatômicas entre os sexos provoca nas meninas. A partir daí, as meninas se perguntam sobre seu órgão sexual que parece ter sido castrado, quando comparado ao dos meninos, “sentem-se injustiçadas, muitas vezes declaram que querem ter um assim também e se tornam vítimas da inveja do pênis” (p. 125). O complexo de Édipo, nas meninas, tem início com essa constatação.

Após meses de tratamento, elas, as escarpeladas, deparam-se com o fato de estarem sem cabelo. Tal fato as levam ao momento em que se descobrem novamente como seres faltantes, produzindo sentimentos de inferioridade não só diante dos homens, mas, agora, também, diante das mulheres que têm cabelo. Isso provoca uma ferida narcísica que, para algumas dessas mulheres, é da ordem do insuportável e outras fazem uso da peruca ininterruptamente. O uso ininterrupto de peruca chega a provocar feridas que não cicatrizam, podendo se transformar posteriormente em câncer, como já ocorreu em alguns casos. Maria não consegue se adaptar ao uso constante de peruca devido a essas feridas. Uma saída possível seria o uso de peruca natural. Neste sentido, a associação da qual faz parte poderia ajudá-la.

Quando Freud (1914a) escreve sobre o narcisismo faz uma referência a um período que se coloca entre o autoerotismo e o amor objetal. Tal fase é de fundamental importância na estruturação do ego, pois favorece a constituição de uma autoestima que contribui para a formação do ideal do ego. Elucida o autor:

(...) estamos destinados a supor que uma unidade comparável ao ego não pode existir no indivíduo desde o começo; o ego tem de ser desenvolvido. Os instintos autoeróticos ali se encontram desde o início, sendo, portanto, necessário que algo seja adicionado ao autoerotismo – uma nova ação psíquica – a fim de provocar o narcisismo (p. 84).

E quando, por algum motivo, ocorre um acidente de percurso, como no caso do escarpelamento que interfere no corpo, uma ferida narcísica se instala. As mulheres se deparam com o ideal de beleza perdido.

A identidade dessas mulheres sofre uma transformação que, no primeiro momento, lembra a adolescência, pois há a perda de um corpo. E esse novo corpo é estrangeiro para elas, ou melhor, elas não se reconhecem nele, provocando, assim, um sentimento de desamparo. Dessa forma, o narcisismo vivido no processo de

constituição do eu é requisitado para que tenha suporte e seguir seu curso, constituindo-se.

Como vimos, Maria conviveu com um nível alto de acontecimentos traumáticos, sendo o escalpelamento mais um na sua história, este excesso. No entanto, o escalpelamento foi o acontecimento que provocou uma reviravolta tão grande que Maria não consegue perceber a extensão subjetiva de sua mudança que veio a reboque. Por isso anda com sua carteira de identidade antiga, ou uma foto na bolsa, com seus lindos cabelos ainda fazendo parte de si, porém a realidade que se apresenta denuncia que os cabelos e uma orelha se foram e não voltarão mais.

Freud (1917[1915]) ao teorizar sobre luto e melancolia faz um paralelo importante sobre os dois temas. Começaremos pelo luto, definindo como um processo subjetivo saudável vivido por aquele que sofreu uma perda, seja de alguém, uma pessoa amada ou de “uma abstração que ocupa seu lugar, como pátria, liberdade, um ideal etc.” (p. 172). Pois a travessia do luto se refere a um processo psíquico. Faz parte desse processo voltar-se para si, negar a realidade, temporariamente, desligar-se do mundo externo, lembrar constantemente do objeto perdido; o eu está absorvido pelo luto. Em termos metapsicológicos, a libido que era direcionada para o objeto fica desorientada, há uma negação da perda e uma alucinação do objeto perdido, ficando o eu incapacitado de eleger um novo objeto de amor. A realidade da perda é assumida paulatinamente, de forma fragmentada, mas ao término dessa travessia, o eu retorna a fazer ligações com o mundo.

Maria, apesar das perdas que teve durante sua vida, parece não ter feito a travessia do luto, principalmente da morte da irmã. Ela parece ter ficado muito assustada com o destino trágico da irmã, identificando-se com ela e forjando sua saída daquele lugar ao atingir a mesma idade da irmã. Freud afirma que quando a

travessia não é realizada o luto se torna patológico. A irmã pode ser o objeto perdido que Maria se identificou.

Na melancolia, Freud (1917[1915]) postula que houve “uma perda relativa ao seu ego” (p. 251), complementando mais adiante: “a melancolia está de alguma forma relacionada a uma perda objetal retirada da consciência, em contraposição ao luto, no qual nada existe de inconsciente a respeito da perda.” Maria sofreu uma perda no real do corpo; por conta disso aflora seu sentimento de inferioridade, desvalia, autocrítica, sentimentos de vergonha das marcas de seu corpo. Ela sabe o que perdeu: seu ideal de beleza, razão porque afirma-se que há uma dimensão melancólica nessa paciente e não um quadro de melancolia.

Essa mutilação é vivida com muita dor. Destacamos como ponto significativo os aspectos econômicos do trauma, tanto na primeira tópica freudiana como na segunda, sendo que na primeira era um *quantum* de dor, já na segunda, esse *quantum* seria qualificado.

4.2 – E o rio leva seus sonhos...

Faz-se primordial levar em consideração a cultura em que Maria está inserida. Um aspecto que vale ressaltar neste caso, é o fato de a embarcação portar um motor com eixo, tecnologia que apesar de almejada por essa população, os riscos a ela inerentes, ainda não estão de todo assimilados nessa cultura. O conflito entre culturas – a contradição entre o desejo de assimilação *versus* o sentimento de invasão provindo do encontro do rudimentar com o tecnológico, nos reporta à história da formação da população ribeirinha.

Faremos um recorte neste capítulo adentrando na história da colonização do Estado do Amapá. O Amapá tem registro de presença de população indígena desde o período pré-colonial. A subsistência desses grupos era através de caça, coleta de raízes, sementes e frutos silvestres (11.800-1.000 a.C.). A escolha do lugar da habitação era feita de acordo com a disponibilidade de suprimento alimentar, assim nos conta Nunes Filho (2009): “a tecnologia era rudimentar, exceto na confecção de anteparos de pedra para caça como as pontas de um projétil” (p. 212).

A forma de subsistência sofreu profundas modificações. Isso é demonstrado através da formação de grandes aldeias e também pela confecção de “cerâmicas bastante elaboradas, decoradas de modo sofisticado de pintura, incisão e outras técnicas” (p. 215).

Poró, citado por Nunes Filho (2009), escreve sobre os povos indígenas que viveram nas várzeas do Rio Amazonas. A organização sociopolítica dessa população era mais complexa, se comparada com a população que vivia em terra firme, pois apresentava “estratificação social, poder político, dominação intertribal, religião, comércio entre as tribos, mitologias, artesanato e as lendas das Amazonas” (p. 215). Essas sociedades complexas do período pré-colonial começaram a diminuir a partir do contato com o europeu que, além de trazer doenças, os escravizavam e exterminavam.

Já no período colonial assemelham-se ao que vinha acontecendo no Brasil nas regiões Nordeste e Sudeste, havendo muitas invasões e disputas pelo território e a população indígena passa a ser escravizada. Não houve uma política de povoamento, o objetivo dos que lá estavam, portugueses, era a conquista das terras, pois o Amapá apresentava um potencial econômico pelas descobertas de ouro no município, que hoje chama-se Calçoene.

Foi no garimpo do Lourenço, em Calçoene, em meados do século XX, que surgiu o primeiro motor com eixo feito por um garimpeiro que achou uma grande quantidade de ouro. Sabendo da ganância daqueles que o cercavam, planejou fugir dali com seu ouro, e a forma mais segura era pelos rios, pois por terra seria facilmente capturado. Então, esse garimpeiro pensou em fazer uma adaptação do motor de garimpo colocando um eixo no meio da pequena embarcação e uma hélice na parte externa dela. Assim o fez e fugiu pelo rio chegando ao interior do Pará, supostamente na Ilha do Marajó. Os pescadores que ali moravam ficaram maravilhados com a invenção. O garimpeiro passou a vender os motores adaptados para os pescadores, difundindo-se assim o motor com eixo na região Norte.

A história do Amapá, não difere da história das Américas; a população indígena foi dizimada ou escravizada. Essa também foi a história da população brasileira, assim o encontro do europeu com o indígena foi marcado, entre outras coisas, por conflitos que levaram à destruição de várias tribos e sua cultura. Isso proporcionou também uma população miscigenada que traz consigo heranças desse conflito, assim como um hibridismo cultural¹⁴ que são identificados nas representações folclóricas como a dança do mar abaixo, a festa de São Tiago entre outras.

Retornando a Freud (1919), em seu artigo “O estranho”, reflete sobre o horror como algo que ofusca em seu excesso, tem algo de sexual, do desejo, da proibição, da perda, da possibilidade de ir além da castração. Na clínica o perigo é ficar fixado no horror que a vivência nela provoca. Se entendermos o acidente do escarpelamento de Maria como uma “supercastração”, como afirmam alguns quanto

¹⁴O hibridismo cultural é um fenômeno histórico-social que existe desde os primeiros deslocamentos humanos, quando esses deslocamentos resultaram em contatos permanentes entre grupos distintos. O continente latino-americano é um lugar por excelência para a ocorrência do hibridismo cultural, porque é um espaço de imigração e migração desde eras remotas.

à problemática do escalpelamento, corremos o risco de nos fixarmos no horror, uma vez que é uma experiência excessivamente espetacular e siderante no impacto daquele que o vivencia, daquele que o testemunhou e, mesmo daqueles que ouvem o relato desse acontecimento. Seria possível ao analista não cair na rede do horror, ficando paralisado diante do terrorífico do escalpelamento?

Tal resposta seria um simples “não sabemos como evitar”. Mas falando do que sabemos, identificamos no horror um instrumento importante na condução do caso, pois revela algo do limite da análise, não no sentido de não se poder ir adiante, mas sim no sentido de quanto tem de revelador das querelas do eu nesse limite, tanto do analista quanto do analisando.

Freud (1920), em “Além do princípio do prazer”, afirma que o trauma assume o lugar central na teoria psicanalítica. Isso se dá devido às inquietações surgidas nas neuroses de guerra e na análise dos sonhos traumáticos. Busca o entendimento do trauma através do funcionamento de uma vesícula. Segundo ele, o trauma provocaria uma ruptura na barreira de proteção da vesícula, provocado por um excesso de excitações que ocorreriam de forma violenta. O organismo apresenta um escudo protetor que entra em ação, utilizando seu estoque de energia na tentativa de preservar sua forma de funcionamento que promoverá transformações do estímulo recebido.

Para Freud (1920), nos organismos mais complexos a localização dos sentidos está logo após a barreira protetora e são eles que recebem os estímulos que ultrapassam essa barreira. Os órgãos dos sentidos buscam proteger o organismo dos excessos de estímulos, excluindo aqueles que são inadequados. Os sentidos funcionam com uma ponte móvel que pode fazer contato com o mundo externo ou retiram-se dele, quando melhor o convier.

O trauma seria um evento que provocaria desestabilizações desse processo de funcionamento, romperia a barreira protetora e o *quantum* de energia reservada não seria suficiente para estabilizar o organismo. O princípio do prazer não tem função nessa situação, o organismo buscará formas de lidar com os estímulos para realizar ligações possíveis com as excitações que transbordaram no psiquismo.

Freud, nesse mesmo texto, questiona as excitações que estão localizadas no interior do próprio organismo. Ele coloca que o organismo não tem como se proteger, o escudo que não pode ser ativado diante dessas excitações seriam as pulsões. Um mecanismo que o psiquismo utiliza, devido a intensas excitações recebidas, é passar a entender essas excitações como uma ameaça vinda do mundo externo. Com isso as excitações desencadeadoras do trauma podem ter sua origem no interior do eu; no entanto, são tratados pelo aparelho psíquico como excitações externas.

Segundo Maia (2003):

O traumático deixa de ser um privilégio do encontro do sujeito com algo que venha do exterior, que o surpreenda, e passa a se referir, também, ao excesso pulsional, sendo que esse excesso adquirirá características de exterioridade, para que o psiquismo possa se preparar para sua defesa (p. 103).

Para que o princípio do prazer seja reinstalado faz-se necessário que os excessos pulsionais tenham sido trabalhados. Só a partir desse pressuposto o princípio do prazer entrará em cena novamente.

Os sonhos traumáticos levaram Freud a refletir sobre o material onírico que fugia à metapsicologia até então proposta por ele, que se referia à realização de desejos conflitivos com enigmas que precisavam ser decifrados. Ao pesquisar os sonhos dos soldados traumatizados detectou que seus conteúdos apresentavam-se

em estado bruto, não havia um trabalho do sonho. Eram sonhos repetitivos que ilustravam a cena traumática.

Seguindo, Freud pôde identificar o material psíquico que não estava submetido às leis do recalque, mas sim à compulsão a repetição. Os conceitos das pulsões já estavam sendo trabalhados. Assim, foi possível fazer uma associação entre os conteúdos psíquicos contidos nos sintomas que podiam ter dois direcionamentos. Um referia-se ao material recalcado, sendo regido por Eros, pulsão de vida e faz ligações com o material inconsciente apresentando uma representação que poderia ser falada no processo terapêutico. O outro refere-se ao material que seria regido pela pulsão de morte que age silenciosamente de forma destrutiva e não apresenta conteúdos representativos no inconsciente; seu estatuto seria da ordem do irrepresentável, do indizível. A compulsão à repetição é a manifestação da pulsão de morte, pois o que se repete é o momento traumático na tentativa de solucionar a questão.

Acreditamos que o escalpelamento trouxe para Maria um trauma que apresenta um caráter do irrepresentável. E a repetição que se percebe coloca-a em uma situação de miséria afetiva, seja na relação com o marido, consigo mesma e na relação terapêutica.

O conceito de angústia vem sendo transformado em decorrência dos avanços das pesquisas de Freud. Na primeira tópica a angústia tem sua origem em uma experiência libidinal excessiva advinda de uma sedução sexual vivida na infância. Na segunda, a angústia é um sentimento que antecede uma ameaça de perigo. Freud, em 1917, na Conferência XXV, distingue dois tipos de angústia: a primeira está relacionada à angústia neurótica que tem sua origem na aproximação de um perigo interno; a segunda refere-se à angústia real apresentada na aproximação de

perigo externo ao eu. Considera ainda que a angústia é resultado do processo do recalçamento. Acrescido a essa teoria, Freud coloca sob ênfase a angústia do nascimento, supostamente vivida pelo bebê devido à separação do corpo da mãe.

Em seguida Freud amplia a possibilidade de a angústia estar presente em processos psíquicos além do recalçamento. Em 1919 salienta que tanto nas neuroses traumáticas quanto nas neuroses de transferência, a ameaça vem da interior do eu. Ressalta que um evento só se torna trauma, quando o eu já apresenta condições internas para absorvê-lo, pois o evento violento por si só não causaria um trauma. Isso nos faz retornar ao caso de Maria. Seu acidente tornou-se traumático devido às suas condições psíquicas que favoreceram a emergência dos sintomas. Com isso enfatizamos que um acontecimento violento pode ou não suscitar um trauma. Assim sendo, nem todas as mulheres que sofreram o escalpelamento desencadearão sintomas traumáticos, o determinante será a dimensão psíquica de cada sujeito.

Lembrando do momento do acidente, Maria relata: “Eu ouvia uma música de fundo que tocava no rádio que estava na embarcação quando meu cabelo foi sugado... daí não me lembro de mais nada”. Quando ela se angustia essa música lhe vem à cabeça e ela começa a cantarolar, mesmo não sabendo toda a letra. Pensamos neste caso que Maria, ao receber de forma abrupta o estímulo excessivo do escalpelamento, seu sentido da audição ficou mais aguçado, com intuito de se proteger do excesso, ligou-se na música e depois perdeu os sentidos. Então vemos que o eu, através da audição, tentou proteger-se, porém não foi o suficiente, pois devido à intensidade do estímulo todos os sentidos “bateram em retirada” e ela desmaiou. Assim como uma tentativa de proteção o eu recorre à música, deixando-

se em alerta. A angústia é acionada, anunciando que algo de ruim poderá acontecer.

Freud (1916[1915-1916]) formulou sobre as músicas cantaroladas:

Do mesmo modo, pode-se constatar que as melodias que acodem à mente de uma pessoa de modo inesperado são determinadas por uma sequência de ideias à qual pertencem, e têm o direito de atarefar a mente, sem que haja consciência de sua atividade. É fácil, nesses casos, demonstrar que a relação com a melodia é baseada em sua letra ou em sua origem. Contudo, devo ter o cuidado de não estender essa asserção a pessoas realmente ligadas à música; sucede que com elas não tive qualquer experiência. Pode ser que para essas pessoas o conteúdo musical da melodia é que decide seu surgimento (p. 112-113).

A música que Maria estava ouvindo na hora do acidente fez ligação com suas questões subjetivas, por isso foi utilizada como uma tentativa de proteção dos sentidos. Nessa música estão contidos os seus conflitos psíquicos e hoje a cantarola muitas vezes, quando está agoniada, nervosa, dizendo que “é automático, é só eu ficar muito chateada, com o nervo à flor da pele, essa música vem na minha cabeça”. Dessa forma, considera-se importante a letra da música para pensar sobre os conflitos de Maria.

Igarapé das mulheres

O tempo leva tudo

O tempo leva a vida

Lá fora as margaridas fazem cor

Eu lembro a alegria,

Boiar naquelas águas

E ver as lavadeiras lavando a dor

E lavavam a minha esperança perdida,

De crescer lá no Igarapé

E lavavam o medo que tinha da vida
E agora o meu medo o que é?
A minha nave, um tronco navegava
As estrelas, entre as palafitas
E as lavadeiras
Nas minhas aventuras, poraquê
Pirara, piranha, peixe-boi, boto igára
E lavavam a minha paixão corrompida
As mulheres do Igarapé
As Joanas, Marias, Creusas, Margaridas,
Lavarão o que ainda vier

Osmar Júnior

Maria se irritava com a música por parecer que ela tinha vontade própria, vinha à sua cabeça ocupando todo o espaço, e de novo lembrava-se do acidente. A vontade era que o tempo antes do acidente voltasse e ela pudesse desfrutar da época em que era feliz, mas não sabia que o era, pois sempre achava que nada dava certo na sua vida. “O tempo leva tudo”, Maria queixa-se que foi levado tudo dela, levou até ela mesma para as profundezas do eu, profundezas das águas como sua irmã. Porém, ela não sabe dizer como, mas ainda está viva e presa em um labirinto de dores. Maria tem medo das águas, tem medo que o rio a devore, mas como, se ela é uma mulher do Igarapé? E seus castelos encantados? “O tempo leva a vida” diz a letra da música, é para onde o tempo leva a vida e Maria?

Fora de Maria “as margaridas faziam cor” e ela queria que sua vida se enchesse de cores e saiu de sua ilha; tinha medo de morrer como a irmã. Essa

morte guiou seus passos, não foi possível cuidar disso, mas ela lembrava da alegria de boiar naquelas águas e como desejava lavar suas dores como as lavadeiras. Tentou seguir em frente, buscando renovar suas esperanças perdidas, casou, teve filhos, o medo que tinha da vida foi tomando outra dimensão. Conheceu a cidade grande, parecia estar mais fortalecida, então voltou para a casa dos pais; seu medo de morrer nas águas parecia estar longe, achava que daria para enfrentá-lo. Nesse enfrentamento encontrou o escalpelamento. “E agora o meu medo o que é?”

Colocou-se em uma nave tão frágil, “minha nave, um tronco navegava” no meio de um rio tão caudaloso. Armadilha importante para o analista, com sua nave de última geração; às vezes faz parte do processo analítico acompanhar o paciente no seu tronco fazendo uma longa travessia para a vida. E o analista pode seguir na sua nave acompanhando seu paciente, conhecendo seu percurso, socorrendo quando for solicitado ou quando percebe que o outro precisa de ajuda.

Maria precisou ancorar para poder se tratar e volta para as palafitas da cidade grande. E as lavadeiras? Continuam lavando suas dores. As “aventuras, poraquê, pirara, piranha, peixe-boi, boto igara” a levavam para o rio. O rio parece ser uma possibilidade de aventura com a vida e com a morte. Mas a “minha paixão foi corrompida”, o eu foi corrompido, fragmentado. “As mulheres do igarapé” passam pelo risco do acidente do escalpelamento todos os dias, “as Joanas, Marias, Creusas, Margaridas” vão seguindo um caminho que, num primeiro momento, as levam para terra firme, para poderem realizar seus tratamentos. Maria para sobreviver tornou-se lavadeira e mora no bairro Igarapé das Mulheres. Assim “lavar o que ainda vier”, é uma perspectiva para Maria, pois sugere competência para lavar as dores da vida, as que ainda estão por vir. Neste sentido, acreditamos que essa

música pode ser uma possibilidade de Maria representar sua catástrofe e poder ajudá-la a sair do mar de dores em que se encontra.

4.3 – O trauma segundo Ferenczi

Dando continuidade ao estudo do trauma, introduziremos o pensamento de Ferenczi e sua contribuição para o tema.

Ferenczi era considerado, no meio psicanalítico de sua época, o “analista dos casos difíceis”. Esse título lhe foi dado devido ao seu árduo trabalho como clínico. Tinha como pressuposto pessoal que todos aqueles que procurassem tratamento deveriam encontrá-lo. Achava que a técnica deveria ser adequada ao que o paciente precisava. Isso lhe rendeu a construção de um posicionamento prático e teórico inovador sobre o trauma.

A clínica do trauma traz uma especificidade importante bem enunciada por Ferenczi ao falar dos casos difíceis em que a pulsão de morte atuava com uma força capaz de desafiar os clínicos, pois na análise o paciente parecia ter tido um brilhante *insigth*, mas logo em seguida o sintoma retornava. Tinha-se a impressão que a análise não estaria funcionando. Isso o inquietava, pois não concebia que o paciente não pudesse ser analisado e nem que era resistência do mesmo. Sua persistência nesses casos o levou à sua brilhante teoria do trauma.

Os “casos difíceis” (psicóticos, casos-limite e grandes somatizadores) levaram Ferenczi a uma metapsicologia em que enfatiza as patologias como sendo consequências de traumas advindos de fatores externos. Ressalta o ambiente e a relação da criança com os adultos que delas cuidam como fonte importante de fatores traumáticos.

No artigo “Confusão de línguas entre os adultos e a criança”, Ferenczi (1933) salienta que há uma confusão de línguas, a criança apresenta uma linguagem de ternura e verdade, e o adulto apresenta a linguagem da paixão. Ele observa que no complexo de Édipo das crianças, apresenta-se uma máscara de ternura por parte dos adultos direcionando para elas uma relação apaixonada, abrindo possibilidades para uma relação incestuosa que se pode identificar pelas ameaças, terrorismo e punições, e a criança, por sua vez, está funcionando na ordem da brincadeira e da ternura. Essa confusão de línguas feita pelos adultos provoca na criança um choque violento, pois ela não consegue entender o que se passa. Na busca desse entendimento nela se depara com a negação do vivido pelo adulto. Essa situação provoca na criança uma desorientação sobre a realidade do vivido, seus sentimentos são negados e por isso torna-se uma situação traumática patogênica. Diante disso, a realidade trazida pelo paciente deve ser levada em consideração sob pena de traumatizá-lo ainda mais, caso o analista não reconheça sua importância.

Para Ferenczi (1930) a realidade trazida pelo paciente deve ser considerada um fator real, devendo, ainda, considerar o caráter efetivo do traumático. Sua importância está em favorecer que o outro (analista) possa suportar sentimentos ambivalentes, seu desamparo, e abra espaço para a fala do paciente sobre as situações traumáticas vividas. Ferenczi introduz o conceito do desmentido em 1930.

Segundo Ferenczi (1930), o desmentido da vivência é o agir do adulto, não dando voz à verdade que a criança porta. A ela é negado o direito de validar e entender suas experiências. O desmentido é o fator que não permite que ocorra a inscrição psíquica do evento traumático. Knobloch (1998), no livro “O tempo do traumático”, refere-se a essa questão esclarecendo o pensamento de Ferenczi: “A

relação que se estabelece entre realidade do evento e o desmentido é que este só terá forças para impedir a inscrição se o fato tiver sido real” (p. 51).

O encontro da criança com os adultos é permeado por linguagens incompreensíveis para ela, violência inevitável, um mundo desconhecido no qual ela é obrigada a estar; os adultos parecem ser complexos e trazem formas diferentes de estar no mundo. A criança, não conseguindo entender o que se passa com eles, identifica-se com os adultos na tentativa de buscar um sentido para seu mal-estar. Para Knobloch o encontro da criança com o mundo adulto é da ordem do traumático, e ela enfatiza que:

Para Ferenczi toda estruturação psíquica é traumática, pois é sempre muito doloroso o confronto que se estabelece entre a criança e seu meio, o que vai solicitar dela um grande esforço, pois a cada vez esse confronto gera novos arranjos psíquicos (p. 48).

Seguindo com Ferenczi (1930), ele desenvolve o conceito de “autoclivagem narcísica” como sendo consequência de uma vivência traumática, ponto central de sua teoria. Tal mecanismo se caracteriza pela separação de uma parte do eu que se encontra traumatizada, e que alojada no corpo formando um quisto, um corpo estranho que não produz representação psíquica, pois não está no inconsciente e se encontra desligado das articulações psíquicas. O material enquistado, aquilo que é da ordem do traumático, encontra-se encapsulado em estado bruto, pois o aparelho psíquico não apresenta condições de suportar qualquer trabalho psíquico e para que o eu não seja destruído, essa parte é sacrificada. Ele utiliza o termo “autotomia”, trazido da biologia, que se caracteriza pela separação de uma parte do corpo do animal que esteja muito machucada e é extirpada do corpo para que ele sobreviva.

O autor faz uma analogia com animais que explodem uma parte de seu corpo para se protegerem de algum perigo, como, por exemplo, a lagartixa e outros

animais que ao sofrerem alguma dor em uma parte do corpo, separam-se dela. Assim faz o humano traumatizado: retira a experiência dolorosa colocando-a dentro do seu corpo, do somático, ficando como um tumor que em algum momento poderá explodir.

A autotomia é a consequência de um trauma ocorrido precocemente, e Ferenczi salienta que quando isso ocorre não se inscreve no psiquismo, uma vez que o aparelho psíquico infantil não tem condições de absorver o evento violento vivido.

Knobloch (1998) ressalta:

É nesse âmbito que se dá a contribuição ferencziana: ele estaria, de certa forma, levando adiante as formulações de Freud em “Mais além do princípio do prazer”. A partir desse texto, o trauma, também para Freud, não coincide mais com o recalado, como as fantasias, como era na primeira teoria do trauma, mas aqui se estabelece uma relação entre o traumático e o pulsional, que ultrapassa o mundo da representação (p. 42).

Este trauma provém de uma situação-limite em que o eu correu risco de morrer. E o eu para não morrer clivou-se, amputando uma parte sua. Essa parte foi alocada no corpo, é como se essa parte clivada de si estivesse morta. Segundo Freud, a morte não tem representação, assim experiências traumáticas desse porte são impossíveis de serem representadas, assumindo o lugar do irrepresentável.

No artigo “A criança mal acolhida e a sua pulsão de morte”, Ferenczi (1992) ressalta que as crianças que não são acolhidas pelos seus pais ou que tiveram todo amor e depois o perderam, apresentam uma propensão maior a perder o interesse pela vida. Faz referência a Freud com o conceito de pulsão de vida e de morte e com a possibilidade de repetição do trauma. As observações de Ferenczi levaram-no a pensar no processo de autodestruição como consequência de um trauma que aconteceu precocemente. Esses pacientes apresentam uma fragilidade diante da passagem pelo complexo de Édipo.

Ferenczi diferencia o que seria um sintoma histérico e o que seriam sintomas corporais da neurose narcísica. Nos sintomas histéricos, os traços mnêmicos do material recalado ficam inscritos no inconsciente, enquanto no outro, o sintoma estaria alojado no corpo, colado a ele como um elemento estranho. O paciente, ao falar de sua infância, produziria sintomas corporais, similares aos da histeria, com tremores no corpo, palpitações, desmaios.

O resultado de uma catástrofe é a mudança de posição psíquica, levando-nos a novos lugares e, para assimilarmos esse novo lugar é preciso abrir as bagagens pesadas, os traumas que trazemos desde a infância. Assim sendo, um evento violento é capaz de provocar uma crise e tudo aquilo que foi clivado se revela, e esse material psíquico é da ordem do irrepresentável, pois está em estado bruto e o aparelho psíquico não teve como processá-lo. Concomitante a isso os traumas advindos do recalque também se fizeram presentes, tendo a catástrofe sido responsável por tamanha mudança. Segundo Knobloch (1998),

O que entra em crise são, simultaneamente, os funcionamentos neuróticos, psicossomáticos e psicóticos. Um transtorno em que o caos se instala e é chamado de “desordem”. Uma experiência que tem algo de insuportável, no sentido literal de não haver suporte. Experiência que nos habita, como um abismo de perda de sentido, abismo em que se perde as ligações (p. 142-143).

Novas organizações serão feitas. Porém, como suportar tamanha desorganização, tamanha dor? A direção do tratamento sugerida para Maria seria dar continência para ela poder realizar o trabalho do traumático, termo utilizado por ela para designar o processo psíquico de elaboração do trauma.

Ferenczi foi interpelado, na sua experiência clínica, por manifestações corporais que invadiam os relatos de seus pacientes e que percebia serem de uma outra ordem, não vinham do recalque. Então de onde viriam?

Viriam do real do corpo, ou seja, viriam das pulsões e por isso não apresentavam representações, eram da ordem do irrepresentável. O que se revive na pulsão é uma dor insuportável, a dor de morrer, por isso ainda não pode se inscrever. Utilizando-nos das teorias freudiana e ferencziana podemos assinalar que Maria apresentava traumas infantis e repete essa situação em sua vida. Assim como apresenta também mecanismo da clivagem.

Podemos dizer que o escalpelamento apresenta-se na vida de Maria com três estatutos: o primeiro, de um evento que faz uma ruptura do material enquistado, ou seja, do trauma da morte da irmã e os outros traumas que estão na ordem do irrepresentável, mas que a conduzem à repetição do estado de miséria afetiva; o segundo, como um trauma que porta um excesso de dor, todas essas dores sentidas em um só momento trazem dores incomensuráveis; e, o terceiro, refere-se à violência do acidente que provoca uma reviravolta favorecendo uma mudança de posição psíquica. Porém, Maria ainda parece estar gestando a si mesma e realizando um trabalho do luto, por isso não foi possível ter um reconhecimento dessa nova posição.

Vale ressaltar que para usufruir por estar em outra posição se faz necessário um processo, uma travessia, um tempo, para que haja um reconhecimento daquilo que está sendo sentido e transformado e uma reconstituição do eu fragmentado.

Maria ainda está mergulhada na dor e com dificuldade de sair dela. Sabemos que o tempo é um fator importante para um processo psíquico de construção de uma representação. É perceptível que quando o escalpelamento ocorre na infância, a vítima quando adulta parece ter uma relação consigo mesma diferente diante de seu acidente e suas marcas. Na infância o eu está se constituindo e as marcas deixadas pelo acidente são assimiladas pelo eu. Não quer dizer que houve uma

elaboração, mas pelo menos há uma familiaridade com as marcas, no sentido que Freud (1919) dá a esse termo.

Tratar o trauma seria como o trabalho do luto, que possui um tempo para se fazer uma travessia. Esse tempo é imensurável e na travessia do rio de dores podemos nos afogar nele por algum tempo. É assim que nos percebemos no caso de Maria que está no rio de dores e tenta encantar todos aqueles que dela se aproximem incluindo a analista. Assim o trabalho terapêutico estaria sendo clivado para um outro tempo, submerso no rio, o tempo do traumático, para além, e nesta situação estaria inviabilizado temporariamente enquanto essa situação permanecesse. Momento importante para a analista, pois propicia a busca de uma nova metáfora para o caso.

Neste sentido, o papel do terapeuta seria contribuir para que na relação transferencial a dor encontrasse um lugar. Um lugar, conforme sugerido por Ferenczi, da ternura, do acolhimento, e assim o terapeuta poderia assumir seu lugar de ficar entre a dor e o paciente, descolando-os, possibilitando que a angústia do mesmo tome forma e possa ser trabalhada.

Nasio (1997) elucida que o trabalho do analista perante a dor é “afinar-se com a dor, tentar vibrar com ela, e, nesse estado de ressonância, esperar que o tempo e as palavras gastem” (p. 17). Para acompanhar Maria no seu percurso, é primordial estar em condições de espera de um tempo em que a dor possa ter um outro sentido. O analista oferece seu corpo como mediador entre o eu e a dor para poder suportar o testemunho desse trauma. Assim sendo, o trabalho terapêutico teria prosseguimento.

Diante de uma dor insuportável que foi colocada na ordem do irrepresentável, ou seja, era uma dor tão grande que o eu não tinha como suportar, foi realizada a

clivagem narcísica, saindo das vistas e indo estacionar no corpo como um quisto. Quando, por algum motivo, o quisto se rompe e inunda o eu, a dor vem em estado bruto, não tendo nada que o psiquismo utilize como mediador. Neste sentido o terapeuta entra na ordem psíquica como um mediador entre o eu e a dor.

Tanto o trauma da ordem do recalque, quanto o da clivagem constituem sintomas que servem como ponta de resgate de algo dolorido que o eu não pôde dar conta. Quando o sintoma se excede revela uma impossibilidade do eu continuar se relacionando com esse conflito da mesma maneira. O eu é chamado a prestar contas daquilo que viveu. Tarefa difícil por significar um contato com a morte, destruição de algo seu, de uma parte sua.

Maia (2008), em “Extremos da alma”, faz a seguinte colocação:

A dor psíquica atrelada à compulsão, à repetição, agida no interior do campo transferencial – sem podermos excluir a dimensão de afetação dos processos transferenciais – se constitui como instrumento privilegiado para fazer mover essa engrenagem delicada e aterrorizante que é a experiência traumática patogênica (p. 27).

Na experiência do *fort-da*, que Freud relata em “Além do princípio do prazer” (1920), em que a criança exercita a brincadeira de separar-se da mãe temporariamente suportando sua ausência, a criança assume o controle da situação repetindo-a várias vezes exercitando a busca de uma simbolização para essa separação. O complexo de Édipo que deságua nos rios da castração nos mostra que não há travessia sem perda e que sem perda não há inserção do sujeito na cultura. Cada um desses processos constituintes do sujeito revela que a perda de um lugar e a entrada em outro são por si só traumáticas, mas, como afirma Ferenczi, não quer dizer que seja patológica.

Marraccini (2010), no livro “O eu em ruínas”, argumenta que a passagem pelos processos de constituição do eu, quando vão deixando pequenas marcas,

fissuras que contêm um excesso de dor, mas não tão intenso, pode proporcionar no sujeito uma estruturação fragilizada do eu. Associado a um evento traumático pode levar a uma falência psíquica que poderia deixar o eu em ruínas.

Explicita Marraccini (2010):

O “eu em ruína” diz respeito à experiência traumática de perda de um ser amado, de seu amor, ou de algo que tenha ocupado esse lugar, o que leva o eu a sucumbir ao colapso de forma dramática e, por vezes, integral. Tem um lugar no psiquismo que, embora de funcionamento primitivo, mantinha-se razoavelmente edificado antes da comoção transbordante dessa perda. Uma perda real, mas que, no entanto, constitui também uma perda imaginária e representa simbolicamente uma perda essencial para o psiquismo (p. 29-30).

Relembremos que Maria tem sua vida repleta de eventos traumáticos, de perdas, em que a elaboração, a travessia do luto, não foi possível. Acompanhada por mais um evento de grande porte traumático, como o escalpelamento, uma mutilação no real do corpo, podemos pensar que é um “eu em ruína”, um eu traumatizado. No processo de castração, quando se perde algo, fica um vazio e abre-se um espaço para o novo.

4.4 – Freud e Ferenczi: encontros e desencontros sobre o trauma

A amizade de Freud e Ferenczi foi estabelecida logo nos primeiros contatos. Dois psicanalistas que se preocupavam com a qualidade da técnica e da pesquisa da psicopatologia. Ambos influenciavam-se mutuamente na condução dos casos clínicos, demonstrando uma cumplicidade e respeito pelos pensamentos e ideias.

Até a primeira tópica havia uma consonância no entendimento da teoria. Segundo ela, o aparelho psíquico é determinado na vida do humano, apresenta um sistema de funcionamento do inconsciente em que o sujeito é constituído a partir de sua experiência do complexo de Édipo. No entanto, no que se refere à constituição

do aparelho psíquico apresentavam pontos de vista diferentes, porém não excludentes.

Knobloch (1998) faz referência às querelas de Freud e Ferenczi:

(...) 1929 será o ano que marcará explicitamente o desacordo entre Freud e Ferenczi, desacordo que continuará “para além” do final da relação, com o desaparecimento precoce de Ferenczi em 1933. Esse desacordo teve um pivô, a *teoria do traumatismo* (p. 34, grifo do autor).

A contribuição de Ferenczi em relação ao trauma está em vislumbrar o destino para os traumas que eram localizados no somático e não possuíam representação, pois não obedeciam à ordem do recalque. O que Ferenczi discorda de Freud é que este acrescenta os fatores externos ao sujeito como grandes perturbadores do aparelho psíquico.

De acordo com suas investigações clínicas, Ferenczi se contrapõe à teoria freudiana quando esboça que no trauma o fator desencadeador vem do mundo externo, sendo, portanto exógeno, o que não impedia, entretanto, que também considerasse os fatores endógenos.

Concordamos com Knobloch (1998) ao colocar que Ferenczi dá continuidade à pesquisa psicanalítica proporcionando uma abertura para a possibilidade de criação de novas técnicas que podem seguir e contribuir para um melhor exercício da psicanálise, principalmente no que se refere à análise dos processos psíquicos do paciente e do analista.

Freud e Ferenczi estão em comum acordo em relação à importância do analista realizar sua análise. Ambos mostram os impasses ocorridos através de uma contratransferência negligenciada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a pesquisa, a vontade de desistir visitou-nos várias vezes, por motivos variados, porém o desejo de dar desfecho para a questão do trauma foi muito mais forte. E assim, eu e Maria caminhamos juntas para falar de algo tão difícil como catástrofe, trauma e dor. Ela relatando suas dores e eu no lugar de analista oferecendo a escuta. Às vezes minhas dores se misturavam com as de Maria, às vezes minhas dores pareciam maiores que as dela e, na maioria das vezes, as dores dela tiravam o fôlego. Esse “tirar o fôlego” também era percebido naqueles a quem eu relatava o caso. Estamos falando das afetações que brotaram a partir de um relato daquele que porta um trauma de natureza tão violenta. E foram essas afetações que guiaram esta pesquisa.

Neste contexto, as afetações sentidas no ato de clinicar Maria, produziram movimento que conduziram a vários lugares inusitados. Destacamos a contribuição dada na criação de uma associação para mulheres vítimas dos acidentes de escarpelamento que proporcionou um lugar social para elas. O desdobramento foi a constituição de uma rede de serviços que pudesse oferecer atendimento de demandas referentes à saúde, à educação e socialmente, assim como nas universidades do Amapá e Pará, foram realizadas pesquisas na área da psicologia, sociologia, assistência social e geografia.

Neste sentido, Maria e as demais mulheres têm um lugar reconhecido no social. Ponto importante para o processo de reconstituição. Isso fala em prol do desmentido citado por Ferenczi, de validar que existe este acidente e deixa sérias

marcas naqueles que sobrevivem a essa catástrofe. Agora as mulheres escalpeladas não passam mais despercebidas, mostram-se.

Ao pesquisarmos sobre trauma, estamos pensando no processo de constituição do aparelho psíquico, pois é assim que o entendemos como um acontecimento externo que funda o sujeito. Freud (1919) ao escrever sobre as neuroses traumáticas nos faz pensar na sua importância como constituinte do sujeito, porém, torna-se questão quando o trauma transforma-se em patologia.

Podemos falar de dois tipos de trauma: o trauma devido ao complexo de castração ser recalçado por representar um conflito acompanhado de ansiedade. Outro tipo de trauma é aquele que ocorre por conta de um evento catastrófico, vindo do mundo externo, sendo sempre uma surpresa pelo excesso de dor que provoca, chegando a lembrar a loucura. Ele está relacionado com a perda de algo significativo para o psiquismo. Esse trauma tem o poder de fazer emergir traumas anteriores que se encontram recalçados fazendo um encontro de dores. Com isso o trauma influencia a qualidade de constituição psíquica e a formação de caráter do sujeito.

Como sobreviver a uma catástrofe?

Ser sobrevivente e testemunha de uma catástrofe é um lugar perigoso, pois nos direciona ao lugar de humano, ao lugar do sofrimento, da dor, da criatividade, de familiaridade e, paradoxalmente, de estranheza, a nossa primeira catástrofe. Podemos dizer também que nos remete à nossa experiência de castração, aquela que dá lugar ao nosso *pathos*. Por isso a catástrofe é tão significativa, podendo nos salvar, mas também podendo nos levar à morte.

Para sobreviver a uma catástrofe, necessário se faz cuidar da dor desencadeada pela destruição sofrida. Neste processo o clínico tem um lugar importante: o de escutar a afetação vinda do sobrevivente e permitir-se afetar por

ela. Mas também é preciso ter uma rede de serviços que possam articular cuidados que contribuam para a construção de um lugar para eles. São saberes diferentes que dialogam entre si. A participação de Maria na associação produziu movimentos que, mesmo incipientes, começaram a dar prenúncios de possibilidades de fazer ligações, começando a questionar sua situação, quando comparada às de outras mulheres escalpeladas, que estavam conseguindo melhorar de vida e ela não.

Não esquecendo a particularidade de cada ser humano, dizemos que não foi possível representar a dor da perda, não foi possível fazer o trabalho do traumático, reorganizar uma nova posição na *polis*. Um trauma psíquico não elaborado, onde não tem um outro para inclinar-se para ouvir, pode levar à morte. Vislumbramos também que as afetações surgidas na relação terapêutica e na contratransferência, se não forem cuidadas podem levar à morte do tratamento. Afirmamos, ainda, que cuidar das afetações na clínica é o ponto central no tratamento.

No caso aqui apresentado, Maria está sob o efeito de uma fragmentação do eu, trauma marcado no real do corpo, encontra-se mergulhada na sua dor e sendo gestado por ela. Momento difícil da análise, pois resvala na atitude do analista em suportar testemunhar a dor do outro e conduzirem-se, analista e paciente, em um bailado seguindo a sonoridade de vários rearranjos psíquicos.

A posição melancólica e masoquista de seu trauma torna importante a criatividade do clínico para se conduzir em meio a tanta dor. Várias metáforas foram suscitadas para que as afetações pudessem construir um caminho a seguir. Nesse sentido, seguimos o caminho de dialogar com vários saberes (sociológico, pedagógico, enfermagem, cirurgião plástico, psiquiatria, advocacia e psicológicos) para que as afetações em nós suscitadas fossem transformadas em movimento e

força. A psicopatologia fundamental favorece ao diálogo com outros saberes, fomentando possibilidades de construção de um campo transdisciplinar.

Consideramos que o encontro do europeu com os indígenas no Brasil foi uma catástrofe que provocou destruição, reviravolta e produziu o povo miscigenado. Sugerimos como seguimento para futuras investigações a questão: seria o escalpelamento um sintoma de um trauma, uma parte do conflito que não foi possível ser representado, colocando-se no campo do irrepresentável, surgido a partir do encontro entre europeus e indígenas, apresentando as mesmas características de destruição vividas no passado, e que ainda não foi possível serem cuidadas?

As catástrofes estão acontecendo com mais frequência atualmente, por isso os sobreviventes estão presentes também com grande constância nos lugares destinados ao tratamento como consultórios, centro de atenção psicossocial e hospitais de saúde mental. E as afetações daqueles que tratam estão também mais intensas conduzindo, quando é possível cuidar das afetações ou desconduzindo, quando são negligenciadas, a clínica. Consideramos importante dar uma boa condução para as afetações na clínica, pois ela é a bússola que guia o clínico na descoberta do caminho a ser percorrido com aquele que porta um trauma. Neste sentido, a Psicopatologia Fundamental, apresenta uma tecnologia sofisticada para conduzir as afetações advindas do ato de clinicar, pois concordamos com as palavras de Berlinck (2000), quando diz que ela “faz parte de uma rica e honrosa tradição que trata do sofrimento humano e, por isso, merece ser cultivada” (p. 25). Isso nada mais é do que a possibilidade de transformar a energia condensada da afetação em movimento e força, e só se movimenta quem está vivo.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de filosofia*. Tradução de Alfredo Bossi. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ALENCAR, José de. *Ubirajara*. São Paulo: Martin Claret, 2005.

ANZIEUR, Didier. *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

BERLINCK, Manoel Tosta. Catástrofe e representação. Notas para uma teoria geral da Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano 2, n. 1, p. 9-34, mar.1999.

_____. *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.

_____. (Org.). *Dor*. São Paulo: Escuta, 1999.

CARDOSO, João Batista. Hibridismo cultural na America Latina. *Itinerário – Revista de Literatura*, ano 18, n. 27, p. 79-90, 2008.

CLEI, Charles. *Análise epidemiológica das vítimas de escarpelamento por motores de barco*. Belém-PA: UFPA, 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (mimeo).

DOLTO, Françoise. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 2002.

ESCOBARI, Daniela M. *Quem da sua pátria sai a si mesmo escapa?: um estudo psicanalítico sobre migração*. São Paulo: Escuta, 2009.

FÉDIDA, Pierre. *Clínica psicanalítica: estudos*. Tradução de Cláudia Berliner. São Paulo: Escuta, 1988.

FERENCZI, Sándor. (1929). *Diário clínico*. Tradução de Álvaro Cabral; revisão da tradução Cláudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. (1930). A criança mal acolhida e a sua pulsão de morte. In: *Obras completas/Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. (1933). Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In: *Obras completas/Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário a língua portuguesa*. Curitiba: Positivo, 2004.

FREUD, Sigmund. (1956[1886]) Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. I.

_____. (1897). Carta 69. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. I.

_____; BREUER. (1893). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. II.

_____. (1914a). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIV.

_____. (1914b). *Neuroses de transferência: uma síntese*. Tradução de Abram Eksterman. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. (1915). Premissas e técnicas da interpretação. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XV.

_____. (1916-1917[1915-1917]). Conferência XVIII – Fixação em traumas – o inconsciente. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVI.

_____. (1917). Conferência XXV. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVI.

_____. (1917[1915]). Luto e melancolia. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIV.

_____. (1950[1895]). Projeto para uma psicologia científica. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. I.

_____. (1918[1914]). Introdução à psicanálise e as neuroses de guerra. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVII.

_____. (1919). O estranho. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVII.

_____. (1920). Além do princípio do prazer. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVIII.

_____. (1923). O ego e o id. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIX.

_____. (1926[1925]). Inibições, sintomas e ansiedades. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XX.

_____. (1933). Conferências XXXIII – Feminilidade. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XXII.

GOFFMAN, E. *Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LCT, 1988.

HOUAISS, A. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

KEHL, Maria Rita. O sexo, a morte, a mãe e o mal. In: NESTROVSKI, A; SELIGMANN-SILVA, M. (Orgs.). *Catástrofe e representação*. São Paulo: Escuta, 2000.

KNOBLOCH, Felícia. *O tempo do traumático*. São Paulo: Educ, 1998.

LACAN, Jacques. *Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

MAGTAZ, Ana Cecília. *Distúrbios da oralidade na melancolia*. 2008. 191 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

MAIA, Marisa Schargel. *Extremos da alma*. Rio Janeiro: Garamond, 2003.

MARRACCINI, Eliane Michelini. (Org.). *O eu em ruínas – perda e falência psíquica*. São Paulo: Primavera Editorial, 2010.

MOREIRA, Ana Cleide. O conceito freudiano de regressão e a prática da psicoterapia em ambulatório de hospital universitário. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano 10, n. 1, p. 39-50, mar.2007.

NASIO, Juan David. *O livro da dor e do amor*. Tradução de Lúcia Guimarães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

NESTROVSKI, A. Vozes de crianças. In: NESTROVISCKI, A.; SELIGMANN-SILVA, M. (Orgs.). *Catástrofe e representação*. São Paulo: Escuta, 2000.

NESTROVSKI, A.; SELIGMANN-SILVA, M. (Orgs.). *Catástrofe e representação*. São Paulo: Escuta, 2000.

NUNES FILHO, Edinaldo Pinheiro. Formação histórica, econômica, social, política e cultural do Amapá: descrição e análise do processo de formação histórica do Amapá. In: OLIVEIRA, Augusto et al. *Amazônia, Amapá: escritos da História*. Belém: Paka-tatu, 2009.

RIZOLLI, Marcos. Estéticas contemporâneas: estudos sobre a pluralidade artística. *Informática na Educação: teoria & prática*, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 91-100, jul./dez. 2005.

ROMANYSHYN, Robert D. *The Wounded Researcher: Research with soul in mind*. New Orleans, LA: Bookworld Services, 2007.

RUDGE, Ana Maria. (Org.). *Traumas*. São Paulo: Escuta, 2006.

_____. *Trauma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

SELIGMANN-SILVA, M. A história com trauma. In: NESTROVSKI, A.; SELIGMANN-SILVA, M. (Orgs.). *Catástrofe e representação*. São Paulo: Escuta, 2000.