

ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

aPErj - RIO 4

SUPLEMENTO CIENTÍFICO
Nº 3

EDITORIAL

Boletim Científico apresentando mudanças: Aceita como conteúdo artigos de outros autores (que nos interessem no momento), bem como avisos, resumos, resenhas. E mais textos nossos sobretudo, *visando* uma maior produção científica da aPERj. Aceitamos sugestões e idéias; e também opiniões sobre as novas possibilidades. Importante frisar: uso interno do Boletim. Candidatos devem contribuir – incentivo à Escrita e ao convívio.

Acentuando nossos princípios éticos, infinitas vezes, reiterados.

Ana Lia

AVISOS

- **Formação Psicanalítica da APERJ**

As inscrições para seleção estarão abertas de 23 de agosto a 30 de novembro de 2004. Os interessados devem se dirigir à sede da APERJ, de segunda à sexta-feira no horário de 09:00 às 17:00hs e preencher o formulário correspondente, após o que será encaminhado para o Coordenador de Seleção.

Maiores informações:

Telefax: 21 2512-6286

Email: aperj@rio4.org.br

End.: Av. Ataulfo de Paiva, 517 / 304 - Leblon – RJ

- **Curso sobre Psicanálise e Literatura**

Prof. Ruth Rissin

UDA Psiquiatria - HUPE

Inscrições e informações na Recepção do Ambulatório de Psiquiatria do HUPE ou através do e-mail: psicanaliseeliteratura@ibest.com.br

- **44º Congresso Internacional da IPA**

Rio de Janeiro, 28 - 31 Julho, 2005

- **XX Congresso Brasileiro de Psicanálise da ABP**

Brasília, 11 - 14 Novembro, 2005

CORRESPONDÊNCIAS

----- Original Message -----

From: Rosanne F. Sigres

To: rio4.aperj

Sent: Friday, June 25, 2004 11:07 AM

Prezados Colegas,

Tivemos nossa primeira reunião científica, onde todos os presentes (acho que 10) concordaram que devemos apresentar o maior número de trabalhos possível no próximo congresso internacional. O tema oficial é **Trauma; novos desenvolvimentos na psicanálise**, sendo que 3/4 das atividades se centrará no tema e 1/4 das atividades se distribuirá por outros tópicos.

O prazo de entrega é 1 de novembro de 2004. Na página da Ipa da internet tem todas as informações. Temos que andar rápido.

Para facilitar a vida dos muito ocupados, estamos mandando um resumo em português do tipo de apresentação que o comitê de organização está pedindo. Aí vai:

1. Conferências - apresentações de 45-50 minutos, acrescidas de 15-20 minutos de discussão com o presidente da mesa e 40 minutos com a platéia.
2. Mesa Redonda - uma hora e meia ou duas de discussão de um tópico por dois ou tres membros e um comentador, com cerca de 1 hora para discussão com a platéia. A proposta deve incluir o nome de debatedores recomendados.
3. Trabalhos (*temas livres*) - 35-45 minutos, mais aproximadamente 15 minutos de discussão.
4. Grupos de discussão - com duração de 1:30 a 2:00 horas, durante as quais a plateia explora um tópico de interesse. Pode estar associado a uma mesa redonda ou a uma conferencia.
5. Cursos.
6. Posters - apresentação de trabalhos conceituais ou de pesquisa para serem vistos e discutidos numa sessão devotada a tais apresentações.

O Congresso terá cerca de 16 conferências, 26 mesas redondas, e 250 o resto.

Os trabalhos inscritos para seleção devem especificar a que tipo de atividade se propõem, o título e um resumo de não mais de 500 palavras, além da língua do expositor.

A inscrição é eletrônica.

Também estamos organizando um ciclo de discussão - apresentação do conceito de trauma, para ajudar-nos na confecção dos trabalhos. Luís César Ebraico, Eliana Lobo, Nanci Moura já se comprometeram a falar de Freud, Ferenczi de Winnicott, mas mandamos notícias mais completas adiante.

Um abraço a todos, Comissão Científica

De: aPErj.Rio 4 [mailto:aperj@rio4.org.br]

Enviado el: Viernes, 24 de Septiembre de 2004 01:28 p.m.

Para: Juan Vives; Serapio; Sara Zac de Filc

Asunto: carta à comissão da IPA

Carta à Comissão da IPA

Prezada Dra. Sara

Espero que todos estejam bem. Aqui continuamos com nosso trabalho de construir uma sociedade com as venturas e desventuras inerentes a essa tarefa.

Nossa programação segue um modelo semelhante ao da gestão anterior, com uma reunião mensal da diretoria, duas reuniões por mês da comissão científica e uma reunião de espaço livre, quando solicitado.

A comissão científica tem se centrado no tema " TRAUMA", tema do Congresso de 2005, abordado segundo as visões de Freud, Ferenczi, Winnicott e Bion.

Em relação ao IEP, a Ruth tem lhe enviado notícias. É provável que haja uma nova turma em 2005.

O CAC continua funcionando nos mesmos moldes anteriores, acrescentando o oferecimento de supervisão para os candidatos que querem atender através deste setor.

Tivemos a participação de três membros e um candidato no Congresso de Bion. Um desses membros fez parte do Colegiado Organizador deste evento e da Comissão Científica do Congresso, apresentando quatro trabalhos.

Participamos também do Congresso de Psicopatologia Fundamental, com alguns membros apresentando trabalhos.

Estamos disponíveis para maiores esclarecimentos e pedimos que nos informe, assim que for possível, a data da próxima visita da Comissão.

Aguardando notícias, um abraço

Sarah Côrtes
Secretária da aPERj - Rio 4

----- Original Message -----

From: Sara Zac de Filc

To: 'aPERj.Rio 4'

Sent: Monday, September 27, 2004 7:51 PM

Subject: RE: carta à comissão da IPA

Queridos amigos:

Muchas gracias por vuestras noticias, me parece muy importante que se siga trabajando, me gustaria saber un poco mas acerca del desarrollo del instituto. Estoy esperando que tanto Serapio como Juan me contesten respecto a definir bien la fecha. Yo no he podido ir a Guadalajara y por eso puedo contestarles pero no precisar la fecha. En cuanto termine el congreso en Guadalajara los llamaré para que se defina.

Muchos cariños a todo,
Sara

Comunicações do Dr. Arnaldo Chuster.

Participei do Bion 2004.

Em primeiro lugar como um dos idealizadores e organizadores deste evento - dois anos e meio de trabalho árduo com os colegas de SP e RS. O evento foi um sucesso completo, com alto índice de satisfação dos congressistas em suas avaliações.

Em segundo lugar, apresentei quatro trabalhos:

- a) Os princípios ético-estéticos da observação psicanalítica - uma leitura científica da obra de Bion com o grupo do Instituto W.Bion de Porto Alegre
- b) Inveja e mentira - com Renato Trachtemberg da SBPPA de Porto Alegre
- c) Bion e Lacan- uma aproximação através dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise com John Stone de Berkeley
- d) Intimidade e desenvolvimento com o grupo de estudos da obra de Bion da SPPA

Em terceiro lugar, fui convidado para dar seminários no Instituto de Boston, o que farei em fevereiro além de Los Angeles, Seattle e Berkeley.

----- Original Message -----

From: "Arnaldo Chuster" <achuster@centroin.com.br>

To: "rio4.aperj" <aperj@rio4.org.br>

Sent: Friday, June 25, 2004 6:12 PM

Subject: Re: En: BOLETIM TRABALHOS CONGRESSO

Vou participar de um painel no Congresso da IPA, o título do painel é o trauma sob o modelo ético-estético de interpretação. Os outros participantes são Virginia Ungar, Renato Trachtenberg, e chair: Sergio Lewkovicz. A discussão será entre os modelos definidos por Bion e Meltzer.

Arnaldo Chuster

ARTIGOS, RESENHAS E TEXTOS:

- **CONCEPÇÃO E OBJETIVOS**
- **QUESTÕES DAS ORIGENS**
- **RESUMO DO TRABALHO SOBRE INVEJA - Arnaldo Chuster**

CONCEPÇÃO E OBJETIVOS

FÉDIDA, Pierre. *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*. São Paulo: Escuta, 2002. 224 p. ISBN 85-7137-197-0.

O grande mérito do pensamento de Fédida com relação à depressão é a sua capacidade de voltar ao fenômeno, descrevê-lo com uma paixão observadora mais fina e mais precisa e apresentá-lo, com o olhar enfim renovado, a esta forma de adoecimento que se tornou lugar-comum porque estamos diante de uma "doença do humano", isto é, de uma perturbação típica da afetividade humana que pode estar presente em todos os quadros de adoecimento. Diferenciando os *estados depressivos* da *melancolia*, Fédida reconhece que "o estado de imobilização e cristalização (da depressão) aparece com frequência como última defesa vital contra o desabamento melancólico e a hemorragia da culpabilidade e da vergonha" (p. 177).

Embora reconhecendo diferenças entre as várias formas de sua aparição, a intuição de que é possível discernir os traços fundamentais da depressão, "a doença própria a um afeto congelando a vida humana", por meio de todos os quadros clínicos, acompanha Fédida em sua constatação de que na depressão vital, o "sujeito não mais dispõe de sua capacidade de ressonância" (p. 11). Seu último livro sobre o tema, *Dos benefícios da Depressão – elogio da psicoterapia*, editado pela Escuta com uma excelente tradução de Martha Gambini, reúne onze textos repletos de verdadeiros "achados" deste fino observador da patologia humana.

"A experiência comum do estado deprimido poderia caber numa única sensação: aquela, quase física, de *aniquilamento*" (p. 9). Estas palavras fizeram-me lembrar de uma paciente deprimida, Camila, que se queixava de sentir-se *invisível* para todas as outras pessoas. A entrada na meia idade a fazia sentir-se dolorosamente ignorada e não-desejada. Se compararmos a quantidade de atenção que um bebê atrai sobre si e se fizermos um salto abrupto na linha do tempo para chegar à meia-idade, é fácil notar que, por volta da época em que muitos estão diminuindo o seu ritmo de trabalho ou se aposentando, a capacidade de atrair sobre si um olhar alheio cheio de interesse e ressonâncias afetivas cai de maneira pronunciada. Como continuar vivendo sem isso? É claro que a necessidade de uma especularização narcísica varia muito e está em íntima relação com a história singular de cada um, com a reserva de olhares interessados que pudemos recolher nos primeiros tempos de vida e de todas as palavras que nos permitiram romper com o fascínio aprisionador dessa busca de ressonância e reconhecimento no "colo" do olhar carinhoso. Mas é inegável que o processo de constituição do sujeito psíquico começou aí e que se não mais pudermos obter a dose mínima diária disso, corremos o risco de ter nosso rosto humano apagado e sentir o corpo impedido de realizar e agir. "Sinto-me desfeita em minha aparência humana, informe, diz uma mulher no momento em que começa a se descrever" (p. 12).

A ressonância originária, aquilo mesmo que nos humanizou, é isto que se encontra perturbado ou em estado de "falta" no deprimido: ele realizou um movimento de fechamento a sentir "os menores movimentos da vida". Desapareceram desejos e devaneios e, por isso, o aniquilamento "quase nem chega a ser um afeto que se experimenta e parece muito distante da percepção de um sofrimento vivido pelo sujeito. Ela se aparenta mais a uma imobilização... O pensamento, a ação e a linguagem parecem ter sido totalmente dominados por uma violência do vazio" (p. 9).

Pierre Fédida mostra existir uma diferença entre a *depressividade* inerente à vida psíquica – "a vida psíquica é depressiva no sentido em que garante proteção, equilíbrio e regulação à vida" (p. 14) – e o *estado deprimido*, que destrói a vida psíquica. Nele, o desaparecimento de desejos e devaneios conduz à sensação de aniquilamento e a fala encontra-se empobrecida em sua possibilidade metafórica. Por outro lado, *depressividade* é a capacidade de regular tons e semi-tons afetivos – luz e sombra –, uma espécie de diafragma que permite abrir ou fechar o contato com o ambiente e regula as excitações internas, para evitar o seu caráter intrusivo ou traumático. No início da vida, o surgimento da fantasia ou emergência da vida psíquica e do sentido, a partir das sensações, da motricidade e da linguagem precisa contar com essa característica chamada *depressividade* – que é, portanto, quase o contrário da depressão e pode ser associada à posição

depressiva kleiniana. Para curar o deprimido será preciso resgatar a sua *depressividade*, ou sua *capacidade depressiva*, isto é, a capacidade de se abrir (com moderação) e manter-se sensível aos desejos, angústias e devaneios sem o excesso intrusivo do trauma: este seria o objetivo da psicoterapia psicanalítica.

Por que falar em psicoterapia psicanalítica e não em processo analítico, se os analistas em geral acham duvidoso preocupar-se com a simples eliminação de sintomas associada à psicoterapia e preferem pesquisar as causas últimas, as estruturas subjacentes ao sintoma? A resposta do autor é: "Realmente não se trata de forma alguma de promover uma forma de tratamento psicoterápico que visaria a eliminação direta dos sintomas da depressão... O processo psicoterápico corresponde ao projeto de devolver ao paciente deprimido sua capacidade depressiva" (p. 157). Penso que o rigor asséptico e a neutralidade nas condições habituais da análise e o silêncio do analista podem se tornar excessivamente pesados para o paciente deprimido que deseja recuperar a capacidade de sentir e sonhar. Fédida procura reter, do modelo winnicottiano de trabalho com deprimidos, "uma maneira de interiorizar, através de imagens vivas e cada vez mais intensas, o mal que o paciente sofre em sua depressão..."

Essa interiorização é acompanhada no terapeuta por uma poderosa imaginação interpretativa e de reconstrução. A situação analítica permanece íntegra enquanto se gera a partir do terapeuta um enquadre que se amplifica para facilitar as experiências psíquicas do doente" (p. 154-155). Esta talvez seja a maior contribuição de Fédida por meio de livro: convocar os analistas a um trabalho de reconstrução mais vigoroso e, se o impasse do deprimido é ter se fascinado por um estado inanimado e vazio e ter se incapacitado para o devaneio e a metáfora, será preciso despertá-lo de tal letargia mortífera por meio da construção de figuras que possam reabilitar um mundo de sentidos para o vivido. Ficar ao lado do paciente e exercer a função do objeto primordial – o *holding* – criando trilhas metafóricas. Contra a prepotência analítica de voltar o olhar só para a *estrutura* subjacente ao sintoma, Fédida recomenda *mergulhar* na sabedoria do sintoma para apreender, por seu intermédio, a inteligibilidade da estrutura: "O que cura na psicoterapia é certamente o fato de tornar o sintoma não mais apenas mimético, mas *dialógico*. Esse processo passa necessariamente pela disponibilidade do psicoterapeuta para entrar ele próprio em diálogo com o sintoma do paciente" (p. 140).

São belas as páginas em que Fédida mostra que a própria movimentação da vida psíquica pareceu tão assustadora ao deprimido, que ele entrou nesse estado para evitar o risco de sentir, mantendo-se quase "inanimado", com o intuito de conservar a vida.

"A depressão exige do clínico uma percepção imagética da violência que domina o paciente, tanto como aniquilamento de si quanto como tentativa de escapar desse aniquilamento" (p. 43). Ele vai mostrar que a depressão destrói a capacidade auto-erótica; esta, por sua vez, envolve o campo das experiências de prazer associadas ao mundo sensorial e cinestésico, o âmbito da motricidade e das variações de equilíbrio e temperatura. Recorda-nos que a criança pequena, erotizada por sua mãe, constrói o auto-erotismo exatamente a partir do instante em que ela se ausenta, ou que ele, ávido de controlar a separação, alucina o seu desaparecimento, momento de perda e de luto. Ora, o auto-erotismo é a principal forma de povoar de sensações a ausência materna e também o momento de surgimento da fantasia e do devaneio, ou seja, gênese da vida psíquica, intimamente enlaçada à morte das coisas maciças. Este prazer de "engendrar-se a partir de si mesmo" e esta forma prazerosa de formar e transformar o próprio corpo em lugar de prazer é a dimensão que ficou obscurecida no deprimido; ele não sabe brincar com a ausência do objeto amado e tirar proveito disto. A psicoterapia analítica precisa recriar condições estáveis e confiáveis para que o paciente possa reencontrar "as ressonâncias e as tonalidades daquilo que se nomeia vida" (p. 59).

Entretanto, "É preciso ser dois para curar" – título sugestivo de um dos capítulos do livro que discorre sobre a tendência "autocrática" dos deprimidos: querem se curar sozinhos, com os próprios recursos, não desejam mais depender de ninguém, cansaram-se de esperar pelo outro e, em certa dimensão, tornaram-se insensíveis, matando em si a necessidade de estar com alguém. Será preciso ajudá-los a sair "do fechamento de uma interioridade vazia, por ser privada de exterioridade" (p. 13) Para o deprimido, falar de seu sofrimento com outra pessoa parece ser a coisa mais ineficaz deste mundo. Sentem que a origem de sua dor é um excesso de pensamentos

e rumações; como então poderiam vir a curar-se por meio do próprio *psíquico* que os intoxicou? O terreno é favorável a uma grande atração pelas substâncias químicas – isto é, não-psíquicas – como forma eficaz de ação curativa. As drogas parecem mais atraentes e poderosas que a presença e a palavra e capazes de libertar de todos os males: "Livrar a alma de sua possessão maléfica ou diabólica: livrar os homens de sua alma atormentada e infernal" (p. 112).

Os antidepressivos e qualquer droga usada para abolir a sensação de vazio ou os pensamentos compulsivos, oferecem a grande vantagem de serem manipuláveis. Estão sempre disponíveis e pode-se delas fazer uso ou descartá-las no momento mais oportuno, além de permitirem exercer controle sobre as tão indomesticáveis emoções. Fédida aponta como o uso de drogas coaduna-se com a postura auto-suficiente e onipotente e com a estratégia de negar importância ao psíquico e à sua formulação por meio da palavra. Estabelece ligação entre o desespero do deprimido face à existência incontrolável do psíquico e o apelo a todos os tipos de drogas como modo de constituir um outro "mundo psíquico" para substituir aquele que o faz sofrer. No lugar do tédio, do vazio e do desânimo, as drogas trazem o influxo de novas sensações que podem ser "administradas" a qualquer momento e não precisam contar com a dádiva sempre incerta da presença do outro.

Uma boa parte desse livro dedica-se a meditar sobre a presença, no deprimido, de mortes que não foram percebidas nem sentidas. Para Fédida, o psicanalista precisa aceitar "esse poder estranho de penetrar no reino dos mortos" e deve favorecer a elaboração onírica: "Os pacientes deprimidos só podem curar-se se forem ajudados a entrar em contato com seus mortos – mortos numa morte despercebida" (p. 97).

O autor analisa o equívoco que é construir uma vida negligenciando os "horizontes da horizontalidade do solo". Nesta metáfora, solo é tudo que antecedeu, são os vestígios ignorados do passado, e os "horizontes do solo" são os mortos para quem não foi possível construir uma sepultura onírica. Libertar os horizontes do solo é abrir-se ao trabalho do luto e do sonho, comparados ao ritual de sepultar: "Desde o Egito até a época romana a sepultura tem que manter o umbral de uma passagem de luz entre os vivos e mortos" (p. 105). Sepultar o cadáver é um trabalho de profunda reverência e delicadeza, pois cobre os despojos para tornar intacto – esculpido em matéria viva – o desaparecido e a sua persistente influência no mundo dos vivos. Neste sentido, sonhar seus mortos é isto: esculpi-los em matéria onírica; dar realidade anímica – animar – o que pereceu; este seria o ritual de sepultamento por excelência, o memorial: "o sonho, quando volta, anima o inanimado e concede aos mortos o que nomeei aqui um umbral de vida... O sonho é, de alguma maneira, na noite, o umbral das passagens entre os vivos e os mortos... sonhar, dando-se o tempo de reconhecer, pelo sonho, os mortos sobreviventes que estão ali presentes" (p. 96).

Em suma, dar um lugar onírico é trabalhar contra o desaparecimento e abrir o solo do passado a seus horizontes despercebidos. Integrar os mortos abre os horizontes, expande; Freud havia intuído algo dessa dolorosa construção do mundo interno por meio identificações. Nessa coletânea de textos, a proposta de Fédida é libertar no analista e em seu paciente todos os poderes da metáfora, em uma grande dança que desperte as faces inanimadas da vida interior congelada: "Essa espécie de desumanização à qual o estado deprimido conduz é aterrorizante. E a paisagem glacial poderia servir para descrever uma terra privada de seres vivos" (p. 33).

Enfim, a leitura do livro conduziu-me de volta àquela paciente mencionada no início, a que tinha receio de se tornar invisível, ao desejo intenso de ser vista, aos primeiros tempos de sua regressão no colo de meu olhar, ao passado imemorial, ao preciso instante em que vi animarem-se suas paisagens glaciais. As palavras de Fédida convidam a abrir o solo a seus horizontes e a esculpir moradas de sonho para nossas mortes.

Elisa Maria de Ulhôa Cintra

Psicanalista; Doutora pela PUC-SP; Professora do Curso de Especialização de Teoria Psicanalítica do COGEAE e da Faculdade de Psicologia da PUC-SP.

Questões das origens

Maria Laurinda Ribeiro de Souza

Resenha de Myriam Uchitel, *Neurose Traumática*, São Paulo, casa do Psicólogo, 2001, 157 p

Neurose Traumática faz parte da coleção *Clínica Psicanalítica*, dirigida por Flávio Carvalho Ferraz e editada pela Casa do Psicólogo. A primeira afirmação a ser feita após sua leitura é a de que este texto cumpre uma das propostas mais vitais desta Coleção: consegue expor de forma cuidadosa e criteriosa o pensamento freudiano assinalando suas hesitações e ambigüidades e confrontando-o com as produções e preocupações da psicanálise contemporânea.

Myriam Uchitel já se dedicara em textos anteriores ¹ ao estudo do conceito de trauma que agora desenvolve com maior amplitude e precisão. O texto ultrapassa aquilo que parece sugerir o título. Não é uma discussão que se atenha à noção das neuroses traumáticas mas antes um passeio bastante detido sobre o conceito de trauma, sua concepção ao longo da obra freudiana, seu abandono (relativo) e sua retomada a partir de 1920 com *Mais além do princípio do prazer*.

Como diz a autora: "o trauma atravessa a construção da teoria psicanalítica. O próprio corte da teoria da sedução traumatiza a teoria e produz dissociações, desorganizações, recalques, renegações e rupturas onde poderia existir elos e enlaces" (p.10). A noção de fantasia que, logo nas origens, parecia abolir a idéia do trauma, na realidade, não se opõe a ele, antes o deixa relativizado, adormecido por um tempo, para retornar depois numa nova configuração e com uma outra implicação clínica demandando sua reinscrição na teoria.

De forma criativa, Myriam descreve a possibilidade de se tomar o trauma como referência na construção dos diferentes quadros patológicos e na condução e compreensão de certos momentos da cura.

Referindo-se às particularidades do traumático nas três estruturas clínicas marca aquilo que seria específico do sintoma na neurose (como formação de compromisso e possibilidade de simbolização) e aquilo que seria o "verdadeiro" traumático (pelo caráter dissociativo e pela ausência de simbolização) presente na psicose e na perversão. Nestas duas estruturas o sintoma encontra-se mais determinado pela evitação da angústia do que pela realização de um desejo. Com esta afirmação Myriam recoloca a angústia no centro da temática e amplia uma certa discriminação que já vinha sendo anunciada entre a angústia de castração e a angústia de aniquilamento (mais diretamente ligada ao traumático). Estes são momentos ricos do texto e reveladores da sua forma de construção: os temas são anunciados e desenvolvidos seguindo o pensamento freudiano e as leituras próprias da autora, deixando, simultaneamente, ao leitor um papel importante na construção das hipóteses e conclusões. Há um convite a que o leitor faça parte do seu percurso de pesquisa.

Uma das vias que somos convidados a trilhar anuncia-se com uma pergunta fundamental: Considerando-se que toda neurose tem algo de traumático, é ou não pertinente, do ponto de vista metapsicológico, dar um lugar nosográfico às neuroses traumáticas? Não seria mais adequado pensarmos, simplesmente, em *estados traumáticos* que poderiam ou não derivar em neurose?

O que Myriam vai nos mostrando é que se optamos pela pertinência dessa nomenclatura, ela poderia abrir novos campos de investigação, sobretudo para aquilo que fica sob o domínio da pulsão de morte, fora do princípio de prazer – o campo possível do não-sexual, da não-libido, dos sonhos traumáticos, da repetição dos mesmos destinos, da compulsão repetitiva.

Como se percebe, este questionamento coloca em cena uma discussão metapsicológica bastante abrangente. A autora retoma a discussão do princípio do prazer, da angústia, do corpo físico e corpo erógeno (sua interrelação ou dicotomia), da inscrição ou não do trauma no psiquismo, da introdução, da projeção, da pulsão de morte, da repetição e sua diferenciação com a compulsão à

repetição. Tarefa que cabe valorizar pois nos surpreende pelo esforço teórico e pela clareza de sua construção. A análise realizada além de embasar a discussão acerca do lugar do traumático na teoria freudiana coloca-se como referência importante para qualquer psicanalista que se proponha à explicitação desses conceitos. Durante a leitura, perguntei-me sobre as neuroses atuais – termo também das origens e que parece retornar, principalmente nas discussões da psicossomática. Elas não estariam também muito próximas de uma certa concepção da neurose traumática, podendo ser palco das mesmas interrogações?

A importância do traumático faz-se presente, também, nos trabalhos de Ferenczi, Winnicott, Masud Khan e Jean Laplanche, apresentados de forma pontual, no capítulo 3. Myriam discute a especificidade e a herança de cada um desses autores assinalando de forma bastante interessante os efeitos e as inovações que essas teorizações trazem para a clínica psicanalítica.

Ferenczi coloca em relevo a intensidade física e psíquica do evento traumático e o estrago que provoca no eu do sujeito, endossa a idéia de neurose traumática e privilegia o *desmentido* (a negação pelo adulto do que aconteceu com a criança) como poderosa força traumática. Em Winnicott o trauma surge como fator etiológico ligado a diferentes momentos do desenvolvimento e às falhas do ambiente (entendendo-se por ambiente o bebê e sua mãe). Masud Khan explora o conceito de *escudo protetor* (especialmente em relação à falha da mãe no exercício dessa função) e *trauma cumulativo* (conceito, de certa forma, já anunciado em Freud) e Laplanche destaca o lugar do traumático como vital na constituição do psiquismo humano, num caminho que vai da *sedução restrita* à *sedução generalizada*. No último capítulo, as discriminações teóricas dos conceitos ganham reconhecimento clínico através da discussão de um filme e do recorte de uma sessão analítica. Nessa análise delinea-se aquilo que é próprio da encenação traumática tanto no interior do psiquismo quanto na sua vinculação com as construções de nossa cultura contemporânea.

No filme "A filha do general" de Simon West, a realidade atroz e humilhante do estupro seguido do desmentido paterno instala um quadro traumático. O sintoma sádico da personagem central, a filha do general, e sua encenação final que a leva à morte não é efeito do retorno do recalado mas antes uma compulsão a repetir incessantemente o acontecimento traumático. Em sua análise revela-se a eficácia da compreensão do *desmentido* tal como proposto por Ferenczi. A autora nos mostra, também, como o sujeito traumatizado é triplamente vítima: por não ter mais o objeto idealizado então perdido, por ser objeto da agressão e por converter-se ele mesmo em agressor.

Na apresentação da sessão escolhida, o que se revela é o efeito de uma história de traumas e como o corpo do analista é invadido a ponto de repetir aquilo que tanto Ferenczi como Winnicott denunciavam: *o analista sempre repete a cena do crime*. Repete-a como uma forma de possibilitar a simbolização do indizível e o prosseguimento da análise. Nessa discussão clínica Myriam introduz a problematização da condição *borderline*. Nela se poderia diferenciar, seguindo Hugo Bleichmar e outros autores, aquilo que é da ordem dos transtornos originados pelo conflito e aquilo que é da ordem dos transtornos originados pelo déficit ou pela detenção no desenvolvimento. Uma atenção maior para os indícios dessa diferenciação, produzirá, necessariamente, efeitos também significativos na forma de condução da cura.

Ao final, uma conclusão que reafirma a posição da autora: "Alguns autores, inclusive Laplanche, falam da descrição da neurose traumática como uma realidade clínica indiscutível. No entanto, penso que o indiscutível, depois do impacto traumático, não é a presença da neurose traumática, mas de um *estado traumático*, no qual se apresentam as características atribuídas à neurose traumática" (p.145). Segundo sua perspectiva o que importa é ultrapassar a dicotomia entre uma forma de categorização e outra – "clínica do trauma" ou "clínica da dissociação", ou "clínica do irrepresentável" versus "clínica da representação" - e considerar em todo o psiquismo os aspectos traumáticos não representáveis e os aspectos inscritos que conseguiram uma representação. O que Myriam propõe não é uma finalização ou a defesa de uma nova ou antiga categorização mas antes uma abertura. Abertura que está presente na própria idéia do trauma pois, como destaca a autora, se por um lado paralisa, inibe a capacidade de simbolização, impede novas configurações, por outro, ele é também aquilo que está nas origens de todo psiquismo, que o coloca em ação e

que demanda respostas criativas e singulares. Abertura, também pelo convite que nos faz para repensar o lugar do traumático na contemporaneidade de nossa clínica. Convite bastante oportuno dadas as condições violentas de nosso cotidiano e a necessidade de uma escuta atenta não só ao reconhecimento daquilo que traumatiza, mas também à possibilidade de que um outro discurso venha viabilizar alguma transformação nessa realidade. Como se vê, estas não são apenas questões das origens.

NOTAS

¹ M. Uchitel, *Além dos Limites da Interpretação*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.

M. Uchitel, "Em busca de uma clínica para o traumático", in *A clínica conta histórias*, São Paulo, Escuta, 2000, p. 135.



Resumo do Trabalho sobre Inveja:

Os autores estudam o conceito de inveja sob a perspectiva nova introduzida por Bion em 1970, no livro *Atenção e Interpretação*.

Mostram que o conceito não é estrutural, mas sim espectral, o que produz um indeterminismo que dificulta muito a compreensão do conceito para os pensadores deterministas da psicanálise.

Deste modo, a inveja é basicamente um afeto que aparece em um sistema mental que está a beira do caos, e neste sistema ao invés de permitir que os sistemas auto-poiéticos emergam, como mostra a teoria da complexidade, ataca todos os objetos que possam gerar novas configurações, isto é, a inveja é basicamente a inibição dos bons objetos que produzem crescimento.

O modelo usado por Bion é o da célula cancerosa, uma célula que decide ser imortal, e para isto destrói o sistema da qual faz parte. É difícil entender a inveja fora de um grupo, seria uma das consequências deste modelo.

A complexidade foi introduzida por Bion, de forma intuitiva, quando formulou seu conceito de objeto psicanalítico em 1963. Somente no final dos anos 80, e mais especificamente nos anos 90, é que a teoria se tornou estabelecida no pensamento científico.

TRABALHOS

- **A SUBJETIVAÇÃO SINTOMÁTICA DA MULHER**
- **"CHE - DIÁRIOS DE MOTOCICLETA"**
- **TRADUÇÃO SOBRE FERENCZI – ELIANA LOBO**
- **A MÃO AMIGA**

A SUBJETIVAÇÃO SINTOMÁTICA DA MULHER

SHEIVA C.N.ROCHA*

A- Sobre a histeria

Estou certa que nesse Congresso de Psicopatologia Fundamental será abordado por diversos autores, isso que se tornou uma observação usual para os profissionais da área, ou seja, a plasticidade dos sintomas e de seus significados. Mudam conforme mudam as épocas.

Nem sempre se pensou assim. Vejamos o caso da histeria.

A histeria desde os gregos é associada às mulheres. Hipócrates, cuja concepção dominou toda a antiguidade até o início da idade moderna, considerava a histeria como uma doença de mulheres por ser o resultado do deslocamento do útero do seu lugar natural e sua inserção no sistema nervoso.

Deslocamento produzido pelo desejo de ter um filho ou por anseios eróticos. Por isso mesmo nunca podia ser masculina.(5)

Embora Freud não tenha sido o primeiro a observar que havia histeria masculina, nem por isso deixou de ser ridicularizado. Afinal o próprio nome histeria vem de útero em grego.(7)

O que caracterizava essa concepção era a íntima conexão entre o desejo de gerar e a histeria. O que dava identidade à mulher era o ter filho. Ela existia para gerar.

Essa concepção só começa a ruir no século XVII pelos novos estudos anatômicos sobre a diferença sexual, quando aos poucos os médicos começam a atribuir ao sistema nervoso e não mais ao útero a origem da histeria, que, entretanto continuava sendo uma doença feminina.

Ou seja, levaram o útero de volta para seu lugar anatômico e o sistema nervoso passou a ser o responsável.

A originalidade de Freud foi retirar a histeria do campo do sistema nervoso e lançá-la para o psiquismo, agora gerido pela sexualidade. Num tempo cuja norma era o silêncio Freud, criou um espaço e uma escuta para que a histérica pudesse falar seu sexo.

Obviamente essas mudanças na ciência acompanharam as mudanças sociais. Uma revolução, a Revolução Francesa (1789), embora com resultados práticos de curta duração povoou a imaginação dos povos ainda hoje.

O seu lema – Liberdade, Igualdade e Fraternidade-, continua a produzir seus efeitos. Efeitos de uma utopia sempre buscada.

Ou seja, ao lado do avanço primeiro da anatomia e mais tarde da biologia, com os hormônios, os cromossomos, etc, ficou insofismável a existência de dois sexos-masculino e feminino.

O que hoje é mais do que óbvio, nem sempre o foi. Desde a antiguidade até o final do século dezessete, se acreditava na existência de um só sexo. O masculino.(5)

A diferença estava nos humores, quente nos homens e frio nas mulheres.

A homologia dos genitais permitiria, dependendo dos humores, a uma mulher se transformar em um homem. Simplesmente o que era interno se tornava externo.

Havia assim uma hierarquia. O masculino era o perfeito e o feminino imperfeito. Essa “diferença” de constituição biológica justificava a diferença social. Os homens superiores e as mulheres inferiores.

*Psicanalista. Presidente da Associação Psicanalítica do Estado do Rio de Janeiro - Rio 4

A partir da Revolução Francesa e sua reivindicação da igualdade de todos perante a lei, como manter a hierarquia?

Como já dissemos foi uma Utopia que continuamos lutando para alcançar.

Uma outra revolução social, certamente a mais importante do século XX, veio chacoalhar ainda mais postulados tão antigos.

Foi a revolução Feminina em pleno andamento, que também recebeu uma ajuda decisiva da ciência.

A invenção da pílula anticoncepcional libertou a mulher do que seria seu destino único.

A maternidade.

A mulher agora pode ter vida sexual com prazer, sem o fantasma de uma gravidez indesejada.

Ultimamente a Ciência veio em socorro também do sexo masculino com a invenção da pílula da ereção. Libertou o homem do fantasma da impotência sexual. Uma revolução talvez não tão grandiosa como a feminina.

Todos essas transformações nos jogaram no mundo pós-moderno.

B- Pós-Modernidade

Vivemos uma época que muitos chamam de pós-modernidade, que tem características diversas da Viena do fim do século XIX.

Uma época de transformações aceleradas, distante do psiquismo humano que é lento na elaboração das suas questões, dos seus conflitos.

As práticas sexuais cada vez mais precoces exigem dos adolescentes atitudes para as quais não estão ainda preparados. Essa pré-maturação entra em conflito com o lugar dado ao amor e a sexualidade genital levando-os a uma banalização e conseqüente decepção com as práticas sexuais. Tudo é descartável.

A era do consumo capitalista leva a um esquecimento da dor, da falta e do sofrimento. Uma recusa da subjetividade através da ciência e da tecnologia.

É a cultura do espetáculo, da exaltação do hedonismo, do status, do narcisismo. Época da força da imagem. O fast-food cultural no qual vivemos, com as informações nos alcançando instantaneamente, não nos dá possibilidade de assimilação.

Capacidade de pensar. Pensar inclusive nas forças invisíveis e coercitivas por trás da produção do imaginário. (Bourdieu, 1997)(4).

Não havendo elaboração psíquica, o sintoma se manifesta no corpo e não nas vias da imaginação. As pessoas não tem tempo para imaginar, devanear, fantasiar. Talvez a nossa cultura atual, nem busque mais esse tipo de atividade. Espera-se um agir.

A medicação entra como uma resposta rápida e direta, produzindo um alívio imediato. Não importa se desaparece a singularidade. Busca-se o novo pelo novo, como se o novo fosse sempre melhor. Há uma dificuldade de se estabelecer vínculos afetivos e de se construir história numa sociedade que exalta a fluidez e a substituição das relações. Há um declínio da figura paterna, da lei.

Atualmente, há uma tendência ao sobre investimento narcísico das crianças pelos pais, um enfraquecimento das proibições e das diferenças entre os sexos e as gerações, que tem por efeito tornar os limites mais fluidos e aumentar as relações de similaridade e os efeitos de espelho. (Jeammet,)(11). Na pós-modernidade o relaxamento na repressão imposta pelos costumes leva a um apagamento das diferenças entre homem e mulher. O desconforto provém da constatação de que a aproximação entre estes campos produz mais intolerância do que diálogo. Muito mais rivalidade do que desejo. O narcisismo tolera mal a convivência com o diferente. (M.R. Kehl)(10) Essas mudanças culturais deslocaram o eixo da ordem repressiva do tempo de Freud para a do consumo da transgressão dos nossos dias. O sintoma é relativo a sua época. A Histeria é fruto da repressão sexual. A anorexia fala do gozo do consumo.

Na contemporaneidade, essas manifestações psicopatológicas aparecem associadas ao ideal e ao corpo perfeitos, sem falhas, que as modelos procuram mostrar. Nos dias atuais a anorexia e a bulimia são sintomas culturalmente sintônicos. Adaptado ao ideal estético. São questões que ultrapassam a singularidade, já que é um sintoma disseminado do gozo.

Dessa forma, nas últimas décadas a clínica psicanalítica tem se estendido a tipos de sofrimento diferentes aos da clínica clássica.

Na cultura pós-moderna, em que os valores de profundidade e interioridade vem perdendo espaço, tendendo a ser substituídos por valores referidos a superfície e exterioridade. O consumo exacerbado que não respeita limites, nem direitos e nem regulamentação, levam os sujeitos a uma retração narcísica secundária. A pressão cultural para emagrecer, a preocupação excessiva com o corpo atraente compromete a percepção da auto imagem, estando sempre aquém do modelo. Vivendo entre o real e o ficcional. O corpo magro virou símbolo de poder e autocontrole. (Fucks)(8)

C- Bulimia

Entende-se por Bulimia a ingestão alimentar desenfreada, sem limite, paroxística e desordenada. O movimento típico é o chamado “ataque á geladeira”, em que o consumo de alimentos é indiscriminado. Não importa se é um alimento que se come quente ou frio. Não importa se doce ou salgado. É um movimento compulsivo e selvagem, ou seja, não segue as normas da civilização. É um consumo mais próximo da Natureza. Não importa se é cru ou cozido. Um verdadeiro festim maníaco.

Não é só esse o aspecto instintivo, ou melhor, dizendo pulsional. Não se procura o prazer, a satisfação do apetite, mas sim, o preenchimento de um vazio. Por isso a necessidade de enormes quantidades. O alimento não a apazigua. Busca-se um gozo pleno, total.

A Bulimia é a passagem ao ato em que no final ao invés do prazer sobrevém a vergonha. Por um mecanismo de clivagem e dissociação ele procura observar a si mesmo embora com um sentimento de estranhamento.

Essa passagem ao ato se constitui em recurso quase exclusivo para resolução de conflitos intrapsíquicos. Esse comportamento procura substituir a elaboração psíquica, não alcançada.

A relação das fantasias com os sintomas não é simples, mas múltipla e complexa, dizia Freud (1908)(7). A relação das fantasias com o ato, mais complexas ainda. Assim, é difícil atribuir unicamente ao conteúdo significativo a passagem de um trabalho de deslocamento de representações a uma conduta de ação.

No Projeto (1895)(7), Freud diz que na neurose de angustia há uma ausência ou insuficiência de descarga da tensão, enquanto na neurastenia a descarga é inadequada. A descarga inadequada empobrece a atividade psíquica, privando-a da energia de origem somática que não está ligada as representações. Prevalece a quantidade sobre a qualidade em virtude de esta estar impedida pelas defesas. Não há recalque, mas recusa, como nas perversões.

Freud escreve pouco sobre a bulimia.

Seguindo as idéias propostas no Projeto de 1895, haveria um quantum de angustia livremente flutuante que estaria sempre pronto a se ligar a qualquer conteúdo representativo adequado. Um acesso de angustia rudimentar. Isso representaria a bulimia.

Freud como bom evolucionista sugere que haveria um momento primeiro em que a organização oral engloba tanto a ingestão de alimentos como uma atividade sexual. Entretanto cedo o desejo se separa da necessidade.

O objetivo sexual aí reside na incorporação do objeto, protótipo do que acontecerá mais tarde como identificação.

O bulímico ao comer desbragadamente, busca esse estágio inicial da fusão do alimento com a satisfação sexual. Algo já perdido, mas que na sua ânsia de encontrar esse objeto, mesmo assim,

come “como um animal”. Por não elaborar a perda do objeto, não simboliza, não pensa. Daí a expressão comer como um animal.

Diferentemente dos psicopatas que também têm na atuação o seu modo principal de lidar com os conflitos intrapsíquicos, o bulímico não ataca o social, mas sim o próprio corpo. Na verdade, como diz Winnicott, é um retraimento anti-social que busca refazer um ambiente emocional primário e já perdido.

Como na anorexia, temos a questão da perda de objeto com a tentativa de recuperação e de triunfo sobre ele, que representaria a recusa onipotente da dependência e da depressão.

O sono e o vômito além das significações psicológicas, evitam a obesidade e dispensa o aparelho digestivo do seu trabalho. Recriam, entretanto a necessidade e o retorno ao ato de se alimentar. Essa periodicidade, essa compulsão a repetição produz o sentimento de estar entregue a forças superiores, que o subjuga, mas que tendem a livrá-lo de si mesmo. Muitas vezes a bulimia é acompanhada ou seguida de toxicomanias medicamentosas, alcoolismo e práticas delinqüentes. Nem todas as bulimias estão associadas a vômitos. Quando ele está presente o prognóstico é pior.

O aumento da freqüência dos casos de bulimia e a sua predominância nas mulheres jovens, no fim da adolescência que pertencem à extratos sociais mais elevados leva a se pensar em aspectos sociais que serão abordados mais tarde. Tende-se a valorizar, cada vez mais os vínculos familiares. Em geral são famílias com confusão de limites geracionais e entre seus membros. Mães que não puderam assegurar a modulação da ilusão primitiva, ansiosas demais ou ausentes.

A dificuldade de se constituir um ideal de eu e um projeto identificatório ligado a realidade, favorece a persistência de formações super egoicas mais restritivas frente as quais a crise bulímica é uma escapatória.

A adição bulímica leva á abolição transitória do tempo como lugar do imaginário e do desejo e conseqüentemente das contradições, das proibições. O sentimento de liberdade é seguido pelo de sujeição, de escravidão. A repetição das crises empobrece a vida de relação, a vida afetiva e imaginária.

O ato bulímico, ato de descarga resulta da falta de elaboração psíquica, de simbolização. Revela por sua repetição um tipo de recusa de alcançar o sentido, sendo resultado de uma operação defensiva que localiza e condensa os conflitos intrapsíquicos e os dirige para a descarga.

O fracasso na elaboração de sintomas por simbolização ou pela formação de compromisso, revela a fragilidade dos contra investimentos e do recalçamento secundário. O afeto predomina sobre as representações levando-as ao desaparecimento. Ou seja, predomina o calor sobre a luz. Desaparecem em graus diversos as imagens tanto positivas quanto negativas que são as produtoras do apetite e da aversão.

A instalação de crises bulímicas na puberdade atualizam o complexo de Édipo e as fixações pré-genitais impondo novos arranjos pulsionais defensivos. Ora, isso coloca em questão novamente os resultados da relação de apoio também chamada relação anaclítica e o recalçamento que asseguram a autonomia relativa do ato da alimentação em relação a sexualidade.

Em termos de desenvolvimento libidinal a emergência de um registro sexual arcaico mostra a regressão e a fixação pulsional no nível pré genital da neurose, tendo como conseqüência as diversas dimensões da oralidade aticadas, por exemplo, a avidez, a impaciência, a urgência de satisfação, a perda da diferenciação na fusão com o objeto e sua destruição através da apropriação.

A analidade se manifesta através da fecalização dos alimentos e até do próprio corpo visto como lixeira. A falta de higiene o fascínio pela sujeira, a aversão e a vergonha assim como vômitos. Na adolescência as contradições entre os conflitos arcaicos e a sexualidade genital, que se torna possível, comprometem a integração psíquica.

A adição bulímica encobre a problemática feminina do Édipo, assim como da castração, da inveja, das fantasias de penetração, da passividade e da receptividade.

Para alguns autores, Bergeret(11), por exemplo, não existe uma estrutura específica para o comportamento de adição. A adição seria uma tentativa de defesa contra as deficiências ou falhas de estruturas psíquicas profundas.

Há uma alternância entre avidez e repulsa pelos alimentos, uma oscilação entre tudo ou nada. Como há uma fragmentação dos limites do self torna-se difícil gerir as distâncias relacionais.

Diferentemente das outras adições, há uma grande produção de fantasias. Existe, portanto a capacidade de representação. Apresenta, porém características particulares. Além de sua crueza, apresenta uma significação muito clara com os conteúdos latentes e manifestos se tornado um só. As fantasias vêm em borbotões, não derivadas de uma livre associação, mas como uma compulsão representativa que funciona como defesa ao perigo.

Há uma apetência objetal. Assim o investimento é maciço. Por isso mesmo intenso e frágil. É a eterna busca de um objeto a ser consumido ou sobre o qual se apoiar (anacliticamente). Não havendo elaboração, a menor rejeição ou mesmo a percepção de uma possível rejeição leva a uma fuga, a um retraimento artístico ou mesmo indiferença.

A fragilidade narcísica da bulímicas encontra-se tanto nas características de sua forma de se relacionar quanto no olhar que lançam sobre si mesma e em suas relações com sua própria imagem. Essa intensidade de investimento não se deve somente aos parâmetros pulsionais e libidinais, é resultado também das internalizações insuficientes e da fragilidade dos processos de diferenciação, permanência da bissexualidade, má diferenciação do super ego e do ideal do eu que continuam impregnados de elementos arcaicos.

A autoestima está grandemente apoiada em objetos externos, resultando em um ataque ao seu interior, gerando uma sensação de vazio, de insignificância.

Tudo isso reflete as dificuldades de suas relações parentais. A aparente proximidade com o pai não é mais que um afastamento da mãe. Não uma relação autônoma, diferenciada com o pai, como terceiro estruturante.

Essa negação do pai, leva a uma relação sedutora com outros membros masculinos da família.

A relação com a mãe é marcada por decepções precoces que por sua intensidade, fogem a elaboração tornando-se traumáticas e levando a procurar objetos externos de investimento.

D- Escola Inglesa e Escola Francesa

Podemos examinar os distúrbios alimentares a partir de Freud fazendo um corte epistemológico entre, dois paradigmas diferentes, um o parâmetro evolutivo onde encontramos os seguidores da Escola Inglesa e Winnicott com as relações objetais e o outro, o parâmetro estruturalista, da Escola Francesa com a dialética do narcisismo, onde a falta do simbólico é mediada pelo corpo.

Dependendo dos autores, os conflitos referentes a anorexia e bulimia detém-se na teoria das pulsões, nas relações objetais ou na formação da identidade sexual e do processo de simbolização. Enfatizando na sua psicodinâmica, os conflitos pulsionais ou as deficiências egoicas.

Em Freud há uma ênfase na regressão à oralidade, como sede do conflito entre a pulsão nutritiva e a pulsão sexual aí simbolizada. A falta de integração das pulsões sexuais em uma genitalidade. Para o estabelecimento da prova de realidade, é necessário que o objeto perdido tenha antes trazido uma satisfação real. Isso é o que permite a atividade de pensar. Por não ter podido simbolizar de uma maneira suficiente essa perda, os bulímicos parecem tomar o caminho da satisfação alucinatória, continuando regido pelo princípio do prazer-desprazer.

Ainda nos modelos de articulação mente–corpo da histeria, temos Lasègue (1893) que considera a anorexia, no grupo das histerias pela contradição entre a perda de peso e o bem estar; orgulho relatado.

Alguns autores falam da interdição da fantasia incestuosa com o pai e o deslocamento do desejo sexual para a boca, através de uma regressão defensiva. Há na anorexia e na bulimia, uma fixação não substituível do objeto primário- a mãe. A partir da fusão primária, o objeto interno que não foi bem instalado torna-se persecutório. O objeto é possuído, confundido consigo na fusão primária, mas simultaneamente destruído pela incorporação canibalesca, secundariamente fecalizado e violentamente expulso pelo vômito.

Na incorporação canibalesca, o corpo da menina é vivido como mau e a inanição seria uma tentativa de matar esse objeto intrusivo (Silvini Palazzoli-1978)(11), ou como um inimigo pela identificação com o objeto primário(Boris-1984)(11). Vomita-se para que o objeto não faça mau ao corpo, ao vomitar mata-se os objetos persecutórios ou os coloca para fora. Comer, pode significar a separação da mãe que alimenta, quebrando a fantasia de completa união com a mãe. A inveja primária de um objeto bom fora da menina, determinaria essa relação objetal (Moll-1998)(11).

Para Marililyn Lawrence,(11) a inveja alimenta o desejo de fusão e a resistência a receber, enquanto a agressão contra a imagem do corpo da mãe é exteriorizada por meio da inanição auto-infligida. Há uma concretude, a comida não representa a mãe ela é a própria mãe. No espaço que intermédia a relação com a mãe, não há símbolos nem palavras. Logo não tem o terceiro que demoliria a fantasia de fusão. Esses pacientes teriam sofrido intrusão física, psíquica, ou ambas.

A invasão psíquica é quando a mãe usa a criança como receptáculo de projeções. A autora faz um correlato entre a feminilidade e a angustia de intrusão. Há um terror de solidão e aniquilamento psíquico. Existe uma multiplicação de operações defensivas que procuram evitar o conflito intrapsíquico pela expulsão dos conteúdos mentais, daí os mecanismos, freqüentemente lábeis de identificação projetiva. A menina se mantém na posição esquizo-paranoide, com defesa maníaca contra a dor depressiva da situação edípica.

Numa tentativa de controle dos objetos internalizados principalmente o par sexual representado pelas imagos parentais, através do controle dos alimentos. Para M.Lawrence(11) as pacientes bulímicas mantêm um intenso interesse sobre os objetos, mesmo tentando negá-los; tem consciência de sua necessidade, logo, há um movimento em direção à vida, enquanto a anorética tem em direção à morte. A anorética tenta matar uma parte vivida de si mesmo, representada pelo par sexual, eliminando em si toda a necessidade. Instala internamente uma situação difusa, sem sentido de unidade com um objeto sem traço característico, uma paisagem estéril.

Para Birksted Breen,(11) a menina mantém a ilusão de constituir um casal com a mãe, logo o pai é vivido como um intruso. Há um desejo e um temor por tal fusão. A falha na simbolização é devido a impossibilidade de configuração de um espaço interno triangular.

Para Glen Gabbard,(11) haveria uma tentativa da menina em ser única e especial, ser tudo ou ser nada. Atacando ao self, tenta se adaptar aos desejos dos pais e com isso, nunca ser abandonada. Esse papel provoca muito ressentimento, sendo a anorexia uma forma de revolta, buscando no nascimento de seu self, uma defesa contra a voracidade e desejo e um ataque a introjeção materna hostil, vista como equivalente do corpo.

A escola francesa, baseado na dialética do narcisismo, através da lógica repressiva, tentam uma vinculação entre o narcisismo e as síndromes dos transtornos alimentares.

As patologias narcísicas são patologias que se fundam na falta ou no excesso (invasão) da contribuição do inconsciente materno. A anorética sofre no desamparo que ela se esforça em negar. Tenta negar sob o modo auto-erótico a dependência e o apego ao objeto primário e deles se apropriar, pois essa perda é inaceitável, e seu luto, impossível, em razão da falha da organização narcísica (Catherine Couvreur)(11). Há uma falta de constituição do objeto interno e uma indistinção de zonas erógenas. A problemática do vazio corporal que o preenchimento frenético procura ocultar, utilizando-se de modalidades arcaicas do gozo. Nessas pacientes a recusa e a clivagem estão freqüentemente em ação, recusa a realidade da perda da mãe pré-edípica, clivagem perversa no nível do corpo, com o investimento da coisa alimentar. Não há uma negação da angústia de castração e sim a recusa, formando o fetiche. O outro é reduzido ao

fetichismo, é a presença de um objeto externo que assegura a do objeto interno mesmo como substituto.

Para Bernard Brusset(6), na bulimia se estabelece num processo defensivo, pelo qual o desejo, descrevendo um trajeto inverso ao do apoio, faz passar pela necessidade. Logo se tem maior urgência da necessidade de descarga efetiva; daí a necessidade de se libertar dela na busca do controle, da onipotência, da auto-suficiência, resultando na busca do self objeto ideal. Essa passagem ao ato ,traz um empobrecimento mental e uma falência narcísica, com compulsão à repetição ,ao modo de uma toxicomania sem droga.

O auto-erotismo em sua meta de libertação em relação ao objeto fracassa e ,nessa mesma lógica da auto-suficiência e do desejo de não desejo, o investimento da não –satisfação, como se esta acontecesse, virtualiza o gozo e assegura a permanência de sua possibilidade de renúncia à sua atuação na realidade externa. Esse dispositivo é fortemente reforçado pelo investimento narcísico e pela busca de potência da renúncia e da recusa.(Bernard Brusset)(6)

Segundo P.Fedida, A compulsão bulímica se entende segundo essa bipolaridade de uma falta interior que deve ser preenchida e de uma representação de desejo que deve ser anulada.Lacan no seminário IV fala que a possibilidade do sujeito de elaborar a sua subjetividade tem haver com as experiências fundamentais de ruptura e de falta, tais como a separação do nascimento ,o desmame ,o afastamento da mãe e a castração.

A castração envolve ambas as figuras parentais, existe uma anterioridade,que seria a castração materna, com o desmame primitivo, quando a criança se liberta da forte interação com a onipotência materna e a castração paterna, em que o pai real assume o papel de pai castrador, como elemento mediador essencial ao mundo simbólico e sua estruturação. Quando o pai é deficiente de seu lugar, trazendo sinais de ausência de desejo isso dificulta o processo de identificação da menina e separação da mãe. Frente ao aprisionamento fusional a saída é ela devorar. A anorética fica sem saída ,pois ao atingir o corpo ideal corresponderia a um padrão, que ao mesmo tempo é dominada pelo componente narcísico, ao mesmo identifica e a faz perder sua identidade subjetiva. A anorética não alcança o corpo de prazer. O prazer fracassa em cumprir sua função de limite do gozo. (Daisy Justus)(9). O que faz barreira ao gozo é o desejo. Sem a barreira,ele não cessa de se inscrever, não produz nada a não ser a destruição.

E- Conclusão

Revimos as várias interpretações psicanalíticas sobre esses sintomas, que seguindo os ditames do nosso tempo se dão no real do corpo provocando ou orgulho ou vergonha. As interpretações são originárias de dois parâmetros principais no campo psicanalítico. A visão estruturalista francesa e a visão genética/evolucionista da escola inglesa. Ambas as visões oriundas da leitura do texto freudiano tendo em comum a falha de uma elaboração psíquica não alcançada , de um curto-circuito no simbólico favorecendo a via da descarga e da ação.

Esse é um texto em que vemos como o sintoma da bulimia e da anorexia tem várias interpretações expressando também o que poderíamos chamar de “bulimia teórica”.O poder e o autocontrole sobre o corpo podem ser interpretados como um ideal da cultura, desejo de autonomia e auto-suficiência que é tão caro à cultura americana e por conseqüência á nossa. Há um deslocamento do registro psíquico para o registro corporal. A anorexia faz um barramento ao outro ao mesmo tempo que é submetida a cultura estética.Existe um enorme preconceito com o gordo e um valor dado ao magro, valorizando o auto-controle sobre o corpo. É um valor engendrado pelo individualismo.

Nesse trabalho a pretensão foi rastrear os aspectos culturais que fazem parte da construção dos sintomas (series complementares do Freud), enfatizando a grande mudança da modernidade para a atualidade.

Focalizamos os efeitos psíquicos do regime capitalista contemporâneo, onde se exacerba o gozo do consumo, a supremacia do sempre novo e também do mais novo sobre o já conhecido. O novo traria o preenchimento total do vazio. A expectativa de um alívio imediato do mal estar e da dor psíquica e a dificuldade de lidar com qualquer espera adiciona um regime de exterioridade. É o Império da imagem e a ascendência do Ter sobre o Ser.

Bibliografia

- 1-BARROS, Romildo do Rego – Compulsões, desejo e gozo
- 2-BAUMAN, Zygmunt – O Mal Estar da Pós-modernidade . ed.Jorge Zahar
- 3-BORGES A, Maria Beatriz F., JORGE B, Miguel R. – Evolução histórica do conceito de compulsão alimentar
- 4-Bourdieu, P. Sobre a televisão. ed Zahar-
- 5-BIRMAM, Joel – Gramáticas do Erotismo. Ed Civilização Brasileira.
- 6-BUSSET, B., CONVEUR, c. FINE, a – A Bulimia
- 7-FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Editora Imago.
 - “Extratos de Documentos Dirigidos a Fliess”
 - “Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”
 - “Totem e Tabu”
 - “Sobre o narcisismo: uma introdução”
 - “Luto e Melancolia”
 - “Mais Além do Principio do Prazer”
 - “Psicologia de grupo e análise do ego”
 - “O ego e o Id”
 - “Neurose e Psicose”
 - “Algumas considerações sobre a distinção anatômica entre os sexos”
 - “A Sexualidade Feminina”
 - “Novas Conferencias Introdutórias Sobre Psicanálise”
 - “Esboço de Psicanálise”
- 8-FULKS, Mario Pablo – Considerações teóricas sobre a Psicopatologia Contemporânea
- 9-JUSTUS, Daisy – Anorexia, uma cega tenacidade. mimeografado
- 10-KEHL, Maria Rita – A Mínima Diferença –ed imago.
- 11-NINA, Milton Della – Anorexia Nervosa e a Psicanálise: tendências de uma leitura . Rev.bras.de psicanálise vol.37-2003. 1997.

Diários de motocicleta

“Entre a alvorada e o entardecer.
Pássaro introspectivo a nos aguardar
Fiel”

Ana Lia Vianna Ambrosio
aPERj – Rio 4

MÉDICA PSICANALISTA (aPERj – Rio 4), ESCRITORA. Autora de vários ensaios psicanalíticos: Assim é, se lhe parece. Reflexões sobre o conceito de Verdade na Psicanálise. Psicose – possibilidades e limites. Asas do Desejo. Da Verdade e das aparências – Pirandello. Etc. E vários livros de ficção: “Por causa do azul”, “Espiral”, “Elisa”, “Pouso das garças”.

“Quem sabe faz a hora,
não espera acontecer”

Geraldo Vandré

CHE = Diários de motocicleta

Resumo do filme – perfil de Ernesto
Ritos de passagem
Outra viagem

Ernesto Guevara nasceu em 1928, na cidade de Rosário, Argentina. Primogênito, tendo quatro outros irmãos; muito unidos os cinco. Com um mês de vida, vítima de uma bronco pneumonia – causa duma “asma” que atormentou-lhe a vida inteira. A família, a conselho médico, transferiu-se para a província de Córdoba (tempos depois), onde o clima bem melhor. Até sua avó, a quem Ernesto era particularmente ligado, aderira à mudança.

Estes dados iniciais falam a favor de uma família estruturada e de um possível holding e investimento narcísico positivo em Ernesto. O que o filme revela-nos na partida dos dois aventureiros – Ernesto e Alberto - pela América do Sul.

O filme retrata a viagem de Ernesto Guevara (Fuser para os amigos) e Alberto Granada, saindo da Argentina, percorrendo a América do Sul, acompanhando a Cordilheira dos Andes – parada especial na Amazônia Peruana. Durante a viagem o espírito humano é ressaltado, juntamente com a descoberta das desigualdades, ele traça introspectivamente o que constituiria seu ideal e sua vida. O filme dedica-se a passear na garupa de uma motocicleta e depois, lado a lado com os protagonistas a conhecer a história. Ao revelar-nos tudo pela lente que reflete o antigo diário de Che. O partido do idealismo político ganha, então, a cena. A equipe de Salles agrega detalhes e nuances às personalidades dos heróis. Doce e revolucionário o filme.

Partem os dois e a velha (cansada de guerra) motocicleta “La poderosa”. Os dois amigos se completam; um o oposto do outro. Ernesto, estudante de Medicina, 23 anos, especializado em Lepra. Alberto, 29 anos, bioquímico. Ernesto, em plena erupção do seu mundo interior, ao deixar os seus em busca do real caminho. Busca, inconsciente, do “Futuro”. Introspectivo. Já Alberto: falante, galanteador, voltado para o exterior. Almas opostas, com saudáveis discordâncias; mas sobretudo uma amizade sincera. Crescente a cada passo que, juntos, experimentavam o amanhã. Bela paisagem, vigorosamente bem filmada – forte estímulo para seguirem adiante, deixando o harmonioso passado para trás. Distância irrecuperável, longe Buenos Aires. As grandes distâncias percorridas necessitam, paradoxalmente, de algo que as aproximem da nova realidade. Um elo comum a unificar o povo latino americano?

Metáfora perfeita que o filme nos comunica, no tocante às distâncias, diz respeito à enorme travessia (águas violentas, e a asma a perseguí-lo) que Ernesto faz para chegar à margem oposta, em que os doentes com lepra, mais carentes, habitavam na Amazônia Peruana. Com eles compartilha parte do seu aniversário. Lá se desprende do passado, de Alberto, da “adolescência”.

A asma não serviria de álibi para Ernesto ficar eternamente preso às amarras de casa? Esta viagem torna-se, então, o termômetro da ligação e do interesse pelas causas justas e pelos desvalidos. Termômetro também do afastamento da família. Nascia um guerreiro justo por extensas “famílias”: comunidades, países, terras. Mito intransponível. Nascido de um berço simples, sólido, coerente? Quem sabe... *Mas reduzir os feitos de Che Guevara aos alicerces de uma visão analítica, não seria desfazer do “homem” Che. Numa outra viagem, a psicanálise vingaria? Numa outra viagem sim.*

Sobre o filme ainda: Em cada país por onde a dupla passa, há uma ligeira mudança de abordagem, feita de maneira muito estruturada. Quando os personagens saem da Argentina é que o clima de road movie instaura-se em definitivo no filme. A passagem pelo Chile, uma fronteira que prepara com sutileza o caudaloso teor ideológico guardado para depois. Neste país, em muitos instantes, a apresentação dos personagens lembra a de um documentário, com o depoimento de humildes trabalhadores rurais denunciando a distribuição injusta da terra. (Não fosse os estreitos laços que Ernesto e Alberto travavam com os trabalhadores, personagens vivos – protagonistas? De longe, lembraria um documentário). Guevara solidariza-se com os dramas dessas pessoas, cuja insatisfação particular é denotada no comportamento de Ernesto.

Amadurecendo às custas de uma severa e longa introspeção (povoada de sentimentos depressivos). Quando chegam ao Peru, a consciência social do líder revolucionário é ratificada ao visitar os templos Incas e invocando o massacre feito pelos espanhóis. O clímax do filme ocorre quando a dupla visita o Leprosário distante, localizado na Amazônia Peruana. Lá, as convicções de Guevara são postas à prova, e o resultado foi a ornamentação de um líder conhecido por todos. Para tal resultado, inúmeros os ritos de passagem.

Excelente trabalho resultante de tarefas difíceis, o diretor Walter Salles não só adaptou brilhantemente as memórias de Ernesto Guevara e Alberto Granada, como também fez um registro de fidelidade filosófica a um ideal coletivo, fato raro na era das celebridades.

Ritos de passagem

Em todos ritos de passagem, exigidos de quem o faz, duas atitudes aparentemente contraditórias: ação e introspeção. Difícil dualidade, em que a humanidade foge ao vivenciá-las, e com isso sai perdendo.

Um dos maiores problemas do mundo atual é a escassez de rituais, pois eles facilitam a elaboração das crises, justamente através de compartilharem complicados processos de maneira socializada. O enterro, por exemplo, de alguém que nos é caro – necessário viver aquele momento como uma forma de despedida em conjunto. Ratificada pelo olhar do outro.

O modismo imperante desqualifica os ritos, tratando-os superficialmente, reduzindo-os à relíquias do passado. Formatura? Casamento? Enterro? Pra quê. “Envie flores e um E-mail”. Adolescência, gravidez, menopausa e andropausa, velhice. Medicamentos e produtos para quase todas as eventualidades. Menos a morte.

Limites e leis caóticos. Adolescentes envelhecendo precoces. Velhos imitando os jovens. Ganhos? Relações frágeis e fugazes, em nome de uma liberdade que homens e mulheres sequer suportam! Homem mais feliz?

No filme, em questão, Ernesto vive com dor e prazer os intensos ritos para atingir a idade adulta (identificado à coletividade e seus conflitos), deixando de lado resquícios da adolescência.

Viagem interna

Baseada nos diários de Ernesto Guevara e Alberto Granada, o filme mostra a aventura de oito meses dos dois amigos, focalizando um panorama do que se convencionou chamar de “alma latino americana”.

Amizade, solidariedade e, profundas transformações – eixo humano e quase único do enredo. A própria trajetória deles, uma história do desenvolvimento psíquico “natural” do homem. Com seus desvios e nuances. Lição de psicanálise? Quem sabe. Ao tentar a escrita sob o viés analítico, a redundância configura-se cada vez mais óbvia. Difícil distanciar-me do filme para enxergá-lo como material a ser abordado.

Destino da “viagem” – descobrimento da América Latina, passando pelo Chile, Peru, Colômbia, Venezuela. Plano inicial consistia em percorrer oito mil quilômetros durante quatro meses, desvendando a América (ou a si mesmos), que apenas conheciam por livros. E trabalhar no Leprosário de San Pablo na Amazônia Peruana.

América significando o denso universo a ser pesquisado internamente, com coragem e cautela. Tal num processo analítico.

Vigoroso o despertar de suas consciências políticas: injustiças sociais e desigualdades. Exploração do homem, do trabalho, da terra, dos índios. Etc.

Traços do que viria a ser a personalidade revolucionária de Ernesto evidencia-se no discurso final da comemoração dos seus vinte e quatro anos, onde afirma que os povos latinos americanos pertencem a um único continente e única raça. A unificação da América numa só identidade – solução para os graves conflitos sociais. Perfil do “Che” a vista.

Outra viagem

Emprestado a Walter Salles e à equipe do filme, a trama para uso da psicanálise num de seus múltiplos viés. Embora o enredo tangencie sempre a teoria analítica. À medida que se refere à vertente humana do conhecer, aprofundar, desabrochar - viagem única e sem volta.

“La Poderosa” funcionando como objeto transicional – velha e usada, mas necessária ao empreendimento de Ernesto e Alberto. Aos poucos, ela própria, despenca de tanto carregá-los. Ou de muito usada. No início, imprescindível a força que empresta aos dois aventureiros, ligadérrimos à família e à Buenos Aires. Precisando de um objeto concreto, subjetivamente percebido. À medida que avançam, “La Poderosa” perde a sua função. Cedendo espaço para outros objetos transicionais ou objetos, já, reais? Cordilheira dos Andes por exemplo; contatos com pessoas vítimas das injustiças e desigualdades sociais. Diferentes formas de viver (e de brincar). Questão para refletir: Será que, durante toda a vida, inventamos “substitutos” do objeto transicional – menos regredidos, mas com o mesmo “uso”? Uso, quem sabe, semelhante aos ritos de passagem. A transição, salvo raros momentos, presente no nosso cotidiano; bem mais que as etapas concluídas.

Freud, na tentativa de localizar na topografia da mente a experiência cultural, utilizou o conceito de “sublimação”. Embora reticente quanto à sua afirmativa. A experiência social, segundo Winnicott, emerge em estágios posteriores do desenvolvimento rumo à independência. Infundáveis ambos os caminhos.

A asma de Ernesto como doença física, carga positiva, a proteger o verdadeiro self. Doença que poderia tê-lo paralisado, mas o ergueu forte. Identificado com a luta dos sofrendores e desvalidos?

Significativa a atitude de Ernesto e Alberto, ao chegarem no Leprosário de San Pablo, na Amazônia Peruana, quando se negam a usarem luvas no contato com os pacientes. Exigência feita pelas freiras que cuidavam deles. Com tal atitude, mostravam viva intenção: demonstrar a falta de preconceito em relação à doença e aos doentes, nem pelos efeitos por ela causados. Postura semelhante a do analista com seu paciente. E de qualquer profissional que trabalhe com a alma humana.

Configuram-se – Ernesto e Alberto rumo à independência.

Sobre a relação dos dois: nada fácil lidar para ambos com as alternâncias das funções exigidas – longo o trajeto e a travessia. Cada qual com características próprias, vivendo juntos o “estar só” e a dependência. Afetos, a cada passo, confundem-se; para, logo após, reencontrarem o eixo. Estreita e marcante a amizade de Ernesto e Alberto. A bela paisagem, os novos conhecimentos, o nascimento de marcas sofridas – conquistas e conflitos a povoarem-lhe as almas. Transição para o início de um caminho sem volta.

O filme situa, com intensa poesia, o processo de crescimento dos homens. Para tal tarefa realizar-se com êxito, necessário não desvincular as inúmeras facetas entre si. Ao atingir a maturidade, ele o faz integralmente. A veia política e a maneira de lidar com as questões sociais – sempre presentes. Em graus e medidas diversas. Assim como a estrutura também. O homem muda, evolui, cresce, por inteiro. Raízes as mesmas.

Comum, nós analistas, ouvirmos que a psicanálise está em crise. Baixa do poder aquisitivo? Soluções mais breves? Tantas as causas! Crise em todos os setores, descrença nas leis e nas pessoas, vínculos precários.

Certamente, além dos mencionados acima, a psicanálise vítima, inconsciente, de sua arrogância e cegueira por muito tempo. Contrariamente a Freud, preocupado com seu futuro. Panacéia universal – curando todos os males. Isolada das outras ciências, bastando-se a si própria. Triste e cruel engano. Entanto, talvez ela esteja agora aproximando-se de uma plausível existência. Acertos e tropeços inevitáveis...

Resumo

O autor faz um relato do filme, intercalando com referenciais teóricos da psicanálise. Embora tente separar tais referenciais da história do filme em questão. Tarefa por vezes inviável, a própria temática abrangente do filme dificulta. Reflexões criadas pelo autor ganham destaque com o “evoluir” da viagem. Questiona sobre a ausência dos ritos de passagens na atualidade. Ressaltando a importância dos ritos no filme e na psicanálise. O aspecto “humano” e introspectivo do crescimento, muito valorizado pelo filme – principal elo de ligação com a psicanálise. Termina, propondo indagações sobre sua crise. Otimista, a vê com bons olhos.

Unitermos

Viagem, transição, crescimento.

Referências bibliográficas:

- 1 _____ FREUD, S (1905) *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* S. E. vol 7, Imago Editora Ltda. Rio de Janeiro, 1969.
- 2 _____ *Sobre o narcisismo – uma introdução*. S. E. vol 19, Imago Editora Ltda, Rio de Janeiro 1914.
- 3 _____ WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação. Da dependência à independência do indivíduo*, Porto Alegre 1963, pág 79
- 4 _____ *O ambiente e os processos de maturação*. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self , Porto Alegre 1960, pág 128.
- 5 _____ *O Brincar e a Realidade.. Objetos transicionais e Fenômenos transicionais*, Rio de Janeiro 1958, pág 13.
- 6 _____ *O Brincar e a Realidade. A localização da Experiência Cultural* Rio de Janeiro 1967, pág 133. .
- 7 _____ *Da Pediatria à Psicanálise. A defesa maníaca*, Rio de Janeiro 1935, pág 247.



O TRAUMATISMO, CONCEITO CENTRAL DA OBRA FREUDIANA

TRÊS MOMENTOS PODEM SER ESQUEMATICAMENTE DESTACADOS:

* Tradução sobre Ferenczi – Eliana Lobo

A. Um primeiro período que vai de 1895 a 1920

O traumatismo se refere ao sexual e, assim, estava intimamente ligado à **teoria da sedução**: este modelo, que designa a ação da “sedução” sexual como condutora da organização da neurose (que interessa à memória, ao recalque e ao seu levantamento), é o que predomina até 1920.

No interior deste primeiro período, dois momentos devem ser distinguidos:

. um **primeiro momento** (de 1895 à 1900 / 1905), durante o qual S. Freud estabeleceu que o modelo principal da ação do traumatismo ligado a uma sedução é o do modelo em dois tempos

(“après-coup”) do **Projeto** [1] e dos **Estudos sobre a histeria** [2]; é também o momento (“eu não creio mais na minha neurótica”, 1897) onde é o “fantasma” e não mais a sedução que se torna o fator traumático principal e dirige a organização da neurose;

. um **segundo momento** (de 1895 a 1920), durante o qual S. Freud redesenha o “desenvolvimento sexual infantil” e elabora a metapsicologia; em termos de desenvolvimento sexual infantil e da teoria da libido, as situações traumáticas paradigmáticas são ligadas aos “fantasmas originários” e às angústias correspondentes [angústia de sedução, castração, cena primária, complexo de Édipo]; o traumatismo está relacionado com a força pressionante das pulsões sexuais e a luta do Ego para se liberar; todos os conflitos e todos os traumatismos são encarados em referência aos fantasmas inconscientes e a realidade psíquica interna.

B. A partir de 1920

O traumatismo adquire uma nova dimensão pelo fato de que ele se transforma em um conceito emblemático (metafórico) das aporias econômicas do aparelho psíquico; assim, o traumatismo representa uma “efração da para-excitação” [3]: o **Hilflosigkeit** – o desamparo do bebê - se torna o paradigma da angústia de transbordamento, quando o sinal de angústia não permite mais ao ego proteger-se da efração quantitativa, seja de origem externa ou interna; nos anos seguintes, em **Inibição, sintoma e angústia** (Freud S., 1926) [4], S. Freud propõe uma nova teoria da angústia, acentuando a ligação entre o traumatismo e a **perda do objeto** (introduzindo então a questão, que se tornaria central em psicanálise, das relações de objeto) [5]; a partir de 1920, ao termo de **traumatismo** se acrescenta também o termo **traumático**.

C/ Ao fim de sua obra, em **O Homem Moisés** (1939) [6]

S. Freud sublinha que as experiências traumáticas originariamente constitutivas da organização e do funcionamento psíquico (“**Nós chamamos traumatismos as impressões experimentadas na primeira infância, depois esquecidas, impressões essas às quais atribuímos uma grande importância na etiologia das neuroses**”) podem acarretar **perturbações precoces do Ego** e criar feridas de ordem narcísica (o que Ferenczi sublinhou em todos os seus últimos artigos); por outro lado Freud distingue dois efeitos, **positivos** e **negativos** (“**um Estado no Estado**”) do traumatismo (e por isso, aqui se pode propor o termo de **trauma**).

Traumatismo, traumático e trauma : três “versões” metapsicológicas

Apoiado sobre esta evolução em três tempos do conceito de traumatismo na obra freudiana, proponho distinguir os três termos **traumatismo, traumático e trauma**, atribuindo-lhes **valências diferentes** quanto à organização psíquica e os parâmetros com os quais nos confrontamos, e em especial quanto ao tratamento psicanalítico:

1. o **traumatismo** designa a concepção genérica do trauma; mais especificamente deveria designar o que aparece, no tratamento psicanalítico, como os efeitos representáveis, figuráveis e simbolizáveis do efeito traumático da organização fantasmática do sujeito (em primeiro lugar o fantasma da sedução, associado ao fantasma da castração e o da cena primária), com o peso do sexual sobre eles; é o que, classicamente se vê aparecer ressaltado na organização dos tipos de funcionamento psíquico das neuroses ditas “neuroses de transferência”;
2. o **traumático** designa mais especificamente o aspecto econômico do traumatismo (a falha da “para-excitação”, etc.); este princípio econômico tem um tipo de funcionamento a propósito do qual se poderia falar de “marca traumática”; mesmo se uma parte dos seus efeitos puderem ser representáveis, figuráveis e simbolizáveis, não o serão nunca totalmente;
3. o **trauma** irá designar a ação positiva, mas sobretudo **negativa**, do traumatismo sobre a organização psíquica; como sugere Freud, pode conter as “**perturbações precoces do Ego**”, sob forma de “**feridas de ordem narcísica**”; estes traumas (que concernem às marcas do objeto, ou à ação do ambiente, e que podem sobrevir antes do estabelecimento da linguagem) vêm perturbar e reforçar os primeiros operadores defensivos como a

negação, a clivagem, a projeção (identificação projetiva), a idealização, a onipotência, etc.; eles podem organizar “zonas psíquicas mortas”(“criptas”, Abraham N., Torok M. [7]) a partir da ausência de representação, de figuração e de simbolização que eles contêm. Isso que é assim designado “trauma” interessa então às categorias do primário e do originário, em articulação com as categorias edipianas clássicas, o que, assim, situa este conceito no centro das preocupações de toda análise contemporânea.

Os ensaios de Ferenczi : do “traumatismo” e do “traumático” ao “trauma”

O que proponho examinar no momento é a incidência e o alcance dos ensaios de Ferenczi quanto ao traumatismo, ensaios apresentados entre os anos de 1926 (ano em que Freud publica **Inibição, Sintoma e Angústia**, último escrito em que ele é levado a falar de traumatismo antes da morte de Ferenczi) e 1933 (ano em que este desaparece). Estes ensaios verdadeiramente estiveram na origem daqueles que Freud propôs em 1939 em **O Homem Moisés**, ou dito de outra forma, se referem aos traumatismos que não são unicamente de origem sexual, mas incidem sobre a sexualidade pelo fato de serem traumas precoces (por vezes instaurados antes da aquisição da linguagem), que prejudicam gravemente o narcisismo (e os recursos narcísicos) da **criança** por causa das “inadequações” das respostas do objeto e do ambiente (a mãe ou seu substituto).

Os traumas, descritos por Ferenczi, são ações desorganizadoras ao nível dos processos secundários e secundarizados (como os traumatismos ligados ao “fantasma de sdução”), mas pelo fato da sideração psíquica que eles contêm e a importância dos recursos aos mecanismos de defesa que eles põem em ação (em especial a clivagem e a projeção – identificação projetiva) eles perturbam gravemente a organização mesma da economia pulsional, a simbolização e, por via de consequência, a autonomia do Ego.

Estes ensaios formulados entre os anos 1926 / 1927 e 1933, foram a causa de uma verdadeira divergência, de um verdadeiro conflito entre Freud e Ferenczi, conflito que durante duas décadas teve o aspecto de um verdadeiro cisma, como relatou M. Balint, em seu livro **A Falha Básica**, no capítulo intitulado “Os desacordos entre Freud e Ferenczi e suas repercussões”: “O fato histórico representado pelo desacordo entre Freud e Ferenczi fez sobre o mundo psicanalítico o efeito de um traumatismo. Um consumado mestre da técnica analítica como Ferenczi, autor de numerosos artigos clássicos em psicanálise, cego a ponto de reconhecer seus erros apesar das repetidas advertências de Freud; ou então Freud e Ferenczi, dois analistas dos mais eminentes, incapazes de se compreender e de avaliar corretamente suas descobertas clínicas, suas observações e suas idéias teóricas respectivas: o choque foi extremamente profundo e doloroso”[8].

A herança dos ensaios ferenczianos sobre o plano da teoria

Se se faz hoje o balanço dos aportes e contribuições de Sándor Ferenczi no espaço de vinte e cinco anos nos quais ele magistralmente contribuiu para o avanço da psicanálise (entre 1908 e 1933) – contribuições feitas a princípio como aluno, depois como discípulo tornado um pouco mais tarde ele mesmo um mestre, um confidente e amigo de Freud -, pode-se enumerar uma quantidade de conceitos que vieram esclarecer, ou mesmo fortalecer, o edifício freudiano.

Ferenczi foi considerado por alguns (segundo A. Freud) como “enfant terrible” da psicanálise, mas não há dúvida de que os últimos dez anos de sua vida foram um período em que ele deu livre curso ao seu gênio criador, não hesitando em questionar diversas descobertas freudianas, não pelo viés de crítica ou de recolocar em questão aspectos que viriam de encontro a certos pelares do edifício teórico, edifício para o qual ele mesmo contribuiu bastante, mas com o desejo de esclarecer e prolongar certas questões essenciais, senão cruciais, da época.

Se se puser de lado o conceito de introjeção associado à transferência (1909) – o que já propus considerar como seu “golpe de mestre” em sua entrada na cena analítica, golpe de mestre ao qual seu nome ficou associado [9] -, as descobertas que ficaram com sua marca no desenvolvimento da teoria e da prática psicanalítica tiveram seu pleno desabrochar a partir dos anos 1920, até sua morte em 1933.

Assim ocorreu com:

1. a ênfase sobre a importância (do ponto de vista teórico), levada em conta do ponto de vista da prática analítica, de certos aspectos de regressão no tratamento analítico;
2. a idéia de que a contratransferência não é um obstáculo mas uma ferramenta preciosa do ponto de vista do processo e do “trabalho do analista”;
3. o exame de numerosos problemas referentes à terminação do tratamento psicanalítico;
4. seus ensaios sobre o “trauma”, que implicam em que se leve em conta:
 - a importância do ambiente e das marcas psíquicas maternas;
 - o estabelecimento e o desenvolvimento, para certos pacientes no curso da análise, de uma relação primária (estabelecimento de uma “relação simbiótica primitiva”), permitindo a compreensão das fantasias precoces mãe-bebê;
 - importância do amor primário e do ódio primário : sendo o ódio um meio de fixação mais forte que o amor (amor de ódio);
 - a clivagem entre os pensamentos e o corpo (“clivagem somatopsíquica”);
 - a “clivagem do ego” e a “clivagem narcísica” como conseqüências de traumatismos psíquicos precoces (notadamente no caso de traumatismos de antes da aquisição da linguagem); etc.

Pode-se ver que esses conceitos (e notadamente os que foram forjados mais tardiamente) levam ao que presidiu, na segunda metade do século 20, aos avanços e debates teóricos, debates ainda atuais, em relação às marcas do objeto e às vicissitudes da relação .

Ferenczi foi o primeiro a sublinhar o lugar prevalente que **a presença do objeto** (a mãe ou seu substituto) pode ter na organização da psique, além do fato de que ele compreendeu, antes de todos os outros, que a **natureza dos traumatismos psíquicos** apresentados pelos pacientes – nos quais as transferências se estabeleceram sob o jugo da inércia, da viscosidade, da estagnação (transferências ancoradas no negativo), senão sob o selo do “passional” - , não era unicamente da ordem do sexual; ele propõe ver a natureza dos traumatismos como podendo estar ligada às marcas psíquicas deixadas na infância do sujeito pelas “falhas de qualidade” das respostas do objeto às suas necessidades afetivas : a saber, que em caso de “carência de objeto primário” e de “não respostas”, e mesmo de “respostas não suficientemente psiquizadas” , as conseqüências poderão ser as feridas não cicatrizáveis do ego para a **criança**, feridas que vêm a prejudicar seu ego e que paralisam suas capacidades de pensar, como suas capacidades de elaboração...

É então a importância do papel precoce do objeto e de suas marcas sobre a organização psíquica do sujeito, que estará na origem do grave conflito teórico com Freud, conflito evocado por Balint, mas é também esta via aberta sobre a compreensão da organização de certos estados psíquicos, que faz com que muitos tenham hoje Ferenczi como o verdadeiro precursor da clínica dos estados que se situam fora da capacidade de poder estabelecer uma neurose de transferência : os estados “não neuróticos”(ou “estados limites”).

Um parêntese

Parece-me interessante sublinhar que é desde 1909, quer dizer desde seu primeiro escrito que irá consagrá-lo como um teórico por inteiro, que Ferenczi introduz a idéia e a importância do objeto.

Em **Transferência e Introjeção**, estabelecendo o conceito de introjeção primitiva (primária), Ferenczi define a transferência pela repetição das primeiras relações de objeto:

“O primeiro amor, o primeiro ódio, se realizam graças à transferência: uma parte das sensações de prazer ou de desprazer, auto-eróticas na origem, se desloca sobre os objetos que as suscitarão. [...] O primeiro *amor objetal*, o primeiro *ódio objetal* são então a raiz, o modelo de toda transferência ulterior que não é então uma característica da neurose, mas o exagero de um processo mental normal.”

Neste texto, a noção de introjeção, que é bem anterior à teoria freudiana da identificação, é definida por seu autor como um processo que comporta:

- um investimento objetal (o investimento de um objeto na realidade exterior);
- e uma identificação que é o aspecto narcísico, em relação com a função do Ego.

Para Ferenczi, a introjeção pode se ver como o efeito de um deslocamento (de uma transferência) do auto-erotismo aos objetos exteriores. Ela é a ordem fantasmática, mas ela comporta uma orientação para a realidade externa: ela tem um pólo externo, ou seja, uma fonte externa. Assim, o objeto externo se define pelo investimento, do qual ele é a sede, e pelas projeções, das quais ele é o suporte [10].

Depois da “virada” de 1920

Sabemos que em seguida ao fim da Primeira Guerra Mundial (na realidade a partir de 1914, ou seja depois do tratamento do **Homem dos Lobos** – do qual se sabe que foi a origem de mudanças de questões conceituais que até então pareciam firmemente estabelecidas), Freud, e vários analistas que o sucederam, como Ferenczi, começam a se interrogar quanto a dificuldades da prática analítica, seus limites, em razão da crescente separação constatada entre tal prática e os resultados obtidos. Confrontados com a pertinência clínica do caráter demoníaco da **compulsão a repetição**, e não podendo escapar às lógicas transferenciais que conduzem aos impasses terapêuticos de todos os tipos, os psicanalistas da época foram assim inevitavelmente conduzidos a se colocar uma série de questões : “Quais são os meios usáveis para remediar isso? Que medidas concretas adotar para aparar, ou para superar o problema?

Pelo fato de certas resistências tenazes encontradas nos tratamentos (notadamente a entropia da transferência que pode ir até a **reação terapêutica negativa**), o modelo da primeira teoria das pulsões, assim como o da primeira tópica, parecem ser insuficientes. Mesmo se os conceitos de base, que permitem uma leitura da organização da “neurose infantil” permanecem válidos, de qualquer forma eles se revelam muito imprecisos e muito restritos para darem conta dos inconvenientes ligados à importância clínica da compulsão a repetição (que visa a um “mais além do princípio do prazer” e que sublinha o aspecto “demoníaco” da pulsão [11]), a elas se juntam as pulsões de destruição (cuja força obstaculiza o desenvolvimento da libido). Se o projeto do tratamento continua a ter como objetivo combater as resistências e levantar os recalques, a repetição do recalco fica ainda mais forte e impede a rememoração, ao passo que o tratamento esbarra na impossibilidade do paciente de confirmar por suas próprias lembranças a (re)construção do analista. A neurose de transferência – que permitiria a reatualização do passado, assim como a revivescência do complexo de Édipo -, se torna ela mesma um obstáculo ao levantamento do recalco. Confrontados com os “limites” do conceito de neurose de transferência e com as decepções que por vezes a prática oferece, o projeto analítico e a concepção da cura ficam sensivelmente modificados.

Menos inclinado a seguir Freud no terreno do princípio econômico das pulsões de destruição, Ferenczi, por seu lado, pensa que a prática da cura e do tratamento psicanalítico ainda não disseram sua última palavra.

É o que ele se propõe a pôr em perspectiva em uma obra escrita com Rank, **Perspectivas da psicanálise** [12], publicada em 1924. No espírito dos autores, este livro se propunha a responder uma questão colocada por Freud, em 1922 no Congresso de Berlim [13] : “Até que ponto a técnica influencia a teoria e em que medida as duas se favorecem ou se prejudicam mutuamente? “

“Perspectivas da psicanálise “ (1924)

Em seu ensaio, Ferenczi e Rank são levados a **examinar certos parâmetros do pensamento prático comumente admitido na época**. Partindo do artigo de Freud de

1914, **Rememoração, repetição, elaboração** [14], que eles discutem longamente, propõem a idéia de que não é a lembrança, como afirma Freud, e sim a compulsão a repetição – que consideram a única e verdadeira expressão manifesta da transferência -, que deve ser objeto do trabalho de elaboração no tratamento, com a meta de “transformar os elementos repetidos em lembranças atuais”, porque os eventos repetidos é que constituem “o verdadeiro material inconsciente”.

Para os autores, toda reconstrução, pertinente ou válida que seja, fica sem efeito se “**o analisando**” (o paciente) não tiver podido reviver na atualidade da sessão, “o tempo presente” da revivescência transferencial, algo equivalente.

Se, para os autores, a transferência fica como uma resistência a ser levantada e vencida, ela deve sobretudo ser considerada como a expressão das tendências inconscientes que procuram chegar ao consciente.

Assim, eles preconizam a análise da “**experiência vivida**” da transferência, mais que a verdadeira rememoração das lembranças e dos fantasmas recalçados : **o afeto deve ser posto a serviço do sentido.**

Procurando reavaliar a questão das resistências à cura e os limites do tratamento, eles refutam o ponto de vista que considera o **complexo de castração** como único indicador de analisabilidade e propõem ver, na idéia que as **perturbações de ordem narcísica** possam representar um “limite” à análise, como isto seria corriqueiramente admitido na época : “a intenção de se proteger de uma análise muito profunda “. Esta proposição é fundamental: ela será a primeira indicação, feita pelos psicanalistas, do aspecto incontornável de levar em conta o **sofrimento narcísico** apresentado por certos pacientes. Esta proposição que assim abre os caminhos da reflexão e da escuta das conjunturas que não se organizam, no tratamento psicanalítico, em uma “neurose de transferência”: os que se chama comumente, hoje, de “casos difíceis”, as “estruturas não neuróticas” que apresentam um “sofrimento identitário narcísico”(R.Roussillon) ou as “perturbações da interioridade”(C. Chabert), que reenviam aos diversos registros de “casos limites”, que desenvolvem transferências não neuróticas, e mesmo transferências de não transferência, etc.

Assim o marcado interesse pela técnica psicanalítica foi largamente desenvolvido pelos dois autores: eles propõem a **técnica ativa** (Ferenczi), que favoreceria a experiência vivida (“**Erlebnis**”) e permitiria, no campo da análise, a **repetição de cenas traumáticas** que não poderiam surgir de outra forma.

Questionando a influência recíproca da técnica sobre a teoria e, inversamente, da teoria sobre a técnica, que eles sublinham como a “circularidade” e a “recursividade”, Ferenczi e Rank tentam pôr em evidência a importância de se abandonar, sempre que possível, os pressupostos teóricos quando se aborda a situação analítica : “Abordar cada caso novo de maneira nova, ou seja, não se fechar a novas experiências”. É claro que, para os autores, acolher o material do paciente se inscreve antes de tudo em um **processo de perelaboração a dois**, processo que indica desde logo a importância da contratransferência do analista. Daí a importância da análise do analista, ponto de vista que Ferenczi indicará em seguida como sendo a “segunda regra fundamental da análise”. [15]

Estimando que a teoria deve ser constantemente reavaliada pelos dados da clínica e da prática, os autores concluem preconizando uma certa simplificação da técnica, esperando assim acelerar os tratamentos.

Fora o último ponto que se destaca muito claramente da ortodoxia freudiana – ponto que irá atrair um certo ceticismo e as reservas de Freud, o qual desconfia das tentativas feitas para encurtar a análise pelo fato de que toda intervenção profunda na psique deve seguir o seu ritmo natural, respeitando os desenvolvimentos temporais dos processos em curso -,

vê-se que as proposições avançadas dos dois autores, abrindo espaços novos, podem conter germes revolucionários para a época. Assim por exemplo, pensar que o trabalho analítico possa ser visto pelo ângulo da **implicação contratransferencial** do analista (ou seja, do ponto de vista de suas provações afetivas), deixando entender que isso facilitaria a abordagem dos recantos mais profundos da psique, sem dar nenhum limite a priori à regressão, é um avanço que, de um certo ponto de vista, vem marcar uma verdadeira virada na concepção da análise e de sua prática [16].

O efeito quase escandaloso que provocou a publicação desta obra sobre os membros do Comitê e certos meios analíticos foi parcialmente ocultado pela controvérsia em torno do livro de Rank aparecido quase ao mesmo tempo, **O Traumatismo do Nascimento** (1923), bem como por sua dissidência e sua defecção do movimento psicanalítico nos anos que se seguiram.

Porém o escândalo ligado ao surgimento de **Perspectivas da Psicanálise** foi duplo.

Primeiro objeto de escândalo: o livro apareceu sem assentimento dos membros do Comitê (exceto o de Freud), contrariamente ao que eles haviam decidido desde a criação. O pacto de aliança rompido foi considerado por Jones “como de mau agouro, bem distante dos hábitos e promessas mútuas feitas”.

O segundo objeto de escândalo se refere ao próprio conteúdo do livro, onde se podia, ainda segundo Jones, “adivinhar as idéias bem camufladas de Rank referentes ao traumatismo do nascimento e as de Ferenczi relativas ao método técnico da “atividade”, tudo destinado a abreviar a análise “.

Os outros membros do Comitê, inquietos e perplexos, pediram a Freud uma tomada de posição; este, em 15 de fevereiro de 1924 enviou uma circular a todos os membros do Comitê: “[...]há certamente, escreveu ele, numerosos perigos inerentes ao fato de se afastar de nossa “técnica clássica”, como a chamou Ferenczi em Viena, mas isso não quer dizer que eles não podem ser evitados. Na medida em que se trata de uma questão de técnica, podemos aperfeiçoar nosso trabalho de uma outra forma, e eu considero a experiência dos dois autores perfeitamente justificada. Veremos em que isso vai dar. [...] A “terapia ativa” de Ferenczi é uma tentação arriscada para os principiantes ambiciosos, mas não há meio de impedi-los de tais experiências. Eu não esconderei uma outra impressão, um outro dos meus preconceitos. Minha doença recente me ensinou que é preciso seis semanas para uma barba raspada poder ser puxada de novo. Três meses passaram depois de minha última operação e eu sofro ainda as modificações do tecido cicatricial. É difícil acreditar que em um lapso de tempo um pouco maior, quatro ou cinco meses, se possa penetrar nas camadas mais profundas do inconsciente [...]. Pessoalmente continuarei a fazer análises “clássicas”. [17]

Aqui aparece a primeira divergência entre Freud e Ferenczi. Divergência que irá aumentando de ano para ano, e que pouco a pouco se acumula, em dois tempos, sobre dois temas:

- o ponto de vista técnico e a prática analítica;
- a questão do traumatismo, do traumático e do trauma.

A prática analítica

Para a clareza de meu objetivo, deixo voluntariamente de lado as proposições técnicas de Ferenczi, que, da “técnica ativa” vão insensivelmente evoluir, nos anos seguintes, para “elasticidade técnica” ou “neocatarse” e até a “mutualidade”. O que é preciso compreender, e reter, é que estas propostas técnicas visavam compensar a ausência de conceitos teóricos que permitissem, metapsicologicamente, superar as dificuldades encontradas no tratamento dos casos “difíceis”.

Recusando atribuir apenas ao paciente a responsabilidade pelas **reações terapêuticas negativas** ou pelas **aporias da transferência**, Ferenczi propõe considerar as dificuldades encontradas nos tratamentos, como ligadas em parte aos pontos cegos da contratransferência do analista [18]. É assim que, nos anos seguintes, é conduzido a deslocar o debate teórico-prático [19] para a idéia que ele tinha de fato, de duas modalidades de análise e dois tipos de prática analítica: um, o de Freud, “clássico”; outro, o seu, menos “ortodoxo” e mais profundo. O primeiro, essencialmente baseado no aspecto paternal da transferência, suspende o recalque, leva à rememoração assim como à reconstrução, graças ao confronto do material representativo com a transferência, e à elaboração interpretativa, “meta” e “finalidade” da análise, assim como a tomada de consciência (o **Einsicht**) em um espírito de Aufklärung (esclarecimento); o segundo teria seu eixo no aspecto primário da relação, a transferência materna, introduzindo o conceito de **relação de objeto** e levando em conta seus efeitos no enquadre dos avanços do tratamento; é uma análise “regressiva” onde predomina a experiência vivida, a interação, o não verbal e o “sentir com” (“**Einfühlung**”). Esta análise permitiria ao analista entrar diretamente em contato com “a criança no paciente” (o seu lado **infantil**) e de tomar assim conhecimento dos traumatismos sofridos [20].

O que Ferenczi propõe é visualizar a transferência mais sob o ângulo de seus efeitos factuais ligados ao tratamento, que sob o ângulo de uma transformação interna própria da libido, ou seja, compreender e apreender a transferência como **transferência da libido sobre o objeto** mais que como um deslocamento da libido – deslocamento do somático ao psíquico, deslocamento entre o narcisismo e o objeto, ou ainda, deslocamento de uma instância (Id, Ego, Superego, Ego Ideal, Ideal de Ego, Realidade) para outra.

A questão do “trauma”

Confrontado em sua prática analítica com as transferências mais complexas de pacientes difíceis, para os quais ele era muitas vezes considerado por seus colegas como o único recurso, Ferenczi adotou outras orientações técnicas que o levaram, aos poucos, a reavaliar o enquadre clássico, modificando o “processo” [21]. Tendo que abandonar a técnica ativa pelos fracassos que ela causou, ele propôs modificações técnicas com o objetivo de poder abordar e tratar as conjunturas clínicas de tipo passional. Ao interpretar as transferências que o confrontavam como uma pura repetição dos traumas da infância, Ferenczi foi conduzido a uma **reelaboração do próprio conceito de trauma**.

As hipóteses apresentadas por Ferenczi iriam incluir uma formulação metapsicológica da teoria da **sedução** em articulação com a de **traumatismo**, que é testemunha do inevitável da **sedução ligada ao objeto** (objeto “muito presente” ou “muito ausente” – de qualquer forma, “excesso de objeto”, ou seja, objeto que marca com sua **impressão quantitativa** a constituição do objeto primário interno).

Mas antes de abordar esta questão, abro aqui um parêntese para situar o problema em seu contexto histórico.

É preciso lembrar que em 1924, no VIII Congresso da IPA em Salzburg, congresso que teve por tema “As relações entre teoria e prática da psicanálise”, foram discutidas apresentações feitas por Hanns Sachs, Franz Alexander e Sándor Rado. Os pontos de vista defendidos pelos apresentadores punham ênfase na necessidade, para a análise, de fazer evoluir o superego do paciente. Assim, por exemplo, para Alexander, “a meta do analista consiste em assumir o papel de supervisor da vida pulsional do paciente, afim de retomar progressivamente o controle do ego consciente do paciente [...]este ponto de vista pedagógico em jogo na análise é um ponto de vista totalmente novo” [22]

É contra este “ponto de vista pedagógico” que se insurgiu Ferenczi. Pois para ele, reconduzir pelo viés da análise os eventos traumáticos à consciência até organizar sua repetição, depois observá-los com distanciamento benevolente (a “neutralidade”) como na técnica “clássica”, parece ser um

processo idêntico, em sua estrutura, aos que provocaram os mesmos traumatismos durante a infância do paciente.

Denunciando, no enquadre do tratamento, os riscos que provocam certas contra-attitudes inconscientes do analista (notadamente se ele aplica uma grande “rigidez técnica” e se comporta, na análise, como um “educador” animado por uma paixão “pedagógica”), Ferenczi coloca em paralelo a criança traumatizada pela “confusão de línguas” e o paciente cujos antigos traumatismos são reavivados e mesmo redobrados, pela “hipocrisia profissional” do analista.

Partindo de suas dificuldades ou de resultados terapêuticos insatisfatórios, e mesmo de seus fracassos, Ferenczi pensa que uma das principais razões é que o analista não leva suficientemente em conta a realidade de certos traumatismos vividos outrora por esses pacientes: “O fato de não aprofundar suficientemente a origem externa comporta um perigo”, escreve ele, querendo designar todas as respostas do objeto que causaram privações, como aquelas que foram dadas de maneira inadequada (inapropriada e mesmo desqualificante), para satisfazer os desejos do adulto (ou para realçar o desamparo da criança).

A partir desta postulação, Ferenczi propôs ver nesses traumatismos a marca e a resultante de uma confusão entre a “linguagem da ternura” – a sexualidade infantil que é uma sexualidade “inocente” – e a “linguagem passional” do adulto cuja sexualidade (marcada pelo erotismo) vem perverter e culpabilizar a da criança.

Transpondo então o que ele pensa ver debaixo dos seus olhos no curso de seus tratamentos psicanalíticos, Ferenczi desenvolve a seguinte teoria:

1. o traumatismo é precoce;
2. ele é a resultante:
 1. de **movimentos pulsionais** dos adultos, de sua **linguagem de paixão** face às demandas de ternura e de verdade das crianças;
 2. da **desaprovação** desses mesmos adultos quanto ao sofrimento psíquico (desqualificação dos afetos) da criança, o que pode ser vivido como um “terrorismo” tendo por conseqüência um entrave em sua autonomia de pensar assim dando lugar às desqualificações da simbolização;
 3. da introjeção do sentimento – inconsciente – de culpabilidade do adulto, o que altera o objeto de amor e o converte em objeto de ódio.
3. O processo que se desenrola coloca o agredido, inundado por suas defesas, em situação de se abandonar a seu inelutável destino: ele se retira de si-mesmo e observa o evento traumático. Ferenczi frisa: “Assistimos assim a reprodução da agonia psíquica e física que causa uma inconcebível e insuportável dor”. Esta dor reproduz aquela experimentada, na infância precoce, por ocasião de um traumatismo, que pode ter sido de ordem sexual; ela tem por conseqüência, segundo um ponto de vista que será depois retomado por Ferenczi, uma “clivagem da própria pessoa em uma parte dolorida e brutalmente destruidora, e em uma outra parte onisciente e ao mesmo tempo insensível”. Nesta posição o paciente / criança, traumatizado, pode eventualmente considerar o agressor (e em decorrência, aqui, o psicanalista) como um doente, um louco; por vezes mesmo, ele tenta cuidá-lo, tratá-lo, como outrora, verdadeiro “**bebê sábio**”, ele teria podido ser o psiquiatra de seus pais.

Assim, para Ferenczi, o trauma não é só ligado às conseqüências de uma fantasia de sedução ou de castração, mas ele tem sua origem nos avatares de um certo tipo de destino libidinal ligado à ação excessiva e violenta de uma excitação sexual prematura, que, segundo certas circunstâncias, adquire o valor de um **estupro psíquico**. Esta efração tem por conseqüência a sideração do ego, assim como a asfixia e mesmo a agonia da vida psíquica: assim, para Ferenczi, o trauma deve ser considerado como resultante de uma **ausência de resposta do objeto face a uma situação de desamparo**. Esta **ausência**:

- mutila para sempre o Ego pelo traumatismo narcísico que provoca e pelas clivagens que cria;

- mantém um sofrimento psíquico em relação à interiorização de um objeto primário “falho”;
- e gera uma sensação de desamparo primário (de **Hilflosigkeit**) que, durante a vida, se reativa à menor oportunidade.

Para Ferenczi os traumas têm então um substrato metapsicológico bem diferente do que Freud teorizava na época, pois para ele não se tratava de um trauma secundário a uma **sedução** (por via dos cuidados maternos ou por via da ausência de objeto – como Freud propôs a partir de **Inibição, sintoma e angústia**), mas seria aqui questão de **estupro do pensamento** ou do **afeto** – por **desqualificação do afeto** e pela **negação do reconhecimento do afeto** e do **experimentado** pelo objeto.

Estas conjunturas psíquicas contêm subdivisões, seja pelo fato:

- dos “excessos” das demandas parentais;
- das “privações de amor” (tanto no plano primário quanto no secundário);
- ou pelo “desconhecimento” das necessidades da criança,

sendo que todas engendram uma “paralisia psíquica”, e mesmo uma **sideração psíquica**, devida, essencialmente, ao **desespêro**.

Como se vê, com tais avanços, não somente a natureza do trauma se modifica consideravelmente, mas seus efeitos se agravam muito: não somente a sexualidade está longe de ser a única questão, mas ainda, defendendo sua concepção da **confusão de línguas**, Ferenczi descreve aqui uma modalidade, até então desapercibida, do traumatismo, pois coloca em questão a natureza do objeto (e por via de conseqüência, a do analista).

Deve-se frisar que este tipo de traumatismo se refere não só às respostas do objeto que causaram privações, mas também as que foram dadas de maneira inapropriada (e portanto sentidas pelo sujeito como “desqualificantes”), para satisfazer os desejos do adulto ou ainda para realçar o desamparo da criança. Sabe-se que depois de Ferenczi outros autores desenvolveram esta linha de pensamento: foi o caso mais particularmente de Winnicott, tendo Melanie Klein por seu lado posto ênfase menos na resposta maternal que sobre as fontes endógenas do psiquismo.

Ferenczi foi levado a interpretar os efeitos do traumatismo ao nível do Ego: inibições graves, siderações do aparelho psíquico, devastações causadas pela incompreensão e pela frieza, sublinhando a profundidade dos estragos.

Progressivamente elaborados nos cinco últimos anos de sua vida (1928-1933), estes avanços propostos tornaram inevitável o conflito com Freud. Um verdadeiro abismo teórico se abriu tendo como linha de demarcação a **concepção do traumatismo infantil**. Isto porque, para Freud, invocar a compulsão a repetição como repetição da situação traumática, tornando o objeto responsável, seria subestimar os recursos do aparelho psíquico e sua capacidade de transformar o trauma, assim como a dor psíquica ligada a ele. Para Freud, significaria um andar para trás (em especial um retorno à sua neurótica, de antes de 1897), equivalendo assim a um desvio teórico.

A dupla “clivagem – trauma”

Gostaria agora de me referir ao que foi, do meu ponto de vista, um dos maiores aportes conceituais concebidos por Ferenczi, derivando diretamente de sua experiência com as transferências passionais e a clínica dos “limites”, a saber: a importância, tanto econômica quanto metapsicológica da dupla trauma – clivagem [23]

Este conceito faz parte de todos os últimos avanços de Ferenczi que via nele um verdadeiro “fil rouge” permitindo uma grade de leitura que inclui certas conjunturas complexas – organizações psíquicas frágeis, que põem em jogo a articulação das categorias do primário e do originário, com as categorias edipianas clássicas -, e os impasses transfero-contratransferenciais que lhes são ligados. A importância mutativa do conceito de trauma com o de clivagem está no centro do **Diário Clínico** (janeiro – outubro 1932), que, como indica o título, é um documento clínico,

documento excepcional em que ele se coloca questões, não só de seus pacientes como suas próprias, através das dificuldades que encontra ao aprofundar o tratamento. É o conceito que neste escrito, em toda sua extensão, fica no centro de suas reflexões e de suas interrogações, apresentando observações clínicas desde as primeiras páginas do documento (documento a propósito do qual é preciso lembrar, e sublinhar, que era de ordem estritamente privada e não estava prevista para ser publicada).

Desde o começo do **Diário** (datado de 12 de janeiro de 1932), em função de uma paciente designada pelas iniciais R. N., Ferenczi aborda a questão da clivagem e tenta definir os seus contornos, sobre o plano metapsicológico, de acordo com a geografia do trauma [24].

Esta paciente sofreu três atentados sexuais (sedução e estupro) durante o período que vai de sua primeira infância, até sua pré-adolescência. Estes traumas, inscritos na psique da paciente, criaram nela uma “**atomização da vida psíquica**”, uma verdadeira “**deslocação**” de sua personalidade, “**deslocada até os átomos**”, escreve Ferenczi que vê como efeito da fragmentação devida às clivagens sucessivas, a organização de uma “**forma de psique artificial para o corpo obrigado a viver**”.

A partir dos elementos clínicos surgidos durante o tratamento da paciente, Ferenczi faz o inventário, de forma descritiva, das conseqüências das clivagens provocadas pelas diferentes conjunturas traumáticas lembradas por ela desde sua adolescência:

- a fixação, no interior da pessoa adulta, de uma “criança seduzida”. Esta adulta se apresenta inundada por suas pulsões; excitada, ela só consegue acalmar suas excitações contra-investindo e protegendo-as com um **transe sonambúlico** de tipo histérico. O analista não pode “entrar em contato” com esta parte, “o **afeto recalcado puro**”, escreve Ferenczi; esta parte se comporta como uma criança desmaiada que não sabe nada de si mesma, que só faz gemer e que é preciso sacudir psiquicamente, e por vezes fisicamente”, completa;
- as diferentes fragmentações criam uma personalidade “sem alma”, um “corpo sem alma”, pela desvitalização do psiquismo e desqualificação dos sentimentos, do vivido e do ressentido;
- estas fragmentações podem ir até uma atomização, e mesmo uma pulverização da vida psíquica [25].

Procurando dar uma visão de conjunto deste quadro clínico, Ferenczi descreve os efeitos das diferentes clivagens da seguinte maneira:

“À primeira vista, o “indivíduo” consiste nas seguintes partes: a) na superfície, um ser vivo capaz, ativo, com um mecanismo bem, e mesmo muito bem regulado, b) por trás dessa camada, um ser que não quer mais saber da vida, c) por trás deste Ego assassinado, as cinzas da doença mental anterior, revivida a cada noite pelos fogos deste sofrimento; d) a doença em si mesma, como uma massa afetiva separada, inconsciente e sem conteúdo, resta do ser humano propriamente dito.”

Pode-se frisar que, para Ferenczi, a clivagem, como a fragmentação, curto-circuitam os mecanismos de recalçamento. Ele concebe e trata a amnésia infantil como um fenômeno secundário à clivagem, verdadeiro **spaltung** ligado ao efeito de choque do trauma. A parte excluída da lembrança sobrevive em segredo: clivada de suas possibilidades de representação de forma neurótica, ela não pode ser traduzida em palavras, mas se manifestará corporalmente (transes histéricos).

A mesma paciente o conduz, pouco tempo depois, em 24 de janeiro de 1932, a se colocar a questão do *conteúdo* das clivagens:

“Qual é o conteúdo do Ego clivado? [...] O conteúdo do elemento clivado, então, é sempre: desenvolvimento natural e espontaneidade; protesto contra a violência e a injustiça; obediência enganosa, e mesmo sarcástica e irônica; atenta à dominação, sacando interiormente o fato de que a violência não consegue nada; ela só modifica as coisas objetivas, as formas de decisão, mas não o Ego como tal; auto-satisfação por este resultado, sentimento de ser maior, mais inteligente que a força bruta [...]”

Ferenczi descreve aqui um modo de auto-tratamento pelo desenvolvimento, no sujeito, de uma *clivagem narcísica*, o que permite assim se tornar “megalômana”, e isso será desenvolvido mais tarde a propósito da metáfora do *bebê sábio* [26].

Depois de haver descrito a **paralisia da atividade de pensar** como efeito secundário do trauma, Ferenczi aborda em suas notas a questão da **negação** como mecanismo que vem reforçar o recalque. Mas é em uma nota mais tardia, intitulada **Fragmentação** (em 27 de fevereiro de 1932), que ele coloca a questão do **trabalho do analista** face às conjunturas traumáticas e à clivagem:

”Benefícios psíquicos: faz-se economia do desprazer que resulta de pôr em evidência certas coerências e abandonar estas coerências. A clivagem em duas personalidades que não querem saber uma da outra, e que se agrupam em torno de diferentes tendências, economiza o conflito subjetivo [...]. Tarefa do analista: suspender a clivagem”.

Esta tarefa, de “reanimar” a parte clivada, “morta”, que, para Ferenczi, se posta em hibernação, pode se encontrar entretanto também na “agonia da angústia”; o meio de suspender a clivagem deve se fazer pela capacidade do analista de poder “pensar” o evento traumático, acrescenta. Traduzido para uma linguagem analítica mais atual, o trabalho do analista consiste em propor pensamentos e representações ao paciente, para favorecer, pelo viés das representações de palavra, uma requalificação do afeto, ou ainda, proceder agora à inscrição da experiência que antes não havia podido ter lugar. Isto permite esperar, a longo prazo, uma ressimbolização e uma repsiquização das zonas agônicas. Ferenczi conclui provisoriamente que:

“A questão fica aberta, de saber se não há casos em que a reunificação do complexo, clivado pelo traumatismo, é tão insuportável que não se efetua totalmente, ficando o paciente marcado em parte com traços neuróticos, e mesmo sucumbido ainda mais profundamente no não ser ou na vontade de não ser.”

Podemos apreciar, uma vez mais, a extraordinária intuição clínica de Ferenczi relevando a importância prognóstica dos **processos negativos** no seio da psique e na análise.

A questão que se coloca é a de poder precisar o **lugar psíquico** onde se inscreve **originariamente** o trauma e as marcas, verdadeiros traços mnésicos, que deixa:

“A questão se coloca de saber se não é preciso procurar a cada vez o trauma originário na relação originária com a mãe, se os traumas da época um pouco mais tardia, já complicada pela aparição do pai, teriam podido ter um tal efeito sem a presença de uma tal cicatriz traumática materno-infantil, arquioriginária (“**Urrtraumatisch**”). Ser amado, ser o centro do mundo, é o estado emocional natural do bebê, isso não é então um estado maníaco, mas um fato real. As primeiras decepções de amor (desmame, regulação das funções excretórias, primeiras punições intermediadas por um tom brusco, ameaças, e mesmo corretivo) devem ter em todos os casos um efeito traumático, ou seja, psiquicamente paralisante. A desintegração que resulta torna possível a constituição de novas formações psíquicas. Em particular se pode supor a constituição de uma clivagem naquele momento.”

Vemos nestas linhas que Ferenczi abre novas vias de acesso e de compreensão clínica, e o quanto está avançado para o seu tempo, sendo o precursor de uma metapsicologia que se desenvolverá graças ao interesse despertado pelos problemas encontrados nos tratamentos dos casos limites. Para Ferenczi, há evidências de que as falhas da relação ligada ao objeto primário, e mesmo os fracassos da capacidade para-estimulante e continente deste objeto, (o que causará as “carências do ambiente”, ou o “ambiente não facilitador” (Winnicott) pelo fato de um a mais de sedução precoce que este objeto induzirá (por excesso ou por falta), originando os “**Urrtraumatisch**”, lugar de origem das perturbações da simbolização e do pensamento, da alienação do Eu (Piera Aulagnier), dos estados de alteração do ego, estados de violência primária (avatars do amor e do ódio primários), as perturbações do auto-erotismo (falhas auto-eróticas) que serão terreno para as negações e as clivagens, estas dando origem às depressões anaclíticas, as transferências passionais e aos estados limites.

Paris, novembro de 2001.

Thierry Bokanowsky

SPParis

A mão amiga**Rosa Raposo Albé**

Novembro - 1996

Vou referir-me a um paciente nos dois primeiros anos do seu trabalho analítico comigo.

É um homem de 50 anos e em sua primeira entrevista fala de sua vida e especificamente de seu trabalho que vai muito mal.

Relata estar vivendo uma ameaça de falência, situação já vivida em tempos passados quando teve que procurar um advogado especialista em questões familiares. Diz então:--"foi difícil, mas com sua mão amiga (advogado) consegui sair." Essa afirmação despertou minha atenção e achei que se referia ao que iria acontecer em nossa relação. Ele me avisava da ameaça de falência e que se eu estivesse do seu lado ele não "quebraria".

Esse caso foi atendido há 20 anos atrás e foi o responsável pelo início de uma mudança em minha forma de trabalhar já que as teorias e a técnica que eu conhecia não funcionavam e o paciente precisava e queria ajuda.

No início do trabalho, minha vivência foi de desencontro. O paciente começava falando e, à medida em que eu dava interpretações, ele parecia entrar num estado que eu não compreendia; em princípio sentia-me cortada porque ele deixava de me ouvir e aos poucos, progressivamente, tornou-se claro que ele entrava num estado de retraimento e, às vezes, sono profundo. De lá desse estado, ele dizia frases que eram associações descozidas umas das outras que, em geral, eu não entendia e que ele absolutamente não lembrava quando despertava. Houve um período em que, no início da sessão, ele começava a falar e qualquer coisa que eu dissesse era o suficiente para ele entrar nesse estado do qual só saía para lamentar-se que as coisas aconteciam tão rápido e as idéias numa velocidade tão grande que esquecia. Queixava-se da improdutividade das sessões e recriminava-se. Durante esse tempo, contraidentificada com essa exigência, minhas interpretações baseavam-se na visão do que estava acontecendo como uma resistência à análise, à relação comigo, como uma forma de me cortar e de não permitir o acesso a ele e à sua realidade interna.

Eu lhe dizia isso e, aos poucos, ficou evidente que ele não melhorava, ao contrario, piorava. Entrava num sentimento de impotência que o perseguia imensamente e dizia: "sei que sou muito difícil, não é culpa de ninguém, sou muito difícil."

Percebi que estava eu mesma perseguida com a suposta inutilidade das sessões e que falava de uma relação e de um rendimento que ele absolutamente não poderia cumprir. Temia, dada sua insatisfação ao final de cada sessão, que ele não suportasse essa aparente falta de rendimento e que deixasse a análise. Penso que, já nesse tempo, eu temia também o clima sinistro que se instaurava em determinadas sessões, sobretudo por sua impossibilidade de lidar com as forças que pareciam atuar dentro dele e que o deixavam "fora do ar". Resolvi enfrentar essas possibilidades, aceitando seu silêncio. No momento em que mudei minha maneira de lidar com essa situação, tive a dolorosa sensação de que, até então, eu o vinha "assassinando". A palavra é forte mas foi a que me surgiu. Uma outra maneira de representar o que se passava com ele me veio através de uma imagem de um bebê sozinho, no meio da Avenida Brasil (avenida de tráfego intenso e pesado).

Até aquele momento, parece que minha preocupação era colocá-lo "no ar", provavelmente, para que eu pudesse fazer o que eu achava que era meu "trabalho". Desconcertava-me tê-lo adormecido sem que "nada", aparentemente, acontecesse. Além disso, eu pensava a partir de teorias que supunham o sujeito e o objeto. Em geral, a interpretação transferencial supõe a possibilidade de reconhecimento, por parte do paciente, das relações que ele tem com o analista e com o que existe dentro dele mesmo. Esse paciente estava absolutamente distante disso. Passei, então, a ver o que ele me trazia, aquilo que eu vinha tratando como "nada".

O atendimento de pacientes limite exige do analista, mais do que outros pacientes o fazem, a disponibilidade para viver uma relação nova, sem possibilidade de controle. Isso não é, por outro lado, mais do que dizemos aos pacientes que devem fazer.

Ele chegava falando de situações que o exigiam muito ou de trabalhos que tinha que realizar e esse silêncio, sono, retraimento, parecia uma necessidade de descanso. Era um espaço que se abria para ele que se via tão absurdamente invadido pelo mundo, pelas pessoas,

esmagado por suas responsabilidades. Ele precisou muitas vezes dormir. Era um momento de paz que eu assinalava como uma necessidade sua e durante muito tempo passamos assim.

Olhando-o assim, eu pensava que uma pessoa dormindo tinha uma organização ou integração maiores que as que ele apresentava. Ele se abandonava em minhas mãos e chamavam-me a atenção seu nível de exposição e dependência e a ausência de resistência. Eu o acompanhava, aguardando um desenvolvimento espontâneo que permitisse que ele acumulasse força e energia suficientes para constituir-se e desenvolver-se. Apesar de todo esse quadro, ele, em geral, despertava espontaneamente ao final de cada sessão.

Seu corpo estremecia, sacudia com movimentos involuntários e falava dormindo coisas ininteligíveis. Esses movimentos sempre me pareceram experiências ainda sem nome, acontecimentos que não tinham como ser processados, que não tinham um psiquismo que os mediassem: elementos beta, sem função alfa que os transformassem (Bion). Agora lembro-me de Winnicott, quando fala da necessidade que um paciente pode ter de viver um estado de amorfia, de caos ou de não organização, sem ser pressionado por interpretações organizadoras. Ele ficou assim, meses a fio e eu não tinha nenhuma garantia de que chegaríamos a algum lugar. O fato, porém, de ele despertar espontaneamente, não faltar e pagar regularmente, fazia pensar que tudo isso era o material de sua análise.

Preocupava-me a regressão e eu me perguntava a função que ela teria:

- seria o retraimento e a evitação do mundo, a defesa diante de um mundo invasor?

- ou seria uma forma de acessar um lado seu que não tinha podido desenvolver-se e que precisava entrar no circuito psíquico para integrar-se ao resto da personalidade?

- seria expressão da pulsão de morte, do desejo do não desejo, da redução à tensão zero, do desinvestimento radical?

A situação me parecia muito grave, mas o que eu podia fazer era esperar para ver o que aconteceria.

Posso pensar num contraponto entre o positivo e o negativo. O retraimento, o silêncio, a ausência, o não ser, o não acontecer eram o que ele tinha para me trazer. Eu tinha que reconhecer que a comunicação mais importante que ele me fazia é que ele vivia na ordem do negativo e que era a partir daí que teríamos que trabalhar.

Esse retraimento mostrou ter dois significados distintos: por vezes falava da necessidade de um contato muito estreito comigo, de estarmos juntos sem ter de falar nada, de uma comunhão em que ele não precisasse entender nem saber, só viver. Eu lhe dizia isso e tinha a impressão de que o estava tocando e manuseando concretamente com minhas palavras, porque ele reagia com o corpo a cada uma delas. Às vezes, no início da sessão, estávamos falando e eu dizia alguma coisa que o deixava relaxado e ele caía adormecido, sorrindo como sorri um bebê satisfeito. Seria muito difícil e assustador para esse paciente contactar diretamente esse bebê com as necessidades prementes e primitivas que apresentava. Ele me delegava esse contato e o confronto angustiante entre o que vivia comigo e as exigências imperiosas de sua vida externa e adulta.

Entrava nesse estado também quando de alguma forma eu lhe falava de coisas que não queria ouvir. Estava inteiramente entregue a mim, desde que eu conseguisse ser ou dizer aquilo que ele queria e na medida em que ele queria. Do contrario eu passava a fazer parte de um mundo do qual ele não queria saber nada. Eu lhe dizia isso, que havia coisas que ele não queria saber e que deixava comigo, esperando que eu servisse como continente e que metabolizasse para ele.

Esse paciente sumiu enquanto adulto, depois de deixar seu bebê. Num certo sentido, ele me impôs ser a mãe dele, dar a ele o tempo e espaço que necessitava para desenvolver-se a partir de onde estava. (Green) Havia também um **não** a mim, a uma suposta necessidade minha de curá-lo, um suposto desejo de enquadrá-lo, o que deve ter sido sua experiência de dependência. Essa forma de dizer **não** tinha a função de afirmar sua autonomia, era a forma que tinha de defender sua privacidade e eu lhe dizia isso desde o início. Aliás, quando eu lhe dizia isso, ele relaxava visivelmente.

Não era de estranhar que sua vida de adulto estivesse falindo. Evitava o confronto com as exigências de sua vida, com a falência de seu falso self (Winnicott) e com sua imensa dependência. Ele não me parecia uma pessoa dividida, ele parecia ser dois. Quando despertava, não lembrava de nada e não só não havia tempo como não havia sentido informá-lo. Tentei, no início, dizer-lhe o que havia acontecido mas percebi que essa dissociação teria de ser rompida

por ele mesmo, para que a invasão não se repetisse. O que eu falava era dito nesse estado adormecido, que às vezes, parecia, também, um coma superficial.

Foi ficando claro que essa era sua forma de regular seu relacionamento com o mundo. Sua divisão protegia-o da perda de fronteiras e de ser atropelado por mim ou por suas próprias angustias. Como ele mesmo dizia, tudo tinha acontecido numa velocidade tão grande que não tinha tido tempo nem espaço para constituir-se. Era isso que ele buscava e, num certo sentido, impunha na relação comigo: tempo e espaço para constituir-se.

Assim ficamos durante um ano e meio.

A partir de determinado momento, surgiu um clima ameaçador. Ele entrava, andando de forma precipitada, com os olhos vermelhos e injetados (o que não acontecia antes) e atirava-se no divã, parecendo não agüentar o que estava vivendo. Seus movimentos involuntários aumentaram, ele se sacudia e não falava a não ser para dizer que estava tudo muito difícil. Ele estava sofrendo muito e eu percebia que alguma coisa muito séria estava acontecendo, embora não soubesse o que era. Havia um clima de muita tensão no ar. Parecia que de forma rápida nos aproximávamos de alguma situação maciça dentro dele. Eu o via sem energia diante disso e sem acesso ao que estava acontecendo e ficava sem saber se conseguiríamos levar adiante a relação. Por várias vezes pareceu-me insuportável continuar a atendê-lo. Vivíamos então um terror mesmo. Eu estava muito atenta e com medo, por mim e por ele. Eu tinha medo que ele tivesse um ataque epiléptico na sessão ou que, como um automata, tentasse me matar. Ele pensou em sair e interpretei sua forma de fugir do que estava acontecendo. Mas eu mesma me perguntava se não seria melhor interromper, se não estaria além de suas possibilidades e também não conseguia ver, saindo dessa situação, o que ele poderia aproveitar de um trabalho analítico. Na verdade, eu mal o conhecia e de tudo que tinha dito ou sido, além de seus constantes pessimismo, impotência e desesperança, o que eu tinha era sua constância e algumas poucas imagens poéticas que me haviam impressionado pelo contraste com todo esse quadro de desolação. Lembrava-me então da mão amiga a que se referira na entrevista. Ele me avisara da falência e, também, que se eu o acompanhasse, “sustentasse a mão amiga” ele sairia desse estado. Perguntei-me, muitas vezes, se não seria o caso de um atendimento psiquiátrico mas ele, no início, tinha falado de seu medo de ser tratado como maluco ou demente. Disse-lhe que parecia haver, dentro dele, alguma coisa que o apavorava e que ele temia não ser capaz de passar por isso. Admiti atendê-lo aceitando a possibilidade de não continuar no dia seguinte e isso me permitiu não interromper. Era um atendimento dia-a-dia, a análise por um fio de vida. Continuamos, apenas não desistindo.

Ele balbuciava palavras e uma delas era eutanásia: medo que eu desistisse e que o matasse dessa forma. Eu lhe dizia isso.

Surge dentro de mim uma imagem: uma pessoa gravemente doente, fisicamente doente e eu do lado, sem saber se ela resistiria ou não, se viveria ou morreria; nem ela nem eu podemos fazer nada, além de esperar e suportar a dúvida. Só alguma parte dela pode resistir ou não. Por mais que eu mantenha minha mão disponível é preciso que ele a segure.

Aos poucos e, indiscutivelmente, a partir dessa vivência, vai entrando e saindo de seus pavores com maior facilidade, isto é, não se trata mais de vida ou morte; e é tão grande a recuperação, tão marcante o contraste, que me sinto como uma mãe que, depois de passada a tensão e o perigo da doença, exausta e extenuada, vê surpresa seu filho brincar.

A partir daí, sua análise passou a funcionar como qualquer outra, isto é, deixou de dormir, passou a falar e a ouvir. Só eventualmente retomava o retraimento que se evidenciava como uma recusa e quando eu lhe falava o que ele não queria ouvir, ele dormia e roncava. Havia um quê de brincadeira nisso. De qualquer forma, mesmo quando sua análise passou a funcionar verbalmente, como qualquer outra, isto é, quando abandonou o retraimento, receber interpretações ou receber-me implicava em perceber-me e a si mesmo e a relação ainda o assustava muito. Um dia, a primeira vez, aventurou-se a falar de um outro sentimento que não o medo. Referiu-se ao ciúme de um amigo. Pareceu-me estar salvo. Tinha encontrado o canal para expressar e verbalizar suas experiências e sentimentos o que coincidia, em um outro nível, com sua aceitação do provavelmente mortífero ciúme e condição de terceiro excluído.

Voltando a pensar na experiência vivida, não estava claro para mim o que tinha sido aquela fase aguda. Tinha sido uma ameaça de morte, com certeza. Mas por que?

Refere-se a um dado até então não revelado: havia acompanhado, com dor e desespero uma pessoa muito querida que havia sido desenganada, por estar muito doente. Surpreendi-me porque isso correspondia exatamente à imagem que me havia ocorrido em relação a ele mesmo e por não ter feito referência a esse fato até então. De qualquer forma, fica a questão se para engendrar esse nível de clivagem não seria necessário que a possibilidade dessa perda se ligasse à sua própria ameaça de desengano: louco, demente, haveria alguma chance? Pode ter-se reconhecido na pessoa desenganada, tendo que se confrontar com a sua inermidade, em coma, o que funcionaria como retorno do dissociado, com a conseqüente ameaça de aniquilamento.

Havia a ameaça de morte do verdadeiro self (usando a conceituação de Winnicott) já que não sabia se eu agüentaria ou sobreviveria ao contato com ele.

Por várias vezes vivi um sentimento de sinistro. Talvez fosse esse o seu sentimento, se tivesse que entrar em contato com seu mundo interno. Esse sentimento esteve ligado a duas questões distintas dentro dele. A primeira era sua inermidade que tinha, muitas vezes, um caráter cataléptico, como se parecesse um morto-vivo; a outra fonte desse sentimento estaria ligada também ao que poderia surgir de dentro dele, de uma hora para outra, mas com um caráter de autômata, como se essas forças pudessem tomar o comando e tivessem um impulso assassino, sem ninguém para lidar com elas, a não ser eu. Isso provavelmente o aterrorizava.

Falando no excluído, lembro-me de Winnicott, quando diz que o paciente destrói o objeto e é necessário que este sobreviva a essa destruição. Isso tem a ver com o repúdio do objeto, na fase final da separação da mãe. Com isso quero dizer que havia nesse retraimento e nessa clivagem essa forma de recusa, desde o início. Havia o não a mim e eu poderia aceitá-lo ou não. Eu poderia ser a “enterrada viva” (esse ano e meio de congelamento) que poderia matá-lo, suspendendo sua análise e condenando-o a ficar “enterrado vivo”, em sua clivagem. O repúdio do objeto afirma o desejo de autonomia e independência do sujeito. É preciso haver lugar para o não e isso vai ser crítico em pacientes que tiverem vivido uma relação de submissão muito intensa, que tiverem sido muito invadidos. Era preciso que eu aceitasse o não para que ele pudesse me dar a mão, início da saída de seu retraimento e fim da ameaça de morte. Esse dar a mão seria o gesto espontâneo que dá início à vida psíquica pessoal, já que é um movimento de dentro para fora e não mais um movimento defensivo.

Winnicott nos diz que é com a destruição do objeto que se dá sua externalização e que isso é que permite o acesso ao princípio de realidade e à fantasia. O aspecto essencial para ele, nesse momento é a sobrevivência do objeto e a incolumidade da técnica analítica. A sobrevivência significa não retaliar, através de interpretações ou do silêncio.

“O postulado central nessa tese é que, enquanto o sujeito não destrói o objeto subjetivo (material projetivo), a destruição se intensifica e se torna um fator central até o ponto em que o objeto é objetivamente percebido, tem autonomia e pertence à realidade “compartilhada”. Essa é a parte difícil da minha tese, ao menos para mim.” (Winnicott, *The use of an object, Playing and reality*).

Mais adiante, nesse mesmo artigo:

“...Sem a experiência de máxima destrutividade (objeto não protegido) o sujeito nunca coloca o analista do lado de fora e, por isto, não pode nunca fazer mais do que a experiência de um tipo de self-análise, usando o analista como parte do self.”

Acho importante minha vivência de estarmos chegando a um limite, na época. Não poderia continuar dessa maneira, para além daquele momento. E a questão de que se tratava era a criação do limite entre mim e ele, entre ele e ele mesmo, dispensando-o da clivagem.

Havia sentimentos e conflitos ligados a diferentes níveis de desenvolvimento, que se sobrepunham e que teriam que ser vistos um dia. Por um lado, o nível de sua dependência e desvalimento e por outro, os sentimentos e fantasias ligados ao conflito edípico vividos num nível primitivo. Um pouco antes da fase mais aguda, adormecido, ele falava de pessoas que se estrangulavam ao mesmo tempo em que falava da figura do pai, pessoa violenta e que brigava quando bebia.

À medida em que foi melhorando, e tendo portanto que elaborar e tomar consciência mais clara de tudo que lhe tinha acontecido e da necessidade de cuidar de sua vida, quis interromper ou trocar a análise por um tratamento hipnótico, que a seu ver ia fazê-lo lembrar de todas as coisas. Mostrei-lhe que sua dificuldade era justamente sair da hipnose e passar a conhecer e a fazer sua vida e história.

Ele ficou e trabalhamos ainda muitos anos mas o que viveu e mudou dormindo, ele nunca vai saber.

Levamos muito tempo vendo e vivendo o medo e ódio que tinha da dependência. Ele era absolutamente avesso a qualquer situação que pudesse levá-lo a um sentimento de dependência. Por causa disso, dizia que seu ideal era ser hermafrodita.

Reassumiu, retomou e desenvolveu sua empresa, de uma forma que me surpreendeu. Apropriou-se não só dela, mas de suas capacidades para lidar com as situações.

A crise aguda foi uma ameaça de morte, ao mesmo tempo, que a experiência de nascimento. Ela foi trabalhada como tal a partir do que se passava na sessão. O medo que tinha, antes, de ser louco ou demente parece-me ter a ver com o que Winnicott chama de "fear of breakdown". Ele nos diz que o medo de ficar louco diz respeito a uma experiência já vivida como enlouquecedora e que não foi representada nem significada; a única forma de resolver isso internamente é permitindo que isso seja reexperienciado só que, agora, metabolizado pelo analista.

Na falta do interlocutor, o trabalho teve de ser feito a partir da minha contratransferência.

Quanto à mão amiga, era uma possibilidade sua que me estimulou a viver essa experiência.

Winnicott chama a atenção para esses pacientes que demandam do analista uma disponibilidade particular em função do alto grau de dependência ou da intensidade e gravidade do que têm para partilhar. Ele sublinha que é isso que eles têm a tratar e o não acolhimento desse mergulho pode significar um investimento no falso self e um confinamento do verdadeiro.

Na época do terror vivido clinicamente, além do que ele me tinha dito na entrevista, sua capacidade de manter-se dentro da sessão, dentro do setting (nós trabalhávamos 5 vezes por semana) me fazia pensar que ele agüentaria viver o que estava por vir. Eu também me dava conta de que o estado dele tinha a ver com aquele terror e que evitá-lo era abrir mão do trabalho analítico que vínhamos fazendo.