UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

MARINA DE ANDRADE VAHLE

O trauma na obra de Freud: ramificações conceituais e consequências clínicas

SÃO PAULO

2012

MARINA DE ANDRADE VAHLE

O trauma na obra de Freud: ramificações conceituais e consequências clínicas

(Versão original)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, com requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Daniel Kupermann

SÃO PAULO

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Vahle, Marina de Andrade.

O trauma na obra de Freud: ramificações conceituais e consequências clínicas / Marina de Andrade Vahle; orientador Daniel Kupermann. -- São Paulo, 2012.

124 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clinica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Freud, Sigmund, 1856-1939 2. Trauma 3. Psicanálise 4. Clínica psicanalítica 5. Caso clínico I. Título.

RC506

Nome: Marina de Andrade Vahle

Título: O trauma na obra de Freud: ramificações conceituais e consequências clínicas

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em: ____/____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____ Assinatura:_____

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Daniel Kupermann, pelo acolhimento desde o primeiro contato, por toda a ajuda prestada esses anos e por sempre se mostrar presente, fazendo questão de acompanhar o andamento do trabalho com suas leituras e sugestões. Além disso, por se mostrar compreensivo com as contingências e sensível aos apelos. Um orientador suficientemente ótimo!

Ao Prof. Eduardo Leal, por ter me mostrado a vida acadêmica, por ter acreditado em mim desde cedo e por sempre me empurrar para além dos meus limites, como uma força de crescimento.

Aos professores Luis Claudio Figueiredo e Maria Livia Moretto, pelas contribuições valiosas no exame de qualificação.

A Claudia Rocha, por me ajudar constantemente com as formalidades relativas ao mestrado. Graças a ela, correu tudo bem!

Ao pessoal do grupo de pesquisa, pela amizade, companheirismo, por se mostrarem prontos a ajudar e pelas sugestões relacionadas a esta pesquisa. Foi muita sorte ter pessoas tão legais ao meu redor. Certamente deixarão saudade...

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo apoio financeiro para esta pesquisa e atividades correlatas.

À família, aos amigos e ao namorado por recompensarem meus esforços com muito afeto e tornarem esse percurso mais feliz.

Algo fica acercando-nos na luz da vida
Como se o selo da sombra assinalasse
Com fogo suas secretas criaturas.
(Pablo Neruda)

RESUMO

Vahle, M. A. (2012). *O trauma na obra de Freud: ramificações conceituais e consequências clínicas*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Nossa proposta consiste em realizar uma investigação teórica em torno do conceito de trauma na obra freudiana, assim como das problemáticas a que responde. Objetivamos pesquisar se a teoria do trauma teria de fato desaparecido no período situado entre o abandono da teoria da sedução e os construtos de 1920, como defendem alguns autores na literatura psicanalítica. Nossa hipótese é que a noção de trauma teria continuado a sustentar a teoria freudiana do sofrimento psíquico, não só por meio de aparições esporádicas do conceito nesse período, mas também, implicitamente, por meio das problemáticas a ele relacionadas – como a da etiologia das neuroses – e dos grandes casos clínicos de Freud: Dora, Homem dos Ratos e Homem dos Lobos. Assim, primeiramente rastreamos a noção de trauma e suas ramificações ao longo da obra e, em seguida, fizemos um estudo desses três casos clínicos, em busca de possíveis configurações traumáticas na história de seus protagonistas. Chegamos ao entendimento de que Freud não trata sempre do mesmo tipo de trauma ao longo dos seus escritos: o termo se mantém, mas com acepções diferentes. Haveria, assim, subtipos do trauma implícitos no discurso freudiano – trauma por efração, trauma como falta de mediação entre fantasia e realidade e, ainda, pistas para se pensar um trauma como falha narcísica. A partir desses subtipos, abordamos as consequências clínicas da releitura desse conceito, do ponto de vista do diagnóstico diferencial. Em seguida, apontamos como o aspecto eminentemente econômico que permeia a categoria de trauma influiu na visão de Freud sobre os dispositivos utilizados pelo analista na clínica. Acompanhar as ramificações, assim como o alcance clínico da noção de trauma, consiste em uma tarefa que pode nos oferecer ferramentas teóricas para compreensão dos tipos de constelações traumáticas subjacentes aos sofrimentos intoleráveis daqueles que procuram a clínica psicanalítica.

Palavras-chave: Trauma; Freud; Constelação traumática; Casos Clínicos de Freud; Fantasia; Clínica.

ABSTRACT

Vahle, M. A. (2012). *The trauma in Freud's work: conceptual ramifications and clinical consequences.* Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Our proposal is to perform a theoretical investigation regarding the concept of trauma in Freud's work, as well as the set of problems it responds to. We aimed to research if the theory of trauma would have in fact disappeared in the period between the abandon of the seduction theory and the constructs of 1920, as defended by some authors in the psychoanalytic literature. Our hypothesis is that the notion of trauma would have continued to sustain the Freudian theory of psychic suffering, not only through sporadic appearances of this concept during this period, but also, implicitly, by means of the set of problems related to it – as the etiology of neurosis – and of the major clinical cases of Freud: Dora, Rat Man and Wolf Man. Thus, primarily we searched for the notion of trauma and its ramifications throughout the wok and, afterwards, we performed a study of these three clinical cases, looking up for possible traumatic configurations in the history of their protagonists. We came to the understanding that Freud does not always treat the same kind of trauma throughout his writings: the term remains, but with different meanings. There would be, therefore, implicit subtypes of trauma in the Freudian discourse – trauma by rupture, trauma as lack of mediation between fantasy and reality and, yet, clues to think of a trauma as a narcissistic fault. From these subtypes, we approached the clinical consequences of the reinterpretation of this concept, from the differential diagnosis viewpoint. Next, we pointed out how the eminently economic aspect that permeates the category of trauma influenced in Freud's view about the devices used by the analyst in the clinic. Following the ramifications, as well as the clinical scope of the notion of trauma, consists in a task that may offer us theoretical tools for the understanding of the types of traumatic constellations underlying the intolerable suffering of those who look for the psychoanalytic clinic.

Keywords: Trauma; Freud; Traumatic constellations; Freud's clinical cases; Fantasy; Clinic.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 1

CAPÍTULO I – As teorias do trauma em Freud 5

1.1. Primeiras concepções do trauma – do choque mecânico à teoria da sedução 6

1.2. Concepções intermediárias do trauma – fantasia e sexualidade infantil 15

1.3. Últimas concepções do trauma – compulsão à repetição, desamparo, passividade 25

CAPÍTULO II – O trauma nos três grandes casos clínicos de Freud 41

2.1. Dora e a fantasia traumática 41

2.2. O Homem dos Ratos e o complexo paterno 50

2.3. O Homem dos Lobos e a passividade traumática 56

CAPÍTULO III – Consequências da releitura do trauma para a clínica psicanalítica 67

3.1. Configurações traumáticas na clínica 71

3.1.1. Trauma como efração 71

3.1.2. Trauma como falta de mediação entre fantasia e realidade 78

3.1.3. Trauma como falha primitiva 84

3.2. Dispositivos teórico-clínicos na clínica do trauma 91

3.2.1. Elaboração 92

3.2.2. Construção 96

3.2.3. A importância do fortalecimento do ego 100

3.2.4. O papel do analista 106

CONSIDERAÇÕES FINAIS 113

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 120

INTRODUÇÃO

Trata-se de uma pesquisa teórica que pretende discutir a noção de trauma a partir da obra freudiana. Acredita-se que este conceito, presente desde a invenção freudiana e imprescindível na montagem da clínica psicanalítica, precisa ser desmembrado em suas nuances e acompanhado em seu alcance clínico, o que nos levaria possivelmente a pistas acerca do sofrimento humano e das possibilidades de seu enfrentamento, tendo sempre em vista a atualidade.

A teoria do trauma em Freud tem sido retratada por certos teóricos da psicanálise como um construto que teria sido forte no início da invenção psicanalítica, principalmente quando coincidia com a teoria da sedução (Freud, 1896a, b, c), mas que teria perdido força ao longo da obra freudiana, pelo destaque dado à fantasia e à sexualidade infantil na etiologia das neuroses. O estudo do trauma retornaria somente em 1920 (Laplanche & Pontalis, 2001; Birman, 2001; Figueiredo, 2001), vinculado, sobretudo, ao problema econômico levantado pelos fenômenos de repetição de experiências desprazerosas.

Sob a suspeita de que o conceito de trauma transcenderia esses dois períodos específicos da obra freudiana, procuramos rastreá-lo meticulosamente. Nossa hipótese é de que apesar do aparente silenciamento da problemática do trauma entre a teoria da sedução e os construtos de 1920, esta noção teria continuado a sustentar a teoria freudiana do sofrimento psíquico, mesmo que de forma implícita. Para isso, mapeamos suas aparições, tímidas muitas vezes, no percurso teórico freudiano, assim como suas influências indiretas a partir de problemáticas relacionadas – como a etiologia das neuroses, o desequilíbrio econômico do psiquismo pelo excesso de intensidades, o potencial desestruturante de fantasias e da sexualidade. Esse mapeamento constitui o conteúdo do primeiro capítulo da dissertação.

Neste percurso, deparamo-nos com os três grandes casos clínicos de Freud – Dora, Homem dos Ratos e Homem dos Lobos – que ocupam justamente esse período intermediário da obra freudiana em que o trauma teria supostamente desaparecido. Investigamos, pois, se nesses casos haveria algo da ordem do traumático e o que o caracterizaria, material que constitui o segundo capítulo.

Nossas investigações nos levaram a perceber que o conceito de trauma é mais abrangente e complexo do que se costuma pensar. Acima de tudo, ele não possui uma acepção unívoca – apresenta várias nuances e ramificações, a depender das problemáticas que Freud tinha em vista em cada fase do seu pensamento, além de estar imersa em contradições e problemas teóricos difíceis de serem resolvidos. Essas ramificações costumam passar despercebidas, o que explicaria a tendência geral de se localizar a teoria do trauma apenas naqueles dois períodos específicos de que já falamos.

Assim, o trauma nunca teria sido, de fato, "esquecido" ao longo da teoria freudiana. Não só o termo se mantém, como ele permanece sendo o alicerce para compreensão do transtorno na economia psíquica causado por experiências que acometem o sujeito de modo que ele não consegue lidar, tornando sua existência insuportável. Essa é a raiz para compreensão do trauma em Freud. Entretanto, destacamos três subtipos de trauma que, por sua vez, correspondem a três diferentes quadros clínicos – trauma por efração, relacionado à neurose traumática, trauma pela falta de mediação entre fantasia e realidade, característico das neuroses de transferência, e trauma como falha narcísica, subjacente às afecções narcísicas.

Exploramos essas três vertentes clínicas do trauma no terceiro capítulo, o qual se propõe a destacar as consequências clínicas da releitura da noção de trauma em Freud. Outro grupo de consequências clínicas presente nesse capítulo diz respeito aos dispositivos teórico-clínicos utilizados na prática analítica. Nesse sentido, destacamos como o problema econômico do trauma se relaciona a certos dispositivos clínicos pensados por Freud, como a

ideia de elaboração, construção e fortalecimento do ego e, por fim, como isso interfere na postura do analista.

Em seguida, tecemos considerações finais em que se discutem as motivações dessa pesquisa, seus achados, suas consequências e os problemas teóricos que não puderam ser resolvidos por ultrapassarem os nossos objetivos.

A relevância desta pesquisa pauta-se na discussão sobre o futuro da psicanálise e sua aplicabilidade no mundo contemporâneo. É evidente que algo mudou desde o início do século XX até os dias atuais. Discutem-se novas formas de subjetivação, que estariam por trás das atuais formas de adoecer, tendo como referencial o pensamento de Michel Foucault, por exemplo (Cunha, 2002; Birman, 2006). Chega-se relativamente ao consenso de que a psicanálise não deve prescindir de uma postura crítica frente ao próprio conhecimento, não o deixando tomar como referência o sujeito dotado de uma natureza imutável, destacando-se para este fim a dimensão ética do saber produzido. Discute-se o que é fazer psicanálise, e, dentro de sua especificidade, que domínios podem ser colocados em questão, trazendo novas perspectivas que atendam às demandas atuais.

Bem, a psicanálise assim aberta ao “estranho” que se coloca diante de si, ao invés de negá-lo, presa a antigos modos de funcionamento, a suas resistências, deve submeter-se a um trabalho, tal como Freud falava em trabalho psíquico, um trabalho que por sua vez se sustenta em recordações e repetições (Freud, 1914a). Recordando, portanto, suas origens, repetindo pressupostos, para em seguida elaborar algo a partir destes rastros parece razoável. É aí que a noção de trauma se insere, a base do que viria a se tornar a psicanálise, por sua contribuição em delimitar o campo dos fenômenos propriamente psíquicos em ação no sofrimento neurótico, o que ocorreu pelo desprendimento do seu significado original de lesão corporal em prol da ideia de trauma psíquico.

O conceito de trauma nos é vantajoso ainda pela rica trama conceitual que nos põe à disposição para pensar o sofrimento psíquico. Veremos que Freud o utilizava de formas variadas ao longo de sua obra, de modo a poder compreender certos fenômenos clínicos que se colocavam a seu exame. Assim, desde a sedução reportada por pacientes histéricas, à sexualidade infantil com seu potencial traumático, às fantasias excessivamente intensas, ao complexo paterno, ao trauma do nascimento, ao desamparo frente aos estímulos internos incessantes (pulsões), à angústia do ego, à compulsão à repetição – tudo isso se relaciona à categoria de trauma. É como se ela fosse a fonte de onde emanam ramificações conceituais importantes, por isso o interesse em seu estudo, assim como de seus desdobramentos.

Investigar o alcance da noção de trauma é-nos relevante, também, como possível base de compreensão para certos questionamentos clínicos. Essa categoria nos abre caminhos para a problematização das formas de sofrer, proporcionando ferramentas para compreensão das distintas constelações traumáticas por trás do sofrimento dos pacientes.

CAPÍTULO I – AS TEORIAS DO TRAUMA EM FREUD

O presente capítulo é fruto da investigação da noção de trauma, ao longo da obra freudiana, desde as chamadas publicações pré-psicanalíticas. Tal investigação se deu por meio da busca textual da palavra "trauma" e dos seus derivados morfológicos, na versão eletrônica das obras completas de Freud, seguindo a lógica diacrônica, visto que os períodos em que esse conceito aparece e desaparece nos interessa. A partir desses achados, buscamos compreender o significado da palavra em diversos momentos da obra: suas funções, que questionamentos procura responder e que problemáticas lhe estão relacionadas. Assim, teremos material suficiente para mostrar se, de fato, a teoria do trauma teria desaparecido com a queda da teoria da sedução, para retornar somente em 1920, relacionada ao segundo dualismo pulsional – como afirmam alguns teóricos[1] – ou se ela teria permanecido, seja de forma manifesta ou implícita. Nossa hipótese é que a teoria da sedução, esta sim, teria sido posta de lado (embora nunca totalmente) quando Freud descobriu que nem tudo eram fatos concretos, e que havia muito de fantasia. A teoria do trauma, ao contrário, nunca teria sido abandonada por Freud, embora esse conceito apareça relacionado a diferentes problemáticas e com sentidos diversos, muitas vezes confusos e contraditórios. O trauma psíquico teria permanecido na teoria freudiana como alicerce teórico-explicativo, responsável pela compreensão dos fenômenos clínicos, conservando a lógica de que algo acomete o sujeito – nutrindo uma relação de exterioridade com o ego e colocando-o numa posição de passividade – e que um excesso, incapaz de ser devidamente equacionado, se produz no psiquismo.

Iniciaremos agora nosso percurso diacrônico pela obra freudiana.

[1] Como Laplanche e Pontalis (2001), Birman (2001), Figueiredo (2001), James Strachey (Freud, 1898, 1906, 1912).

1.1. Primeiras concepções do trauma – do choque mecânico à teoria da sedução

A palavra "trauma" aparece numa época remota dos escritos freudianos, pré-psicanalítica, quando ele escreve o verbete *Histeria*, para a enciclopédia Villaret, em 1888. O trauma constitui um dos fatores responsáveis pela irrupção do quadro histérico, junto à intoxicação, ao luto e à emoção consumptiva. Trata-se de um trauma físico intenso, acompanhado de medo e perda momentânea da consciência, como ocorre após acidentes ferroviários. A parte do corpo afetada pelo trauma se torna a sede da histeria, como se o fator psíquico se "apoiasse" no fator orgânico destacado pelo acidente traumático. Entretanto, o sintoma histérico não se desenvolve imediatamente após o trauma, mas somente após um período de latência, ou seja, num segundo tempo. O trauma aparece como fato que abala o sistema nervoso – o tom de Freud nesse artigo é, sobretudo, neurológico.

Anos mais tarde, na *Comunicação Preliminar* dos *Estudos sobre a Histeria* (1895 [1893-95]), a polaridade trauma físico/trauma psíquico guia inicialmente a investigação de Breuer e Freud, que procuram descolar o último do primeiro ao priorizarem o papel dos afetos despertados no acontecimento traumático. Eles partem da noção de histeria traumática (ou neurose traumática), relacionada a um acidente (choque mecânico), para a histeria comum, por meio da seguinte constatação: o que na verdade teria causado a histeria traumática não é a lesão proveniente do choque, mas o afeto do susto; trata-se de um trauma psíquico. Da mesma forma, na histeria comum, é o afeto aflitivo relacionado a um evento qualquer da vida – como angústia, susto, vergonha, dor física – que a desencadeia.

Sendo esses afetos comuns, o que diferencia a pessoa que se torna histérica da que não o faz é a *suscetibilidade* (fator disposicional), que aparece, sobretudo, na tendência do indivíduo a funcionar em estado crepuscular, ou hipnóide, ideia defendida por Breuer.

Freud e Breuer passaram a concentrar seus interesses médico-científicos na histeria comum. O histérico é aquele que não teria conseguido reagir à situação traumatizante, seja pela ab-reação, seja pela entrada da lembrança do evento numa rede de associações que a retificariam (Breuer & Freud, 1895 [1893-95]). Isso explica porque o afeto permanece colado à lembrança do evento, tornando ativo o trauma. O modelo do trauma é, nesse momento, a ofensa recebida e não-vingada. Uma vingança, ou seja, um movimento ativo, seria a forma mais adequada para evitar a instalação de um trauma, embora as palavras ou a exteriorização do afeto por meio das lágrimas, por exemplo, também funcionem. Aqui, temos o modelo do que Freud chamou mais tarde de "histeria de retenção", em que os afetos ficam aprisionados no psiquismo (Freud, 1894).

O que está por trás da impossibilidade de reagir ao acontecimento penoso é, sobretudo, a própria natureza do evento: a perda de um ente querido, por exemplo, é dolorosa em si e irreversível. Há também as convenções sociais, que impedem tal reação muitas vezes, assim como há coisas que o paciente deseja esquecer e as suprime intencionalmente, por serem incompatíveis com o eu. Essa incompatibilidade denuncia a presença de um movimento defensivo por parte do sujeito, de modo que Freud isola mais um subtipo da histeria comum, a chamada "histeria de defesa" (Freud, 1894). Será esse tipo de histeria o substrato da psicanálise.

Breuer, mais do que Freud, defenderá a hipótese de que é a natureza do estado psíquico do indivíduo, durante a ocorrência do evento, que determina sua patogenicidade. Tratar-se-iam de percepções recebidas durante estados afetivos paralisantes, como o susto, ou nos chamados estados hipnóides, em que falta o filtro da consciência na recepção dos estímulos. O tipo de neurose que se instala, a partir daí, será isolada por Freud como "histeria hipnóide" (Freud, 1894). Este passará a ser um ponto de divergência futura entre os autores:

Freud aposta na hipótese defensiva em relação ao trauma e Breuer numa hipótese de raízes neurológicas.

Ambos percebem, em suas investigações, que não é necessário apenas um trauma para formar um quadro histérico: podem ocorrer sucessivos traumas parciais que, por soma, adquirem a amplitude econômica de um grande trauma. Fala-se, nesse momento, em vários "componentes de uma mesma história de sofrimentos" (Breuer & Freud, 1895 [1893-95], p. 42), o que implica considerar a história de vida como eixo compreensivo do trauma e da histeria.

Isso significa que o trauma não é apenas um acontecimento pontual que se esgota em si mesmo, funcionando apenas para desencadear a histeria; ele conserva psiquicamente seus efeitos, por meio da lembrança, de modo a poder se manifestar muito tempo depois, ou somar-se a traumas posteriores.

Apesar do destaque dado à histeria comum, não cabe marginalizar a histeria traumática: há uma gama de situações em que ela pode servir de modelo explicativo, situações em que há de fato um único evento principal, um "grande trauma em ação" (Freud, 1893, p. 40). Ainda assim, é um trauma psíquico, pois é o afeto do susto ou do terror que importa. A categoria de trauma pertence, então, a diversos âmbitos da experiência: desde esse que acabamos de citar, mais pontual, até as queixas amorosas e culposas daqueles que desenvolveram a histeria comum.

Ao expor seus casos clínicos nos *Estudos*, Freud chega a mais alguns indícios que o ajudam a entender a relação entre trauma e neurose. Ele discrimina, já a partir da análise de *Frau* Emmy, traumas principais e traumas secundários (ou auxiliares). Os últimos são responsáveis por despertarem os primeiros, que formam um grupo separado e alheio à consciência. Isso, no entanto, não significa que as ocorrências secundárias não sejam traumáticas; elas também atuam por seu próprio conteúdo, combinando suas características

com as de um momento traumático anterior. A distinção conceitual corresponde a uma distinção temporal.

Nasce a ideia de trauma em dois tempos, relacionada, sobretudo, a experiências sexuais. Isso aparece claramente no caso Katharina, moça que sofreu investidas eróticas, no início da juventude, por parte do pai – seu trauma principal. Mais tarde, ao ver o pai deitado sobre sua irmã, formou-se um novo trauma, em conexão com aquele. Apenas *a posteriori*, quando sua maturidade sexual permitiu, Katharina pôde compreender o que se passou com ela em épocas anteriores, formando assim a neurose, fruto da defesa contra uma verdade intolerável.

Freud desenvolve essa ideia, afirmando que momentos traumáticos são aqueles em que é suspenso o isolamento associativo entre certo grupo de representações incompatíveis e uma corrente de pensamento vigente, o que acontece num segundo momento. O trauma aparece no campo do pensamento. Progressivamente, nos próprios *Estudos*, a noção de trauma vai sendo internalizada, de modo que não só o evento e a reação adequada são explorados, mas também sua dimensão intrapsíquica.

Isso se materializa numa soma de excitação que atua no sistema nervoso e é convertida, em sua maior parte, para partes do corpo, caracterizando os sintomas somáticos próprios da histeria. Outra parte pode permanecer na esfera psíquica e caracterizar o estado emocional desses pacientes, como as alterações de humor, inibições da vontade e fobias. Há, portanto, aqui, o fator econômico a caracterizar o trauma – o grau máximo de tensão afetiva que o indivíduo pode suportar (Freud, 1895 [1893-95]).

Trata-se, muitas vezes, de “choques emocionais corriqueiros” (Freud, 1895 [1893-95], p. 169): é a paixão pelo cunhado, o que implica desejar a morte da irmã, desejo esse intolerável; é a paixão pelo patrão; são as mortes de entes queridos; ressentimentos por injustiças sofridas. São esses eventos “da vida” que estão envolvidos no sofrimento dessas

pacientes histéricas de Freud. Entretanto, após os *Estudos*, Freud terá como foco o que não é tão corriqueiro assim: a sedução sofrida por uma criança, como foi o caso de Katharina, que se tornará emblemático para compreensão do trauma. Entre 1895 e 1897, floresce a teoria da sedução, que deixará rastros por toda a obra freudiana.

Suas raízes aparecem na última parte dos *Estudos*, escrita somente por Freud, e que constituiu motivo maior para afastamento de Breuer: a etiologia das neuroses deveria ser buscada em fatores sexuais. A expressão "trauma sexual" passa a ser corrente e a caracterizar o núcleo patogênico subjacente às manifestações das psiconeuroses: histeria de conversão, histeria de angústia e neurose obsessiva. Também a neurastenia e a neurose de angústia teriam etiologia sexual, embora se trate de um sexual eminentemente fisiológico, capaz de gerar um efeito tóxico, seja por excesso ou por carência.

Em torno dessa mesma época, Freud publicava *As Psiconeuroses de Defesa* (1894), em que destacou o papel defensivo do psiquismo contra o sexual, presente não só na histeria, mas também nas obsessões e fobias. O trauma se relacionaria à vida sexual por ela ser a esfera capaz de suscitar as mais numerosas representações incompatíveis com o eu. O indivíduo erige então, voluntariamente, uma barreira contra ela, como se o evento de conotação sexual não tivesse ocorrido – sua representação é privada do seu afeto correspondente e se torna fraca, de modo a não conseguir suscitar sua entrada numa cadeia associativa. A soma de excitação flutuante é problemática e irá se manifestar nos sintomas, sejam somáticos, ideativos ou alucinatórios. O complicador desse processo são os traumas auxiliares, que devolvem essa soma de excitação às representações enfraquecidas, reativando-as e impondo ao sujeito a tarefa de se haver com elas novamente, o que pode culminar numa crise histérica, por exemplo. O trauma é da ordem do não-escoamento necessário do afeto, que vai sendo acumulado ao longo das novas vivências traumáticas. Certa "covardia moral" estaria por trás

do trauma. E as mulheres seriam as principais vítimas justamente por serem alvos de uma moral mais rígida.

Em paralelo, Freud desenvolvia secretamente[2] seu *Projeto para uma Psicologia Científica* (1895), no intuito de apresentar hipóteses neurológicas para os processos mentais que vinha estudando a partir da histeria. Aqui, ele repete a ideia de que o trauma é sexual, justificada por dois motivos: o fator sexual libera os mais intensos afetos; e o fato de a sexualidade surgir apenas na puberdade faz com que toda experiência erótica, vivida prematuramente pelo sujeito, não consiga alcançar uma liberação sexual adequada, permanecendo o afeto ligado à lembrança do evento, despertada na puberdade.

Assim, uma pessoa traumatizada é aquela cuja sexualidade foi prematuramente excitada e cuja disposição inata facilita a emergência precoce de sensações sexuais. No fundo, é o fator quantitativo que se impõe. Devido à intensidade do evento traumático e à falta de compreensão das questões sexuais na época, a *Qn* (quantidade que possui magnitude intercelular) segue o mecanismo da dor, ao invés de provocar, por parte do ego, investimentos colaterais que mitigariam essa energia.

Isso nos leva a arriscar que trauma, nesse momento, é equivalente à experiência de dor (Freud, 1895, p. 413). A dor resulta da irrupção de grandes quantidades provenientes do mundo externo no sistema de neurônios *psi*[3], deixando atrás de si facilitações permanentes, ou seja, tais neurônios ficam permanentemente alterados pela passagem de uma excitação. Tais estímulos externos rompem as telas protetoras, em ação nos aparelhos nervosos terminais, desestabilizando o aparelho neuronal em sua função de dominar os estímulos.

Essa ideia de um excesso subjacente à experiência de dor, que deixa rastros duradouros, foi retomada muitos anos depois por Freud, em outro contexto (Freud, 1920). Da

---

[2] Apenas Wilhelm Fliess (1858-1928) – otorrinolaringologista alemão, amigo e interlocutor de Freud por excelência na época – teve acesso a esse escrito por meio de correspondência.

[3] Aqueles que retêm a *Qn*, por serem impermeáveis, e, portanto, são portadores de memória.

mesma forma, as facilitações permanentes, pelas quais tenderão a passar quantidades posteriores, pode se articular à futura noção de compulsão à repetição (Freud, 1920), como um circuito pulsional que percorre repetidamente os mesmos caminhos. Também a ideia de telas de proteção nos serão importantes quando abordarmos a questão do trauma sob a ótica dos achados freudianos ligados à neurose traumática.

Assim como a dor denuncia a presença de um excesso no psiquismo, causado por estímulos externos, há a angústia como afeto proveniente de um excesso de origem interna. Freud a localiza claramente nas neuroses de angústia, cujo quadro traz um "quantum de angústia em estado de livre flutuação" (Freud, 1895 [1894], p. 96), fruto da abstinência sexual. O acúmulo de excitação que não encontra escoadouro se transforma automaticamente em angústia.

Não há origem psíquica para essa angústia: trata-se de uma angústia somática correspondente a uma excitação somática. A falta de participação psíquica contribui para essa descarga exagerada de angústia. Assim, "a neurose de angústia é produto de todos os fatores que impedem a excitação sexual somática de ser psiquicamente elaborada" (Freud, 1895 [1894], p. 110). Trata-se de um aumento de excitação somática que inviabiliza uma elaboração suficiente por parte da psique, o que pode ser traumático.

Freud trata o trauma, nesse texto, como fator corriqueiro que pode desencadear o transbordamento da angústia, não sendo sua aparição indispensável para que essa neurose se dê. Ele cita o exemplo da morte de um parente que pode fazer eclodir em angústia uma excitação que vinha se acumulando. Podemos pensar que, estando a libido concentrada no luto, falta à excitação sexual orgânica seu correspondente psíquico, e, a partir daí, psiquismo e corpo passam a trabalhar em registros separados.

Se formos mais longe, é cabível cogitar que o trauma, na verdade, se relaciona a essa "invasão" do somático sobre o psíquico, tal como na neurose traumática há uma invasão

maciça do mundo externo sobre o psíquico. A partir do momento em que os dois registros "conversam", não haveria trauma; a mediação, os meio-termos seriam os indicadores de saúde. Por isso, o papel do ego será explorado mais tarde por Freud ao falar em trauma – é ele a instância responsável por alcançar esses meio-termos, esse lugar paradoxal da experiência em que não se deve escolher um único "senhor" (Freud, 1919).

Voltando ao âmbito das psiconeuroses, deparamo-nos com a priorização da sedução como fator traumático e etiológico, o que aparece nos escritos freudianos de 1896. Pela primeira vez, Freud expõe sistematicamente o que depois viria a chamar de séries complementares: mostra a confluência entre fatores hereditários (disposicionais) e fatores específicos (acidentais) na etologia das psiconeuroses (Freud, 1896a). Ele não descarta o papel da hereditariedade, destacando-a inclusive da teoria degenerativa; prefere, no entanto, explorar as causas acidentais, agrupadas na categoria de trauma.

Interessante que ele destaca outros fatores etiológicos, chamados de "causas concorrentes ou auxiliares" (Freud, 1896a), termo que já utilizava nos *Estudos* ao falar no trauma. São elas os *agents provocateurs* que disparam a neurose, como uma perturbação emocional, esgotamento físico ou intelectual, doenças graves, acidentes. Se anteriormente esses agentes desencadeadores eram agrupados sob a expressão "traumas auxiliares" (Freud, 1895 [1893-95]), agora já não ocupam essa posição semântica. A expressão trauma se distanciará dessas causas fortuitas e terá uma conotação bem particular. Ela diz respeito a:

> [...] uma lembrança relacionada à vida sexual, mas que apresenta duas características de máxima importância. O evento do qual o sujeito reteve uma lembrança inconsciente é *uma experiência precoce de relações sexuais com excitação real dos órgãos genitais, resultante de abuso sexual cometido por outra pessoa*; e o *período da vida* em que ocorre esse evento fatal é a *infância* — até a idade de 8 ou 10 anos, antes que a criança tenha atingido a maturidade sexual (Freud, 1896a, p. 151).

No caso da histeria, trata-se de uma experiência sexual passiva antes da puberdade. Já na neurose obsessiva, trata-se de uma participação precoce em atividades sexuais

acompanhada de prazer. O histérico teria ocupado um papel passivo na sedução, enquanto o obsessivo teria ocupado papel ativo, inclusive por meio de agressões sexuais.

Outro elemento a ser trazido pela teoria da sedução é o trauma em dois tempos, que já aparecia no caso Katharina, como foi mostrado. Trata-se da ação póstuma de um trauma sexual.

Vemos que, nesse contexto, o trauma exibe algumas características: é de ordem sexual; está relacionado a um evento ou grupo de eventos específicos (sedução infantil); seu peso é dado pela realidade externa; possui dois tempos e é atualizado por uma lembrança. A sexualidade é traumática quando aparece em época primitiva.

O próximo passo de Freud foi coadunar essa nova teoria aos seus achados anteriores. Ele já havia falado em traumas principais e auxiliares, baseados num fator temporal (Freud, 1895 [1893-95]). Essa separação persiste, embora ele fale mais diretamente em traumas de infância e traumas posteriores (Freud, 1896b). Interessante que, se o trauma tende a estar ao lado dos fatores etiológicos acidentais, em *Observações Adicionais sobre as Psiconeuroses de Defesa* (1896b), o trauma infantil aparece como fator disposicional ou suscetibilidade. É ele que fornece a força necessária para que um trauma posterior, após a puberdade, dê origem ao recalcamento das representações relacionadas, instalando um quadro neurótico. Assim, para uma experiência na maturidade desembocar em neurose, é preciso ter uma predisposição, o trauma infantil.

Se a neurose apresenta como alicerces uma série de traumas, e de vários tipos, subdivididos segundo a temporalidade ou o grau de importância – traumas principais e auxiliares; acontecimentos graves e banais (Freud, 1896c, p. 198) – é drástico dizer que, após a "queda" da teoria da sedução[4], a teoria do trauma teria igualmente caído por terra, como o

[4] As aspas se devem à discordância de que a teoria da sedução teria de fato desaparecido da teoria freudiana. Ela teria sido afastada como causa *única* da neurose, mas reaparece em alguns momentos da obra como um dos fatores possíveis para o adoecimento (Freud, 1905, 1906 [1905]).

fez o próprio editor James Strachey em algumas ocasiões[5]. Tendo a sedução, na infância, deixado de explicar a etiologia da neurose, devido à descoberta da sexualidade infantil (retirando do adulto a tarefa de impô-la à criança) e do papel das fantasias, o trauma nem por isso perderia seu lugar. Afinal, há os acontecimentos da vida, mais ou menos graves, que podem não obter a resposta adequada, fazendo os afetos permanecerem em excesso no psiquismo. O sexual continua a conservar seu caráter excessivo, potencialmente desestabilizador, e as fantasias aparecem nesse emaranhado como construções que, sujeitas ao processo primário, podem despertar afetos exagerados e gerar sofrimento.

1.2. Concepções intermediárias do trauma – fantasia e sexualidade infantil

Freud anuncia o "abandono" da teoria da sedução em 1897, na carta 69 escrita a Fliess (Freud, 1897c). No ano seguinte, embora não fale explicitamente em trauma, continua a insistir nos dois tempos da experiência para explicar a etiologia da neurose (Freud, 1898). O eixo formal da explicação continua o mesmo, sendo trocado o par trauma/sedução pelas experiências sexuais próprias da infância. Se tais experiências sexuais primitivas, a partir desse momento, ocupam, na cadeia explicativa, o lugar reservado ao trauma, poderíamos nos indagar se ainda não é de trauma que Freud está falando, embora não seja localizável num evento acidental como a sedução.

A grande questão, como o próprio Freud aponta mais tarde, é que não se pode buscar a etiologia da neurose num único fator, erro que foi cometido ao atribuir a causa das psiconeuroses exclusivamente à sedução (Freud, 1906 [1905]). Superestimou-se o fator acidental, esquecendo-se das disposições, a serem exploradas mais tarde: a sexualidade infantil, com suas fixações, e a adesividade da libido. A sedução aparece ainda como possível

[5] Ver nota do editor inglês para *A sexualidade na etiologia das neuroses* (1898), *Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses* (1906 [1905]) e *Tipos de desencadeamento da neurose* (1912).

fator etiológico (Freud, 1905, 1906 [1905]), embora como algo que desperta o que já existia e estava em processo de maturação – algo que perturba a temporalidade do desenvolvimento sexual infantil.

Assim, nos vemos frente a um impasse: devemos falar em trauma somente quando ocorre um fato ocasional, como a sedução, ou reservá-lo àquelas experiências sexuais infantis penosas que deixam marcas permanentes no indivíduo e constituem o alicerce que sustenta sua neurose?

Freud dá pistas em *Minhas Teses sobre o Papel da Sexualidade na Etiologia das Neuroses* (1906 [1905]), quando declara abertamente a importância das fantasias e o "erro" da teoria da sedução:

> [...] aprendi a decifrar muitas fantasias de sedução como tentativas de rechaçar lembranças da atividade sexual do próprio indivíduo (masturbação infantil). Esclarecido esse ponto, caiu por terra a insistência no elemento "traumático" presente nas vivências sexuais infantis, restando o entendimento de que a atividade sexual infantil (seja ela espontânea ou provocada) prescreve o rumo a ser tomado pela vida sexual posterior após a maturidade (Freud, 1906 [1905], p. 260).

Freud afirma, nesse trecho, que desiste do "elemento traumático". De fato, ele próprio está colocando como sinônimos "sedução" e "trauma", o que empobrece o valor heurístico dessa noção. Ele defende que, entre as impressões infantis e a formação dos sintomas neuróticos, há a interposição das fantasias do paciente, que são ficções montadas com base nas lembranças infantis. O fato concreto da sedução é posto de lado, o que, no entanto, não anula a capacidade do sexual de desestabilizar o funcionamento psíquico e ocasionar sofrimento incapacitante. "O trauma" desaparece, mas o fator traumático permaneceria, segundo nossa concepção.

Freud complementa sua argumentação dizendo que "os 'traumas sexuais infantis' foram substituídos, em certo sentido, pelo 'infantilismo da sexualidade'" (Freud, 1906 [1905], p. 261). Mas algo houve que foi capaz de congelar certa dimensão infantil da sexualidade, que se resguarda nas fantasias: trata-se do recalcamento excessivo das aspirações libidinais. Ele

conclui o raciocínio afirmando que não importam as excitações sexuais sofridas pelo indivíduo na infância, mas sua reação a elas – se acionara ou não o recalcamento dessas impressões.

O conjunto *impressões infantis – recalcamento – fantasias – sintomas* não anula o fato de que coisas foram vividas. Com efeito, a sexualidade infantil se manifesta independentemente da malícia do adulto e, da mesma forma, o recalcamento é um mecanismo psíquico automático. Mas o fator psíquico não existe sem a interação com o outro, com o ambiente; afinal, de onde provém o elemento inicial da cadeia, as impressões infantis? Tudo são vivências, e, portanto, o fator traumático da experiência permaneceria.

Além disso, os traumas infantis não precisam remeter a acontecimentos de proporções gigantescas; pequenas coisas são capazes de adquirir essa magnitude na infância, devido à impotência física e psíquica da criança frente a elas, o que dota situações tidas como banais no mundo adulto de contornos traumáticos. Essa é uma ideia básica que acompanha a obra freudiana, explicitada na retrospectiva teórica presente no *Esboço de Psicanálise* (1940 [1938]).

Em *Escritores Criativos e Devaneio* (1908 [1907]), Freud atribui papel patogênico às fantasias. “Quando as fantasias se tornam exageradamente profusas e poderosas, estão assentes as condições para o desencadeamento da neurose ou da psicose.” (Freud, 1908 [1907], p. 139). São elas as precursoras imediatas dos sintomas penosos de que sofrem os pacientes. As fantasias, quando recalcadas, permanecem cristalizadas e sujeitas ao processo primário do inconsciente. Isso significa que elas podem se congelar em certas cenas e serem dotadas de grande quantidade energética. Esse excesso concentrado pode ser pensado como fator traumático da neurose, em que são combinadas as impressões (restos do vivido), que servem de base às fantasias, a própria montagem fantasiosa, e as intensidades psíquicas.

Afinal, como nos disse Freud, se elas têm o poder de evocar a neurose, ou até uma psicose, podemos desconfiar da presença de um elemento traumático nesse contexto.

Interessante que, nesse período, a fantasia ganha destaque em vários tipos de textos, mostrando que de fato ela passou a ocupar lugar central nas investigações freudianas acerca da neurose. Ainda em 1908, ao falar sobre as fantasias bissexuais na histeria, podemos ver que Freud utiliza no seu esquema etiológico "fantasias" no lugar de "lembranças" (Freud, 1908). Nos *Estudos*, bem como em escritos que abordaram a teoria da sedução, as lembranças eram traumáticas, por trazerem em si a intensidade dos eventos penosos. Agora, o evento em si perdeu importância, devido à capacidade do desejo de moldar experiências segundo sua "vontade". A resultante das impressões infantis, somadas aos desejos, são as fantasias. Isso não significa, entretanto, que tal combinação não possa ser intolerável, tal como o fato irredutível traumático de outrora; a participação do psiquismo na montagem das cenas penosas, nem por isso lhes retira seu caráter traumático.

Além disso, vale a pena lembrar que as fantasias se apoiam em experiências concretas. Como afirmou Freud, nos primórdios da psicanálise, na carta 61 a Fliess, "as fantasias derivam de coisas que foram *ouvidas*, mas só compreendidas *posteriormente*, e todo o seu material, naturalmente, é verídico." (Freud, 1897a, p. 296). A diferença é que Freud descobre que as impressões, restos de experiências, são complicadas pela presença do desejo, dos anseios libidinais. Elas não são traumáticas em si, mas por interagirem com tais anseios de uma forma que causa mais sofrimento do que se consegue lidar.

Assim, apesar de a palavra trauma mal aparecer nesse período, ao contrário do termo fantasia, o eixo interpretativo do sofrimento neurótico permanece com a mesma estrutura: se antes a cura significava desenterrar as lembranças traumáticas, agora, trata-se de trazer à tona as fantasias (traumáticas).

Há elementos complicadores desse processo. Segundo Freud, em *Sobre o Início do Tratamento* (1913), não importa tanto descobrir a experiência traumática infantil e comunicá-la ao paciente – o que poderia ser feito por meio de outras fontes, como os pais, por exemplo; o que importa são as resistências do paciente a tais experiências. Ele cita a experiência homossexual de uma moça histérica como exemplo. O valor traumático aparece aqui, embora não retorne como lembrança ou comunicação do analista – ele aparece por meio da defesa exagerada que se forma contra certas experiências.

Já que o trauma perdeu sua vinculação ao evento específico de sedução, o leque de possibilidades para caracterizá-lo aumentou. São as impressões infantis de que viemos falando, combinadas em fantasias. Tendo em vista que todas as pessoas colecionarão tais experiências, reterão impressões carregadas de afeto, o que atestará seu valor traumático são as reações singulares a elas. É isso que Freud diz nas entrelinhas dos artigos sobre a técnica, ao deslocar o foco da lembrança dos eventos traumáticos para as resistências que eles suscitam.

Pouco antes, em 1912, Freud destaca o represamento da libido como causa do adoecimento. Desse quadro, podem participar as frustrações provenientes do mundo externo; o esforço interno malogrado de adequar-se às exigências da realidade, relativa a certa inflexibilidade da libido; as inibições no desenvolvimento, que aparecem tão logo o indivíduo deixa a infância; o aparecimento de processos biológicos normais correspondentes a certos períodos de vida, como a puberdade e a menopausa, em que há um aumento da libido.

Lemos em Freud (1912, pp. 254-55):

> [...] a formulação desses quatro tipos não pode reivindicar qualquer valor teórico elevado; eles são simplesmente modos diferentes de estabelecer uma constelação patogênica específica na economia mental – a saber, o represamento da libido, que o ego não pode desviar sem danos com os meios à sua disposição. Mas esta situação em si apenas se torna patogênica em resultado de um fator quantitativo; ela não chega como novidade à vida mental e não é criada pelo impacto daquilo que se denomina ‘causa da doença’.

Vemos que, o que está em jogo, é uma “constelação patogênica” e os tipos de desencadeamento da neurose em si mesmos não importam (fator qualitativo); o que atrai o interesse das investigações psicanalíticas nesse momento é o fator quantitativo, o excesso de libido represada no psiquismo. Essa dimensão econômica já era apontada em momentos embrionários da invenção psicanalítica, tanto sob a forma de afeto represado (Breuer & Freud, 1895 [1893-95]), como sob a forma da dor (Freud, 1895) ou angústia (Freud, 1895 [1894]). Temos aqui o excesso que dá a tonalidade de trauma à experiência.

Isso leva Freud à seguinte conclusão, bastante importante para nossa investigação:

> A psicanálise alertou-nos de que devemos abandonar o contraste infrutífero entre fatores externos e internos, entre experiência e constituição, e ensinou-nos que invariavelmente encontraremos a causa do desencadeamento da enfermidade neurótica numa situação psíquica específica que pode ser ocasionada de várias maneiras (Freud, 1912, p. 255).

Poderíamos arriscar que essa “situação psíquica específica”, ou a “constelação patogênica” citada anteriormente, é o que podemos chamar de trauma.

Uma pista nesse sentido se encontra na retrospectiva que Freud faz do movimento psicanalítico, em 1914. Ao expor o porquê da queda do primado da sedução, no percurso teórico da psicanálise, ele fala da queda dos “traumas sexuais infantis” e a presença de “traumas que são fictícios” (Freud, 1914b, p. 27) – as fantasias por trás dos sintomas neuróticos.

O fator disposicional entra em cena, formado pela atividade sexual da tenra infância, ou seja, por experiências. E então Freud afirma algo de grande valor para nossos fins: que a disposição exagera as impressões comuns, transformando-as em traumas que dão margem a fixações (Freud, 1914b). Isso significa que o trauma não desapareceu de fato. Ele apenas ganhou novos contornos, adequados aos achados da sexualidade infantil e das fantasias que a recobrem.

O próprio título da *Conferência XVIII*: “Fixação em traumas – o inconsciente” nos revela que, na revisão que Freud faz dos seus achados, ainda destaca o trauma, dedicando-lhe uma conferência. Ele resgata a noção de neurose traumática, caracterizando esse quadro – fixação no momento do acidente, repetição constante da situação traumática por meio dos sonhos, por exemplo – para compará-lo às neuroses de transferência. A neurose traumática surge como exagero dos processos econômicos envolvidos na formação de uma psiconeurose. Nos dizeres de Freud:

> [...] o termo ‘traumático’ não tem outro sentido senão o sentido econômico. Aplicando-o a uma experiência que, em curto período de tempo, aporta à mente um acréscimo de estímulo excessivamente poderoso para ser manejado ou elaborado de maneira normal, e isto só pode resultar em perturbações permanentes da forma em que essa energia opera.
> Esta analogia nos compele a descrever como traumáticas também aquelas experiências nas quais nossos pacientes neuróticos parecem se haver fixado. Isto nos proporia uma causa única para o início da neurose. Assim, a neurose poderia equivaler a uma doença traumática, e apareceria em virtude da incapacidade de lidar com uma experiência cujo tom afetivo fosse excessivamente intenso (Freud, 1917 [1916-17]a, p. 283).

É neste sentido que percebemos o apagamento das fronteiras entre externo e interno, acidental e constitucional, de modo que o trauma aparece ligado àquilo que, por trazer a marca do excesso, perturba o funcionamento do aparelho psíquico em seu objetivo de dominar as excitações, não importa qual seja sua fonte. Exemplo banal disso é que a simples explicação dos processos sexuais, dada pelos adultos ao jovem após a puberdade, pode, segundo Freud, produzir “efeitos traumáticos” (Freud, 1917 [1916-17] a, p. 324). Assim, podemos pensar que o trauma ocorre nesse lugar fronteiriço, um tanto mítico, no qual o interno e o externo se misturam, de modo que não conseguimos de fato isolar se o trauma é algo que vem “de dentro” ou “de fora” – isso se torna uma falsa questão. A colagem entre trauma e evento pontual (externo), um vício de pensamento que remonta às origens da noção de trauma, não é suficiente para caracterizar seu alcance. Falar em trauma só se torna

possível, portanto, se abandonarmos a dicotomia entre externo e interno, se embaçarmos seus limites.

Na conferência XXII, aparece novamente a expressão “efeito traumático” (Freud, 1917 [1916-17]b, p. 351). Ela nos é relevante porque atesta a junção entre experiência e disposição, visto que o tom traumático somente reveste uma experiência caso o campo tenha sido preparado pela disposição da libido (adesividade, fixações).

Entretanto, a conferência seguinte traz uma contradição: no diagrama em que Freud coloca os determinantes etiológicos da neurose, o trauma aparece ao lado das experiências casuais da vida (Freud, 1917 [1916-17]c). Do outro lado, o fator disposicional (fixação da libido), que se subdivide em: experiência pré-histórica (filogenética) e experiência infantil. Aqui, temos uma armadilha conceitual. A própria disposição diz respeito a experiências de vida, sejam da infância ou da espécie humana. Se, como nos disse Freud, o trauma se relaciona a experiências, temos o fato de que ele pode ser localizado em todas essas esferas. No fundo, tudo são experiências, não vivemos fora desse registro – já falamos inclusive que a própria fantasia não se desvincula delas.

Freud cita, nessa mesma conferência XXIII, três tipos de fantasias recorrentes nos neuróticos e que são um tanto problemáticas: observação do coito dos pais, sedução por um adulto e ameaça de castração. Ele argumenta que, em muitos casos, trata-se de fatos concretos, mas que, caso sejam fantasias, elas são construídas a partir de indícios da realidade, combinados aos desejos presentes desde a infância, como já havia dito antes.

Isso é destacado no caso do Homem dos Lobos, publicado por Freud em 1918. Esse caso traz a sedução, o coito parental e a castração como imprescindíveis para compreensão do sofrimento do paciente. Em relação à sedução sofrida pelo paciente, sobretudo pela irmã mais velha, Freud revela: “A velha teoria do trauma, que afinal se baseava em impressões da prática psicanalítica, retornou subitamente à vigência” (Freud, 1918 [1914], p. 127). Como

dissemos, poderíamos nos perguntar se, de fato, ele a teria abandonado inteiramente. Talvez, como único fator etiológico da neurose, sim; mas, se lembrarmos do caso Dora, ou mesmo do Homem dos Ratos, vemos o papel exercido pela sedução na configuração do quadro clínico[6]. A sedução teria entrado no rol dos ditos fatores acidentais envolvidos na determinação da neurose.

Já a cena primária que o paciente teria presenciado com um ano e meio de idade – a relação sexual dos pais – traz de volta o trauma em dois tempos. Apenas depois dos quatro anos, o paciente conseguiu reativar e compreender aquelas impressões primitivas, trazendo à tona toda a carga afetiva relacionada, somada a traumas posteriores (como a sedução da irmã). Essa soma, outra característica do trauma (presente já nos *Estudos*), trouxe à tona a dimensão do insuportável, dando origem ao quadro patológico do paciente.

Também esse caso clínico levanta a problemática, já trazida anteriormente em outros escritos freudianos, da separação entre fantasia e realidade externa para se pensar o trauma. Freud constata que, tenha o evento traumático ocorrido de fato ou somente na fantasia, pouco importa clinicamente, já que, para o inconsciente, tudo é real. Além disso, toda fantasia se apoia, em última instância, em vivências, ainda que sejam as filogenéticas. Daí, todo o interesse de Freud pelas fantasias primevas, arcaicas, que prescindem da vivência individual; quando esta falta, a experiência da espécie vem suprir seu lugar.

Não nos estenderemos mais sobre o texto do Homem dos Lobos, visto que será minuciosamente tratado no próximo capítulo, ao trabalharmos as contribuições dos grandes casos clínicos freudianos para a compreensão do trauma.

Seguindo nosso percurso, encontramos um breve e importante escrito de 1919, *Introdução a "A psicanálise e as neuroses de guerra"*, em que Freud insere o ego na problemática em torno do trauma. Tanto nas neuroses de guerra quanto nas neuroses de

[6] Em Dora, a sedução efetuada pelo Sr. K (Freud, 1905 [1901]); no Homem dos Ratos, temos a sedução ativa acompanhada de prazer quando ele se envolveu sexualmente com as governantas na infância (Freud, 1909a).

transferência, o que está em jogo é a relação do ego com um “inimigo”, que, embora possa vir de fontes externas (violência) ou internas (libido), é, em última instância, um inimigo interno. É assim que Freud coloca o recalque como reação ao trauma, ou melhor, como “uma neurose traumática elementar” (Freud, 1919, p. 226).

Há aqui uma generalização do trauma. Se o recalque é o mecanismo psíquico básico de toda neurose, e sendo ele acionado por um trauma, concluímos que este último está em jogo em toda neurose, e não apenas como fator desencadeador ou acidental. O perigo não precisa ser apenas aquele que vem do mundo externo; a libido também pode ser vista como perigo. Além disso, mesmo quando o perigo é externo, como na guerra, a resultante é um conflito interno, entre o antigo ego pacífico e o novo ego bélico do soldado. Ou mesmo numa neurose traumática em tempos de paz, o que está em jogo é a economia psíquica desestabilizada por um evento que pôs a vida do indivíduo em risco. Assim, tanto a força da libido, quanto as repercussões psíquicas de uma guerra podem apresentar efeitos traumáticos.

Vemos que esse período intermediário da obra freudiana, entre o florescimento da psicanálise e a virada teórica de 1920, também comporta o trauma. Tentamos mostrar que o abandono da sedução como fator etiológico último da neurose não significa o abandono do trauma; este possui maior alcance, de modo que a sedução é um dos vários elementos que habitam seus domínios. O destaque dado à fantasia e à sexualidade infantil também não faz o trauma desaparecer: fantasia se transforma em “trauma fictício” (Freud, 1914b) e a sexualidade infantil ocupa o registro das experiências primitivas, das impressões infantis que podem se tornar traumáticas, como as relativas à cena primária, por exemplo. Além disso, a excitação imposta à criança pelo adulto no ato de sedução é substituída pelo represamento da libido, responsável pelo excesso que, afinal, caracteriza o trauma – seu aspecto econômico também é destacado nesse período da obra freudiana.

1.3. Últimas concepções do trauma – compulsão à repetição, desamparo, passividade

Além do Princípio de Prazer (1920) marca um salto teórico que repercutirá diretamente no conceito de trauma. Freud se depara com um problema clínico que o faz destacar o aspecto econômico do psiquismo sob outro prisma: são as repetições compulsivas de experiências desprazerosas, presentes nas brincadeiras infantis, na relação transferencial e na neurose traumática. A criança repete situações que lhe causaram pesar por meio do jogo, situação testemunhada por Freud com seu próprio neto que, pela brincadeira de jogar um carretel para longe e trazê-lo de volta por meio do barbante, encenava a dolorosa cena da ida da sua mãe e seu alegre retorno. No *setting* analítico, temos a transferência como uma forma de repetição que pode causar prazer em um sistema (inconsciente) e desprazer em outro (ego); mas há também repetições em que prazer algum é vislumbrado. Freud cita alguns casos de repetições de experiências desprazerosas, que remontam à infância do paciente: perda do amor do genitor e fracasso dos desejos incompatíveis com a realidade; falha das explorações sexuais infantis; ciúme pelo nascimento de um irmão; castigos. O paciente, paradoxalmente, repete essas experiências indesejadas e emoções penosas.

Também os pacientes que apresentam neurose traumática repetem em seus sonhos o momento do acidente, despertando com o mesmo susto que sentiram na época. Não há produção de prazer nesses sonhos, o que contraria a tese geral de que os sonhos são realizações de desejos. Além disso, Freud ainda cita aquelas pessoas “normais” que parecem perseguidas por um destino demoníaco: como a mulher que se casou três vezes e em todas os maridos caíram doentes e morreram.

A partir daí, e com ajuda de especulações, Freud conclui que o princípio de prazer não é hegemônico. O fato é que há no psiquismo tarefa mais arcaica que evitar o desprazer, e que lhe é inclusive preparatória: a tarefa de vincular psiquicamente as excitações, sejam

provenientes de dentro ou de fora. Para suavizar a entrada dessas últimas, o psiquismo conta com um escudo protetor que permite apenas quantidades aceitáveis de estímulos. Quando tais quantidades são fortes o suficiente para atravessar esse escudo, podemos qualificá-las de traumáticas (Freud, 1920, p. 40).

O conceito de dor, no *Projeto* de 1895, é exatamente esse. A diferença é que a dor é um afeto, talvez o afeto por excelência ao se vivenciar um trauma. Mas não o único, como veremos mais à frente ao explorarmos as novas concepções freudianas da angústia.

Devido à invasão traumática dos estímulos externos, o aparelho psíquico reage convocando energia de toda parte e concentrando-a nos arredores da ruptura, de modo a formar um contrainvestimento. Quanto mais investido estiver o sistema, maior capacidade terá de transformar o influxo em energia quiescente, ou seja, vinculá-la psiquicamente. Entretanto, devido à mobilização de todo esse contrainvestimento, os outros sistemas ficam empobrecidos, o que reduz ou paralisa as outras funções psíquicas.

Esse quadro caracteriza as chamadas neuroses traumáticas. Como Freud já havia apontado em outras oportunidades, o afeto do susto e a ameaça à vida são elementos constantes nessa neurose. O susto denuncia a falta de preparo do psiquismo para aquela situação aflitiva, o que, em termos econômicos, sugere a falta de investimento dos sistemas receptores dos estímulos externos, inviabilizando a vinculação das quantidades afluentes de excitação. A angústia é uma forma de antecipação desse perigo, o que poderia evitar a instalação dessa neurose.

Por isso, os sonhos dos que sofrem de neurose traumática são dotados de alto grau de angústia. Eles consistem numa tentativa de “dominar retrospectivamente o estímulo, desenvolvendo a angústia cuja omissão constituiu a causa da neurose traumática” (Freud, 1920, p. 42). Assim, vemos que há uma função no aparelho psíquico que vai além do

princípio de prazer, mais primitiva e independente dele. E o trauma está relacionado à falha nessa tarefa primitiva.

Freud pensa, a partir daí, que todo sonho se encarrega, quando necessário, da "sujeição psíquica de impressões traumáticas" (Freud, 1920, p. 43), antes de pôr em movimento a realização de desejos. O sonho do Homem dos Lobos aparece como emblemático aqui: impressões primitivas, referentes à cena primária, foram repetidas na tentativa de dar-lhes sentido.

Nas neuroses de transferência, também aparece a repetição compulsiva de situações penosas, dos "traumas psíquicos de infância" (Freud, 1920, p. 43). Ao lado do trauma específico da neurose traumática – que podemos pensar como sendo o protótipo do trauma, servindo de modelo para compreensão dos demais – há outros tipos de configurações traumáticas que igualmente impõem ao psiquismo a repetição e a tarefa de vinculação da excitação que circula livremente e em excesso.

Seguindo esse raciocínio, Freud volta-se aos estímulos internos. Contra estes, não há escudo protetor, o que ressalta sua importância econômica no psiquismo; trata-se das pulsões. Elas funcionam sob a égide do processo primário; sua energia é livremente móvel, pode ser deslocada e condensada com facilidade. A vinculação é um trabalho posterior.

> Se assim é, seria tarefa dos estratos mais elevados do aparelho mental sujeitar a excitação pulsional que atinge o processo primário. Um fracasso em efetuar essa sujeição provocaria *um distúrbio análogo a uma neurose traumática*, e somente após haver sido efetuada é que seria possível à dominância do princípio de prazer (e de sua modificação, o princípio de realidade) avançar sem obstáculo (Freud, 1920, p. 45). [grifo nosso]

Assim, podemos ver que o leque do trauma vai aumentando. Há o "trauma externo" (Freud, 1920, p. 40), termo utilizado por Freud nesse texto, o que supõe a necessidade teórica de diferenciar subtipos de trauma; e o trauma em que a dimensão interna sobressai. Parece-nos que essas denominações são mais didáticas do que práticas, visto que, no "mundo real", essas pulsões são indissociáveis das vivências do sujeito, caso contrário, toda pulsão seria

traumática em si. Da mesma forma, o dito trauma externo depende de condições internas para acontecer, da falha em sujeitar as excitações, como acontece quando se é pego de surpresa.

A postulação de tal tarefa primária do psiquismo, de dominar psiquicamente as excitações, que pode dar margem a traumas, permite a Freud especular a existência da pulsão de morte. Se a pulsão sexual estaria no registro do prazer, seria preciso pensar em uma pulsão mais "crua", ainda fora deste princípio. Ela traz de forma pura o que de fato caracteriza as pulsões em geral: a tendência regressiva, conservadora, de eterno retorno – tendência à morte, à descarga completa, a restaurar o estado inorgânico.

Sua contrapartida são as pulsões de vida, que reúnem as antigas pulsões sexuais e de autoconservação. Também elas têm seu lado conservador; mas são as responsáveis por "complicar" a vida do indivíduo, fazê-lo ir além da pura descarga, forçar o trabalho psíquico. A pulsão de vida tende a construir unidades cada vez maiores, sua meta é a ligação psíquica, a vinculação, que se estende, por sua vez, à relação com o outro, sob a forma do erotismo, do amor. Daí Freud apelidá-la de Eros (Freud, 1920).

Se o trauma se relaciona a um excesso de intensidades livremente móveis, que provocam um desarranjo no psiquismo, ele estaria mais próximo do registro da pulsão de morte, de uma pulsão crua, sem representação. E esta dimensão poderia ser agravada em qualquer neurose e não apenas na neurose traumática, que é emblemática, mas não portadora exclusiva desse processo.

Entretanto, temos aqui um problema. Se o neurótico freudiano sofre pela sua sexualidade, pelos anseios da libido, dos desejos que não são satisfeitos suficientemente, como essa proposição pode se coadunar com a de um sofrimento causado pelo excesso pulsional não-vinculado? Pela pulsão de morte?

Freud dirá que uma coisa não exclui a outra. Afinal, muito difícil é separar as pulsões de vida das de morte. Em casos extremos, como nas neuroses traumáticas, talvez o registro

erótico fique em segundo plano pela magnitude que adquire o registro mortífero. Mas é curioso o fato de Freud chamar a excitação flutuante, a ser vinculada, de excitação sexual. Ao falar das neuroses de guerra, afirma que a violência mecânica libera uma quantidade de "excitação sexual" traumática, devido ao despreparo do psiquismo.

Aqui, ultrapassamos os limites desse trabalho, pois teríamos que investigar a fundo qual a raiz última do que Freud chama de sexual. Afinal, por que qualificar de sexual as intensidades trazidas por uma violência física de guerra? Por ora, é suficiente dizer que o trauma não seria da ordem do não sexual, como muitos teóricos tendem a acreditar. Falar em pulsão de morte, em quantidades livremente móveis, não exclui a dimensão da libido. Como afirmou Freud, os traumas psíquicos da infância, de ordem sexual, surgem na análise ou mesmo nos sonhos em obediência à compulsão à repetição, ou seja, sob o registro da pulsão de morte, embora seja verdade que essa compulsão se apoie num desejo – de conjurar o que foi recalcado (Freud, 1920, p. 43).

Assim, a noção de trauma não se deve colar à de pulsão de morte. Ela é mais complexa e diz respeito a um excesso de intensidades não equacionado, que produz sofrimento além do suportável. Difícil separar tais intensidades entre aquelas libidinais, sexuais, e aquelas não qualificáveis. Teríamos que adentrar a metapsicologia freudiana com propriedade, deparando-nos inclusive com pontos que nem mesmo o próprio Freud resolveu – por exemplo, se as pulsões de morte teriam um tipo específico de energia, tal como as pulsões de vida guardam a libido.

Talvez o problema seja a não ligação: a libido que não encontra objeto possível, o estímulo externo ou excitações endógenas que não encontram correspondência psíquica. Tudo isso provocaria um excesso, com uma diferença: o estímulo externo é forte e pontual e o interno é constante, em amplitude correspondente ao funcionamento interior.

O trauma reaparece em *Inibições, Sintomas e Angústia* (1926 [1925]), trabalhado por Freud sob a ótica da angústia. Ela é, nesse momento, compreendida de duas formas: como reação automática a uma situação traumática e como sinal prévio de que tal situação está em vias de ocorrer. No primeiro caso, ela é a resultante do desequilíbrio psíquico causado pelo acúmulo de excitação, quer proveniente do exterior ou do interior. O ego, em face desse excesso, vivencia uma experiência de desamparo e libera a angústia como forma de descarga, ou seja, tal angústia é justificada por fatores econômicos. A angústia também pode se relacionar à percepção, por parte do ego, da ameaça de ocorrência de um trauma. Ele emite, então, uma pequena amostra daquele afeto, como um sinal para tornar efetiva a instância prazer-desprazer, mobilizando o psiquismo para prevenção da ocorrência do trauma.

A angústia automática é visível nas chamadas neuroses atuais (neurose de angústia e neurastenia) e a angústia sinal é típica nas psiconeuroses. Entretanto, Freud nos lembra que uma psiconeurose está propensa a se desenvolver com base numa neurose atual, como uma tentativa do ego de lidar com a angústia por meio da formação de sintomas.

A angústia não é mais vista, nesse momento, como decorrente de uma transformação direta da libido em excesso, como Freud pensava desde os seus primeiros escritos; ela é concebida como estado afetivo independente, cujo protótipo é gerado na ocasião do nascimento. Toda vez que uma situação análoga ao nascimento é antevista pelo ego, ou seja, situação que envolva perda ou separação, a angústia é acionada.

> O essencial no nascimento, assim como em toda situação de perigo, é que ele imprime à experiência mental um estado de excitação marcadamente intensa, que é sentida como desprazer e que não é possível dominar descarregando-a. Um estado desse tipo, ante o qual os esforços do princípio de prazer malogram, chamemo-lo de momento 'traumático' (Freud, 1933 [1932], p. 96).

Aqui, Freud traz novamente a relação entre trauma e algo que escapa ao princípio de prazer. A novidade é que ele vai inserir nessa conjuntura a situação de desamparo, ocasionada pela separação ou perda do objeto amoroso ou de seu amor. Neste sentido, o nascimento, a

perda da mãe como objeto, perda do pênis, perda do amor do objeto e a perda do amor do superego são vistos por Freud como situações potencialmente traumáticas, por trazerem a marca de um excesso pulsional frente ao qual o sujeito se sente impotente e do qual não se pode fugir. Freud vincula tais situações às suas matrizes clínicas: “A perda do amor desempenha o mesmíssimo papel na histeria que a ameaça da castração nas fobias e o medo do superego na neurose obsessiva” (Freud, 1926 [1925], p. 141).

O protótipo da experiência de desamparo é a impotência do lactente frente à satisfação de suas necessidades, sendo inteiramente dependente de outrem, o que leva ao aumento de tensão no aparelho psíquico que não pode ainda ser dominado. Quando uma situação de desamparo (psíquico ou motor) é realmente experimentada, podemos qualificá-la de situação traumática. Seria uma situação de perigo, não-traumática, se a criança estivesse sentindo uma necessidade cuja satisfação não fosse prejudicada pela ausência da mãe, por exemplo (Freud, 1926 [1925], p. 165).

A proveniência do perigo (mundo externo ou mundo interno) perde importância, visto que, por um lado, um perigo pulsional só se qualifica como tal por representar um perigo externo, como no caso da castração; por outro lado, um perigo externo deve ser internalizado para se tornar significativo para o ego, isto é, deve se relacionar a uma situação de desamparo vivida anteriormente. Em ambos os casos, há uma relação de exterioridade quanto ao ego. “Quer o ego esteja sofrendo de uma dor que não para ou experimentando um acúmulo de necessidades pulsionais que não podem obter satisfação, a situação econômica é a mesma, e o desamparo motor do ego encontra expressão no desamparo psíquico” (Freud, 1926 [1925], p. 163).

Interessante que o trauma aparece nesse texto como precondição para que o ego tenha, à disposição, o recurso defensivo da angústia sinal. A partir desse sofrimento arcaico, que já aparece no nascimento, “o ego, que experimentou o trauma passivamente, agora o repete

ativamente, em versão enfraquecida, na esperança de ser ele próprio capaz de dirigir seu curso" (Freud, 1926 [1925], p. 162). Esse mecanismo nos lembra o dos sonhos nas neuroses traumáticas, em que a angústia é repetida ativamente, a fim de prevenir, *a posteriori*, a ocorrência do trauma.

Isso gera uma nova compreensão do mecanismo de recalcamento. Os recalques originários surgem a partir desses momentos traumáticos iniciais, quando o ego enfrenta uma exigência pulsional excessiva. Já o recalque propriamente dito, ou posterior, é desencadeado pela angústia sinal; é uma defesa mobilizada pela antecipação de um perigo que lembra as situações traumáticas vividas outrora. Como Freud havia dito anos antes, podemos descrever o recalque "como uma reação ao trauma" (Freud, 1919, p. 226); complementando essa frase, diríamos que o recalque *originário* é uma reação ao trauma, enquanto o recalque posterior é uma evitação dele.

Nota-se, neste momento da obra freudiana, que a noção de trauma passa, mais uma vez, por um alargamento do seu alcance: eventos inevitáveis no amadurecimento do indivíduo também podem ser traumáticos. O que está em primeiro plano é a magnitude das intensidades psíquicas que perturba o sujeito e que o coloca frente ao seu desamparo, o que inevitavelmente se faz presente durante toda a vida.

Entretanto, deveríamos reservar o conceito de trauma para experiências de desamparo constitutivas da subjetividade? A afirmação que se segue pode nos dar uma pista:

> [...] o neurótico diferirá da pessoa normal devido ao fato de que suas reações aos perigos em questão serão indevidamente acentuadas. Finalmente, o ser adulto não oferece qualquer proteção absoluta contra um retorno da situação de ansiedade traumática original. Todo indivíduo tem, com toda probabilidade, um limite além do qual seu aparelho mental falha em sua função de dominar as quantidades de excitação que precisam ser eliminadas (Freud, 1926 [1925], p. 146).

Trata-se de uma "imperfeição do aparelho mental" (Freud, 1926 [1925], p. 163). O que decidirá a favor da neurose ou do sofrimento comum é, como Freud sempre insistiu, o

fator quantitativo. A semente de toda afecção psíquica existe em qualquer pessoa (fator qualitativo); o que pesa é como a combinação entre disposição e acaso dará conta ou não da excitação que se impõe ao aparato. Assim, o desamparo, apesar de ser universal, começaria a pesar de forma traumática quando ultrapassa o limite singular de cada funcionamento psíquico.

Um ano mais tarde, Freud vincula trauma e perversão, o que é inédito na sua obra, por meio do exemplo do fetichismo. O indivíduo a se tornar fetichista teria entrado em contato com uma impressão traumática – a percepção da ausência de pênis na mulher – e, como forma de rejeitar tal impressão, ocasiona-se, no ego, a cisão entre uma parte que reconhece a diferença sexual, e outra que a nega, colocando o fetiche no lugar do pênis faltante (Freud, 1927). A realidade do acontecimento traumático "não recebe autorização para se transformar em experiência em um campo subjetivo relativamente unificado" (Figueiredo, 2001, p. 226), de modo que as duas atitudes psíquicas distintas coexistem sem se influenciarem mutuamente. Esse processo de recusa da realidade (*verleugnung*) e de clivagem do ego também ocorre nas psicoses, embora nelas não ocorra a substituição da realidade penosa pelo fetiche, mas o desligamento dessa realidade e substituição pelo delírio ou alucinações (Freud, 1924).

O trauma ganha nova tópica: não só se relaciona ao recalque, mas pode ocasionar uma cisão egóica como processo defensivo. Ferenczi (1933) explorou bem essa relação entre trauma e cisão, ao dizer que a pessoa traumatizada apresenta uma parte de si que tudo sabe e nada sente, ao lado de uma parte infantil traumatizada incomunicável. Figueiredo (2001), seguindo essa linha de pensamento, defende que o trauma estaria propriamente nesse campo da cisão, anterior ao conflito, registro em que não há negociação possível. Quando há recalque, já não estaríamos no campo do trauma.

Mas se formos seguir Freud à risca, teríamos que discordar dessa posição teórica. Como vimos, Freud relaciona explicitamente recalque e trauma, colocando o primeiro como

reação ao segundo (Freud, 1919, 1926 [1925]). Visto que suas matrizes clínicas por excelência são as psiconeuroses, tal exposição está justificada. Quando passa a explorar outras afecções, o trauma é relacionado a outros tipos de mecanismos, como é o caso das cisões e da recusa.

Continuando nosso percurso, encontramos o trauma no texto de Freud sobre Dostoievski, vinculado à morte do pai do escritor, tido como o "trauma mais severo" na configuração da sua neurose (Freud, 1928 [1927], p. 187). Essa temática é recorrente nos escritos freudianos, aparecendo não só em seus casos clínicos como também nos chamados textos sociológicos, como *Totem e Tabu* (1913 [1912-13]), além de textos como *Uma Neurose Demoníaca* (1923 [1922]) e o de Dostoievski.

A ambivalência afetiva em relação ao pai, potencializada pela realidade de sua morte, sempre foi tida por Freud como fator de grande peso na etiologia da neurose. Isso porque o pai é o representante do amparo: "Não consigo pensar em nenhuma necessidade da infância tão intensa quanto a da proteção de um pai (Freud, 1930 [1929], p. 80)". Assim, perder o pai significa, além da perda de alguém amado, encontrar-se desamparado no mundo. Melhor ter o próprio demônio como pai, solução adotada por Cristoph Haizmann (Freud, 1923 [1922]), do que enfrentar o desamparo. Entretanto, o pai que protege também é dotado de autoridade punitiva, o que, aliás, dá um novo sentido ao ditado popular de que "a mão que afaga é a mesma que apedreja". Além do amor, há o medo de ser punido pelo pai, principalmente pela castração, e o ódio que essa expectativa desperta, além do ódio proveniente da rivalidade edípica.

O ódio que o filho sente pelo pai, representante das interdições, e o desejo de sua morte ocasionam, por sua vez, um sentimento de culpa perturbador, bastante agravado pela morte real do genitor, tomada pelo filho como consequência direta de seus desejos odiosos. Ocorra de fato ou não essa morte, a culpa sobrevém, pois o superego é capaz de julgar não só

as ações concretas, mas os desejos “maus”. Essa culpa caracteriza o mal-estar que aflige a civilização (Freud, 1930 [1929]). A culpa é a punição pela agressividade, é o tormento que somos fadados a aguentar por viver em civilização: para se ter uma parcela de segurança, é preciso renunciar aos impulsos agressivos. O medo do desamparo tende a vencer, e a ocasionar tal renúncia. Não se repete o mesmo erro duas vezes.

E o erro teria sido aquele cometido nos primórdios da humanidade, quando os filhos reunidos assassinaram o pai da horda primeva. Esse teria sido o grande “trauma” da humanidade, a permanecer como herança filogenética por meio da culpa por um crime que não se cometeu, mas que basta desejar para ser condenado. Nesse sentido, para retomarmos a as hipóteses freudianas sobre Dostoievski, há o masoquismo, a punição infligida sobre si mesmo, por meio dos ataques epilépticos, como forma de castigo paterno tardio.

Assim, temos um verdadeiro “complexo paterno” caracterizando uma das facetas do trauma. Certamente, a vida do próprio Freud lhe forneceu esse material, como aparece num artigo direcionado a Romain Rolland, contando sobre seu distúrbio de memória na Acrópole (Freud, 1936), fruto da sua culpa em se mostrar superior ao pai.

Para completar essa constelação traumática, temos, ao lado do ódio, os desejos eróticos pelo pai. Dostoievski, Haizzman, o Homem dos Lobos, o Homem dos Ratos, Schreber, o pequeno Hans: todos teriam desejado ocupar uma posição passiva em relação ao pai como forma de obter prazer junto a ele, ou até mesmo de lhe dar filhos. Sabemos que a passividade permaneceu no imaginário freudiano como algo altamente problemático para os homens, capaz de, em certas condições, ser pano de fundo para o trauma. Em *Análise Terminável e Interminável* (1937a), isso aparece como algo que daria o tom de “interminável” às análises masculinas. É que a passividade, em termos psíquicos, é sinônima de feminilidade e, portanto, de castração.

Assim, há uma corrente de compreensão do trauma que perpassa a obra freudiana: é a constelação entre pais e filhos (o modelo é masculino), formada pela ambivalência afetiva – punição – morte – culpa – perda de proteção – desamparo – desejos homossexuais. A morte do pai somente seria "o trauma mais severo" de vários pacientes e de outros personagens analisados por Freud, se trouxesse à tona esses temas penosos.

Freud volta a conceituar de forma precisa a noção de trauma em *Moisés e o Monoteísmo* (1939 [1934-38]), lançando argumentos e contra-argumentos em torno da seguinte proposição: "Denominamos *traumas* àquelas impressões, cedo experimentadas e mais tarde esquecidas, a que concedemos tão grande importância na etiologia das neuroses" (Freud, 1939 [1934-38], p. 87). A primeira objeção é que muitas vezes não é possível localizar um trauma manifesto na vida primitiva do neurótico; não há nada de tão especial, como na antiga teoria da sedução. O que ocorre são experiências que acometem a todos, mas que são tratadas de forma inadequada pelos neuróticos. Aqui, o fator constitucional ganha primazia para definir o que se configura como trauma.

Entretanto, há impressões que provocam efeitos tão intensos que, se não tivessem ocorrido, a neurose não se formaria. Traumáticas seriam então essas experiências casuais intensas. O trauma volta a se ligar às chamadas causas acidentais, a que deve sua origem.

Freud resolve essa questão, redefinindo o trauma da seguinte forma:

> Se presumirmos que a experiência adquire seu caráter traumático apenas em resultado de um fator quantitativo - isto é, que em cada caso é um excesso de exigência o responsável por uma experiência que evoca reações patológicas fora do comum -, então poderemos facilmente chegar ao expediente de dizer que algo age como um trauma no caso de determinada constituição, mas, no caso de outra, não teria tal efeito (Freud, 1939 [1934-38], p. 88).

Assim, Freud aponta que "podemos desprezar, como sendo irrelevante para a analogia que estamos buscando, a distinção entre etiologias traumáticas e não-traumáticas" (Freud, 1939 [1934-38], p. 88). O trauma assume a forma de um conceito "limítrofe", por levar em

conta, no fenômeno do adoecimento, o constante confronto entre o indivíduo, com seu modo de funcionamento particular, e a realidade. Não seria suficiente fazer uma análise unilateral das origens do sofrimento, ressaltando somente os fatores constitucionais ou apenas o peso da realidade externa; o trauma se tornaria o conceito a atestar essa união indissociável, desprendendo-se da significação que o colocava ao lado dos fatores acidentais, e em detrimento dos constitucionais. O trauma é fruto da chamada série complementar, não se restringindo a ocupar apenas uma de suas pontas (como aparece no diagrama da conferência XXIII).

Entretanto, em *Análise Terminável e Interminável* (1937a), Freud recoloca o trauma ao lado dos fatores acidentais da neurose. Além disso, defende que:

> [...] uma etiologia do tipo traumático oferece, de longe, o campo mais favorável para a análise. Somente quando um caso é predominantemente traumático é que a análise alcançará sucesso em realizar aquilo que é tão superlativamente capaz de fazer; apenas então ela conseguirá, graças a ter fortalecido o ego do paciente, substituir por uma solução correta a decisão inadequada tomada em sua vida primitiva (Freud, 1937a, p. 236).

Mas, não teria Freud dito que algo funciona como trauma somente em determinada constituição? Não seriam os dois indissociáveis? Além disso, o constitucional não seria ele mesmo formado por experiências traumáticas na tenra infância? Ou filogenéticas?

Apesar de todos os sentidos adquiridos pela noção de trauma na obra freudiana, vemos que ela conserva, nas entrelinhas, sua concepção inicial: trauma é o que vem de fora, de forma casual, perturbar uma ordem estabelecida – o modelo do acidente, tal como na neurose traumática.

Em *Moisés*, Freud também resgata o papel das impressões primitivas que originam o trauma. Tais impressões são de natureza sexual, agressiva e de danos narcísicos, sendo a primeira mais marcante para Freud. Trata-se de experiências sobre o próprio corpo do indivíduo ou "percepções sensórias, principalmente de algo visto e ouvido" (Freud, 1939

[1934-38], p. 89). Interessante que isso nos lembra exatamente o que Freud afirmou em 1897, em carta a Fliess, ao conceituar as fantasias: “As fantasias originam-se de uma combinação inconsciente, e conforme determinadas tendências, de coisas experimentadas e ouvidas” (Freud, 1897b, p. 301).

Daí, podemos concluir que o material de base das fantasias é também substrato do trauma. Fantasia e trauma não se anulam, como tendem a pensar alguns defensores da queda da teoria do trauma em Freud com o destaque dado às fantasias (Laplanche & Pontalis, 2001; Birman, 2001; Figueiredo, 2001; Roudinesco & Plon, 1998).

Freud também subdivide o trauma segundo seus efeitos, que podem ser positivos ou negativos (Freud, 1939 [1934-38]). Os primeiros são tentativas de pôr o trauma em cena novamente, recordá-lo ou revivê-lo pelo mecanismo de compulsão à repetição. Isso aparece inclusive nas pessoas ditas “normais”, como traços caracterológicos – o exemplo do homem que tinha uma ligação excessiva com a mãe e passa a vida buscando mulheres que lhe nutram e apoiem. Já os efeitos negativos são justamente os que procuram esquecer e não repetir nada dos traumas; são as reações defensivas – evitações, inibições, fobias. Os sintomas neuróticos reúnem as duas tendências, de modo que ora uma ora outra encontre preponderância.

Além dessas novidades, Freud (1939 [1934-38]) retoma uma antiga concepção sua: o efeito retardado do trauma. Na verdade, ele complementa essa noção ao afirmar que o trauma primitivo já pode de imediato gerar uma neurose infantil – como foi o caso do Homem dos Lobos, por exemplo – ou pode ser posto na sombra pelo período de latência e reativado a partir da puberdade, originando um quadro neurótico. Essa neurose “adulta” pode ser vista como uma tentativa de cura, uma forma de conciliar o ego com aquelas partes suas que permaneceram cindidas de sua organização, devido ao trauma. Freud fala numa parte tomada pelo trauma e que é expelida, como se dela o ego nada soubesse. Trata-se novamente do

mecanismo da cisão, embora aqui apareça não relacionada à perversão ou à psicose, mas à neurose.

Por fim, encontramos o *Esboço de Psicanálise* (1940 [1938]), obra em que Freud faz um apanhado geral da teoria psicanalítica. Lemos nele uma passagem expressiva sobre o sentido do trauma:

> As neuroses são, como sabemos, distúrbios do ego e não é de admirar que o ego, enquanto é débil, imaturo e incapaz de resistência, fracasse em lidar com tarefas que, posteriormente, seria capaz de enfrentar com a máxima facilidade. Nessas circunstâncias, exigências pulsionais provenientes do interior, não menos que excitações oriundas do mundo externo, operam como "traumas", particularmente se certas disposições inatas as vão encontrar a meio caminho (Freud, 1940 [1938], p. 198).

Mais à frente, Freud completa: "Nenhum indivíduo humano é poupado de tais experiências traumáticas; nenhum escapa às repressões a que elas dão origem" (Freud, 1940 [1938], p. 199).

Com essa última frase, fechamos nosso percurso na obra freudiana. Fica claro que Freud termina sua obra com a ideia de que o trauma é universal. Já que nem todos os seres humanos enfrentam o adoecimento psíquico, chegamos à conclusão de que o trauma caminha independentemente das afecções. Ele é constitutivo do sujeito, visto que são as experiências traumáticas a acionar o mecanismo do recalque (originário e posterior); são elas que fornecem a angústia que o ego repetirá como sinal frente a um perigo, ou seja, são elas que proporcionam recursos defensivos que serão úteis durante a vida. Podemos pensar que o trauma, por desestabilizar uma ordem vigente, trabalha contra a tendência universal dos seres, de eliminar as excitações e se deixar morrer (Freud, 1920). O trauma se dá por um acúmulo de excitações que força a necessidade de trabalho psíquico, de elaboração dessas intensidades, produzindo novas facilitações no aparelho psíquico. Os traços de caráter também se formam a partir das vivências traumáticas.

Por outro lado, sabemos do potencial “demoníaco” que o trauma pode apresentar, o que aparece de forma emblemática na neurose traumática. São aqueles traumas que produzem sofrimento incapacitante, que geram adoecimento. O que separa o trauma constitutivo, previsto no amadurecimento de cada um, do trauma incapacitante, é o fator quantitativo, o excesso de intensidades incapaz de ser metabolizado. E tal excesso só se configura como tal devido à união entre constituição e experiência.

CAPÍTULO II – O TRAUMA NOS TRÊS GRANDES CASOS CLÍNICOS DE FREUD

Nesta seção, trabalharemos os três principais casos clínicos de Freud – Dora, Homem dos Ratos e Homem dos Lobos – tendo em vista os elementos que eles nos trazem para compreensão do trauma. Sabemos que esse conceito foi o responsável por delimitar o campo dos fenômenos propriamente psíquicos em ação no sofrimento neurótico, o que ocorreu pelo desprendimento do seu significado original de lesão corporal em prol da ideia de trauma psíquico. Ele atesta, pois, a origem de uma clínica propriamente voltada às causas psíquicas, daí sua importância como alicerce que sustenta a teoria psicanalítica. Por isso, vamos nos voltar à clínica para investigar esse alicerce, o trauma, base de compreensão do sofrimento psíquico intolerável.

2.1. Dora e a fantasia traumática

O caso Dora, escrito em 1901 e publicado quatro anos depois, aparece num contexto marcado pelo destaque dado por Freud aos sonhos como via privilegiada de acesso ao inconsciente (Freud, 1900), à sexualidade infantil (Freud, 1905) e às fantasias incestuosas. Desejo, libido e realidade psíquica, ou seja, elementos que pertencem propriamente ao campo do psíquico, passam a interessar o criador da psicanálise em detrimento dos fatores externos envolvidos na neurose. Dora é a primeira histérica que Freud atenderá após o abandono da sedução como fator etiológico por excelência; entretanto, veremos que a sedução aparece nesse caso, embora, somente, como fator desencadeador de uma conjuntura maior que vinha se formando desde a infância remota de Dora.

O círculo familiar de Dora é formado pelos pais e por um irmão um ano e meio mais velho. A moça sempre fora apegada ao pai, que adoecia continuamente desde que ela contava

seis anos de idade. Ele foi diagnosticado por Freud como portador de sífilis, o que mobilizou sobremaneira as fantasias de Dora, como veremos adiante.

A sífilis paterna abre uma discussão sobre os fatores hereditários da neurose, que Freud explorará rapidamente, visto que não atribui o maior peso etiológico à herança, mas às vicissitudes da sexualidade infantil. Ele já vinha observando que é comum os neuróticos terem pai sifilítico, o que não lhe parece banal e deve ser levado em consideração. Além disso, no caso de Dora, havia um histórico de herança neuropática na família, por parte dos seus tios paternos e da sua própria mãe, que possuía o que Freud chamou de psicose da dona-de-casa: ela concentrava, de forma obsessiva, todo seu interesse nos afazeres domésticos.

Sua mãe, além disso, parecia não se importar com os interesses dos filhos ou do marido. Mulher fria, inculta e fútil, era menosprezada e criticada duramente por Dora que, cada vez mais, voltava-se ao pai. Quanto ao seu irmão, tinha-o como modelo, mas nos últimos anos antes da sua análise, havia se afastado dele, visto que, nas discussões familiares, apoiava a mãe, enquanto Dora tomava partido do pai.

A neurose de Dora mostrara seus primeiros sinais aos oito anos, com o aparecimento de uma dispneia crônica. Mais tarde, aos doze anos, apresentou queixas de enxaquecas, tosse nervosa e, posteriormente, de afonia. Sua inteligência e maturidade eram seguidas de desânimo, fadiga, falta de concentração, tédio, insatisfação consigo mesma e com a família, hostilidade com os pais e isolamento social. Chegou mesmo a escrever uma carta em que se despedia dos pais e da vida.

Tendo observado a configuração hereditária, familiar e sintomática da paciente, Freud volta sua atenção ao que caracteriza a histeria em geral – o trauma psíquico, conflito de afetos e a comoção na esfera sexual (Freud, 1905 [1901], p. 36). O que apareceu imediatamente, no campo do trauma psíquico, foi a sedução sofrida por Dora pelo Sr. K, amigo da família, quando ela tinha dezesseis anos. Ele era um homem casado e havia lhe feito uma proposta

amorosa durante uma caminhada no lago. Quando indagado sobre essa cena, o Sr. K negou e atribuiu a culpa à imaginação de Dora, ideia que seu pai aceitou prontamente como verdade. Instalou-se, então, um desmentido. O pai de Dora, por nutrir relações íntimas com a Sra. K, preferiu não acreditar na filha e não compartilhar do seu ódio para com os K.

Dora contou a Freud outro episódio similar, ocorrido dois anos antes. Numa oportunidade em que ela e o Sr. K encontravam-se sozinhos na loja de que era dono, ele a agarrou e deu-lhe um beijo. A moça, ao invés de sentir excitação sexual, sentiu repugnância e fugiu. Segundo Freud, esse comportamento já era tipicamente histérico, devido à inversão do afeto presente na reação de Dora – ela respondeu com desprazer a uma situação que normalmente despertaria excitação sexual.

Freud comparou tais situações com sua antiga teoria do trauma. Se antes, nos *Estudos sobre a Histeria* (1895 [1893-95]), essas experiências tardias de sedução, por si só, seriam suficientes para qualificar um trauma, nesse momento da sua obra já não bastam. "Fui além dessa teoria sem abandoná-la, ou seja, hoje não a considero incorreta, mas incompleta", como diz numa nota de rodapé (Freud, 1905 [1901], p. 36). Como Dora apresentava sintomas que remontavam à infância, haveria algo além desses eventos recentes da sua adolescência para se levar em conta. "Se não queremos abandonar a teoria do trauma, devemos retroceder até a infância da moça e buscar ali influências ou impressões que pudessem ter surtido efeito análogo ao de um trauma" (Freud, 1905 [1901], p. 36).

Interessante que, nessa fala, o próprio Freud demonstra certa relutância em abandonar sua teoria do trauma. Ele segue com ela, embora adicione novos elementos para sua compreensão – os chamados fatores constitucionais, vinculados à sexualidade infantil, que começam a se insinuar como potencialmente traumáticos. Assim, o trauma de Dora seria, *a priori*, resultado da conjuntura que compreende, retrospectivamente, a cena do lago, a cena da

loja e as impressões infantis com efeitos análogos ao de um trauma. Trata-se de uma soma de experiências traumáticas, que sempre buscam sua força na infância.

As cenas de sedução se mostraram traumáticas por trazerem à tona um segredo e desejos infantis. O segredo diz respeito ao caso amoroso entre o pai de Dora e a Sra. K, que só a mocinha enxergava. Dora se via como prêmio oferecido por seu pai ao Sr. K para que ele tolerasse esse *affair*: tratava-se de um pacto silencioso. E ela, detentora da verdade, era desmentida por todos; sua condição de sujeito foi reduzida a objeto e suas verdades foram reduzidas a simples fantasias. Dora respondeu a tudo isso com fúria.

Freud notou, entretanto, que a paciente tinha pensamentos repetitivos e hipervalentes em relação ao caso amoroso do pai. Por mais que isso fosse justificável, sua intensidade denunciava algo mais: no fundo, ela agia como se fosse uma esposa ciumenta. Aqui, entramos na dimensão dos desejos infantis direcionados ao pai, eleito seu objeto amoroso.

Por que o retorno a esses desejos edípicos? Eles funcionavam não só como contrainvestimentos do seu desejo pelo Sr. K, que lhe era penoso, como também para ocultar seu amor pela Sra. K, que era uma corrente inconsciente mais profunda, descoberta por Freud por meio de vários indícios eróticos presentes na fala da paciente. Dora também possuía inclinações homossexuais pela governanta e pela prima, descobertas pelo ressentimento que sentiu quando descobriu que ambas lhe eram indiferentes.

Todos esses amores frustrados são agravados por fatores predisponentes à neurose, como o amadurecimento precoce e a “fome de amor” (Freud, 1905 [1901], p. 61). Para Dora, isso teria funcionado para fixar seu amor infantil pelo pai, além de torná-la mais suscetível aos efeitos devastadores das frustrações amorosas, o que impede o escoamento da libido, represando-a no psiquismo.

Entretanto, ela poderia ter correspondido o amor do Sr. K e impedido tal represamento desprazeroso. O que a impediu de corresponder uma demanda real de amor e voltar-se às

fantasias infantis edípicas, foram justamente outras fantasias, bastante penosas, que constituíram o sustentáculo do seu primeiro sonho.

O conteúdo manifesto desse sonho foi assim descrito por Dora (Freud, 1905 [1901], p. 67):

> Uma casa estava em chamas. Papai estava ao lado da minha cama e me acordou. Vesti-me rapidamente. Mamãe ainda queria salvar sua caixa de joias, mas papai disse: `Não quero que eu e meus dois filhos nos queimemos por causa da sua caixa de joias.' Descemos a escada às pressas e, logo que me vi do lado de fora, acordei.

As associações de Dora, decorrentes dos elementos do sonho – como o fogo, a caixa de joias, a pressa em se vestir – trouxeram à tona, entre outras coisas, a questão da masturbação infantil e da sífilis do pai. Essa doença denunciava a vida leviana que ele teria levado; da mesma forma, a leucorreia de Dora, na sua fantasia, apontava para sua própria leviandade, da sua masturbação infantil. Se as paixões do pai o levaram à doença, o mesmo poderia lhe ocorrer. A enurese que apresentou quando criança já era uma prova, em sua fantasia, dos perigos dos seus prazeres perversos.

Tendo essa constelação fantasiosa como pano de fundo – inconsciente, é claro – Dora não podia ceder às propostas amorosas do Sr. K, por medo da punição. Ceder aos desejos é sinônimo de sujeira, de doença.

Essa não era a única verdade por trás do recalcamento dos anseios amorosos pelo Sr. K. Dora sabia inconscientemente que o Sr. K estava repetindo com ela algo que já havia feito antes com a governanta que trabalhava em sua casa. Ele havia feito propostas amorosas a essa jovem, utilizando as mesmas palavras que depois endereçou a Dora, depois a iludiu com promessas de casamento e, por fim, descartou-a. Esse conhecimento surgiu por meio da interpretação do seu segundo sonho (relatado mais adiante), no qual apareceram moções sádicas endereçadas ao Sr. K, além das que já existiam em relação ao pai.

Vemos que Dora se refugiava da realidade, da vida, trancando-se em suas fantasias com o pai. Assim, ela se protegia dos perigos do amor: a doença, a ilusão, o abandono. Infelizmente, seu pai era possuidor de paixões tão "pérfidas" (Freud, 1905 [1901], p. 83) quanto o Sr. K, como atesta sua sífilis e sua traição amorosa; e, assim como K iria usar Dora como objeto, o pai a colocava nesse lugar a fim de viver tranquilamente suas paixões com a Sra. K.

Não podendo contar com o amor e proteção do pai, Dora indigna-se com ele e se volta ao mundo externo novamente. É isso que seu segundo sonho atesta. O conteúdo manifesto desse sonho mostra Dora sozinha numa cidade estranha, quando recebe da mãe uma carta em que dizia que o pai da moça estivera doente e que "agora ele morreu e, se quiser, você pode vir". Ela, então, vagueia em busca da estação de trem, mas não consegue alcançá-la. Entra num bosque onde pede informação a um homem que se oferece para acompanhá-la. Ela recusa e segue sozinha. Quando finalmente chega a casa dos pais, a criada lhe diz que sua mãe e os outros já estavam no cemitério (Freud, 1905 [1901], p. 93).

Os dizeres da sua mãe são uma prova, segundo Freud, de que Dora se desprenderia do pai e retornaria à vida. Já a cena que ocorre no bosque do sonho, remeteria ao bosque na orla do lago onde o Sr. K lhe fez a proposta amorosa, utilizando-se dos mesmos argumentos que empregara para convencer sua governanta. Por isso, Dora recusa, no sonho, que alguém a acompanhe, tal como ela recusou a proposta do Sr. K, dando-lhe uma bofetada, na ocasião. Dora segue independente de todos no sonho, como se desejasse para si uma vida que não gire em torno da trama formada pelo pai, pelo Sr. K e pelos adultérios.

Temos alguns elementos para pensarmos o trauma no caso Dora: o sexual como fator traumático, pelo excesso que traz consigo e que, em Dora, aparece ligado às frustrações amorosas, aos episódios de sedução, às fixações libidinais e experiências sexuais infantis; além da problemática fronteira entre fantasia e realidade externa.

Vimos que a sedução da moça pelo Sr. K instigou Freud a retornar à teoria do trauma presente nos *Estudos sobre a Histeria* (1895 [1893-95]): um acontecimento pontual, ou conjunto deles, cuja carga afetiva não encontrou escoamento pela ab-reação ou pela entrada numa rede associativa. Acontecimento que seria, sobretudo, de ordem sexual. Não estamos aqui nos referindo à teoria da sedução, visto que esta supõe a presença de uma cena de sedução na infância do paciente, o que não foi o caso de Dora.

Como Freud defende a insuficiência em compreender toda a neurose da paciente a partir dessas cenas tardias de sedução, coloca-as como cenas que se tornaram traumáticas por reativarem impressões infantis, fantasias inconscientes penosas e verdades intoleráveis. Dessa constelação fazem parte os desejos incestuosos proibidos da infância, reativados pelo caso amoroso do pai com a Sra. K; a atividade masturbatória infantil, que deu origem a fantasias de punição; a sífilis do pai, que originou fantasias de que ela teria herdado a disposição à doença, e que não poderia se entregar aos prazeres sexuais; a verdade de que era apaixonada pelo Sr. K, e que ele possivelmente a iludia, tal como o fez anteriormente com outra moça; e, ainda, seus desejos homossexuais, principalmente pela Sra. K.

Vemos, então, que a carga erótica trazida pelo Sr. K reativou toda a vida sexual de Dora de uma forma que ela não conseguiu lidar, por suscitar um excesso de libido que ficou represado. E tal represamento foi possível devido às suas fantasias dolorosas, que a impossibilitaram de agir no mundo e a aprisionaram num lugar ruim. Nos dizeres de Freud:

> A incapacidade para o atendimento de uma demanda amorosa *real* é um dos traços mais essenciais da neurose; os doentes são dominados pela oposição entre a realidade e a fantasia. Aquilo por que mais intensamente anseiam em suas fantasias é justamente aquilo de que fogem quando lhes é apresentado pela realidade, e com mais gosto se entregam a suas fantasias quando já não precisam temer a realização delas (Freud, 1905 [1901], p. 106).

Assim, entre a verdade da fantasia e a do mundo externo, instalou-se um descompasso com o qual Dora não conseguiu lidar, contribuindo para formar uma constelação traumática.

O trauma acontece quando não há negociação possível entre realidade psíquica e realidade externa, podendo ambas inclusive funcionar em regime de oposição.

Os homens que Dora mais tinha contato eram traidores; as mulheres lhe eram indiferentes – sua mãe não se importava com os filhos, e tanto a Sra. K como a governanta só usavam Dora como meio de chegar ao seu pai. Diante dessa realidade frustrante, desses objetos que impossibilitavam a satisfação libidinal de Dora, ela se voltou à fantasia, a qual, por sua vez, se mostrou não menos penosa. No descompasso entre ela e esses outros, entre realidade e fantasia, instaurou-se o trauma.

Apenas quando ela deixou um pouco de lado suas fantasias e voltou-se ao mundo para cobrar a prestação de contas das "injustiças" que testemunhava, ou seja, quando ela se colocou como sujeito na situação e não como objeto de barganha do pai, das suas admiradoras e do Sr. K, pôde encontrar alguma melhora para sua neurose.

Vemos que a entrada em cena do papel da fantasia, na compreensão do sofrimento neurótico, em contraste com a antiga teoria da sedução, não depôs a importância do trauma como fator etiológico. As fantasias também podem se tornar traumáticas, quando passam a concentrar e represar grandes quantidades de libido, o que as fazem ganhar dimensões exageradas e afastar o indivíduo do contato com o mundo. Como disse Freud pouco tempo depois de publicar o caso Dora, "quando as fantasias se tornam exageradamente profusas e poderosas, estão assentes as condições para o desencadeamento da neurose ou da psicose." (Freud, 1908 [1907], p. 139).

Assim, o trauma não teria desaparecido após a queda da teoria da sedução; ele teria continuado implicitamente a concentrar a compreensão do sofrimento psíquico, em sua dimensão do intolerável, o que pode se dar também por meio de fantasias. Além disso, vimos, no capítulo anterior, que as fantasias surgem a partir de restos de experiências e impressões concretas (Freud, 1897a, b), ou seja, elas se apoiam no vivido. Assim, pensar a possibilidade

de fantasias traumáticas não anula o peso das vivências, sobretudo as infantis. Falar em trauma significa, portanto, referir-se ao conjunto formado pelas impressões infantis, pela montagem fantasiosa e pelas intensidades psíquicas excessivas.

Também a dimensão do sexual teria continuado a caracterizar as vivências traumáticas. Afinal, o sexual, para Freud, seria a esfera desestabilizadora por excelência, por concentrar em si as maiores intensidades e, ao mesmo tempo, fortes oposições morais. Além disso, a libido é a energia mobilizada na relação com o outro, de modo que qualquer problema no desenrolar dessas relações pode causar desequilíbrio e um excesso incapaz de ser devidamente equacionado no psiquismo, principalmente naqueles que já possuem certa fragilidade constitucional.

Um ponto que, a nossos olhos parece importante, mas que Freud não explorou, é o abandono de Dora pela mãe. Freud colocou a neurose da mãe no rol dos fatores hereditários, mas o tipo de convivência que tiveram deve ter deixado seus efeitos nocivos na filha. A mãe a tratava com indiferença, era igualmente indiferente às doenças do marido, e à realidade que ocorria sob suas vistas: o adultério. A mãe, que poderia socorrer Dora diante dessa realidade que somente a moça parecia ver, não lhe proporcionou esse suporte. O mesmo ocorreu por parte dos outros, que desmentiam as traições que rondavam a família. Todos pareciam ser-lhe indiferentes, cada um protegendo seus segredos e desejos. Dora, constitucionalmente faminta de amor, amava demais e recebia pouco em troca. O abandono pela indiferença parece constituir uma das vias do trauma no caso Dora, embora não tenhamos mais elementos para explorá-la, visto que Freud não seguiu esse caminho.

Entre fantasias e amores, encontramos a configuração traumática de Dora. Veremos algo um tanto diferente nos próximos casos clínicos freudianos.

2.2. O Homem dos Ratos e o complexo paterno

Freud recebeu, em 1907, um homem de 29 anos de idade, Ernst Lanzer, cujo caso clínico foi publicado dois anos depois. Essa foi considerada a única análise bem-sucedida de Freud, por ter acarretado o restabelecimento completo da personalidade do paciente, assim como o fim das suas inibições (Freud, 1909a).

O paciente apresentava obsessões desde a infância, mas que tinham se agravado nos últimos quatro anos da sua vida. No mesmo ano em que procurou Freud, ocorreu-lhe um episódio que lhe causou muito horror, durante as manobras militares, de modo a mobilizá-lo para o tratamento: ouviu de um capitão tcheco, que tinha gosto pela crueldade, a narração de um tipo de castigo corporal aplicado no Leste, que consistia em introduzir ratos no ânus do prisioneiro. Assim que ouviu essa narrativa, Ernst pensou que tal castigo poderia ser aplicado à dama de quem gostava ou a seu pai, embora este já estivesse morto nessa época. Para evitar tal acontecimento, ele era obrigado a adotar uma medida de proteção formada por um fraseado particular seguido de um gesto de repúdio.

Ideias como essa apareceram pela primeira vez aos seis anos. Nessa época, em que teve sua primeira ereção, desejava continuamente ver mulheres despidas, desejo acompanhado pelo pensamento de que algo ruim poderia acontecer, como a morte do seu pai. Esses desejos foram cedo despertados por episódios ativos de sedução, iniciados entre os quatro ou cinco anos de idade – quando manipulara os genitais da governanta *Fräulein* Peter. Mais tarde, entre sete e nove anos, fez o mesmo com a *Fräulein* Lina.

Apesar de Freud não citar no texto, esses episódios nos lembram a antiga teoria da sedução, segundo a qual a neurose obsessiva remeteria à participação precoce em atividades sexuais acompanhada de prazer, cuja compreensão viria somente após a puberdade, formando o trauma em dois tempos (Freud, 1896a). Esse prazer precoce seria o responsável pelas

autorrecriminações posteriores, que marcam o quadro dessa neurose. Tratar-se-ia de uma sedução ativa, ao contrário da histeria, e foi exatamente isso que aconteceu com Lanzer. Mas sabemos que há muito mais em jogo numa neurose obsessiva que a culpa por um prazer erótico na infância. Talvez, como Freud defendeu após o "abandono" da teoria da sedução, esses tipos de experiência tenham servido para apressar ou perturbar o processo de maturação psicossexual já previsto (Freud, 1905).

Segundo Freud, nessa época, o paciente já tinha uma neurose obsessiva completa. Não apresentava compulsões, porque o ego ainda não havia se posto em oposição ao desejo *voyeurista* de ver mulheres nuas, ou seja, não o encarava como algo estranho a si mesmo. Entretanto, ele já sentia um afeto aflitivo ao ter consciência desse desejo, o que mostra que um conflito estava progredindo dentro de si.

Freud foi encontrando outras fontes para o sofrimento de Ernst, diretamente relacionadas às várias facetas das suas obsessões e compulsões. Nove anos antes da análise, seu pai havia morrido, o que fez emergir dentro de si autocensuras por ter descansado justamente no momento em que seu pai se foi. Achava-se um criminoso e, a partir daí, ficou incapacitado para o trabalho. Tal perturbação diante da morte do pai devia-se aos desejos odiosos que trazia à tona.

Freud se vale de uma construção para tentar justificar esse ódio do paciente pelo pai: o pai deve tê-lo punido pela masturbação infantil, o que o colocou na posição de perturbador do gozo do paciente. Essa ideia foi confirmada pela lembrança de um castigo corporal que, segundo sua mãe, ele teria sofrido pelas mãos do pai, após ter cometido uma travessura aos três ou quatro anos (possivelmente mordeu a babá). O pai deu-lhe palmadas e o menino, com muita raiva, o xingou de nomes de objetos comuns – "Sua lâmpada! Sua toalha! Seu prato!", no que o pai replicou: "o menino ou vai ser um grande homem, ou um grande criminoso"

(Freud, 1909a, p. 180). Essa cena causou a ambos grande impressão e, a partir de então, Ernst virou um covarde, por medo da sua agressividade.

Os impulsos odiosos de Ernst se dirigiam também a outras pessoas. Recuperou na análise lembranças odiosas em relação ao irmão, referentes à infância. Também demonstrava impulsos vingativos contra a dama que, na sua concepção, não o amava de verdade. Igualmente detestava todos aqueles que se intrometiam entre os dois namorados, fantasiando toda sorte de cenas agressivas. Todo esse ódio de Ernst tinha como contrapartida a autopunição, que chegou a materializar-se em impulsos suicidas – como a compulsão de cortar seu pescoço com uma lâmina.

Esse quadro nos mostra o ódio como afeto preponderante na vida anímica do paciente, ódio que se encontrava em excesso e represado pelo recalque, embora se mostrasse de modo deformado nos sintomas. E a culpa por esse ódio, presente em medidas protetoras, autorrecriminações, rituais e impulsos autopunitivos.

O que seria da ordem do trauma neste caso clínico? Ao contrário do caso Dora, o Homem dos Ratos parece destacar o ódio e a agressividade como elementos cuja intensidade pode se tornar traumática. Não que o plano amoroso/sexual esteja ausente – o caso traz episódios de sedução na infância, a presença marcante da pulsão escopofílica, o erotismo anal (subjacente ao horror despertado pela tortura com os ratos), os desejos incestuosos de Ernst pela mãe e irmã, e a dúvida entre casar com a dama humilde ou com uma moça de posses (como era da vontade dos seus pais). Mas tudo isso parece se tornar problemático por despertar, em última instância, o ódio contra aqueles que se colocam no caminho da sua satisfação sexual, sendo o pai a figura emblemática da proibição e do castigo.

Tal estado de coisas se relaciona ao fator constitucional característico dos obsessivos – a fixação da libido na fase sádico-anal – de modo a destacar o componente sádico do amor nas relações de objeto, o que desperta grande oposição defensiva. Mais tarde, Freud dirá que “o

amor nessa forma e nessa fase preliminar [sádico-anal] quase não se distingue do ódio em sua atitude para com o objeto. Só depois de estabelecida a organização genital é que o amor se torna o oposto do ódio" (Freud, 1915a, p. 143).

Dessa forma, torna-se inconcebível para Ernst odiar e amar alguém ao mesmo tempo – é como se a presença de um desses afetos significasse a anulação do outro. E, no entanto, ele guardava um excesso de ódio e de impulsos agressivos dirigidos principalmente ao pai, que não podiam ser devidamente descarregados. Esse excesso não equacionado, traumático, já se mostrava desde a infância, como atesta o aparecimento das ideias obsessivas aos seis anos de idade.

O que contribuiu para esse excesso foi a forte impressão que o castigo do pai, acompanhado de palavras duras em tom de profecia, causou a Ernst, em época ainda mais remota. Esse ato agressivo do pai, seguido da agressividade do filho, por meio de xingamentos, pode ser visto como fato que institui uma conjuntura traumática, a ser piorada posteriormente, por meio da adição de outras experiências que intensificaram seus afetos e desejos odiosos.

A principal delas foi a morte do seu pai. A partir do momento em que seus desejos "maus" foram realizados concretamente, seu sofrimento tornou-se intolerável e uma neurose grave se instalou. Vimos Freud afirmar, no caso Dora, que aquilo por que os neuróticos mais desejam em suas fantasias é justamente aquilo de que fogem quando lhes é apresentado pela realidade, isto é, que eles temem a realização dos seus desejos (Freud, 1905 [1901]). É nesse sentido que Freud coloca a morte do pai de Ernst como a principal fonte da *intensidade* de sua doença, visto ser o que mais desejava, contanto que não fosse realizado. Essa fatalidade funcionou, então, como mais um trauma, por trazer à tona uma avalanche de afetos e desejos ambivalentes (que estavam recalcados), além do peso esmagador da culpa.

Em suas fantasias onipotentes, ele se tornou o assassino do pai, apenas pelo fato de ter desejado sua morte. Mas Ernst não matou seu pai concretamente; seu trauma ocupa, então, o campo fronteiriço (e problemático) no qual fantasia e realidade externa se encontram. A realidade irredutível da morte trouxe consigo fantasias penosas, carregadas de afeto, que arrastaram o paciente para um mundo onde não havia meios termos, mediação. Seu ódio, em sua mente, anulava o amor, não havia possibilidade de perceber que ambos os afetos poderiam co-existir. Ele se viu em fantasia como criminoso que merecia castigo – não havia mais como ser um grande homem, visto que tais situações eram mutuamente excludentes, como mostrava a estrutura da frase proferida pelo pai (será *ou* grande homem *ou* grande criminoso).

As suas fantasias ganharam tanto poder, devido ao investimento afetivo que concentravam em si, que passaram a beirar o delírio, materializado no seguinte ritual: à noite, enquanto estudava, abria a porta para o fantasma do pai entrar e então mostrava-lhe seu pênis. Isso precisava ser feito para que nada de ruim acontecesse ao seu pai no outro mundo.

O trauma do paciente se instalou de fato, portanto, quando suas fantasias dolorosas o aprisionaram. O medo frente aos seus desejos, sobretudo os agressivos, o medo da punição paterna e de ser um grande criminoso, tornaram-no covarde para o mundo e, em contrapartida, fizeram aumentar a agressividade na fantasia e o poder da realidade interna em detrimento da externa.

A história contada pelo capitão tcheco, da tortura utilizando-se de ratos, intensificou, mais uma vez, a constelação traumática existente, de modo a mobilizá-lo para análise. A crueldade do capitão ao falar do castigo lembrou a do seu pai quando o castigou na infância. Ernst, então, começou a imaginar que seu pai merecia, por esse motivo, ser igualmente castigado, daí a ideia de que a punição com os ratos poderia estar lhe acontecendo, ainda que no outro mundo.

Houve mais um acontecimento importante na sua história: a morte da irmã mais velha, vítima de uma doença grave, quando Ernst beirava os cinco anos. Freud não explorou muito essa perda, mas certamente ela deve ter contribuído para agravar o excesso energético no seu psiquismo. Afinal, na fantasia, tal morte confirmaria o poder destrutivo dos seus desejos, funcionando como mais uma punição.

A história do "Homem dos Ratos" é, portanto, marcada por traumas que, somados, levaram-no ao adoecimento. Vimos, no capítulo anterior, com as primeiras ideias de Freud presentes nos *Estudos sobre a Histeria* (1895 [1893-95]), que é mais comum encontrarmos na história de vida do paciente uma soma de experiências traumáticas que apenas um grande evento. Essa soma, potencializada pelos fatores constitucionais (como o erotismo anal), e uma incapacidade de dar um destino satisfatório a essas intensidades, dá origem a um quadro traumático.

No caso específico do Homem dos Ratos, vimos o papel desestruturante do ódio em excesso, represado, por ser direcionado para alguém que se ama, o pai. Acontecimentos, como a morte paterna, contribuíram para aumentar essa carga afetiva, e suas fantasias, que aparecem como tentativa de dar conta dessas intensidades, não lograram sucesso, contribuindo para formação de sintomas e para aprisionar o paciente em sua agressividade, que retornava para si mesmo. A fronteira problemática entre realidade interna e realidade externa é crucial para compreendermos o trauma na neurose e a circulação dos afetos, visto que há o perigo de as fantasias, que funcionam segundo o processo primário, concentrarem em si grandes cotas de afeto, tornando-se aterrorizantes.

Interessante que a mãe de Ernst mal aparece na narrativa freudiana desse caso clínico. No caso Dora, vimos que isso se devia à indiferença generalizada que a mãe tinha para com a filha. Em relação a Ernst, não sabemos ao certo. Freud supôs que o paciente nutrisse desejos infantis pela mãe, o que despertava rivalidade com o pai, formando a configuração amorosa

edípica. Nada mais sabemos, o que nos faz pensar que, na neurose obsessiva, é mesmo o complexo paterno que importa para Freud[7], o que se relaciona ao estereótipo de que essa neurose seria tipicamente masculina, ao passo que a histeria seria propriamente feminina.

2.3. O Homem dos Lobos e a passividade traumática

Freud atendeu o russo Serguei Pankejeff entre 1910 e 1914, tendo escrito seu caso ainda nesse mesmo ano, embora só fosse publicá-lo em 1918. Ao contrário dos dois casos de que tratamos anteriormente, o do Homem dos Lobos traz diretamente a problematização do trauma e de problemáticas que lhe são adjacentes, de modo que a abordagem desse texto clínico será, inevitavelmente, mais longa que as anteriores.

Serguei procurou Freud quando contava cerca de 25 anos de idade. Em seu histórico clínico, havia acessos de depressão e internações em sanatórios. Ele apresentava constipação crônica e paixões compulsivas por mulheres humildes. Freud decide concentrar seu exame não nessas manifestações tardias da sua doença, mas na sua neurose infantil. Alguns elementos de sua história infantil lhe chamaram a atenção e o trauma aparece diretamente ligado a cada um deles.

Primeiramente, temos a sedução. Como disse Freud: “A velha teoria do trauma, que afinal se baseava em impressões da prática psicanalítica, retornou subitamente à vigência” (Freud, 1918 [1914], p. 127). O paciente foi seduzido aos três anos e três meses de idade pela irmã mais velha, que pegou no seu pênis e o induziu a práticas sexuais. Ele a recusou, mas direcionou sua excitação sexual despertada à babá (Nânia). O seduzido virou sedutor. Brincava com seu membro diante dela, o que deve ser compreendido, segundo Freud, como uma tentativa de sedução por parte da criança. Tendo recebido uma ameaça de castração por

[7] Alguns autores contemporâneos passaram a trabalhar a relação do obsessivo com a mãe, como Julia Kristeva em *As novas doenças da alma* (2002).

parte dessa babá, ele teria regredido à fase sádico-anal e direcionado sua excitação ao pai, objeto adorado, sob a forma de provocações com o intuito de obter dele castigos – o que seria mais uma tentativa de sedução do paciente. Mais tarde, aos 14 anos, Serguei tentou seduzir a irmã, mas ela o rejeitou.

Uma segunda sedução teve papel decisivo na neurose do paciente russo. Com um ano e meio de idade, ele teria assistido à relação sexual dos pais – efetuada por trás, de modo que podia ver os genitais da mãe – só vindo a compreender a cena aos quatro anos, por meio de um sonho de angústia (a sedução da irmã teria papel decisivo no despertar dessa cena). A cena primária operaria, a posteriori, como uma segunda sedução para o paciente, tendo em vista que, a partir daí, ele teve de se haver com conteúdos sexuais que ainda lhe eram excessivos. Temos aqui um trauma em dois tempos, embora o segundo tempo ainda se localize na infância, e não na puberdade, como diria Freud na sua antiga teoria da sedução (Freud, 1896a).

O que está em jogo aqui é a força traumática que o sexual sempre possuiu para Freud, desde a invenção psicanalítica. A pulsão sexual, o desejo e a libido seriam forças e quantidades capazes de serem excessivas o suficiente para perturbar a constância psíquica. No caso do Homem dos Lobos, foi excessiva e precoce sua exposição à cena primária, de modo que o sexual, ainda alheio à compreensão da criança em sua forma genital, persistiu pelas impressões, ou seja: percepções que não se inscreveram como traços mnêmicos (lembrança) e que conservaram, para si, uma intensidade excessiva não metabolizada.

Podemos suspeitar, entretanto, que a cena primária não foi traumática em si. O próprio Freud defende que não é nada incomum jovens casais terem uma relação amorosa após a sesta vespertina, num dia quente de verão, esquecendo do bebê que dorme calmamente ali perto... O que teria sido traumático foi a forma pela qual essa cena retornou aos quatro anos de idade, após a influência da sedução da irmã e da ameaça de castração de Nânia: ela veio coberta de

fantasias carregadas de desejo em que o pequeno Serguei se via na posição passiva da mãe, sendo penetrado pelo pai e obtendo satisfação sexual dele.

Talvez se essa cena retornasse sob a forma de uma identificação do pequeno russo com o pai, tomando para si a posição ativa, o trauma não tivesse se efetivado. Mas, tendo a irmã o colocado na posição passiva, como também o imaginário familiar[8], ele passou a ocupar libidinalmente esse papel. Desejava ser devorado, espancado ou penetrado pelo pai, a depender de que fase psicossexual predominasse no momento[9]. Tendo, portanto, a cena primária retornado sob o prisma do prazer passivo, feminino, era-lhe imposta a precondição de perder o que narcisicamente lhe era tão caro: o pênis. Seu desejo homossexual pelo pai torna-se, então, insuportável, aparecendo sintomaticamente no medo de ser "devorado" por um lobo.

Já discutimos, no capítulo anterior, como a passividade sempre foi vista por Freud como algo bastante problemático para os homens, podendo funcionar como fator traumático. Isso aparece nos seus casos clínicos, inclusive naqueles cujos protagonistas nem chegaram ao consultório de Freud de fato, como Schreber e Hans, e é retomado claramente em *Análise Terminável e Interminável* (1937a), como a resistência mais difícil, senão impossível, de vencer no tratamento. A passividade seria tipicamente atributo do feminino, ou seja, o homem que assume uma atitude passiva perante outro estaria supondo sua castração, o que lhe é insuportável.

Serguei teria realizado, inclusive, uma espécie de supercompensação em relação a isso, por meio do recurso ao ato compulsivo. Procurava compulsoriamente mulheres rebaixadas socialmente, que possuíssem traseiros grandes, e com quem pudesse realizar o ato sexual por trás, como o da cena primária. Ele exacerba sua masculinidade, identificando-se

---

[8] Como o fato de comentarem na família que ele, por ser dócil, ocupava o papel de menina, e a irmã, o de menino; ou que, segundo Nânia, ele pertencia ao pai, e a irmã à mãe.

[9] Respectivamente, fases oral, sádico-anal e fálica.

com o pai, como uma forma de contrainvestir seu desejo homossexual passivo. Ato, compulsão à repetição e hiperinvestimento da realidade externa se unem contra o que, internamente, é intolerável. Mais tarde, voltaremos a esse ponto.

Retornemos ao trauma. Ele se monta na experiência subjetiva de Serguei a partir do momento em que o conflito aparece, com a ajuda da compreensão alcançada aos quatro anos. Se antes ele teria guardado impressões da cena primária, que não encontravam barreiras – como a castração ou a moralidade, posto que seu psiquismo ainda funcionava num registro primitivo, pré-conflitivo –, depois de algumas vivências no campo sexual e da maturidade psíquica, o conflito se consolidou e a intensidade existente, ligada às impressões primevas, tornou-se traumática. Trauma em dois tempos.

A ligação entre trauma e sedução também nos mostra o papel atribuído por Freud ao "originário", "primário" ou "primitivo" na constelação traumática. Todo indivíduo se depara precocemente com enigmas que demandam compreensão além do que se pode no momento: a concepção, a origem da sexualidade e a diferença entre os sexos. As chamadas fantasias originárias surgem para dar conta dessas lacunas que se impõem, sendo formadas, como toda fantasia, a partir de restos de experiências vividas (Freud, 1897a), ou de vivências pré-históricas dos antepassados (Freud, 1918 [1914]).

O recalque primário, comentado por Freud com maior rigor um ano depois de escrever esse caso clínico[10], se insere nessa trama do originário (Freud, 1915b). Ele consiste num processo em que é negado ao representante psíquico da pulsão a entrada no consciente, estabelecendo-se, assim, uma fixação. O conteúdo seria recalcado não por entrar em conflito com aspirações egóicas ou morais, mas, como dirá Freud mais tarde, "é altamente provável que as causas precipitantes imediatas das repressões primitivas sejam fatores quantitativos, tais como uma força excessiva e o rompimento do escudo protetor contra os estímulos"

[10] Embora no caso Schreber (1911a), contemporâneo à análise de Serguei, Freud já abordasse esse tipo de recalque.

(Freud, 1926 [1925], p. 98). Essa força excessiva pode se dar por uma percepção externa ou surgir internamente sem qualquer provocação.

Podemos pensar, então, que, diante da percepção externa da cena originária por parte de Serguei, o recalque primário tenha entrado em ação, como uma forma de proteger o aparelho psíquico da forte excitação resultante. Não estamos, pois, lidando com lembranças recalcadas, mas formas primitivas de retenção da experiência, acompanhadas por um acúmulo pulsional que não pode ser metabolizado justamente pelo caráter arcaico do processo e pela precocidade do desenvolvimento do indivíduo.

O trauma estaria ligado, inicialmente, a um fator eminentemente quantitativo, anterior ao conflito, um excesso que não encontra possibilidade de circular e diluir-se. E o sexual, como afirmamos, está diretamente relacionado a essa experiência por si só extremamente intensa.

Mas será que podemos falar de trauma aqui? Afinal, o recalque primário é estruturante do psiquismo, criando um conjunto de conteúdos inconscientes que exercerão atração sobre outros, quando da ocasião do recalcamento propriamente dito. Ou será que a presença dos elementos originários, primitivos, não são traumáticos em si, podendo apenas formar uma espécie de núcleo sensível, suscetível a ser resgatado sob uma conotação traumática posteriormente?

Talvez essa última opção se harmonize melhor com os nossos achados, caso contrário, teríamos que nos haver com a possibilidade de um trauma constitutivo do psiquismo, o que eliminaria o contraste possível entre um “Homem dos Lobos” e as pessoas que não adoeceram. Entretanto, podemos argumentar que, no caso desse paciente, os enigmas originários que todos nós temos de enfrentar apareceram sob a forma de uma realidade absoluta: de fato ele teria assistido à cena primária, teria sido seduzido pela irmã e teria recebido a ameaça de castração. Esse “excesso de realidade”, que se reflete num excesso

pulsional, teria sido, então, capaz de causar um traumatismo. O trauma deixaria de ser constitutivo para ser desestruturante.

Outro elemento explorado por Freud a partir desse caso clínico, e que se insere no campo do trauma, é o par fantasia/realidade externa. Ao longo da narrativa ele oscila entre tomar partido do papel traumatizante por si só da fantasia, de modo que bastaria o paciente ter fantasiado a cena primária para criar sua neurose (embora a cena com a irmã devesse, para isso, ter sido uma realidade factual, agindo como fator desencadeador dessa fantasia), e o papel traumático do acontecimento real. Manter a primeira posição significaria continuar de acordo com os achados da psicanálise, destacando o potencial etiológico da realidade psíquica na neurose, além de não precisar se haver com a "velha teoria do trauma", marginalizada – a teoria da sedução. Sustentar a segunda posição, no entanto, traria como consequência o resgate da "falecida" teoria da sedução, o que provocou em Freud certo pudor, obrigando-o a inserir Jung na sua argumentação, representante da condenação a esse retorno. Isso porque Jung admite somente a fantasia como chave para compreender a neurose – o neurótico é aquele que vive no registro das fantasias, na qual encontra as satisfações que a realidade lhe nega.

Como Freud resolve esse problema? Ele constata que não há, em termos clínicos, muita diferença em lidar com as fantasias do paciente ou com a realidade externa: as repercussões psíquicas seriam as mesmas, já que no inconsciente não há signos de realidade.

Além disso, ele retoma uma posição teórica antiga, que remonta à época das correspondências com Fliess: no rascunho anexo à carta 63, Freud diz que "as fantasias originam-se de uma combinação inconsciente, e conforme determinadas tendências, de *coisas experimentadas e ouvidas*." (Freud, 1897b, p. 301) [grifo nosso]. Igualmente, no relato do caso do Homem dos Lobos, afirma que "a criança, tal como adulto, só pode produzir fantasias com material adquirido em algum lugar" (Freud, 1918 [1914], p. 76). Ou seja, toda fantasia se

apoia na realidade externa, o que faz com que a rigorosa distinção entre esses dois registros perca a importância. No fundo, tudo é da ordem da realidade vivida.

Mesmo as fantasias originárias, que prescindiram das vivências individuais, encontrariam seu fundamento último nas experiências filogenéticas. Nos dizeres de Freud (1918 [1914], pp. 129-30):

> Eu mesmo gostaria de saber se a cena primária do meu paciente era fantasia ou vivência real, mas, considerando outros casos análogos, é preciso dizer que na verdade não tem mais importância responder a isso. As cenas de observação do ato sexual entre os pais, de sedução na infância e de ameaça de castração são indubitavelmente patrimônio herdado, herança filogenética, mas podem também ser aquisição da vivência individual.

Assim, quando falta à criança tais vivências, ela lança mão da experiência filogenética, a fim de preencher as lacunas da verdade individual. Esse não foi o caso de Serguei, que, como vimos, teria vivido de fato as cenas a que se refere Freud nesse trecho.

Então, podemos pensar que o trauma não efetua escolha entre o campo da fantasia e da realidade, ele acontece em meio a essa trama que vai da fantasia ao fato último que lhe serve de suporte, ou do acontecimento vivido às ressonâncias fantasísticas que o acompanham.

Enfim, o intercâmbio entre fantasia e realidade é contínuo e é nesse intercâmbio, nessa fronteira, que o trauma ocorre. Não se deveria escolher entre um e outro registro ao se falar em trauma; ambos estão envolvidos, sendo a falta de negociação possível entre eles o ponto problemático. Fantasia e realidade podem inclusive funcionar em regime de oposição, como já nos lembrava Freud no caso Dora (Freud, 1905 [1901]), o que obriga o sujeito a priorizar e maximizar uma das duas dimensões – e o neurótico escolhe a fantasia.

Em relação ao nosso paciente russo, temos também, por um lado, a fuga para a fantasia, o que se materializa na montagem fóbica e obsessiva que acontece na sua vida após o sonho com os lobos. A fantasia aterrorizante que montou, de ter seu prazer passivo acompanhado da castração pelo pai, teria sido determinante no desencadeamento do trauma. Por outro lado, paradoxalmente – e aqui se insere a parte obscura do nosso exame – Serguei

teria efetuado uma espécie de fuga para realidade externa. Como? Por meio das suas passagens ao ato e da compulsão à repetição.

Aqui, entramos na terceira contribuição desse caso clínico à elucidação do conceito de trauma em Freud: algo de “diabólico” operando no psiquismo e que se materializa no recurso ao ato pelo paciente, nas suas compulsões à repetição e na sua postura masoquista.

Como dissemos *en passant* anteriormente, o paciente passou a repetir compulsivamente certo tipo de escolha objetal (mulheres ignorantes e com traseiro saliente), sendo-lhe impossível escapar desse circuito pulsional. Além disso, ele teria se fixado numa única forma de obter prazer sexual (no ato sexual por trás), também buscada de forma compulsiva. Esse fechamento, num circuito que se esgota em si mesmo; essa falta de elementos que distraíam a pulsão; o recurso ao ato e à repetição compulsiva, nos colocam de frente a algo para além do princípio do prazer e além da fantasia (o que não significa excluí-la).

Aqui, fica uma pista para o que Freud iria elaborar dois anos depois da publicação desse caso: a pulsão de morte (Freud, 1920). Ela pode ser um elemento que nos ajude a pensar o fracasso dessa análise, pois Freud não teria atentado ainda nessa época para os efeitos desestruturantes de tal força e suas repercussões na transferência (como na atitude masoquista de Serguei, que indicaremos adiante).

Se pensarmos no caso Dora, por exemplo, vemos o quanto há de amor, melhor dizendo, demandas frustradas de amor, na história da paciente. Sua relação diz respeito a objetos totais, e o amor a que anseia aproxima-se do que Freud (1920) chamará de Eros na segunda teoria pulsional. Já o Homem dos Lobos vive uma sexualidade que parece se distanciar, pelo menos em parte, dos anseios amorosos de Eros. Ela é repetitiva, compulsória, promíscua, desestruturante e parcial. É de nádegas que se fala, não de uma mulher amada. E essa sexualidade o leva às últimas consequências, como a de contrair, na vida adulta,

gonorréia, ao ter relações com uma camponesa, fato que resgata seu quadro neurótico infantil e o faz procurar ajuda psicoterapêutica.

O que queremos mostrar é que sentimos a presença da pulsão de morte na esfera sexual do paciente. Seria algo que Laplanche retoma ao falar em pulsões sexuais de vida e pulsões sexuais de morte, estando as primeiras no registro de Eros, do amor, da estruturação, e as segundas, num registro disruptivo, traumático (Laplanche, 1987).

Tudo isso para dizer que o paciente russo nos leva a visualizar um tipo de constelação traumática que não aparecia em casos anteriores, como o de Dora: a que supõe a presença de uma pulsão sem representação, que, devido ao fracasso em ser dominada por meio de um trabalho anterior ao princípio de prazer, aparece na realidade externa por meio do ato e das repetições.

Prova disso é também a postura masoquista, subserviente, passiva, do paciente frente aos outros e ao próprio Freud, que a ela se refere como "dócil indiferença" (Freud, 1918 [1914], p. 18), "indiferença respeitosa" (Freud, 1918 [1914], p. 101) e "expressão amável" (Freud, 1918 [1914], p. 56). Inicialmente, Freud mantém a concepção do masoquismo erótico ligado à fase sádico-anal. Serguei, após regredir a essa fase, teria adotado uma forma masoquista de obter prazer – como pelos castigos que ansiava receber do pai – e, concomitantemente, de apaziguar seu sentimento de culpa devido às atividades masturbatórias dirigidas a Nânia, encerradas pela ameaça de castração. A passividade, que lhe era característica, ao ser deixado a esmo na cena primária e, sobretudo, ao ser seduzido pela irmã, encerrou-lhe numa posição masoquista.

Freud dá uma pista para outra lógica presente no masoquismo do seu paciente, que não obedeceria à economia do prazer, ao afirmar que o sentimento de culpa que o acompanha, "aponta para processos de desenvolvimento em outras esferas que não a sexual" (Freud, 1918 [1914], p. 144). Podemos pensar que há algo da ordem de um rebaixamento de si na atitude

masoquista, uma autodestruição pela tirania da consciência moral (ou superego, como dirá Freud mais tarde). É novamente a pulsão de morte agindo.

Mas se não é para obter prazer, por que se submeter ao outro? Ferenczi (1933) dirá, por exemplo, que é para evitar o abandono, este sim, traumático por excelência. A amabilidade e servidão "voluntária" dirigidas ao outro tem como função não perder sua proteção, ainda que esta possa ser acompanhada de uma postura sádica. Entretanto, sendo eminentemente amável ao outro, a agressividade volta-se inteiramente ao ego.

Assim, a postura masoquista de Serguei denuncia mais um elemento presente em sua constelação traumática: uma força disruptiva agindo silenciosamente no psiquismo e aparecendo no sentimento de culpa, na tensão do ego com a instância moral do psiquismo. A partir do artigo de Freud sobre o masoquismo, posterior à publicação do caso clínico em questão, atentamos para a existência de pacientes que não procuram melhorar, cujo sofrimento neurótico se torna valioso e um baluarte inegociável (Freud, 1924b). Se pensarmos que Serguei, após a análise com Freud e com Brunswick, continuou doente, sendo inclusive sustentado financeiramente e em sua neurose pelo movimento psicanalítico, podemos nos indagar se esse sofrimento não teria se tornado valioso para ele, satisfazendo sua necessidade de punição, de modo a nunca ter-lhe aberto mão em toda sua vida (Kupermann, 2010). Inclusive, ao lermos *O Problema Econômico do Masoquismo* (1924b), vemos que o conteúdo do texto e os pequenos exemplos utilizados nos lembram sobremaneira o Homem dos Lobos.

Há pulsão de morte, congelamento numa posição passiva, repetição, e, ao mesmo tempo, prazer no masoquismo de Serguei. E, se fôssemos mais adiante, concordando com Ferenczi, uma fuga ao abandono. Em relação a quê?

Lembremos que a mãe de Serguei foi "abandonada" no relato do caso clínico, o que não é banal. Sua suposta irrelevância na história do paciente revela uma atitude de indiferença da sua parte, de alguém que realmente estaria ausente. Como disse o próprio Freud

rapidamente, ela só se preocupava com sua própria doença abdominal, ocupando-se pouco dos filhos. Assim, podemos pensar, de forma hipotética, numa mãe que teria abandonado seu filho pela assunção de uma postura indiferente – tal como no caso Dora, o que é intrigante.

Além disso, a vida adulta do paciente, não explorada por Freud por motivos teóricos justificados, guardava o fato do suicídio da irmã e do pai. Tratava-se de uma família seriamente comprometida, o que nos mostra que há algo mais no ar, nos enigmas intrafamiliares, que perpassou todos. E Serguei, assim abandonado pelos seus familiares, desamparado em seus recursos simbólicos para compreensão de tudo que se passava naquela trama doméstica, rende-se, na sua amável apatia masoquista, à proteção de Freud, e do movimento psicanalítico.

CAPÍTULO III – CONSEQUÊNCIAS DA RELEITURA DO TRAUMA PARA A CLÍNICA PSICANALÍTICA

A partir do percurso feito na obra freudiana, que compreendeu, primeiramente, o mapeamento das aparições do conceito de trauma e as problemáticas a que atende, incluindo o período em que tal noção teria supostamente desaparecido (1897-1920) e, em seguida, a investigação das contribuições trazidas pelos grandes casos clínicos de Freud (Dora, Homem dos Ratos e Homem dos Lobos) para pensar o trauma, seguimos para a discussão das consequências clínicas da releitura desse conceito.

Mostramos até aqui que a noção de trauma tem um alcance maior do que se tem dado: é uma noção complexa, de difícil delimitação e imersa em armadilhas. Talvez seja mais acurado dizer que o termo "trauma" se manteve operante ao longo da obra freudiana, mas com significados distintos: trata-se do mesmo termo, porém com diferentes acepções. Entretanto, a utilização do mesmo termo revela que algo se mantém, sobretudo no que diz respeito à sua função. Ele é útil para sinalizar aquilo que, sendo da ordem da experiência, transtorna o sujeito de uma maneira que ultrapassa sua capacidade, visto que há uma ruptura e consequências que se estendem ao psiquismo como um todo. O trauma é sempre desencadeado, sempre experiência e sempre desestruturante.

Isso não é um consenso na literatura psicanalítica, uma vez que alguns autores defendem a ideia de traumas estruturantes. Jean Laplanche, com a teoria da sedução generalizada, é partidário dessa ideia. De acordo com essa teoria, há, na relação criança-adulto, uma situação fundamental de sedução "em que o adulto propõe à criança significantes tanto não-verbais como verbais, ou fundamentais, impregnados de significações sexuais inconscientes" (Laplanche, 1987, p. 132). Freud já havia apontado algo semelhante nos *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (1905), ao falar da erotização do corpo da criança por

parte dos cuidadores (usualmente, a mãe), com suas carícias, beijos, embalos e sentimentos provenientes de sua própria vida sexual adulta. Para Laplanche, há algo nessa sedução que é traumatizante por ter permanecido em seu estado selvagem, e que só poderia ser controlado por um trabalho de compreensão. É o "enigmático", alvo do recalque originário (Laplanche, 1987). Tendo em vista que toda criança é erotizada pelo outro, etapa importante para sua constituição subjetiva, pode-se afirmar que, na teoria da sedução originária, o trauma pode ser visto como estruturante.

O próprio Freud deu pistas para se pensar no trauma constitutivo, como vimos no capítulo I, com a entrada em cena da noção de desamparo (Freud, 1926 [1925]). As experiências de separação e perda do objeto amoroso, do seu amor ou de uma parte de si (castração) colocam o sujeito em situação de desamparo, marcada pelo excesso pulsional que lhe confere posição de impotência e passividade, pano de fundo para o trauma. Por se tratar de experiências inevitáveis ao longo da vida, que contribuem para a constituição psíquica – o que não significa que não possam vir acompanhadas de sofrimento – então, o trauma também seria de ordem estruturante.

Se seguíssemos esse caminho, poderíamos dizer que todos nós somos traumatizados. Todos nós passamos por experiências que imprimem um excesso de intensidades ao psiquismo, incapaz de ser devidamente descarregado, sobretudo na fragilidade da infância. Se pensarmos que trauma é sinônimo de excesso, faríamos uma generalização conceitual que, por sua vez, diminui o valor heurístico e clínico desta noção. Se todos somos traumatizados, então, falar em trauma, na clínica, perde o sentido.

Apesar disso, alguns autores contemporâneos acatam esse raciocínio e fazem uma subdivisão do conceito de trauma em duas vertentes: trauma estruturante e trauma desestruturante (Lejarraga, 1996; Maia, 2003). O primeiro tipo estaria presente em todas as pessoas e, de forma exagerada, nas neuroses de transferência; já o segundo, seria

característico daqueles que possuem falhas graves no âmbito narcísico, ou seja, quando uma configuração traumática impediu o caminho de formação do psiquismo e a devida diferenciação em relação ao outro e entre as instâncias psíquicas. O trauma desestruturante também seria característico daqueles que foram vítimas de algum tipo de choque emocional grave, por ocasião de algum tipo de violência, física ou simbólica, sexual ou agressiva.

Como o presente trabalho gira em torno do pensamento freudiano, podemos, de fato, perceber essas duas vertentes do trauma. O momento traumático, para Freud, sobretudo a partir de 1926, é o momento em que se inaugura a primeira descarga de angústia, que será estruturante no sentido de permitir que, a partir dela, possam ocorrer futuros sinais de angústia, úteis para o posicionamento frente a uma situação de perigo. O nascimento consiste nessa primeira situação traumática, em que há um excesso incapaz de ser equacionado, visto não ser possível, ainda, a ligação, a simbolização.

Da mesma forma, o desamparo realmente experimentado é visto como traumático (Freud, 1926 [1925]). E, sendo o desamparo algo inerente à constituição do sujeito, também o trauma é aqui da ordem do constitutivo.

No entanto, não esqueçamos que as formulações de Freud se apoiam na experiência clínica. Foi da clínica que surgiram seus questionamentos teóricos, e foi da clínica que nasceu o conceito de trauma psíquico. Os pacientes de Freud não eram, em geral, pessoas com sofrimentos comuns, momentâneos; seu sofrer era incapacitante: eles se isolavam da sociedade, paralisavam habilidades intelectuais ou artísticas, sofriam de angústia e sintomas estereotipados, fossem diretamente no corpo ou no pensamento. O trauma nasceu da escuta dessas pessoas com sofrimentos exagerados, neuróticos.

Freud, em sua obra, tem a característica de partir da patologia para elaborar conhecimento e estendê-lo para a dita “normalidade”. Todos têm o mesmo modo de funcionamento mental, prova disso são os sonhos e a “psicopatologia da vida cotidiana”. Da

mesma forma, podemos pensar que o trauma – evento que nutria relação causal direta com a neurose em sua origem conceitual – passou a estender-se a outras situações, ocupando um lugar metapsicológico no psiquismo: seu sentido passa a ser, sobretudo, econômico, de modo que as próprias pulsões, quando excessivas, podem ter efeitos análogos ao de um trauma (Freud, 1920). O mesmo vale para experiências da vida que perturbam o *status quo* do psiquismo, como o nascimento e outros que envolvem perda e separação.

Reservaremos, porém, para nossos fins, a categoria de trauma apenas para experiências desestruturantes da subjetividade. Enviaremos esse vocábulo de volta às suas origens psicopatológicas, funcionando como eixo interpretativo *não de qualquer sofrimento humano, mas daqueles que são excessivos, incapacitantes, que assumem contornos amplos na vida do indivíduo.* Dessa forma, o conceito ganha em termos de valor heurístico e clínico, podendo ajudar o psicanalista a abrir portas para compreensão daqueles que chegam ao consultório.

A pergunta a se fazer é: que tipo de trauma está em jogo nessa configuração psicopatológica em particular? Com essa pergunta não procuramos resposta em termos de um evento último que, por meio de uma causalidade direta, explique todo o sofrimento do sujeito; o que nos interessa é chegar a certas constelações traumáticas que possam funcionar como guia para o psicanalista. Vale ressaltar, entretanto, que a psicanálise lida com sofrimentos singulares, histórias individuais; mesmo assim, a importância de se pensar certos tipos de constelações traumáticas é válido para nos auxiliar na compreensão de determinados modos de funcionamento psíquico que *tendem* a se formar e que desafiam o psicanalista. Estamos priorizando o aspecto formal, não o conteúdo subjacente ao trauma. Em termos das diferenças diagnósticas, tal pensamento pode nos ser útil.

O nosso percurso pela obra freudiana, efetuado nos capítulos anteriores, nos permite chegar a três principais configurações traumáticas: a do trauma como efração, presente,

sobretudo, no que Freud chamou de neurose traumática; a do trauma proveniente de transtornos na fronteira entre realidade externa e fantasia, ou seja, quando uma experiência torna insuportáveis fantasias existentes; e o trauma por falhas precoces (estamos no campo da falha e não do conflito[11]) decorrentes do malogro das relações primitivas da criança, de modo a impossibilitar sua constituição narcísica. Esse último tipo de trauma não é propriamente freudiano, embora esteja subjacente aos quadros narcísicos abordados por Freud, como a melancolia e a psicose; e ao caso do Homem dos Lobos.

Trataremos desses subtipos do trauma, a seguir. Essa discussão constituirá a primeira parte das consequências clínicas da releitura do trauma em Freud, que possuiu um alcance diagnóstico. A segunda parte será formada pela relação entre elementos teóricos provenientes das abordagens freudianas do trauma e os dispositivos clínicos que foram emergindo como consequência dessas modulações teóricas, como a ideia de elaboração, construção e fortalecimento do ego.

3.1. Configurações traumáticas na clínica

3.1.1. *Trauma como efração*

Este é considerado o trauma por excelência, uma vez que remonta mais claramente às origens dessa noção. O conceito de trauma tem suas raízes no saber médico, referindo-se a uma lesão física resultante de uma violência externa que implica, em geral, uma ruptura no revestimento cutâneo (apesar de se falar também em "traumatismos crânio-cerebrais fechados") e consequências ao conjunto do organismo (Laplanche & Pontalis, 2001). Essas

[11] A esse respeito, ver Balint (1993).

três significações – choque violento, ruptura e consequências sobre o conjunto – são essenciais para pensarmos na primeira categoria de trauma.

A raiz organicista do trauma encontrou um primeiro ponto de transição para o modelo psíquico nas ideias de Charcot. Segundo esse neurologista francês, a "histeria traumática" era fruto de um choque mecânico que pôs em risco a vida da pessoa. Após um período de latência, a parte do corpo envolvida no acidente voltava a se manifestar por meio de paralisias, por exemplo. Não havia explicação neurológica para tal, visto que esses acidentes não haviam acarretado lesões cerebrais; tais sintomas apareciam por motivos psíquicos, pelas representações ligadas ao acidente. A histeria remeteria, portanto, a um trauma físico, daí chamar-se histeria traumática.

Freud e Breuer deram um passo a mais na trilha iniciada por Charcot: o que importava no trauma físico sofrido pelo paciente não era a efração física, cutânea, mas o afeto concomitante, o susto. É isso que torna o acidente traumático para o sujeito e não o fato de ter se machucado. O trauma é, portanto, psíquico, embora sobre o pano de fundo de um acidente que envolveu ameaça à integridade física, à vida.

Vimos no capítulo I que, depois disso, Freud e Breuer separaram outra forma de histeria, que foge dessa equação "evento que põe em risco a vida – susto – trauma – neurose". Trata-se da histeria comum (que, mais tarde, dá origem à histeria de defesa), causada pelo represamento de um afeto aflitivo – como angústia, susto, vergonha, dor física – a partir de determinada(s) experiência(s).

O que nos interessa, na presente seção, não é a histeria comum, mas a histeria traumática. É ela que traz a noção de trauma por efração. Mais tarde, Freud a denominou sob a forma genérica de neurose traumática, expressão anterior à psicanálise. Exploremos essa categoria nosográfica.

A neurose traumática é um tanto avessa à teoria das neuroses de Freud, voltada para as neuroses de transferência, por isso não foi muito bem tratada em sua obra, salvo a partir da discussão sobre as neuroses de guerra (Freud, 1919) e sobre a modalidade de funcionamento econômico do psiquismo que extrapola o princípio de prazer (Freud, 1920). A teoria psicanalítica priorizou o papel da sexualidade (libido, desejo, pulsão sexual), do infantil, da fantasia, das motivações inconscientes, dos dramas familiares, do conflito psíquico, complexo de Édipo e da castração na neurose. Porém, nada disso parece estar em jogo nas neuroses traumáticas.

Isso se deve ao fato de que nessas neuroses o *evento traumático* ganha destaque. Ele é bem localizável e traz, em sua "essência", um potencial desestruturante. Qualquer pessoa poderia ser vítima, não apenas aquelas que já possuem um desarranjo na economia libidinal ou conflitos psíquicos intensificados, que remontam à infância. Esse é o caso de um acidente ferroviário, ou, nos dias atuais, um sequestro relâmpago. O susto, o contorno bem definido da experiência, a ameaça à vida (no que se inclui a integridade psíquica), permanecem como prerrogativas da neurose traumática.

Assim, a principal diferenciação que podemos fazer entre neuroses traumáticas e neuroses de transferência, é que as primeiras são reações ao perigo de morte, e as segundas, ao perigo representado pelas frustrações da libido. Entretanto, como Freud salientou em 1919, ambas são reações a perigos exteriores ao ego, venham eles de dentro (a libido), venham de fora (acidentes, violências).

Aqui, devemos fazer uma pausa para divagação, pois chegamos a um ponto igualmente nebuloso e interessante. Fica claro, nesse momento, que, falar em trauma, traz à tona um jogo de exterioridades inerente à subjetividade, a saber: o ambiente é exterior ao corpo, que é exterior ao psiquismo, cujas instâncias são exteriores umas às outras. O ego, instância de mediação, poderia ser visto como um ponto nuclear frente ao qual todo o resto é

externo; todos os outros elementos são levados em conta pelo ego na sua diplomacia. Dessa forma, podemos dizer que o trauma, independentemente de sua fonte, é sempre externo (ao ego).

Da mesma maneira, podemos afirmar que o trauma é sempre interno. Afinal, são energias psíquicas que estão em jogo, mesmo que a fonte desencadeadora do seu desarranjo venha originalmente de fora. Assim, o trauma é, simultaneamente, e em qualquer um dos tipos de constelações que ele se insere, sempre interno e sempre externo.

Voltemos agora às neuroses traumáticas. Com o advento da Primeira Guerra, elas voltaram a receber destaque na teoria psicanalítica, forçando uma subdivisão: *neuroses [traumáticas] de guerra* e *neuroses traumáticas em tempos de paz*. No primeiro caso, há um conflito no seio do ego, entre o antigo ego pacífico e o novo ego bélico do indivíduo, o qual parece não enxergar o risco de morte do mesmo modo que o seu duplo. Assim, a neurose traumática aparece como saída, pois, por tornar o indivíduo incapacitado para guerra, faz reinar o antigo ego pacífico, embora com a sequela das lembranças violentas e dos sintomas.

Já a neurose traumática em tempos de paz ocorre "após experiências assustadoras ou graves acidentes, sem qualquer referência a um conflito no ego" (Freud, 1919, p. 225). Nesse mesmo escrito, Freud arrisca que a descoberta da libido narcísica, energia sexual ligada ao ego e que nele encontra satisfação, deve elucidar, em futuras investigações, o modo de funcionamento das neuroses traumáticas. Afinal, a presença de altos níveis de angústia nessa neurose, assim como o medo e a ideia de ruptura ou efração, sugere que alguma desordem na economia narcísica esteja presente.

Um ano mais tarde, Freud elucidou melhor a neurose traumática (de paz), sob novo prisma metapsicológico. Ele retomou suas características de modo mais didático, mostrando suas causas, seu quadro e seu funcionamento psíquico (Freud, 1920). Sua principal causa, como já abordamos, reside no susto decorrente de graves concussões mecânicas, desastres

ferroviários e outros acidentes que colocaram em risco a vida do indivíduo. Seu quadro sintomático muito se aproxima ao da histeria, devido à similaridade dos sintomas motores. Entretanto, na neurose traumática, há maior indisposição subjetiva, debilitamento e perturbação geral nas capacidades mentais do que na histeria. O quadro também se completa pela presença de sonhos recorrentes com a situação do acidente, em que o paciente acorda num susto. Além disso, Freud explora um fator interessante que é o fato de que os ferimentos corporais sofridos operam contra o desenvolvimento da neurose subsequente.

Tudo isso faz sentido quando pensamos na metapsicologia dessa neurose. Freud (1920) expôs, como vimos no capítulo I, que há no psiquismo uma camada cortical protetora contra estímulos, cuja tessitura pode sofrer efração por ocasião de um trauma, por dois motivos interdependentes: o aparelho psíquico encontrava-se despreparado para tal estímulo, por isso o susto; o estímulo é excessivamente intenso. Essa efração que, no meio médico, dizia respeito a uma ruptura cutânea, agora era pensada por Freud em termos de aparelho psíquico.

Esse estímulo, ocupando os domínios do psiquismo, ativa uma função anterior ao princípio de prazer, mais arcaica: dominar a soma de excitação, vinculando-a psiquicamente, ou seja, efetuando ligações. Se o aparelho psíquico não tivesse sido pego de surpresa, haveria uma reserva de energia nos sistemas que primeiro recebem o estímulo, o que facilitaria esse trabalho de ligação. Como não foi assim que se sucedeu, há uma mobilização geral das energias de outras funções e lugares psíquicos, o que explica a indisposição subjetiva e debilitação dessas pessoas. Por sua vez, quando há um dano corporal concomitante ao estímulo traumático, ocorre investimento narcísico da área prejudicada, de forma que a libido narcísica funciona como reserva energética para os sistemas receptores do estímulo (Freud, 1920).

Outra forma de dominar tais estímulos excessivos acontece de forma retroativa, por meio dos sonhos. A angústia despertada nos sonhos das neuroses traumáticas tem a função de alertar sobre o perigo potencialmente traumático por vir, a fim de preparar o aparelho para recepção do estímulo. Obviamente, é um aviso tardio, o trauma já ocorreu; ao mesmo tempo, a contínua repetição do momento do acidente no sonho e da angústia, funciona como tentativa de vincular, compulsivamente, a excitação circundante, para que seja restabelecida a supremacia do princípio de prazer. Quem sabe, na eterna circulação do mesmo, algo diferente se dê.

Outra forma de se olhar para a compulsão à repetição é vê-la não como uma forma de dar sentido à experiência, ou seja, de finalmente ligar a soma de excitação flutuante, mas como um ato sem propósito, que representa a tendência ao desligamento, retorno ao inorgânico, à morte. Seria o lado "demoníaco" do nosso funcionamento, representado pela pura pulsão de morte, pura força, sem representação. Seria uma descarga absoluta, sem mediação simbólica, que reduziria a zero as tensões, sinônimo de morte.

Vemos que as novas formulações de Freud sobre a economia do psiquismo, a partir de 1920, caracterizam, de forma mais completa, o funcionamento da neurose traumática. Assim, pulsão de morte, compulsão à repetição, vinculação das excitações, efração do escudo protetor são elementos conceituais que dão conta da economia mobilizada nas neuroses traumáticas. Já as categorias pertencentes ao registro do conflito entre desejo e recalque, entre autoconservação e sexualidade/agressividade, ou seja, categorias que explicam o funcionamento defensivo do aparelho psíquico, são insuficientes para explicar o quadro de uma neurose traumática.

No caso de uma violência sexual, o quadro se complica um pouco. Parece que falar em uma soma de excitação excessiva a ser sujeitada por meio de um mecanismo anterior ao princípio de prazer exclui, por esse mesmo motivo, o sexual. A libido e a pulsão sexual seriam

elementos mais elaborados do que a intensidade pura, sem representação, em jogo na neurose traumática. Até os sonhos desses pacientes têm outra função que não a de realização de desejos. Quando a violência é sexual, ainda podemos utilizar esse eixo explicativo que prescinde do sexual? Sim. A neurose traumática vai além do princípio de prazer, mas não o exclui. Como Freud apontou repetidas vezes, é quase uma ficção pensar numa pulsão de morte pura, livre da fusão com o sexual (Freud, 1920). As intensidades que rompem o escudo protetor dessas vítimas vêm impregnadas de um sexual destrutivo, inassimilável, que também precisará ser sujeitado e colocado a serviço do princípio de prazer. Esse tipo de sexualidade "muda", "deserotizada", "mortífera", foi explorado por Laplanche sob a denominação de pulsão sexual de morte[12] (1987).

Apesar de a psicanálise ter se moldado por meio do estudo e tratamento das neuroses de transferência, vemos que há quadros que somente o conceito de neurose traumática pode dar conta. De fato, nos dias atuais, o protótipo dessa modalidade de trauma não são os acidentes ferroviários citados por Freud, mas muitas das violências "cotidianas" que envolvem agressão física ou sexual – como assaltos à mão armada, sequestros, estupros – ou mesmo a guerra, ou torturas sofridas por presos políticos. Foi criada, inclusive, uma categoria nosográfica no DSM-IV para dar conta desse quadro clínico, chamada *Transtorno de estresse pós-traumático*. Hoje, o termo neurose traumática estaria em desuso, mesmo para os psicanalistas, embora a gama de significações trazida por ele seja indispensável e atual.

O trauma como efração é, portanto, uma das facetas do trauma que precisa ser considerada pelo psicanalista na sua prática clínica. Faceta mais antiga e mais estereotipada da categoria de trauma: é ela a ser evocada na memória das pessoas quando imaginam um trauma, é a mais popular. Trata-se do trauma por excelência, por ser mais fiel a suas origens médico-psicanalíticas. Por isso, foi ela que apareceu implicitamente no manual diagnóstico

[12] Mesmo quando a vítima sente algum tipo de prazer no abuso sofrido, ainda pode se tratar de uma neurose traumática. O princípio de prazer não exclui, como dissemos, o lado mortífero das excitações que rompem o escudo protetor.

DSM-IV. E é ela que serve como ponto de analogia para as demais significações da noção de trauma.

3.1.2. *Trauma como falta de mediação entre fantasia e realidade*

Essa modalidade de trauma pertence ao domínio das neuroses de transferência – histeria de conversão, histeria de angústia e neurose obsessiva. O papel da fantasia é imprescindível para pensar o trauma nessas afecções, embora cada uma delas apresente diferenças quanto ao tipo de constelação fantasística em jogo.

O que vai dar o peso traumático às vivências são as fantasias recalcadas; por outro lado, são as experiências que vão resgatar tais fantasias, promovendo a conexão entre ideias penosas, anteriormente rompida, o que é acompanhado por um reforço na soma de excitação. Como Freud havia exposto nos *Estudos sobre a Histeria* (1895 [1893-95]), o trauma acontece quando se suspende o isolamento associativo entre a corrente de pensamento vigente e o grupo de representações incompatíveis com o ego, esquecidas.

Vimos, no capítulo I, que, para Freud (1897a, b; 1918 [1914]), as fantasias são baseadas em material verídico, fruto da experiência do indivíduo desde sua infância mais remota (ou ainda da espécie). Os restos de coisas ouvidas e experimentadas formam precipitados de experiências que servem como matéria-prima para as fantasias. Sua intensidade ou valor psíquico reside na força proporcionada pelo desejo, pela libido e pulsão sexual.

Esses enredos imaginários ajudam a dar sentido às experiências, mas, por outro lado, podem imobilizar a plasticidade do psiquismo, tornando-o semelhante a uma vitrola cuja agulha não passa de uma faixa a outra, tocando sempre a mesma música. O represamento da libido, incapaz de se voltar a satisfações no mundo externo, seja por motivos morais ou outros

de ordem mais concreta, contribui para tornar as fantasias onipotentes. Trata-se da conjunção entre frustração (da libido) e fantasia; entre realidade externa e interna, em seus aspectos dolorosos.

As fantasias passam a ganhar maior preponderância na vida do indivíduo que os fatos em si, afundando-o numa dimensão em que não se vê saída. Como nos disse Freud, a neurose é uma estrutura associal:

> A natureza associal das neuroses tem sua origem genética em seu propósito mais fundamental, que é fugir de uma realidade insatisfatória para um mundo mais agradável de fantasia. O mundo real, que é assim evitado pelos neuróticos, acha-se sob a influência da sociedade humana e das instituições coletivamente criadas por ela. Voltar as costas à realidade é, ao mesmo tempo, afastar-se da comunidade dos homens (Freud, 1913 [1912-13], pp. 85-86).

Nesse trecho, Freud mostrou que a fantasia é um lugar mais agradável para se "viver". De fato, satisfações são obtidas na fantasia; o lado problemático é quando apenas ela se mostra como via de satisfação para o sujeito e, também, pela presença simultânea de fantasias penosas. Por exemplo, talvez Dora se entregasse, em suas fantasias inconscientes, ao amor pelo Sr. K, o que não é mau. Entretanto, se ela não o fazia na realidade material, era devido à existência de fantasias punitivas, segundo as quais ela poderia adquirir doenças caso o amasse concretamente. Ao lado do prazer na fantasia, prazer sempre menor se comparado a uma experiência corpórea "real", encontravam-se as motivações nocivas que a fizeram abandonar o prazer na realidade com o outro.

Da mesma forma, se o Homem dos Ratos obtinha prazer ao agredir o pai na fantasia, ou mesmo matá-lo, também lhe era insuportável viver com as fantasias punitivas a esse respeito.

É importante destacar que as fantasias não são traumáticas em si. As impressões infantis primitivas, que lhes servem de substrato, tampouco. Os acidentes, no curso do desenvolvimento psicossexual, também não. O conflito edípico, muito menos. Porém, todos

esses elementos funcionam como precipitados, que podem ser reforçados por experiências posteriores, ampliando sua dimensão. As vivências, impressões e fantasias infantis têm a característica de conservarem intensidade segundo o referencial frágil da criança. Os sofrimentos desse período são mais intensos do que se fossem experimentados na idade adulta. E, mesmo tendo amadurecido, o indivíduo ainda os sente como ameaças, visto que permanecem fora do alcance da consciência, do julgamento lógico. Além disso, cada indivíduo possui constituições diferentes: há aqueles que padecem por muito menos que outros.

Podemos dizer que a ideia de dois tempos na instalação do trauma, que remonta aos primórdios da psicanálise, teria permanecido mesmo com a priorização da fantasia em detrimento do evento pontual. Se, na teoria da sedução, o primeiro tempo do trauma localizava-se numa experiência de sedução na infância, após a sua "queda", continuou a pertencer à infância, mas não sob a forma única de abuso sexual. E, igualmente, haveria um segundo tempo a reativar essas impressões, vivências e fantasias infantis, atribuindo-lhes peso traumático.

Ressalvas devem ser feitas: esse segundo tempo pode ser a própria infância, como exemplificou o caso do Homem dos Lobos; não precisa ser pontual, pode ser a soma de experiências; e o primeiro tempo não é traumático em si, podendo, inclusive, não trazer sofrimento neurótico ao longo da vida. O que se conserva é a estrutura temporal. Nesse sentido, podemos dizer que os acidentes da infância, na maioria das vezes, são preparatórios, mas não causas diretas, do trauma[13]. Isso, inclusive, nos ajuda a fugir de uma relação de causalidade perigosa que se propagou até no senso comum: "sou traumatizado, pois tive um pai ausente na infância", por exemplo. Não é tão simples assim. O pai ausente forma um precipitado na vida, um resto de sofrimento, mas não, necessariamente, um trauma. Nem todo

[13] Com exceção daqueles acontecimentos que se enquadrariam como substrato de uma neurose traumática.

evento que causou sofrimento é trauma. O perigo dessa fórmula causal simplificada é que ela pode aprisionar o sujeito numa posição de vítima. Por não ser possível mudar o passado, pode-se conformar com as vicissitudes e desistir do trabalho de transformação subjetiva. Culpam-se os pais, ou outras pessoas, e não se consegue abandonar esse circuito.

Estamos falando numa conjuntura em que duas realidades – psíquica e externa – se encontram da pior forma possível. É um processo dinâmico, formado pela combinação entre fatores constitucionais – como a adesividade da libido, "fome de amor" (Freud, 1905 [1901], p. 61), amadurecimento precoce, fixações[14] – somados a experiências e impressões infantis, fantasias criadas a partir dessas impressões, e experiências posteriores. A soma, fator já apontado nos *Estudos sobre a histeria* ao se referir ao trauma, atua no sentido de tornar excessivos para o indivíduo elementos que, isoladamente, talvez não o fossem.

Mostramos, no capítulo anterior, como isso aparece nos três grandes casos clínicos de Freud: Dora, Homem dos Ratos e Homem dos Lobos. Agora, acentuaremos as diferenças entre essas matrizes clínicas.

Na histeria de conversão, apresentada no caso Dora, vimos claramente o quanto as frustrações amorosas aparecem como fatores que reativam fantasias recalcadas, infantis, intensificando-as por meio do represamento da libido que não encontra escoamento no mundo externo. Isso se soma a fatores constitucionais, que contribuem para intensificar mais ainda o quadro energético, por meio da adesividade da libido e da alta demanda de satisfação necessária para a pessoa. O superinvestimento das fantasias, de modo inegociável, estático, pode ter efeitos maléficos para aqueles cujo funcionamento psíquico já era fragilizado. Relembrando uma afirmação de Freud, citada no capítulo I, "quando as fantasias se tornam

[14] Podemos questionar se de fato esses fatores são constitucionais, visto que eles estão estreitamente vinculados às experiências precoces do indivíduo, sem as quais não seriam capazes de se firmar. Trata-se de um ponto controverso, inclusive na própria obra freudiana, na qual notamos uma dificuldade em delimitar teoricamente as fronteiras entre o constitucional e o adquirido na estruturação psíquica do indivíduo.

exageradamente profusas e poderosas, estão assentes as condições para o desencadeamento da neurose ou da psicose." (Freud, 1908 [1907], p. 139).

Assim, um fato, muitas vezes de comum ocorrência entre as pessoas, dispara algo que já era frágil – eis o trauma. No caso Dora, esses fatos centraram-se na sedução sofrida pela moça e na traição amorosa efetuada pelo pai e pelo Sr. K, homens casados (Freud, 1905 [1901]). Diante desses fatos, Dora tentou não se afastar da realidade, clamando justiça. Foi invalidada em suas verdades, restando-lhe a fantasia. Essas frustrações envolviam o afeto do amor (ancorado na sexualidade), que não pôde ser direcionado para os personagens dessa trama, todos envolvidos em seus jogos de sedução e absorvidos em seus próprios interesses.

Na histeria de angústia, o que aparece como diferencial é a angústia de castração. O modelo é o medo da punição paterna, a castração, devido à expectativa de realização de desejos com a mãe – é isso que aparece no caso do pequeno Hans[15] (Freud, 1909b). O excesso energético envolvido nas fantasias não se transforma em sintoma conversivo, mas num sintoma fóbico. Nessa modalidade de histeria, a descarga de angústia testemunha mais claramente o excesso de intensidades em jogo.

Não podemos dizer, contudo, que toda fobia é sinal de um trauma. Muito comum é encontrarmos pequenas fobias em qualquer pessoa. Estamos aqui nos referindo a sofrimentos incapacitantes, às configurações neuróticas que passam a controlar a vida do indivíduo, paralisando-o em importantes esferas da sua vida, afastando-o do mundo.

Quanto à neurose obsessiva, o afeto do ódio, se comparado aos demais, sobressai nas fantasias. Ele é represado no inconsciente, e, como nos diz Freud, "o ódio, protegido do perigo de ser destruído pelas operações do consciente, é capaz de persistir e, até mesmo, de crescer." (Freud, 1909a, p. 207). As fantasias, já intensas, se tornam traumáticas quando um dado da realidade factual vem ao seu encontro: no caso do Homem dos Ratos, o castigo

[15] Não tratamos esse caso no capítulo anterior, por dois motivos: Hans não foi atendido diretamente por Freud, mas pelo seu próprio pai, sob supervisão daquele; e por se tratar de uma forma histeria, já trabalhada por meio do caso Dora.

poderoso na infância e a morte do pai, já na vida adulta, contribuíram para transtornar uma constelação fantasiosa problemática e um psiquismo já fragilizado, desorganizando-o, além do que foi possível manejar. Até o relato de um castigo corporal, efetuado com ratos, serviu como fator traumatogênico, por incidir no núcleo de fantasias agressivas que já concentrava grandes cargas energéticas.

O fato de o obsessivo não admitir a expressão, ou mesmo a simples presença da agressividade e do ódio, faz com que tais intensidades sejam direcionadas ao próprio ego, formando um complexo de raiva e culpa. As autorrecriminações atestam a tentativa de descarga desse excesso afetivo, mas que apenas é retroalimentado, sempre retornando ao ego e nunca esgotando seu alcance.

Vemos, portanto, que as fantasias odiosas represadas, relacionadas a uma série de acontecimentos que as confirmam ou alimentam, são capazes de formar uma constelação traumática. A mera existência de tais fantasias não é suficiente para desencadear o trauma, mas sim a falta de mediação possível entre elas e a realidade externa, formando uma espécie de “pesadelo acordado”.

Para visualizarmos em que pontos as neuroses de transferência se diferenciam das demais configurações psicopatológicas, em termos de trauma, devemos ter em vista, portanto, o choque entre fantasia e realidade factual. Isso se dá quando objetos, ações ou acontecimentos, sejam eles aparentemente banais ou não, entram em consonância com fantasias existentes, potencializando as intensidades das pulsões e das fantasias. Podem ser frustrações no campo amoroso/sexual, que impedem o movimento desejante em direção aos objetos externos, de modo que o investimento libidinal fica represado nas fantasias e estas passam a entrar em regime de oposição com as exigências da realidade, como vimos na histeria; pode se tratar ainda de fantasias de punição e castração, que encontram ressonância em indícios da realidade, circunscrevendo o campo de ação do indivíduo, como numa histeria

de angústia com sintomas fóbicos; podem ser fantasias agressivas, que acabam encontrando confirmação no mundo, o que as reveste de peso traumático, tamanha a culpa, como vimos no caso da neurose obsessiva.

3.1.3. *Trauma como falha primitiva*

Essa modalidade de trauma foi mais bem trabalhada pelos autores pós-freudianos, como Winnicott, Klein, Balint e Kohut, embora já mostrasse suas raízes em Freud e tenha sido explorada por seu discípulo, Ferenczi. Esse é o campo vasto das afecções narcísicas, entre as quais encontramos a melancolia (afecção que se próxima da atual depressão), as psicoses, os casos fronteiriços, entre outras configurações narcísicas problemáticas, como as personalidades narcísicas descritas por Kohut (1988 [1971]).

O conceito freudiano de narcisismo foi primordial para esse enfoque. Ele já aparecia, timidamente, no caso do presidente Schreber (Freud, 1911a), que sofria de paranoia.

A paranoia é, para Freud, uma defesa contra desejos homossexuais, o que afirma a primazia da sexualidade, já constituída em relação às neuroses, também na psicose. A homossexualidade estaria relacionada à fase do desenvolvimento libidinal chamada de narcisismo, em que o ego toma a si próprio, seu corpo, como objeto amoroso. Na transição entre narcisismo, aqui chamado de primário, e amor objetal, há a escolha de um objeto que tenha o mesmo tipo de genitais que o indivíduo, configurando uma escolha homossexual, depois passando à heterossexualidade. O paranoico estaria fixado nesta fase entre o narcisismo e a homossexualidade. Assim, tanto uma frustração sofrida pelo indivíduo, como a intensificação geral da libido faz com que esta irrompa neste ponto mais fraco de seu desenvolvimento.

Com a ajuda dos conhecimentos de Jung sobre a esquizofrenia, Freud também localizou, nesta afecção, o desligamento libidinal da realidade e seu retorno ao ego. Entretanto, na tentativa de restabelecer laços com o mundo externo, o esquizofrênico não emprega prioritariamente a projeção, como o paranoico, mas um mecanismo alucinatório. Outra diferença diz respeito à fixação que, no esquizofrênico, remeteria ao completo abandono do amor objetal e retorno ao autoerotismo (Freud, 1911a).

Quanto ao estádio de narcisismo infantil, Freud mostrou que só é possível à criança tomar o próprio ego como objeto de amor se ele estiver minimamente desenvolvido (Freud, 1914c). Isto acontece pela atribuição à criança, por parte dos pais, da onipotência, de uma imagem totalizada que unifica a fragmentação autoerótica (Birman, 1988a). A relação com o outro aparece como processo fundamental e estruturante no desenvolvimento do indivíduo. Importante não confundir esta relação de objeto com a escolha de objeto, que será apenas posteriormente efetuada.

No narcisismo infantil, o ego coincide com o que é agradável e o mundo externo com o que é indiferente, configurando o que Freud chamou de *ego-realidade*, por distinguir o interno e o externo por meio desse critério objetivo (Freud, 1915a). Devido às necessidades de autopreservação, o ego da criança introjeta objetos externos, aqueles responsáveis por seu cuidado e que, portanto, constituem fontes de prazer; ao mesmo tempo, expele o que lhe é desagradável, os estímulos pulsionais. A criança isola uma parte de seu próprio ego e a projeta no mundo externo, que se torna hostil. Esse é o *ego-prazer*, que coloca a característica do prazer acima das outras.

Assim, Freud dá pistas quanto ao desenvolvimento narcísico do indivíduo, por meio das categorias de ego-prazer e ego-realidade e por meio de uma fase chamada de narcisismo primário, posterior à fragmentação autoerótica, e anterior à escolha objetal. Falhas nessa fase do narcisismo, somadas a posteriores frustrações, podem levar às afecções narcísicas. Nos

dizeres de Freud: “A diferença entre as afecções parafrênicas [psicoses] e as neuroses de transferência parece-me estar na circunstância de que, nas primeiras, a libido liberada pela frustração não permanece ligada a objetos na fantasia, mas se retira para o ego.” (Freud, 1914c, p. 93).

Sob a luz da segunda tópica, Freud procurou entender o conflito subjacente às psicoses e o motivo que ocasionaria o desligamento libidinal da realidade externa. Enquanto, nas neuroses de transferência, o ego cede às pressões morais e ideais do superego e da realidade externa, voltando-se contra as exigências do id, nas psicoses, o ego se deixa “derrotar” pelo id, por ser frágil, sendo, então, a realidade externa, sua inimiga. Assim, cortam-se os laços com o mundo exterior. O motivo de tal ação drástica é “alguma frustração muito séria de um desejo, por parte da realidade – frustração que parece intolerável.” (Freud, 1924 [1923], p. 168).

Vimos anteriormente a vinculação entre trauma e frustração. Também já vimos que o trauma supõe a presença do intolerável. Logo, sentimos a presença de algo da ordem do traumático nas psicoses, algo tão mais evidente por destacar o papel massivo e patogênico da realidade externa. Da mesma forma em que, na neurose traumática, o trauma decorre da invasão da realidade externa, vivida em seu aspecto absoluto e inegociável, provocando uma efração no aparelho psíquico, nas psicoses, a realidade também aparece com semelhante peso. A diferença é que nas últimas o peso se dá pela conjunção entre uma fragilidade narcísica importante – que compromete a mediação eficaz do ego, a simbolização – e um evento vivenciado como altamente desestabilizador. O resultado é a quebra narcísica, podendo culminar na fragmentação autoerótica.

No que concerne à melancolia, mais uma integrante do campo das afecções narcísicas, Freud defende uma “regressão do investimento objetal para a fase oral ainda narcisista da libido” (Freud, 1917 [1915], p. 255). Prova disso é a identificação e a incorporação como

mecanismos primitivos de escolha objetal que marcam a base narcisista das escolhas amorosas do melancólico, cuja perda pode desencadear o processo de retorno da libido ao ego, e não às representações do objeto, como no luto. A abordagem freudiana da melancolia sugere, também, que existem falhas, nos domínios do narcisismo, da constituição egoica, fator de base para que futuras experiências possam se tornar traumáticas. A perda do objeto narcisicamente investido, ou do seu amor, seria o protótipo desse tipo de experiência.

O caso clínico do Homem dos Lobos, apesar de ter sido tratado por Freud como um caso de neurose de transferência - e o fato de ele ter se concentrado apenas na neurose infantil pode ser o motivo pelo qual uma possível afecção narcísica adulta não tenha sido considerada – pode ser visto como um caso em que falhas narcísicas graves estavam presentes. Afinal, após o tratamento, o paciente apresentou crises de caráter paranoico, que Freud atribuiu a resíduos de transferência não trabalhados ao fim da análise. Outro indício foram os acessos de depressão que o paciente havia tido antes de procurar tratamento – a depressão aponta para um esvaziamento do ego, para o campo do narcisismo. Ainda temos outra pista, desconsiderada abertamente por Freud: o diagnóstico de psicose maníaco-depressiva que Kraepelin atribuiu ao paciente (Roudinesco & Plon, 1998), mais um tipo de quadro que habita as afecções narcísicas.

A mãe ausente, que narcisicamente parecia se preocupar apenas com seu próprio corpo; o pai severamente deprimido, que se suicidou; a irmã sedutora e igualmente suicida: tal configuração familiar revela algo muito além dos romances familiares, do triângulo edípico, do conflito entre desejo e proibição. Não que tais elementos estejam ausentes – Freud mostrou sua presença na neurose infantil do paciente –, mas os fatos apontam para um ambiente pouco acolhedor e pouco estruturante, marcado por pais narcísicos; um ambiente, portanto, potencialmente traumatizante.

Além disso, a presença, nesse caso, da ação da pulsão de morte, materializada nas compulsões à repetição, passagens ao ato e postura masoquista de Serguei nos leva a pensar na falta de mediação simbólica que pudesse vincular essas pulsões. Tal mediação é possibilitada por meio da relação com o outro, capaz de fornecer ferramentas simbólicas para o sujeito, e estruturar o ego. Se essa mediação falhou na historia de Serguei, isso aponta para uma falha na sua constituição narcísica.

Assim, apesar de Freud ter se concentrado na neurose infantil do paciente para compreensão do trauma, destacando o papel das fantasias e cenas originárias, da passividade feminina assumida pelo paciente, do temor de castração e da sedução, é possível perceber que há algo mais primitivo em jogo nesse caso, o que o diferencia dos outros casos estudados. Isso, por sua vez, não anula a presença das fobias e sintomas obsessivos do paciente na infância. O próprio Freud já havia percebido a possibilidade de conjunção entre afecções narcísicas e neuroses de transferência (Freud, 1914c, p. 93).

O trauma, como falha narcísica, apesar de não ser uma postulação propriamente freudiana, é-nos essencial para se pensar a clínica psicanalítica. Como afirmamos, em outro momento, Ferenczi pôde, por meio da interlocução com os achados freudianos e da sua própria experiência clínica, teorizar sobre esse tipo de trauma precoce em que o sujeito é abandonado em sua própria incapacidade de simbolização, por ser desmentido na sua experiência de sofrimento. E o caso do Homem dos Lobos, sem dúvida, foi importante como ponto de abertura para esse campo.

* * * * *

Defendemos que o trauma remete à(s) experiência(s) que acomete(m) o sujeito transtornando seu funcionamento psíquico de forma desestruturante. Nas neuroses de

transferência, o evento em si não tem tanta força, mas não se pode desmerecê-lo – ele precisa ocorrer. Além disso, os alicerces da neurose, os componentes constitucionais, precisam estar presentes. O trauma não é definido apenas pela amplitude do evento: este é somado ao aparelho psíquico de quem o vivencia. Na neurose traumática, o acontecimento já é uma catástrofe, de modo que dificilmente o indivíduo, por mais saudável que seja, escapa aos seus efeitos. Na neurose de transferência, algo adquire "valor traumático" pelo *background* que o acolhe. Em ambos os casos, entretanto, há conjunção de fatores internos e externos. Como falamos anteriormente, todo trauma é, ao mesmo tempo, externo e interno.

As particularidades do indivíduo pesam mais para o desfecho traumático nas neuroses de transferência do que nas neuroses traumáticas: é mais fácil visualizar, nas primeiras, o fato de que o traumático para uma pessoa, pode não ser para outra. A fragilidade constitucional se destaca.

Nesse sentido, quando Freud diz, em *Análise Terminável e Interminável* (1937a), que os casos de etiologia traumática são mais favoráveis à análise, está afirmando apenas que é mais fácil dar conta da reação do indivíduo ao acontecimento transbordante do que modificar todo o funcionamento psíquico daquela pessoa – a força do id e as alterações no ego. É mais favorável diminuir a força do evento, com a ajuda da estruturação psíquica prévia do paciente, do que dar conta de toda uma "história de sofrimentos" (Breuer & Freud, 1895 [1893-95], p. 42), característica das neuroses de transferência e das afecções narcísicas.

Outro ponto a ser considerado é que as psiconeuroses são frutos de um processamento do trauma, sintomatizando-o, sem sacrificar a integridade egoica. Nas palavras de Uchitel (2001, p. 78).

> Toda neurose, como vimos, contém no seu interior traumas, e o impacto de um trauma pode dar ou não passagem a uma neurose. Mas quando o trauma é capaz de desencadear uma neurose, poderíamos pensar que estamos em presença da elaboração do trauma, em que já foi possível representar, escrever, recalcar [...].

Nas neuroses clássicas, há uma inscrição das experiências traumáticas no psiquismo, sob a forma de traços mnêmicos. Os sintomas já são símbolos dessas experiências. Mas nem todo trauma dá passagem a uma elaboração pela neurose – pode enveredar-se pelo campo vazio das afecções narcísicas e das neuroses traumáticas. As duas carecem da mediação simbólica que, bem ou mal, é efetuada pelas fantasias neuróticas e pelos recursos do ego. Em ambas, o ego está fragilizado seja devido a uma constituição narcísica frágil (afecções narcísicas), seja por estar esvaziado de energia, concentrada maciçamente nos arredores da ruptura sofrida pelo estímulo traumático (neuroses traumáticas). A vinculação energética não ocorre suficientemente com os próprios recursos e o trauma não consegue ser minimamente elaborado.

A diferenciação entre *impressão* e *traço mnêmico* mostra-se útil nesse contexto. Segundo Lejarraga (1996, p. 78), "a noção de impressão alude ao rastro desse processo energético, à marca do fluxo de excitações mobilizadas pelo processo perceptivo". As impressões são marcas energéticas, não podendo trazer ou produzir a lembrança do acontecimento vivido: elas apenas assinalam "a existência de um processo excitatório, indicando ao mesmo tempo a não-representação" (Lejarraga, 1996, p. 78). Já o traço mnêmico corresponde ao elemento que, combinado a outros, constitui memória. Ele implica inscrição, representação, enquanto a impressão em si não se inscreve no inconsciente (Maia, 2003).

Nas neuroses de transferência, as experiências e impressões se inscreveram no psiquismo por meio de traços mnêmicos, passíveis de combinar-se e formar memória representacional. Já nas afecções narcísicas e neuroses traumáticas, as impressões formam marcas sensíveis, formadas não por representações, mas pelos rastros do excesso energético (Uchitel, 2001). Importante ressaltar que lembrar é diferente de processar psiquicamente a experiência; assim, o sujeito que foi vítima de um perigo de morte – por exemplo, uma violência grave – lembra-se de tudo que sofreu, até nos sonhos, característica das neuroses

traumáticas. Entretanto, as intensidades correspondentes ao evento não são devidamente vinculadas psiquicamente, de modo que a experiência é pura imagem, muda, sem sentido. “O evento traumático impressiona, imprime, inscreve, mas não simboliza. Sobrevive como marca perceptiva sem palavra e simbolização, isolado do resto das representações, das cadeias associativas.” (Uchitel, 2001, p. 75).

Nas afecções narcísicas, por sua vez, podem aparecer marcas tão primitivas que não conseguem vir acompanhadas de lembranças. Trata-se de impressões infantis que não chegaram a originar traços mnêmicos. O caso do Homem dos Lobos é um exemplo da ação traumática desses tipos de experiências primitivas que não se inscreveram no psiquismo.

Devemos ressaltar que, mesmo nas neuroses de transferência, pode haver traumas não elaborados sintomaticamente e que podem forçar sua entrada no simbólico, sua inscrição, por meio de repetições compulsivas ou passagens ao ato. Em se tratando da complexidade e da singularidade da vida psíquica, é difícil separar as categorias de forma absoluta. Apenas nos permitimos categorizar por motivos didáticos, a fim de obtermos uma visão geral dos quadros traumáticos que nos norteie na prática clínica. Experiências que se inscreveram e foram minimamente simbolizadas, e aquelas que não se inscreveram, exigem diferentes posturas por parte do analista. É isso que vamos ver agora, partindo, como sempre, de Freud.

3.2. Dispositivos teórico-clínicos na abordagem do trauma

Aqui trataremos do segundo grupo de consequências clínicas que a exploração das noções de trauma em Freud trouxe: os dispositivos teórico-clínicos utilizados na prática analítica. Ao longo da obra freudiana, podemos visualizar a introdução de novos conceitos, para dar conta da situação clínica, vinculados a concepções que priorizam o fator econômico

em jogo no sofrimento, e bem sabemos que o trauma possui uma conotação majoritariamente econômica, como nos afirmou o próprio Freud (Freud, 1917 [1916-17]a).

As noções de elaboração, construção e fortalecimento do ego surgem para dar conta do fator econômico na clínica e serão abordadas, a seguir. Ao final, discutiremos a mudança de posicionamento de Freud em relação ao papel do psicanalista.

3.2.1. Elaboração

O método psicanalítico se consolidou a partir do destaque dado à interpretação e à associação livre, ancoradas, sobretudo, nos referenciais metapsicológicos tópico e dinâmico: a divisão consciência, pré-consciente e inconsciente; e a ideia de conflito psíquico, respectivamente. O papel dos processos econômicos sempre esteve presente, mas ganhou notável destaque a partir de 1920, com o novo dualismo pulsional, que supunha uma pura intensidade: a pulsão de morte.

Se acompanharmos a obra freudiana, vemos que há um modelo clínico fortemente centrado no campo representacional. Apesar de Freud sempre explorar os aspectos econômicos envolvidos no adoecimento, eles eram mais visíveis, clinicamente, no método catártico, cujo objetivo era a descarga dos afetos represados, por meio da rememoração ou revivência de experiências esquecidas (Breuer & Freud, 1895 [1893-95]). Com o abandono desse método e a adoção da associação livre, com a contrapartida da interpretação, o campo representacional foi ao centro da cena: as lembranças, fantasias, os sonhos, devaneios e pensamentos. O objetivo era tornar consciente o que estava inconsciente e unir as representações inconscientes aos afetos correspondentes, ambos separados pela operação do recalque.

Mas havia algo mais que “incomodava”, que escapava a esse esquema e que aparecia, sobretudo, na relação transferencial: a força pulsional. Essa eterna repetição do mesmo, sob a forma de ato, e não de fala, revelava a existência de um circuito pulsional que impelia repetidamente o indivíduo para ação. Essa força mostrou a Freud que aparecia na clínica algo além das palavras, e que precisava ser equacionado. O manejo da transferência daria conta disso, ao lado da interpretação, mas faltava algo mais. Muitas vezes, os pacientes pareciam não avançar na análise e os esforços do analista aparentavam ser em vão (Freud, 1914a). Tornar consciente o inconsciente não estava minimizando o sofrimento neurótico e, então, um novo dispositivo clínico teve de ser nomeado: a elaboração.

Trazer à tona conteúdos recalcados não é suficiente quando se fala em trauma. Pode-se lembrar de acontecimentos desencadeantes de uma constelação traumática, mas o excesso subjacente esteja ele circulando sob moldes que sobrepujam o princípio de prazer, esteja ele superinvestido em fantasias que se tornaram traumáticas, nem sempre consegue um destino favorável. Ele pode emergir e ser incorretamente ligado; pode aparecer dirigido ao analista; pode passar ao ato; pode efetuar repetições compulsivas.

Como nos diz Freud em *Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica* (1919 [1918]), a análise efetuada na clínica é um processo de divisão, separação de elementos, possibilitado pelo corte interpretativo. Essa quebra é condição para a nova combinação dos elementos, uma que não mais proporcione sofrimento neurótico. No entanto, esse movimento de síntese é efetuado unicamente pelo analisando, devendo o analista permanecer em abstinência, ou seja, não direcionar as escolhas do paciente segundo seus critérios e valores. Confia-se, assim, inteiramente na capacidade de síntese do analisando.

Entretanto, a energia liberada pela quebra da rigidez sintomática nem sempre segue o melhor curso, podendo originar uma doença orgânica, dirigir-se a uma escolha amorosa infeliz, ou voltar-se ao analista, como exemplificou Freud (1919 [1918]).

A noção de elaboração psíquica pode ajudar a dar uma resposta a essas questões. Se a emergência de lembranças e fantasias ajuda a elucidar e compreender muitos elementos do adoecimento, a elaboração daria conta da efetiva redistribuição de energia, da colocação, numa rede associativa, do excesso subjacente ao trauma. Trata-se do "trabalho realizado pelo aparelho psíquico com o fim de dominar as excitações que chegam até ele e cuja acumulação corre o risco de ser patogênica." (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 144).

Nos primórdios da psicanálise, Breuer e Freud defendiam que duas operações poderiam esmaecer o trauma na histeria: a ab-reação e a integração da experiência numa cadeia associativa ("elaboração associativa") (Breuer & Freud, 1895 [1893-95], p. 47). Não só as cotas excessivas de afeto poderiam ser finalmente externalizadas pela ab-reação, como se distribuir melhor pela cadeia representacional, de modo que certas ideias, lembranças (e, mais tarde na obra freudiana, fantasias), não concentrassem em si quantidades absurdas de afeto. Tal redistribuição seria a elaboração, que daria conta da liquidação progressiva do trauma.

Mais tarde, em 1914, Freud relacionou a tarefa da elaboração com a da ab-reação: "De um ponto de vista teórico, pode-se correlacioná-la com a 'ab-reação' das cotas de afeto estranguladas pela repressão — uma ab-reação sem a qual o tratamento hipnótico permanecia ineficaz." (Freud, 1914a).

Interessante que justamente as duas operações, que procuram dissolver a configuração traumática, a ab-reação e a entrada em uma cadeia associativa, encontram-se nas definições de elaboração. A elaboração seria um trabalho silencioso, análogo à ab-reação não no sentido da descarga motora de afetos, mas no sentido funcional, de diluição das somas de excitação. Afinal, a descarga afetiva pode ocorrer sem que a experiência traumática seja elaborada psiquicamente. E foi justamente isso que Freud percebeu quando utilizava o método catártico: faltava uma nova operação psíquica, mais duradoura, que desmanchasse a neurose; a ab-reação não era suficiente a longo prazo.

Assim, para dar conta da dissolução de uma constelação traumática, é preciso não só recordar as experiências correlatas e quebrar a rigidez defensiva por meio da interpretação, como também esperar a elaboração acontecer, o que resulta num novo arranjo das intensidades e representações no psiquismo. Freud havia previsto, na clínica, a rememoração, a interpretação, o manejo da transferência, mas era preciso trazer à luz mais um dispositivo clínico para dar conta das operações psíquicas que operam silenciosamente no sentido de desfazer o trauma: a elaboração.

Ela nos lembra o movimento de síntese que sucede à análise (Freud, 1919 [1918]): ambos são processos que envolvem trabalho psíquico. Entretanto, a elaboração depende de certo manejo clínico, ao que Kupermann (2010) chamou de dimensão estética da clínica: a preocupação com o tempo, o ritmo de trabalho de cada analisando, a paciência do analista. Isto implica a "disponibilidade do psicanalista para se fazer presente no plano de afetação que se estabelece no *setting*, e que configura a 'parte do trabalho que efetua as maiores mudanças no paciente' (Freud, 1914[a], p. 203)." (Kupermann, 2010, p. 10).

Se, no processo de síntese, que ocorre após o corte da interpretação, é imprescindível a presença de um ego estruturado o suficiente para operá-la, na elaboração, por sua vez, há abertura para incluir a "presença sensível" do analista, que pode ajudar aqueles pacientes narcisicamente fragilizados a elaborar psiquicamente seu sofrimento traumático, visto não terem o ego suficientemente fortalecido para tal.

Se pensarmos na neurose traumática, vemos que é insuficiente, do ponto de vista econômico, a lembrança dos eventos e a ab-reação dos afetos – eles já lembram demais das cenas traumatizantes e já produzem grandes descargas afetivas. É a elaboração o dispositivo que pode dar conta do excesso de intensidades flutuantes, vinculando-as.

Também nas neuroses de transferência, é a elaboração que permite ir além da síntese dos elementos separados por análise, uma vez que a síntese pode se dar apressadamente,

numa espécie de vinculação emergencial que nem sempre consiste no melhor destino para a libido livre – como quando se escolhe um parceiro qualquer simplesmente para vincular uma demanda de amor. A elaboração das resistências sinalizadas pelo analista permite que o indivíduo passe da recusa ou da aceitação puramente intelectual de uma interpretação para uma convicção do poder dos impulsos recalcados (Freud, 1914a). Assim, é possível libertar-se da influência de mecanismos repetitivos, pelos quais extravasam as experiências traumáticas. O excesso energético represado em fantasias, que ganharam contornos traumáticos pela conjunção com experiências de vida, pode ser assim equacionado, o que não é possível apenas pela simples lembrança ou pela repetição transferencial.

O conceito de elaboração, portanto, atesta a necessidade de se abarcar fenômenos clínicos que vão além do alcance da interpretação. Trata-se de dar um destino ao que escapa ao inteligível, àquilo que irrompe, que é reticente: a constelação traumática e o problema econômico que traz consigo.

3.2.2. Construção

A construção como dispositivo clínico passou a ser mais bem explorada por Freud a partir do caso clínico do Homem dos Lobos. Como já vimos no capítulo anterior, esse caso traz mais diretamente a questão do trauma, relacionado, sobretudo, ao funcionamento arcaico do psiquismo: fantasias originárias, cena primária, restos de experiências que, por serem primitivas, apareceram nos sonhos no paciente, e não diretamente como lembrança.

A construção é um dispositivo utilizado pelo analista justamente para dar conta dessas lacunas na memória que não podem ser supridas apenas pelo levantamento da barreira do recalque. Desse modo, a construção vai além da interpretação, por criar um conteúdo, uma narrativa, e não apenas desvendar o que está latente. Podemos argumentar que toda

interpretação é, de certa forma, uma construção, pois não existiria um conteúdo inconsciente irredutível, prontamente à espera da intervenção do analista. Nesse sentido, Freud realiza uma diferenciação didática entre os dois termos em *Construções em análise* (1937b):

> "Interpretação" aplica-se a algo que se faz a algum elemento isolado do material, tal como uma associação ou um ato falho. Trata-se de uma "construção", porém, quando se põe perante o sujeito da análise um fragmento de sua história primitiva, que ele esqueceu [...] (Freud, 1937b, p.279).

Daqui podemos depreender que há uma diferença em termos de quantidade de material oferecido pelo analista ao paciente: a interpretação refere-se a elementos isolados e a construção à elaboração de uma narrativa ampliada, o que supõe maior quantidade de material. Ambos os processos visam, em tese, à emergência de lembranças, o que muitas vezes não ocorre. Contudo, se a análise for corretamente realizada, o paciente pode demonstrar uma *convicção* sobre a verdade da construção, alcançando, assim, o mesmo resultado terapêutico de uma lembrança recordada (Freud, 1937b).

Tal convicção, é importante frisar, é proveniente não da inteligibilidade que a construção do analista possa ter, mas das intensidades que ela mobiliza. E é essa mobilização de intensidades, somada à oferta de material simbólico (o conteúdo da construção), que pode dar início a um processo de elaboração de algo que havia permanecido indiferenciado, como marca cravada no inconsciente. Aqui, a ideia de impressão, já trabalhada anteriormente, nos ajuda a entender como a construção pode alcançar núcleos traumáticos no psiquismo que não puderam surgir como lembranças.

É no caso do Homem dos Lobos que Freud discute se a análise é capaz de trazer à tona impressões infantis primitivas, como a da cena primária que teria sido vista por Serguei (Freud, 1918 [1914]). Ele aponta a construção como forma de o analista conseguir se aproximar da verdade da experiência, já que a lembrança se torna inacessível, devido à precocidade das impressões. O sonho com lobos, por exemplo, serviu como uma forma de

fazer emergir essas impressões infantis e foi a partir dele que Freud pôde realizar a construção de que o rapaz teria assistido à relação sexual dos pais quando contava com um ano e meio de idade.

Interessante Freud não ter utilizado o termo “interpretação” nesse contexto. Parece que há uma diferenciação sutil entre interpretação e construção também em termos qualitativos, do ponto de vista do substrato último que embasa a fala do analista. A interpretação se basearia em representações, traços mnêmicos que foram inscritos e que podem ser recombinados e trazidos à luz da consciência. Já a construção parece estar ligada ao que não foi devidamente inscrito, por ter ocorrido em período tão arcaico que pouco poderia se conservar das percepções, a não ser sua marca sensível. Por isso, a necessidade de o analista construir a experiência e não apenas desenterrá-la como um arqueólogo.

Assim, parece-nos que a construção está para as impressões primitivas como a interpretação está para as lembranças e fantasias recalcadas. Tais impressões constituem uma forma arcaica de retenção da experiência, marcada, sobretudo, pelo seu caráter econômico. Elas marcam o psiquismo pela sua intensidade e, como sabemos que todo excesso incomoda a constância do aparelho psíquico, o recalque primevo é ativado. Esse tipo de recalque, que precede a incidência do recalque propriamente dito (ou secundário), age de acordo com fatores eminentemente econômicos (Freud, 1915b), visto que o conteúdo ideacional não foi processado conscientemente, não formou uma lembrança. Tudo ocorre nos domínios inconscientes, sem que a impressão tenha passado pela consciência para depois ser recalcada.

Assim, as marcas do excesso de uma experiência vivida permanecem nas impressões primitivas infantis, a serem construídas na análise, formando uma espécie de lembrança *a posteriori*. Essas impressões permanecem em sua forma bruta, sem poderem entrar numa cadeia associativa e diluírem sua intensidade. Dessa forma, constituem alicerces importantes

para o trauma, formando um núcleo sensível que pode intensificar experiências análogas posteriores, como aconteceu com o Homem dos Lobos.

A construção é, então, um dispositivo clínico importante para se alcançar esses substratos arcaicos, que se encontram à sombra do trauma, e que são inacessíveis à interpretação.

Apesar de Freud, no texto de 1937, dedicado à construção, efetuar uma diferenciação mais didática entre esse dispositivo e a interpretação, no escrito do Homem dos Lobos ele parece relacionar a construção a um trabalho que consegue alcançar experiências pré-verbais, marcadas pela sua intensidade. Essa concepção nos é interessante porque muitos tipos de constelações traumáticas têm seu substrato último localizado justamente nesse período arcaico. É o caso das afecções narcísicas, por exemplo, em que a relação mãe-bebê apresentou perturbações, ou mesmo o caso de uma neurose de transferência, cujos rastros podem remontar a experiências primitivas. Também o evento catastrófico da neurose traumática, mesmo se não remontar a épocas arcaicas, é primitivo em termos de falta de simbolização: se inscreve como memória perceptiva, mas é reticente à entrada numa cadeia simbólica, à palavra[16]. Deve ser construído pelas palavras no analista, portanto.

Já que trauma sempre envolve experiências que aportaram ao psiquismo um excesso energético incapaz de ser devidamente equacionado, temos, nas impressões, as marcas desse excesso e, na construção oferecida pelo analista, a possibilidade de ativar essas marcas, o que é sentido como doloroso para o paciente, mas que se mostra a única possibilidade de dar um destino simbólico a esse excesso. Se a narrativa construída pelo analista fizer sentido para o paciente, ele a adotará como verdade para si, podendo, assim, diluir o excesso energético numa cadeia associativa.

[16] Não temos o intuito de esgotarmos a problemática que envolve memória, inscrição e trauma, visto que extrapola os limites deste trabalho. Remetemos o leitor, então, ao trabalho de F. Knobloch (1998), *O tempo do traumático*.

3.2.3. A importância do fortalecimento do ego

Quando pesquisamos o trauma em Freud, a dimensão quantitativa, em termos de funcionamento econômico, tende a sobressair. Entretanto, ao final da sua obra, quando o ego ganha destaque na teoria, vemos que ele passa a considerar o papel das alterações do ego na etiologia da neurose (Freud, 1937a). Isso não significa que ele desconsidera a ênfase quantitativa, pulsional, ao abordar o trauma; porém, a força ou a fraqueza do ego passa a ser, também, decisiva no destino dado ao excesso de intensidades no psiquismo. Haverá casos em que a força do id é excessivamente intensa por si mesma, de modo que o ego, mesmo sendo forte, não dará conta; e haverá casos em que o ego já é tão frágil em sua constituição que as pulsões não precisam "pulsar" tão intensamente para serem vistas como desestruturantes, potencialmente traumáticas.

Já nos anos 1910, Freud efetuou uma separação entre as fases de desenvolvimento psicossexual (Freud, 1905) e as fases de desenvolvimento do ego (Freud, 1911b, 1915a), distinguindo o ego-prazer do ego-realidade, vinculando-os à relação com o outro. O narcisismo aparece como fenômeno de ordem estrutural (Freud, 1914c), cujas fixações e perturbações podem dar origem às ditas afecções narcísicas, como as psicoses e a melancolia.

Pelas vicissitudes da formação egoica, um fator qualitativo pode ser entrevisto na obra freudiana, ainda que timidamente, ao se pensar o trauma. Estudiosos como Ferenczi e Winnicott tendem a priorizar esse fator, remetendo-o à falta de constituição de uma base narcísica que propicie um sentimento de continuidade e segurança interna. Ferenczi, por exemplo, traz o problema da confusão de línguas entre adulto e criança, que pode ocasionar o sentimento de abandono na criança, instaurando-se o trauma e uma clivagem narcísica (Ferenczi, 1933). Já Winnicott explora a problemática do vínculo primitivo mãe-bebê, mostrando que tudo aquilo que insere uma quebra brutal e/ou precoce na continuidade desse

vínculo, faz a criança tomar consciência da sua impotência perante o mundo exterior, num momento em que ainda não contava com certo grau de segurança interna. Desta forma, é reforçada sua necessidade de dependência e sua passividade (Winnicott, 1945).

Isso se desdobra no fato de que, ao se falar nas matrizes clínicas freudianas, leva-se mais em conta a dimensão libidinal (energia), desejante (movimento) e pulsional (força), do que propriamente a dimensão egoica, qualitativa. Talvez porque os neuróticos que consultavam Freud não mostravam indícios de falhas primitivas no ego. O que pesava nesses casos, em termos de configuração traumática, era o excesso pulsional resultante das frustrações vividas e a má circulação dos afetos devido aos processos defensivos e às fantasias penosas. Assim, coube a Freud tratar o trauma sob o prisma quantitativo, ao invés de se preocupar com a qualidade da formação egoica e dos vínculos primitivos envolvidos nessa formação[17].

Já as matrizes clínicas winnicottianas e ferenczianas traziam o problema do ego à primeira vista. A fragilidade narcísica que acompanhava tais pacientes colocava àqueles psicanalistas a tarefa de pensar qualitativamente o trauma. Quando o ego é fraco, é necessário explorar fatores ambientais que contribuíram para tal fragilidade e a economia libidinal passa para segundo plano.

Podemos pensar que, ao se falar em trauma, ambos os fatores – qualitativo e quantitativo – são imprescindíveis e interagem entre si intimamente. Em última instância, a fragilidade egoica propicia a mediação insuficiente da relação com o outro e das intensidades que circulam no aparelho psíquico, potencializando a presença do excesso pulsional que acompanha o trauma. Assim, o fator qualitativo influi no quantitativo, do mesmo modo que este último pode forçar alterações desfavoráveis no ego (Freud, 1937a).

[17] Embora, ao teorizar sobre a melancolia e as psicoses, Freud tenha começado a indicar que há falhas narcísicas, dos primeiros vínculos objetais, em jogo (Freud, 1914c, 1917 [1915]). Mas não chegou de fato a explorar esses períodos pré-edípicos.

Curiosamente, enquanto o conceito de trauma, em Freud, sempre remete ao fator quantitativo, há uma tendência, em sua teoria, a focar nos aspectos tópico e dinâmico da metapsicologia. Ele próprio admite essa negligência: "[...] em sua maioria, nossos conceitos teóricos negligenciaram dar à linha *econômica* de abordagem a mesma importância que concederam às linhas *dinâmica* e *topográfica*" (Freud, 1937a, p. 242). O representante por excelência dessa linha econômica, que pode responder a essa falta, é justamente o conceito de trauma, por concentrar em si os aspectos quantitativos desestruturantes subjacentes ao adoecimento psíquico. Ao mesmo tempo em que Freud percebia a presença problemática dessas intensidades na clínica – o que o fez teorizar sobre o manejo da transferência, a elaboração e a técnica ativa[18] – passava a abordar mais claramente o conceito de trauma. E qual seria o seu maior aliado para dar conta das intensidades subjacentes ao trauma? O ego do paciente. As alterações no ego passaram a ser consideradas na análise, assim como já eram os conteúdos inconscientes.

As alterações desfavoráveis no ego do paciente dificultam o término de uma análise, assim como a acentuada força constitucional das pulsões. Contra esta última, o analista não pode lutar, justamente por ser constitucional; já nas alterações no ego, felizmente, a análise pode intervir, e o próprio ego, mais forte, pode lidar melhor com as exigências pulsionais (Freud, 1937a).

As alterações no ego observadas na clínica se devem, sobretudo, aos mecanismos de defesa que falsificam o conhecimento de si mesmo e da realidade externa. "O efeito ocasionado no ego pelas defesas pode ser corretamente descrito como uma 'alteração no ego', se por isso entendemos um desvio quanto à ficção de um ego normal." (Freud, 1937a, p. 255). As defesas são úteis e imprescindíveis no sentido de proteger o ego dos perigos, no entanto, o feitiço pode virar contra o feiticeiro – os mecanismos defensivos podem, eles mesmos, se

[18] Exploraremos esses elementos adiante, quando falarmos do papel do analista na concepção freudiana.

transformar em perigos. Isso porque eles exigem um grande dispêndio econômico, além de imporem restrições ao ego. Acabam sendo repetidos por toda a vida e fixando-se no caráter, apesar de ter cessado o perigo original infantil e de o ego ter amadurecido.

Entretanto, podemos pensar que há pacientes em que tal maturidade egoica não se processou. Sabemos que os pacientes que Freud tinha em mente eram os histéricos, fóbicos e obsessivos; para eles, as elaborações freudianas acerca da estruturação egoica fazem sentido, de fato.

Mesmo a maturidade do ego pode ser insuficiente caso a força pulsional seja excessiva. As mesmas forças que outrora motivaram o recalcamento, agora se voltam contra o sucesso do tratamento. “O resultado final depende sempre da força relativa dos agentes psíquicos que estão lutando entre si.” (Freud, 1937a, p. 245).

Além disso, alguns fatores contribuem para enfraquecer o ego, como a doença orgânica e a exaustão (Freud, 1937a). As pulsões, que até então haviam sido amansadas eficazmente, podem, nessas condições, sobrepujar a força defensiva do ego, ocasionando a formação de sintomas. Ademais, há certas épocas da vida em que as pulsões recebem um reforço em sua intensidade, como na puberdade e na menopausa. Frustrações e acontecimentos traumáticos também podem aumentar sua força, exacerbando o fator quantitativo que desafia a integridade egoica.

Outro fator que debilita o ego é de ordem intrapsíquica: se o id e o superego se tornam demasiadamente fortes, a organização do ego se afrouxa, o que, por sua vez, perturba a sua relação com a realidade (Freud, 1940 [1938]).

Assim, cabe à análise não só a revelação do que está escondido no id, como ela sempre fez, mas também o que está subjacente ao funcionamento egoico, tentando corrigir suas dificuldades. O objetivo é incluir partes do id que não estão controladas na síntese do ego, ou seja, torná-las egossintônicas (Freud, 1937a). Para isso, o analista deve aliar-se ao ego do

paciente, um ego que deve ser “normal”, embora tal normalidade seja, em última instância, utópica. Isso significa que tal pacto não pode ser cumprido por um paciente psicótico, por exemplo: seu ego não tem a coerência e a compreensão da realidade necessárias para sustentar essa relação terapêutica. Ele, então, abandona o analista junto às partes do mundo externo que não mais lhe pertencem (Freud, 1940 [1938]).

Mesmo havendo aliança entre o ego do paciente e o analista, o ego resiste à revelação dos seus mecanismos defensivos, ou seja, há uma resistência contra a revelação das resistências. Mais grave ainda é quando o ego se opõe energicamente ao progresso do tratamento, no intuito de se autopunir. O paciente apega-se ao seu sofrimento como forma de satisfazer anseios masoquistas e expiar o sentimento de culpa – é o que Freud chamou de reação terapêutica negativa (Freud, 1937a, p. 259). Uma parte dessa força “demoníaca” permeia a relação do ego com o superego, de modo que o primeiro submete-se aos poderes tirânicos do segundo. O poder da pulsão de destruição aparece fortemente nesse quadro, possivelmente em decorrência de uma desfusão pulsional causada por um desequilíbrio na economia psíquica.

Aqui vemos como a economia psíquica desestabiliza o funcionamento egoico. A necessidade de punição vem dar conta de um excesso pulsional, da ordem da destrutividade, que não pode ser direcionada aos objetos externos e permanece circulando livremente no aparelho psíquico. A culpa, angústia moral, sinaliza esse excesso.

Vemos que, paradoxalmente, quanto mais o aspecto quantitativo do psiquismo é reforçado por Freud em sua obra, ou seja, quanto mais ele admite a importância das forças e quantidades no aparelho psíquico, mais o aspecto qualitativo, das alterações do ego, passa a ser importante. É que frente à avalanche pulsional proporcionada por fatores constitucionais, frustrações e experiências traumáticas, faz-se necessário explorar a instância capaz de equacionar esse excesso, o ego. Como ele se forma? Como ele se enfraquece e fortalece? O

que impede sua ação eficaz frente aos excessos de intensidade? Como efetuar uma defesa que não o paralise ou restrinja sua liberdade?

O ego passa, então, a ser abertamente considerado por Freud na clínica. É preciso aliar-se a ele, fortalecê-lo, fazê-lo desistir dos falseamentos da realidade e vencer suas resistências. Só assim, a tarefa inicial da psicanálise – a revelação de conteúdos inconscientes – pode ser levada a cabo mais tranquilamente, colocando, à disposição do ego, conteúdos e reservas energéticas que lhe eram alheios. Afinal, o ego é uma parte diferenciada do id, e precisa da sua força e energia para manter-se (Freud, 1923).

Perante a fragilidade do ego, seja na infância, seja em idade posterior, o trauma aparece como desastre econômico, como transbordamento energético dos limites do ego, devido ao fato de que este não alcançou forma próxima à "normalidade ficcional" apontada por Freud. Numa neurose de transferência, essa fragilidade egoica subjacente ao trauma se deve principalmente à situação infantil, cujas experiências ganham contornos excessivos devido à sensibilidade da criança. Além disso, a rigidez dos mecanismos defensivos erigidos contra as representações do trauma subtrai energias do ego, desestabilizando-o. Nas afecções narcísicas, o ego frágil também remonta às experiências infantis, embora sua fraqueza se deva à falta de estruturação narcísica, na relação primitiva com o outro. O acento não recai sobre os mecanismos de defesa, mas sobre as falhas ambientais traumáticas, que impediram a efetiva constituição do ego da criança. Por fim, nas chamadas neuroses traumáticas, há uma quebra na prévia estruturação egoica devido à efração provocada pelo estímulo traumático, pelo excesso invasivo de realidade. Não fosse a presença de tal estímulo, a estrutura do ego poderia nunca ser abalada.

Assim, o caráter interminável de uma análise se deve, sobretudo, ao confronto entre forças, de modo que a vitória estará ao lado dos "grandes batalhões". Cabe à análise "garantir as melhores condições psicológicas possíveis para as funções do ego" (Freud, 1937a, p. 267),

de modo que ele possa lidar com o excesso traumático proveniente de experiências remotas e recentes. E, assim, esperar que ele possa fazer as melhores escolhas e as mediações necessárias entre os batalhões da pulsão de vida e de morte, e os batalhões representados pela força do id, do superego e da realidade externa.

3.2.4. O papel do analista

Em termos do papel do analista na clínica, podemos encontrar em Freud uma mudança de postura. Do otimismo demonstrado, por exemplo, na *Conferência XXVIII* (1917 [1916-17]d), passou a apresentar um tom de pessimismo vinte anos depois, em *Análise Terminável e Interminável* (1937a).

Naquela conferência, Freud afirmou que "Através da superação dessas resistências, a vida mental do paciente é modificada permanentemente, é elevada a um alto nível de evolução e fica protegida contra novas possibilidades de adoecer." (Freud, 1917 [1916-17]d, p. 452). Mais à frente, expôs categoricamente que uma análise só chega ao seu término "quando todas as obscuridades do caso tenham sido elucidadas, as lacunas da memória preenchidas, e descobertas as causas precipitantes dos recalcamentos." (Freud, 1917 [1916-17]d, p. 453).

Vemos aqui o otimismo de Freud partindo de duas frentes interdependentes: a possibilidade de mudança permanente favorável no paciente, o que previne novo adoecimento; e o término da análise, a "cura". Esse otimismo se baseia, principalmente, no modelo topográfico-dinâmico do psiquismo, pautado no primado da representação, de modo que o retorno de lembranças perdidas e a consciência do conflito subjacente ao recalcamento e aos sintomas fazem com que a neurose se dissolva. Ter acesso a um saber de si mesmo, por

meio da interpretação, é o que importa. Junto ao saber, a libido, subtraída ao ego pelo conflito defensivo, retorna aos seus domínios.

É papel do analista submeter suas interpretações a um jogo de erros e acertos: “tudo o que, nas conjecturas do médico, é impreciso, vai sendo eliminado no decorrer da análise; é preciso ser retirado e substituído por algo mais correto.” (Freud, 1917 [1916-17]d, p. 453). Ao lado disso, segue o trabalho de manejo da transferência, no qual o analista compele o paciente a chegar a novas soluções para os conflitos infantis que ali se materializam novamente. “Assim, a transferência torna-se o campo de batalha no qual todas as forças mutuamente em choque se enfrentam.” (Freud, 1917 [1916-17]d, p. 455). Essa ideia de batalha Freud retomará em 1937, mas sob um viés mais sombrio.

De qualquer forma, aqui a transferência aparece como *lócus* econômico da situação analítica. Para além da interpretação e rememoração, há o campo da alteridade no qual circulam os afetos – Freud sempre fez questão de mostrar que é o afeto que fornece ao paciente a maior prova da existência de certas verdades, trazendo-lhe convicção. Quando a libido é depois desligada da figura do analista, fica novamente à disposição do ego e, tendo este adquirido domínios antes inconscientes, consegue ampliar-se, restaurando-se a unidade psíquica do paciente. Tudo caminha para o melhor desfecho possível: “obtemos êxitos que nada ficam a dever aos mais extraordinários êxitos da medicina interna.” (Freud, 1917 [1916-17]d, p. 458).

No entanto, alguns obstáculos a esse sucesso terapêutico são citados, com especial destaque às condições externas desfavoráveis, ou seja, o ambiente em que vive o paciente. Freud admite que essas circunstâncias externas são de pouco interesse teórico – o que poderia servir de resposta a muitas críticas que a psicanálise freudiana recebeu, acusando-a de ser internalista –, mas que na prática fazem grande diferença. Muitas vezes, por exemplo, os

parentes do paciente não cooperam com os resultados da análise, rejeitando as mudanças apresentadas por ele. Contra isso, o analista não tem como lutar.

Freud também cita como “inimigos” do sucesso da análise, por um lado, a falha do analista e a escolha inadequada de pacientes (psicóticos seriam inacessíveis ao método psicanalítico); por outro, a adesividade da libido, que não abandona seus investimentos objetais, e a rigidez narcísica, que pode dificultar a transferência.

Dois anos mais tarde, Freud cita mais um obstáculo: a libido liberada pela análise pode encontrar satisfações substitutivas pouco saudáveis. Essa dificuldade exige, por sua vez, uma postura mais ativa por parte do analista, que deve “exigir” que o paciente abandone esses caminhos divergentes de satisfação (Freud, 1919 [1918]). Entretanto, o analista não deve direcioná-lo para nenhum outro caminho que considere mais favorável, segundo seus valores; o paciente é que, com o tempo, e por meio do trabalho de elaboração, encontrará seu caminho singular.

Essa postura ativa do analista também procede em relação ao tratamento das fobias e atos obsessivos. No primeiro caso, deve-se exigir que o paciente realize tentativas de aproximação da situação temida, lutando contra a ansiedade emergente. Só assim emergirão as associações e lembranças que permitem solucionar a fobia. Já no caso das obsessões, esse material até aflora na consciência do paciente, mas nada se modifica. Assim, o analista deve tornar o tratamento uma compulsão e então, “suprimir forçosamente a compulsão da doença.” (Freud, 1919 [1918], p. 179).

Essa atividade do analista, em todas as situações citadas por Freud, surge para dar conta dos aspectos econômicos da análise, que se impõem para além das lembranças e associações.

Paradoxalmente, em 1914, Freud já havia trazido, como discutimos em tópico anterior, o trabalho de elaboração, que sugere abordagem oposta por parte do analista. Elaboração

significa espera, dar tempo para que o paciente consiga processar os eventos que ocorrem na análise, sem apressá-lo. Não se deve exigir nada, ao contrário da técnica ativa esboçada por Freud no texto de 1919. Em termos teóricos, a elaboração procura dar um destino aos afetos, tal como a ab-reação no tratamento hipnótico.

Assim, podemos ver que nesse período nebuloso da obra de Freud, em que mudanças na teoria começam a se anunciar – entre 1914 e 1920, aproximadamente –, e em que o ponto de vista econômico da metapsicologia começa a ganhar primazia, Freud é obrigado a repensar a clínica, ora apoiando uma postura mais serena por parte do analista, que deve dar tempo ao analisando, ora defendendo medidas enérgicas em relação à circulação econômica do psiquismo do paciente, fazendo-o transbordar, para que mudanças no seu funcionamento se operem. Ele reconhecia implicitamente que a associação livre e a interpretação semântica das representações não conseguiam romper a estagnação que muitas vezes se observava na clínica.

Com a entrada da pulsão de morte na sua teorização, pura força pulsional que tende a buscar descarga absoluta, sem mediação, Freud passa a apresentar uma postura pessimista frente ao poder curativo da psicanálise. Antes pairava a certeza de que a ajuda fornecida pela análise era suficiente para restaurar o bom funcionamento psíquico, como se houvesse uma tendência à melhora, ao equilíbrio. É a metáfora química que utiliza Freud, segundo a qual os elementos separados pela análise recombinam-se entre si, numa síntese efetuada "automaticamente" pelo paciente (Freud, 1919 [1918]).

Análise Terminável e Interminável (1937a) é o texto que marca a adoção de uma atitude mais ponderada em relação ao alcance de uma análise. Nele, ao invés de Freud examinar como a cura acontece, preocupa-se em demarcar os obstáculos para que ela aconteça, ou seja, o que, segundo Birman, "se opõe à simbolização e cuja superação constitui as condições para a prática da interpretação." (Birman, 1988b, p. 27).

Ainda segundo esse autor, Freud teria conservado como eixo primordial do processo analítico a solução dos enigmas na história do paciente – as lacunas na memória – e a problemática da tessitura singular de sua neurose. Assim, em termos de processo analítico, nada teria mudado efetivamente.

O que muda é a amplitude dos obstáculos e a postura de humildade do analista frente à sua própria impotência, visto que, em última análise, é o embate entre Eros e Destrutividade que vai dar um destino mais ou menos favorável à neurose. Do lado de Eros, há o desejo de saber do analista e do analisando (Birman, 1988b) – ou "amor à verdade" (Freud, 1937a, p. 265) – que sustenta o trabalho investigativo, interpretativo e elaborativo, fornecendo o sentido que falta na história de si mesmo. Do lado da Destrutividade, há o não-sentido, tudo que se opõe a esse trabalho conjunto, como no exemplo da reação terapêutica negativa.

A problemática do excesso pulsional se coloca como limite do campo representacional. Trata-se não só de restaurar o sentido perdido, mas também de instaurar um sentido que nunca existiu. Como vimos, essa temática é familiar ao estudo do trauma, e é justamente a noção de trauma como excesso não-simbolizado, discutida por Freud em *Além do Princípio de Prazer* (1920), que está em jogo aqui, implicitamente.

Freud não mais acredita no amor como força que vence a destrutividade, como na sua postura romântica de outrora; não há vencedor por antecipação, estando tanto o analista quanto o analisando submetidos ao duelo entre Vida e Morte.

O fim da análise seria, então, uma questão prática, bastaria analista e paciente entrarem num acordo. Convém ao analista proporcionar as melhores condições para as funções do ego. A partir daí, o analisando deve se haver com o interminável processo de (res)significação de suas realidades.

Obviamente, não podemos desprezar as diferenças em termos de matrizes clínicas. Há casos de falhas narcísicas muito graves em que essa etapa pode nem mesmo ser alcançada.

Mas cabe ao analista ter em mente, ao menos, uma situação ideal, a utopia da normalidade (Freud, 1937a).

Assim, podemos ver que, ao longo do seu percurso, Freud muda sua postura frente aos poderes da análise, que não é capaz, como pensava nos anos 1910, de um completo restabelecimento e garantia de saúde posterior. Ele vai percebendo os limites do "trabalho puramente intelectual de interpretação" (Freud, 1940 [1938], p. 195), a necessidade de lidar com fenômenos de repetição e a presença de uma força que silenciosamente se opõe ao sucesso da análise: a resistência do ego, da libido e da pulsão de morte. Sobretudo essa última se destaca nos últimos escritos de Freud, dando um ar sombrio ao processo analítico.

A vertente econômica do aparelho psíquico possibilitou a Freud se deparar com os limites da sua técnica. Na clínica, a presença de intensidades, afetos e energias transbordantes, reticentes às intervenções do analista, aponta, possivelmente, para a existência de uma configuração traumática, em sua capacidade de irromper, inundar, desestruturar. Vimos que o sentido do trauma é, acima de tudo, econômico; ele é o núcleo problemático excessivamente intenso que desafia o indivíduo e, também, o analista, para além de suas capacidades.

Seja em termos de fantasias que ganharam peso traumático em conjugação com a realidade factual, seja em termos de um acontecimento que provocou uma efração grave no aparelho psíquico, ou ainda em termos de falhas narcísicas precoces – de modo que a capacidade egoica de mediação/simbolização fica prejudicada no seu intuito de conter a avalanche pulsional – a constelação traumática em questão desafiará o analista para além do modelo tópico-dinâmico no qual foi erigido o dispositivo clínico.

Freud percebeu isso, primeiramente, pelas repetições que via os pacientes encenarem, o que mostrava a tentativa de trazer à tona afetos e conteúdos cujo sentido havia se perdido ou mesmo nunca havia existido. Além disso, Freud notou a presença de "algo mais" quando via que nenhuma mudança parecia se operar no psiquismo do paciente ao longo do trabalho

interpretativo; quando se deparou com intensidades que remontavam a experiências tão precoces que sequer lembranças puderam se formar, restando apenas impressões; e, por fim, quando via que nem sempre o paciente queria melhorar, o que denunciava a existência de forças para além da dinâmica defensiva tradicionalmente abordada na teoria.

A constelação traumática se esquiva ao exame, provoca quebras, irrupções, repetições e o modo como se pode lidar com isso é, ao mesmo tempo, trazendo os afetos à tona na transferência, dando ao paciente ferramentas para elaboração (por meio das interpretações, construções e da sustentação de suas repetições) e, também, fortalecendo o ego para que ele consiga efetuar esse trabalho simbólico de fazer deslizar as intensidades pelas redes associativas. Assim, paradoxalmente, o trabalho de análise significa introduzir a economia anárquica do trauma nos registros que sempre foram mais familiares a Freud: o dinâmico e o tópico. Depois, cabe ao paciente, com seus próprios recursos, fazer conversar Eros e Tanatos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O significado de trauma psíquico parece ser consensual entre as pessoas: traumatizados são aqueles que sofreram algum tipo de acidente grave, abuso, violência, maus-tratos ou abandono. Esse pré-conceito de trauma, que se ouve no cotidiano, serviu como força propulsora para essa pesquisa, visto que tal constatação não parecia ser tão óbvia quando se tem como referência a psicanálise e, mais especificamente, o texto freudiano.

O que seria, então, o trauma, do ponto de vista de Freud? A tendência é, imediatamente, associá-lo à teoria da sedução – não é à toa que ela é chamada, também, de "teoria do trauma" (Freud, 1918 [1914], p. 127). O trauma estaria relacionado à sedução sofrida por uma criança, por parte de um adulto ou criança mais velha (Freud, 1896a). Vemos os temas do abuso e da violência (sexual) se materializarem aqui.

Em seguida, tendemos a pensar no trauma como consequência de situações que colocaram em risco a vida do indivíduo, como os acidentes automotivos, por exemplo. Essa é outra vertente muito presente no texto freudiano, que deu origem a um quadro clínico específico, a neurose traumática. Especialmente em 1920, essa vertente se desenvolveu e passou a se relacionar ao conceito de pulsão de morte e à ideia de um aparelho psíquico cujo escudo protetor sofreu ruptura, devido à entrada de estímulos externos excessivos que permanecem sem vinculação psíquica.

Essas duas concepções de trauma, que possuem em comum a natureza excessiva do acontecimento externo (sedução e estímulo externo aversivo), e que ocupam extremidades da obra freudiana (final do século XIX e anos 1920), pareciam encerrar o alcance desse conceito. Dessa forma, falar em trauma seria trazer à tona, inevitavelmente, os temas da violência, do abuso, dos riscos à vida.

Entretanto, constatamos no presente estudo que, ao contrário do senso comum, o conceito de trauma não estaria obrigatoriamente relacionado a eventos de caráter abusivo ou violento. Mais especificamente – e em contraste com certa tendência na literatura psicanalítica – a teoria do trauma não estaria restrita à teoria da sedução e às noções de 1920 sobre a pulsão de morte e a neurose traumática: ela as inclui e as transcende. O estereótipo do trauma está relacionado ao quadro da neurose traumática, o qual envolve, de fato, eventos que comportam em si violência e põem em risco a integridade física ou psíquica do indivíduo, como acidentes graves, espancamentos, estupros. Contudo, o trauma não está presente apenas na neurose traumática.

Prova disso é o que vimos nos grandes casos clínicos de Freud, casos de neuroses de transferência[19] (Dora, Homem dos Ratos e Homem dos Lobos), rastros de configurações traumáticas que envolvem outros elementos, entre eles: o papel preponderante das fantasias e sua potencialização por determinadas experiências, da sexualidade infantil, das frustrações, do represamento libidinal e afetivo, das impressões primitivas carregadas de energia.

Encontramos nos interstícios dos escritos de Freud várias ramificações do conceito de trauma além da sedução e do acidente violento com risco de vida, a saber: trauma como consequência da falta de reação do indivíduo frente a uma situação que despertou afetos penosos, tais como susto, angústia, vergonha (Breuer & Freud, 1895 [1893-95]); traumas parciais que se somam ao longo de uma história de sofrimentos (Breuer & Freud, 1895 [1893-95]); trauma e fantasia (Freud, 1905 [1901], 1908 [1907], 1909a, 1914b, 1918 [1914]); trauma como fruto de uma defesa exagerada frente a experiências penosas infantis (Freud, 1913); trauma como conjugação entre fatores disposicionais e impressões infantis (Freud, 1914b); trauma com sentido eminentemente econômico – perturbação energética decorrente de experiências excessivamente intensas (Freud, 1917 [1916-17a]); trauma como sinônimo dos

[19] Vimos nos capítulo anterior que há controvérsias se, de fato, o Homem dos Lobos teria sofrido de uma psiconeurose ou de uma afecção no campo do narcisismo. De qualquer modo, Freud o trata como um caso de histeria de angústia que depois se transformara em neurose obsessiva.

fatores acidentais, que se contrapõem aos fatores constitucionais na etiologia da neurose (Freud, 1917 [1916-17c]); trauma, também, como pertencente aos domínios dos fatores constitucionais – experiências pré-históricas e filogenéticas (Freud, 1917 [1916-17c]); trauma e cenas/fantasias originárias de concepção, sedução e castração (Freud, 1918 [1914]); trauma e masoquismo (Freud, 1918 [1914]); trauma como fruto do conflito do ego com um inimigo, seja ele interno ou externo (Freud, 1919); trauma como excesso pulsional não vinculado (Freud, 1920); trauma e desamparo (Freud, 1926 [1925]); trauma sob a forma de impressões intoleráveis que são desmentidas (como na perversão) (Freud, 1927); trauma e recusa da realidade penosa na psicose (Freud, 1924); trauma e o complexo paterno (Freud, 1909a, 1918 [1914], 1928 [1927]); trauma e passividade, sobretudo, masculina (Freud, 1918 [1914], 1937a); traumas positivos e negativos (Freud, 1939 [1934-38]); trauma como evento comum a todos, tenha sua fonte em estímulos externos ou pulsionais (Freud, 1940 [1938]).

Assim, vimos no nosso percurso que o conceito de trauma não se restringe a apenas dois momentos do pensamento de Freud, um inaugural, a teoria da sedução, e um final, a partir *Além do Princípio de Prazer* (1920). Ele está presente em toda a obra, ainda que, em alguns momentos, implicitamente. O trauma pode não estar exposto conceitualmente em muitos escritos, mas o peso do traumático aparece no discurso freudiano, de forma ainda mais visível quando relata um caso clínico.

Tendo em vista as ramificações do trauma, dizer que alguém é traumatizado, como se ouve algumas vezes no contexto da clínica ou mesmo no campo mais vasto da saúde mental, é insuficiente para caracterizar o sofrimento daquela pessoa. O psicanalista deve perceber, por meio da sua escuta e do laço transferencial, a presença de intensidades excessivas e desestruturantes que, a partir de certas experiências, irromperam no psiquismo do paciente, transtornando seu funcionamento econômico de modo que ele não consegue lidar. Esse é o sinal clássico da presença de um trauma, mas, como vimos, não é tudo: há subtipos de trauma

que, por sua vez, correspondem a distintas configurações psicopatológicas. Assim, o analista pode investigar se se trata de um trauma por ruptura, o que se aproxima do quadro da neurose traumática discutido por Freud; ou de um trauma por confronto não mediado entre realidade externa e fantasia, o que pode aprisionar o indivíduo numa espécie de "pesadelo acordado", característico das neuroses de transferência; ou ainda, se o trauma é da ordem de falhas e faltas precoces na relação com o outro (em tese, os pais) que atingem a constituição narcísica do indivíduo, retirando-lhe a capacidade de se estruturar narcisisticamente de forma satisfatória e de simbolizar as experiências dolorosas – situação que remete às afecções narcísicas.

Tendo em vista essas diferenciações, o psicanalista possui ferramentas para nortear sua prática. Muitas vezes a interpretação e o manejo da transferência, que visam, em última instância, à recordação do paciente, não dão conta da avalanche econômica que invade o *setting* analítico quando a constelação traumática é ativada. Como vimos em Freud, a elaboração, a construção e o fortalecimento do ego se configuram como possíveis saídas para equacionar as intensidades excessivas que circulam no aparelho psíquico e que nem sempre estão vinculadas. A elaboração efetua a redistribuição da energia excessiva, fazendo-a diluir-se numa cadeia associativa. As construções oferecidas pelo analista funcionam como ferramentas simbólicas para criação de narrativas e reconstrução de experiências que, pelo seu caráter primitivo e excessivamente intenso, não puderam ser integradas no psiquismo. Já o fortalecimento do ego é crucial para permitir a mediação entre as exigências provenientes das instâncias psíquicas e da realidade, e entre o excesso de intensidades que acomete o aparelho psíquico e sua vinculação, oferecendo a tais intensidades destinos convenientes.

Dessa forma, o psicanalista vai além do "trabalho puramente intelectual da interpretação" (Freud, 1940 [1938], p. 195), que pode não alcançar os núcleos traumáticos mais primitivos ou que concentram carga energética desmedida. Isso não diminui a

importância da interpretação – a proposta é justamente lidar com as intensidades excessivas, ligadas a registros primitivos da experiência, para que se alcance o registro em que a interpretação encontra ressonância no paciente.

É válido lembrar que listamos apenas os dispositivos clínicos encontrados na obra freudiana. Cabe a outras pesquisas explorarem, de acordo com as proposições de outros autores, as contribuições clínicas que o estudo do trauma trouxe à psicanálise. Ferenczi, por exemplo, vem recebendo destaque em muitos trabalhos, devido à sua proposta de análise pelo jogo (ou brincadeira), que privilegia um ambiente de relaxamento, livre expressão de afetos e emergência de estados regredidos em que a revivência traumática é possível (Ferenczi, 1930). O jogo, o *laissez-faire* e a sensibilidade do analista seriam ferramentas possíveis para lidar com o trauma na clínica.

Nesse sentido, há uma tendência na literatura contemporânea de especificar uma "clínica do trauma", cuja prática teria contornos distintos da chamada "clínica tradicional", que remete a Freud. Acreditamos, no entanto, que toda clínica é uma clínica do trauma, pois os aspectos traumáticos da história de vida daqueles que possuem sofrimentos incapacitantes tendem a "inundar" o *setting* analítico. Freud erigiu a psicanálise a partir da escuta desses aspectos traumáticos presentes no discurso dos neuróticos. Sua clínica já era uma clínica do trauma, portanto. O que talvez se queira diferenciar na literatura contemporânea é uma clínica do irrepresentável, do vazio, que levaria em conta a presença de puras intensidades, sem vinculação simbólica, de que são testemunhas as passagens ao ato, as compulsões de vários tipos, o sentimento de vazio, o discurso empobrecido, e a falta de sonhos, devaneios e fantasias. Essa pura intensidade em excesso, que remete à pulsão de morte, passou a ser por excelência o modelo de compreensão do trauma desde os achados freudianos de 1920. Entretanto, como vimos, esse não é o único eixo de compreensão do trauma. Logo, chamar a

clínica do irrepresentável de “clínica do trauma” é desmerecer outras configurações traumáticas, inclusive, a que abriu portas para as demais: a das neuroses de transferência.

Por fim, faz-se necessário considerar que surgiram alguns problemas teóricos nas nossas investigações sobre o trauma em Freud, tais como: se o trauma é apenas desestruturante ou, também, estruturante (abordamos essa discussão rapidamente no capítulo III); a relação entre trauma e sexualidade – se o excesso energético subjacente ao trauma vai além do princípio do prazer, ou seja, além do sexual, ou se ele estaria no campo do sexual, cujo potencial desestruturante sempre esteve presente no pensamento freudiano; se o conceito de trauma deve permanecer ligado ao potencial desestruturante de um evento externo bem delimitado, ou se concepções mais “internalistas”, como a ideia de represamento da libido e do papel potencialmente traumático das fantasias, podem se relacionar ao trauma.

As duas primeiras questões foram apontadas nesse trabalho, mas não as exploramos pelo fato de que sua complexidade ultrapassa os limites dessa dissertação. Acreditamos que o valor heurístico do conceito de trauma é subtraído se ele também for visto como estruturante da subjetividade. Também acreditamos que a questão de ser o trauma de ordem sexual ou não sexual é uma falsa questão, apesar de alguns teóricos terem passado a desprezar o potencial desestruturante da sexualidade quando priorizaram a pulsão de morte. Trata-se de problemas que podem ser mais bem explorados em outros trabalhos sobre o trauma, os quais poderiam incluir outras fontes além do texto freudiano.

Já a última questão teórica permeou toda essa pesquisa e foi trabalhada segundo a ideia de que se deve fugir à dicotomia externo/interno. O trauma estaria na fronteira mítica entre esses dois lugares, de modo que seria inadequado afirmar que ele se origina de um evento externo ou, pelo contrário, que é proveniente do excesso pulsional. Toda experiência envolve o acontecimento externo e a singularidade de quem a vivencia (seu funcionamento psíquico), e é essa conjunção que pode dar origem a um trauma.

A fronteira interno/externo se desdobra em mais duas: fantasia/realidade externa e eu/outro. Podemos fazer uma articulação, didática apenas, entre os três subtipos do trauma e cada uma dessas fronteiras suscetíveis a problemas: no trauma por efração, podemos visualizar a invasão dos estímulos externos no psiquismo, de modo que não há negociação na fronteira entre o interno e o externo – é como se o acontecimento tomasse conta do psiquismo como um todo, sujeitando-o. Já no trauma das neuroses de transferência, são os limites entre fantasia e realidade externa que apresentam problemas: não há negociação satisfatória entre essas duas dimensões, o que potencializa a energia represada nas fantasias e a fuga da realidade, ocasionando um sofrimento exagerado, neurótico. Por fim, no trauma como falha narcísica, é a fronteira entre eu e outro que sobressai, visto que a relação com o outro é primordial para a constituição narcísica da criança, e um transtorno nessa relação pode resultar na continuação da fusão original entre mãe e bebê, ou, ao contrário, a criança pode sentir como invasiva qualquer aproximação do outro.

Lembramos que essa articulação não é precisa: é fruto de uma “fantasia” teórica, que pode se distanciar de como as coisas acontecem na vida prática. Porém, ela nos abre portas para pensar que são sempre nessas mesmas fronteiras da experiência humana onde ocorrem os mais belos encontros e os mais traumáticos desencontros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Balint, M. (1993). *A falha básica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Birman, J. (1988a). A Razão da Impostura. In J. Birman. & C.A. Nicéas (Orgs.). *O Objeto na Teoria e na Prática Psicanalítica* (pp. 11-48). Rio de Janeiro: Editora Campus.

Birman, J. (1988b). Finitude e interminabilidade do processo psicanalítico. In J. Birman & C. A. Nicéas (Orgs.). *Análise com ou sem fim?* (pp. 19-47). Rio de Janeiro: Editora Campus.

_____ (2001). O sentido da retórica: sobre o corpo, o afeto e a linguagem em psicanálise. In B. Bezerra Jr. & C. A. Plastino (Orgs.). *Corpo, afeto, linguagem: a questão do sentido hoje* (pp. 173-198). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

_____ (2006). Arquivos do mal-estar e da resistência. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Breuer, J. & Freud, S. (1895 [1893-95]). Estudos sobre a histeria. In S. Freud (1996). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* v. II. Rio de Janeiro: Imago.

Cunha, E. L. (2002). Entre o assujeitamento e a afirmação de si. *Cadernos de Psicanálise*, SPCRJ, 18 (21), 167-180.

Ferenczi, S. (1930). Princípio de relaxamento e neocatarse. In S. Ferenczi (1992). *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes.

_____ (1933). Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In S. Ferenczi (1992). *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes.

Figueiredo, L. C. (2001). Modernidade, trauma e dissociação: a questão do sentido hoje. In Bezerra Jr., Benilton; Plastino, Carlos Alberto (Orgs.). *Corpo, afeto, linguagem: a questão do sentido hoje* (pp. 219-239). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Freud, S. (1888). Histeria. In S. Freud. (1996). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* v. I. Rio de Janeiro: Imago.

_____ (1893). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência. In *Op. cit*., v. III.

_____ (1894). As psiconeuroses de defesa. In *Op. cit*., v. III

_____ (1895 [1894]). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada "neurose de angústia". In *Op. cit*., v. III

_____ (1895). Projeto para uma psicologia científica. In *Op. cit.,* v. I.

_____ (1896a). A hereditariedade na etiologia das neuroses. In *Op. cit.,* v. III.

_____ (1896b). Observações adicionais sobre as psiconeuroses de defesa. In *Op. cit.,* v. III.

_____ (1896c). A etiologia da histeria. In *Op. cit.,* v. III.

_____ (1897a). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess (1892-1899), Carta 61. In *Op. cit.,* v. I.

_____ (1897b). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess (1892-1899), Rascunho M. In *Op. cit.,* v. I.

_____ (1897c). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess (1892-1899), Carta 69. In *Op. cit.,* v. I.

_____ (1898). A sexualidade na etiologia das neuroses. In *Op. cit.,* v. III.

_____ (1899). Lembranças encobridoras. In *Op. cit.,* v. III.

_____ (1900). A interpretação dos sonhos. In *Op. cit.,* v. IV e V.

_____ (1905 [1901]). Fragmento da análise de um caso de histeria. In *Op. cit.,* v. VII.

_____ (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Op. cit.,* v. VII.

_____ (1906 [1905]). Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses. In *Op. cit.,* v. VII.

_____ (1908 [1907]). Escritores criativos e devaneio. In *Op. cit.,* v. VII.

_____ (1908). Fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade. In *Op. cit.,* v.IX.

_____ (1909a). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In *Op. cit.,* v. X.

_____ (1909b). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In *Op. cit.,* v. X.

_____ (1911a). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia paranoides). In *Op. cit.,* v. XII.

_____ (1911b). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In *Op. cit.,* v. XII.

_____ (1912). Tipos de desencadeamento da neurose. In *Op. cit.,* v. XII.

_____ (1913 [1912-13]). Totem e tabu. In *Op. cit.,*v. XIII.

_____ (1913). Sobre o início do tratamento. In *Op. cit.,*v. XII.

_____ (1914a). Recordar, repetir e elaborar. In *Op. cit.,*v. XII.

_____ (1914b). História do movimento psicanalítico. In *Op. cit.,*v. XIV.

_____ (1914c). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Op. cit.,*v. XIV.

_____ (1915a). As pulsões e suas vicissitudes. In *Op. cit.,*v. XIV.

_____ (1915b). Repressão. In *Op. cit.,*v. XIV.

_____ (1917 [1915]). Luto e melancolia. In *Op. cit.,*v. XIV.

_____ (1917 [1916-17]a). Conferência XVIII: Fixação em traumas - o inconsciente. In *Op. cit.,* v. XVI.

_____ (1917 [1916-17]b). Conferência XXII: Algumas idéias sobre desenvolvimento e regressão – etiologia. In *Op. cit.,* v. XVI.

_____ (1917 [1916-17]c). Conferência XXIII: Os caminhos da formação dos sintomas. In *Op. cit.,* v. XVI.

_____ (1917 [1916-17]d). Conferência XXVIII: Terapia analítica. In *Op. cit.,* v. XVI.

_____ (1918 [1914]). História de uma neurose infantil. In S. Freud. *Obras Completas*, v. 14. São Paulo: Companhia das Letras.

_____ (1919 [1918]). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* v. XVII. Rio de Janeiro: Imago.

_____ (1919). Introdução a "A psicanálise e as neuroses de guerra". In *Op. cit.,* v. XVII.

_____ (1920). Além do princípio de prazer. In *Op. cit.,* v. XVIII.

_____ (1923 [1922]). Uma neurose demoníaca do século XVII. In *Op. cit.,* v. XIX.

_____ (1923). O ego e o id. In *Op. cit.,* v. XIX.

_____ (1924 [1923]). Neurose e psicose. In *Op. cit.,* v. XIX.

_____ (1924a). A perda da realidade na neurose e na psicose. In *Op. cit.,* v. XIX.

_____ (1924b). O problema econômico do masoquismo. In *Op. cit.,* v. XIX.

_____ (1926 [1925]). Inibições, sintomas e angústia. In *Op. cit.,* v. XX.

_____ (1927). Fetichismo. In *Op. cit.,* v. XXI.

_____ (1928 [1927]). Dostoievski e o parricídio. In *Op. cit.,* v. XXI.

_____ (1930 [1929]). O mal-estar na civilização. In *Op. cit.,* v. XXI.

_____ (1933 [1932]). Conferência XXXII: Angústia e vida pulsional. In *Op. cit.,* v. XXII.

_____ (1936). Um distúrbio de memória na Acrópole. In *Op. cit.,* v. XXII.

_____ (1937a). Análise terminável e interminável. In *Op. cit.,* v. XXIII.

_____ (1937b). Construções em análise. In *Op. cit.,* v. XXIII.

_____ (1939 [1934-38]). Moisés e o monoteísmo. Ensaio III, parte I. In *Op. cit.,* v. XXIII.

_____ (1940 [1938]). Esboço de psicanálise. Parte II, cap. VII. In *Op. cit.,* v. XXIII.

Knobloch, F. (1998). *O tempo do traumático*. São Paulo: EDUC.

Kristeva, J. (2002). *As novas doenças da alma*. Rio de Janeiro: Rocco.

Kohut, H. (1988 [1971]). *Análise do self*. Rio de Janeiro, Imago.

Kupermann, D. (2008). *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

_____ (2010). A via sensível da elaboração: Caminhos da clínica psicanalítica. *Cadernos de Psicanálise*, CPRJ, 23, 31-45.

Laplanche, J. (1987). *Novos fundamentos para a psicanálise.* Lisboa: Edições 70.

Laplanche, J. & Pontalis, J-B. (2001). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Lejarraga, A. L. (1996). *O trauma e seus destinos*. Rio de Janeiro: Revinter.

Maia, M. (2003). *Extremos da Alma*. Rio de Janeiro: Garamond.

Mezan, R. (1988). Problemas de uma história da psicanálise. In J. Birman (Org.). *Percursos na história da psicanálise* (pp. 15-41). Rio de Janeiro: Taurus.

_____ (1993). Que significa "pesquisa" em Psicanálise? In M. E. da Silva (Org.) *Investigação e Psicanálise* (pp. 49-89). São Paulo: Papirus.

Nestrovski, A. & Seligman-Silva, M. (Orgs.). (2000). *Catástrofe e representação.* São Paulo: Escuta.

Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Rudge, A. M. (Org.). (2006). *Traumas.* São Paulo: Escuta.

Uchitel, M. (2001). *Neurose Traumática*. (Coleção Clínica Psicanalítica) São Paulo: Casa do Psicólogo.

Winnicott, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In D.W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: Imago.