



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CLAUDIA GEORGIARA SERATHIUK

A CLÍNICA DO TRAUMA NA PSICANÁLISE:  
COSTURANDO O REAL

CURITIBA  
2023

CLÁUDIA GEORGIÁRA SERATHIUK

A CLÍNICA DO TRAUMA NA PSICANÁLISE:  
COSTURANDO O REAL

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof(a). Dr(a). Rosane Zétola Lustoza

CURITIBA  
2023

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS

Serathiuk, Cláudia Georgiára

A clínica do trauma na psicanálise : costurando o real. / Cláudia Georgiára Serathiuk. – Curitiba, 2023.

1 recurso on-line : PDF.

Mestrado (Dissertação) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rosane Zétola Lustosa.

1. Freud, Sigmund, 1856-1939. 2. Lacan, Jacques, 1901-1981.  
3. Trauma psíquico. 4. Psicanálise. I. Lustoza, Rosane Zétola, 1973-  
II. Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

Bibliotecária: Fernanda Emanoéla Nogueira Dias CRB-9/1607

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **CLAUDIA GEORGIARA SERATHIUK** intitulada: **A Clínica do trauma na Psicanálise: costurando o real**, sob orientação da Profa. Dra. ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 30 de Março de 2023.

Assinatura Eletrônica

03/04/2023 16:32:57.0

ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

02/04/2023 16:27:30.0

ELAINE CRISTINA SCHMITT RAGNINI

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

11/04/2023 14:29:34.0

MARCOS VINÍCIUS BRUNHARI

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO)

Ao povo ucraniano, representado por:

Meu avô Ivan Spodaryk, sobrevivente da Primeira Guerra e do regime stalinista.

Meu tio Vitório Sorotiuk, sobrevivente das prisões da Ditadura Militar no Brasil e do Estádio Nacional no Chile.

Dayse Stocklos Malucelli, que me fez mais que sobreviver.

## **AGRADECIMENTOS**

À Universidade Federal do Paraná, minha *Alma mater*.

Aos professores e pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pelas aulas, reflexões e discussões que enriqueceram e contribuíram para o meu estudo.

À Rosane Zétola Lustoza, pela seleção no programa.

À Elaine Schmitt Ragnini, apoiadora de primeira hora, pela pergunta fundamental que criou minha questão de pesquisa.

Ao Prof. Marcos Vinicius Brunhari, pela generosidade e interesse.

À Priscila Ferreira Fortini, colega sempre presente, por ter aberto tantos caminhos.

À Bruna Gimenes, que tanto contribuiu para toda a trajetória dentro da pós-graduação.

Ao Henrique e ao Mathias, por todo apoio e incentivo.

*"the debris of torment  
might give birth to flowers"*

Vasyl Stus, 1972

Vasyl Stus, poeta ucraniano, foi um dissidente soviético  
preso pela KGB e morto no gulag Perm-36,  
na Rússia, em 1985, meses antes da Perestroika

## RESUMO

A incidência de eventos tais como guerras, abusos sexuais, violência urbana, atentados terroristas, terremotos, eventos climáticos extremos, aliados a discursividade deficiente, tem gerado extremos de desorganização psíquica, tais como o trauma. Pretendeu-se responder se o evento é traumático em si ou o trauma seria produzido na sua incidência, no psiquismo, e ainda, sobre seu tratamento na perspectiva freudiana e lacaniana. Em Freud, destacam-se: o caráter econômico do trauma, a falta de representação e a repetição. Lacan tomou o trauma como constitutivo da linguagem e da função do sujeito e trabalhou sobre os mecanismos do trauma: a repetição e o real, identificando a falha no princípio de prazer, pela falta de representação. Melman diferencia neurose traumática, o pseudotrauma, e o trauma verdadeiro, que assujeita o paciente ao gozo do Outro, na repetição. Melman e Zygouris, apontam a transferência como fundamental para o processo de cura do paciente. Rudge e Gampel não acreditam na cura do trauma, mas sim na possibilidade de uma costura simbólica em torno dele. A partir da discussão do caso clínico como ficção, uma história atravessada pela transferência entre analisando e analista, abordou-se a incidência do real através do filme peruano "*La Teta Asustada*" e a trajetória de Fausta rumo à abertura e à catexia de outros objetos que não somente o corpo da mãe, objeto do trauma. As questões abertas foram: o diagnóstico diferencial em relação à psicose, a angústia no trauma, da transferência no tratamento, da temporalidade, da discursividade na contemporaneidade e da transmissão geracional do trauma. Este estudo apontou para a importância do lugar de escuta e de amarração simbólica da psicanálise, como lugar do terceiro. Especialmente em situações de risco e emergência, a clínica do trauma propõe um lugar outro, que possibilite imaginarizar e simbolizar, costurando ao redor de buracos muitas vezes inassimiláveis.

Palavras-chave: trauma; psicanálise; tratamento; Freud; Lacan.

## **ABSTRACT**

The incidence of events such as wars, sexual abuse, urban violence, terrorist attacks, earthquakes, extreme weather events, allied to deficient discourse, has been generating extremes of psychic disorganization, such as trauma. The intention was to answer if the event is traumatic in itself or the trauma would be produced in its incidence in the psyche. And also, to answer about its treatment in the Freudian and Lacanian perspective. In Freud, the following stands out: the economic character of the trauma, the lack of representation and repetition. Lacan took trauma as constitutive of the subject's language and function and worked on the mechanisms of trauma: repetition and reality, identifying the flaw in the pleasure principle, due to the lack of representation. Melman differentiates traumatic neurosis, called pseudotrauma, and true trauma, which subjects the patient to the jouissance of the Other, in repetition. Melman and Zygouris point out transference as fundamental to the patient's healing process. Rudge and Gampel do not believe in healing trauma, but in the possibility of a symbolic seam around it. Coming from the discussion of the clinical case as fiction, a story crossed by the transference between analysand and analyst, the incidence of the real through the Peruvian film "La Teta Asustada" were approached. Fausta's trajectory towards the opening and cathexis of other objects, not only the mother's body, the object of the trauma was also taken into consideration. The opening topics are: the differential diagnosis in relation to psychosis, anguish in trauma, transference in treatment, temporality, discursiveness in contemporary times and generational transmission of trauma. This study pointed to the importance of the place of listening and symbolic binding of psychoanalysis, as a place of the third. Especially in situations of risk and emergency, the trauma clinic proposes a different place, which makes it possible to imagine and symbolize, sewing around holes that are often unassimilable.

**Keywords:** trauma; psychoanalysis; treatment; Freud; Lacan.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2</b>	<b>O PERCURSO DE FREUD SOBRE O TRAUMA</b> .....	18
2.1	O TRAUMA E A SEXUALIDADE .....	18
2.2	O TRAUMA E O SÓ-DEPOIS .....	23
2.3	O TRAUMA NAS NEUROSES DE GUERRA.....	26
2.4	O TRAUMA E O DESAMPARO HUMANO.....	30
2.5	CONCLUSÃO.....	36
<b>3</b>	<b>O REAL E A REPETIÇÃO</b> .....	38
3.1	LACAN E A REPRESENTAÇÃO.....	40
3.2	AS DIMENSÕES DO REAL E DA REPETIÇÃO.....	44
3.3	A QUESTÃO DO TRATAMENTO.....	49
<b>4</b>	<b>A CLINICA DO TRAUMA</b> .....	57
4.1	CONSTRUINDO UM CASO CLÍNICO.....	57
4.2	O CASO É UMA FICÇÃO.....	65
4.3	FAUSTA.....	68
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	76
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	81

## 1 INTRODUÇÃO

Com a intensificação de eventos extremos tais como guerras, desastres naturais, mudanças climáticas, pandemias, migrações, atentados terroristas, entre outros, além da violência cotidiana, vimos crescer diagnósticos de 'trauma' e de estresse pós-traumático, inclusive popularmente. Intuímos que com a também intensificação do isolamento social dos grandes centros urbanos e da consequente pobreza discursiva e simbólica, a dimensão subjetiva tem sido cada vez mais jogada para extremos de desorganização psíquica. Soler (2007/2021, p. 21) chama o tempo do capitalismo, desde meados do séc. XVIII, de "era dos traumatismos", para indicar o caráter histórico da noção e do efeito traumático. Diz que, um século depois da guerra que mobilizou Freud, os traumatismos se multiplicam para os sujeitos contemporâneos (p. 21). Para Rudge (2003, p. 109), "O trauma não pode ser caracterizado exclusivamente pelo acontecimento. Entretanto, indubitavelmente, as experiências inassimiláveis atuais são as mais importantes na determinação dos sintomas."

Se para Freud o trauma está na origem do sintoma da neurose e depois da civilização, e se depois para Lacan, o trauma está na origem do ser falante, o discurso contemporâneo inverte essa problemática. Soler (2007/2021, p. 22) explica:

No fundo, "traumatismo" é um dos nomes que damos hoje às marcas subjetivas ou rupturas produzidas pela irrupção do infortúnio ou de um excesso vindos de fora, que assaltam o sujeito ou seu corpo repentinamente, sem que possamos atribuir isso àquele que sofre as consequências com terror. O sujeito se refere, com razão, a algo real impossível de antecipar ou de vencer; em outras palavras, um real que exclui o sujeito, sem relação com o inconsciente ou com o desejo próprio de cada um, um real com quem ele deparar e diante do qual, como se diz, o sujeito "não pode fazer nada" exceto sofrer as consequências, como tantos rastros que consideramos inesquecíveis.

Muito comumente, mesmo dentro do discurso da Psicologia e da Psicanálise, tem-se usado classificações tanto do DSM, advindas da Medicina e da Psiquiatria, para, não só nomear quanto para explicar e até mesmo trabalhar com questões subjetivas.

Nestas classificações, que rapidamente se espalham pela cultura e tomam o lugar de um saber no senso comum, o trauma também tem seu lugar. Na Medicina, chamado de "transtorno do estresse pós-traumático", tem como características

principais: um evento traumático – a exposição a um evento que envolva a ocorrência ou a ameaça consistente de morte ou ferimentos graves para si ou para outros, associada a uma resposta intensa de medo, desamparo, ou horror; e a tríade psicopatológica – em resposta a este evento traumático, desenvolvem-se três dimensões de sintomas: o re-experimentar do evento traumático, a evitação de estímulos a ele associados e a presença persistente de sintomas de hiperestimulação autonômica. (Figueira e Mendlowicz, 2003, n.p.)

Este fenômeno, para a Psiquiatria e o saber popular, aparece em grande número relacionado a casos de violência urbana, agressão física, abuso sexual, terrorismo, tortura, sequestros, guerra, migrações forçadas, catástrofes naturais ou provocadas, entre outros acontecimentos.

A etiologia popular indica uma concepção vitimológica. No DSM, o sintoma é concebido como um transtorno, como se houvesse uma descrição objetiva do traumático. Esta objetivação caminha no sentido contrário à subjetivação, com a qual trabalha a Psicanálise. Este tema foi discutido por Calazans e Lustoza (2012, n.p.) argumentando que “a extrapolação do método da medicina baseada em evidências para outras áreas corre o risco de acentuar a miséria do sujeito, desconhecendo justamente sua implicação no sintoma”.

Ainda discutindo a questão de como o trauma é considerado no discurso dominante, Soler (2007/2021, p. 23) esclarece que este discurso

se ocupa de traumatismos que não são sexuais, nem originários ou genéricos, que não têm nada de constitutivo, que são acidentes da história ao mesmo tempo coletiva e individual. A esses traumatismos, que é preciso chamar de contingentes, ele acrescenta uma suposta vítima inocente, que cai sob o jugo do *autômaton*, com efeitos pós-traumáticos que o liberam de toda implicação subjetiva, e à qual somente devem ser dispensados cuidados e reparação.

Para esta autora (Soler, 2007/2021, p. 37), os efeitos da “fragmentação dos laços sociais” apontados por Lacan (1970/2003), são evidentes: “precariedade, sem-sentido, solidão sem recursos”.

Mas como pensar a questão do trauma conceitualmente na Psicanálise? Ana Maria Rudge, no prefácio do livro *Traumáticas* (2006, p. 7), remarca que “as questões emergentes da clínica atual nos confrontam com as repercussões da angústia e do sentimento de desamparo oriundos da exposição à violência e à insegurança.” É uma

questão que permeia tanto o fazer clínico cotidiano quanto a lida com questões sociais.

A etimologia da palavra remete à cirurgia e à Medicina e deriva de *furar*, podendo significar ferida. Ou seja, remete a algo externo ao sujeito, com o qual ele precisa fazer frente.

O tema do estudo proposto é o trauma na clínica psicanalítica. A partir de observações, da escuta clínica e da participação em diversos grupos de discussão clínica, surgiu a questão: como identificar e diferenciar o trauma na escuta clínica? Apesar desta diferenciação passar despercebida na clínica do dia-a-dia, ela é de extrema importância para o manejo e direção do tratamento.

Visto a extensa bibliografia produzida dentro da Psicanálise sobre o trauma neste século, a opção foi por fazer um recorte específico a partir dos registros propostos por Lacan.

Na sua relação com os três registros - Real, Simbólico e Imaginário - o trauma não pressupõe nenhuma sofisticação, no sentido de elaboração psíquica nos registros dos destinos da pulsão. Ele resta como algo do indizível, dentro do campo do Real. Berta (2021, p. 16), no Prefácio à edição brasileira do livro “De um trauma ao Outro”, de Colette Soler, é enfática: “o trauma tem estrutura de forclusão”.

E esta é a relevância da pesquisa sobre o trauma: poder dar contorno aos fenômenos psíquicos contemporâneos, e dar subsídios para a atuação clínica, que tem se deparado cada vez mais com situações limites, especialmente com pessoas em situação de vulnerabilidade social. O acento será então em como o trauma se constitui enquanto sofrimento e sobre os modos de tratamento dentro da clínica psicanalítica.

O presente estudo visa, portanto, delimitar o que é o trauma do ponto de vista psíquico, visando contribuir com as questões e pesquisas relativas ao diagnóstico na clínica psicanalítica, além de discutir o lugar do traumatizado no discurso social. Iniciamos com uma análise bibliográfica, com exame crítico da literatura, depois do levantamento de textos e autores relevantes sobre o objeto de pesquisa. A pesquisa teórica pressupõe um rastreamento da produção sobre o tema, dentro da proposta e visando os objetivos apresentados. Em ciência pode ser considerada pesquisa do tipo conceitual qualitativa. Temos como ponto de partida a teoria legada por Freud e Lacan, bem como a bibliografia contemporânea sobre o assunto, apoiada pela experiência clínica da pesquisadora.

A hipótese é de que nem todas as experiências intensas vividas pelo sujeito, tais como abusos sexuais, migração, grandes perdas, produzam traumas psíquicos; e que experiências que aparentemente não seriam traumáticas podem produzir um importante trauma psíquico. Zygouris (1995, pg. 229) diferencia:

Nem todo acontecimento dramático é necessariamente traumático. O trauma psíquico possui características próprias não redutíveis às marcas deixadas pelas banais infelicidades da vida. Um mesmo acontecimento pode ser traumático para um sujeito e não passar de uma lembrança dolorosa para outro que tenha encontrado meios de superá-lo e elaborá-lo psicologicamente.

A clínica contemporânea, mesmo dentro da Psicologia, traz uma concepção da psiquiatria para diversos transtornos, vistos com objetividade. Em contraponto, na Psicanálise todos estes transtornos e sintomas tomam o sentido de sair da generalização em direção à singularidade do sujeito. Portanto, esta pesquisa se coloca como uma contribuição na construção de um conhecimento do ponto de vista da clínica psicanalítica contemporânea. Pode-se construir um saber tal qual Lacan designa como algo entre o “drama real” e a história, entre a ciência analítica e sua narrativa. A matéria primeira da Psicanálise não é o conhecimento, mas justamente aquilo que resiste ao conhecimento, à técnica e à teoria. Sendo assim, a busca por construir e transmitir um conhecimento em Psicanálise implica também em um percurso narrativo e singular de cada um. Há, portanto, uma função heurística na construção do saber em Psicanálise, que ultrapassa o papel de ilustração e de metáforas para ser gerador de conceitos. Esta pesquisa visa, portanto, pensar no sujeito contemporâneo como um sujeito que não desapareça atrás de identificações a seus sintomas e traumas, o que só os faz perenizar.

A ciência pressupõe a redução a um objeto, definido epistemologicamente, produzindo um saber. Porém, comparando o objeto da ciência com o objeto em Psicanálise, Lustoza (2008, n.p.) afirma que “o termo objeto é retirado da relação de conhecimento, fazendo a psicanálise um uso metafórico do mesmo”. Assim, a Psicanálise trabalha com a divisão experimentada do sujeito: a divisão entre saber e verdade, que compõe um modelo topológico. Assim, o princípio de realidade inclui a própria realidade psíquica. A montagem do aparelho psíquico segue então uma lógica ditada pela experiência e pela dialética.

O sujeito da psicanálise é o sujeito do significante, que se distingue tanto do indivíduo biológico quanto da evolução psicológica do sujeito da compreensão. Sua

função é a da linguagem e o modo de relação à verdade é causal. Por conseguinte, na ciência o saber se comunica, mas o modo de comunicação sutura o sujeito. Como resolver esta aparente contradição? Apoiando-se no fazer clínico, na práxis da Psicanálise.

O próprio método da psicanálise produz verdade, mas a verdade do sujeito, de maneira singular. Esta produção pode aqui ser usada para, dialeticamente, produzir saberes e sentidos, em um trânsito permanente entre prática e teoria. A Psicanálise é sobretudo uma práxis sobre a qual se produz conhecimento.

Este tipo de pesquisa pressupõe a presença do psicanalista/pesquisador, pois há uma supressão do limiar entre pesquisador e referencial teórico, colocando o pesquisador/psicanalista em um corpo-a-corpo com a Psicanálise, na qual ambos saem tocados. Figueiredo e Minerbo (2006, n.p.), afirmam que

O leitor de um texto, por exemplo, responde ao apelo de leitura que tal peça constitui e ao responder seriamente a tal demanda – ao ler com devoção, cuidado e liberdade o texto, dá a ele novo fôlego, novas possibilidades interpretativas, novo futuro. Um texto, ao ser bem lido, renova-se e sai da experiência de leitura em direção a um porvir que, por outro lado, fazia parte, como possibilidade, do que o texto já ‘era’ mas a que não acederia sem o concurso do leitor que responde, do seu modo, a tal apelo. Passa a existir assim, a cada boa leitura, na condição de texto descoberto e inventado.

Traçamos um panorama do percurso de Freud ao elaborar a teoria do trauma, e como ele a forjou. Na sequência propusemos o percurso dos pós-freudianos sobre o tema, a partir do legado de seu antecessor. Para Zygouris (1995, p. 236), “Lacan introduziu a diferença entre real e realidade, que permite repensar a questão do trauma em sua relação com a atividade imaginária e a simbolização.” Lembrando que este trabalho tenta delimitar o trauma não a partir da constituição do sujeito, nem da etiologia estruturante do trauma. Antes, pretende entender o trauma como o incidente, como o sofrimento que acomete o sujeito, ainda que de forma ordinária.

Assim, ainda se interrogando sobre o estatuto do trauma psíquico para a psicanálise, visa-se delimitar o conceito de trauma psíquico, cernir seu lugar e importância para a clínica psicanalítica e para a noção de cura em psicanálise e interrogar sobre seus usos na clínica contemporânea. Mais uma vez, Zygouris ilumina o caminho com suas palavras (1995, p. 236):

Após o período em que a questão do trauma foi mantida afastada, para permitir o trabalho sobre o fantasma, e a realidade traumática foi sistematicamente atribuída ao fantasma da histórica, assiste-se atualmente a

uma retomada de interesse pela realidade do trauma, incorrendo-se no risco de pecar pelo oposto. Mais particularmente, existe uma tendência em constituir a posição de vítima como garantia de enunciação da verdade.

A partir dessas questões iniciais e objetivos específicos de pesquisa, pretendeu-se ampliar e aprofundar o tema em direção ao tratamento e cura do trauma na clínica contemporânea. “Todo acontecimento, seja ele coletivo ou estritamente pessoal, sempre atinge o indivíduo no mais singular de sua dor.” (Zygouris, 1995, p. 231). Para a autora, nem sempre a psicanálise basta para dar conta dos traumas coletivos, tais com os que trazem as guerras, os terremotos e conflitos políticos. Neste caso, “é necessário reatá-lo ao espaço público para que o sujeito possa sair de seu trauma pessoal”. Portanto, para delimitação do estudo, vamos restringir a pesquisa às experiências traumáticas no campo privado, ainda que vividas coletivamente.

Depois de percorrido o caminho de Freud e dos pós-freudianos, sobre o conceito do trauma, seu estatuto e sua relação com a capacidade discursiva contemporânea, o objetivo é compreender os mecanismos psíquicos que fazem com que um evento venha a ser traumático, tendo como base os conceitos freudianos e lacanianos dentro da psicanálise. Sem tomar o caminho de pensar no trauma estruturante, como Freud elaborou sua teoria da sexualidade ou como Lacan pensou a entrada do sujeito na linguagem, ou seja, o nascimento do sujeito.

Tomaremos a ideia do trauma como a incidência psíquica do evento, a partir do real sem tramitação psíquica, apenas mnemônica, ou do transbordamento econômico, onde o sujeito não tem recursos nem imaginários, nem simbólicos, para sua elaboração. Nestes termos, também pretendemos diferenciar a neurose traumática do trauma verdadeiro, tal como nos aponta Melman (2016, n.p.).

Os psicanalistas não podem, depois de 1897, tomar o evento como traumático em si. O que define o trauma é o incidente e sua não-elaboração no aparelho psíquico. Para desenvolver esta ideia, pretendo utilizar tanto a topologia quanto a noção temporal para refletir sobre este não-objeto, uma vez que não imaginizado nem simbolizado pelo sujeito.

O trauma se caracteriza como algo êxtimo ao aparelho psíquico, como algo que passa ao largo da formação sintomática, mas que insiste. Como tratar então da subjetividade do trauma? Pretendemos abordar este difícil tema através do conceito laciano do inconsciente, articulando com os três registros lacanianos, pilares da

clínica psicanalítica. Especificamente o real, que provoca um grau de insistência no aparelho psíquico, o que caracteriza justamente a produção do trauma.

A guisa de caso clínico, cujos fundamentos também serão discutidos, será utilizada a análise de um filme, a saber, "*La Teta Asustada*", de 2009, da diretora peruana Claudia Llosa, que foi premiado com o Urso de Ouro no Festival de Cinema de Berlim de 2009. O filme conta a história de Fausta, uma jovem que sofre de uma doença, *la teta asustada*. De acordo com os saberes indígenas locais, ela é transmitida pelo leite de mães violentadas durante o conflito interno que ocorreu no Peru (1980-1992). A análise deste filme pode ilustrar o histórico de diluição do trauma psíquico, através de recursos transferenciais ficcionais, bem como traçar seu histórico.

A ideia inicial de apontar para o real do trauma evolui para pensar na pobreza discursiva contemporânea, em diálogo com um social em tempos de catástrofes, ao menos como vivenciadas e anunciadas pelos nossos tempos, que produzem traumas em sujeitos cada vez menos articulados simbolicamente.

## 2 O PERCURSO DE FREUD SOBRE O TRAUMA

Neste primeiro capítulo pretende-se traçar um panorama do conceito de trauma na obra de Freud. Ao percorrer toda a teoria do criador da Psicanálise, pode-se acompanhar a construção de seu pensamento e a incorporação, ao longo de suas pesquisas, de cada nova descoberta, também à teoria do trauma. Tema que o intrigou até o fim de sua vida, foi também de grande utilidade para pensar as psicopatologias e a psicologia social. Freud usou este conceito como um mecanismo, como etiologia e como uma neurose em si mesma.

Ao longo de toda sua história de clínico e pesquisador, o trauma sempre foi um tema presente para Freud. No início como possível causalidade para as neuroses, e ao longo do caminho tomando um estatuto próprio. Tema presente desde a inauguração da Psicanálise, alguns autores pesquisados selecionaram dentro da teoria freudiana diferentes recortes ou abordagens para explicar a teoria traumática.

Para Fávero (2009, p. 10) alguns eixos temáticos se colocam historicamente, ao longo do desenvolvimento da obra de Freud: “1. O trauma e sexualidade; 2. O trauma e o *só depois*; 3. O trauma nas neuroses de guerra; 4. O trauma e o desamparo humano.”

Por outro lado, para Berta (2012) dois aspectos estão em evidência em Freud para pensar o trauma. A questão do tempo do trauma, que só se estabelece no *a posteriori*, e a questão do espaço, na topologia, com seu caráter de extimidade ao aparelho psíquico.

A seguir acompanharemos o percurso de Freud. Uma discussão importante para entender a questão do trauma na Psicanálise é pensar a questão da relação do sujeito com a realidade, ou ainda, com o objeto.

### 2.1 O TRAUMA E A SEXUALIDADE

As histéricas abriram para Freud não somente as portas para a compreensão das neuroses, mas também do trauma. Tentando encontrar o caminho que o levasse à compreensão dos sintomas histéricos, Freud andou às voltas com a teoria da etiologia traumática das neuroses, que ele sustentou desde 1892. Na carta de 29/06/1892, a Josef Breuer, ele resume:

(1) (a) o teorema referente à constância da soma de excitação. (b) a teoria da memória. (c) o teorema que estabelece que os conteúdos dos diferentes estados de consciência não estão relacionados entre si.” Ele segue: (2) A origem dos sintomas histéricos crônicos: sonhos, auto-hipnose, afetos e resultados dos traumas absolutos. Os três primeiros desses fatores relacionam-se com a disposição, o último relaciona-se com a etiologia. (FREUD, 1892/1996, p. 190).

É necessário colocar uma lente de aumento na nota de rodapé desta página, que assinala a diferença entre histeria ‘disposicional’ e ‘traumática’, acentuando o caráter externo ao aparelho psíquico.

Nesta pequena passagem já se encontram todos os elementos que vêm compor a conceituação do trauma para a Psicanálise freudiana: a excitação do aparelho psíquico por um evento externo, que veremos mais adiante, foi reelaborado em relação à esta externalidade; a falta de conexão à memória anterior sobre tal evento, se é que ela existe; e a conseqüente falta de representação, que isola o evento e não o relaciona a nenhuma marca pulsional anterior.

Com o passar dos anos, Freud abandona a catártica técnica da sugestão deliberada, a saber, a hipnose, e passa a confiar mais no fluxo das associações livres. No escrito “Comunicação Preliminar”, de 1893, Freud e Breuer detêm-se sobre a etiologia das neuroses histéricas, e o que os intriga principalmente, é a incapacidade do paciente de recordar a experiência vivida anteriormente, e não ter “nenhuma suspeita da conexão causal entre o evento desencadeador e o fenômeno patológico.” (FREUD, 1893/1996, p. 39) Os autores citam como óbvio que, no caso da histeria “traumática”, é o acidente que provoca os sintomas. Note-se que acidente vem novamente corroborar a noção de um evento externo que incide sobre o aparelho psíquico. E, quando é possível deduzir dos enunciados do paciente, afirmam que “ele está alucinando o mesmo evento que provocou o primeiro deles”. (FREUD, 1893/1996, p. 40). Observa-se que este caráter alucinatório repetitivo está presente desde o início para Freud na formulação conceitual do trauma. É como se o paciente revivesse a cada vez o evento que ocasionou o dito sintoma, mas que deve ser nomeado como trauma. Na seqüência, ele vai além e relata que outros sintomas também são derivados do trauma desencadeador, com uma conexão causal clara.

Mas nem sempre a conexão causal é clara, e Freud introduz a relação “simbólica” entre a causa precipitante e o fenômeno patológico, comparando com a relação que as pessoas saudáveis formam nos sonhos. Mais adiante nesta pesquisa

vai-se discutir o caráter simbólico destes sintomas e que, se desde já o psiquismo usa de recursos mais sofisticados como os do sonho, se realmente se tratam de traumas. Freud nesta época ainda está investigando a analogia entre a patogênese da histeria comum e das neuroses traumáticas.

Nas neuroses traumáticas, a causa atuante da doença não é o dano físico insignificante, mas o afeto do susto – o trauma psíquico. (...) Qualquer experiência que possa evocar afetos aflitivos – tais como os de susto, angústia, vergonha ou dor física – pode atuar como um trauma dessa natureza. (FREUD, 1893/1996, p. 41).

O autor cita ainda a existência de, ao invés de um trauma principal isolado, vários traumas parciais que formam um grupo de causas desencadeadoras, mas fazem parte de uma mesma história de sofrimento. Ainda, lembra que existem casos em que uma

circunstância trivial se combina com o fato atuante realmente atuante ou ocorre numa ocasião de peculiar suscetibilidade ao estímulo e, dessa forma, atinge a categoria de um trauma, que de outra forma não teria tido, mas que daí por diante persiste. (FREUD, 1893/1996, p. 42).

Freud acentua que o trauma, ou melhor, a lembrança do evento traumático age como um corpo estranho que continua em ação. Estas são, sem dúvida, as duas mais importantes características do trauma: sua insistência e sua extimidade ao aparelho psíquico.

Cabe aqui a referência à uma notícia de jornal de 2021, que conta que o ex-goleiro mexicano Oswaldo Sánchez acorda há quinze anos com o mesmo pesadelo do gol que a Argentina marcou contra sua Seleção na prorrogação de um jogo na Copa do Mundo de Futebol na Alemanha, em 2006. A reportagem (CURRO, L., 2021, p.1) diz: “quase um terço de sua vida convive com um ‘fantasma’ que o impede de dormir direito.” A insistência do evento em seu psiquismo age como um corpo estranho e, mesmo em sonhos, transformado aqui em pesadelo, não é simbolizada. É um constante corpo estranho em ação. No caso do goleiro, como um gol eterno que leva todas as noites, causando intenso sofrimento. Pode-se afirmar que a conexão entre o evento e a insistência dele no psiquismo está clara, pela insistência temporal. Mas, bastaria estabelecer essa conexão para que o trauma se dissipe? Não é o que pensa Freud.

Na sequência do texto, ele verifica que somente a lembrança do evento, sem refazer o caminho do afeto em uma situação terapêutica, seja no consultório ou não, ver-se-á mais adiante, não produz resultados. Em outras palavras, só a lembrança do fato, sem o acesso ao afeto e sua conseqüente liberação, é inócua. A narrativa e a construção representacional são necessárias.

Na discussão de seu caso clínico “Miss Lucy R”, Freud ressalta o caráter dissociativo do trauma, ao dizer que a ênfase principal recai na natureza do trauma, quando considerada em conjunto com a reação do sujeito.

O momento traumático real, portanto, é aquele em que a incompatibilidade se impõe sobre o ego e em que este último decide repudiar a ideia incompatível. Essa ideia não é aniquilada por tal repúdio, mas apenas recalçada para o inconsciente. (FREUD, 1893/1996, p. 149).

É bom lembrar nesse ponto que Freud não havia ainda elaborado sua Segunda Tópica, e que ainda trabalhava apenas com consciente, pré-consciente e inconsciente. Freud fala dessa ideia traumática como “isolada psiquicamente”, ou seja, não integrada ao psiquismo, mas também não a localiza em nenhuma instância, como se fosse um afeto que ficasse solto.

Em outro caso do mesmo estudo sobre a histeria, a saber, “Srta. Elizabeth Von R”, (FREUD, 1893/1996) o autor relata como se deu o processo de simbolização da cena traumática, quando ele a evoca para sua paciente. Srta. Elizabeth sofria de uma nevralgia no rosto, sem explicação neurológica, e que restou como imagem da dor, não tendo podido ser representada. Quando finalmente ela associa essa dor à bofetada que havia levado de seu marido, cessaram tanto a dor quanto os ataques histéricos que sofria. Freud pode ir além nesse caso e encontrar outros caminhos e fatos não simbolizados. Mas conclui fazendo uma interessante discussão sobre a simbolização, mostrando que não só fatos e eventos são traumáticos, mas também expressões, palavras e comentários depreciativos, vividos como fatos reais. Estas palavras e expressões tomam um valor literal, não são metaforizados pelo sujeito. Freud já coloca em questão em 1893 o uso da linguagem, da língua e da singularidade de seu uso para cada sujeito.

Nas considerações teóricas de seu grande texto “Estudos sobre a Histeria”, ele discute o mecanismo da histeria traumática, quando o sujeito revive o afeto sentido perante a simples lembrança ou possibilidade de voltar a vivenciar a experiência.

Freud aponta que, à medida que o afeto se repete, há um desgaste e o conseqüente enfraquecimento dele. Mas por outro lado, se a representação afetiva encontra-se oculta, fora da associação com o evento, ela retém toda a carga afetiva e, a cada renovação, a carga afetiva volta a ser liberada, causando intenso sofrimento. É o caso de diversos relatos de migrantes que fugiram da guerra em seus países e vieram para o Brasil. Existem muitos relatos clínicos, feitos por psicólogos, de que, ao ouvirem sirenes ou mesmo fogos de artifício, entram em situações de crises de ansiedade e ataque de pânico, com a lembrança da possibilidade de um bombardeio, ainda que aqui no Brasil não haja guerra e nem a possibilidade de um bombardeio.

Em 1893, o fenômeno é chamado por Freud de conversão histérica, mas dentro do quadro da histeria traumática e pode atuar durante anos. Não indiretamente, diz ele, “através de uma cadeia de elos causais intermediáveis, mas com uma causa diretamente liberadora” (Freud, 1893/1996, p. 240). Ele continua:

Mas se esse for o caso, se a lembrança do trauma psíquico tiver que ser considerada tão atuante quanto um agente contemporâneo, como um corpo estranho muito depois de sua entrada forçada, e se, não obstante, o paciente não tiver nenhuma consciência de tais lembranças ou do surgimento delas – então deveremos admitir que as representações inconscientes existem e são atuantes. (FREUD, 1893/1996, p. 240).

Na sequência o autor trata das representações inadmissíveis à consciência, e o quanto este tema pode lançar alguma luz sobre o desenvolvimento das neuroses traumáticas. Ele chama de “defesa”, o desvio deliberado das representações aflitivas para fora da consciência e cita ainda a divisão da mente, abrindo caminho para o estudo da dissociação que acomete o sujeito no trauma.

Em 1896, Freud, em seu “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” (FREUD, 1896/1996, p. 167), continua sua exploração sobre a etiologia específica da histeria. Sua abordagem sobre os traumas de infância continua, nesse ponto, como sendo a de uma questão etiológica da referida neurose. Além de afirmar que, em muitas vezes o limite mínimo de idade retroceda tanto quanto a própria memória no desenvolvimento infantil, diz que é inútil tentar extrair reminiscências interrogando os pacientes fora da psicanálise, pois os vestígios dos traumas nunca estão presentes na memória consciente, apenas nos sintomas da doença. Neste ponto, quando o autor afirma ser inútil algo fora da psicanálise, já dá indícios do que

viria a ser sua teoria sobre a transferência, fundamental na discussão futura sobre a cura do trauma.

## 2.2 O TRAUMA E O SÓ-DEPOIS

A seguir, Freud aborda a questão temporal do trauma, ao afirmar que, em um paciente histérico, todas experiências e excitações do período posterior à puberdade precipitam a eclosão da histeria. As novas experiências despertam o traço mnêmico dos traumas de infância, levando a uma descarga de afeto e ao recalçamento. Entende-se que esta experiência anterior, não simbolizada por não haverem recursos psíquicos nem de linguagem para tanto, restam soltas, como fios desencapados, e terão algum sentido a posteriori, quando outra experiência vier a se conectar àquela. Freud cita a variedade de experiências as quais podem ter essa função:

Esse papel dos traumas posteriores se adequa bem ao fato de que eles não estão sujeitos às condições estritas que regem os traumas da infância, mas podem variar em intensidade e natureza, desde a efetiva violação sexual até meras investidas sexuais, ou ao testemunho dos atos sexuais de outras pessoas, ou ao recebimento de informações sobre os processos sexuais. (FREUD, 1896/1996, p.166).

Ele afirma que a “predisposição histérica” então pode ser tomada como a ação póstuma de um trauma sexual na infância, nos termos descritos acima. Explicando o mecanismo do trauma na neurose histérica, ele afirma que

o “recalçamento” da lembrança de uma experiência sexual aflitiva, que ocorre em idade mais madura, só é possível para aqueles em quem essa experiência consegue ativar o traço mnêmico de um trauma da infância.” (FREUD, 1896/1996, p. 167).

Portanto, nesta fase de suas pesquisas, Freud usa do conceito de trauma para explicar as psiconeuroses de defesa. Assim, ao estudar a etiologia das neuroses, foi traçando um caminho na etiologia do próprio trauma. Este é o caminho que se pretende seguir neste trabalho.

Mais adiante, em 1897, Freud, marcando historicamente o nascimento da Psicanálise, dissocia a realidade dos fatos da realidade psíquica. Na sua Carta 69, diz a Fliess: “Não acredito mais em minha *neurotica* (teoria das neuroses)” (FREUD, 1897/1996, p. 309). É o marco de uma virada importante em sua elaboração: o que

Freud pensava serem cenas reais de sedução apresentaram-se como criações fantasmáticas. “No inconsciente, não há indicações da realidade, de modo que não se consegue distinguir entre a verdade e a ficção que é catexizada com o afeto” (FREUD, 1897/1996, p. 310), completa. Mas mais que dizer que as fantasias neuróticas são criações fantasmáticas, é mais exato dizer que a Psicanálise não pode decidir sobre o caráter de “realidade” das cenas reportadas, ou seja, as fantasias podem atuar com toda a força das experiências reais.

Já em 1905, quando Freud faz uma apreciação de suas teorias sobre a etiologia das neuroses, já sob a luz de “Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade”, ele revê o conceito de “traumas sexuais infantis” na causalidade das neuroses. Caem por terra suas conclusões de que os sintomas histéricos eram efeitos persistentes de traumas psíquicos. Entende que a atividade sexual infantil prescreve o rumo a ser tomado pela vida sexual após a maturidade. Corrige sua teoria, substituindo o conceito de “traumas sexuais infantis” por “infantilismo da sexualidade”. Ele deixa de lado também na “ênfase exagerada nas influências acidentais sobre a sexualidade”. (FREUD, 1905, p. 261). Substitui a palavra defesa por recalçamento, e de alguma forma abandona o conceito de trauma como algo fundamental na etiologia das neuroses, não mais atribuindo às influências acidentais que atuam sobre a sexualidade durante toda a vida a função de causalidade nas patologias.

Durante a Primeira Grande Guerra, por volta de 1916-17, nas famosas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise, Freud retoma a questão da fixação em traumas e seu papel na etiologia das neuroses. Na Conferência XVIII, justamente intitulada “Fixação em Traumas – O Inconsciente”, o autor, ao discorrer sobre casos anteriormente apresentados, conta que ambas as pacientes davam a impressão de se terem “fixado” (grifo do autor) em determinada parte de seu passado, alienadas do presente e do futuro. Esta observação nos dá a medida do caráter temporal do trauma. Nesta conferência começa a aparecer em sua obra o embrião do que viria a ser a diferenciação entre trauma e sintoma, quando afirma que “a construção de um sintoma é o substituo de alguma coisa que não aconteceu”. (FREUD, 1917/1996, p. 287).

Ao falar do trabalho de análise, mostra que nele acontece a recondução a um determinado período do passado do paciente, através dos sintomas de suas doenças ou pelas consequências desses sintomas. A novidade, nesta altura de suas pesquisas, é o aparecimento do que chama de “neurose traumática”, já como uma neurose destacada da neurose histérica de origem traumática, presente no início de

suas publicações. Freud cita a guerra como uma época em que se produz com especial frequência este tipo de enfermidade. “Naturalmente, casos semelhantes aparecem também antes da guerra, após colisões de trens e outros acidentes alarmantes envolvendo riscos fatais.” (1917/1996, p. 282) Freud diz que as neuroses traumáticas não são, em essência, a mesma coisa que as neuroses espontâneas e que, até então, não havia conseguido harmonizá-las e explicá-las pela sua teoria. Mas aponta algo em comum com as outras neuroses:

As neuroses traumáticas dão uma indicação precisa de que em sua raiz se situa uma fixação no momento do acidente traumático. Esses pacientes repetem com regularidade a situação traumática em seus sonhos. (FREUD, 1917/1996, p. 282).

Ele ainda verifica nestes pacientes que “o ataque corresponde a uma completa transportação do paciente para a situação traumática”. (FREUD, 1917/1996, p. 282).

Esta passagem tem uma importância não só no estudo do trauma, como também em todas as suas pesquisas. É onde Freud faz sua primeira exposição sobre o mecanismo da repetição. Ligando esta descoberta à de que a construção do sintoma é o substituto de algo que não aconteceu, pode-se identificar exatamente onde Freud começa a diferenciar a neurose traumática da neurose comum. Nesta, trata-se dos sintomas que substituem coisas que não aconteceram, através de mecanismos específicos da formação dos sintomas. Naquela, a neurose traumática, ele deixa bem claro que se trata de repetição regular da situação traumática.

Além disso, o texto trata do sentido econômico do trauma, falando da quantidade de estímulo em curto espaço de tempo. Ele chega a afirmar que

o termo “traumático” não tem outro sentido senão o sentido econômico. Aplicando-o a uma experiência que, em curto espaço 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. (FREUD, 1917/1996, p. 283).

Freud retoma nesta exposição suas primeiras elaborações junto com Breuer, nas quais a neurose seria uma fixação em traumas, como uma incapacidade de lidar com uma experiência cujo tom afetivo fosse excessivamente intenso. E explica como ambos abandonaram estas conclusões, a partir da descoberta da maior complexificação da neurose pelos sintomas.

Nesta mesma conferência ainda, aponta para o caso de pessoas paralisadas por um trauma, sem que necessariamente sejam neuróticas.

Também pode acontecer que uma pessoa seja levada a uma parada tão completa, devido a um acontecimento traumático que estremece os alicerces de sua vida, a ponto de abandonar todo o interesse pelo presente e pelo futuro e manter-se permanentemente absorvida na concentração mental do passado. Uma pessoa assim desafortunada, porém, não se torna, por isso, necessariamente neurótica. (FREUD, 1917/1996, p. 284).

Tem-se até aqui, portanto, alguns aspectos fundamentais para a compreensão e definição do trauma na teoria freudiana: os aspectos econômico e temporal, que podem ser observados através da intensidade e da repetição.

Mais adiante, na Conferência XXII (1917/1996, p. 350), Freud associa o trauma à uma condição exógena, como um produto de determinadas experiências de vida prejudiciais.

Na Conferência XXIV (1917/1996, p. 382), abordando como o ego se relaciona com as neuroses, trata a neurose traumática como um distúrbio que ainda está longe de compreender. Relaciona a neurose histérica com as fantasias transformadas em sintomas e assim por diante, em vários distúrbios que cita, já definitivamente afastando as representações do campo do trauma.

Nas neuroses traumáticas, e particularmente naquelas causadas pelos horrores da guerra, inequivocamente deparamo-nos, assim, com um motivo egóísta, por parte do ego, à procura de proteção e vantagem – um motivo que não pode, talvez, produzir por si mesmo a doença, mas que condescende com ela e a mantém, uma vez que ela tenha surgido. Esse motivo procura preservar o ego dos perigos cuja ameaça foi a causa precipitante da doença, e não permitirá que ocorra a recuperação enquanto a repetição desses perigos ainda pareça possível, ou enquanto não tenha recebido a compensação pelo perigo que foi suportado”. (FREUD, 1917/1996, p. 382-383).

### 2.3 O TRAUMA NAS NEUROSES DE GUERRA

Se até a Primeira Grande Guerra Freud dedica-se ao estudo do trauma ligado à sedução, no que chama de neuroses traumáticas de paz, no pós-guerra, a partir do estudo das neuroses de guerra (1919), Freud estende o ponto de vista segundo o qual a ansiedade protegeria o eu contra a invasão traumática. Trata-se de um texto mais político, em que o autor faz uma crítica aos oponentes da psicanálise, que dela se

utilizaram em tempos de guerra. Havia a promessa de instalação de centros psicanalíticos para o tratamento de neuróticos de guerra, que não se sustentou devido ao fim do confronto e do próprio Império Austro-Húngaro. À parte a discussão política e científica, o interesse neste texto é o fato de Freud fazer uma comparação entre a neurose de guerra e a neurose traumática elementar:

As neuroses de guerra, na medida em que se distinguem das neuroses comuns por características particulares, devem ser consideradas como neuroses traumáticas cuja ocorrência se tornou possível ou foi provocada por um conflito no ego. (FREUD, 1919/1996, p. 224),

Freud aponta para o fato de que as neuroses de guerra são como neuroses traumáticas temporárias, e acontecem normalmente com um exército recrutado, não com soldados profissionais ou mercenários. O conflito se dá entre o ego pacífico, que percebe o perigo, e o novo ego bélico, temerário. O antigo ego se protegeria do perigo mortal fugindo para uma neurose traumática. Mas, por outro lado, diz que

as neuroses de guerra são apenas neuroses traumáticas que, como sabemos, ocorrem em tempos de paz também, após experiências assustadoras ou graves acidentes, sem qualquer referência a um conflito no ego. (FREUD, 1919/1996, p. 225).

Apesar de ter encontrado dificuldades em explicar as neuroses traumáticas em relação à libido narcísica, acaba diferenciando estas das neuroses de transferência: “nas neuroses traumáticas e de guerra, o ego humano defende-se de um perigo que o ameaça de fora ou que está incorporado a uma forma assumida pelo próprio ego”. (FREUD, 1919/1996, p. 226). Enquanto que, nas neuroses de transferência, o ego se defende das ameaçadoras exigências da libido. Ele termina colocando em oposição as neuroses de guerra às neuroses traumáticas e de transferência, onde o inimigo é interno. Ainda que confesse dificuldades teóricas, aposta que a repressão, que está na base de cada neurose, é uma reação ao trauma.

Assim, o ponto de vista topológico toma outros contornos. O trauma passa a ser visto não só como um mecanismo do ego para se defender das exigências libidinais ameaçadoras, mas também de um perigo que o ameaça de fora ou que está sendo incorporado a uma forma assumida pelo próprio ego.

Nos anos 1920, ele abandona a concepção de trauma ligado à sedução ou às suas consequências. O ponto de vista econômico, a partir da teoria pulsional, passa

a ser central. No desenvolvimento de sua obra, Freud supera toda a referência factual na concepção do trauma: a princípio cena real, torna-se em seguida constituída essencialmente pelo *só depois*, que pode se constituir de um fato, mas caracterizado por sua dimensão de transbordamento econômico.

Logo após a publicação sobre as neuroses de guerra, Freud publica “O Estranho” ou, traduzido atualmente como “O Infamiliar”, onde apresenta (FREUD, 1920/1996, p. 256) de forma mais contundente o conceito de “compulsão à repetição”. Refere-se a este conceito como um fenômeno comum e sugere que é algo derivado da natureza mais íntima dos instintos, declarando ser suficientemente poderoso para desprezar o princípio de prazer.

Em 1920, conclui um de seus mais relevantes trabalhos, que vem a dar uma virada na sua concepção econômica do aparelho psíquico. Porém, antes de publicá-lo, fez uma comunicação no Congresso Psicanalítico Internacional de Haia, intitulada “Suplementos à Teoria dos Sonhos”. Temos notícias através de um relato no prefácio da edição de “Além do Princípio do Prazer”. Nela, Freud observou que os sonhos são realizações de desejos, e inclui uma categoria chamada “sonhos de punição”, relacionando-os à mesma formação reativa dos sintomas na neurose obsessiva. Porém, apresenta uma exceção à regra de que os sonhos são realizações de desejos. “Trata-se dos sonhos “traumáticos”, que ocorrem em pacientes que sofreram acidentes, mas aparecem também durante a psicanálise de neuróticos, trazendo-lhes de volta traumas esquecidos da infância”. (FREUD, 1920/1996, p. 15). Para ajustar o problema destes sonhos à teoria da realização do desejo, Freud então anuncia a publicação de “Além do Princípio do Prazer”.

Observa-se o caminho que Freud vai trilhando, desde seus estudos sobre as neuroses de guerra, para compreender como opera a economia libidinal no trauma. Seus esforços não resultam em muitos avanços, mas utiliza-se do conceito de trauma para avançar em outras áreas do funcionamento do aparelho psíquico.

Depois de uma breve introdução sobre suas questões com a economia psíquica, Freud retoma o assunto da neurose traumática a partir do capítulo II de seu estudo. Ele a descreve como uma condição que ocorre após graves acidentes que envolvem risco de vida e reforça sua importância por ter colocado fim à tentação de atribuir a causa do distúrbio a lesões orgânicas do sistema nervoso. Ele compara o quadro sintomático com a neurose histérica, mas afirma que ela ultrapassa fortemente essa em indisposição subjetiva e perturbação das capacidades mentais. Para ele, de

qualquer forma, as neuroses de guerra e as neuroses traumáticas ainda restam sem explicação completa. Sobre as últimas, aponta duas características importantes: a primeira, o susto ou fator surpresa, e a segunda, que o ferimento ou dano infligido simultaneamente opera contra o desenvolvimento de uma neurose.

A seguir, ele explicita claramente a diferença entre 'susto', 'medo' e 'ansiedade'. A 'ansiedade é definida por ele como um estado de esperar o perigo ou preparar-se para ele, ainda que seja desconhecido. Ele não relaciona este estado psíquico com a neurose traumática, pois nela existe algo que protege o sujeito contra o susto. O 'medo', diz ele, é sempre contra um objeto já previamente definido. Mas 'susto' é o nome que se dá ao estado de alguém que entrou em perigo sem estar preparado. O fator surpresa na neurose traumática está assim dado.

Freud volta aos sonhos, apontando os sonhos de repetição na neurose traumática, que trazem de volta o paciente à situação de seu acidente, quando acorda em outro susto. Ou seria o mesmo, insistindo? A isso Freud dá o nome de 'fixação em traumas', tema que estuda com Breuer desde 1893. Ele retoma então o teor de realização de desejos dos sonhos e, para sua teoria não ser abalada pelos sonhos traumáticos, acha uma saída: refletir sobre as tendências masoquistas do ego. Freud foi tentando achar um caminho que explicasse a repetição dos sonhos traumáticos, e acabou tendo outros achados do funcionamento psíquico, sem resolver a questão da repetição daquele tipo de sonho.

E então, visivelmente ele para de explorar os mecanismos da neurose traumática, pois não encontra caminhos: "Neste ponto proponho abandonarmos o obscuro e melancólico tema da neurose traumática". (FREUD, 1920/1996, p. 24). De qualquer forma, ele dá continuidade a outros aspectos de sua teoria econômica do psiquismo, mas sempre volta ao tema que lhe é confessadamente obscuro.

Tratando do papel dos estímulos externos ao aparelho psíquico, com vistas a compreender o que está além do princípio do prazer, ele descreve como 'traumática' qualquer excitação vinda de fora que seja suficientemente poderosa para atravessar o escudo protetor. Aqui se pode evocar a história do goleiro mexicano, que teve seu 'escudo protetor' vazado por um gol. Voltando a Freud, ele infere que o conceito de trauma implica necessariamente em um rompimento da barreira que pode ser eficaz contra outros estímulos. "Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis". (FREUD,

1920/1996, p. 40). Para Freud, não há mais possibilidades, nesse caso, de impedir a inundação do aparelho psíquico com tal quantidade de estímulos e o problema que surge é dominá-las e “vinculá-las no sentido psíquico” para que se possa então delas se desvencilhar. A leitura que se faz é que o necessário para se desvencilhar, ou seja, para recalcar o acidente, seria simbolizar o estímulo externo, o que não parece possível no caso do trauma para Freud.

Ele fala em sofrimento físico, mas este estímulo externo pode ser psíquico também, externo ao aparelho psíquico. Ao propor um esquema econômico do trauma, Freud afirma que uma enorme quantidade de energia catéxica é demandada ao redor da ruptura, assim como uma anticatexia é estabelecida em outros sistemas psíquicos, empobrecendo as funções psíquicas do paciente no geral. Talvez por isso chame o trauma de tema melancólico. Ele conclui que quanto maior a catexia vinculada ao sistema psíquico, ou seja, quiescente, maior sua força vinculadora. E quanto menor a força vinculadora, menos capacidade de receber um influxo de energia e mais violenta serão as consequências de tal ruptura no escudo protetor. Freud chama a neurose traumática de distúrbio econômico, mas não avança novamente na questão, que considera nebulosa e indefinida no que descreve como metapsicologia. Ele acaba derivando para outras questões, às quais consegue expressivo progresso utilizando-se do que havia alcançado até então com a teoria do trauma.

## 2.4 O TRAUMA E O DESAMPARO HUMANO

Com “Inibições, Sintomas e Angústia” (1925), Freud trata da questão dinâmica do trauma, através dos estudos dos afetos a ele associados, principalmente a ansiedade. Ele alerta para o fato de que as sensações de desprazer e ansiedade não surgem apenas como resultado do aumento de catexia e que esta consequência não pode ser apenas explicada do ponto de vista econômico. “A ansiedade não é criada novamente na repressão, é reproduzida como um estado afetivo de conformidade com uma imagem mnêmica já existente”. (FREUD, 1926/1996, p. 97). É necessário destacar esta sua observação sobre a “imagem mnêmica”, que é o que não há em uma situação traumática. Mas estas, as experiências traumáticas primordiais também determinam estados afetivos, pois quando situação semelhante ocorre, as reminiscências são revividas. Sobre a formação de sintomas, diz que a tentativa de

desfazer experiências traumáticas constituem um dos grandes motivos de formação de sintomas.

Ainda no mesmo estudo, no capítulo “Observações suplementares sobre a ansiedade”, comparando a ansiedade neurótica da realística, Freud aponta para duas reações ao perigo real. Uma delas, reação neurótica, seria a afetiva, com o desencadeamento da ansiedade, e outra seria a ação protetora, realística. Ainda assim, alerta para os casos em que ambas se mesclam. “O perigo é conhecido e real, mas a ansiedade referente a ele é supergrande, maior do que parece apropriado. É esse excedente de ansiedade que trai a presença de um elemento neurótico”. (FREUD, 1920/1996, p. 161). Ao se indagar sobre qual o significado e a essência de uma situação de perigo, ele cita a própria estimativa do sujeito face ao perigo e apresenta o *desamparo* como um ponto importante frente à situação traumática. Frente ao desamparo físico se se tratar de um perigo real e desamparo psíquico se for instintual, o indivíduo se guia pelas suas próprias experiências para estimar seu risco. Freud chama de *situação traumática* a situação de desamparo que ele tenha realmente experimentado e distingue essa de uma situação de perigo. A ansiedade viria de um lado, da expectativa da situação de desamparo, ou seja, um trauma lembrado, e por outro, de uma repetição dele em forma amena. E aponta para dois traços de ansiedade com origens diferentes. “Sua vinculação com a expectativa pertence à situação de perigo, ao passo que sua indefinição e falta de objeto pertencem à situação traumática de desamparo – a situação que é prevista na situação de perigo”. (FREUD, 1926/1996, p. 162).

Na sequência, Freud faz uma afirmação que contém, ela mesma, pistas para entender o mecanismo próprio da repetição no trauma: “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, 1926/1996, p. 162). É como se essa tentativa fosse uma reprodução para que de alguma forma o aparelho psíquico consiga vincular psicicamente, seja simbolizar, a experiência traumática.

Mais adiante, ele afirma que “um perigo real é aquele que ameaça uma pessoa a partir de um objeto externo, e um perigo neurótico é aquele que ameaça a partir de uma exigência instintual”. (FREUD, 1926/1996, p. 162). A exigência instintual causaria um trauma? Ele comenta que só se tornaria um perigo interno quando sua satisfação provocasse um perigo externo.

No capítulo “Ansiedade, Dor e Luto”, volta à questão do desamparo, e retoma a questão mnêmica presente no trauma, ao afirmar que, em consequência da incompreensão dos fatos pelo bebê, situações de perigo podem se tornar situações traumáticas. Como quando a mãe falta, e a ansiedade pode vir da perda de percepção do objeto. Mas diferencia a situação traumática de sentir falta da mãe, da situação traumática do nascimento, onde não existia o objeto. Ou seja, no trauma há um objeto na cena.

Em “A questão da análise leiga”, reafirma a importância da organização apropriada do ego, sem a qual se fica a mercê de traumas: “A diferenciação do ego é, acima de tudo, um passo no sentido de autopreservação”. (FREUD, 1926/1996, p. 197). Assim, o afeto da ansiedade pode dar sinal de perigo por reviver impressões que o sujeito experimentou anteriormente com o trauma, sendo em alguma medida protetor e saudável para o aparelho mental.

Pois para Freud a origem real do perigo pode aparecer como índice de caráter benigno de sua elaboração psíquica. Ele fala mesmo na função terapêutica da realidade concreta, que pode sugerir um prognóstico favorável. Portanto, podemos indicar duas categorias de angústia: a neurótica, no quadro de fantasia; e a real, frente a um perigo da realidade. Porém, nem sempre o sujeito tem condições elaborar psiquicamente o incidente da realidade do aparelho psíquico.

Em 1932, Freud continua intrigado com o trauma, sem encontrar conclusões satisfatórias. Em sua Conferência XXIX, “Revisão da Teoria dos Sonhos”, volta a evocar os sonhos traumáticos que se seguem à traumas psíquicos graves. Segundo sua hipótese, do sonho como realização dos desejos, isso não deveria ocorrer: “Que impulso decorrente de desejos poderia satisfazer-se retornando, dessa maneira, a essa experiência traumática tão desagradável? É difícil imaginar.” (FREUD, 1932/1996, p. 36-37).

Ele discorre sobre a diferença entre os sonhos comuns e os sonhos na neurose traumática. Chega a pensar que a função dos sonhos neste caso falhou, e acaba por dizer que o sonho é a *tentativa* de realização de um desejo. Diz ainda que a fixação inconsciente a um trauma parece ser um obstáculo à função de sonhar, pois nem o relaxamento da repressão permite que se ative a pressão da fixação traumática, havendo “*um fracasso no funcionamento da elaboração onírica, que gostaria de transformar os traços de memória do evento traumático em realização de um desejo.*” (FREUD, 1932/1996, p. 38).

Em suas últimas elaborações, ele complexifica seu pensamento.

Ao discutir o que determina a cura de um paciente e o fim da análise em “Análise Terminável e Interminável”, de 1937, Freud reafirma o caráter econômico do trauma. Trabalha com a ideia de que a etiologia de todo distúrbio neurótico é mista, formada por: fator constitucional, por pulsões excessivamente fortes para o ego, e fator acidental, pelos efeitos de traumas precoces que o ego imaturo foi incapaz de assimilar.

Quanto mais forte for o fator constitucional, mais prontamente um trauma conduzirá a uma fixação deixando atrás de si um distúrbio desenvolvimental, quanto mais forte for o trauma, mais certamente seus efeitos prejudiciais se tornarão manifestos, mesmo quando a situação pulsional é normal. (FREUD, 1937/1996, p. 236).

Freud acredita, além disso, que a etiologia do tipo traumático oferece o campo mais favorável para a análise.

No “Esboço de Psicanálise”, de 1938, ao escrever sobre o papel desempenhado pelo período da vida do sujeito, Freud retoma a ideia de que toda doença neurótica posterior se liga aos primeiros anos da infância, especialmente até a idade de seis anos. A exceção seriam justamente as neuroses traumáticas, mas afirma que suas relações com determinantes na infância não foram investigadas. Ele toma a ideia de trauma como um mecanismo ao explicar que o ego, na infância, por ser débil, imaturo e incapaz, fracassa em lidar com tarefas que, posteriormente, seria capaz de lidar com facilidade. Nestas circunstâncias inclusive as exigências instintivas operam como traumas, tanto quanto as excitações do mundo externo. Alega o prolongado período de dependência infantil da espécie humana como característica biológica fundamental na etiologia das neuroses e que nenhum indivíduo humano é poupado das experiências traumáticas, nem escapa das repressões à que elas dão origem. Mais adiante no texto, apenas cita o complexo de castração como trauma mais sério na vida de um paciente, ao relatar seu caso. (FREUD, 1937/1996, p. 203).

Em “Moisés e o Monoteísmo”, que terminou em 1939, ao analisar o grupo específico dos judeus e sua religião, Freud faz uma comparação da psicopatologia e da psicologia social. No segundo ensaio, aborda os traumas como impressões que são experimentadas cedo e depois esquecidas e a que ele atribui grande importância na etiologia das neuroses. Diz não ser possível saber se esta etiologia pode ser

encarada como traumática no geral, pois nem sempre é possível descobrir um trauma na história primitiva do indivíduo neurótico.

Ele enfatiza dois pontos para buscar determinar a distinção entre as neuroses traumáticas e as não-traumáticas. Em primeiro, o fato de a gênese da neurose remontar invariavelmente a impressões muito primitivas na infância. Em segundo, que existem casos que se distinguem como traumáticos porque são poderosas as impressões das épocas primitivas, pois não puderam ser lidadas normalmente.

Na sua busca por analogia entre a psicopatologia e a psicologia grupal, Freud se depara com uma questão: como definir “traumático”? Ele evoca o fator quantitativo, econômico, mas ao mesmo tempo reafirma que por si só este fator não é determinante do trauma, pois pode ter efeito em determinada constituição psíquica e não em outra. Então relembra o conceito de “série complementar deslizante”, na qual dois fatores convergem para o preenchimento de um requisito etiológico. Ambos os fatores, constitutivo e quantitativo, colaboram para a origem do trauma, porém não de forma equilibrada, e ambos operam em conjunto. A seguir, despreza a distinção entre etiologia traumática e não-traumática na neurose.

Ainda assim, para atingir seu propósito, lembra que os sintomas de uma neurose são o resultado de certas experiências e impressões, chamadas por ele de traumas etiológicos. Como ele havia afirmado anteriormente em sua obra, diz que todos estes traumas acontecem na primeira infância, durante os primeiros cinco anos de vida. Estas experiências são depois totalmente esquecidas, relacionam-se com impressões de natureza sexual e agressiva, e também a danos precoces ao ego, no que chama de mortificações narcísicas. “Os traumas são ou experiências sobre o próprio corpo do indivíduo ou percepções sensoriais, principalmente de algo visto e ouvido, isto é, experiências ou impressões”, ele afirma. (FREUD, 1939/1996, p. 89). A intervinculação da experiência precoce esquecida e do caráter sexual e agressivo é estabelecida por uma teoria no trabalho de análise, pela narrativa, que pode provocar o conhecimento das experiências e trazê-las de volta à memória.

Neste texto ainda, Freud afirma que há um trabalho no trauma, cujos efeitos podem ser positivos ou negativos. Os positivos decorrem da fixação e da compulsão à repetição, indicam um trabalho contínuo na tentativa de resolver o conflito psíquico.

Recordar a experiência esquecida ou, melhor ainda, torná-la real, experimentar uma repetição dela de novo, ou mesmo que ela seja apenas um

relacionamento emocional primitivo, revivê-la num relacionamento análogo com outra pessoa. (FREUD, 1939/1996, p. 90)

Os efeitos negativos seguem o objetivo oposto: que nada dos traumas seja nem recordado nem repetido, causando reações defensivas como evitações, inibições e fobias. Fundamentalmente são fixações no trauma.

Para Freud, os sintomas neuróticos são conciliações entre ambas as tendências, que se reúnem até que uma encontre expressão preponderante. Essa oposição entre as reações positiva e negativa dá início a conflitos em que, normalmente, o sujeito não chega a nenhuma conclusão. Ele atribui a ambos os efeitos, ou seja, às constantes tentativas de resolver o trauma, a formação do caráter em geral.

O autor ainda cita outra característica do trauma: a latência. Um trauma pode desencadear imediatamente sintomas neuróticos, com uma abundância de esforços de defesa, mas pode também seguir um curso latente e não ser notado. Ele fala das alterações do ego, deixadas como cicatrizes. Geralmente, estas cicatrizes causam um efeito retardado e uma tentativa de cura, como mais um esforço para reconciliar com o resto das partes do ego que foram expelidas pela influência do trauma. Diz que a única saída é o trabalho de análise, ou seja, pela narrativa. Mas que frequentemente acontece uma devastação ou fragmentação do ego pela parte expelida que é dominada pelo trauma, no retorno parcial do reprimido. Em "Moisés e o Monoteísmo" ele aporta o ponto final à sua teoria do trauma no desenvolvimento das neuroses.

Desde Freud, pode-se dizer que acontece uma oposição dialética entre trauma e fantasia. Dunker (2006, p. 39) define: "O trauma pode ser considerado um evento hipertenso, que excede à capacidade representacional e que colhe o sujeito antes que este possa tramitá-lo psiquicamente". Ele aponta que, em Freud, a tônica é em seu caráter disruptivo, desorganizativo ou imprevisível. A fantasia surge como o espectro encobridor, que distorce e refrata, ao mesmo tempo que inclui o fato do trauma. Mas o trauma não é a realidade que a fantasia encobre como uma ilusão. "Há uma realidade própria desta ilusão, assim como uma ilusão interna a esta realidade". (DUNKER, 2006, p. 40). Ou seja, a própria realidade do traumatismo é de pouca importância para a determinação etiológica do trauma.

Freud construiu o conceito de trauma tanto como um mecanismo fundamental no estabelecimento das neuroses, como tentativas de defesa contra a ameaça externa. Isso pode fazer pensar no trauma como um mecanismo específico das

neuroses, como um ponto de foraclusão dentro de um universo de representações. Um ponto a explorar no próximo capítulo.

## 2.5 CONCLUSÃO

O fio condutor de sua teoria sobre o trauma aponta para características importantes:

- O caráter quantitativo, econômico, do trauma, na excitação do aparelho psíquico por um evento externo ao aparelho psíquico, ainda que pulsional;
- A falta de memória anterior sobre o evento, ou seja, o caráter constitucional, que não permite que o objeto do trauma se vincule psicologicamente. Em outras palavras, a falta de representação;
- O caráter de repetição do trauma, figurado na forma da insistência em se fazer representar. Se Freud pensava que o caráter do sonho traumático contradizia sua teoria do sonho como realização de um desejo, pode-se deixar tranquila sua memória, pois entende-se que o desejo no sonho traumático é de realizar a incorporação da imagem traumática ao psiquismo. O sonho traumático quer transformar a imagem mnêmica do trauma em representação;
- O caráter de extimidade ao aparelho psíquico. Ainda que o conceito de extimidade tenha vindo posteriormente na Psicanálise, Freud já se referia à esta posição topológica, quando dizia sobre o trauma: “isolado psicologicamente”, “expelido do ego”. Ou seja, sem vinculação, sem representação e sem integração ao psiquismo, ainda que dentro do aparelho psíquico. Um dentro-fora;
- O caráter temporal nas neuroses, quando se observa o desrecalcamento parcial das pulsões, por exemplo, na puberdade. Pode-se inferir que talvez seja o caso de pensar que é justamente nesta época do desenvolvimento que conteúdos traumáticos se vinculam a novas representações, quer seja, se conectam aos fatos soltos dos traumas infantis. O efeito deve ser catártico, com grande descarga afetiva.
- O caráter de imprevisibilidade.

Postas estas características do trauma em Freud, pode-se também abordar o aspecto da terapêutica do trauma. Ele insiste que o trauma deve ser tratado em análise, pois vestígios do trauma nunca estão presentes na memória consciente. Este é um ponto de grande importância, pois mostra o papel fundamental da transferência na terapêutica do trauma. Freud fala que uma enorme quantidade de energia é demandada ao redor da ruptura e empobrece outras funções psíquicas no geral, fato que ele chamou de mortificação narcísica. Talvez por isso chame o trauma de tema obscuro e melancólico. Obscuro para ele, mas melancólico para o sujeito, que perde o investimento libidinal na tentativa de incorporar o objeto do trauma ao psiquismo. Pode-se concluir que a terapêutica do trauma seria recuperar a catexia em torno de outras funções psíquicas e do próprio narcisismo.

No próximo capítulo será discutido o trauma à luz dos avanços da clínica psicanalítica pós-Freud, através das obras de Lacan, de Melman e de outros comentadores que muito contribuíram para este tema, avançando os conceitos primários do mestre.

### 3 O REAL E A REPETIÇÃO

I am inclined to believe that there is no such thing as repetition.  
The inevitable seeming repetition in human expression is not  
repetition, but insistence. (Gertrude Stein, 1934)

Tomando como fio condutor os conceitos e pontos relevantes sobre o trauma na obra de Freud, sobre o qual ele conseguiu produzir uma teoria precisa, vamos ampliar e explorar o que os pós-freudianos avançaram.

Em Freud vimos que as características do trauma como processo psíquico incluem um caráter quantitativo, intenso; além da falta de representação, anterior e posterior, o que suspende o sujeito em um tempo eterno; o caráter de repetição; e de extimidade ao aparelho psíquico.

Uma das mais importantes discussões sobre o trauma é a questão da realidade, a qual Freud já se colocava desde 1897. Soler (2007/2021, p. 50), afirma que o mestre já havia descoberto em 1916, talvez sem sabê-lo, que nas neuroses, “a fantasia é uma fantasia de trauma, não é acidental, é algo típico da neurose.” Tudo isso para questionar o estatuto de realidade da cena traumática.

Soler (2007/2021, p. 52), continua, ao dizer que, se a cena ocorreu ou não, o resultado é o mesmo. Ou seja, que a incidência da realidade sob a forma daquilo que advém não importa. E foi isso que permitiu a Freud afirmar o que ele chama de “realidade psíquica”. No caso do trauma, a verdade está do lado da realidade psíquica.

No que diz respeito ao caráter quantitativo, Soler (2007/2021, p. 53) reafirma a fixação libidinal, da qual o imaginário não faz parte. Trata-se de uma quantidade de excitação impossível de dominar (p. 56). Ela ainda destaca que Freud distingue as excitações que vêm do exterior e a excitação interna, e afirma que isso corresponde à distinção entre trauma sexual e trauma da civilização.

Para a psicanalista (Soler, 2007/2021, p. 59), o grande passo que Freud dá na teoria do trauma está em “Além do Princípio do Prazer”, quando ele passa do par trauma/fantasia para o par trauma/repetição, e, quer imaginado ou não, o trauma provém do real. Sua interpretação é de que Freud constrói a série completa ao identificar a neurose traumática: “trauma, angústia como consequência – afeto do sujeito como consequência do trauma -, recalque, sintoma”. É em “Inibição, Sintoma e Angústia”, que Soler (2007/2021, p. 60) vê em Freud a construção efetiva de uma teoria do trauma. No texto, “ele ressalta duas coisas: primeiro, o perigo real pode ser

atual, este caso ele o chama de angústia real – *Real Angst*, em alemão. O encontro com o perigo atual produz uma angústia real”. A qual ele contrapõe à angústia sinal, que “é uma angústia que tem a função de preparar o sujeito para o perigo. A angústia sinal é o remédio para a surpresa que inclui o trauma: ela prepara para o perigo”.

Soler retoma a questão do perigo do excesso de excitação (2007/2021, p. 61), na qual a exigência pulsional é algo real. Aqui cabe um parêntese para uma situação recorrente na clínica, especialmente com adolescentes: a automutilação, através de cortes na pele, como se cortassem este circuito de exigência pulsional e atuasse literalmente na carne, onde o imaginário se faz ausente. Frente ao perigo pulsional, o corte na angústia, cessando o excesso de excitação. A consequência é comumente relatada como alívio. Outro sintoma comum, que veremos mais adiante, com a análise do filme “*La teta Asustada*” e que também vemos no consultório, principalmente na clínica com adolescentes, são os desmaios, ausências, e muitas vezes convulsões sem uma explicação neurológica, onde o sujeito se ausenta completamente da cena.

Voltando à Soler (2007/2021, p. 61), ela destaca que, em Freud, a situação de perigo se distingue da situação traumática e que, na definição do laço trauma/angústia, o sujeito está incluído, pois há o reconhecimento de sua relação com uma situação de desamparo anteriormente vivido. Este é um ponto importante, pois pode-se pensar tanto na singularidade da cena traumática, ainda que vivida coletivamente, quanto na implicação do sujeito do inconsciente na cena. O traumatizado não é um indivíduo a ser reparado ou compensado, mas alguém que deve se implicar com as consequências do que vive.

Quando Freud avança no estudo sobre o trauma em “Moisés e o Monoteísmo”, Soler acentua a importância do que ela chama de traumas da civilização (2007/2021, p. 64). Ela diferencia o trauma ligado ao inconsciente do trauma da civilização:

Há dois tipos de traumatizados. Há os sujeitos e, na medida em que são traumatizados de origem, eles se esquecem, e é a análise que talvez permita reconstruir, trazer algo de volta; porém, precisamente os traumatizados de guerra, por acidentes ferroviários, etc., se caracterizam, como diz Freud, pelo esquecimento impossível. (2007/2021, p. 64-65)

Este não-esquecimento assemelha-se à alucinação, pois são imagens que não estão inscritas no discurso da memória inconsciente, e retornam como imagens vivas. Ela destaca ainda (Soler, 2007/2021, p. 66-67) o que Freud chama de forças do sujeito, que são subjetivas e “designam a capacidade de suportar as tensões, as

excitações, e segundo, também mobilizam o núcleo fantasmático. É a fantasia que interpreta o momento traumático nas sequelas, poderia dizer, no *après-coup*".

Trazer as reflexões de Colette Soler para este estudo permite fazer uma passagem da pioneira teoria freudiana sobre o trauma para as considerações lacanianas, não menos pioneiras, a respeito do assunto. Pois o presente estudo tem como intenção explorar os conceitos lacanianos de representação, de real e de repetição, conceitos estes destacados na leitura de Soler sobre o trauma em Freud. Além de pensar nas questões que envolvem o tratamento e sua direção, nem sempre simples em se tratando de sujeitos traumatizados.

### 3.1 LACAN E A REPRESENTAÇÃO

O que é rejeitado no simbólico reaparece no real.  
(Lacan, 1960/1991, p. 164)

É no Seminário VII (1959/1991), que Lacan vai tratar da relação do sujeito com a realidade, usando os conceitos do simbólico, do imaginário e do real (p. 21). Portanto, vamos destacar algumas de suas reflexões para referenciar o sujeito em relação ao real e à realidade. Também trataremos da questão da representação, que de alguma forma intermedia a relação do sujeito com a realidade. Deve-se destacar que Lacan não estava falando exatamente do trauma, mas sim trabalhando conceitos que interessam ao seu estudo.

Ao se debruçar sobre a questão do princípio do prazer e do princípio da realidade, Lacan (1959/1991, p. 39) explica como Freud rearticulou esta oposição ao longo de toda sua obra. O autor explica, mais adiante no texto (p. 40), que o funcionamento do aparelho neurônico deve sua eficiência ao princípio de realidade, que faz a retificação daquele. "O modo pelo qual opera é apenas rodeio, precaução, retoque, retenção. Ele corrige, compensa o que parece ser a tendência fundamental do aparelho psíquico, e fundamentalmente, opõe-se a ela." Nota-se que a falha desse sistema pode ocasionar diversos distúrbios, um deles o trauma.

Lacan sublinha que este princípio se apresenta, na perspectiva freudiana, bastante precário: "A realidade é precária. E é justamente na medida em que seu acesso é tão precário que os mandamentos que traçam sua via são tirânicos. Enquanto guias para o real, os sentimentos são enganadores." (Lacan, 1959/1991, p.

43). O sujeito, na escassez de recursos psíquicos para lidar com a realidade, toma a fantasia como mediadora e nem sempre obtém sucesso. Lacan adverte sobre a identidade de percepção, que é governada pelo princípio de prazer: “Pouco importa que seja real ou alucinatória, ela tenderá sempre a se estabelecer. Se ela não tiver a sorte de coincidir com o real, será alucinatória.” (Lacan, 1959/1991, p. 44)

Portanto, a ideia lacaniana é de que toda percepção vinda do mundo exterior é, por si mesma e sua natureza, inconsciente, e o pensamento então não está no mesmo nível do princípio de realidade. Todo pensamento é situado como que submetido ao princípio do prazer. E a única coisa que quebra este ciclo, produzindo apreensão nos processos de pensamento, é a produção de palavras, que conferem “no que diz respeito à consciência, o sinal que lhe confere seu valor, sua presença, sua estrutura.” (Lacan, 1959/1991, p. 45). É a estrutura do inconsciente, uma estrutura de linguagem, que confere valor ao princípio de realidade:

O princípio de realidade governa o que ocorre no nível do pensamento, mas é apenas na medida em que do pensamento retorna alguma coisa que, na experiência humana, ocorre ser articulada em palavras, que ele pode, como princípio do pensamento, vir à consciência do sujeito, no consciente. (Lacan, 1959/1991, p. 45)

Através da explicação desse mecanismo, pode-se inferir que a falta de representação, de linguagem, de narrativa, nas diversas cenas traumáticas, bloqueia o sujeito na imagem alucinatória.

Lacan também aborda (1959/1991, p. 77) a questão quantitativa, cuja admissão é regulada pelo que o organismo pode suportar. Quando ela vai além do limite, a impulsão psíquica se difunde no organismo, e a quantidade se transforma em complexidade. Ele aponta que o que pode “regular a invasão da quantidade segundo o princípio do prazer – é o evitamento, a fuga, o movimento. É a motricidade que cabe, em última instância, a função de regular para o organismo, o nível de tensão suportável, homeostático.” Ao que parece, no trauma o princípio de prazer falha, e não há fuga possível perante o perigo.

Mas o que exatamente falha no trauma no processo percepção-pensamento-princípio de realidade? Lembremos de Freud no primeiro capítulo deste estudo: a falta de representação, que não permite que o objeto do trauma se vincule psiquicamente. Para que haja representação, para que haja um elemento associativo, combinatório

que seja, *Vorstellungrepräsentanz*, é necessário que o que funciona no princípio de prazer se insira entre a percepção e a consciência, nos diz Lacan:

Os processos de pensamento, na medida em que regulam, pelo princípio do prazer, o investimento das *Vorstellungen* e a estrutura na qual o inconsciente se organiza, a estrutura na qual a subjacência dos mecanismos inconscientes se floclula, o que constitui o grumo da representação, ou seja, algo que tem a mesma estrutura – esse é o ponto no qual insisto – do significante. (1959/1991, p. 80).

O autor insiste na importância das palavras, e explica que o que regula as leis do inconsciente são as leis da metáfora e da metonímia. Justamente o que não funciona quando uma cena traumática se estabelece, por não haver nenhum elemento associativo que possa dar corpo à cena vivida ou à excitação interna experimentada.

Quando há um fluxo de excitação, especialmente em situações claras, evidentes e precisas, como conflitos armados, onde para um ou outro, pois não se pode generalizar, mas para aqueles que o fluxo de excitação, significativo de uma ameaça mortal não pode ser dialetizada, Melman (2017, n.p.), alerta que há um grande risco de produzir um trauma.

Recentemente pudemos ter notícias de uma mãe turca que perdeu seu filho no grande terremoto que sacudiu uma parte do país, e que chorava havia três dias, sem conseguir falar. A reportagem (Finotti, 2023, n.p.) fala que ela enfrentava a culpa de ter sobrevivido, e quanto a isso não sabemos, uma vez que ela não falava. Mas pode-se pensar que a impossibilidade de falar, de narrar, faz parte do escopo da cena traumática. Ainda, que não seja possível falar, mas integrar o acontecimento no sistema simbólico, através de um terceiro, que possa ocupar esse lugar de significação para o sujeito.

Como resposta a estas situações de urgência, cada vez mais frequentes e presentes na vida de todos, inclusive com as situações de extremos climáticos, como grandes secas e incêndios, deslizamentos de terra e enchentes, Melman (2017, n.p.), propõe como resposta social o trabalho de ouvir imediatamente:

E é por isso que os psicólogos militares souberam muito bem recomendar o que fazer: o que importa imediatamente, no local, assim que acontecer algo com algum indivíduo, imediatamente fazê-lo contar o episódio, o que lhe aconteceu, imediatamente fazê-lo historicizar, imediatamente..., não esperar que a ambulância o leve ao posto de salvamento, e sim no local. Ou seja, imediatamente levar o sujeito a contar as circunstâncias, a historicizar, a integrar o acontecido em uma história, contar sobre a importância daquela história para cada um e integrar esta narrativa em uma história do que lhe

aconteceu. Não deixar se constituir uma espécie de choque de encontro com um real absurdo e que, eu diria, o mataria psicologicamente. (tradução nossa).

Ou seja, o que ele propõe é incluir a cena vivida, o excesso de excitação, na cadeia significativa, e lhes conferir valor na estrutura de linguagem e produzir um discurso. Na cena potencialmente traumática, se não se produz esse discurso imediatamente, através de um terceiro que sustente este encontro, o significativo não encontra outro significativo e o sujeito não é representado, ficando eclipsado da cena.

Para Melman, não há mais sujeito então, nem discurso, nem identidade, nem desejo, é como um estado de morte psíquica. Talvez exatamente o que a mãe turca estivesse vivendo naquele momento, presa na imagem da perda do filho, como afirma Melman (2017, n.p.), como único elemento de suporte de sua vida. O autor ainda sublinha o quanto se fica fixado na imagem última da cena traumática.

Se para Lacan (1960/1991, p. 150),

a função do princípio do prazer é, com efeito, conduzir o sujeito de significativo em significativo, colocando quantos significantes forem necessários para manter o mais baixo possível o nível de tensão que regula todo o funcionamento do aparelho psíquico,

seria o trauma um curto-circuito no princípio do prazer? Um terceiro é necessário urgentemente na cena para que possa fazer suplência à falha na cadeia significativa. “Faz falta o Outro, a testemunha, o olho e o ouvido, a transferência.” (Brausntein, 2003, p. 95).

Brausntein (2003, p. 99), afirma que a falha no princípio do prazer é o que leva necessariamente à pulsão de morte, ao retorno do inanimado, à sufocação e à anulação do aparato significativo.

Na Lição X do Seminário VII (p. 171-172), Lacan responde a uma pergunta do Sr. Laplanche, sobre a relação do prazer com o jogo do significativo, a qual ele responde: “cada vez que um estado de necessidade é suscitado, o princípio de prazer tende a provocar um reinvestimento em seu fundo.” Ele sublinha: um reinvestimento alucinatório do que anteriormente foi alucinação satisfatória. Para ele, o princípio do prazer tende ao reinvestimento da representação. No trauma, esta dialética não acontece: não há nem representação nem reinvestimento.

Braunstein (2003, p. 99), citando Lacan, afirma que “no nó borromeano, o trauma se inscreve na área do gozo do Outro, entre o imaginário da fantasia e o real que volta sempre ao seu lugar, fora do simbólico”.

Assim, o paciente vai de sujeito a assujeitado ao real que se impõe como repetição do signo, sem ter sido incluído em um sistema significante. Lacan, em “A Terceira” (1974, p. 20), descreve:

esse gozo do Outro, é aí que se produz o que mostra que tanto o gozo fálico é fora do corpo quanto o gozo do Outro é fora da linguagem, fora do simbólico, pois é a partir daí, a saber, a partir do momento em que se capta o que há - como dizer - de mais vivo ou de mais morto na linguagem, ou seja, a letra, é unicamente a partir daí que temos acesso ao real.

E, como aponta Braunstein (2003, p. 100), o que falha no processo psíquico, que culmina no trauma, é algo da ausência de um elemento, qual seja, o significante do desejo do Outro, que não é formulado. E é no encontro com essa falha, com essa falta de significante, que reside o “valor traumático” da cena.

### 3.2 AS DIMENSÕES DO REAL E DA REPETIÇÃO

Para prosseguirmos com o estudo, vamos trazer os dois tipos de trauma apontados por Melman (2016, n.p.), que já estavam delimitados na obra de Freud.

O primeiro, que inaugurou o tratamento psicanalítico, ele chama de “pseudotrauma”. São os traumas estruturais, dos pacientes cujos sintomas são eloquentes e possuem uma discursividade, o que Freud chamava de neurose traumática. Nesta, a neurose vem de uma fantasia que vem a ter uma ação sobre o psiquismo, engendrando um recalçamento.

O segundo, objeto de nosso estudo, Melman chama de trauma psíquico verdadeiro, com um acontecimento na realidade, não só na fantasia. Não há dialetização, ao contrário, há uma efração do real. O recalçamento, uma operação complexa psiquicamente, não acontece.

Em todo caso, portanto, o real que tem a ver com quem está exposto a um trauma psíquico e às consequências físicas, é um real vazio. E que ameaçou a vida do paciente, uma ameaça que ficou sem significação, à qual não se presta nenhuma interpretação. Se o paciente fizesse qualquer projeção paranóica, ou seja, supusesse que lá, nesse real, haveria alguém que

quisesse algo dele, ele estaria salvo, não estaria traumatizado. (Melman, 2016, n.p., tradução nossa)

Para Melman (2016, n.p.), este é um real que nada diz, que nada quer, mas que, na fixação da imagem, provoca no paciente uma espécie de anulação do imaginário. Não há nada a dizer, como se ele estivesse ausente do acontecimento. É evidente também o desaparecimento do simbólico, uma vez que o imaginário não está presente. O real encapsula as dimensões imaginária e simbólica. O sujeito fica ausente deste movimento, pois o real encobre as outras dimensões borromeanas e as fecha. Não resta uma dialética possível, só o real para responder ao real e a partir do real. Este real tem a propriedade singular de abolir justamente o que poderia funcionar com produção discursiva, e provoca uma estagnação na imagem, como afirma Melman (2016, n.p.). Um nó tórico. O sujeito e sua subjetividade ficam eclipsados, o que torna esta clínica muitas vezes reduzida, limitada. Não há demanda, e o analista também é tomado por esta impotência.

No trauma verdadeiro, ele afirma, o paciente não a ultrapassa porque este é o único gozo que lhe resta, um gozo que não é do semblante. “No trauma, goza-se de seu corpo, de suas cicatrizes, de seus sofrimentos, de suas amputações, etc”. (Melman, 2016, p. 3, tradução nossa).

O paciente não consegue falar pois que o lugar de sujeito está desabitado e vazio, não furado. É quando ele está ausente de seu próprio ato. Melman (1996, p. 2) ainda propõe que, a partir da fórmula da fantasia em Lacan, deve-se visar o trauma como o excesso, a emergência de um objeto *a*, a presentificação do excesso, não a presentificação do falo, que com sua barra faz surgir o sujeito. “É a presença do excesso, não mais a presença do falo, como representante do significante, e é isso que abole o sujeito”. (Melman, 2016, p. 3, tradução nossa)

Então é como se a cena traumática produzisse um sujeito não-barrado, com a subjetividade não-barrada, abolida. Não se faz metáfora, é pura metonímia da repetição, pois o real não está no campo do significante, está no campo do sem sentido, fora do sujeito. No Outro existe a falta e é a falta significada que constitui o sujeito. Portanto, no trauma não existe mais um sujeito do significante.

No trauma verdadeiro, afirma Emerich (2018, p. 7), o que dá a entender é que “o paciente está condenado a repetir o mesmo, sua vida se torna uma estagnação na imagem, onde a potente pulsão de repetição conduz o sujeito a uma impotência, a

uma sideração, a um equivalente da morte do sujeito” (tradução nossa). Para a autora, somente as pulsões de vida, sexuais, podem enfrentar a repetição da pulsão de morte.

Diferenciados os traumas em Melman, pode-se ainda acrescentar o trauma como constitutivo do sujeito em Lacan (1974, p. 57), que indica a existência da linguagem no ser falante como traumática. É a própria constituição do psiquismo, e não a determinação por fatos contingentes, que seria o trauma. Desenvolve a noção de *troumatisme*, no que excede o simbólico e o imaginário, aludindo ao real, a *tiquê*. Neste jogo polifônico, Lacan usa o termo *trou*, que significa buraco. Trata-se do buraco do real, do *trou* que figura no âmago do toro das identificações. Não desenvolveremos, neste estudo, este conceito lacaniano, vamos nos ater ao que o mestre nos transmitiu sobre o real e a repetição, conceitos importantes para a compreensão do mecanismo do trauma verdadeiro, como entende Melman.

O encontro do sujeito com as dimensões do real e da repetição é desenvolvido por Lacan no Seminário XI (1964). Em primeiro, ele diferencia a rememoração da repetição:

É aqui que é preciso distinguir o porte dessas duas direções, a rememoração e a repetição. De uma a outra, não há mais orientação temporal como não há mais reversibilidade. Simplesmente não são comutativas – não é a mesma coisa começar pela rememoração para lidar com as resistências da repetição, ou começar pela repetição para ter um começo de rememoração. (Lacan, 1964, p. 43)

Lacan (1964, p. 51) diferencia em Freud a rememoração (*Erinnerung*) e repetição (*Wiederholen*), e afirma que o limite da rememoração é o real, que retorna sempre ao mesmo lugar, ao lugar onde o sujeito não o encontra. Lacan (1964, p. 52) entende que a descoberta de Freud da repetição como função só se define para mostrar a relação do pensamento com o real. Lacan (1964, p. 53) se pergunta, e responde: “E por que, de primeiro, a repetição terá aparecido ao nível do que chamamos neurose traumática?” Neste ponto, ele retoma a discussão iniciada no Seminário VII (1959), sobre a questão da representação e do princípio do prazer, ao constatar que nada parece justificar a neurose traumática do ponto de vista do princípio do prazer. A ideia corrente seria que o objetivo da repetição seria dominar o acontecimento doloroso, mas “onde situar a instância que se entregaria a essa operação de domínio?” (Lacan, 1964, p. 53)

Para localizar e preparar seu leitor, Lacan avisa que ato não é comportamento, e que “um ato, um verdadeiro ato, tem sempre uma parte de estrutura, por dizer respeito a um real que não é evidente.” (Lacan, 1964, p. 52). Em seguida, lembra que a resistência do sujeito, nesse momento do trauma, se torna repetição em ato.

A seguir, ele introduz os conceitos de *tiquê* e *autômaton*, para articular a relação do real, da repetição e do princípio de prazer. Para ele, sempre somos chamados para o encontro com um real que escapole (1964, p. 55). Ele empresta de Aristóteles o vocabulário para cernir conceitos que expliquem o funcionamento do sujeito. *Tiquê*, encontro do real, em oposição a *autômaton*, o retorno, a volta, a insistência dos signos aos quais nos vemos comandados pelo princípio do prazer. (Lacan, 1964, p. 56). O real vige por trás do *autômaton*.

Assim, não há como confundir a repetição nem com o retorno dos signos, nem com a reprodução, ou a modulação pela conduta de uma espécie de rememoração agida. A repetição é algo que, em sua verdadeira natureza, está sempre velada na análise, por causa da identificação da repetição com a transferência na conceitualização do analista. Ora, é mesmo este o ponto a que se deve a distinção (Lacan, 1964, p. 56)

Ele acrescenta que essa ambiguidade da realidade em causa na transferência só pode ser esclarecida com a compreensão da função do real na repetição, que se produz sempre como por acaso.

O trauma, na história da psicanálise, dá forma à função da *tiquê*, do real como encontro, mas no que ele tem de *inassimilável*, Lacan sublinha (1964, p. 57). É neste lugar que se encontra o que pode permitir compreender o caráter conflitivo introduzido pela oposição entre princípio de prazer e princípio de realidade, este não tendo a última palavra. “Com efeito, o trauma é concebido como devendo ser tamponado pela homeostase subjetivante que orienta todo o funcionamento definido pelo princípio do prazer”. (Lacan, 1964, p. 57) Mas não é, pois aparece com o rosto desvelado no sonho, que seria o portador do desejo do sujeito produzindo em repetição o trauma.

Por mais que se desenvolva o sistema de realidade, uma parte essencial do que é da ordem do real fica refém do princípio do prazer. Lacan fala dessa exigência da realidade, que fica em *souffrance*, um sofrimento/espera, uma estagnação, a qual responde pontos radicais do real, que ele chama de encontros. Ele ainda convoca a ideia de processos primários, para explicar a ruptura entre a percepção e a consciência, aquela vindo sempre antes desta. (Lacan, 1964, p. 57)

Ao exemplificar através dos sonhos que invocam a realidade faltosa, no momento entre o sono e o despertar, onde a percepção já incorpora no sonho o dado de realidade, antes mesmo da consciência, Lacan (1964, p. 61) situa nesse lugar a *tiquê*, o encontro com o real, a que ele chama de “o avesso da representação”, a imagética do sonho, tanto como a imagética do trauma, que Freud designa como o *Vorstellungsrepräsentanz*, quer seja, não o representante da representação, mas sim o duplê da representação.

O lugar do real então vai do trauma à fantasia, esta última sendo a tela que dissimula algo do primeiro e é determinante na função da repetição. É o que para Lacan (1964, p. 61) explica a ambiguidade da função de despertar e da função do real nesse despertar. Que aponta para uma realidade que não é pouca, e que desperta outra realidade, escondida atrás da falta do que tem lugar de representação, a *Trieb*.

O sonho assim envelopou o real, escondeu o real atrás da falta de representação, da qual só existe um duplê. E Lacan afirma, claramente, que “o real que comanda, mais do que qualquer outra coisa, nossas atividades.” (Lacan, 1964, p. 61)

O autor (1964, p. 63) retoma a brincadeira do *fort-da*, a qual Freud observou em seu neto, para pensar a repetição. Ali onde falta significância, na ausência da mãe, o jogo do carretel é a resposta do sujeito a um fosso, e é com seu objeto que a criança repete o jogo. E é o jogo, o ato de jogar, o próprio *Representanz* da *Vorstellung*. O conjunto da atividade, a própria repetição vira um duplê, toma o lugar da representação ausente. Então a resposta do sujeito à falta de representação é a própria repetição.

Rudge (2003, p. 114), dá um destaque à questão temporal, também diferenciando a neurose traumática do trauma em si, ao afirmar que:

A abertura para o trauma é uma virtualidade permanente, mas ele não se constitui “só depois” como uma nodulação entre o recalçado e o acontecimento atual. Como impossibilidade de fazer sentido daquilo que irrompe agora, o trauma não se apóia no recalçado, mas sinaliza um vazio. É porque não há preparação, é porque a angústia não pôde sinalizar nada, que a barreira foi rompida, e a angústia automática se instalou (Freud, 1926, p. 162), estabelecendo-se o estado traumático. A compulsão à repetição busca, retroativamente, dominar o estímulo excessivo e gerar um sinal que nos proteja contra ser novamente apanhado desprevenido pelo evento traumático. Este é um trabalho de elaboração que visa construir algo onde não havia nada. Não há, portanto, uma temporalidade *Nachträglichkeit*, na gênese de uma psicopatologia traumática. Isto se manifesta com clareza na *literalidade* que caracteriza o sintoma traumático, assim como na resistência à representação do trauma por metáforas (Seligmann-Silva, 2000)

Portanto, o ato, que visa o objeto, não pode ser direta e genericamente reduzido ao real. Mas ele volta sempre ao mesmo lugar. E assim se produzem: o sintoma, como desencontro, que quer abolir no passado para excluir do presente; e a pulsão como reencontro, que o recria no futuro.

Ou seja, o trabalho do trauma, que visa por eliminá-lo, acaba por reproduzi-lo. Por isso que a repetição, própria do real, não se confunde nem com o retorno, que é a transferência, nem com as reminiscências-insistência, no caso dos sintomas. Dunker (2006, p. 46) aponta como consequência clínica que a pulsão pode ser liberada da fantasia assim como o sintoma pode ser liberado do trauma ao longo do encontro analítico.

Caruth (2000, p. 126) aponta para a repetição do trauma como uma falha em responder adequadamente a um evento intenso. A autora traça no pensamento de Freud um itinerário significativo do trauma como uma exceção, um acidente que surpreende a consciência tumultuando-a. E, ainda que Lacan não faça explicitamente esta leitura, ela entende que ele de fato sugere que o desencontro do trauma é também um encontro, “um encontro essencial – um compromisso com o real que nos ilude, para o qual somos sempre chamados”.

### 3.3 A QUESTÃO DO TRATAMENTO

Este é um dos pontos importantes a abordar neste estudo, que pretende ser um trabalho voltado para a clínica do trauma e das emergências subjetivas em tempos de guerras, atentados, pandemia, catástrofes climáticas, violência de Estado, violência urbana, entre outras situações com as quais nos deparamos diariamente no noticiário e na clínica. Os profissionais da área da Psicologia Clínica estão cada vez mais convocados a lidar com as consequências de todas estas emergências. Pretende-se então pensar nos subsídios clínicos para que este trabalho seja efetivo.

O que Melman (2016, n.p.) propõe como terapêutica é não evocar no paciente o acontecimento em si, o fato que originou o trauma. Isso é o que deve ser feito no momento do evento, se possível, para evitar o traumatismo, se algum risco há, pois não há como prever. Mas, depois do trauma instalado, a melhor forma de trabalhar é fazer o sujeito falar de sua vida, de sua infância, fazer falar a criança no adulto e

encontrar um caminho para introduzir a possibilidade de imaginarizar e simbolizar. É importante fazer o paciente reabitar a subjetividade eclipsada.

Mas, principalmente, fazer com que o ressurgimento de um real desta vez simbolizado, ou seja, o modo como se pode constituir para o paciente o campo do Outro, sensibilize-o para o fato de que o real bruto, aquele com o qual ele tem que lidar, e indiretamente também um efeito de discurso: o que sobra, sobra após a simbolização. (Melman, 2016, n.p., tradução nossa)

Portanto, esta forma de conduzir o tratamento, com uma clínica direcionada para a reintrodução das dimensões imaginária e simbólica, ou seja, uma terapêutica a partir da teoria borromeana, é a clínica na direção oposta à chamada clínica do real. É uma clínica que permite costurar rupturas e lhes dar sentido. A aposta de Melman (2016, n.p.) para esta direção de tratamento é em que não tenha havido a destruição do imaginário e do simbólico, mas que eles estejam somente fechados pelo real.

Esta não é uma clínica fluida, é uma clínica árdua e árida, pois não há demanda e os pacientes têm dificuldade de se movimentar, agarrados ao real bruto. Melman (2016) afirma que este é o único gozo, a única forma de satisfação pulsional que lhes resta, um gozo que não é do semblante. Para Braunstein (2003, p. 104-105),

a vivência traumática, não podendo se integrar no simbólico, não pode tampouco cair no esquecimento. Lá permanecem as marcas corporais do gozo como signos perceptivos (*Wahrnehmungszeichen* na carta 52) que não estão submetidos ao deciframento do inconsciente e que resistem a ser colocados em palavras.

É importante também não somente o paciente poder falar, mas poder falar de outro lugar que não assujeitado à cena traumática. Então, quando se houver estabelecido uma relação de transferência, o paciente estará curado de seu trauma, porque aí este real foi habitado.

A questão da transferência no tratamento do trauma também chama a atenção de Zygouris (1995, p. 238), para quem o analista deve reconhecer e supor um sujeito no paciente, conferindo sentido e palavras, que é, nesse caso, o próprio trabalho sobre a transferência. “O analista pode, desta maneira, ser levado a pensar, sentir ou dizer, aquilo que do lugar da criança não pode ser pensado, sentido ou dito no momento da sideração. Isso pode dar lugar a um tipo particular de relações que eu chamo de ‘transferência invertida’.” (Zygouris, 1995, p. 239). Para ela, é necessário nesse caso que haja a contribuição de um imaginário compartilhado, pois “o próprio do trauma é

o congelamento do imaginário, tornando impossível o sentido e, conseqüentemente a passagem a uma significação linguageira, isto apesar do sujeito falar e até falar do assunto". (Zygouris, 1995, p. 246) Ela explica que, para sair de uma cena traumática não se pode estar sozinho. É preciso que haja um outro aparelho psíquico, presente, falante, para poder juntar as pulsões, os afetos e as palavras, por seu intermédio e aposta. Um outro, carregado de desejo, deve se manter na soleira da porta para indicar uma saída suportável.

Para a autora, a cena traumática toma o lugar da cena originária no psiquismo, e é importante desalojá-la desta função e tirar o sujeito do "jugo fascinante da dor" (Zygouris, 1995, p. 248). É necessário criar uma ficção, pois o real não é amável. Mas pode se tornar o motor de uma atividade imaginária e simbolizante, caso o outro acuse recebimento.

Melman (2016, n.p.) ainda faz uma crítica ao fato de haver cada vez mais um interesse terapêutico em atender estes pacientes e fazê-los falar justamente sobre o indizível, sobre o acontecimento, de forma urgente. Gampel (2014, n.p.), reflete: "Mas é muito difícil contar o trauma pelo qual se passou, porque a pessoa nem consegue acreditar que passou por aquilo. Contar não é um trabalho sobre o passado, é uma 'retraumatização'."

Temos visto esta situação especialmente nas Varas de Família, no chamado "Direito Sistêmico", onde vítima e agressor são colocados frente a frente para reencenar a agressão original, muitas vezes de forma pública, com a intenção de solucionar conflitos, conforme atesta a reportagem de Gomes (2021, n.p.), sobre a denúncia de grupos de Direitos Humanos, no jornal O Globo. São situações que se pretendem terapêuticas, mas que só fazem expor ainda mais o sujeito tanto à angústia sem nome quanto à violência da agressão. O confronto, nesse caso, atinge a realidade psíquica com um efeito de perenização da cena traumática, quando não a instauração da cena traumática neste segundo tempo de exposição através da encenação. Lacan (1964, p. 52) toca nesse ponto ao dizer que Freud já diferenciava repetição de reprodução. "Reproduzir, é o que se acreditava poder fazer no tempo das grandes esperanças de catarse." As terapias catárticas, neste caso, levam ao pior.

Melman (2016, n.p.) critica ainda a vitimização, que entende como uma perenização do trauma e chama de infeliz esta maneira de tratar a questão. Ele afirma que é um modo social de tratar o problema, mas jamais deve ser o modo da clínica psicanalítica.

O que é bem diferente, ele ressalta, de comemorar, ou seja, na origem da palavra, rememorar juntos, coletivamente, diversas situações históricas difíceis para um povo. Lembrar, em comunidade, de uma tragédia, é um jeito de celebrar que se está em pé, vivo, nem culpado e nem vítima. Mas para que haja o trabalho de lembrança é necessário que haja a simbolização do trauma, o recalque, para que então sim possa haver memória. É o que Vital Brazil (2003, p. 64) chama de reconhecimento simbólico na dimensão sociocultural, advertindo que esta não substitui o trabalho clínico sobre o trauma:

Os modos de reconhecimento dos sistemas simbólicos da cultura e da linguagem, com o seu valor determinativo inconsciente, também vão além do reconhecimento imaginário e indicam o determinismo de uma 'materialidade significante', mas estas formas de reconhecimento se associam à alienação simbólica, são basicamente alienadas e ficam presas à identidade simbólica na dimensão cultural. Elas não se equivalem à impossível busca de uma forma de identidade no real a que o reconhecimento imaginário/simbólico e a transferência fazem obstáculo e nos referem, na clínica psicanalítica, às exigências e às impossibilidades do desejo inconsciente.

A concepção vitimológica no tratamento do trauma foi também apontada por Besset et al (2006, n.p.), para quem transformar o trauma em um transtorno objetivo desresponsabiliza o sujeito face a seu próprio sofrimento e o segrega a grupos de "traumatizados", impedindo a subjetivação.

Coerentes com essa definição, tanto a psiquiatria quanto algumas formas de psicoterapia procuram atuar diretamente sobre o episódio traumático como forma de engessar a parte traumatizada. Mas, focalizando apenas no trauma, essas abordagens deixam de lado o sujeito que possui a *ferida* aberta com ele. (Besset et al, 2006).

Assim, se é possível propor uma terapêutica para o trauma, é pela via do sintoma, da inibição ou da angústia, e não para eliminar o que restou desta experiência.

Zygouris (1995, p. 236) sublinha a questão ideológica e de certezas teóricas dos psicanalistas e que atravessam sua escuta, fazendo com que a posição de vítima seja uma garantia da enunciação da verdade. "Assiste-se atualmente a uma retomada de interesse pela realidade do trauma, incorrendo-se no risco de pecar pelo oposto."

Mas, para além das questões ideológicas, é importante compreender o risco de fazer o sujeito se identificar à posição de vítima da cena traumática, que é o que especificamente caracteriza a noção de vitimologia. Não se trata de não fazer o

reconhecimento coletivos das experiências traumáticas coletivas ou comuns, papel da esfera pública, mas sim de tomá-las em sua tragédia singular. Retomamos “Além do Princípio do Prazer” (1920, p. 40), texto em que Freud aborda a questão econômica do trauma:

A energia catéxica é convocada de todos os lados para fornecer catexias suficientemente altas de energia nos arredores da ruptura. Uma ‘anticatexia’ em grande escala é estabelecida, em cujo benefício todos os outros sistemas psíquicos são empobrecidos, de maneira que as funções psíquicas remanescentes são grandemente paralisadas ou reduzidas.

Pode-se inferir, a partir da questão econômica levantada pelos autores acima, que a hipercatexização da cena traumática, seja incluindo o indivíduo em grupos de traumatizados, dos mais diversos tipos, pode levá-lo a uma melancolização, identificando-se à ruptura jamais simbolizada. Voltando a Zygouris (1995, p. 231): “Em todos os casos se tem a negra solidão que acompanha todo trauma e afasta o sujeito, parcial ou totalmente, dos demais, mesmo que se tratem de experiências vividas coletivamente.” Todos os outros aspectos de sua vida ficam esmaecidos. Permitir que a tragédia vire um drama singular, dentro da cena clínica, é permitir a desidentificação e a possibilidade de catexizar outros sistemas psíquicos. A autora trabalha com a noção de tragédia e drama, e chama a atenção para que não se reduza todo acontecimento traumático a histórias edípicas ou sexuais, e insiste na

restauração de um laço entre uma experiência singular e os fundamentos míticos que ordenam as comunidades humanas, que ultrapassam a relação dual. Esse tempo derradeiro de uma análise representa o retorno do indivíduo, que a experiência traumática havia tornado estrangeiro a seu próprio tempo e ao dos outros, à comunidade de seus semelhantes. (Zygouris, 1995, 233-234).

A psicanálise, portanto, trabalha na direção contrária à generalização e à vitimização, indo no caso a caso, em busca da responsabilização pelo sujeito de sua causalidade psíquica.

Dentro da conceitualização do trauma como assujeitamento ao gozo do Outro, sem significação, e muitas vezes, em casos de abuso infantil, com marcas pulsionais que constituem uma forma de atividade, como objeto da demanda e gozo do Outro (Braunstein, 2003, p. 98), não se pode aí excluir uma vontade maléfica, não só em abusos infantis mas também nos casos de guerras e genocídios. Muitas vezes o Outro não é inocente.

Conhecemos o padecer desses sobreviventes graças ao testemunho daqueles que passaram pela experiência assustadora do encontro com um real inominável e irrepresentável. Os que padeceram de abuso sexual, os que sobreviveram “por milagre” a um acidente em que outros deixaram corpos e vidas, as vítimas de “assassinatos da alma”, as testemunhas das grandes catástrofes dos últimos cem anos. (Braunstein, 2003, p. 106).

E ainda assim, a cena traumática não pode e nem deve ser uma condenação à morte psíquica, nem ao assujeitamento a um real que não para de tentar se inscrever. O traumatizado pode e deve assumir a responsabilidade pela vida que leva a partir da cena traumática. E a comiseração com o próprio sofrimento conspira contra esse objetivo, segundo Braunstein (2003, p. 106), que nos alerta mais adiante no texto: “O relato autobiográfico aspira a ser metonímico, a colocar-se na continuidade de quem o escreve: a permanência suposta do escrito transcenderia a transitoriedade do autor. O testemunho viveria no lugar da testemunha.” É como se o próprio traumatizado vivesse exilado de sua identidade anterior, e fosse substituído pelo próprio trauma. Ele continua: “Quem tenta contar ou escrever a história de seu trauma se apresenta como mártir ou testemunha (etimologicamente é o mesmo). A palavra é, queira-se ou não, uma tentativa de cicatrização. Ou a sufocação do grito”.

Então, para que possa haver simbolização, e o conseqüente recalque, é necessário deslocar o sujeito da posição de vítima do gozo do Outro. E isto muito nos importa no campo do funcionamento psíquico, em direção ao tratamento e cura do trauma. E quando o trauma se torna narrativa plena, metafórica, começa a existir um sujeito, que se nutre de sentido. Ao mesmo tempo, a cena se desfaz como trauma e pode virar memória. Pois que o trauma é o avesso da memória.

A cena traumática, por ser marcada por este caráter imprevisível do encontro entre o real e a fantasia, não pode ser programado, no sentido de prever ou afirmar que determinado acontecimento será traumático. É preciso escutar cada sujeito para saber se há um trauma, se há algo do real encapsulando as outras instâncias e que impede a metaforização.

O sujeito é chamado na sua singularidade. E os fundamentos freudianos demonstram sua fecundidade quando se trata de abordar o que no sujeito se apresenta como sofrimento e abre ao sentido para que uma ficção seja construída para depois ser simbolizada. Para que a cena entre no campo do representável, é

necessário que o imaginário de um outro venha dar corpo ao relato, como explica Zygouris (1995, p. 236):

Lacan introduziu a diferença entre real e realidade, que permite repensar a questão do trauma em sua relação com a atividade imaginária e com a simbolização. Infelizmente esta sua contribuição permanece estéril para todos aqueles que, pensando desse modo serem fiéis a ele, julgaram correto considerar como inutilidade o funcionamento do imaginário.

Que o analista possa conferir sentido e possa ele próprio sair da armadilha da repetição e fazendo sua entrada em cena. Como fez Lacan, de forma maravilhosa, com sua paciente Suzanne Hommel, em 1974. Suzanne conta esta intervenção no filme “Rendez-vous chez Lacan”, de Gérard Miller (2011). Suzanne foi uma sobrevivente do nazismo, e conta a história a partir de sua análise com Lacan, onde tratou de suas memórias e traumas. Ela continuava sonhando, todos os dias, às 5h da manhã, com a sirene da *Gestapo*, a polícia alemã. Em uma das vezes que ela conta ao analista esta imagem alucinatoria constante, Lacan se levanta e faz um carinho em seu rosto, o qual ela imediatamente compreendeu como um “*geste à peau*”. *Gestapo* e *geste à peau* têm a mesma sonoridade em francês. Seu gesto carregava um outro sentido para um significante solto, que insistia todas as manhãs, e que não encontrava representação. O analista entra em cena, instaura a transferência e promove um efeito terapêutico na paciente, de forma a incluí-la novamente na comunidade humana, restaurando seu laço e fazendo-a se desidentificar da cena traumática. Ela mesma o diz que, apesar de não ter diminuído sua dor, este gesto foi “uma chamada à sua humanidade”.

Com relação ao tratamento, Soler (2007/2021, p. 66) é enfática na questão da singularidade, dizendo que não há um tratamento-padrão para traumatizados, e que inclusive não se pode nem colocá-los em um conjunto, o dos traumatizados. Pois tratam-se de sujeitos traumatizados. O trauma, diz ela, tem estrutura de forclusão, “as sequelas são do sujeito”. Portanto, manter sujeitos traumatizados em grupos, como testemunhos ou até como tentativa terapêutica, é ineficiente. Ao contrário, estamos fixando ainda mais o sujeito no assujeitamento à imagem traumática, fazendo-o se identificar com esse lugar de objeto do gozo do Outro. Para Soler (2007, 2021, p. 67),

a interpretação do efeito traumático, do real traumático, provém do sujeito, de sua fantasia, seja ele psicótico ou neurótico. A psicanálise, então, se puder intervir, pode intervir precisamente no nível das sequelas e nos elementos mobilizados nas sequelas.

Portanto, o tratamento deve ir em direção de uma singularidade, na transferência.

Zygouris (1995, p. 230) diferencia drama de tragédia e compara dizendo que “o trauma introduz o sujeito na dimensão da tragédia, enquanto as demais infelicidades dizem respeito ao drama.” No entanto, o trágico pode vir reforçar um drama singular quando atos ou palavras destituem um sujeito de um lugar que lhe caberia de direito.

Permitir a passagem da tragédia ao drama é a característica do trabalho do analista. “Eis a razão pela qual cada vez que se aborda o estatuto do trauma, quase obrigatoriamente se é levado a refazer a história da psicanálise, sua relação com a história e a forma pela qual cada analista aí se situa.” (Zygouris, 1995, p. 230)

Porém, para Rudge (2003, p. 113), a falta de recursos psíquicos para lidar com acontecimentos traumáticos jamais é inteiramente superada.

Pode-se ser reconduzido a uma situação de desamparo em qualquer momento da vida, e não apenas como consequência do acoso pelas pulsões insatisfeitas, mas também dos golpes dolorosos do destino, doenças, perdas, violências e traições a que estamos sempre sujeitos, e que muitas vezes significam um grave golpe no narcisismo.

Para a autora, os recursos simbólicos de que dispomos para elaborar como o que a vida apresenta não são ilimitados. “O vazio de razões, a falta de preparação, a impossibilidade de dar qualquer sentido para um acontecimento doloroso, nos remetem a uma posição de impotência para responder a ele e o caracterizam como traumático”.

## 4 A CLÍNICA DO TRAUMA

Eu mesmo me surpreendo ao constatar que minhas observações dos pacientes podem ser lidas como romances e não trazem, por assim dizer, a chancela de seriedade que é própria dos escritos científicos.  
(Sigmund Freud)

### 4.1 CONSTRUINDO UM CASO CLÍNICO

Para poder justamente localizar historicamente o percurso da construção teórica e clínica psicanalíticas, apontamos dois momentos importantes. O primeiro, inaugurado por Freud e descrito por ele em 1917 como uma prática de um método de tratamento e investigação. Compreende-se que neste momento, ainda que inaugurando o que ele mesmo chamou de *talking cure*, sua diretriz ainda era de uma matriz biológica. Freud era um neurologista de formação e seu *zeitgeist* ainda era deste modelo. Ainda que não mais importasse a realidade sensível, mas sim a subjetividade no humano. Freud abandona em 1897 a ideia de trabalhar com a realidade fática e passa a trabalhar com a fantasia como um objeto interno à própria realidade psíquica, inaugurando assim a Psicanálise.

Condé (2016, n.p.) discute como se estabelece uma prática clínica, através de um diálogo da obra de Fleck com a de Canguilhem:

A medicina, para o autor de *O normal e o patológico*, jamais se adequou à ideia de ciência predominante: “a clínica não é uma ciência e jamais o será, mesmo que utilize meios cuja eficácia seja cada vez mais garantida cientificamente”. Na concepção de Canguilhem, certamente, os conhecimentos científicos foram importantes para o desenvolvimento da medicina, mas, ainda assim, “apesar de tantos esforços louváveis para introduzir métodos de racionalização científica, o essencial dessa ciência ainda era a clínica e a terapêutica, isto é, uma técnica de instauração e de restauração do normal, que não pode ser inteiramente reduzida ao simples conhecimento.” E seria exatamente a vida, em toda a sua complexidade, que nunca permitiu à medicina reduzir-se à racionalidade científica da exatidão ou mesmo da positividade dos fatos. Assim, diferentemente da física, conclui Canguilhem: “em matéria de biologia, é o pathos que condiciona o logos porque é ele que o chama. É o anormal que desperta o interesse teórico pelo normal.

Mas, com a *zeitgeist* que se formou na Europa do pós-guerra, estes conceitos de normal e patológico são postos em questão com as discussões de Foucault localizando historicamente a loucura e com o conseqüente movimento antimanicomial.

Neste ponto, não mais o modelo médico guia o fazer psicanalítico, mas sim outra concepção entre sujeito e objeto, entre saber e verdade. O próprio saber, produto social por excelência, faz parte da verdade do sujeito quando este o toma como objeto. Muitas das vezes, este saber vem também em suplência à verdade própria de cada sujeito, afim de desconhecê-la. Para Condé, (2016, n.p.), em sua epistemologia Fleck apresenta o conceito de “coletivos de pensamento”, e enfatiza o social e o histórico na construção de determinado conhecimento. Para ele, o conhecimento é um processo de interação entre o coletivo e natureza, onde se constitui como um processo histórico, além de social.

O processo e a conexão é que definem quem é o objeto e quem é o sujeito e, na psicanálise lacaniana, esta relação se subverte. Lacan então transita muito mais dentro de uma perspectiva da linguagem, usando da linguística de Saussure para tanto. A partir deste momento ele integra a diferença entre enunciado e enunciação, lugar da incidência do sujeito que fala. E não do sujeito da ciência, que é um sujeito do saber e está em exclusão interna a seu objeto. Lacan entende que na ciência o saber está separado do sujeito, uma vez que não leva em conta o sujeito de um desejo, de uma verdade própria.

O caminho deste saber nem sempre é claro ou mesmo objetivo. O sujeito lacaniano da verdade ficaria elidido e aparece somente o saber por ele produzido. Para Condé (2016, n.p.),

A ciência pressupõe a redução a um objeto, definido epistemologicamente, produzindo um saber. E ainda que para Fleck, o processo de conhecimento não seja “o processo individual de uma ‘consciência em si’ teórica; é o resultado de uma atividade social, uma vez que o respectivo estado do saber ultrapassa os limites dados a um indivíduo.

Nem sempre o pesquisador, que vai produzir um saber ou um conhecimento, está a par ou ainda, consciente de todos os fatores que compõem suas escolhas, ou inclusive da atividade social e da realidade histórica que o leva a pesquisar determinado tema. Inclusive muitas vezes o fato de pesquisar e produzir saberes pode justamente vir para eclipsar o sujeito singular de uma história, para descolá-lo completamente de suas determinações históricas e significantes.

Para Lacan, este saber produzido pela ciência opera em relação e oposição dialética ao conceito de verdade. Em Psicanálise trabalha-se com a divisão experimentada do sujeito: a divisão entre saber e verdade, que compõe um modelo

topológico, representado pela banda de Moebius. Assim, o princípio de realidade inclui a própria realidade psíquica. A montagem do aparelho psíquico segue então uma lógica ditada pela experiência e pela dialética.

A questão da Psicanálise na ciência, para Lacan (1966, p. 18) só pode se resolver quando se modifica a questão do objeto da ciência como tal. Não existe mais o objeto da ciência, somente seu sujeito. O homem não é mais o objeto da ciência, é a ciência que é objeto do homem. E o sujeito da Psicanálise é o sujeito do significante, que se distingue tanto do indivíduo biológico quanto da evolução psicológica do sujeito da compreensão. Sua função é a da linguagem e o modo de relação à verdade é causal. Por conseguinte, na ciência o saber se comunica, mas o modo de comunicação sutura o sujeito e o faz desaparecer. Como resolver esta aparente contradição? Na clínica diria que apoiando-se no fazer clínico, na práxis da Psicanálise. Mas na pesquisa científica é tentando incluir a verdade do sujeito pesquisador, que de alguma forma sempre lhe escapa, assim como nos escapa na clínica.

Pode-se dizer, pensando na montagem do caso clínico, método por excelência da Psicanálise, que seu objeto de estudo não é o objeto em si, mas sim este método de trabalho, dado na singularidade da transferência, que é a relação que se estabelece entre o analista e o analisando. O objeto estudado pela psicanálise é o processo em si, de forma a produzir singularidades e não universalidades. O próprio método da Psicanálise produz verdade, mas a verdade do sujeito, de maneira autêntica para cada um. Esta produção pode aqui ser usada para, dialeticamente, produzir saberes e sentidos, em um trânsito permanente entre prática e teoria. A Psicanálise é sobretudo uma práxis sobre a qual se produz conhecimento.

A Psicanálise inclui internamente, sem pleonasma, seu objeto. Talvez seja o único campo do conhecimento humano que o faça, abolindo uma suposta “neutralidade científica”, e que por isso mesmo, muitas vezes questionada. Além, claro, de subverter o modelo médico de saber sobre o objeto.

Uma das grandes discussões para quem faz pesquisa acadêmica em psicanálise é sobre a validade do método psicanalítico para as chamadas ciências duras e, se é válido como método de pesquisa, ou ainda, como modelo de pesquisa.

Um ponto levantado é sobre a reprodutibilidade dos métodos, uma vez que a pesquisa em psicanálise é do campo da singularidade, e não da reprodução isenta. Normalmente, nos métodos experimentais, os pesquisadores apresentam um produto

acabado, sem dificuldades, sem considerar os aspectos subjetivos na construção do problema, como explica Diniz (2011, p.11)

A partir de Lacan, a autora afirma que o método clínico deve transmitir os problemas gerados por essa investigação, pois o conhecimento não se produz à margem dos sujeitos que o produzem. E o que resta é a tensão entre conhecimento e saber, entre objetividade e subjetividade, sendo que o conhecimento é objetivo e disponível na cultura, e o saber é a simbolização do conhecimento, na sua dimensão inconsciente. Embora, indica a autora, seja muito difícil operar com uma lógica que considere a incidência do inconsciente na cultura.

É o método clínico que considera o processo e o produto que permitirá o exercício de nos colocarmos em duas posições: uma em que há mistura com o objeto de estudo e uma outra posição em que observamos como ocorreu essa mistura, buscando descrevê-la objetivamente e não a escamoteando, como pretendem muitos teóricos. (Diniz, 2011, p. 12)

A concepção de sujeito requerida pelo método clínico pressupõe uma diferenciação entre sujeito e indivíduo. Para explicar a diferença, Diniz (2011, p. 14), evoca a teoria lacaniana do sujeito como sujeito do inconsciente, dividido, não igual a ele mesmo. Toma como pressuposto que a consciência não é o lugar da verdade, mas sim do ocultamento, da ilusão e da distorção. Portanto, a pesquisa acadêmica em psicanálise deve consentir com a intervenção/exposição do pesquisador na produção de um conhecimento.

O sujeito é marcado pela finitude e pela incompletude, marcado por uma falta constitutiva, que é também constitutiva do desejo. É a falta que impulsiona o sujeito a buscar, no social e no cultural, respostas para o que não tem como ser respondido. A Psicanálise afirma que não é possível preencher a falta com o saber. Sempre haverá um resto como impossível de ser alcançado. Esse resto move o sujeito, numa busca interminável. Nessa perspectiva, o saber tem uma relação com o desejo, com o "não-todo", com a falta, não sendo possível identificá-lo com a verdade. O saber nunca recobre a verdade. Assim, a partir da Psicanálise, só podemos ter acesso ao real por meio de ficções, já que a linguagem tenta dizer o real, mas não o apreende de forma absoluta. Não temos como saber da verdade absoluta, como uma verdade pura, por trás da ficção. Ou seja, a verdade se inscreve a partir do que dizemos. Não há um saber verdadeiro, que dê conta da verdade toda. Saber e verdade se tecem continuamente, e são sempre parciais. Então, para Lacan, o que se denomina saber é uma posição em relação à ignorância. Ele afirma que é a paixão pela ignorância que deve guiar nossa relação com o saber. Paixão pela ignorância não quer dizer paixão por nada saber, mas estar mobilizado pelo que não se sabe. (Diniz, 2011, p. 20)

E, no caso, dos pesquisadores psicanalistas, mobilizados pelo que não sabem sobre o sujeito e sobre a subjetividade humana. Assim, passamos para o estudo de caso clínico, pedra fundamental desta prática chamada psicanálise.

Um dos principais meios para se transmitir a experiência psicanalítica, a escrita do caso clínico é similar ao que acontece em uma análise, no sentido de reconstrução. Ou seja, escrever a clínica implica em construir o caso.

Porém, o caso clínico não é a narrativa do tratamento, não é o relato da trajetória clínica do psicanalista, não é uma anamnese médica e nem se trata de um tratamento bem-sucedido. (Berlinck e Magtaz, 2012, n.p.)

Mas, afinal, o que é um caso clínico? Nasio (2001, p.11) define como o “relato de uma experiência singular, escrito por um terapeuta para atestar seu encontro com um paciente e respaldar um avanço teórico”. É sempre um texto para ser lido e discutido, pois põe em cena uma situação clínica que ilustra uma elaboração teórica. Ele chama a atenção para o fato de o caso clínico em psicanálise ser oposto ao do discurso médico. Na medicina, o caso é representativo de uma doença e remete a um indivíduo anônimo, enquanto que para a psicanálise “exprime a própria singularidade do ser que sofre e da fala que ele nos dirige”. (Nasio, 2011, p. 11)

Para o autor, existem três funções na escrita de um caso. A primeira, **didática**, quando se transmite a teoria de maneira ativa e concreta, capturando o imaginário do leitor e conduzindo-o a descobrir e elaborar conceitos. A segunda, **metafórica**, quando a observação clínica e o conceito que a ilustra estão imbricados, como por exemplo, no caso Dora, de Freud. Para Nasio (2011, p. 17), “as numerosas observações clínicas que povoam a teoria analítica lembram a impossibilidade de o pensamento conceitual dizer a verdade da experiência unicamente por meio do raciocínio formal”. Cita ainda a terceira função, **heurística**, quando o caso ultrapassa o papel de ilustração e de metáfora, para ser gerador de conceitos. É onde novas hipóteses enriquecem e adensam a trama da teoria.

Porém, ainda que tenha todas essas funções, o relato de um encontro clínico nunca é o retrato de um fato concreto, mas sua reconstrução fictícia. Não é um acontecimento puro, mas uma história reformulada. O caso é uma ficção.

Para Nasio (2001, p. 17), o caso se define como o relato criado por um clínico, sendo a reconstrução de uma experiência terapêutica marcante. O analista participa dela com seu desejo, suas lembranças, pensa nela por meio de sua teoria e a escreve. “A partir do real, cria-se uma ficção e, com a ficção, recria-se o real”.

Neste trânsito permanente entre prática e teoria, Nasio (2001, p. 18) observa duas condições: um clínico receptivo à transferência e o esquema de análise, ou seja, um conjunto de hipóteses que definem a problemática inicial de um paciente. É o que personaliza a escrita de cada um, e só é possível esse esquema graças ao inconsciente do analista. Não é nem teoria geral nem fantasia visualizada, mas uma elaboração conceitual ajustada a cada paciente.

Ele se pergunta: por que se redige um caso? “Pelo desejo de testemunho da vivacidade de nossa atividade analítica”. (Nasio, 2011, p. 22). Ele ainda chama a atenção para a questão do sigilo e para a apresentação do caso acontecer depois de finda a análise, recomendação, aliás, compartilhada com o mestre:

Não é bom trabalhar cientificamente num caso enquanto o tratamento ainda está continuado – reunir sua estrutura, tentar predizer seu progresso futuro e obter, de tempos em tempos, um quadro do estado atual das coisas, como o interesse científico exigiria. Casos que são dedicados, desde o princípio, a propósitos científicos, e assim tratados, sofrem em seu resultado; enquanto os casos mais bem sucedidos são aqueles em que se avança, por assim dizer, sem qualquer intuito em vista, em que se permite ser tomado de surpresa por qualquer nova reviravolta neles, e sempre se o enfrenta com liberalidade, sem quaisquer pressuposições. (Freud, 1912, p. 128)

Prosseguindo com o estudo da escrita do caso clínico, vamos à pesquisadora francesa Rudelic-Fernandez. Em seu texto sobre a linguagem do caso, ela se questiona se há, justamente, uma linguagem do caso. Para ela, há uma unanimidade: “para existir, o caso precisa ser narrado, isto é, não há caso senão relatado”. (2002, p. 57)

Para ela, o modelo epistemológico situa-se entre a *mimesis* (memória, representação) e a *diagesis* (dimensão ficcional da narrativa). Entre a narrativa e a história, situa-se em um lugar incerto entre a ciência e a retórica.

Rudelic-Fernandez (2002, p.58) afirma ser o caso um verdadeiro gênero discursivo e aponta para a existência de modelos narrativos. Exposição de caso, relato de tratamento, vinhetas clínicas, todas estas modalidades de apresentação da experiência clínica são representações de uma patologia no processo de seu surgimento, desenvolvimento e resolução. Diagnóstico, etiologia e descrição de sintomas também devendo fazer parte deste gênero clínico.

Em sua forma, uma história do caso visa projetar um universo psíquico no tempo e na história e apresentá-lo como um mundo atual, numa relação temporal *après-coup*; ela deve permitir igualmente ao receptor a reconstrução

de uma rede interpretativa que explica os acontecimentos relatados, religando-os uns aos outros por relações causais, situando uma história, uma intriga, um *mythos*. (2002, p.58)

Vamos aos modelos identificados e organizados pela autora:

O modelo **científico**, que é verificável e reproduzível. É o método das ciências naturais, que esvazia a questão da narração ao postular uma autonomia da linguagem com relação ao seu lugar de produção. Esta visão científica implica em uma perspectiva da objetividade da história como aquilo que corresponde à realidade, à interpretação como o deciframento de um sentido oculto e único, verificável e reproduzível. Seria uma linguagem transparente, sem perdas, com uma pretensão totalizante.

O que uma visão científica censura na história do caso são precisamente suas técnicas narrativas, que afastariam a própria história clínica de uma “comunicação cientificamente verificável”: procedimentos linguísticos de figuração que abrem as portas para a ficção; o “ganho de prazer” (lúdico/estético) que emana dos processos intelectuais; o duplo sentido e o risco de não-sentido ligados à função metafórica da linguagem. (Rudelic-Fernandez, 2002, p. 59)

Em suma, é um modelo que abstrai precisamente aquilo que dá especificidade à história do caso analítico: afirmação e reapropriação, por seu autor, de seu lugar enunciativo como aquele que narra e aquele que é narrado.

O modelo **histórico**, que é um relato dos acontecimentos e privilegia um relato impessoal e atemporal, aproximando-se de um discurso teórico. Seu objetivo é preencher as lacunas da história, para permitir uma narrativa coerente, descobrir a patogenia e fazer sentido. Como se apenas a reconstrução literal fosse uma saída satisfatória da análise. É um discurso oposto ao discurso atemporal.

O modelo **literário**, onde a história do caso tem sido considerada um gênero literário à parte. O relato opera como metáfora e o impacto da linguagem sobre a realidade clínica é preponderante.

O modelo **hermenêutico** contrapõe-se aos modelos científico e histórico. Pela interpretação psicanalítica, ele é “criado”, inventado, reescrito. Mas não segue um esquema narrativo, falta à verdade histórica e graças à experiência analítica e a seu relato, é possível formular várias histórias. Uma disciplina interpretativa, uma clínica da interpretação, que dá significação, como uma operação de deciframento.

Estes são os modelos comumente usados na psicologia, na psicopatologia e na psiquiatria. Para Rudelic-Fernandez (2002, p. 64), a estrutura do caso freudiano difere destes modelos, que não dão conta de sua verdadeira estrutura. “Com efeito, Freud ensina que o relato de um tratamento é escrito a partir de um lugar enunciativo, que, sempre móvel, o descentra, lhe escapa”. Há um inconsciente do caso no sentido em que a história é nele trabalhada por um discurso e um desejo inconsciente.

Esse trabalho do caso é perceptível a partir do trajeto da linguagem sobre o qual se funda um relato de tratamento freudiano e que compreende um vaivém constante entre as modalidades orais e escritas da linguagem, entre diálogo e narrativa, história e ficção, ficção e teoria. (2002, p. 64)

A autora cita algumas particularidades narrativas no caso freudiano. Em primeiro, o autor/narrador é responsável pelo discurso. Há uma necessidade de marcar o lugar do analista e não há um relato “objetivo”. O texto declara o lugar singular de sua produção.

Em segundo, há uma mobilidade dos lugares enunciativos. São duas vozes que se reúnem em uma mesma instância enunciativa. Quando o analista apresenta o caso, ele está no lugar enunciativo do analisando. É o que pode se chamar de o inconsciente como efeito de transferência.

Em terceiro lugar, o direcionamento à destinatários específicos. A história do caso surge na intenção de transmitir uma experiência, um saber. Mas para uma comunidade, em uma enunciação pública/social, não como convencimento de algo. “Em outras palavras, a história do caso situa-se entre aquilo que Lacan (1966) designou como “drama real” e “história” que é feita dele, entre a ciência analítica e sua narrativa” (Rudelic-Fernandez, 202, p. 65).

Portanto, através da questão aparentemente secundária da forma assumida por uma restituição de caso, encontra-se toda a problemática da construção e da transmissão do “saber” psicanalítico e, mais amplamente, a compreensão dos problemas clínicos.

Pois não é a uma “trama acidental” de acontecimentos que se atribui singularidade ao caso, mas sim a sua estrutura sintagmática: uma lógica discursiva, um encadeamento significante. A matéria-prima de um caso, portanto, não é o que conhece, mas o que intriga, o que resiste ao saber, à técnica e à teoria, pela materialidade de sua própria narração.

## 4.2 O CASO É UMA FICÇÃO

Na impossibilidade ética de apresentar um caso clínico em vias de tratamento, optou-se por um recurso tradicional para os psicanalistas, que é a interpretação da narrativa de um filme.

Fazer a análise em si da personagem de um filme e seus sofrimentos não reproduz a situação analítica tal como ela acontece na relação transferencial dentro do consultório, entre analista e paciente. Para Lacan (1960, p. 848), esta precaução não é política, é técnica, e decorre da doutrina psicanalítica:

os psicanalistas fazem parte do conceito do inconsciente, posto que constituem seu destinatário. Por conseguinte, não podemos deixar de incluir nosso discurso sobre o inconsciente na própria tese que o enuncia, a de que a presença do inconsciente, por se situar no lugar do Outro, deve ser buscada, em todo discurso, em sua enunciação.

Ainda assim, como recurso de pesquisa tem sua validade, uma vez que toda questão em psicanálise é uma questão clínica e é uma questão de pesquisa, pois o próprio recorte da pesquisadora já inclui seu próprio inconsciente, seus lapsos, e o que a fisionomia no enredo e na construção do filme.

Para Diniz (2011, p. 12), é o que ela chama de *démarche* clínica “que permite considerar que o imaginário, a intuição, o trabalho inconsciente, a atividade de posicionamento e elaboração de sentidos estão presentes nas pesquisas acadêmicas e nos processos de ensino e aprendizagem”. A autora afirma que “ainda que a pesquisa se utilize do método clínico, é preciso não confundí-lo com a análise propriamente dita. Embora ambas partam do discurso do sujeito, a pesquisa não visa uma intervenção terapêutica”. Assim como a clínica não é o lugar da aplicação de um saber, mas de sua produção, também a pesquisa em clínica pode gerar a produção de um saber, a partir de uma experiência.

Além disso, a narrativa fílmica e sua linguagem fornecem material linguageiro para que se possa articular os conceitos deste estudo à uma prática subjetiva. “A linguagem do cinema, lembrando sua contemporaneidade histórica com a psicanálise, apresenta características específicas que permitem pensar criticamente tantos os conceitos da psicanálise quanto à sua prática” (Dunker e Rodrigues, 2015, p.7)

Assim pode-se abordar o cinema como um campo de criação de problemas formais sobre a subjetividade, além de ser uma linguagem, narrativa e discurso sobre

as modalidades de sofrimento psíquico. Como também pode-se usar o cinema para tratar do método clínico e da experiência ética de transformação. A arte, assim como a psicanálise, sempre está às voltas com o real, estrutura que interessa especialmente no presente estudo.

Além disso, como nos afirma Debieux Rosa (2015, p. 9), ambos, cinema e psicanálise, tem como ponto de partida e como base a realidade, que estrutura a experiência psíquica e revela seu caráter constitutivo e alienante.

Ambos põem em destaque a função da ficção na composição de bordas para estruturar o real, ou seja, em seus buracos, enigmas, angústias e desamparos. Ambos põem em destaque a função criativa e a tarefa da experiência de invenção de uma vida, de cada vida.

E a vida que se escolheu para pensar o trauma foi a de Fausta, personagem do filme *“La Teta Asustada”*, da peruana Claudia Llosa (2009). Uma vez que todo caso apresentado é do clínico, pode-se pensar que a escuta da pesquisadora é que faz da personagem uma paciente. Então será abordada a história da personagem Fausta dentro do campo de conhecimento da clínica. Dentro desse campo, o da psicanálise, busca-se a singularidade não só do sujeito em análise, mas também da trajetória própria da construção de um saber a partir da prática clínica da pesquisadora articulada a um arcabouço teórico. Isso também pode permitir a articulação de conceitos e da prática a uma história que possa não só ilustrar, mas também dar sentido e consistência material ao estudo feito.

O filme *“La Teta Asustada”*, uma produção hispano-peruana, da diretora peruana Claudia Llosa, foi premiado com o Urso de Ouro no Festival de Cinema de Berlim em 2009. Em Portugal, o filme foi traduzido como *“O Leite da Amargura”*, e em inglês virou *“The Milk of Sorrow”*. Optou-se por deixar o nome do filme no original, para expressar o sentido original de susto, aquilo que pega o sujeito desprevenido, sem preparo, que o atravessa como um trauma. As traduções para o português de Portugal ou para o inglês expressam situações psíquicas mais elaboradas, que envolvem processos mais sofisticados, e incluem o imaginário e o simbólico, fazendo com que haja recalque e memória, que não é o caso no trauma.

Para começar, será apresentado o contexto histórico do enredo do filme. Entre 1980 e 1992, o Peru experimentou um período de extrema violência, especialmente na região andina, em função das disputas entre grupos guerrilheiros de esquerda,

*Sendero Luminoso* e MRTA, Movimento Revolucionário Tupac Amaru, grupos de ações paramilitares e grupos das forças armadas do Estado. “Esta fase da história do país, conturbada e de instabilidade social, foi conhecida como obscura e tenebrosa”. (Léon, 2015, p. 134).

O filme foi baseado no livro da antropóloga americana Kimberly Theidon, “*Entre prójimos: el conflicto armado interno y la política de la reconciliación em el Peru*”, de 2004. O estudo da pesquisadora se baseou principalmente na região de Ayacucho, que foi o palco principal para as atrocidades da luta entre o grupo armado e o Partido Comunista do Peru. O objetivo dela era documentar os impactos do conflito e os traumas psicológicos pós-barbárie, segundo Necchi (2021, n.p.).

A população atingida e estudada era composta de grupos indígenas de língua quechua, deslocados para as periferias de Lima, para escapar do terrorismo. Centenas de mulheres destas comunidades haviam sido estupradas coletiva e individualmente durante os mais de doze anos de guerra, e muitos dos nascimentos dessa localidade foram produtos das violências e abusos sexuais.

A desterritorialização e a perda de referências simbólicas são dos grandes desafios que existem atualmente com as migrações em massa no mundo, abrindo espaço para a violência e para diversos problemas psíquicos. Pois estas mulheres deslocadas passaram a interpretar todos os males como algo externo que adquiriam, mostrando o caráter do que sentiam como invasão, e acreditavam que a dor e o sofrimento da mãe eram transmitidos para o bebê através do leite materno. Esta doença era conhecida como “*la teta asustada*” ou “síndrome do susto”. (Léon, 2021, p. 134) E, para evitar que a doença fosse transmitida, muitas evitavam amamentar suas filhas. Estas, usavam diversos recursos para evitar serem estupradas. No filme, o recurso fictício usado é a introdução de uma batata em sua vagina, como forma de proteção.

### 4.3 FAUSTA

Les désirs entretiennent les rêves.  
Mais la mort, elle est du côté du réveil.  
Jacques Lacan

Uma senhora indígena canta canções em quechua, sua língua materna. É a mãe de Fausta, que se chama Perpétua, a que nunca morre. E assim começa o filme, com Fausta, a personagem principal, no leito de morte de sua mãe. A história é cheia de contrastes, pois enquanto a filha, além de tentar viver seu luto, tem uma doença, *la teta asustada*, sua prima se prepara para o noivado e o casamento, na vila onde moram, nos arredores de Lima. Fausta tem um sintoma recorrente, ela sangra pelo nariz e desmaia, cada vez que é defrontada com uma situação difícil, com a qual não sabe lidar. E que se repete assim que a mãe morre. O desmaio é uma forma do sujeito se ausentar da cena perante a angústia.

O tio, que assume desde sempre a figura paterna perante a sobrinha, leva-a ao hospital, onde se descobre uma batata introduzida em sua vagina, que provavelmente a deixa com o útero infeccionado e doente, segundo o médico. O tio explica a ele que ela sangra pelo nariz desde pequena por causa da doença herdada da mãe pelo susto, e que Fausta nasceu na época do terrorismo, quando sua mãe foi estuprada estando grávida dela. A mãe lhe transmitiu o medo pelo leite, conforme a crença local, e ela tinha *la teta asustada*, essa doença que a deixa sem alma, no dizer do tio.

E sem alma é o que se pode dizer de um sujeito traumatizado, e de nossa personagem, sempre cabisbaixa, quieta, sem falar e sem sorrir. Nada se endereça ao outro. Melman (2017, n.p.), descreve este estado: “não há mais sujeito, não há mais discurso, não há mais identidade, não há mais desejo, o único elemento que sobra como suporte vital, o mínimo, é a última imagem antes do trauma. Um plano fixo, parado na imagem” (tradução nossa). Fausta, parece, está fixa na imagem do estupro da mãe, que foi a imagem que a atravessou como uma imagem fundadora, substituindo a cena originária, e transmitida miticamente pelo leite. Rudge (2003, p. 114), explica que

É este vazio que não permite caracterizar teoricamente o trauma apenas pelas qualidades do acontecimento que surpreendeu dolorosamente o sujeito. O valor traumático do acontecimento é relativo a um determinado psiquismo, e, portanto, regido não apenas pelas qualidades do fato, mas também pela história do sujeito. O que a história justifica é a impossibilidade de antecipar ou de integrar um evento, como algo dotado de uma significação

que possa se articular às narrativas que o sujeito se dá de si mesmo e do mundo em que vive. Por isto mesmo, o sintoma assume a feição de uma interminável repetição, em que a tentativa de integrar o corpo estranho que é o acontecimento traumático vivido, à própria história, é o móvel dominante.

Ao analisar a cena do sonho que Freud relata em *A Interpretação dos Sonhos*, “Pai, não vêes que estou queimando”, Caruth (2000, p. 112) diz que o que o pai não consegue compreender na morte da criança torna-se justamente o fundamento de sua identidade de pai. Este é o mecanismo que opera no trauma, a cena traumática toma logo o lugar de cena originária e torna-se sua identidade. Para ela, Freud mostra nesta análise como o

acidente traumático - o confronto com a morte - ocorre cedo demais, subitamente demais, inesperadamente demais, para ser totalmente compreendido pela consciência. No texto de Lacan, este caráter peculiar de acidente, no coração da noção freudiana de trauma, é ligada à significação filosófica maior da repetição traumática. Não é surpreendente que, na origem da experiência analítica, o real tenha se apresentado na forma do que é inassimilável nele - na forma de um trauma, determinando tudo o que se segue e impondo nele uma origem aparentemente acidental? (Caruth, 2000, p. 121-122)

Na volta do médico, Fausta está visivelmente irritada com este, diz que ele é ignorante, pois quer que ela use outro “método contraceptivo”. A moça, inscrita em um circuito simbólico, sabe que o médico fala de um organismo, enquanto ela sofre de algo que não pode nomear, e que não é explicado pela medicina. “Ele não vai entender”, ela diz. Não vai, pois que fala, como médico, de uma realidade e não de um real do corpo. Sua mãe lhe contou que no tempo do terrorismo uma vizinha fazia assim para que ninguém a violasse. “Era mais inteligente”, diz Fausta, atribuindo valor ao que lhe foi transmitido. Ainda que o tio lhe diga que nada vai lhe acontecer, ela insiste no que sua mãe lhe falou. A repetição insiste. “Sua mãe está morta”, enfatiza o tio. Mas não para ela, que ainda não conseguiu enterrá-la e, cujas palavras ainda estão vivas, pulsando.

A família não tem dinheiro para enterrar a mãe, cujo corpo continua sobre a cama, e Fausta busca soluções. Em uma das funerárias que visitou junto com o primo, vê um caixão que chama sua atenção e fixa seu olhar: o féretro tinha a pintura de uma mulher nua, deitada, com um fogo a seus pés e as palavras “arde papi” escritas. A personagem não fala por si como em uma análise, mas o trabalho na clínica do trauma é justamente reconhecer as questões do paciente traumatizado, conferir-lhe sentido às palavras e gestos, um trabalho de “transferência invertida”, como chama Zygouris

(1995, p. 240). Fazendo esse exercício, pode-se dizer que esta imagem de uma mulher quente, ferosa, lhe causa estranhamento. Para ela o sexo está relacionado à violência do estupro. Zygouris fala ainda da construção de uma **ficção verdadeira**, (1995, p. 241), que pode construir uma discursividade em torno do buraco do trauma, costurando o imaginário e produzindo um sujeito que pode simbolizar sua própria história.

Na sequência do problema de como enterrar a mãe, a família se mobiliza para embalsamar o corpo, em um ritual com a presença somente das mulheres. O corpo de Perpétua assim se perpetua.

Fausta então começa a trabalhar, levada pela tia. Seu primeiro emprego é na casa de uma pianista rica e famosa. Uma outra serviçal da mansão lhe inspeciona as orelhas, a boca, os dentes, o pescoço, as mãos. Novamente a tomam como um corpo da realidade, sem dar contorno, sem subjetivá-la. A mulher lhe dá artigos de higiene, entre os quais uma tesourinha, e lhe pede que corte as unhas. Porém, Fausta usa a tesoura para cortar os brotos de batata que nascem de seu corpo.

Em algum momento a patroa a chama, ela chega e se apresenta: "*Soy Fausta*". A mulher nem a olha, não se apresenta, não faz laço. Fausta imediatamente começa a sangrar pelo nariz. Na falta de um reconhecimento, imediatamente seu sintoma retorna.

A preservação do eu depende não só do investimento amoroso tanto do sujeito como das pessoas que o cercam, como de um meio no qual possa reconhecer um lugar para si mesmo. As situações de catástrofe, em que a integridade corporal do indivíduo e/ou de sua vida é destruída, equivalem subjetivamente ao abandono pelas figuras protetoras introjetadas, o supereu do amor. (Rudge, 2003, p. 113)

Além desse olhar do outro que não retorna, o fluxo de excitação pulsional, que é uma das características do paciente traumatizado, representado aqui pelo sangramento no nariz, é descrita por Melman (2017, n.p.): o sujeito, por ter sido exposto

a este excesso de excitação, não tem condições, não tem à sua disposição a articulação dialética que lhe permitiria dominá-lo. Constitui, portanto, um fluxo de excitação aberrante, incompreensível, absurdo, e ele não dispõe da linguagem necessária para que isso venha a ser tomado e integrado, metabolizado e assim, suportado. (tradução nossa)

Em 2004, a pesquisadora americana Theidon (Azerêdo e Silva, 2011, p. 3) relatou que à época, havia no distrito de Accomarca, no Peru, sete jovens mulheres que nasceram com problemas físicos ou mentais, todos atribuídos a *la teta asustada*. Zygouris (1995, p. 231) afirma que “todo acontecimento, seja ele coletivo ou estritamente pessoal, sempre atinge o indivíduo no mais singular de sua dor”. Voltemos então às dores de Fausta.

É quando a moça então conhece o jardineiro da mansão, um homem mais velho, de sua etnia, e que parece ter interesses românticos nela. É importante sublinhar que a língua do filme é o espanhol, porém a língua em que Fausta se comunicava com sua mãe era o quechua. E o filme original não coloca legendas nem para as músicas nem para os diálogos na língua nativa de Fausta. Como se ali o espectador ficasse de fora e fosse um lugar somente dela.

Paralelo à história de Fausta, vemos o drama de sua patroa, Aída, uma pianista sem inspiração, amargurada, que joga pela janela do primeiro andar seu piano. O instrumento musical resta destruído no jardim, e depois é queimado por Fausta e por Noé, o jardineiro. A patroa, as vésperas de apresentar um recital e sem ter nenhuma composição pronta, se interessa pelas músicas de Fausta, especialmente uma, “*La Sirena*”:

*Dicen en mi pueblo que los músicos  
hacen un contrato con una sirena  
si quieren saber cuánto tiempo durará  
durará el contrato con esa sirena*

*De un campo oscuro tienen que coger  
un puñado de quinua para la sirena  
y así la sirena se quede contando  
dice la sirena que cada grano  
significa un año.*

*Cuando la sirena termine de contar  
se lo lleva al hombre y le suelta al mar.*

*Pero mi madre dice, dice, dice  
que la quinua difícil de contar es  
y la sirena se cansa de contar  
y así el hombre para siempre  
ya se queda con el don*

Para além da possível e interessante interpretação dos signos da letra da música, composta por Fausta, percebe-se a questão temporal, como essa contagem fosse eterna, em um fora do tempo do trauma, ditado por sua mãe. As referências cenográficas e metafóricas são inúmeras na obra, mas o que nos interessa é a imbricação dos significantes que formam o universo de Fausta. Que os há, para além do trauma original.

Na primeira vez em que a patroa pede que ela cante, Fausta fica muda, e a patroa, de tão brava, acaba por arrebentar seu próprio colar de pérolas. Ou seja, uma relação pouco mediada pela palavra, mas senão por rompantes violentos onde o que é de valor é arrebentado: o piano e o colar de pérolas. Aída lhe diz: “*se tu me cantas, te regalo con uma pepita*”.

Em paralelo à vida na mansão em Lima, a vida de Fausta nos finais-de-semana na periferia continua. No noivado de sua prima, é grande o contraste da alegria de todos com a sua cara sempre fechada e assustada. Mas socialmente ainda se toma Fausta como um sujeito assujeitado ao trauma, que vira sua identidade: um moço violenta-a com as palavras, lhe diz que ela jamais poderia se casar, pois tem *la teta assustada*. E a seguir lhe recita um verso pedindo “*banha-me con tu menstruación*”. Ao mesmo tempo que o sujeito está agarrado no gozo do trauma, na imagética que o caracteriza, ele se angustia. Este rapaz a mantém no mesmo lugar de angústia e violência, perenizando o trauma. Fausta não suporta e se afasta, corre para junto ao corpo de sua mãe, e não o encontra. O corpo de quem se perpetua estava embaixo da cama. Ela o toca e se acalma.

Um dia, na mansão, o jardineiro, Noé, pede a ela um copo de água na cozinha e começam a falar em quechua. A partir dali se inicia uma amizade e a sereia, que era praticamente muda, começa a ter longos diálogos com ele. Falam sobre flores, deduzindo do pouco que se pode entender da língua que mistura o quechua com elementos do espanhol. Fausta encontra alguém com quem pode falar a língua materna. Ele mora perto de sua casa nas montanhas, e muitas vezes voltam juntos para casa.

Em uma dessas idas, ela observa aflita a cova que o tio cava no quintal, mas que acaba tendo a função de piscina para as crianças. Seus cabelos caem e, sempre perto do corpo da mãe, joga seus cabelos caídos pela janela. Ao fundo, um dizer em um quadro na parede: “*no me olvide*”. Para poder lembrar, é preciso esquecer, e o trabalho de luto vai sendo adiado com a presença da morta-viva dentro de casa.

Fausta, para quem alguma movimentação subjetiva parece que vai sendo possível, finalmente consegue, em uma explosão, cantar “*La Sirena*” para a patroa. Primeiro a voz ao fundo, com ela de boca fechada, e a seguir canta ela mesma, apropriando-se de sua voz para destiná-la a um outro. Em seguida, começa a trocar sua música pelas valiosas pérolas. Fausta chora.

A sereia, as pérolas, Noé: este coletivo de signos, recurso que o filme explora, remete à perda, como explica Vivès, citado em texto de Azerêdo e Silva (2011, p. 3):

qual é então a característica do canto das sereias? Contrariamente ao que se pode ouvir, ele não é agradável. Há uma dimensão de tensão e logo de gozo importante, que podemos compreender se nos reportarmos à origem da criação das Sereias. (...) O nascimento das sereias se origina então de uma perda que causará um apelo.

Esta passagem se presta a uma articulação com a questão do representante da representação, levantado por Lacan no seminário VII, e já discutido no 2º capítulo deste estudo. Um apelo, quer seja, um direcionamento ao outro, só é possível quando a perda, ou seja, a falta, estiver instalada. Então, ao apelar a um outro, cantando e aceitando esta troca, Fausta mostra que algo em si está se movimentando. Onde antes não havia perda, havia perda de subjetividade, seu embotamento, uma hipercatexia na sua cena originária, atrelada a uma cena/situação da qual não poderia nunca se desvencilhar, preso ao corpo e à língua maternos, sob temor da cena violenta que a angustia. E a angústia aqui não serve de sinal, mas sim de representante da representação, que lhe faltou, que não houve. Seu medo é de algo indecifrável do ponto de vista da linguagem. É um medo no corpo real, no campo do real, que é repetido à exaustão com recursos do real.

Fausta, a sereia, começa a ganhar muitas pérolas em troca de sua música, que muito interessa à amargurada patroa. A partir desta abertura, de oferecer sua voz para um outro, fazendo laços possíveis, sua relação com o jardineiro se estreita. Fausta abre o portão para ele com uma flor na boca, que logo cai, não se sustenta. Mas ela dá sinais de desabrochar e se oferecer como flor para ele. Parece que se estabelece ali finalmente uma relação transferencial, de confiança em Noé, com quem pode falar a língua materna, mas que a introduz em outro universo diverso do materno e com quem pode iniciar uma troca simbólica.

O estabelecimento da transferência, para Melman (2016, n.p.), é o momento quando se pode considerar o paciente como curado de seu trauma. Ele está curado

pois há um real habitado, a partir de onde ele pode falar, e não somente falar, mas falar a partir de um lugar de falta, que se endereça ao outro. Então, quando Fausta se faz de flor, ocupando com seu corpo um lugar simbólico que se destina a um outro, pode-se dizer que a transferência foi estabelecida e seu trauma pode vir a se dissolver. Falar de flores, do jardim, do piano, falar na sua língua materna, tudo isso catexiza outros aspectos da vida do sujeito, que pode introduzir a possibilidade de imaginarizar e simbolizar, que haviam ficado perdidas.

Mas este processo não está terminado, e ela segue em um vaivém de abertura e fechamento. Continua doente, por causa da infecção em seu útero, e ainda não enterrou sua mãe. Ainda se recusa ao atendimento médico, presa no fio de gozo que lhe resta do real indecifrável. Para Gampel (2014, n.p.), “não há cura. Só a possibilidade de estar presente para que o outro continue a crescer e a criar. Mesmo com toda a dor.”

Na vila, pega um pombo morto, dos que são criados pelos tios, e dá para os cachorros comerem, mostrando em ato a possibilidade de lidar com a morte e se desfazer do corpo dos que se foram.

Na sequência, chega o dia do grande concerto de sua patroa, que toca ao piano a canção “*La Sirena*”. Fausta está feliz, pois vai receber todas as pérolas do colar arrebitado e poder, enfim, enterrar sua mãe. Mas feliz não está Aída, que a expulsa do carro, sem lhe pagar, por medo de que a empregada revele seu segredo, de que a composição não era sua. Fausta sai perdida à noite pelas ruas de Lima e consegue chegar à casa dos tios. Está desolada, fala ao tio que quer enterrar a mãe, mas não consegue o dinheiro suficiente.

Após o casamento da prima, durante o qual continua cabisbaixa, dorme. Assusta-se com seu tio, dizendo que ela tem que seguir sua vida, e então ela corre para a casa da ex-patroa. Pega suas pérolas e sai correndo e, enquanto o dia amanhece, ela cai chorando aos pés de Noé, o jardineiro. Ele a leva ao hospital desmaiada. Acorda com o tio ao seu lado, lhe dizendo que durante toda a cirurgia não abriu sua mão. Ela lhe mostra as pérolas. Finalmente, livra-se da batata, uma realidade que dava lugar ao simbólico, que deveria se inscrever no lugar do vazio do trauma.

Na estrada, rumo ao lugar onde vai enterrar sua mãe, aparece a insólita cena de uma arca, a arca de Noé. São recursos fílmicos que mostram a força daquele que a resgatou, que insistiu e lhe deu uma significação para além da identificação à cena

traumática que herdou de sua mãe. Perpétua pode assim também passar do real de um corpo morto para a memória, através do processo de luto.

Na cena final, Fausta, em casa, recebe um vaso de flores germinadas a partir de um tubérculo. É onde esse real, a batata, pode virar significante, uma flor que desabrocha, fora de seu corpo, e onde finalmente algo pode germinar, vindo como um presente, de um Outro. Não mais uma batata que a impediria de ser vítima da violência como a que a mãe vivenciou, mas como signo de um dom de amor. *Ya se queda con el don.*

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentamos como problema a ser trabalhado, no início deste estudo, a incidência cada vez maior de eventos extremos, tais como guerras, abusos sexuais, violência urbana, atentados terroristas, terremotos, eventos climáticos extremos, aliados à uma discursividade deficiente, gerando extremos de desorganização psíquica, tais como o trauma.

Uma das questões levantadas, a partir desta constatação foi: o evento seria traumático em si ou o trauma seria produzido na incidência do evento, mesmo não coletivo, no psiquismo? O objetivo também era discutir como a psicanálise poderia propor um tratamento para o trauma que se diferenciasse da perspectiva da psiquiatria, da psicologia e mesmo do senso comum, conectado à grupos de vitimizados que só produzem ainda mais identificação e perenizam o trauma.

Para alcançar estas respostas, delimitando o problema do ponto de vista da psicanálise freudiana e lacaniana, fizemos uma varredura sobre o tema na obra de Freud. Descobriu-se que, para o fundador da psicanálise, o trauma esteve presente do início ao fim de sua produção, sempre o intrigando, como um tema obscuro. Pudemos identificar em sua trajetória quatro abordagens do trauma: o trauma e a sexualidade; o trauma e a questão temporal; o trauma nas neuroses de guerra; e o trauma e o desamparo humano.

Concluiu-se, após o estudo em Freud, alguns aspectos que podem ser destacados: o caráter econômico do trauma, de intensa tramitação psíquica; a falta de representação; seu caráter de repetição; e a extimidade ao aparelho psíquico.

Avançando para os grandes autores pós-freudianos, tais como Lacan, Melman, Zygouris, Soler, entre outros, pudemos ver seus avanços sobre a pesquisa de Freud. Lacan tomou o trauma como constitutivo da linguagem e da função do sujeito. Mas antes, porém, trabalhou sobre o processo que determinam os mecanismos do trauma, tais como a repetição e o real, identificando a falha no princípio de prazer, pela falta de representação. A repetição viria tamponar esse lugar vazio do dublê da representação. Braunstein também desenvolve essa temática.

Também identificamos a diferença, para Melman, entre neurose traumática, que ele chama de pseudotrauma, e o trauma verdadeiro, que assujeita o paciente ao gozo do Outro, na repetição. Diferencia-os principalmente pela discursividade e romance das cenas traumáticas na primeira.

Grandes autores e clínicos, tais como Melman e Zygouris, deram suas contribuições para pensar a tratamento, introduzindo a questão da transferência como fundamental para o processo de cura do paciente que sofre com um trauma. Outros autores, como Rudge e Gampel, não acreditam na cura do trauma, mas sim na possibilidade de uma costura simbólica em torno dele.

Partimos da discussão de como transmitir a experiência do caso clínico e entendemos o caso como ficção, como compreendem Nasio e Rudelic-Fernandez, pois a história contada atravessada pela transferência entre analisando e analista.

Por último, ao abordar a incidência do real através da ficção, analisou-se a personagem do filme "*La Teta Asustada*" e sua trajetória rumo à abertura e à catexia de outros objetos que não somente o corpo da mãe, objeto do trauma. E que, por isso, fazia esse luto ser impossível. A partir do momento que a transferência se estabelece e que há um lugar de confiança para o sujeito, não mais apenas para o assujeitamento ao real do corpo da mãe, a construção de significantes se torna possível. O desabrochar não é mais da batata que a impede de ser mulher, mas dela mesma, como sujeito.

Uma questão complexa, que resolvemos não abordar, é como o trauma se construiu em torno da cena originária, a saber, o estupro da mãe quando esta estava grávida de Fausta, e como a traumatizada veio a ser a filha. Como acontece esta transmissão de "*la teta asustada*" pelo leite materno? Obviamente é uma metáfora para algo do "susto" vivido por essas mulheres. Mas que hoje intrigam pesquisadores mundo afora. Na relação entre Fausta e Perpétua isso se passa de modo diverso, pois que Fausta, dentro do ventre da mãe, está incluída na cena do abuso sexual. Não sabemos como, e é talvez o que se perca do real para sempre, mas pode ser imaginarizado e simbolizado para alinhavar uma saída para o sujeito. No caso de Fausta, as palavras lhe serviram para justamente se identificar à cena traumática e não para sair dela. Nenhuma outra possibilidade de vida lhe foi oferecida, a não ser seguir doente para sempre, como se viu na sua comunidade.

Ainda restam questões a ser respondidas, levantadas inclusive por esse estudo. São caminhos para o aprofundamento da pesquisa, tais como a questão de um diagnóstico diferencial em relação à psicose, da angústia no trauma, da transferência no tratamento, da temporalidade - já trabalhado por algumas autoras tais como Berta e Rudge -, da discursividade na contemporaneidade e da transmissão

geracional do trauma. As primeiras são questões mais familiares para os psicanalistas, mas a última muito pouco familiar dentro da psicanálise lacaniana.

Freud, justamente, foi o primeiro a pensar sobre a questão da transmissão geracional do trauma, em “Moisés e o Monoteísmo” (1939/1996, p.113), quando observa em sua prática analítica algo mais que excede o que havia considerado até então. Cita o estudo de reações a traumas precoces, que o surpreenderam, pois que não se limitam ao que o próprio indivíduo experimentou, mas de uma maneira que só seriam explicados pela filogenética. Para ele,

a herança arcaica dos seres humanos abrange não apenas disposições, mas também um tema geral: traços de memória da experiência de gerações anteriores. Dessa maneira, tanto a extensão quanto a importância da herança arcaica seriam significativamente ampliadas. (Freud, 1939/1996, p. 113)

Mais adiante no texto, Freud reflete sobre a sobrevivência da tradição entre um povo ou da formação de caráter de um povo, mas que tinha em mente uma tradição desse tipo, não uma tradição pela comunicação. Ou ao menos não fez distinção entre as duas, justifica-se.

Minha posição, sem dúvida, é tornada mais difícil pela atitude atual da ciência biológica, que se recusa a ouvir falar na herança dos caracteres adquiridos por gerações sucessivas. Devo, contudo, com toda modéstia, confessar que, todavia, não posso passar sem esse fator na evolução biológica. Na verdade, não é a mesma coisa que está em questão nos dois casos: num, trata-se de caracteres adquiridos que são difíceis de apreender; no outro, de traços de memória de acontecimentos externos – algo tangível, por assim dizer. Mas bem pode ser que, no fundo, não possamos imaginar um sem o outro.

Freud foi um pesquisador visionário, pois quase cem anos depois, as pesquisas em algo que talvez nem estivesse nomeado à sua época, a epigenética, estão se realizando. Trata-se do estudo de mecanismos bioquímicos complexos alteram o funcionamento das células e até traços de hereditariedade sem mexer diretamente no DNA. Em um estudo conjunto entre a Universidade do Sul da Flórida e a Universidade de Ruanda, pesquisadores se debruçaram sobre a transmissão geracional do trauma, em termos de riscos para a saúde mental, tais como a produção de traumas e depressão. O estudo (Musabaganwa et al., 2021, n.p.) foi feito com indivíduos, cujas mães, sobreviventes do Genocídio de Ruanda, em 1994, estavam grávidas deles. O que se concluiu foi que os mesmos marcadores químicos estáveis que foram encontradas epigeneticamente em suas mães, também foram encontradas nos filhos.

O estudo conclui que a herança de traumas inimagináveis deixou suas marcas no DNA dos sobreviventes ao Genocídio. *La teta asustada*, em outro continente, com outras palavras.

Porém, para a psicanálise interessa o estudo dos mecanismos psíquicos de transmissão geracional do trauma. O que a psicanálise tem a dizer sobre este tema já estudado pela psicologia, pela psiquiatria e pela genética?

Alguns psicanalistas já se ocuparam do tema, especialmente os que lidam com as sequelas do Holocausto. Gampel (2014, n.p.) foi uma delas, criando um conceito que chama de "identificação e transmissão radioativa", para designar uma violência social e política. Ela afirma que esta ideia de "núcleo radioativo" serve como representação conceitual de um processo particular.

a penetração no aparelho psíquico de aspectos terríveis, violentos e destruidores da realidade externa, sem que o indivíduo tenha nenhum mecanismo de controle e de proteção contra essa penetração, seu enraizamento e seus efeitos. Esta "identificação radioativa" inclui vestígios não representáveis, resíduos de influências "radioativas" do mundo exterior enquistadas no indivíduo inconscientemente. No caso da radioatividade propriamente dita, material, a emissão afeta fisicamente o indivíduo, no momento em que ocorre o impacto e tempos depois. Do mesmo modo, a violência social afeta o indivíduo e nele provoca danos no momento em que se manifesta ou algum tempo depois. No entanto, como em certas pessoas expostas à radioatividade, os "resíduos radioativos" permanecem latentes e somente emergem como doença - física ou psíquica -, neles ou nos seus filhos, muitos anos mais tarde.

É uma metáfora para falar de um tema presente na subjetividade humana. Esta linha emergente de pesquisa tem explorado como os traumas históricos e culturais afetam os filhos dos sobreviventes nas próximas gerações.

A jornalista científica DEANGELIS (2019, n.p.), lista vários estudos que estão sendo feitos ao redor do mundo sobre como traumas históricos e culturais de massa afetam gerações futuras. Ela cita com destaque o estudo de Brent Bezo, da Carleton University, de Ottawa. O pesquisador conduziu um grande estudo quantitativo comparando efeitos intergeracionais entre ucranianos que deixaram o país antes do Holodomor, em 1932-33, e o grupo de ucranianos afetados pelo evento. Os resultados apontaram efeitos psíquicos importantes para as gerações seguintes dos sobreviventes ao genocídio. Ela cita ainda estudos sobre efeitos geracionais nos sobreviventes do Holocausto, dos assassinatos do Khmer Vermelho no Camboja, do

Genocídio de Ruanda, sobre a dizimação dos indígenas e da escravidão nas Américas.

O Centro Primo Levi, em Paris, uma associação de referência, especialmente dedicada ao cuidado e apoio de pessoas vítimas de tortura e de violência política exiladas na França, também corrobora com a ideia de efeito “radioativo”, cunhado por Gampel (2014, n.p.): “na falta de um apoio adaptado e de um quadro de proteção, os efeitos arriscam também de ter um rebote sobre as pessoas próximas e sobre os cuidadores, e mesmo de serem transmitidos às gerações seguintes”. (Vuillard, 2018, n.p., tradução nossa)

Ficam então em aberto diversas questões a partir deste estudo, que mais abriu possibilidades que as fechou. É um tema muito amplo, que pode ter várias bifurcações de pesquisa. Mas que apontou grandemente para a importância do lugar de escuta e de amarração simbólica da psicanálise, como lugar do terceiro. Este estudo teve como objetivo, principalmente, refletir sobre o trauma conceitualmente, pensar na questão diagnóstica e dar subsídios para a clínica deste que vem sendo um grande desafio no dia-a-dia do trabalho de psicólogos e psicanalistas.

Especialmente em situações de risco e emergência, cada vez mais comuns no nosso dia-a-dia, para fazer falar, costurar sentidos. Então a psicanálise também tem seu lugar para além de desfazer sentidos e identificações. A clínica do trauma propõe um lugar outro, que possibilite imaginarizar e simbolizar, costurando ao redor de buracos muitas vezes inassimiláveis.

## 6 REFERÊNCIAS

- AZERÊDO, G. e SILVA, E. M. Fausta e o canto da sereia: mitologia e violência simbólica em *La teta asustada*. **Cultura e Tradução**, João Pessoa, p. 1-11, v. 1, n. 1, 2011. Disponível em <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ct/article/view/13030/7541> Acesso em 02 dez 2022.
- BERLINCK, M. T. e MAGTAZ, A. C. O caso clínico como fundamento da pesquisa em psicopatologia fundamental. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, vol. I, n. 15, não paginado, 2012. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rlopf/a/xXZrg5gPwWHft7LKBT79tzG/?lang=pt> Acesso em 29 abr. 2021.
- BERTA, S. L. **Um estudo psicanalítico sobre o trauma de Freud a Lacan**. 2012. 274 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-29052012-111901/publico/berta\\_do\\_corrigida.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-29052012-111901/publico/berta_do_corrigida.pdf) Acesso em 05 out. 2019.
- BESSET, V. L. et al. Trauma e Sintoma: da generalização à singularidade. **Revista Mal-estar e subjetividade**. V.6, n. 2, Fortaleza, set. 2006. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482006000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000200003) Acesso em 06 out. 2019.
- BRAUNSTEIN, N. A. Sobrevivendo ao Trauma. In: **Tempo Psicanalítico**. Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle. Rio de Janeiro, v. 35, p. 93-114, 2003.
- CALAZANS, R. e LUSTOZA, R. Z. Sintoma psíquico e medicina baseada em evidências. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 62, p. 18-30, 2012. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672012000100003#:~:text=A%20medicina%20baseada%20em%20evid%C3%AAncias%20acredita%20que%20%C3%A9%20poss%C3%ADvel%20suprimir,saber%20sobre%20o%20si%20mesmo](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672012000100003#:~:text=A%20medicina%20baseada%20em%20evid%C3%AAncias%20acredita%20que%20%C3%A9%20poss%C3%ADvel%20suprimir,saber%20sobre%20o%20si%20mesmo). Acesso em 06/10/2019.
- CANGUÇU, D. Escrever a clínica/construir o caso: o que se inscreve numa análise? **Ágora: estudos em Teoria psicanalítica**, Rio de Janeiro, vol. 24, n. 1, jan-abri 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1809-44142021001003> Acesso em 29 abr. 2021.
- CARUTH, C. Modalidades do despertar traumático (Freud, Lacan e a ética da memória). In: NESTROVSKI, A; SELIGMANN-SILVA, M. (Ed.) **Catástrofe e representação: ensaios**. São Paulo: Escuta, 2000. p. 111-136.
- CONDÉ, M. L. L. Entre o normal e o patológico: Ludwik Fleck, Georges Canguilhem e a gênese da epistemologia histórica. **Intelligere, Revista de História Intelectual**, São Paulo, v. 2, n. 1 [2], p. 51-67. 2016. Disponível em <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2447-9020.intelligere.2016.114460> Acesso em 20/12/2020.

CURRO, L. Ex-goleiro mexicano tem o mesmo pesadelo há quinze anos. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 2 set. 2021. Blog O mundo é uma bola, p.1. Disponível em <https://omundoeumabola.blogfolha.uol.com.br/2021/09/02/ex-goleiro-mexicano-tem-o-mesmo-pesadelo-ha-15-anos/> Acesso em: 01/12/2021.

DEANGELIS, T. The legacy of trauma. **Monitor on Psychology**, American Psychological Association, vol. 50, n. 2, 36 p., fev. 2019. Acesso em 05 mar 2022, de <https://www.apa.org/monitor/2019/02/legacy-trauma>

DEBIEUX ROSA, M. Prefácio. In: DUNKER, C.I.L. e RODRIGUES, A.L. (Ed.) **A realidade e o real: verdade em estrutura de ficção**. São Paulo: nVersos, 2015.

DINIZ, M. O método clínico e sua utilização na pesquisa. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, n. 120, p. 9-21, 2011. Disponível em <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/13029/6965> Acesso em 29 abr. 2021.

DUNKER, C. I. L. A função terapêutica do real: entre trauma e fantasia. In: Rudge, A.M. (org.). **Traumas**. São Paulo: Escuta, 2006.

DUNKER, C. I. L. e RODRIGUES, A.L. (Ed.) **A realidade e o real: verdade em estrutura de ficção**. São Paulo: nVersos, 2015.

EMERICH, C. Traumatisme psychique, traumatisme réel: quels enjeux? Du bon usage du traumatisme, Nice, **Anais de la Journée Association Lacanienne Internationale – École Pratique de Hautes Études em Psychopathologies**. Não paginado. Nice: 2018. Disponível em <http://www.ali-provence.com/2018/07/choula-emerich-traumatisme-psychique-traumatisme-reel-quels-enjeux/> Acesso em 06 out. 2019.

FÁVERO, A. B. **A noção de trauma em psicanálise**. 2009. 207 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em [http://ppg.psi.puc-rio.br/uploads/uploads/1969-12-31/2009\\_e8d9808fbf244dfb7ac98e958bbf8c6c.pdf](http://ppg.psi.puc-rio.br/uploads/uploads/1969-12-31/2009_e8d9808fbf244dfb7ac98e958bbf8c6c.pdf) Acesso em 06 out. 2019.

FIGUEIRA, I. e MENDLOWICZ, M. Diagnóstico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2003; 25 (Supl I): 12-16 Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500004> Acesso em 06 out. 2019.

FIGUEIREDO, L. C., & MINERBO, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. **Jornal de Psicanálise**, 39(70), 257-278. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352006000100017](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100017) Acesso em 06 out. 2019.

FINOTTI, I. Mãe turca perde filho de vista no terremoto e chora há três dias sem conseguir falar. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 9 fev. 2023. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2023/02/mae-turca-perde-filho-de-vista-no-terremoto-e-chora-ha-tres-dias-sem-conseguir-falar.shtml> Acesso em 9 fev. 2023.

FREUD, S (1926). A questão da análise leiga. In FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1920). Além do princípio de prazer. In FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1937). Análise terminável e interminável. In FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1893). Comunicação Preliminar. In FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1897). Carta 69. In FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996

\_\_\_\_\_ (1917). Conferência XVIII – Fixação em Traumas – O inconsciente. In FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1917). Conferência XXII – Algumas ideias sobre desenvolvimento e regressão - Etiologia – O inconsciente. In FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1917). Conferência XXIV – O estado neurótico comum. In FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1932). Conferência XXIX – Revisão da Teoria dos Sonhos. In FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1937). Construções em análise. In FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1892). Esboços para a “Comunicação Preliminar” de 1893. In FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1938). Esboço de Psicanálise. In FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1893). Estudos sobre a Histeria. In FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1926). Inibições, Sintoma e Ansiedade. In FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1919). Introdução ao texto *A Psicanálise e as Neuroses de Guerra*. In FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996

\_\_\_\_\_ (1905). Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses. In FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1939). Moisés e o Monoteísmo. In FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1920). O Estranho. In FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1896). Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_ (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GAMPEL, Y. Psicanálise quando uma bomba cai. **Revista Brasileira de Psicanálise**. São Paulo, vol. 48, n. 4, não-paginado, 2014. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0486-641X2014000400002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2014000400002) Acesso em 03 ago. 2021.

GOMES, B. Mulheres denunciam que Justiça reabre feridas com método que reencena agressões para solucionar conflitos. **O Globo**, Rio de Janeiro, 04 set. 2021. Disponível em <https://oglobo.globo.com/brasil/direitos-humanos/mulheres-denunciam-que-justica-reabre-feridas-com-metodo-que-reencena-agressoes-para-solucionar-conflitos-1-25184779> Acesso em 05 set. 2021.

KAUFMAN, P. (1996) **Dicionário Enciclopédico de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar.

LACAN, J. (1974) Conferência A Terceira. **Cadernos Lacan**. APPOA. Porto Alegre, v. 2, 2002.

\_\_\_\_\_ (1959) **O Seminário**, livro VII, A Ética da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

\_\_\_\_\_ (1961-1962) **O Seminário**, Livro IX: A identificação. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2003.

\_\_\_\_\_ (1964) **O Seminário**, livro XI, Os quatro conceitos Fundamentais da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

\_\_\_\_\_ (1966) **O Seminário**, livro XIII, O objeto da Psicanálise. Recife: Centro de estudos freudianos do Recife, 2018.

\_\_\_\_\_ (1964). Posição do inconsciente. In LACAN, J., **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_ (1973-1974). **Le séminaire**, livre XXI: Les non-dupes errent. Disponível em <http://staferla.free.fr/S21/S21.htm> Acesso em 06 out. 2019.

\_\_\_\_\_ (1970). Radiofonia. In LACAN, J., **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

LACAN ONLINE. A Story from Lacan practice. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=VA-SXCGwLvY&t=11s> Acesso em 14 nov. 2022.

LEÓN, I. O. R. Aproximação à *Teta Asustada* como uma narrativa cinematográfica intercultural hispânica. **Revista EntreLínguas**, Araraquara, v. 1, n. 1, p. 131–146, 2015. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/entrelinguas/article/view/8056>. Acesso em 20 jan. 2023.

LLOSA, C. **La Teta Asustada**. Filme, 97 min. Color. Peru-Espanha: Generalitat de Catalunya - Institut Català de les Indústries Culturals (ICIC), Ministerio de Cultura, Oberón Cinematográfica, 2009.

MELMAN, C. Le traumatisme dans la vie ordinaire. In: **Journée École Pratique des Hautes Études em Psychopathologies**, não-paginado. Nice: EPHEP, 2017. Disponível em <https://ephep.com/fr/content/texte/charles-melman-le-traumatisme-dans-la-vie-ordinaire-conclusion> Acesso em 07 set. 2021.

\_\_\_\_\_ Qu'appelle-t-on traumatisme psychique? Cycle de conférences 2016/2017 sur le Traumatisme Psychique, Paris. **Anais do Cycle de Conférences 2016/2017**, Não paginado. Paris: Association Lacanienne Internationale, set, 2016. Disponível em <https://tinyurl.com/yxj4vpqg> Acesso em 06 out. 2019.

\_\_\_\_\_ Qui n'a pas son traumatisme? Mélancolie, Traumatisme et Origine, **Bulletin Freudien**, Bruxelles, não-paginado. v. 27, mar. 1996. Disponível em <https://tinyurl.com/yxzmuosb> Acesso em 06 out. 2019.

LUSTOZA, R. Z. (2008) O estatuto do objeto na psicanálise lacaniana: uma comparação com o objeto da ciência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** (UNB. IMPRESSO), v. 24, p. 247-250. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ptp/a/LVBWqD8PvjTPvWZYqwHFrYG/?lang=pt#:~:text=O%20objeto%20cient%20n%C3%ADfco%20n%C3%A3o%20%C3%A9,resultado%20de%20uma%20longa%20elabora%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em 06 out. 2019.

MUSANABAGANWA, C. et al. Leukocyte methylomic imprints os exposure to the genocide against the Tutsi in Rwanda: a pilot epigenome-wide analysis. **Epigenomics**, Londres: vol. 14, n. 1, não-paginado, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.2217/epi-2021-0310> Acesso em 18 jan. 2022

NASIO, J. D. (org.) (2001) **Os grandes casos de psicose**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

NECCHI, M. **La Teta Asustada: o leite, o sangue e a batata em uma realidade mágica**. Rede Amlat, não-paginado, ago. 2021. Disponível em <http://www.redeamlat.org/2021/08/23/la-teta-asustada-o-leite-o-sangue-e-a-batata-em-uma-realidade-magica/> Acesso em 20 jan. 2023.

RUDELIC-FERNANDEZ, D. (2002) Linguagem do caso: modelos e modalidades. In: **Jornal de Psicanálise**, Instituto de Psicanálise - SBPSP, São Paulo, v. 35, n 64/65, p. 57-60, 2002.

RUDGE, A. M. Trauma e temporalidade. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, vol. VI, n. 4, p. 102-116, 2003. Disponível em <http://old.scielo.br/pdf/rlpf/v6n4/1415-4714-rlpf-6-4-0102.pdf> Acesso em 20 jan, 2023.

\_\_\_\_\_. (org.) **Traummas**. São Paulo: Escuta, 2006.

SOLER, C. **De um trauma ao Outro**. São Paulo: Blucher, 2021.

VUILLARD, J. Le psychotrauma: effets, risques et enjeux. **Mémoires**, Centre Primo Levi, n. 73, 3 p., set. 2018. Disponível em <https://www.cairn.info/revue-memoires-2018-2-page-5.htm> Acesso em 20 jan. 2023.

ZYGOURIS, R. **Ah! As Belas Lições!**. São Paulo: Editora Escuta, 1995.