

Trauma e sintoma: da generalização à singularidade¹

Vera Lopes Besset

*Doutora em Psicologia- Universidade Paris V.
Professora Pós-Graduação em Psicologia-IP-
UFRJ. Membro Pesquisador da Associação
Universitária de Pesquisa em Psicopatologia
Fundamental e do NIPIAC -IP-UFRJ. Membro da
EBP-ECF e da AMP.*

*End.: Travessa Euricles de Matos, 28. CEP:
22240-010. Laranjeiras, Rio de Janeiro; E. RJ,
Brasil.*

e-mail: besset@terra.com.br

Susane Vasconcelos Zanotti

*Psicóloga. Doutora pela UFRJ. Pesquisadora
associada ao NIPIAC-IP-UFRJ. HUCAM-ES.
Correspondente da EBP-ES*

e-mail: suzananevz@yahoo.fr

Marina Pereira Vieira

*Aluna do Programa de Pós-Graduação de
Mestrado em Psicologia-IP-UFRJ – Bolsista do
CNPq*

Luciana de Siqueira Costa

*Psicóloga. UFRJ; Município de Iguaba Grande-
RJ*

Gabriella Valle Dupim da Silva

*Aluna do Programa de Graduação em Psicologia
- UFRJ. Bolsista IC-CNPq-Balcão.
e-mail: gabidupim@hotmail.com*

Bruna Pinto Martins Brito

*Aluna do Programa de Pós-Graduação de
Mestrado Psicologia-IP- UFRJ, Bolsista Capes.
e-mail: brunapmbrito@ig.com.br*

Adriana Penatti Maluf

*Aluna do Programa de Graduação em Psicologia
- UFRJ. Bolsista IC-PIBIC-CNPq-UFRJ.
End. Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Instituto de Psicologia.
Avenida Pasteur s/n
Botafogo
Rio de Janeiro, RJ
e-mail: adri.maluf@terra.com.br*

RESUMO

Em sua origem grega, a palavra trauma remete a ferida. Para a psicanálise, o trauma é a marca do encontro de um sujeito com o sexual. Sendo assim, 'vivências traumáticas' estão na base da formação do sintoma, que reúne efeitos positivos e negativos do trauma e em que se observa a expressão preponderante, ora de uma, ora de outra tendência. Nessa concepção, o sintoma pode ser entendido como o tratamento que cada sujeito confere ao trauma. Em seu tratamento, a clínica psicanalítica opera particularmente sobre tais efeitos, que estão na base da 'fixação' do sujeito em dada posição, num modo singular de satisfação. Essa proposta implica a responsabilidade do sujeito face ao que Freud nomeou "escolha da neurose". Em contraponto com isso, observa-se, em nossos dias, a busca de uma certa padronização do traumático, remetido a catástrofes mundiais ou individuais, de modo generalizado. Essa abordagem apresenta-se em consonância com uma psiquiatria orientada pelo DSM-IV, que propõe uma descrição "objetiva" do traumático, na qual o sintoma é concebido como transtorno. Como consequência, há uma tendência à des-responsabilização dos sujeitos face a seu próprio sofrimento e à segregação destes em grupos de 'traumatizados'. Nesse contexto, a psicanálise ainda aposta nas ferramentas deixadas por Freud: fazer falar o sujeito sobre aquilo que o faz sofrer. E, em resposta às exigências de nosso tempo, psicanalistas de inspiração lacaniana não recuam frente ao atendimento de 'traumatizados', como indicam dados de experiências recentes. Neste artigo, valemo-nos de alguns subsídios teórico-clínicos encontrados na obra freudiana para aprofundar a abordagem do trauma na clínica psicanalítica, atualizados pela referência a autores contemporâneos, inspirados no ensino de Lacan.

Palavras-chave: trauma, sintoma, psicanálise, traumatizados, tratamento.

ABSTRACT

In its Greek origin, the word trauma refers to wound. For psychoanalysis, trauma is a mark of the encounter of the individual with the sexual. Therefore, 'traumatic experiences' are on the base of symptom formation which gathers positive and negative effects of the trauma and where we can observe the preponderant expression of one or other of these tendencies, alternatively. In this conception, the symptom can be understood as the treatment that each individual gives to the trauma. In its treatment, the psychoanalytic clinic works particularly under these effects that are on the base of individual fixation in a specific position, in a singular mode of satisfaction. This proposal implicates the responsibility of the individual face to what Freud named the choice of neurosis. However, in our days, we observe a search in order to standardize the traumatic, which is referred to global or individual catastrophes, in a generalized way. This approach presents itself in consonance with a psychiatry oriented by DSM-IV that proposes an "objective" description of the traumatic, where the symptom is presented as a disturbance. Consequently, there is a tendency to take off the responsibility from the individuals on the face of their own suffering and the segregation of themselves in 'traumatized' groups. In this context, psychoanalysis still bets on tools left by Freud: make the individual talk about what makes him suffer. And, by answering the exigences of our time, psychoanalysts of lacanian inspiration do not move back due to service of 'traumatized' as data of recent experiences indicate. In this article, we use some theoretical and clinic subsidies found in freudian's work to go deep in the approach of trauma on psychanalytic clinic, updated by the reference of contemporary authors, inspired in Lacan's teaching.

Key-words: trauma, symptom, psychoanalysis, traumatizeds, treatment.

Traumatismos

Em sua origem grega, a palavra **trauma** remete a **ferida**. Em

nossos dias, a noção de trauma veiculada remete-nos às catástrofes mundiais ou individuais de modo generalizado, indicando a busca de uma certa padronização do traumático. No início deste século XXI, inúmeros eventos fazem com que a discussão a respeito desse tema torne-se relevante. Lembramo-nos, especialmente, das cenas dos aviões chocando-se contra o *World Trade Center*, em 11 de setembro de 2002; das do atentado terrorista que resultou na explosão de um vagão de trem em Madrid em 11 de março de 2004; daquelas referentes ao atentado a uma escola de Beslan, na Rússia em setembro do mesmo ano, dentre outras. São fatos que se enquadram na definição de traumatismo, à qual a de trauma nos remete, tal como indicada pelo dicionário de nossa língua: “choque violento capaz de desencadear perturbações somáticas e psíquicas” (Buarque de Holanda, 1980, p. 1413). Tal configuração leva um autor, recentemente, a caracterizar os tempos atuais como “A era do trauma” (Veras, 2004).

Na psicanálise, a concepção de trauma está referida a experiências precoces e não a fatos atuais, uma vez que a marca do sujeito confunde-se com o **infantil**. Em um texto tardio de Freud, **Moisés e a religião monoteísta**, encontramos: “Chamamos traumas a essas impressões de precoce vivência, logo esquecidas, às quais atribuímos tão grande significação para a etiologia das neuroses” (Freud, 1939/1986a, p. 70). Nesse contexto, os traumas “são vivências no corpo próprio ou bem percepções sensoriais, o mais das vezes do visto e ouvido, vale dizer, lembranças ou impressões” (Idem, p. 72). Dentro dessa perspectiva, é a suposição de que as vivências **traumáticas** se encontram na base da formação dos sintomas que autoriza a pensar em um tratamento do trauma: “foi preciso render-se à evidência e reconhecer que na raiz de toda a formação de sintoma se achavam impressões traumáticas procedentes da vida sexual precoce (Freud, 1923/1989a, p. 239)”. Essa relação entre os traumas e os sintomas é retomada no texto sobre o monoteísmo, supracitado: “(os sintomas) são conseqüências de certas vivências e impressões que reconhecemos como traumas etiológicos” (Freud, 1939/1986a, p. 71).

Em nossos dias, distante da proposta freudiana, e mesmo em contradição com ela, a psiquiatria orienta-se pelo DSM-IV (Manual

Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Quarta edição), no qual o sintoma é apresentado como transtorno. Segundo o manual, para que algo se classifique como transtorno, requer-se existência de **prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos**. Dessa forma, “o conjunto de critérios estabelecidos para a maior parte dos transtornos inclui aqueles critérios importantes e clinicamente redigidos como causa-sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos na área social, ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento” (APA, 2002, p. 7). Esse manual descreve a categoria denominada **Transtorno do Estresse Pós-Traumático**, conhecida pela codificação F43.1 - 309.81, classificada como um **transtorno de ansiedade**:

Os sintomas característicos resultantes da exposição a um trauma extremo incluem uma revivência persistente do evento traumático (Critério B), esquiva persistente de estímulos associados com o trauma, embotamento da responsividade geral (Critério C) e sintomas persistentes de excitação aumentada (Critério D). O quadro sintomático completo deve estar presente por mais de 1 mês (Critério E) e a perturbação deve causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério F) (op. cit., p. 449).

Ainda, segundo o mesmo manual, os traumatizados apresentariam determinadas formas de reviver o trauma: recordações aflitivas, sonhos aflitivos e recorrentes, sofrimento psicológico intenso diante de algo que lembre o evento traumático e reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático. Pode-se dizer, concordando com Laurent (2004), que o trauma, por essa via de abordagem, é algo programável, passível de categorização.

Ao mesmo tempo, observa-se que a enumeração dos eventos traumáticos contempla eventos atuais e não precoces, infantis, diversamente do que postula a psicanálise. Na descrição do DSM-IV, temos:

Os eventos traumáticos vivenciados diretamente incluem, combate militar, agressão pessoal violenta (ataque sexual, ataque físico, assalto à mão armada, roubo), seqüestro, ser tomado como refém, ataque terrorista, tortura, encarceramento como prisioneiro de

guerra ou em campo de concentração, desastres naturais ou causados pelo homem, graves acidentes automobilísticos ou receber o diagnóstico de uma doença que traz risco de vida (p. 449).

Ao mesmo tempo, buscam-se os circuitos neuronais envolvidos nesse transtorno, já que as causas destes seriam “falhas do sistema nervoso central na interpretação, síntese e integração de episódios emocionalmente impactantes e dolorosos” que teriam “um papel crítico nas vivências recebidas como traumáticas” (van der Kolk, 2001, apud Peres & Nasello, 2005). Assim, a falha e a responsabilidade não seriam do sujeito, mas de uma instância quase que autônoma, o “sistema nervoso”. O trauma, então, poderia ser “visto” através de técnicas de neuroimagem.

Essa descrição ‘objetiva’ do traumático inclui fatos que marcam nosso contemporâneo, contribuindo para a generalização do que se nomeia traumático ou trauma e induz à crença na possibilidade de controle dos fatos, em nome do bem-estar humano. Graças a esse tipo de generalização, o sujeito é colocado em posição de vítima e segregado em grupos de traumatizados, o que impede qualquer possibilidade de subjetivação desse trauma. 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 o trauma, essas abordagens deixam de lado o sujeito que possui a *ferida* aberta com ele.

Tomando como exemplo os episódios de ataques terroristas, notamos uma preocupação por parte dos governos e de suas políticas públicas de saúde em dar um **tratamento** ao evento traumático. Dispositivos de atendimento psicológico e psiquiátrico são construídos com o intuito de acolher aos que vivenciaram os ataques. Trata-se de abordar uma vivência tida como traumática no âmbito do **para todos**, generalização necessária, quando se trata de medidas urgentes frente aos acontecimentos violentos, que por motivos políticos não podem ser negligenciados. Mas o que cabe ao psicanalista ao receber tais pacientes? Há uma especificidade no tratamento dado pela psicanálise ao trauma, considerando sempre o caso-a-caso. Discutiremos, adiante, o caso clínico de Minna, uma mulher que busca a Rede Assistencial de Madrid para atendimento

psicológico, depois de escapar ilesa ao atentado terrorista, em março de 2004. Nesse caso, a partir do encontro com uma psicanalista, é possível verificar como da generalização se faz um espaço para o particular que caracteriza um sujeito, para o que emerge como singular.

Veremos em Freud, adiante, alguns subsídios teórico-clínicos para aprofundar esse debate, atualizado por dados da clínica e autores contemporâneos. Nesse texto, interessa-nos destacar que, se é possível propor um tratamento para o trauma, é pela via do sintoma que o fazemos. Na psicanálise, o sujeito é convocado a responsabilizar-se por suas escolhas frente às demandas da civilização. Nela não se trata, como em alguns tipos de psicoterapia, de eliminar o que restou de uma experiência traumática. Sua proposta seria **tratar** o trauma a partir da fala, concebendo-o como algo que diz respeito ao encontro com o sexual.

Etiologia do sintoma: sexualidade e trauma

Desde cedo, é no estudo da histeria que a relação do trauma com a formação dos sintomas e a estruturação das neuroses evidencia-se. No texto conhecido como “Comunicação Preliminar”, escrito com Breuer, Freud aproxima a histeria da neurose traumática: “No caso da neurose traumática, a causa eficiente da enfermidade não é a ínfima lesão corporal; mas o é o afeto de horror, o trauma psíquico” (Freud & Breuer, 1893/1987, p. 31). Esse trauma refere-se à “qualquer vivência que suscite os afetos penosos de horror, angústia, vergonha, dor psíquica” (Idem) e está presente em muitos sintomas histéricos. Comporta-se como “um corpo estranho”, cuja eficácia se mantém por longo tempo.

No mesmo texto, busca explicitar o caráter comum aos “traumas etiológicos”. Invariavelmente, ocorreriam no período de receptividade, até o quinto ano de vida. Sublinha que “As impressões do período em que se inicia a capacidade da linguagem se destacam como de particular interesse” (Idem, p. 71). Geralmente, são vivências que caem em completo esquecimento e pertencem à amnésia infantil, surgindo somente por meio das chamadas “lembranças encobridoras”. Referem-se “a impressões de natureza sexual e

agressiva e por certo também a danos temporários do eu (mortificações narcisistas)” (Idem). Freud tem o cuidado de ressaltar que, nessa época, as crianças não distinguem as ações sexuais das puramente agressivas.

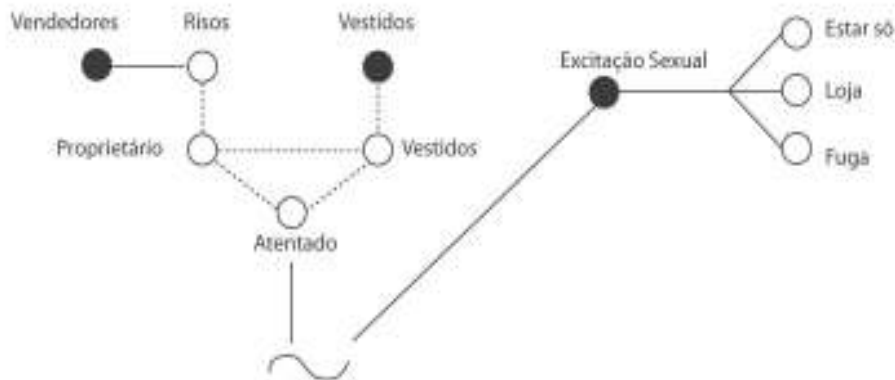
É no Projeto, escrito em 1895, que, ao discorrer sobre a **proton pseudos**² histérica, Freud (1950/1988a) traz o caso Emma para explicitar a formação do trauma em dois tempos, entre os quais se interpõe a puberdade. Vale destacar que, nesse momento embrionário da psicanálise, Freud esforça-se para explicar o funcionamento do aparelho psíquico a partir de uma visão quantitativa, segundo a qual o prazer estaria ligado à descarga e o desprazer ao represamento de energia. Para ele, “esse caso é típico para o recalque na histeria. De onde se descobre que é recalçada uma recordação que só com efeito retardado (*nachträglich*) tornou-se trauma. A causa desse estado de coisas é o retardo da puberdade com respeito ao desenvolvimento restante do indivíduo”. (p. 403) Vamos ao caso.

Emma apresenta uma compulsão de não poder entrar em lojas **sozinha** (Idem, p. 400). Uma recordação atrela-se a esse sintoma. Aos doze anos, logo depois da entrada na puberdade, havia entrado em uma loja para comprar algo e percebeu que os vendedores riam entre eles. Saiu correndo, tomada de um **afeto de terror**. Sobre isso, lhe sobrevêm dois pensamentos: o de que os dois vendedores riam de seu vestido e de que um deles a havia atraído sexualmente.

O autor observa que tanto o nexos entre esses fragmentos quanto o efeito que produziram são incompreensíveis, já que a maneira como a moça se veste mudou desde então. No entanto, no curso de seu relato, foi possível que a paciente associasse essa primeira recordação (cena 1) a uma outra, da qual se lembrou posteriormente, ocorrida aos oito anos de idade (cena 2). Nessa ocasião, tinha ido por duas vezes à confeitaria comprar guloseimas e o proprietário beliscou seus genitais através de seu vestido. Apesar de esse fato ter ocorrido logo na primeira ida à loja, voltou a ela uma segunda vez. Depois, não retornou, mas repreende-se pelo fato de ter voltado uma única vez. Abaixo, reproduzimos o esquema que Freud constrói a partir do relato da mocinha. Observe-se que os círculos em

branco correspondem a representações inconscientes e formam um 'complexo' indicado pelas linhas pontilhadas; dele, somente a representação **mais inocente** é acessível à consciência (Idem, p. 402).

Esquema 1



O riso de um dos vendedores fez Emma lembrar-se do sorriso do proprietário da confeitaria. Foram necessários, então, **dois tempos** para que a **primeira cena** se tornasse **traumática**. Eis sua descrição: “Na loja, os dois empregados riem, esse riso evoca (inconscientemente) a recordação do padeiro. A situação apresenta outra semelhança: de novo está sozinha em uma loja. Juntamente com o padeiro é recordado o beliscão através do vestido, porém ela se tornou púbere no intervalo. A recordação desperta (coisa que naquele momento era incapaz de fazer) um estímulo sexual que se transforma em angústia. Com essa angústia, tem medo de que os empregados possam repetir o atentado e escapa” (Idem, p. 401). Assim, quando Emma, já na puberdade, lembra dessa primeira cena, o **terror** que surge é de seu próprio desejo. Ter se sentido sexualmente atraída por um dos vendedores (cena 1) informa-lhe sobre o que a fez retornar à confeitaria, onde fora tocada pelo padeiro (cena 2).

É, então, a alteração oriunda da puberdade que permite uma outra compreensão da recordação, despertando um afeto que “como vivência não havia despertado” (Idem, p. 403). Ali, onde houve trauma está o sintoma, mas “para formar um sintoma histérico tem que estar presente um afã defensivo contra uma representação penosa” (Freud, 1896/1989b, p. 211-212). Sendo assim, o sintoma seria uma forma de lembrança do trauma: “Nossos enfermos padecem de reminiscências. Seus sintomas são restos e símbolos mnêmicos de certas vivências (traumáticas)” (Freud, 1910/1988b, p. 13). E, com base no relato dos sujeitos que recebe em tratamento, Freud considera, por algum tempo, que as vivências traumáticas corresponderiam às seduções precoces efetivamente praticadas por adultos, na maioria dos casos, os pais das crianças. Trata-se dos primórdios da teorização freudiana, quando já é possível verificar, na tentativa de entender a etiologia da neurose, a importância dada por Freud à questão sexual, contrapondo-se a Breuer, que estaria mais inclinado a enfatizar a relevância dos estados hipnóides. A sedução por parte de um adulto traz a idéia de uma sexualidade vinda de fora e de uma passividade vivida pela criança.

No entanto, a hipótese de uma efetiva sedução sofrida na infância não tarda a ser rejeitada por Freud, como relatado a Fliess na Carta de N. 69³: “Já não creio mais em minha “neurótica””. Para considerar as cenas de sedução como reais, Freud teria que admitir que todos os pais são perversos. Assim, supõe que as histéricas fantasiavam tais cenas de sedução, que não haviam de fato ocorrido. Pondera que “no inconsciente não existe um signo de realidade, de sorte que não se pode distinguir a verdade da ficção investida de afeto” (Freud, 1950/1988a, p. 302). Esse deslocamento do foco de sua investigação, do evento factual para um fato estrutural, leva Freud a colocar a fantasia como fator preponderante na etiologia dos sintomas, o que possibilita, em momentos posteriores, a formulação das noções de sexualidade infantil e de complexo de Édipo (Ferrari, 2004). A partir do abandono da teoria da sedução, Freud deixa de lado a busca incessante de uma cena traumática originária, atentando mais para a **construção fantasmática** em questão.

A relação estabelecida entre o trauma e a formação sintomática leva-nos a afirmar que o sintoma seria a maneira

encontrada pelo inconsciente para trazer de volta o trauma, mesmo que ele pertença ao campo da fantasia. O sintoma seria uma forma de **atualizar** o trauma, de trazer à tona os conteúdos libidinais do sujeito que, em momento muito anterior, foi esquecido, recalçado.

Repetição, compulsão: desprazer?

Logo no início do texto **Além do Princípio do Prazer** (1920/1989), Freud afirma que ainda não havia compreendido o mecanismo através do qual o recalque transforma uma possibilidade de prazer em fonte de desprazer. Lembra, ao mesmo tempo, que o desprazer do neurótico não passa de um prazer que não pode ser sentido como tal. A transformação de uma situação prazerosa em **desprazer perceptivo** seria de responsabilidade do princípio da realidade. Resta esclarecer o que confere benefício à atualização do evento traumático sob a forma de sintoma. O que faz um sujeito *recordar* o que, em princípio, é um acontecimento **doloroso**, se o aparelho psíquico é orientado, em seu funcionamento, pelo **princípio do prazer**, que supõe a evitação do desprazer?

Nesse artigo, Freud busca compreender o funcionamento das neuroses traumáticas. Ele propõe um funcionamento que esteja para além do princípio do prazer e do princípio da realidade. Baseado nos sonhos traumáticos, supõe que haja uma instância do aparelho mental que sirva à compulsão à repetição. Essa instância, embora não sendo contrária ao princípio do prazer, seria independente dele, parece ser mais primitiva que o intuito de obter prazer e evitar desprazer. Na vivência da situação traumática, o princípio do prazer, por sua vez, é momentaneamente posto fora de ação.

Freud engaja-se aí na tentativa de compreender o porquê da repetição de cenas desprazerosas nas 'neuroses traumáticas'. Diante de uma cena traumática, é impossível impedir **uma inundação de grandes quantidades de estímulos** no aparelho psíquico; esta inundação provocaria um distúrbio capaz de colocar no funcionamento de energia do organismo todas as medidas defensivas possíveis. A inundação de grandes estímulos é possível em razão da "permeabilidade" do sistema pré-consciente/consciente, o qual é capaz de reter percepções tal como uma folha em branco de um

“bloco mágico”. O ‘bloco mágico’, popularizado como um brinquedo entre nós, é descrito por Freud constituído de uma prancha de resina ou cera castanha-escura sobre a qual é colocada uma folha de papel fina e transparente composta de duas camadas. Para utilizá-lo, deve-se escrever sobre a parte de celulóide da folha com estilete. A fim de apagar o que foi escrito, bastaria levantar a folha. Esse modelo original recebeu variações em função dos novos materiais. Trata-se, assim, de algo que recebe percepções, mas não retém traços permanentes (Freud, 1989/1925d). A preservação desses traços ocorre a partir dos sistemas mnêmicos que estão por trás do perceptual. Surge, então, o problema de dominar essa quantidade de estímulo para vinculá-las ao funcionamento psíquico “normal”.

Dominar quantidades de estímulos é uma questão que se impõe a Freud a partir dos sonhos das **neuroses traumáticas**, levando-o a postular o **mais-além** do princípio do prazer que estaria na base dessa compulsão à **repetição**. Assim, se houve na infância um recalçamento da lembrança traumática, ele deveria evitar o seu reaparecimento. Mas o que ocorre é o retorno dessa lembrança, o fracasso do recalque, convocando o sujeito à **repetição** da cena que traz **desprazer**.

A resposta de Freud ao **enigma** trazido pela repetição das cenas traumáticas é supor que a repetição tem por objetivo dominar o estímulo que provoca a dor, conferindo-lhe um sentido (Freud, 1920). Um pouco mais tarde, entende o próprio **sintoma** como uma tentativa de **desfazer** a situação traumática (Freud, 1926/1987c), que podemos entender como uma **solução** que cada sujeito constrói para dar conta do **encontro traumático** com o sexo, do encontro traumático com seu desejo.

Em formulações tardias da obra freudiana, a questão da **repetição** em suas relações com o trauma, a compulsão e o sintoma ganha novos contornos. Em seu estudo sobre **Moisés e a religião monoteísta** (1939/1986a), Freud fala dos dois tipos de **efeitos** que os traumas acarretam ao eu: efeitos *positivos* e *negativos*. Ao fazê-lo, indica que o trauma exerce uma força de **atração** – efeitos positivos – que convive com uma força de **repulsão** – efeitos negativos – naquele que dele sofre. Essa formulação, ao postular a existência de duas formas de “reação” do **sujeito** ao trauma, contraria a idéia de uma

relação com o trauma que seria exclusivamente de submissão e de sofrimento. Isso porque aponta para uma consequência que seria da ordem de uma **satisfação**.

Nessa perspectiva, os efeitos positivos do trauma dizem respeito a “empenhos para devolver ao trauma sua vigência, quer dizer, recordar a vivência esquecida ou, melhor dizendo, fazê-la real-objetiva (real), vivenciar de novo uma repetição dela (...)” (Freud, 1939/1986a, p. 72). Esses esforços para trazer à experiência do trauma sua efetividade encontram-se na **fixação** ao trauma e na **compulsão de repetição**.

Os **efeitos negativos** são **reações de defesa** ao trauma que têm por meta “que não se recorde nem se repita nada dos traumas esquecidos” (Idem, p. 73). Expressam-se nas evitações que, em alguns casos, transformam-se em inibições e fobias. Todos esses “fenômenos neuróticos” têm como traço comum sua “natureza compulsiva”. Tanto nos efeitos positivos quanto nos negativos trata-se de fixações ao trauma.

Assim, os sintomas da neurose, no sentido mais estrito, são conciliações em que as tendências positivas e negativas do trauma se reúnem, encontrando expressão preponderante ora de uma ora de outra tendência (Freud, 1939/1986a). Nesse sentido, o sintoma apresenta-se como uma **solução** que se constrói para conciliar o inconciliável, ou seja, as duas reações contraditórias de um sujeito ao trauma. Ele é uma formação de compromisso que abriga essas reações distintas, originando conflitos que geralmente não podem ser resolvidos (Freud, Idem).

Como solução subjetiva para o trauma, o sintoma pode representar ou uma **satisfação substitutiva** de alguma moção sexual ou uma medida para **impedir** tal satisfação. Desse modo, a formação do sintoma se dá em consonância com as leis que operam entre contrários no inconsciente (Freud, 1940/1986b). Por isso mesmo, na abordagem do trauma, indo na direção contrária da generalização e da vitimização do sujeito, como nos indica Ferrari (2004), a psicanálise trabalha no caso a caso e em busca da responsabilização subjetiva. Vejamos, abaixo, alguns dados clínicos que destacam a especificidade da proposta da psicanálise, e sua **originalidade** (Ferrari, 2004) no tratamento de ‘traumatizados’.

Da generalização à singularidade

Atualmente, em função da extensão do sentido clássico de trauma, a consideração do sujeito como vítima alcançou extrema importância. A ciência avança na descrição objetiva do mundo e do sujeito, assim como em tudo que lhe diz respeito. Igualmente, insiste na descrição da irrupção de uma causa não programável, que por isso é considerada traumática. Justamente, nos lembra Laurent (2004), o trauma é o que escapa a qualquer possibilidade de programação. Nos casos de atentados, por exemplo, o sujeito é considerado vitimado e é segregado em grupos de traumatizados, o que impede qualquer possibilidade de singularização e responsabilização. O atendimento de Minna⁴, **vítima** do atentado de 11 de março de 2004, em Madrid, traz importantes contribuições a esse respeito (Miller, 2005). Ele traz indicações sobre a contribuição possível da psicanálise às medidas de intervenção, propostas pelas políticas públicas de saúde.

Ao comentar esse caso, J.-A. Miller (Idem) considera importantes duas questões a respeito do trauma. A primeira refere-se à precipitação da oferta de serviço dos terapeutas, imediatamente após as situações de perigo ou atentado, fato que implica a idéia de que as pessoas estariam supostamente traumatizadas. A segunda diz respeito à necessidade de confirmação da existência de traumatismo no sujeito, o que torna necessária a pergunta: por quê? Esclarece, então, que nessas duas situações o que está em jogo é a singularidade do sujeito: alguns que se encontravam no atentado de Madrid ficaram traumatizados, outros não. É preciso escutar o sujeito para saber se há e por que há trauma. É assim que opera a responsável pelo atendimento, Araceli Fuentes, quando afirma que se trata, com Minna, de restituir a trama do sentido e a inscrição do trauma na particularidade inconsciente do sujeito. Sendo assim, nomeia sua apresentação clínica de **O fio da vida**.

Minna tem 38 anos de idade, é emigrante da Romênia e mora em Madrid há um ano e meio. Ela é atendida na **Rede assistencial de Madrid**, criada após os atentados de 11 de março de 2004, que oferece atendimento gratuito. Ela é a primeira pessoa, considerada vítima desse atentado, atendida na referida Rede: chega abatida e

repleta de culpa. Ela já havia passado por outros lugares de ajuda a **traumatizados**, inclusive recebera a proposta psiquiátrica de ser tratada com medicamentos, mas escolheu um tratamento pela fala⁵.

No dia do atentado, Minna não está em um dos vagões em que as bombas explodem, porque demora na estação Atocha, tomando café com amigos antes do trabalho. Ela escuta a explosão, pensa imediatamente em uma bomba e sai **tomada de terror**, correndo sem esperar por ninguém – foge assustada entre os feridos e mortos. Nessa fuga, seu olhar cruza com o olhar de um homem estirado sob o sol, ensangüentado. Ela relata esse encontro à analista “**como um Cristo estendido**”. Desse dia em diante, o olhar presente na imagem do “Cristo estendido” não pára de olhar para ela todas as noites em seus pesadelos.

A paciente, tomada de angústia, fala da culpa que sente por ter saído correndo da estação e não ter ajudado os feridos. Isso porque ela faltou com seu dever, ensinado por seu pai, um homem muito religioso da Igreja Adventista do Sétimo Dia. No atendimento dessa paciente, Araceli Fuentes mostra que, ante ao real do trauma, ela tenta dar sentido ao trauma pela via religiosa, mas essa via fracassa e a culpabilidade que ela sentia dá lugar ao ódio aos terroristas. Esse sentimento completamente desconhecido para ela, com o qual tem que se deparar, fá-la começar a contar, pouco a pouco, sua história. A abertura do inconsciente se produz rapidamente e surge uma série de sonhos nas sessões.

Fuentes, através da apresentação e discussão de cada um dos sete sonhos da paciente, demonstra como a sintomatologia pós-traumática desaparece e o sujeito retoma “o fio da vida”. Ela sublinha que o real da morte aparece como uma ameaça, principalmente, em dois sonhos: no primeiro, o pesadelo pós-traumático do homem “Cristo estendido”, e, no penúltimo, figura a morte de Carmina Ordóñez, artista de renome em seu país. Durante os atendimentos da paciente, essa ameaça se desloca da contingência do acontecimento real traumático, que se impõe **fora** ao sujeito, para a presença no corpo da paciente de um quisto, que durante meses ela deixara se desenvolver. Araceli Fuentes demonstra como o acontecimento real do atentado de Madrid pôde ser para a paciente a oportunidade de tratamento do acontecimento real em seu corpo, o quisto. A série dos

sonhos da paciente produz soluções, encontradas pelo trabalho do inconsciente, que culminam em um ponto final que o último sonho inscreve: “o homem sem rosto” ao pé de sua cama, que restitui à paciente paz.

O efeito terapêutico mais importante, afirma Araceli Fuentes, é relativo ao real do corpo da paciente, o quisto. A paciente já sabia da presença do quisto, antes mesmo de sofrer o trauma do atentado de Madrid, mas negligencia o real do corpo, que só revela à analista nas últimas sessões. O resultado das vinte sessões é que Minna passa a se ocupar do quisto que ela quis fingir ignorar, que ameaçava seu corpo, sua vida, e poderia levá-la a terminar como o “Cristo estendido” de seus pesadelos.

Esse caso clínico, através da inscrição do trauma na particularidade do sujeito, o que implica a singularidade e a responsabilidade do sujeito, exemplifica o enfoque dado pela psicanálise, na contramão dos manuais, pois parte da generalização e realça a singularidade.

Considerações finais

A psicanálise opera particularmente sobre o sintoma, em que se condensam os efeitos positivos e negativos do trauma, base da fixação do sujeito num modo singular de satisfação. Esse estudo nos indica que, mesmo em uma época que se pode caracterizar como “era do trauma”, diferente do contexto histórico e cultural do início da psicanálise, os fundamentos teóricos freudianos demonstram sua fecundidade quando se trata de abordar o que no sujeito se apresenta como sofrimento.

Se um sujeito se queixa de seu sintoma, condição para que possa começar um tratamento, também resiste a abandonar a satisfação que a ele se atrela e que a compulsão presentifica. A aposta em um tratamento de responsabilização por seu sintoma contrapõe-se à generalização do trauma, em que o sujeito é colocado em posição de vítima e segregado em grupos de traumatizados. Nesses casos, o resultado é o impedimento de qualquer possibilidade de subjetivação do trauma.

Nesse texto, sublinhamos a possibilidade de tratamento para o trauma pela via do sintoma, especificidade da clínica psicanalítica. Nela, o analista atua como intérprete sem fazer uma oferta de sentidos, já que o objetivo não é fornecer uma significação que acomode o sujeito, mas nele promover uma modificação no mesmo capaz de fazê-lo mudar de lugar, sair da sua posição de vítima e reclamante. Isso implica na abstenção em oferecer sentidos padronizados e prévios, mas supõe, paradoxalmente, o acolhimento da demanda de sentido num momento em que o sem-sentido prevalece. Para tanto, é possível recorrer à dimensão do mal-entendido, no intuito de provocar a fala do sujeito. Desse modo, abre-se para o sujeito a oferta de um relato sobre o que lhe é particular. Separada das classificações universalizantes, sua fala poderá apontar para o particular de seu desejo, ao mesmo tempo que indica seu modo singular de satisfação. Tratar o sintoma, dentro dessa perspectiva, implica considerar a ‘responsabilidade’ do sujeito face ao que Freud nomeou ‘escolha da neurose’. O atendimento aos ‘traumatizados’ de nossa era indica a pertinência e o alcance da proposta clínica de uma psicanálise que, afinada com as demandas de sua época, mantém-se fiel à da tradição freudiana, no fio da inspiração lacaniana.

Notas

1 Esse texto refere-se à pesquisa em andamento “Sintoma, Fala, Interpretação: alcance e limites da ação analítica”, coordenada por Vera Lopes Besset, com apoio do CNPq, da UFRJ e da FAPERJ, desenvolvida no âmbito da Pós-Graduação em Psicologia do IP-UFRJ; inserida no NIPIAC (Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Intercâmbio para a Infância e a Adolescência Contemporâneas) e na Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. Reflete o trabalho desenvolvido no Grupo de Pesquisa coordenado pela autora, do qual participam seus co-autores.

2 O editor explicita que a *proton pseudos* é uma premissa maior, falsa, em um silogismo que, como consequência, leva a uma conclusão falsa.

3 Datada de 21 de setembro de 1897.

4 Esse caso clínico foi apresentado por Araceli Fuentes na **Conversação de Barcelona**, organizada por JA Miller. Cf. Fuentes, A . Premier Chapitre – Minna. In Miller, J.A.(org.). (2005). *Effets thérapeutiques rapides en psychanalyse. La conversation de Barcelone*. Collection du Paon. Paris: Navarin Éditeur, 2005, p. 13-40.

5 Guéguen, P-G na discussão do referido caso é quem enfatiza esse aspecto. Op. cit. Fuentes, A (2005).

Referências

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)* (4a ed.) São Paulo: Art Med.

Besset, V. L., Brito, B. P. M., Costa, L. S., Desiderio, A., Dupim, G. V., Genial, L. et al. (2004). *Efeitos do trauma na formação do sintoma*. Trabalho apresentado I Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, em setembro de 2004, na Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro.

Buarque de Holanda, A. (1980). *Dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Ferrari, I.F. (2004). Trauma e segregação. *Latusa*, (9), 149-162.

Freud, S. (1986a). *Moisés y la religión monoteísta* (Obras Completas, Vol. 23, pp. 1-132). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1939).

Freud, S. (1986b). *Esquema del psicoanálisis: La tarea práctica* (Obras Completas, Vol. 23, pp. 183-195). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1940).

Freud, S. (1987a). *La fijación al trauma, lo inconsciente* (Obras Completas, Vol. 16, pp. 250-261). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1917).

Freud, S. (1987b). *Los caminos de la formación de síntoma* (Obras

- Completas, Vol. 16, pp. 326-343). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1917).
- Freud, S. (1987c). *Inhibición, síntoma y angustia* (Obras Completas, Vol. 20, pp. 71-164) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1926).
- Freud, S. (1988a). *Manuscrito M: Fragmentos de la correspondencia con Fliess* (Obras Completas, Vol. 1, pp. 292-295). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1950).
- Freud, S. (1988b). *Carta 69: Fragmentos de la correspondencia con Fliess* (Obras Completas, Vol. 1, pp. 301-302). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1950).
- Freud, S. (1988c). Proyecto de psicología (Obras Completas, Vol. 1, pp. 323-407). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1950).
- Freud, S. (1988d). *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* (Obras Completas, Vol. 11, pp. 1-52). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1910).
- Freud, S. (1989a). *La etiología de la histeria* (Obras Completas, Vol. 3, pp. 185-218). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1896).
- Freud, S. (1989b). *Sumario de los trabajos científicos del docente adscrito Dr. Sigm. Freud, 1877-1897* (Obras Completas, Vol. 3, pp. 219-250). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1897).
- Freud, S. (1989c). *Dos artículos de enciclopedia: Psicoanálisis y teoría de la libido* (Obras Completas, Vol. 18, pp. 227-254). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1923).
- Freud, S. (1989d) *Nota sobre la "pizarra mágica"*. (Obras Completas, Vol. 19, pp. 239-247) Buenos Aires: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1925).
- Freud, S. (1989e). *Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones:*

- Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis* (Obras Completas, Vol. 22, pp. 126-145). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1933).
- Freud, S., & Breuer, J. (1987). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: Comunicación preliminar. In: S. Freud, *Estudios sobre la histeria* (Obras Completas, Vol. 3). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1893).
- Fuentes, A. (2005) Minna. In J. A. Miller (Org.), *Effets thérapeutiques rapides en psychanalyse: La conversation de Barcelone* (Collection du Paon, Chap. 1, pp. 13-40). Paris: Navarrin Éditeur.
- Laurent, E. (2004). O trauma pelo avesso. *Papéis de Psicanálise*, 1 (1), 21-28.
- Soler, C.(1995). Interpretação: As respostas do analista. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, (13), 20-38.
- Veras, M. (2004). A era do trauma. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, (40), 55-58.

Recebido em 09 de janeiro de 2006

Aceito em 24 de janeiro de 2006

Revisado em 20 de junho de 2006