

Elaborações metapsicológicas sobre o trauma e as patologias de déficit. Repensando a clínica

Ronis Magdaleno Júnior¹

Resumo: O autor propõe uma reflexão sobre o papel do trauma na estruturação do aparelho psíquico e de vazios representacionais e sobre o desenvolvimento da teoria freudiana que trata das neuroses atuais procurando demonstrar que seus sintomas são a representação somática da pulsão, marcas sem representação psíquica que se expressam por descargas corporais acompanhadas por sentimentos de medo, o que perpetua o efeito traumático. A hipótese é que o inconsciente materno tem um efeito traumático para o bebê, promovendo ao mesmo tempo o recalque primário e a fundação do Eu e, no caso de falhas na função materna, formam-se áreas de vazio representacional pelo efeito de comoção e antecipação. O manejo clínico destes pacientes apresenta particularidades, dependendo a eficácia da análise da empatia e da identificação para possibilitar, *per via de porre*, a construção de novas áreas psíquicas. A postura interpretativa clássica é ineficiente podendo ter um efeito re-traumatizante.

Palavras-chave: patologias de déficit; angústia atual; processo terapêutico; trauma.

Isto começa provavelmente com traumas ou tateios a que nem sequer se é capaz de dar uma forma verbal. (resposta dada por Emmanuel Levinas à pergunta “Como se começa a pensar?”)

Pedro é um empresário muito bem sucedido profissionalmente, que sofria de episódios constantes de angústia, vividos como sensações físicas desesperadoras e aterrorizantes, imediatamente traduzidas como um pavor incontrolável de ter algum tipo de doença física que iria matá-lo, sobressaltando-o de forma violenta.

Ontem fiz outra tomografia. Faz quatro meses que fiz a última tomografia e já fiz outra... Fiquei muito nervoso na hora de fazer o exame... O médico demorou um pouco para dar o resultado e fiquei muito mal enquanto esperava. Depois ele apareceu e disse que não tinha dado nada, mas ele falou de um jeito que ficou uma cisma... Olha como funciona minha cabeça: ele disse que não tinha dado nada e que só ia dar mais uma olhada para soltar o laudo. Eu fiquei com aquilo na cabeça e tentei voltar para meu trabalho. Cheguei até a metade do caminho tentando falar com o médico pelo celular. Não consegui falar com ele, então liguei para o Dr. Antônio e ele disse que precisava olhar o exame. Aí eu não aguentei e voltei para encontrar com o Dr. Antônio. Liguei de novo para o médico e ele ainda não tinha chegado, fiquei dando voltas no quarteirão, depois acabei entrando no hospital para esperar o Dr. Antônio. Encontrei com o Dr. Antônio que olhou o exame e disse que estava normal... Só aí eu consegui ir para meu trabalho.

O que chama a atenção nessa fala é a incapacidade de Pedro para utilizar o pensamento como adiamento, que fica bem representada nos movimentos de vai-e-vem que faz durante o episódio descrito. São retornos e mais retornos buscando encontrar alguma

1 Membro associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo SBPSP e do Núcleo de Psicanálise de Campinas e Região.

área de segurança frente a uma angústia que o invade e não encontra ancoragem psíquica. Essa passagem retrata bem o paciente que me procurou em busca de mais um médico que o convencesse que não estava mortalmente enfermo. Aprisionado num círculo vicioso de angústia, restava a ele apenas atos desesperados em busca de reassseguramentos e garantias de vida.

Definindo o campo de estudo

Partindo do material clínico exposto, passo à investigação metapsicológica da não-representação psíquica, questão central da psicanálise atual que busca encontrar um nexos explicativo para as patologias de déficit (Magdaleno, 2010; Magdaleno, 2008; Lisondo, 2004; Levy, 2003; Botella & Botella, 2002).

Freud postulou, inicialmente, que os sintomas das neuroses atuais seriam expressões de conteúdos de atualidade, nas quais a angústia seria a transformação direta da pulsão e não decorrência do recalque (Freud, 1895/1974a). Logo a seguir percebe que nelas os sintomas eram mais que simples manifestações somáticas, mais que fenômenos puramente quantitativos, mas que nelas os conteúdos representativos da angústia seriam corporais (Freud, 1898/1976e). Podemos pensar, então, que essas neuroses resultariam de deficiências de representações psíquicas, sendo, portanto, *representações da pulsão no real do corpo*. Esta nova proposição faz, a nosso ver, toda a diferença, sendo aquilo que, atualmente, nos permite estender o alcance da psicanálise para além das patologias do recalque e das psicoses.

Desde muito cedo, na carta 52 enviada a Wilhelm Fliess, Freud (1950/1976c) procurava entender o mistério que envolvia os registros mentais primitivos que se situariam topograficamente antes do sistema inconsciente, aquém das representações, e que na ocasião denominou registro Wz, ou indicação de percepção que seriam marcas perceptivas sem representação registradas no aparelho psíquico. Estes registros, para alcançar estatuto de psíquico, precisariam ser ocupados por representações, o que daria origem ao que denominou *Vorstellung-repräsentanz*, erroneamente traduzido para o português por representante ideativo (Freud, 1915/1974b).²

Freud posteriormente dirige sua atenção para aquilo que poderíamos chamar de vertente da representação, centrando a etiologia das patologias psíquicas no complexo de Castração, em detrimento da vertente do real (André, 1987), ficando a teoria do trauma em segundo plano em relação às teorias que se ocupam dos mecanismos de defesa, principalmente do recalque. Reforça essa opção ao reformular sua teoria da angústia, dando prioridade para a angústia sinal, em detrimento da angústia tóxica (Freud, 1926/1976d). Esse caminho trouxe uma consequência importante para a prática clínica que, nos moldes propostos, não consegue alcançar a estrutura das patologias que estão aquém da representação, campo que tem sido largamente explorado pela psiquiatria biológica, que tem desenvolvido drogas com alta potência no controle da ansiedade e, portanto, eficazes sintomaticamente contra o desconforto físico e psíquico característico desse quadro clínico.

2 Melhor seria a tradução representante-representação, que dá uma ideia mais precisa deste fenômeno de ocupação do representante por uma representação.

Repensando a teoria do trauma

A situação originária do ser humano é o confronto daquele que ainda não fala com o mundo adulto e com o desejo transbordante da mãe, o que leva a “um florescimento prematuro de sentimentos sexuais” (Laplanche, 1987, p. 97). Ferenczi (1933) postula a existência de uma situação originária para tornar-se humano, que seria o confronto inevitável entre a criança e o mundo adulto, que se caracterizaria por mensagens que interrogam a criança antes que ela tenha condições dar-lhes sentido e respondê-las. Define esse estado de coisas como confusão de línguas que ocorre quando, no estágio da ternura, há um “enxerto prematuro de formas de amor passional e recheado de sentimentos de culpa, em um ser ainda imaturo e inocente” (p. 353), o que tem um efeito traumatizante. É nesta relação inicial que Ferenczi identifica a grande importância da “tendência incestuosa dos adultos, recalcada sob a máscara da ternura” (1930, p. 329).

Aulagnier (1979) define o *fatum* do homem como decorrente deste “efeito de antecipação”, ou seja, o confronto com “uma experiência, um discurso, uma realidade que se antecipam às suas possibilidades de resposta e ao que ele pode saber e prever” (p. 34). Essa antecipação é vivida como um “excesso de sentido, excesso de excitação, excesso de frustração, assim como excesso de gratificação ou de proteção” (p. 35). Nesse sentido, o *infans* seria continuamente solicitado além de sua possibilidade de resposta.

É neste contexto de antecipação e excesso que podemos entender o trauma como “algo que acontece, algo que vem de uma ação do entorno, algo que alguém ‘faz’ ao sujeito” (Menezes, 2005, p. 131). Penso que nessa definição está a essência do conceito, ou seja, esse “algo” que vem de fora e “faz” um efeito no sujeito. E que esse “algo”, para ser traumático, deve, necessariamente, vir de “alguém”. Sua consequência imediata é a angústia, que consiste num sentimento de incapacidade para adaptar-se à situação de desprazer (Ferenczi, 1934, p. 110).

Bokanowski (2005) define o trauma como uma situação psíquica caracterizada pela não inscrição psíquica de uma situação potencialmente representável (figurável) ou passível de simbolização, tratando-se, portanto, de traços conservados, mas não investidos enquanto experiência psíquica pertencente ao passado. Seria essencialmente a “ação negativa e desorganizadora da ação traumática, sendo que essa ação ataca o processo de ligação pulsional, negativizando o conjunto das formações psíquicas, que dá lugar a zonas psíquicas mortas no interior do Eu” (p. 31). Seguindo essa ideia de Bokanowski, podemos inferir que este processo cria defeitos na constituição do narcisismo (Freud, 1914/1974e) e acarreta importantes deficiências representativas que mutilam o Eu para sempre, ocasionando uma paralisia psíquica e, por fim, uma sensação de desamparo primário (*hilflosigkeit*) que é reativado durante toda a vida.

Temos aqui a questão que mais diretamente nos interessa, pois se trata de um verdadeiro desencontro que ocorre entre a via que percorre a criança e a que percorre a mãe. No nível da autoconservação a comunicação se dá no sentido da criança para a mãe, ao passo que no domínio sexual ela se dá no sentido inverso, ou seja, da mãe para o bebê (Magdaleno, 2010). Ao incorporar o objeto da necessidade, a criança se depara com o desejo, nesse momento tóxico, do outro. Esse encontro primeiro com o infinito no rosto do outro (Levinas, 2008) tem um efeito traumatizante imediato, com sua consequência negativante (Bokanowski, 2005) sobre o psiquismo.

A sedução, o trauma e o infinito

Após a paradigmática carta 69, Freud (1950/1976c) abandona ou pelo menos não se ocupa mais detidamente da teoria da sedução traumática e passa a tratar a sedução relatada por suas pacientes como fantasias, conservando o termo trauma apenas em seu sentido econômico, ou seja, como “uma experiência que, em curto período de tempo, aporta à mente um acréscimo de estímulo excessivamente poderoso para ser manejado ou elaborado de maneira normal” (Freud 1916/1976a, p. 325).

Somente em 1932 voltará a se ocupar da factualidade da sedução com a diferença que, nesse momento, o pai perverso, principal personagem da sedução infantil nos primeiros anos da psicanálise, cede lugar para a mãe na relação pré-edipiana. A sedução passa a ser entendida como consequência dos reais cuidados corporais dispensados ao filho pela mãe: “aqui, a fantasia toca o chão da realidade, pois foi realmente a mãe quem, por suas atividades concernentes à higiene corporal da criança, inevitavelmente estimulou e, talvez, até mesmo despertou, pela primeira vez, sensações prazerosas nos genitais da criança” (Freud, 1932/1969, p. 149).

Essa retomada é fundamental dentro da teoria freudiana, pois, “nos faz recuar não só no tempo, pois se trata dos primeiros meses, mas também na categoria de realidade onde se devem situar os fatos de sedução” (Laplanche, 1987, p. 128). Freud, contudo, não expande duas questões importantes ligadas ao trauma e à sedução, que são: a universalidade e a inelutabilidade que caracterizam a sedução como dado humano fundamental e o papel desempenhado pelo inconsciente da mãe nesse processo.

Foi observando esses aspectos que Freud deixou de fora de sua obra o que Laplanche (1987) propôs, uma teoria da sedução originária que considera a sedução como uma realidade efetiva pela qual, necessariamente, todo ser humano passa no processo de estruturação do aparelho psíquico.

É nesse sentido que se aproxima o conceito de infinito representado pelo rosto do outro, proposto por Levinas (1961/2008), daquilo que é traumático por não poder ser compreendido e englobado pelo sujeito. O rosto do outro, necessariamente, nos põe diante do infinito da alteridade, sendo, portanto, o próprio infinito, no sentido de não poder “ser inteiramente contido pelo conceito” (Nosek 2009, p. 150). Para Levinas (1961/2008) o infinito é um conceito que nos interroga e nos desafia por sua presença num rosto que jamais poderá ser possuído (citado por Nosek, 2009, p. 156).

O trauma psíquico decorre do efeito traumático do infinito do rosto do outro, ou seja, do efeito do impacto da pulsão sobre um psiquismo, ou sobre áreas dele, que não estão preparadas para recebê-lo, gerando a experiência de antecipação. É esse impacto que, a meu ver, carrega o potencial estruturante de áreas representáveis e áreas não-representáveis no sujeito.

Chego aqui ao ponto que procurarei desenvolver a seguir: o cuidado materno é ao mesmo tempo estruturante e traumático. O bebê deve poder captar o olhar materno no interior do rosto, sentir-se desejado e atendido, mas por não poder compreendê-lo completamente, já que não está habilitado para traduzir a mensagem veiculada pelo outro, fica sob efeito do trauma (Magdaleno, 2006 e Magdaleno, 2010). Contudo, mesmo não podendo compreendê-lo e sofrendo com isso o efeito do trauma, o bebê olha para a mãe, pois é característica do humano que a presença do rosto do outro, quando se apresenta, “provoque a

tentativa de capturar sua realidade Isto correspondendo à realização da ideia de infinito no finito – e podemos chamá-la desejo” (Nosek, 2009, p. 152).

A mãe, por seu lado, deve ser capaz de cuidar e desejar o bebê de um modo especial, com um olhar que possibilite que o traumático possa, ao mesmo tempo, ser fundante do simbólico (Magdaleno, 2006 e Magdaleno, 2010). Caso contrário o contato torna-se paralisante, o bebê se isola e se afasta do mundo (Winnicott, 1952/2000b).

Winnicott (1956/1975b) chamou esse momento do desenvolvimento de fase do espelho, no qual a criança deve poder se reconhecer a si mesma no olhar da mãe, e a partir daí iniciar o processo de formação de sua identidade. Falhas nesses momentos iniciais da formação do Eu obrigam o bebê a se defender, estruturando ou áreas deformadas no psiquismo ou buracos representacionais na mente, o que o incapacita a lidar com a pressão pulsional e seu conseqüente desprazer.

É a mãe que, ao cuidar do bebê, atendendo-o em suas necessidades e amparando-o em suas angústias, auxilia-o a sentir que sua matéria corporal amorfa pode adquirir forma e ter algum contorno, a partir da contenção oferecida por ela (Tustin, 1975). É a mãe que, ao fazer a intermediação entre as intensas exigências pulsionais vindas de dentro e as exigências do mundo externo, proporciona uma progressiva diferenciação do soma da criança em direção à formação de uma psique, que se diferencia do soma a partir da relação com o ambiente (Winnicott, 1949/2000a). Deficiências nessa função impedem que partes desse soma se tornem psique, continuando a funcionar de forma primitiva, sem intermediação organizadora, tendo como único recurso a descarga imediata da tensão.

Caso a mãe não possa refletir o bebê no seu olhar, permitindo a complementaridade narcísica fundante, o que é visto é o rosto dela, havendo uma ameaça de caos, a partir da qual o bebê, como defesa, organizará uma retirada (Winnicott, 1956/1975b). O bebê permanece no caos inominável, o terror sem nome descrito por Bion (1966), e estabelecem-se áreas não pensáveis. Nesse caso, conforme postulou Ferenczi (1929), a identificação não é com a própria criança refletida no olhar integrador da mãe, mas com a ameaça e o caos.

A função materna adequada implicaria nesse olhar desejante poder, em vez de impor o desejo da mãe, que seria vivenciado como excesso (Aulagnier, 1979) para o psiquismo rudimentar infantil, refletir como um espelho o bebê como um todo (Winnicott, 1956/1975b), ou, em outras palavras, poder nomear a própria necessidade do bebê. O olhar da mãe, idealmente, deve espelhar para o bebê o que ele é, sendo que aquilo que ele não reconhece como seu é vivido como o infinito do rosto (Levinas, 2008) e, portanto, traumático.

É nesse sentido que Menezes (2005, p. 131) considera o traumático como aquilo que “diz respeito ao não-dito, ao silenciamento e ao embaralhamento confusante daquilo que foi feito ao sujeito”, silenciamento do acontecimento que, se pudesse ser reconhecido diante do próprio sujeito, perderia seu caráter traumático e se tornaria fundante do simbólico. Trata-se, portanto, não de evitar o trauma, o que de todo modo seria impossível, mas de viabilizar a “certeza do testemunho que não desmente o vivido, mas torna possível reconhecê-lo” (Menezes, 2005, p. 131), criando assim uma linguagem que legitima o vivido, que lhe dá condição de ser reconhecido e de nele o sujeito se reconhecer.

Em outras palavras, a função materna nesse momento fundante do psiquismo deve ser a de nomear afetivamente para o bebê, de modo elaborado psiquicamente, as necessidades que o próprio bebê envia a ela. Seria, portanto, *a capacidade da mãe de nomear, ao mesmo tempo, a necessidade do bebê e o conteúdo traumático do desejo que invade seus*

cuidados e seu olhar. Deste modo, os significantes enigmáticos (Laplanche, 1987), nomeados pela capacidade de rêverie da mãe, transformam-se em representações inconscientes, ao passo que aqueles que marcam o bebê em estado bruto permanecem irrepresentáveis, tendo a descarga no real do corpo como única possibilidade.

Uma proposta de expansão teórica da tópica psíquica: fundamentando a metapsicologia das patologias de déficit

Os cuidados maternos têm o potencial de retirar o bebê do autoerotismo, fundar um primeiro rudimento de Eu e introduzi-lo no narcisismo, mas deixam, inevitavelmente, atrás de si marcas psíquicas sem representação. Desse modo, sempre que a criança busca no olhar da mãe, em seu rosto, uma referência integradora para si, acaba esbarrando no inconsciente sexual dela, no infinito de seu rosto, o que imprime sobre ela *enigmas originários impensáveis*.

A consequência desse processo, no qual a *rêverie* materna falha, é o vazio mental, uma grave alteração estrutural da mente, na qual um continente não pode albergar conteúdos (Lisondo, 2004). A expressão fenomenológica deste estado são as patologias que expressam uma ausência da condição humana dentro da mente, ou seja, a impossibilidade de pensar (Lutemberg, 1999). Mesmo indivíduos socialmente adaptados, com estruturas basicamente neuróticas, podem apresentar áreas psíquicas que funcionam utilizando-se de defesas tão primitivas como as utilizadas pelas crianças autistas, como forma de se proteger de angústias primitivas (Tustin, 1990). Tustin (1975) postula esta condição a partir da observação que, nos primórdios do desenvolvimento mental, existe uma etapa em que os fenômenos físicos e psíquicos ainda não podem ser distinguidos uns dos outros, o que estaria na base dos estados autísticos da mente.

A nossa hipótese é de que, ao final do processo de constituição do psíquico estruturase, a partir do Id, um sujeito com um Eu, em parte consciente/pré-consciente e em parte recalçado, um Superego (Freud, 1923/1976b), e áreas de não representação, que seriam marcas sensoriais provenientes do aparelho perceptivo, percebidas como comoção (Ferenczi, 1934) e excesso (Aulagnier, 1979). Pensamos expandir, deste modo, o modelo proposto por Freud em sua segunda tópica (Freud 1923/1976b), já que aquilo que seria inconsciente, no sentido sistemático, compreenderia além do Id e da parte recalçada do Eu, áreas de não representação que têm um modo de funcionamento e de expressão particulares. Como veremos adiante, o manejo clínico dos fenômenos decorrentes destas áreas é distinto do trabalho com o recalçado (Freud, 1915/1969) e com o rejeitado (Freud 1940/1975), pois nesses casos trata-se de formar novos trajetos associativos para as representações e para a descarga afetiva, ao passo que as áreas de não representação são marcas que existem e demandam representações a serem construídas pela dupla analítica.

Entendemos que é nesse sentido que Ferenczi (1934) postula que a superação da comoção psíquica só é possível pelo afastamento da causa do distúrbio ou pela produção de representações que preparem o psiquismo para futuras experiências do mesmo tipo, evitando, portanto o choque. São essas representações que tornam possível para o bebê suportar o desprazer num momento futuro e mesmo de não senti-lo como tal. Portanto, para este autor as representações agiriam “como antídoto contra o desprazer” e capacitariam o sujeito para um “comportamento apropriado enquanto durar o desprazer ou a situação que

engendra a dor” (1934, p. 110). A falta de representação estruturaria áreas não pensáveis, que reagiriam com descargas brutas e sentimentos de pavor, perpetuando o processo de formação de marcas não representadas, com um efeito retraumatizante.

Numa fase anobjetal inicial (Freud, 1914/1974e) consideramos que a pulsão, ao buscar um objeto, *nem sempre o encontra enquanto tal*. No fenômeno que estamos estudando a pulsão, na busca do objeto, *encontra outra pulsão*, que deixa registros inomináveis nesse psiquismo incipiente, não ocorrendo a cisão fundante consequência do recalque primário (Freud 1914/1974e), que depende do encontro com o outro enquanto espelho do si. Freud (1915/1974c) define o objeto como o elemento mais variável da pulsão, mas o que ele não disse é que a pulsão pode não encontrar o objeto, paralisando-se, por assim dizer, no real do corpo, sendo vivida como quantidade pura. Considerando que o que é percebido como intensidade pelo aparelho psíquico não é, na verdade, uma qualidade física, mas sim o “corolário de ausências, de carência de contornos representativos” (Nosek, 2009, p 151), a pulsão quando não encontra o objeto, ou em termos metapsicológicos, a representação, o efeito traumático é pleno. O processo de representação fica impossibilitado e ocorrem marcas psíquicas, mas não traços mnêmicos (Freud, 1900/1972a) passíveis de associações e desenvolvimentos. Fazemos aqui uma distinção entre traços mnêmicos inconscientes, que carregam o registro da relação afetiva com o outro, e marcas psíquicas não representadas, que não são memórias, pois carecem de afeto, sendo pura carência e negatividade, corolário da ausência.

Pensamos expandir este conceito de marcas não representáveis a partir do estudo proposto por Levinas (2007) sobre aquilo que denominou o “há”³, enquanto fenômeno do ser impessoal, silêncio sussurrante, ruído no fundo do silêncio, ou seja, a existência de uma presença que se impõe no fundo de toda ausência, do nada, do vazio absoluto e que tem um efeito desestabilizador que causa horror e desvario no ser. A experiência do “há” seria radicalmente diversa da angústia, sendo algo que está antes da experiência dela. Haveria, portanto, uma diferença fundamental entre a sensação de desprazer que acompanha a angústia e a enlouquecedora experiência do “há” que seria a essência do horror e do desvario, pois nela se tem a impressão de uma impossibilidade total de sair dela, não se tratando de “estados de alma” como a angústia, mas de um “fim da consciência objetivante, de uma inversão do psicológico” (p. 35).

Penso podermos localizar o lugar dessas marcas de ruído-silêncio no psiquismo como consequência do excesso não metabolizado pela mãe, que somente a criação de representações psíquicas – e a conseqüente expansão simbólica – possibilitaria que a violência pulsional do outro fosse tolerada e servisse como objeto de desejo para a vida.

O humano só se torna humano após esta passagem pelo outro, por dentro do outro. Apesar do risco que significa esta passagem, “é do infinito inacessível das entranhas que nasce, numa relação com outra subjetividade, o sentido. É só deste modo que o corpo e suas funções sofrem as necessárias transformações ao atingir o aparelho psíquico e se tornar qualidades mentais – percepções e memórias” (Nosek 2009, p. 144).

Contudo, aquilo do outro que vem como quantidade pura, o real da pulsão, é terrífico, posto que chega como puro ruído, como sensação física bruta. O real da pulsão é vivido como excesso puro, como quantidade transbordante e aterrorizante, representação do nada, ruído-silêncio que é a expressão do “há”. As áreas psíquicas sem representação ficam

3 *Il y a*, no original, em francês.

aprisionadas nesse nível de funcionamento, condenadas ao processo de retraumatização, já que todo estímulo proveniente delas ou que as atinge, tem o efeito de excesso antecipatório, que reativa o processo de descarga somática e a vivência de desespero.

Essa vivência de não-representação é experimentada como insuportável, levando à necessidade imediata de mecanismos defensivos que possibilitem um preenchimento, mesmo que alucinatório, do vazio representacional (Botella & Botella, 2002). Estes indivíduos não teriam à sua disposição o símbolo com suas funções representativas e expressivas, tendo esta perda da capacidade de representar e de expressar por símbolos sérias consequências mentais, já que é por meio do processo de construção de símbolos que ocorre boa parte do processo de elaboração psíquica (Barros, 2007).

Considerações finais: repercussões na clínica psicanalítica

Procurei mostrar como ocorre o início da formação de representações psíquicas a partir de marcas sensoriais e o lugar do trauma neste contexto. A ideia principal é de que, para construir representações psíquicas e símbolos, os seres humanos precisam passar por um processo de identificação que se dá pela identificação consigo mesmos no olhar da mãe. Inevitavelmente, nesse processo a criança se confronta com o rosto do outro que é traumático. É com esse dilema que todo ser humano tem de se deparar para tornar-se humano: ao buscar satisfação de suas necessidades básicas, depara-se com o desejo do outro que é traumático.

Isso traz implicações técnicas importantes, pois por se tratar de áreas onde o conflito não está presente, a intervenção analítica deve estar inicialmente voltada para a criação de representações sobre as quais o conflito possa se dar, e só a partir daí, a atitude analítica clássica se torna possível. É nesse sentido que Menezes (2005, p. 132) afirma que o trauma, na clínica, não é acessível como uma cena, uma fantasia, “mas refere-se a áreas efetivamente destruídas, fragmentadas, cicatriciais do psiquismo ... que criam estados ansiogênicos confusionais vividos como puro presente”. Desse modo, qualquer atitude do analista que busque remeter a marcas mnêmicas de um mundo de fantasias “não terá nenhuma chance de encontrar eco propiciador de elaboração no paciente” (Menezes, 2005, p. 131).

A tentativa de nomear precocemente a angústia nada mais fornece que falsas representações, que são conscientes, fugazes e não estruturantes, além de potencialmente traumáticas, pois inserem o desejo do outro, fechando um círculo vicioso de seguidas comissões, com perpetuação do efeito traumático.

Os pacientes com déficits representacionais apresentam sérias dificuldades de manejo para o analista, exigindo paciência e muita capacidade empática por parte deste, já que uma construção tem de ser processada antes que o trabalho com conflitos e defesas possa se colocar em curso. Por ser essa construção realizada por intermédio de primitivos processos identificatórios, o manejo do desejo do próprio analista tem de ser preciso e acurado, pois todo o processo se baseia na função estruturante e traumática do desejo do outro. Qualquer desequilíbrio na participação do desejo do analista nesse processo pode perpetuar a condição traumática e paralisar o desenvolvimento e a construção de representações. Uma postura excessivamente desejante do analista levará a uma situação traumática paralisante, ao passo que um analista distante impedirá que uma situação traumática necessária processe a cisão fundante do psiquismo.

É necessário que o analista seja receptivo e que encontre palavras para falar sobre os vividos traumáticos emergentes, sem desmenti-los, com o intuito de recriar, pela linguagem compartilhada, lugares que foram “brutalmente negados de sua aptidão para o íntimo” (Menezes, 2005, p. 135). Além disto, é importante que o analista seja sensível aos meios que o paciente tem para dar conta do que foi destruído, que, afinal, foram os recursos possíveis que desenvolveu para, durante a vida, dar conta daquilo que foi destruído.

A proposta terapêutica passa necessariamente pela *via de porre* (Freud, 1905/1972b), ou seja, dar figurabilidade (Botella & Botella, 2002) àquilo que não pôde ser construído como psíquico. É papel do analista criar metáforas, nomear o pré-verbal, oferecer suas funções mentais, sonhar pelo paciente e figurar o quase indizível (Lisondo, 2004). Assim, a eficácia destas análises só pode ser balizada na emergência, durante o processo, de novos elementos inconscientes por meio de sonhos, lapsos e lembranças que demonstrem a ampliação da compreensão, por parte do paciente, das marcas nos rudimentos do psiquismo (Lisondo, 2004). Portanto, é objetivo primeiro destas análises que uma nova rede de significados possa ser construída, revelando a expansão do contingente representacional.

Penso que, para a compreensão das patologias de déficit é fundamental concebermos uma fase anobjetal e a impossibilidade de construir o objeto do desejo. Vimos que o mesmo objeto pode ser responsável pela cisão necessária à construção de um aparelho psíquico com um Eu e com representações psíquicas capazes de fundamentar o processo do pensamento e o crescimento, ou por efeitos traumáticos negativantes sobre o aparelho psíquico. Proponho que, nas patologias de déficit, o que temos são partes do sujeito que não puderam passar pelo recalque primário e continuam funcionando aquém do processo de pensamento, aquém do processo simbólico. Como não há fluxo associativo, não há pensamento, não há elaboração, não há desenvolvimento, tendendo a uma perpetuação traumatizante, que tem como consequência uma inibição progressiva do Eu.

Do ponto de vista do manejo clínico, o paciente que apresenta importantes áreas de déficit representacional necessita de um analista que possa desenvolver novos recursos para a abordagem terapêutica, visando ajudá-lo na construção de uma trama representacional e simbólica. Será somente esta construção que poderá instrumentalizar o paciente a fazer frente à intensidade pulsional, que anteriormente tinha apenas a via da descarga somática e da repetição traumatizante como recursos.

Elaboraciones metapsicológicas sobre el trauma y las patologías de déficit. Repensando la clínica

Resumen: Proponemos una reflexión sobre el papel del trauma en la estructuración del aparato psíquico o de vacíos de representación. Desarrollamos la teoría freudiana que trata de las neurosis actuales buscando demostrar que son la representación somática del impulso, marcas sin representación psíquica y que se expresan por descargas corporales acompañadas por sentimientos de miedo, lo que perpetúa el efecto traumático. La hipótesis es que el inconsciente materno tiene un efecto traumático para el bebé, promoviendo al mismo tiempo la represión primaria y el fundamento del Yo y, en el caso de fallos en la función materna, áreas de vacío de representación por el efecto de conmoción y anticipación. El manejo clínico de estos pacientes presenta particularidades, dependiendo de la eficacia del análisis de la empatía y de la identificación para posibilitar, per via de porre, la construcción de nuevas áreas psíquicas. La postura interpretativa clásica es ineficiente pudiendo tener un efecto re-traumatizante.

Palabras clave: patologías de déficit; angustia actual; proceso terapéutico; trauma.

Metapsychological elaborations on trauma and deficit pathologies. Rethinking the clinic

Abstract: A reflection is proposed on the role of trauma in the structuring of the psychic apparatus. We develop the Freudian theory that addresses current neuroses, seeking to show that current neuroses are the somatic representation of the drive, marks without psychic representation that are expressed by bodily discharges, accompanied by feelings of fear, which perpetuate the traumatic effect. The hypothesis is that the mother's unconscious has a traumatic effect on the baby, promoting, at the same time, primary repression and the foundation of the Ego and, in the case of failure of the maternal function, the formation of areas of representational void, as an effect of commotion and anticipation. The clinical management of these patients has some special features, with the effectiveness depending on the analysis of empathy and identification, to enable, per via de porre, the construction of new psychic areas. The classical interpretative approach is ineffective and may have a re-traumatizing effect.

Keywords: Deficit pathologies; current angst; therapeutic process; trauma.

Referências

- André, S. (1987). *O que quer uma mulher?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Aulagnier, P. (1979). *A violência da interpretação.* Rio de Janeiro: Imago.
- Barros, E.M.R. (2007). Botella, Ogden, Green, Ferro, Bion: comentário à entrevista de César Botella. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41 (1), 33-45.
- Bion W.R. (1966). *O aprender com a experiência.* Rio de Janeiro: Zahar.
- Bokanowski, T. (2005). Variações do conceito de traumatismo: traumatismo, traumático e trauma. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 39 (1), 27-38.
- Botella, C. & Botella, S. (2002). *Irrepresentável.* Porto Alegre: Criação Humana.
- Botella, C. (2007). Entrevista *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41, (1), 9-29.
- Ferenczi, S. (1929). A criança mal-acolhida e sua pulsão de morte. In J. Birman (Org.), *Escritos Psicanalíticos: 1909-1933* (pp. 313-317). Rio de Janeiro: Livraria Taurus.
- Ferenczi, S. (1930). Princípio de relaxação e neo-catarse. In J. Birman (Org.), *Escritos Psicanalíticos: 1909-1933* (pp. 318-332). Rio de Janeiro: Livraria Taurus.
- Ferenczi, S. (1933). Confusão de língua entre os adultos e as crianças. In J. Birman (Org.), *Escritos Psicanalíticos: 1909-1933* (pp. 347-55). Rio de Janeiro: Livraria Taurus.
- Ferenczi, S. (1934). Reflexões sobre o trauma. In *Obras Completas: Psicanálise IV* (pp. 109-117). São Paulo: Martins Fontes.
- Freud, S. (1969). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise: feminilidade. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 22, pp. 139-66). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1932)
- Freud, S. (1972a). A interpretação dos sonhos. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 5, pp. 361-660). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900)
- Freud, S. (1972b). Sobre a psicoterapia. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 7, pp. 263-78). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (1974a). Estudos sobre a histeria. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)
- Freud, S. (1974b). O inconsciente. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 14, pp.185-246). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (1974c). O instinto e suas vicissitudes. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 14, pp. 129-62). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)

- Freud, S. (1974d). Repressão. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 14, pp. 165-84). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (1974e). Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 14, pp. 85-120). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1975). A divisão do ego no processo de defesa. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 23, pp. 309-12). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1940)
- Freud, S. (1976a). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Fixação em traumas – o inconsciente. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 16, pp. 323-36). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916)
- Freud, S. (1976b). O ego e o id. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 19, pp. 13-84). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)
- Freud, S. (1976c). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess, Rascunho B. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 1, pp. 243-378). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1950 [1892-1899])
- Freud, S. (1976d). Inibição, sintoma e ansiedade. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 20, pp. 95-202). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926)
- Freud, S. (1976e). A sexualidade na etiologia das neuroses. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 3, pp. 287-312). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1898)
- Laplanche, J. (1987). *Novos fundamentos para a psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Levinas, E. (2007). *Ética e infinito*. Lisboa: Edições 70.
- Levinas, E. (2008). *Totalidade e infinito*. Lisboa: Edições 70.
- Levy, R. (2003). A visão topográfica no processo psicanalítico: o irrepresentável. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 37 (4), 1067-1078.
- Lisondo, A.B.D. (2004). Na cultura do vazio, patologias do vazio. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 38 (2), 335-358.
- Lutemberg, J. M. (1999). *La ilusión vaciada: reflexiones acerca de las experiencias reales y virtuales*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lassús. Colección Infinito.
- Magdaleno Jr, R. (2006). A função materna como fundante do psiquismo. *Boletim do Núcleo de Psicanálise de Campinas e Região*, 14, 201-211.
- Magdaleno Jr, R. (2008). A dialética de Eros e o mal-estar na cultura hoje. *Ide*, 31 (46), 46-51.
- Magdaleno Jr, R. (2010). A metapsicologia do traumático: um ensaio sobre o sobressalto. *Ide*, 33 (50), 64-75.
- Menezes, L.C. (2005). A clínica psicanalítica do trauma. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 39 (1), 131-138.
- Nosek, L. (2009). O infinito e o corpo: notas para uma teoria da genitalidade. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 43 (2), 139-158.
- Tustin, F. (1975). *Autismo e psicose infantil*. Rio de Janeiro: Imago.
- Tustin, F. (1990). *Barreiras autísticas em pacientes neuróticos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1975a). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D.W. Winnicott, *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1953)
- Winnicott, D.W. (1975b). O papel de espelho da mãe e a família no desenvolvimento do bebê. In D.W. Winnicott, *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago. (Trabalho original publicado em 1956)
- Winnicott, D.W. (2000a). A mente e sua relação com o psicossoma. In D.W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1949)
- Winnicott, D.W. (2000b). Psicose e cuidados maternos. In D.W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1952)

[Recebido em 25/4/2011, aceito em 26/05/2011]

Ronis Magdaleno Júnior

[Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo SBPSP e Núcleo de Psicanálise de Campinas e Região]

Rua Padre Almeida, 515, sala 14, Cambuí,

13025-251 Campinas, SP

Tel: 19 32542103

ronism@uol.com.br