

CASO CLÍNICO: TRAUMA E CLÍNICA PSICANALÍTICA.

Paula Regina Peron ^(*)

O caso clínico que apresento na sequência sintetiza e reflete algumas questões psicanalíticas em torno do tema do trauma, derivadas de minha prática clínica. Este caso clínico, como outros tantos, provocou impasses em meu arcabouço teórico-clínico¹.

Em minha prática clínica em consultório particular, atendi alguns pacientes cuja transferência manifestou-se de forma bastante peculiar e repetitiva, excessivamente marcada pela depressão e por uma relação comigo muito submissa e dependente, predominante durante períodos ou ao longo de todo o tratamento. Denominei esse movimento “transferência depressivo-masoquista”, entrelaçando-o a histórias infantis traumáticas. Pude hipotetizar, apoiada fortemente na experiência clínica e na produção teórica de Sándor Ferenczi, que a transferência marcada por características ao mesmo tempo depressivas e masoquistas parecia estar presente em alguns tratamentos. Neles evidenciava-se uma história infantil marcada pela indiferença materna e paterna, traduzida em falta ou empobrecimento excessivo do contato afetivo, corporal e verbal com a mãe e o pai e deficiência no reconhecimento, pelos pais, das necessidades materiais e afetivas básicas da criança. Tal indiferença, por vezes, cedia lugar a medidas punitivas violentas, “terrorismo do sofrimento” e atitude repressora dos impulsos libidinais e agressivos da criança².

Nesses pacientes encontrei recorrentemente defesas psíquicas tematizadas por Sándor Ferenczi -identificação com o agressor, clivagem narcísica e progressão traumática patológica. Trata-se, obviamente, de um recorte específico nas manifestações clínicas das questões traumáticas -que abarca tantas outras dimensões e situações, inclusive de cunho social, que não trabalhei aqui ou em minha tese- e também um recorte na problematização teórica de tais manifestações.

ISABELA: “EU NÃO TENHO VALOR NENHUM”

Isabela tem aproximadamente 40 anos, é uma mulher extremamente bonita, embora pouco reconheça isso, e diplomada com nível universitário. Chegou para seu tratamento apresentando uma doçura passiva que denunciava sua insegurança e tentativa de absoluto controle frente à sua agressividade. Veio para a análise logo após o falecimento de seu tio, muito entristecida e transtornada com essa perda, já que ele era considerado um pai.

Logo na chegada percebi sua hesitação em comprometer-se e envolver-se com a análise, apresentando-se pouco disponível para o trabalho analítico. Ela pediu que começássemos a trabalhar com uma sessão semanal até que se sentisse mais segura de que eu poderia ajudá-la. Mais tarde, estabelecemos duas sessões semanais e, eventualmente, uma terceira sessão foi acrescentada somente quando achamos necessário. Para que a transferência fosse solidificada, foi preciso que eu tolerasse sua impossibilidade de estabelecermos horários fixos, por exemplo. Durante muito tempo, ela telefonava para edir sessão e parecia precisar disso, manipulando-me de maneira a sentir algum controle sobre a situação analítica. Atendi Isabela face a face por um longo período, já que ela recusou-se a usar o divã. Diferentemente de outros pacientes, percebi, após algum tempo de trabalho analítico, que a neutralidade usual de minha parte acabava por facilitar a repetição de um ambiente hostil que já havia experimentado. Notava que alguma eventual rigidez de minha parte, ou uma atitude geral mais fria e objetiva, acabava por provocar aumento das resistências e possibilitava o aparecimento de uma reedição bastante literal dos acontecimentos traumáticos da história infantil, como se Isabela me identificasse inconscientemente com figuras negativas da infância e ativasse

reações carateriais e sintomáticas relativas aos traumas infantis. Sándor Ferenczi indica que, com o paciente traumatizado sexualmente ou por elementos de malevolência ou de tratamento desprovido de tato advindos das relações parentais, o analista deve se posicionar de maneira diferenciada, mais flexível e permissível. Para ele, o trauma pode ser considerado como um *quantum* de excitação intensa demais para o escoamento psíquico normal, que provoca marcas psíquicas peculiares. Nesse sentido, ele trabalha as consequências clínicas do texto freudiano “Além do princípio do prazer” (1920), onde a consideração pelo fator econômico é feita de maneira extensiva. Nele, Freud afirma que o fenômeno da repetição está presente também na situação analítica, e que a compulsão à repetir dos eventos da infância na transferência desconsidera o princípio do prazer. Além disso, nesse texto Freud define o trauma como o resultado de excitações externas suficientemente fortes para atravessar o filtro para excitatório do aparelho psíquico e criar uma perturbação econômica.

Mas a reflexão sobre o trauma psíquico está presente desde o nascimento da Psicanálise. Na obra de Sigmund Freud, o exame das características psíquicas das históricas e de suas fantasias sexuais infantis concedeu à sexualidade o lugar central estabelecido ao longo de toda a produção freudiana. O complexo de Édipo e o complexo de castração ocupam, para Freud, o núcleo da constituição psíquica de qualquer pessoa, sem que, no entanto, Freud tenha descartado a importância da cena da realidade. Não é correto dizer que o abandono da teoria traumática das neuroses tenha levado Freud à desconsideração total do peso da sedução real ou da realidade no adoecimento psíquico. Em “Conferências introdutórias à Psicanálise”, na de número XXII - “Considerações sobre desenvolvimento e regressão—Etiologia”, de 1917-, ele usa, pela primeira vez, o termo “séries complementares” para teorizar sobre as causas da neurose e apontar a importância do fator psíquico e também da experiência:

Tratando-se do exame de suas causas, os casos de adoecimento neurótico dispõem-se numa série, no interior da qual os dois fatores — constituição sexual e vivências, ou, se quiserem, fixação libidinal e frustração — encontram-se representados de maneira que, crescendo a participação de um deles, a do outro diminui. Nas duas pontas dessa série estão os casos extremos, dos quais os senhores podem afirmar com convicção: o que quer que tenham vivido e por mais que a vida tenha cuidado de poupá-las, essas pessoas teriam adoecido de qualquer maneira, em virtude do desenvolvimento singular de sua libido. Na outra ponta estão os casos em que os senhores teriam de julgar o contrário: essas pessoas com certeza teriam escapado da doença, se a vida não as tivesse posto nesta ou naquela situação. Nos demais casos do interior da série, um grau maior ou menor de pré-disposição da constituição sexual se junta a um grau menor ou maior de exigências danosas colocadas pela vida. A constituição sexual dessas pessoas não as teria tornado neuróticas se elas não tivessem passado por tais vivências; e essas não teriam produzido efeito traumático se as condições da libido tivessem sido outras.³

Vemos, ainda, em “O homem Moisés e o monoteísmo”:

[...] é correto que existam casos distinguidos como “traumáticos” porque os efeitos remontam inequivocadamente a uma outra várias impressões fortes dessa época precoce que escaparam a uma resolução normal, de maneira que se poderia julgar que, se elas não tivessem ocorrido, tampouco se teria produzido a neurose.⁴

Isabela parecia pertencer a esse grupo de casos onde as marcas infantis excessivas foram determinantes no adoecimento. Para pensar teoricamente seu caso e também para construir maneiras de conduzi-lo foi necessário recorrer a Sándor Ferenczi, que, após a retomada freudiana do tema do trauma em “Além do princípio do prazer” (1920), trabalha as concepções apresentadas, dedicando-se à importância do trauma no psiquismo da criança, especialmente no período final de sua obra. Ele observou que as consequências dos eventos muito precoces são evidenciadas nos combates do conflito edipiano e frente às exigências posteriores

da genitalidade, quando então se manifesta a fragilidade daquele que foi traumatizado e cujos traumas não foram estruturantes, mas desorganizaram sua constituição psíquica. Há uma grande diversidade de abordagens relativas à compreensão teórica e ao manejo técnico das psicopatologias que envolvem traumas precoces. Considerar o trauma como consequência do impacto da realidade externa ou como consequência de fatores psíquicos empobrece a compreensão da situação colocada. É preciso levar em conta tanto a importância do fato real -e, assim, não desmentir o sujeito e não incrementar sua culpa e estagnação- quanto a significação singular que um determinado sujeito atribui ao fato. Com Isabela, ficou evidente a importância de não desconsiderar a realidade narrada, ainda que o campo da fantasia e da pulsionalidade tenha igual ou maior importância.

As experiências danosas precoces parecem ter dominado o universo psíquico de Isabela; embora, no início do trabalho, as cenas infantis parecessem congeladas em seu íntimo, desvinculadas das elaborações da fantasia e, por isso, impossibilitadas de metabolização, inclusive em seus aspectos edípicos. Havia apenas traços mnêmicos desautorizados a aparecer nas fantasias ou na fala. Em 1924, em “As fantasias provocadas”, Ferenczi evoca um tipo de paciente parecido com Isabela, que apresenta atividade fantasística pobre, mesmo quando se trata de situações de grande intensidade de afetos. Apoiado na noção de que tal comportamento tem relação com as cisões psíquicas, Ferenczi pede aos pacientes que busquem as reações adequadas, ou mesmo que as imaginem, gerando fantasias que mostrem ao paciente sua capacidade de tais produções psíquicas e forneçam meios de exploração do inconsciente. Por vezes, face à resistência do paciente em produzir fantasias, Ferenczi apresenta como ele próprio sentiria, pensaria ou se imaginaria na situação em questão a fim de estimular o paciente. As fantasias provocadas seriam, em geral, de três espécies: fantasias de transferência negativa ou positiva, fantasias relativas a lembranças infantis e fantasias masturbatórias.

Com Isabela, o expediente das fantasias provocadas foi extremamente útil para que ela produzisse representações verbais e falas sobre os difíceis eventos infantis que experimentou. Várias vezes eu nomeei sentimentos para situações em que ela se mostrava extremamente congelada afetivamente: “*Que raiva uma situação assim provoca!*” ou “*Não te deu vontade de abraçá-lo?*” ou “*Quanta confusão mental isso gera. Você não acha?*”, incitando-a a imaginar reações e possivelmente evocá-las, paralelamente à análise do silenciamento de manifestações afetivas. Dessa maneira, o trabalho analítico com Isabela aos poucos se tornou mais povoado de afetos e conflitos externalizados, lembranças acessíveis, e prosseguiu segundo suas elaborações a respeito de sua história e de nossa transferência, gerando progressivamente a recuperação de suas possibilidades de sentir e agir e de desfrutar de sua existência. Pareceu-me que, dessa maneira, pudemos acessar conteúdos clivados em seu psiquismo. Não se tratava da clivagem a que todo psiquismo, segundo a psicanálise, está exposto -consciente e inconsciente-, mas de uma defesa mais radical como recurso daquele que não pode metabolizar algo que, ainda assim, faz alguma marca psíquica. Figueiredo compreende a clivagem e o recalçamento como modos distintos de lidar com o intolerável, o inadmissível, o ambivalente ou incompatível na experiência humana: “No primeiro caso, criam-se barreiras verticais que mantêm lado a lado porções segregadas da realidade objetiva e da subjetividade; no segundo, criam-se barreiras horizontais em que partes da experiência (representações, mas também afetos) são excluídas da consciência e ‘soterradas’”⁵. As clivagens (ou cisões) cumprem uma tarefa de proteção que impede que o conflito se instale no psiquismo. Podemos considerar o termo ‘desautorização’ para traduzir *Verleugnung*, o mecanismo que Freud coloca como central no fetichismo e na psicose, mas também presente na neurose. O termo ‘desautorização’ destaca que a percepção traumática não é negada; sua imagem é efetivamente formada, mas se torna de alguma forma ineficaz, anulada em sua autoridade e mantida isolada dos processos de simbolização e metabolizações. Com Isabela, o manejo das fantasias provocadas ajudou a estender tais processos para regiões psíquicas antes clivadas e de certa forma isoladas de suas dimensões afetivas, de maneira muito radical.

Seu pai afastou-se definitivamente de sua mãe e de toda a família ainda durante a gestação de Isabela, devido ao desentendimento do casal. O tio serviu como substituto paterno, e sua morte marcou muitíssimo Isabela, que nasceu e morou com os tios e a mãe até a idade de aproximadamente cinco anos, quando esta resolveu casar-se e mudar-se de cidade. Isabela permaneceu morando com os tios, com quem teve uma

relação muito afetuosa, embora de submissão e medo velado de abandono. Foram os tios que forneceram uma relação afetuosa mais constante para que Isabela crescesse com relativa integração egóica e força desejante, e pudesse se desenvolver em muitos aspectos. Eles puderam reconhecer o grande sofrimento infligido a Isabela pela relação com a mãe e pela ausência indiferente do pai. E colaboraram para que a sensação de uma infância cercada de um clima terrífico de abandono, de inexistência de si e desvalor não tomasse conta da totalidade do universo psíquico de Isabela.

Sua mãe costumava expressar diretamente o arrependimento de tê-la gerado, fruto de um relacionamento frustrado e fugaz, em que se sentiu usada e abandonada. Durante a infância e ainda na fase adulta de Isabela, sua mãe a tratava muito mal. Era incapaz de reconhecer suas necessidades infantis, às vezes lhe tratando com indiferença e outras vezes com violência física e verbal. Isabela servia à mãe como um objeto, um recipiente para suas frustrações e desencantos -xingamentos, críticas, lamentações sobre a vida, sobre a filha e sobre si mesma: situação chamada por Ferenczi de terrorismo do sofrimento. Parece que a mãe de Isabela foi bastante longe nessa desconsideração, dado que a submeteu a uma rotina de trabalho pesado e inapropriado para a sua idade, apesar dos protestos constantes do casal com quem viviam. Aqui podemos cogitar a ativação da prematuração patológica, que não só se apresenta como uma defesa que desperta precocemente disposições latentes na criança, mas também ativa um impulso de cuidar das outras pessoas, especialmente dos adultos próximos.

Ferenczi utiliza a figura do bebê sábio, que corresponde também ao impulso, presente naquele que foi traumatizado, de cuidar das pessoas que o cercam: “Também tendem a cercar maternalmente os outros; manifestamente, estendem assim a outros os conhecimentos adquiridos a duras penas, ao longo do tratamento, sobre o seu próprio sofrimento; tornam-se indivíduos bons e prestimosos”⁶.

A tendência a cuidar da mãe perdurou -a meu ver, resultante da identificação inconsciente de Isabela com essa posição na qual a mãe a colocou, que provavelmente ocupou para garantir que fosse amada. Essa tendência a cuidar também se deslocou para outras figuras de sua vida. Fez um curso de enfermagem, embora não tenha exercido a profissão, nem qualquer outra atividade remunerada, como resultado de suas constantes depressões. Por outro lado, a figura do bebê sábio corresponde àquela parte clivada da personalidade que, a partir do trauma, tenta curar a si mesma: “uma parte da sua própria pessoa começa a desempenhar o papel da mãe ou do pai com a outra parte”⁷.

Na relação analítica, Isabela revelou dificuldade de expressão da agressividade, da fantasia, do pensamento e da recordação. Essa dificuldade desenha um cenário de excessiva passividade e paralisia, com a atividade psíquica globalmente rebaixada, ou seja, um quadro de depressão. Considero “depressão” no sentido freudiano do termo, como um sintoma que pode acometer quadros psicopatológicos diversos. Esse sintoma apresenta-se como uma inibição global das atividades egóicas, marcante paralisia psíquica e falta de vontade para a realização do trabalho analítico. Ferenczi tematiza que o trauma provoca lesões no ego e feridas no narcisismo, acarretando um desequilíbrio entre investimentos objetais e narcísicos e estase de libido no ego. O traumatizado pode apresentar sintomas que evidenciam a retirada de libido do mundo externo, hipersensibilidade do ego e fixação no narcisismo infantil. Tais sintomas podem ser autoerotismo exacerbado, depressão, pusilanimidade, incapacidade de suportar sofrimentos ou esforços e desprazeres morais ou físicos, angústia e excitabilidade elevadas.

Nas poucas relações pessoais, Isabela ocupava sempre o lugar de cuidadora, muito sintonizada com o que a outra pessoa pedia para receber ou tentando imaginar o que a outra pessoa gostaria. Parece-me que, muito rapidamente, uma relação pessoal mais próxima com alguém, como comigo, ativa em Isabela esse mecanismo de identificação que desconsidera seus próprios desejos. Além disso, alimenta-se de captar os sentimentos e desejos das pessoas ao redor de maneira acentuada, em uma tentativa bastante masoquista de manter o amor de alguém. A definição ferencziana de identificação com o agressor, mecanismo defensivo de introjeção da culpa do agressor pela criança agredida, parece exemplificada aqui. Percebi a manifestação dessa defesa a partir de certas características: sensação de não autenticidade do próprio comportamento, percepção ou sentimento; grande inclinação à submissão e ao masoquismo; sensação de ser mau ou insuficiente em algum aspecto e necessitar de punição; distorção do senso de responsabilidade, trazendo sempre a sensação de culpa; desvitalização do investimento narcísico; e grande

tendência a alimentar minha suposta onipotência, colocando-me em uma posição radicalmente superior. O movimento transferencial de caráter depressivo-masoquista manifestava-se frequentemente assim, através de um pedido constante para ser cuidada e amada, ao mesmo tempo em que permanecia bastante inativa, sentindo que a única atividade permitida era calar-se emocionalmente. Perguntava-me com frequência, por exemplo, se eu não estava cansada de vê-la chorar ao se lembrar do tio, como se estivesse proibida até mesmo dessa expressão tão fundamental; e, assim, evidenciava também seu duradouro apego ao sofrimento, provavelmente do qual ela estava exaurida.

Quando chegou até mim, Isabela estava em um relacionamento amoroso insatisfatório, em que sua principal função era justamente a de cuidar do companheiro, após uma fase durante a qual ele tinha outra namorada, concomitantemente. Essa situação de infidelidade causava-lhe imensa culpa. Sentir culpa em um grau paralisante era praticamente uma constante. Isabela narra situações muito remotas onde já reconhecia em si este sentimento: *“Ainda de fraldas, eu me sentia culpada por aqueles acessos de raiva loucos que ela [a mãe] tinha. Eu achava que precisava melhorar como filha”*.

A indisponibilidade do namorado causava-lhe muito sofrimento, embora indicasse também a impossibilidade de Isabela relacionar-se com alguém de forma mais completa e prazerosa e sua necessidade de continuar expondo-se a situações semelhantes às situações traumáticas originais. Ferenczi aponta que esse tipo de repetição procura “dominar por essa experiência consciente ulterior a experiência primitiva, inconsciente e incompreensível na origem”⁸, mecanismo por ele chamado de “traumatofilia inconsciente”. Isabela sentia-se deprimida em vez de reagir com raiva ou reclamações. A necessidade de agradar acontecia também com seu namorado, de maneira que ela se esforçava, quase sempre inconscientemente, para ser exatamente o que ela achava que ele gostaria, ainda que isso lhe causasse sofrimento, como fazia comigo.

Parece que ela sentia que para ganhar o amor de alguém tinha de dar muito de si e, ao mesmo tempo, mostrar-se passiva e receptiva. Nas sessões, eu recorrentemente tinha a impressão de que aceitava tudo de mim, desde que isso significasse ser cuidada e olhada, sem reivindicações explícitas -apenas um pedido constante, de pano de fundo, de ser vista, reconhecida como pessoa. Com o desenrolar da análise, muitas vezes faltava às sessões e pedia que eu a atendesse em outros horários, o que se revelou uma maneira de manipulação para checar se eu a receberia incondicionalmente.

Viveu em análise um difícil processo de luto pela morte dos tios (posteriormente, durante a análise, sua tia faleceu também) e permaneceu deprimida em sua vida social e emocional: sem trabalho, sem amigos, sem interesses, sem projetos, sem diversão, sem prazer e dominada por um intenso desejo de morte. Um cenário mortífero e seco tomou conta de sua vida, e ela parecia não ter fôlego para investimentos psíquicos ou escolhas emocionais, vivendo de maneira extremamente apática. Provavelmente, como elaboramos, essas perdas remeteram-na à perda mais precoce do investimento libidinal vindo de sua mãe, sem que houvesse alguma compensação disso por parte do pai -que não conheceu, apesar de ter tentado contato. Assim, perder outras pessoas afetivamente importantes possivelmente reconduziu-a a uma sensação profunda e dolorosa de abandono.

A ameaça de abandono estava bastante presente também entre nós na transferência. Isabela provocava em mim uma constante sensação de fragilidade de nossos vínculos, como um fantasma da repetição dos muitos abandonos que lhe aconteceram -o pai, a mãe, sucessivamente; e agora, mais recentemente, as figuras parentais boas que os tios representavam, embora tenha ficado em análise por mais de cinco anos. Demonstrava grande dificuldade de se entregar para a transferência no sentido de vinculação, sempre muito defendida para o contato, como se as relações fossem perigos potenciais e como se pudesse ser abandonada a qualquer momento, provocando um engessamento de suas ações e reações.

Eu percebia movimentos internos de fragilidade narcísica que, aos poucos, foram aparecendo em seu tratamento: *“Não tenho os mesmos direitos que as outras pessoas, acho que não sou uma pessoa inteira. Será que estou viva?”* Uma frase como essa traduzia tanto sua sensação de incompletude fálica como sua vivência de feridas narcísicas. Muitas vezes pedia minha legitimação sobre tarefas a desempenhar, colocando-me no lugar de uma potência superior, de maneira bastante superegógica: *“Você acha que eu tenho condições de fazer isso?”* Sobre outros sentimentos transferenciais, Isabela guardava silêncio. Durante alguns anos, ela mostrou-se incapaz de reconhecer-se tomada por algum sentimento em relação a mim, embora todo o tempo

me colocasse em um lugar investido de autoridade. O que pedia era minha aprovação e que eu legitimasse suas percepções sobre si e sobre seu passado, evidenciando também um déficit no reconhecimento de suas próprias possibilidades e conquistas e supervalorizando minha posição. Comportava-se assim em muitos aspectos, mostrando-se extremamente sensível aos meus posicionamentos, preocupando-se angustiada em agradar, até o ponto da paralisia emocional: “*Não sinto nada, quando sinto coisas tudo fica pior. O que você acha que devo sentir?*”.

Assim, foi preciso nomear o que senti e viveu para desfazer a trama estereotipada de imagens negativas de si, já que seu próprio testemunho não lhe era suficiente: “*Ela [a mãe] era muito violenta, não acha?*” ou “*Você acha que isso que ela fazia era muito pesado para uma criança?*” Suas dúvidas a respeito de si e o questionamento de suas percepções eram sempre intensos. Em alguns momentos da análise, suas falas denotavam a construção de um sentimento de si mais sólido: “*Imaginar que há algo legítimo na minha maneira de ver as coisas é inédito para mim*”. Muitas vezes foi preciso que eu desse crédito e legitimação às suas percepções e sensações para que pudéssemos explorá-las.

De minha parte, foi necessária muita disposição para reconhecer e suportar a presença de suas partes mais infantis e machucadas em seus embates reivindicatórios, que se manifestavam pouco a pouco, mas constantemente marcavam presença de muitas formas, inclusive através de resistência ao trabalho analítico. Podíamos progredir muito em uma sessão e, na seguinte, toda a solidez do que havíamos conversado se perdia, como se houvesse dentro dela movimentos psíquicos de ataque à nossa relação, possíveis manifestações de seu masoquismo e de sua rigidez superegógica, que não lhe permitiam progredir. Também costumava faltar bastante após uma sessão rica em associações ou como manifestação de sua desvitalização e falta de vontade para continuar trabalhando.

Com Isabela, fui construindo a percepção de que havia uma proteção psíquica muito grande e consolidada contra os traumas que a habitavam, permitindo que pudesse cumprir condições básicas para se manter vivendo de forma ordenada, em um equilíbrio frágil e uma restrição considerável da qualidade emocional de sua vida psíquica. No entanto, o trabalho analítico acabou descortinando um mundo interno de sofrimento relativo às experiências infantis e, junto a isso, uma versão de Isabela mais frágil, menos integrada e povoada por fantasias angustiantes de morte e de falta de contornos existenciais sólidos. Somente a partir daí pudemos caminhar na construção de versões de si menos vulneráveis e vitimizadas e na elaboração de seus conflitos a partir da rememoração e reconstrução de seu passado infantil, povoando-o de fantasias e emoções que puderam ser narradas.

No artigo “Contraindicações da técnica ativa em psicanálise” (1926), Ferenczi propugna a capacidade do analista de não se apegar a uma forma de trabalho independentemente daquilo que escuta de cada analisando. A técnica é um recurso evocado pela fala do paciente, e não pelos compromissos transferenciais do analista a um mestre ou a um saber constituído. Ferenczi constantemente questiona-se sobre o que fazer diante daquele que sofre, o que o levou a considerar a incurabilidade de certos pacientes como inabilidade do analista, e isso o possibilitou ampliar os limites terapêuticos da Psicanálise.

Nesses casos, penso que é o analista quem não deve ficar desafetado, e isso é condição para que algum movimento psíquico se instale, considerando que o analista deve evitar, também, uma presença excessiva. O objetivo de minha prática continua sendo terapêutico, em um sentido que será descoberto a cada tratamento, mas que certamente tem relação com a economia de prazer e de sofrimento do paciente. O estudo sobre a transferência depressivo-masoquista tem-me permitido adquirir uma escuta e uma intervenção analítica mais refinada, trabalhando para que o desmentido não se repita além da medida necessária e inevitável para o trabalho clínico. Questiono-me sobre a utilidade de destacar um momento mais ou menos duradouro da transferência e nomeá-lo. Nesse caso, o movimento transferencial depressivo-masoquista deu lugar, depois de bastante trabalho analítico, a novas formas de transferência, ainda que, mesmo quando predominante, não tenha sido uma forma exclusiva de transferência. A noção de transferência depressivo-masoquista ajudou na construção e confirmação de hipóteses sobre o desenvolvimento psíquico de Isabela e sobre suas vivências infantis e pôde nortear o manejo técnico que levou em conta a possibilidade do *setting* analítico reforçar os traumas infantis de indiferença e desmentido.

O paciente traumatizado que adquiriu uma maneira depressivo-masoquista de relação com o mundo traz aspectos que facilitam o aparecimento da reação terapêutica negativa, ameaçando o tratamento com a interrupção, já que tolera bem menos o silêncio, a aparente (ou não) desafetação do analista e a inflexibilidade técnica, ameaçado pela repetição literal dos acontecimentos da infância. Nesse caso, considerar a transferência depressivo-masoquista, os fatores traumáticos subjacentes e as defesas psíquicas patológicas típicas pode permitir a ampliação das possibilidades de intervenção da análise, com atenção especial para os fatores que produzem compulsão à repetição e sintomas corporais. Além disso, possibilita reconhecer as falhas na estabilidade e coesão do ego, a falta de pais empáticos e amorosos no princípio da vida, os excessos de excitação psíquica derivados desse começo e sua capacidade de produzir anestesia e clivagem. Levando em conta todos estes fatores, pode embasar a decisão de despadronizar o *setting* conforme as singularidades e necessidades de cada paciente e flexibilizar a técnica na medida da minha capacidade. Se o analista reconhece a indiferença e a violência parental, colabora para que o paciente construa sua história, aproprie-se dos choques recebidos e reposicione-se subjetivamente em frente ao seu passado.

REFERÊNCIAS

- FERENCZI, Sándor (1932) Diário clínico. Trad. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- _____. (1916) “Dois tipos de neurose de guerra”. In: Obras completas, vol. III. Trad. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- _____. (1923) “O sonho do bebê sábio”. In: Obras completas, vol. III. Trad. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- _____. (1924) “As fantasias provocadas”. In: Obras completas, vol. III. Trad. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- _____. (1926) “Contra-indicações da técnica ativa”. In: Obras completas, vol. III. Trad. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- _____. (1929) “A criança mal-acolhida e sua pulsão de morte”. In: Obras completas, vol. IV. Trad. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- _____. (1931) “Análise de crianças com adultos”. In: Obras completas, vol. IV. Trad. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- _____. (1933) “Confusão de línguas entre os adultos e a criança”. In: Obras completas, vol. IV. Trad. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- FIGUEIREDO, Luís Cláudio (2003) Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea. São Paulo: Escuta.
- FREUD, Sigmund (1916-1917) “Conferências introdutórias à Psicanálise”. In: Obras completas, vol. 13. Trad. S. Tellaroli. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.
- _____. (1920) “Além do princípio do prazer”. In: Obras completas, vol. 14. Trad. P. C. de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- _____. (1939) O homem Moisés e a religião monoteísta. Trad. R. Zwick. São Paulo: L&PM, 2014.

(*) Paula Regina Perón é psicanalista, doutora em psicologia clínica e professora de psicologia da PUC-SP.

Perón, Paula Regina (2007) Contribuições para a clínica psicanalítica do trauma: Tese de doutoramento, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica, 2007.

Postado em: LACUNA, UMA REVISTA DE PSICANÁLISE, Nº 1, maio 22, p. 6, São Paulo, 2016.

Versão eletrônica: <https://revistalacuna.com/2016/05/22/caso-clinico-trauma-e-clinica-psicanalitica/>

Volver a Artículos sobre Ferenczi
Volver a Newsletter 17-ex-71

Notas al final

- 1.- Este caso compôs parte de minha tese de doutorado, A clínica psicanalítica do trauma, defendida em 2007, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- 2.- O termo ‘terrorismo do sofrimento’ é usado por Sándor Ferenczi para descrever uma situação em que “uma mãe que se queixa continuamente de seus padecimentos pode transformar seu filho pequeno num auxiliar para cuidar dela, ou seja, fazer dele um verdadeiro substituto materno, sem levar em conta os interesses próprios da criança”, ou na qual “as crianças são obrigadas a resolver toda espécie de conflitos familiares, e carregam sobre seus frágeis ombros o fardo de todos os outros membros da família” (FERENCZI [1933] “Confusão de línguas entre os adultos e a criança”. In: Obras completas, vol. IV. Trad. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993, p. 105).
- 3.- FREUD, Sigmund (1916-1917) “Conferências introdutórias à Psicanálise”. In: Obras completas, vol. 13. Trad. S. Tellaroli. São Paulo: Companhia das Letras, 2014, p. 461-462.
- 4.- FREUD, Sigmund (1939) “Moisés e o monoteísmo”. In: Obras completas, vol., pp. 110-111.
- 5.- FIGUEIREDO, Luís Cláudio (2013) Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea. São Paulo: Escuta, 2003, p. 16.
- 6.- FERENCZI, Sándor (1931) “Análise de crianças com adultos”. In: Obras completas, vol. IV. Trad. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993, p. 78.
- 7.- FERENCZI, Sándor (1931) “Análise de crianças com adultos”. In: Obras completas, vol. IV. Trad. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993, p. 76.
- 8.- FERENCZI, Sándor (1916) “Dois tipos de neurose de guerra” In: Obras completas, vol. III. Trad. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993, p. 271.