



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
PSICOLOGIA**

**TRAUMA, DESAMPARO E SOFRIMENTO PSÍQUICO NA
ENFERMARIA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

MÁRCIA DE OLIVEIRA PRATA

**GOIÂNIA/GO
2015**



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
PSICOLOGIA

**TRAUMA, DESAMPARO E SOFRIMENTO PSÍQUICO NA
ENFERMARIA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

MÁRCIA DE OLIVEIRA PRATA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica (PUC-GOIÁS), como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientação: Profa. Dra. Denise Teles Freire Campos.

**GOIÂNIA/GO
2015**

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

Prata, Márcia de Oliveira.

P912t Trauma, desamparo e sofrimento psíquico na enfermaria de ortopedia e traumatologia [manuscrito] / Márcia de Oliveira Prata. – Goiânia, 2015.
123 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, 2015.

“Orientadora: Profa. Dra. Denise Teles Freire Campos”.
Bibliografia.

1. Ferimentos e lesões. 2. Trauma psíquico. 3. Desamparo (Psicologia). 4. Instinto de morte. I. Título.

CDU 159.9:616.7(043)

MÁRCIA DE OLIVEIRA PRATA

**TRAUMA, DESAMPARO E SOFRIMENTO PSÍQUICO NA
ENFERMARIA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica (PUC-GOÍÁS), como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof.^a Dr.^a. Denise Teles Freire Campos

Membro Efetivo Interno: Prof. Dr. Pedro Humberto Faria Campos.

Membro Externo Convidado: Prof. Dr. Marcelo Duarte Porto

Suplente:

Goiânia (GO), 23 de fevereiro de 2015.

*Aos meus saudosos pais,
José Alexandre dos Santos Prata
e
Marta de Oliveira Prata.*

AGRADECIMENTOS

À Professora e Orientadora Dr^a Denise Teles Freire Campos pelos princípios e contribuições que nortearam meu caminho desde a especialização até a realização dessa dissertação.

Ao Professor e Dr. Pedro Humberto de Faria Campos, pela acolhida, paciência e estímulo.

Ao Professor Dr. Fábio Jesus Miranda pelas contribuições e sugestões feitas em minha qualificação.

À analista Ilcéa S. M. de Andrade Borba Márquez presença afável e sustentadora perante as vicissitudes dessa instigante e desafiadora travessia.

Ao Professor Dr. João Luiz Leitão Paravidini pela aceitação como aluna em disciplina isolada do mestrado psicologia UFU (Universidade Federal de Uberlândia).

À Professora Dr^a Joyce Marly Gonçalves Freire pela amistosa acolhida e as cuidadosas pontuações textuais.

À amiga psicóloga Dr^a Cirlana Rodrigues, pelas contribuições e compartilhamentos enriquecedores.

Às minhas filhas: Patrícia, Letícia, e ao genro Roberto, pelo afetuoso estímulo e incentivo.

Aos queridos netos: Victor, Igor, Gabriel e Adrian pela compreensão de minhas ausências em ocasiões importantes e significativas de suas vidas.

Aos amigos do Grupo de Estudos Psicanalíticos: Vórtice, pelo incentivo e apoio.

Aos colegas e amigos de trabalho da Gerência de Psicologia e Psicopedagogia da Saúde do HCU– UFU (Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia), pelo apoio.

Às colegas Layla, Maria José, Maria Alzira, Pérsia e Rosa Eliza pela amizade e incentivo.

Aos profissionais do HC-UFU, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais que compartilharam conhecimentos e experiências.

Aos pacientes da enfermaria de ortopedia e traumatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, causa de inspiração desse trabalho.

ONTEM

*Até hoje perplexo
ante o que murchou
e não eram pétalas.*

*De como este banco
não reteve a forma,
cor ou lembrança.*

*Nem esta árvore
balança o galho
que balançava.*

*Tudo foi breve
e definitivo.
Eis está gravado*

*não no ar, em mim,
que por minha vez
escrevo, dissipo.*

(Carlos Drummond de Andrade)

PRATA, M. DE O. **Trauma, Desamparo e Sofrimento Psíquico na Enfermaria de Ortopedia e Traumatologia.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2015.

RESUMO

O presente estudo partiu de minha experiência como psicóloga na enfermaria de ortopedia e traumatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU). Nesta dissertação, busca-se responder à questão “Quais as implicações do trauma físico sobre o psiquismo do sujeito?” Foi realizada uma investigação na literatura psicanalítica de Sigmund Freud sobre trauma psíquico, repetição, desamparo e pulsão de morte. Também, tratou-se do trauma na especificidade do campo médico, assim como sua pertinência na clínica contemporânea psicanalítica. Em termos de elaborações, foi apresentada a questão da dor e do corpo para a pintora mexicana Frida Kahlo e a narrativa de três encontros com três personagens cujo corpo foi palco para o trauma físico e o trauma psíquico em fragmentos clínicos recortados da história de Amanda, Maria e João. Os objetivos desta pesquisa são: delimitar o conceito de trauma no campo psicanalítico freudiano; diferenciar o conceito psicanalítico de trauma com o conceito médico de trauma; estabelecer a relação entre trauma, repetição, pulsão, desamparo e sofrimento psíquico; analisar fragmentos clínicos como recortes das narrativas de vida de três pacientes; discutir acerca da escuta psicanalítica como um possível recurso terapêutico na enfermaria hospitalar de politraumatismos. De modo geral, chegou-se às seguintes considerações finais: o trauma físico e sua relação com trauma psíquico se sustenta na lógica inconsciente à serviço pulsão de morte que impõe a reedição do desamparo inicial; o trauma físico inscreve cicatrizes narcísicas no psiquismos, abrindo uma fenda onde é possível o advento do desejo e, por conseguinte, a possibilidade de que o sujeito direcione sua vida para além do episódio traumático; e, finalizando, é preciso que se coloque em discussão o lugar do psicanalista em uma instituição hospitalar que, ao se propor à escuta do singular de um sujeito do inconsciente, instaura uma tensão entre o discurso médico e o discurso psicanalítico.

Palavras-Chave: Trauma Físico, Trauma Psíquico, Desamparo, Pulsão de Morte.

PRATA, M. DE O. **Trauma, Helplessness and Psychological Distress in the Orthopedic Ward and Traumatology.** Dissertation (Master's Degree in Psychology) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2015.

ABSTRACT

This study was based on my experience as a psychologist in the Orthopedic and Traumatology Ward at the Clinics Hospital of the Uberlândia Federal University of (HCU-UFU). This dissertation sought to answer the question "What are the implications of physical trauma on the psyche of the subject?" An investigation was carried out using the psychoanalytic literature of Sigmund Freud on psychic trauma, repetition, helplessness and the death instinct. Also, it aimed to study trauma in the medical field, as well as its relevance to contemporary psychoanalytic clinic. In terms of elaborations, the issue of pain and the body for the Mexican painter Frida Kahlo and the narratives of three client sessions whose bodies bore physical and psychological trauma in clinical fragments of stories by Amanda, Mary and John were presented. The objectives of this investigation were: define the term trauma in the Freudian psychoanalytic field; differentiate the psychoanalytic concept of trauma with the medical concept of trauma; establish the relationship between trauma, repetition, drive, helplessness and psychological distress; analyze clinical fragments from life stories of three patients; discuss Psychoanalytic Listening as a possible therapeutic approach in the hospital ward of multiple trauma. In general, the following was concluded: physical trauma and its relation to psychic trauma is sustained in the unconscious logic, servicing the death instinct which enforces the initial helplessness reissue; narcissistic physical trauma scars the psyches, opening a slit which can be the advent of desire and therefore making it possible for the subject to direct his/her life beyond the traumatic episode; and finally, the necessity to discuss the place of the analyst in a hospital, who, when, proposes a singular listening of the subject of the unconscious, establishes tension between medical and psychoanalytic discourses.

Keywords: Physical Trauma, Psychic Trauma, Helplessness, Death Instinct

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPITULO 1. O MÉTODO DE PESQUISA.....	20
CAPÍTULO 2. CONCEPÇÕES DE TRAUMA.....	30
2.1. O trauma Corporal por Acidentes.....	30
2.2. O Transtorno de Estresse Pós-Traumático.....	34
2.3. Trauma físico e trauma psíquico.....	40
CAPÍTULO 3. TRAUMA E DESAMPARO EM PSICANÁLISE.....	47
3.1. Freud e a construção do conceito de trauma.....	47
3.2. Desamparo e trauma.....	62
3.3. A pulsão [de morte], o trauma e o desamparo.....	70
CAPÍTULO 4. REVISITANDO O CONCEITO DE TRAUMA.....	73
4.1. O trauma e o desamparo.....	76
4.2. O trauma e algumas condições psicopatológicas.....	80
4.3. O sujeito em sofrimento psíquico na atualidade e a psicanálise.....	82
4.4. A escuta psicanalítica na enfermaria de ortopedia e traumatologia.....	85
4.5. Frida Kahlo: o corpo em traumas.....	87
CAPÍTULO 5. TRAUMA NA ENFERMARIA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HCU-UFU: FRAGMENTOS CLÍNICOS.....	94
5. 1. Amanda, um limite imposto pela realidade traumática.....	95
5.2. Maria, Maria, de “perdas” e dor.....	102
5.3. João e seu ‘ <i>corpitcho</i> ’ que não morre.....	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	119

INTRODUÇÃO

O conceito de trauma psíquico ocupa um lugar de destaque na psicanálise visto que é instituído como histórico na teoria freudiana, no sentido de ter sido um dos primeiros conceitos a ser elaborado no campo psicanalítico, a partir do trabalho de Freud com as histéricas. É um tema que provoca muitas indagações a quem se interessa em aprofundar o assunto a respeito de sua natureza e suas implicações para o psiquismo.

Para mim, é uma temática que vem despertando particular interesse há alguns anos, sobretudo após ter iniciado meu atual trabalho como psicóloga, integrante da Gerência de Psicologia e Psicopedagogia da Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), prestando atendimentos aos pacientes hospitalizados acometidos por politraumatismos (múltiplos traumas), como traumatismo crânio-encefálico, traumatismo raque-medular, fraturas diversas, amputações traumáticas e às vezes com risco de morte, que são causados por diversos tipos de acidentes (trabalho, violências variadas e de trânsito), sendo que estes últimos ocorrem em maior quantidade e gravidade. Todos os pacientes necessitam passar por uma ou mais cirurgias de variadas especialidades como da traumatologia, ortopedia, plástica, buço-maxilar e ainda a colocação de próteses é frequentemente indispensável. As sequelas poderão ser temporárias ou definitivas, bem como os tratamentos exigidos são quase sempre longos e dolorosos.

No ambiente da enfermaria de ortopedia e traumatologia, a palavra “trauma” é pronunciada, com frequência, tanto como referência aos ferimentos de ordem física como também em referência a problemas de ordem psíquica, pelos profissionais que ali trabalham e mesmo pelos pacientes e familiares. Diante disso, é feita sempre a pergunta: *“Será que os envolvidos irão ficar traumatizados?”*, sem, no entanto, precisar de qual trauma se trata.

Como base nesses apontamentos iniciais, algumas questões teóricas acerca do tema são fundamentais, nesta pesquisa, e que foram desenvolvidas. A saber: O que é o trauma? Como o trauma é concebido nos campos da Medicina e da Psicanálise, considerando que o primeiro trata do orgânico e o segundo do psíquico? Quais as implicações do trauma físico sobre o psiquismo do sujeito? Dessas questões, esta última é o cerne desta pesquisa e é efeito de meu trabalho com pacientes acometidos por traumatismos físicos, na enfermaria do HCU. Essa indagação surgiu de minha escuta clínica e psicanalítica com esses pacientes, pois, com certa constância, revelavam outros temas relativos à sua história de vida, seus sintomas ou mesmo particularidades recorrentes do acidente, inclusive colocando em risco suas vidas, levando a pensar se esses acontecimentos repetidos não estariam na ordem da repetição de uma situação traumática e da pulsão de morte.

Diante desses questionamentos, a hipótese que se tem é que experiências causadoras de grandes sofrimentos e angústia como, por exemplo, diversos acidentes, enfermidades, perdas em geral, violências, separações, dentre outros, tornam-se temática repetitiva na história de vida desses pacientes caracterizando uma compulsão à repetição perpetuando as mesmas vivências dolorosas. Nesse sentido, a repetição “parece manter a experiência traumática como aquilo que nunca se esgota nem se modifica, jamais se tornando passado” (RUDGE, 2009, p. 52).

Com base no que foi até aqui exposto, esta pesquisa se caracteriza como um estudo sobre a relação entre o trauma físico (considerado pelo viés médico) e o trauma psíquico (considerado pelo viés psicanalítico), tendo como fundamentação teórica e clínica a teoria psicanalítica. A pesquisa teórica busca a delimitação a noção de trauma na obra de Sigmund Freud, sua relação com a repetição, a pulsão de morte e o sofrimento psíquico.

A elaboração sobre o trauma psíquico está presente desde o nascimento da psicanálise. No início, o exame das manifestações psíquicas das histéricas e de suas

fantasias sexuais infantis ocupou um lugar central na teorização freudiana. Após um período de latência em torno do tema, o mesmo ressurge em decorrência da guerra e suas implicações psíquicas. Conforme afirmações de Uchitel (2004), Freud retoma o conceito do trauma a partir da problemática das “neuroses traumáticas”, das “neuroses de guerra”, dos “sonhos traumáticos” que culminará com a publicação, em 1920, do texto “Além do princípio do prazer” trazendo a nova reformulação pulsional e lançando novas hipóteses sobre a pulsão de morte, a compulsão à repetição e o trauma.

O material clínico, lançado mão nesta pesquisa, se constituiu de fragmentos de meus encontros com os pacientes politraumatizados (vários traumas) atendidos na enfermaria de ortopedia e traumatologia do HCU-UFU onde trabalho como psicóloga. De modo geral, os pacientes atendidos, nesse hospital, são vítimas de graves acidentes de trânsito ocorridos de forma imprevisível causando sofrimentos físicos e psíquicos. A análise desses fragmentos irá contribuir para ratificar (ou não) a questão e a hipótese aqui proposta: qual a relação trauma psíquico e trauma físico, considerando as implicações entre repetição e pulsão de morte, para a psicanálise.

Frente a isso, é fundamental especificar o termo “trauma”. A origem etimológica da palavra “Trauma” vem do grego (*traûma*) e significa ferido, dano. Para a medicina, o trauma refere-se a uma lesão corporal grave, proveniente de um ferimento ou choque. O politrauma se refere, na visão médica específica da traumatologia, em vários traumatismos físicos de origem externa.

Para maiores esclarecimentos, Bokanowski (2005) apresenta uma importante diferenciação entre os conceitos psicanalíticos de traumatismo, traumático e trauma em relação à organização psíquica. Para o autor, o termo “traumatismo” é empregado para designar o impacto psíquico frente a um acontecimento (separação, luto, acidente, doença, etc.) que marcou dolorosamente a vida de uma pessoa. O termo “traumático” faz referência

à potencialidade traumática existente na base do psiquismo, pois participa da sua gênese (organização infantil, pulsão e desejo), como também pode indicar as disfunções do funcionamento psíquico do sujeito diante de um evento de força desorganizadora. Por sua vez, o termo “trauma” diz respeito a um acontecimento mais precoce, mais primitivo e que vai comprometer os investimentos narcísicos e a constituição do ego.

A psicanálise apropriou-se desse termo, proveniente do campo médico (lembro que era um termo conhecido do médico Sigmund Freud), especificamente da cirurgia, para o plano relativo às questões de ordem psicanalíticas e psicológicas, portanto, tem a ver com questões que o ser desconhece sobre si (inconsciente) e que o ser conhece sobre si (saber, consciência do sofrimento). Interessante que enquanto para a traumatologia o trauma é externo, para a psicanálise o trauma seria “interno” ao sujeito, como uma representação psíquica.

Na perspectiva da psicanálise freudiana, o trauma, segundo Laplanche e Pontalis (1986), pode ser concebido como a incapacidade para reagir de forma adequada a um acontecimento considerado intenso, acarretando um aumento das quantidades de estímulos que o sujeito não é capaz de dominar e elaborar psiquicamente deixando um rastro no psiquismo. Por sua vez, Kaufmann (1996) afirma que historicamente o trauma se destaca, na psicanálise. Sobretudo, segundo esse autor, o trauma de ordem sexual apresentado nos *Estudos sobre a histeria* (agressão de filhas por pais, ou substitutos incestuosos). Dessa forma, foi criada a primeira teoria psicanalítica da sedução e que foi abandonada em 1897, por Freud, quando este atribuiu importância da fantasia incestuosa em pacientes histéricos. Estão vinculadas ao trauma as noções de amnésia e de recalçamento, o só depois, o latente e o manifesto. A ênfase maior é posta sobre o aspecto energético, econômico do processo: as experiências traumáticas devem sua força patogênica ao fato de produzir grandes

quantidades de excitação para serem processadas pelo aparelho psíquico. Tudo se funda sobre o princípio da constância, nesse começo das elaborações freudianas.

Como terapêutica utilizou-se a ideia de “evacuação” possível do trauma, lembrado e revivido nas sessões de hipnose: a catarse. Foi em face às insuficiências e fracassos desse método que Freud inaugurou um novo modo de tratamento, a psicanálise.

Ao mesmo tempo em que conferia valor à atividade da fantasia, os traumas identificados se ampliavam, assim como as neuroses de guerra, resultante do conflito da primeira guerra mundial (1914-1918), ou de situações de perigo inerentes ao ser humano como a condição de imaturidade do recém-nascido, entre outras. Freud dá ênfase, até mesmo em *Inibições, sintomas e angústia* (1926), à relação do trauma ao estado de impotência ou desamparo constitutivo. Esse autor salienta que a *repetição* desempenha um fator fundamental no trabalho psíquico do trauma, pois, mesmo que no psiquismo ocorram clivagens que conservem aspectos sadios também ocorrem fixações que persistem em reenviar o sujeito novamente ao evento traumatizante que paralisava o seu desenvolvimento ou, então, geravam sintomas. Portanto, não é só *recordar e repetir* para tornar consciente um fato patogênico recalado, mas também é preciso elaborar (*durcharbeiten*) a lembrança reconstituída. A transferência que se desenvolve na situação psicanalítica parece ser uma das possíveis maneiras em que esse processo pode se efetuar ao se considerar esta como uma relação que não apenas repete antigos vínculos, mas introduz, pela análise da contratransferência, uma referência de *novidade* em que o trajeto neurótico tropeçará. Desse modo, pode ser realizada a subjetivação pela qual o sujeito se apropria de sua história.

Na atualidade, as situações potencialmente traumáticas têm ocorrido com maior frequência com os desastres naturais, os atos de terrorismo, os diferentes tipos de violências, os acidentes, além das adversidades da vida nas grandes cidades somada às

condições precárias de trabalho que geram insegurança econômica e social, restando ao sujeito poucas possibilidades de garantir um futuro, o que vem ocasionando cada vez mais medo e isolamento. Com isso, trava-se uma verdadeira guerra cotidiana, distinta da guerra convencional porque nesta não se sabe exatamente onde está o inimigo, causando uma situação permeada pela angústia paranoide.

Além da importância que a medicina e a psicanálise atribuem ao trauma, este tem despertado interesse de estudiosos e pesquisadores das mais diversas áreas do conhecimento: social, político, judiciário, entre outros. Para a psicanálise, em particular, tem sido abordado desde suas primeiras elaborações como o “trauma psíquico” e abarcando a constituição da psicanálise, e retornando na atualidade, de modo a ocupar um lugar de destaque frente aos novos desafios apresentados na clínica contemporânea. A importância do estudo do “trauma psíquico”, no contexto cultural recente, está refletida na realização de Congressos Nacionais e Internacionais¹, nas produções científicas, publicações de revistas², artigos e livros³, acerca do tema.

No campo da saúde, em específico da psiquiatria, tem-se consagrado atenção especial ao trauma e às consequências para o paciente, sobretudo ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) devido à alta prevalência de situações traumáticas, atualmente. O TEPT consiste na descrição do quadro e critérios diagnósticos fundamentados na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV) que são instrumentos reconhecidos internacionalmente e

¹ Em 2005, durante o “XVIII Congresso da Associação Psicanalítica Internacional” (IPA) e o I Congresso dessa Associação realizado no Brasil, ocasião em que vários trabalhos foram publicados no número especial da *Revista Brasileira de Psicanálise*, dedicado à discussão de “Trauma e suas múltiplas reflexões”.

“Traumas”, que foi o tema do I Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, realizado em São Paulo 2006.

² Revista Brasileira de Psiquiatria, editada em 2003, cujo tema foi “*Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos*”.

³ RUDGE, A. M. (Org.). *Traumas*. São Paulo: Escuta, 2006.

que possibilitam o diagnóstico psiquiátrico fundamentado nos critérios de exclusão de sintoma.

Essa visão é a do discurso médico, ou seja, da ciência moderna que se apoia no paradigma da objetividade e racionalidade, e, por conseguinte, exclui a subjetividade do médico e também afasta o paciente sujeito de sua doença, de seu sofrimento psíquico e conseqüentemente, de sua subjetividade. Nesse sentido, verifica-se que a finalidade da metodologia descritiva é delimitar, com a maior precisão possível, o que se define como traumático para o sujeito e suas prováveis reações.

No entanto, a concepção de trauma, na psicanálise, vem na contramão dessa ordem discursiva médica, pois é definido como aquilo que escapa ao que é programado, previsto, como o que resiste ao controle e que coloca o sujeito na situação de desamparo, pois a situação de desamparo instalada na situação traumática é relativa ao excesso pulsional que não pode ser simbolizado. Assim, a posição do sujeito, na condição de desamparo, é a de estar submetido à situação do imprevisível, da finitude, da incompletude, do limite e da solidão, portanto, uma situação paradoxal, pois essa é uma vivência singular da condição de dor e desamparo, fundamentada na história de cada sujeito. Ante a variedade de abordagens da medicina, da psiquiatria, e mesmo das abordagens de terapias comportamentais cognitivas que, diante das situações das implicações do acontecimento traumático, oferecem respostas rápidas e prontas, destaca-se a importância da escuta psicanalítica a partir das vivências particulares e paradoxais dos sujeitos ditos traumatizados.

Por conseguinte, o modo como a ocorrência traumática é significada, a maneira como as decorrências do acidente são sentidas, bem como a medida do desamparo em que o sujeito se depara após a iminência de morte, são fatores decisivos para a instalação do trauma. Nesse sentido, a escuta psicanalítica permite conhecer mais profundamente as

diversas possibilidades de inscrições que se pode estabelecer em uma situação traumática, assim como considerar quais as implicações do sujeito no trauma.

De modo mais específico, a partir dessas considerações iniciais feitas, apresento, na sequência, minha questão de pesquisa, meus objetivos e minha justificativa. Ainda, apresento os capítulos em que será desenvolvida esta pesquisa, sua questão e seus desdobramentos.

A escuta clínica, na enfermaria, tem mostrado que o acontecimento do acidente representa uma experiência causadora de dores e angústias, momento em que o paciente se depara, como resultado da violência do acidente, com o inesperado, o incontável e a concretude da possibilidade de morte lançando-o na mais intensa condição de fragilidade, impotência e desamparo. Essa circunstância favorece a regressão narcísica ao próprio eu e algumas vezes os pacientes relatam experiências anteriores acompanhadas de semelhante magnitude de sofrimento, sugerindo a compulsão à repetição e a presença da pulsão de morte. As experiências dolorosas da história de vida manifestam-se de forma dissociadas em seu psiquismo.

Foram esses aspectos que me levaram a investigar as possíveis implicações do trauma físico sobre o psiquismo do sujeito, portanto, o trauma psíquico. Dizendo de outro modo, a relação entre trauma físico e o trauma psíquico. Com base nessa questão, estabeleci os seguintes objetivos para esta pesquisa. A saber:

- a. delimitar o conceito de trauma no campo psicanalítico freudiano;
- b. diferenciar o conceito psicanalítico de trauma do conceito médico de trauma;
- c. estabelecer a relação entre trauma, repetição, pulsão, desamparo e sofrimento psíquico;
- d. analisar fragmentos clínicos;

e. discutir acerca da escuta psicanalítica como um possível recurso terapêutico na enfermaria hospitalar de politraumatismos.

No primeiro capítulo, desta dissertação, *O método de pesquisa* discorrerá sobre meu método de trabalho, considerando: os aspectos da pesquisa bibliográfica, a escolha pela pesquisa qualitativa tanto teórica como clínica, a análise de fragmentos como recurso metodológico e a escuta psicanalítica como configuração, nesse caso, dentro de uma enfermaria hospitalar.

No segundo capítulo, abordarei as *Concepções de trauma*, como o trauma produzido no corpo e as suas repercussões no físico e no psíquico bem como as marcas que são deixadas afetando diretamente a história do sujeito. Esse primeiro capítulo tem o propósito de refletir sobre a importância que os ferimentos resultantes do trauma ocupam na vida do sujeito e os seus desdobramentos tanto psíquicos quanto sociais.

Reportarei, nesse segundo capítulo, às concepções médico-psiquiátricas de trauma denominado de “Transtorno de Estresse Pós-Traumático”, nomeação adotada pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Discutirei os efeitos dessa concepção baseada nos pressupostos de sinais e sintomas e, por conseguinte, o discurso médico-psiquiátrico que deixa de levar em consideração a implicação da subjetividade e do sofrimento psíquico inerente à condição humana. Também, procurarei estabelecer as relações do corpo biológico com o psiquismo. O conceito de pulsão será considerado como fronteira entre corpo e psiquismo.

No terceiro capítulo, reportarei ao *Trauma e desamparo na psicanálise*, assim como o trauma na teoria psicanalítica freudiana e, ainda, as contribuições de alguns autores psicanalistas sobre o tema. Buscarei traçar o percurso de Freud em seus estudos sobre a teoria do trauma desde os primórdios da psicanálise, passando pelos escritos sobre a neurose de guerra e as novas formulações a partir da publicação, em 1920, de “*Além do*

Princípio do Prazer”. Das elaborações freudianas, são imprescindíveis, para os objetivos desta pesquisa, ainda os conceitos de pulsão, repetição e desamparo.

Examinarei o desamparo como o protótipo do trauma e dos estados de angústia. Também, partirei do desenvolvimento das considerações sobre o desamparo em Freud e destacarei o trabalho de Mário Eduardo Costa Pereira apresentado no livro “*Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico*” (2008) para ampliar a fundamentação sobre a temática. Ademais, nesse terceiro capítulo, estabelecerei uma contraposição entre o trauma pelo viés da medicina e o trauma pelo viés psicanalítico marcando meu posicionamento sobre o tema.

No quarto capítulo, *Revisitando o conceito de trauma*, serão apontadas as reflexões contemporâneas sobre a questão do trauma dentro da clínica psicanalítica e o trabalho clínico na enfermaria hospitalar, como tentativa de revisitar o conceito em sua atualidade. Ainda, nesse capítulo, trarei a pintora Frida Kahlo como uma metáfora da dor, do trauma físico e do trauma psíquico.

No quinto capítulo, “*Trauma na enfermaria de ortopedia e traumatologia do HCU-UFU: fragmentos clínicos*” apresentarei fragmentos de meus encontros com pacientes na enfermaria de traumatologia de um hospital geral, tendo como foco a articulação com as elaborações teóricas estabelecidas, neste texto.

Na sequência, farei as *Considerações Finais*, retomando a questão inicial e os objetivos de pesquisa, para ampliar, mesmo que pelo particular de minha pesquisa, o olhar sobre a questão do trauma psíquico na clínica psicanalítica dentro de um trabalho no hospital.

CAPITULO 1. O MÉTODO DE PESQUISA

Demos o nome de psicanálise ao trabalho pelo qual trazemos à consciência do doente o psíquico que há nele recalçado.

Sigmund Freud (1856-1939)

Tendo em vista compreender e desenvolver o escopo desta pesquisa, ou seja, apreender quais as implicações do trauma físico sobre o psiquismo do sujeito, em pacientes atendidos no HCU-UFU e internados na enfermaria de ortopedia e traumatologia que foram acometidos por traumas decorrentes de acidentes, busquei como fundamento o método psicanalítico tendo como base o princípio que esse método psicanalítico impõe, aquele que considera as condições subjetivas dos sujeitos determinadas pelo inconsciente.

De antemão, isto implica não trabalhar na lógica de uma pesquisa empírica e/ou quantitativa visando à generalização de respostas à questão de investigação e, ainda, que não se trata de abordar a ocorrência do trauma psíquico como um comportamento observável. Mas, sim, de sustentar que essas manifestações psíquicas (de afetos, sentimentos, de vínculos e comportamentos) são, de fato, efeitos da condição inconsciente do sujeito, impondo lidar, então, com o que não estaria manifesto empiricamente cabendo a análise e interpretação, com base nos pressupostos psicanalíticos a serem discutidos sobre a condição de sofrimento psíquico decorrente do trauma, manifestos em situações de traumas físicos.

Para isso, um primeiro procedimento desta pesquisa foi a pesquisa bibliográfica, no campo psicanalítico. Foi realizada uma vasta pesquisa bibliográfica na literatura psicanalítica tendo como fundamento a obra de Sigmund Freud para delimitação dos conceitos fundamentais para a elaboração sobre o tema a partir da questão proposta. Essa

pesquisa na literatura freudiana delimitou as construções do psicanalista acerca do trauma, buscando acompanhar o desenvolvimento desse conceito dentro da *episteme* psicanalítica, enfatizando suas transformações e articulações com outros conceitos freudianos como a pulsão de morte e o recalque.

Também, complementando essa investigação e elaboração acerca do tema, como fundamento da questão levantada sobre a relação entre trauma físico e trauma psíquico, foi realizada uma pesquisa bibliográfica com autores pós-freudianos mais contemporâneos para enfatizar o tema e sua importância na atualidade e, de modo específico, dentro da área hospitalar, ensejando outras questões como uma discussão acerca do ‘lugar do psicanalista’ no hospital. Na sequência, algumas considerações acerca da especificidade do método psicanalítico e que foram direcionadoras desta pesquisa.

Conforme Herrmann (1991), o método é uma palavra grega e significa caminho para um fim e, desse modo, é possível antecipar que, para a psicanálise, o caminho a se percorrer para se chegar a um fim é singular e único - de modo específico, nesta pesquisa afetada pelo método psicanalítico, a resposta de uma questão de pesquisa possível – pois, alguns aspectos são fundamentos de seu próprio campo que convergem para a singularidade de cada investigação.

Um destaque se faz necessário sobre essa singularidade de cada investigação, haja vista que vão em direção oposta das ditas pesquisas quantitativas, objetivas e generalistas em que se buscam respostas como resultados a serem generalizáveis às categorias em estudos e, mais ainda, busca-se a repetição do próprio método e desses resultados. Em psicanálise, trata-se justamente do contrário, em que as noções fundamentais sustentam uma investigação na medida em que permitem articular o elemento envolvido em uma pesquisa buscando exatamente esta singularidade em cada caso, em que as repostas

encontradas servem de parâmetros para outros casos, para outras situações e não como repetição, porque o inconsciente não se repete.

Segundo o autor supracitado, a psicanálise, “é hoje um dos caminhos mais importantes para que o homem saiba de si mesmo e é um saber que cura” (HERRMMAN, 1991, p. 14), buscando desvelar o olvidado, mostrando “o descentramento e a ruptura internos do sujeito, para curá-lo do excesso de fragmentação” (*Ibid*, p. 15). Para conduzir o processo terapêutico, a psicanálise utiliza-se da técnica da livre associação e da atenção flutuante, ou seja, da fala e da linguagem e, ainda, de intervenções pela interpretação levando em consideração a transferência e a contratransferência, estas correspondendo ao vínculo entre analista e paciente.

Dessas considerações do autor referido, recorto a técnica de livre associação, aquela em que o paciente é convidado a falar de si e de seus sentimentos, a atenção flutuante do analista para captar, nessa fala, a emergência do inconsciente seja por atos falhos, lapsos, construções de linguagem às vezes tomadas como sem sentido, entre outros e, por fim, o vínculo entre paciente e analista, intersubjetivo, tal como entende a psicanálise, como aquele em que é possível ao paciente reviver relações e sentimentos infantis. Porém, em consideração ao espaço de trabalho em questão, nesta pesquisa, a enfermaria de ortopedia e traumatologia do HCU-UFU, esses três aspectos fundamentais do dito método psicanalítico merecem uma reflexão para que possam ser tomados de modo produtivo.

Esse caminho proposto pela psicanálise freudiana para se aproximar da condição dos indivíduos em análise correspondem meramente ao âmbito da prática analítica, ao âmbito de situações de análise e não foram elaborados para a investigação acadêmica e nem para a prática hospitalar. Contudo, é fundamento da psicanálise, tendo com base seus

pressupostos epistemológicos, fazer ver que a condição inconsciente precisa ser tomada para além da situação analítica.

Nessas circunstâncias, de uma pesquisa acadêmica realizada e tendo como referência a prática psicoterapêutica no hospital, qual seria a especificidade desses três aspectos do método psicanalítico, para esta pesquisa, da técnica da livre associação, da atenção flutuante e das intervenções pela interpretação?

De início, vale ressaltar que estar com os paciente em uma enfermaria requer, não a aplicação desses três aspectos mencionados, pois psicanálise não é aplicável tendo em vista que o que está em jogo é o inconsciente, mas requer considerar a atemporalidade desse inconsciente e a possibilidade de que seja possível a escuta de reminiscências da condição inconsciente e que está sendo revividos na situação de acidentes que causaram fraturas, traumas físicos e, estes, em possível relação com o sofrimento recalcado. Nesse sentido, é preciso enfatizar que o encontro e essa escuta inicial que podem, assim, direcionar o sujeito (paciente) para que ele, após sua passagem pela enfermaria, seja tocado pela necessidade de cuidados psicoterápicos (psicanalíticos). Dizendo de outro modo, na efemeridade do tempo cronológico de uma enfermaria hospitalar, trata-se de escutar em que ponto o trauma físico é tocado pelo trauma psíquico como revivência desse trauma psíquico, considerando-se não como uma fórmula do tipo todo paciente politraumatizado teria um trauma psíquico. Mas, considerando o singular de cada sujeito dentro da generalidade da enfermaria de ortopedia e traumatologia.

Sobre a técnica da livre associação, aquela em que o paciente é convidado a falar o que lhe vier à mente, sem restrições, deve ser compreendida como, também, aquela em que seria possível ao paciente dizer, em determinadas situações, principalmente aquelas de extremo estresse, como as de acidentes em que há um corte brusco no cotidiano de suas vidas. Esse livre dizer ganha espaço nas consultas e entrevistas a partir do manejo do

psicólogo, da escuta desse dizer possível e sob estresse. Trata-se de escutar os desencontros no dizer, o inesperado, aquilo que diz de um sofrimento para além do corpo fraturado e apresentado nas narrativas que cada paciente vai fazendo de sua história, e não apenas da história do acidente e isto está atrelado à atenção flutuante dispensado à linguagem verbal e não verbal dos pacientes.

Com base nesses dois primeiros aspectos, psicólogo e psicanalista, na enfermaria, teriam condições de intervenções pela interpretação, estão buscando oferecer sentido às primeiras manifestações de angústia e sofrimento psíquico escutados nesses primeiros contatos. É essas significações estabelecidas entre o dizer do paciente, sua história, a especificidade do que o acidente faz interromper, a relação do paciente com esse acidente e o lugar que este vai ganhando em sua história, que dá ensejo para uma interpretação que vise a uma direção de cuidado psíquico ao paciente, para além do hospital e da cura do trauma físico, pois parte-se da hipótese de que esse trauma repete o trauma psíquico e, colocando esse acidente na função de sintoma, a lógica do inconsciente nos diz da possibilidade de repetição dessa vivência do trauma psíquico.

Após as considerações sobre a especificidade psicanalítica desta pesquisa, é preciso esclarecer que esta possui o caráter qualitativo e fundamenta-se na teoria psicanalítica, como foi exposto. Isto impõe reconhecer tratar-se de uma questão singular, referentes aos sujeitos nela implicados, ou seja, aos pacientes internados na enfermaria (ortopedia e traumatologia), e à própria pesquisadora e psicóloga. Assim sendo, é uma pesquisa que coloca em pauta a problemática do sujeito psíquico e sua condição inconsciente, pois lidar com o inconsciente implica que o acesso à problemática desse sujeito não se dá via observação, pela via do método empírico, mas pela investigação do que está sob a linguagem, o que está representado pelas variadas formas simbólicas e afetivas, entrando em cena o encontro com os pacientes e a escuta do sofrimento e suas relações com a vida

desses sujeitos. Também, é preciso não perder de vista que não é um espaço físico que determina uma investigação psicanalítica, como o *setting* ou como um divã, ou até mesmo um tempo para análise, mas uma ética que considera a determinação inconsciente do sofrimento psíquico: é a entrada da lógica do inconsciente nas pesquisas.

Segundo Elia (1999), falar de transferência em uma pesquisa fundamentada na psicanálise exige situar a transferência no próprio campo da experiência analítica. Assim, como afirma de Freud (1912/1976, p.152), a psicanálise “em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem”. Nesse sentido, a própria psicanálise já é uma pesquisa, enfatizando a investigação dos acontecimentos a partir da lógica da não evidência, em que o processo inconsciente rege os acontecimentos, determina a vida dos sujeitos. Nessa direção, um acidente de trânsito deve ser investigado a partir do lugar que esse evento traumático tem na vida psíquica dos pacientes e não na lógica médica ou na lógica da justiça, buscando o culpado pelo acidente.

Nogueira (2004) esclarece que na associação livre, retomando esse aspecto, não há separação entre sujeito e objeto, porque vai estabelecer-se a transferência. É pela associação livre que se constrói a realidade inconsciente, esta uma noção criada por Freud para dar conta dos fenômenos da linguagem que, em nosso cotidiano, saem de nosso controle consciente (atos falhos, sonhos, esquecimentos e sintomas). Nessa direção, a psicanálise propicia a implicação do doente em sua doença, pois as doenças, para a psicanálise, “não só trazem sofrimento, mas também tem prazer, também tem gozo” (NOGUEIRA, 2004, p. 92). Dessa forma, há que se pensar: qual o uso que o sujeito faz da própria doença como “*pathos*”? Qual função um acidente teria na vida do paciente, o que estaria ali se rompendo fora de controle, pois um acidente é um ato fora de nosso controle? Esta implicação merece a escuta do psicanalista na enfermaria de traumatologia de um hospital geral.

A transferência é o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam na situação de análise. Nela há “uma repetição visível, descritível, consciente. Mas ela é predominantemente inconsciente e deve ser reconstruída. O que repete deve ser descoberto” (BAREMBLITT, 1991, p.30). A transferência, no campo analítico, tem na interpretação seu eixo, pois esta “traz à luz as modalidades do conflito defensivo [e] tem em vista o desejo que se formula em qualquer produção inconsciente” (LAPLANCHE E PONTALIS, 1986, p. 318).

Freud (1912/1976, p.139) faz uma distinção entre a transferência positiva e a transferência negativa. Para ele, “uma relação de dependência afetuosa e dedicada pode [...] ajudar uma pessoa a superar todas as dificuldades de fazer uma confissão”. Isso quer dizer que o estabelecimento da transferência amistosa possibilita o trabalho que o paciente deve fazer para superar as resistências.

Conforme observa Machado (2011, p.12), “a psicanálise nos hospitais gerais teve um crescimento a partir do século XX”. Esse fato leva a questionamentos “sobre a prática da psicanálise em um contexto médico e hospitalar no sentido de investigar o que possibilita e o que ela exige do psicanalista” (CARVALHO, 2008, p. 15). Dessa maneira, o psicanalista se depara com diversos impasses e desafios. Dentre eles está a busca de padronização de comportamentos e crenças que visam a normatização de modelos de normalidade, o que vai à contramão do aspecto singular de uma investigação psicanalítica mencionado no início deste capítulo. A subjetividade, nesse espaço hospitalar, é vista como obstáculo para alcançar-se o êxito da terapêutica médica. Porém, o psicanalista, nesse espaço, não deve recuar de sua ética, mas levar a cabo a importância do cuidado com essa subjetividade ferida e responder, no dia-a-dia, com seu trabalho no sentido de opor-se à medicina e sua tendência, geral, em tornar tudo e todos como objetos sob sua tutela.

Moretto (2001, p.28) diz que “costuma-se pensar na instituição como o maior obstáculo para a atuação analítica, posto que se diga que a transferência do paciente ou é com a instituição ou é aquele a quem ele buscar nela, o médico”. Essa autora afirma que é falsa essa ideia de que a instituição representa um obstáculo para o processo analítico, pois “se o sujeito quer saber sobre si mesmo, ele vai demandar isso onde quer que ele esteja independente de ter algo orgânico ou não”, (MORETTO, 2001, p. 99) e, acrescento, é justamente essa demanda de escuta de seu desejo que o psicanalista no hospital deve capturar em sua escuta. Essa autora ainda sustenta que o que impossibilita um trabalho analítico se deve à falta de um analista e à falta de demanda por parte do paciente. Isto é muito importante, pois se trata de escutar a demanda para além da escuta de um sofrimento psíquico atrelado ao acidente em termos ou não de reedição de traumas subjetivos.

Outro ponto importante a ser considerado, nessa discussão acerca de pesquisa e psicanálise na enfermaria de ortopedia e traumatologia do HCU-UFU, se refere à questão do *setting* no hospital, aonde se dá o atendimento ao paciente à beira do leito de uma enfermaria às vezes com dois, três ou mais leitos, contexto bem diferente do *setting* analítico com o enquadre [ideal] a ser seguido. Nesse sentido, Moretto (2001, p.101) afirma que o que garante a boa execução de uma psicanálise é o manejo da transferência, dos fundamentos éticos dos procedimentos técnicos e o “desejo do analista.” Dessa forma, continua essa autora, “o manejo do discurso de um analisando [...] pode perfeitamente acontecer quando ele esta num leito de hospital [...] assim como é o divã ético, leito de se fazer amor de transferência”.

Também, o tempo breve em análise é mais um ponto importante nessa discussão, como o que acontece nas instituições públicas, assim como no hospital. Lembro que para a psicanálise a noção do tempo é de outra ordem, uma vez que o inconsciente opera em outro sentido, pois ele é atemporal e isso quer dizer que seus conteúdos não sofrem a ação do

tempo cronológico. Sobre isso, Moretto (2001) esclarece que enquanto o tempo inconsciente permite a entrada em análise, da emergência da transferência, muitas vezes ocorre que o tempo cronológico acarreta a interrupção do processo, quando o paciente recebe a alta médica. Assim, nesta pesquisa, será colocado em debate qual trabalho o psicanalista faz no hospital, pois a alta de um paciente poderia ser um empecilho a esse trabalho. Antecipo que, de fato, não se pode pensar em uma análise contínua, levando-se em conta o tempo cronológico de estada de um paciente na enfermaria, pois resolvido o problema com a fratura física, o paciente é mandando para casa. Todavia, como venho antecipando de minha posição, é preciso escutar a demanda de análise, no sentido de começar estabelecer o lugar do acidente na vida do paciente e se o sofrimento o psíquico em jogo demanda continuidade de cuidado analítico.

Com base nesses fundamentos técnicos apresentados, a proposta de trabalho de pesquisa consistiu em analisar três fragmentos clínicos dos pacientes que já foram atendidos durante a internação na enfermaria do HCU-UFU, que foram acometidos por “traumas físicos”, justificando sua estada nesse hospital. Esses fragmentos foram construídos a partir de meus atendimentos na enfermaria, durante o meu trabalho no referido hospital que consiste em atendimentos aos pacientes internados, aos familiares e acompanhantes, tratando-se, portanto, não de uma coleta de dados com participantes, mas de um breve recorte de minha experiência de trabalho que me levaram a esta pesquisa, seguindo a observação freudiana sobre a experiência psicanalítica como aquela em que coincidem tratamento, execução e pesquisa.

As escolhas desses fragmentos apresentados se sustentaram no fato de que alguns pacientes que apresentavam trauma físico mostraram, em nosso encontro, que esse trauma tinha um lugar subjetivo em suas histórias de vida e, desse modo, minha hipótese seria de que esses acontecimentos estariam na ordem da repetição de uma situação traumática e da

pulsão de morte, sendo possível estabelecer a relação trauma físico e trauma psíquico discutida na elaboração e relações entre os conceitos.

Nesta pesquisa, como importante e interessante reflexão, também serão tecidos comentários acerca da história da pintora mexicana Frida Kahlo que teve o curso de sua vida mudado em função de um grave acidente de trânsito aos dezoito anos, que lhe causou grande sofrimento por toda sua existência devido às sequelas deixadas pelo ocorrido. A partir do acidente, a artista desenvolveu seu estilo próprio de arte pintando autorretratos entre outros temas, mas todos revelando toda a dor e sofrimento e mostrando a indissociável relação entre corpo e psiquismo, entre sofrimento físico e sofrimento psíquico, levada às últimas consequências pela pintora que pintou toda sua dor, viveu marcada pelos ritmos de suas dores e morreu em função dessas dores.

CAPÍTULO 2. CONCEPÇÕES DE TRAUMA

Quer seja chamada de “traumática”, porque resulta de uma agressão, ou “inconsciente” pela sua aptidão de renascer, ou ainda de “primordial”, pois é a mãe de todos os sofrimentos, falamos sempre da mesma dor.

J. - D. Nasio (1997).

Neste capítulo, apresento as concepções de trauma corporal e o efeito deste na subjetividade, a concepção médico-psiquiátrica dos “fenômenos traumáticos” denominados de “Transtornos de Estresse Pós-traumáticos” (TEPT) e busco estabelecer as relações entre trauma físico e trauma psíquico de modo a corroborar com o tema pesquisado, a específica relação trauma psíquico e trauma físico [corporal].

2.1. O Trauma Corporal por Acidentes

Um acidente de trânsito acontece repentinamente e provoca um trauma vivenciado no corpo que pode trazer como consequência agravos de ordem físicas e psíquicas que quase sempre deixam marcas concretas nesse corpo (cicatrizes aparentes, deformidades, etc.), gerando sofrimento psíquico ao paciente e seu familiar. As fraturas e ferimentos físicos decorrentes desse tipo de acidente passam a tomar lugar central na vida do sujeito, que muitas vezes necessita serem submetidos a intervenções cirúrgicas, tratamentos dolorosos e longos e, comumente, também necessita de um afastamento de suas atividades profissionais e sociais.

As pessoas afetadas por esse tipo de acidente vivenciam uma situação de angústia intensa de ameaça à sua integridade física e psíquica que se manifesta por expressões

corporais. Além do dano pessoal, em muitos casos, ocorre ainda o envolvimento de terceiros com ou sem vítimas fatais, que deixa o sujeito muito fragilizado e em estado emocional de muita consternação ou, para outros, o sentimento que prevalece é o de revolta por estar naquela situação.

O corpo afetado por várias lesões, amputações e fraturas pode deixar sequelas temporais ou definitivas, como por exemplo, os problemas locomotores. Assim, o corpo não seria mais aquele de antes do acidente [um corpo inteiro, íntegro] e a relação do sujeito com esse corpo é igualmente transformada, instaurando uma espécie de perda da integridade corporal.

Dentre os principais agravos e fraturas como traumas físicos destacam-se: os politraumatismos (vários traumas), fraturas expostas, lesões raque medular, paraplegias ou tetraplegias, trauma crânio encefálico, entre outros, o que provoca, quase sempre, um abalo no esquema corporal e sofrimento psíquico, como as depressões em que prevalece sempre um lamento imediato do sujeito em relação à sua perda física.

A traumatologia é uma especialidade do campo da medicina que lida com o trauma do aparelho musculoesquelético, causado por força física e contusões, esse o dito trauma corporal. A estrutura óssea tem a principal função de sustentar e proteger os órgãos do corpo humano e, quando ocorrem fraturas, essa arquitetura sofre um abalo e o paciente sente-se desestabilizado e sem chão, na ilusão de que perdeu sua estrutura.

Nesse sentido, vale considerar que o hospital é o lugar do discurso médico, do orgânico, das especialidades que cada vez mais fragmentam o homem e seu corpo necessitando, então, de profissionais de diversas especialidades para cuidar do mesmo paciente. Isto, de meu ponto vista, pode fazer surgir o sentimento de despersonalização quando ele passa a ser reconhecido por sua patologia ou número do leito, o que faz

umentar a sua dor e desalento. Com isso, o sentimento de perda da integridade só aumenta com o cuidado das partes do corpo afetadas.

A experiência traumática, ocorrida de forma brusca e repentina, coloca o sujeito literalmente em uma situação de ameaça intensa de sua integridade física e psíquica deixando-o extremamente vulnerável e remetendo-o à possibilidade [sempre esquecida] da finitude, da morte. Em razão de todo sofrimento psíquico e dor corporal, o sujeito poderia ter sua identidade e sua imagem despedaçada (fraturada) provocada pela vivência intensa do choque – no corpo – proveniente desse acontecimento traumático.

Nessas circunstâncias, a hospitalização pode vir a favorecer uma despersonalização do sujeito, uma espécie de desencontro dele com seu corpo, agora fraturado e traumatizado e sustentar que ele não é nada mais sem aquele pedaço perdido ou danificado da máquina humana. Ainda, uma vez que nessa situação perde-se a autonomia para escolhas e decisões, ele deixa de ter seu nome e passa a ser referido pelo número do leito ou por sua enfermidade (politraumatismo, trauma raque-medular, etc.). Os cuidados, cirurgias e tratamentos passam a ser invasivos e abusivos por não levar em consideração os limites e determinações do paciente, colaborando ainda mais para seu sofrimento psíquico e, porque não supor, pela intensificação de possível trauma psíquico revivido pelo acidente.

O desastre, que causa o trauma físico, transforma a vida do sujeito gerando rupturas e representando um “divisor de águas”, um antes e um depois do acidente, porque frente às sequelas físicas existe a necessidade de mudanças quer seja de trabalho, de vínculos afetivos, nas relações sociais ou mesmo de valores, o que causa uma crise existencial, grande aflição psíquica, desesperanças, dentre outras aflições. Pode-se supor que é nesse ponto que o trauma físico encontra o sofrimento psíquico, impondo não só ‘novos traumas’, mas, principalmente, impondo o retorno de traumas psíquicos já vivenciados e que o acidente faz retornar, ao modo de desamparo.

Essa situação apresentada, ou seja, do trauma corporal e as consequências físicas e psíquicas para o sujeito, se mostra em desacordo com o imaginário do corpo que se encontra em conformidade com os padrões de beleza vigentes e, também, da medicina que toma o corpo em termos da funcionalidade de suas partes. De fato, na sociedade contemporânea, o enquadramento nos padrões do “culto ao corpo” tem encorajado a procura por diversos procedimentos médicos, que até mesmo colocam a vida em risco, como solução rápida para quaisquer insatisfações. Além do mais, o corpo estético e a beleza corporal ganham cada vez mais espaço na mídia e no imaginário das pessoas. Contudo, é preciso não deixar de ver que as reconstruções estéticas não garantem a reconstituição do psiquismo.

Ficar com marcas corporais, e após um grave acidente, denota um complicador para o sujeito, porque os padrões de beleza que associam juventude, beleza e saúde têm-se apresentado como valor fundamental. Um corpo magro, belo e jovem transformou-se em mandamento ligado à ideia de sucesso e felicidade. Nesse cenário, se insere sujeitos com cicatrizes e amputações corporais resultante do trauma e seu efeito na subjetividade significa uma fonte de intensa dor psíquica e desvalia emocional.

Destarte, ao viver uma experiência traumática, o sujeito sente-se extremamente vulnerável e ameaçado. Além do sofrimento vivido, e ainda de ter sua identidade e sua autoimagem despedaçadas pela violência do choque, surge o desejo, para alguns sujeitos, de livrar-se da angústia intensa proveniente do evento traumático e para isso se utilizam de mecanismos de defesa importantes como a dissociação e a negação.

Vale ressaltar, com base nas elaborações anteriores, que no campo da traumatologia, a ênfase de cuidado é sobre o físico, pois são as fraturas ósseas que precisam ser reparadas (corrigidas) e a consideração em relação ao psíquico nem sempre é levada em conta nesse campo. Muitos pacientes relatam, nos atendimentos, que a prática

médica para colocação de fixadores na fratura e mesmo nas cirurgias acontece de forma abrupta, o que remete, por associação, a atividades de carpintaria quando usam instrumentos como furadeiras, serrotes e martelos, o que lhes causam a impressão de ser tratado como objetos ou coisas, um corpo cujas peças danificadas devem ser retiradas e substituídas, quando possível, em uma remontagem do corpo físico que pretende tratar do trauma físico, porém não garante a restituição do psiquismo.

2.2. O Transtorno de Estresse Pós-Traumático

De modo geral, o “estresse” consiste na reação do organismo ante as diversas formas de agressões resultando em um desequilíbrio interno e que pode ser considerado como a síndrome do homem moderno que cada vez mais se encontra exposto aos efeitos das diversas situações de violências em que o corpo é submetido ao trauma físico. Vivenciar ou presenciar situações extremas nas quais há risco de vida, real ou imaginária, tende a provocar “transtornos” psicológicos e de comportamento no sujeito causando forte impacto negativo, caracterizado pelo medo, terror, impotência e desamparo.

Na concepção médica-psiquiátrica, os “fenômenos traumáticos” resultantes das experiências de estresse emocional, como os causados por acidentes de trânsito, são denominados atualmente de “Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos” – (TEPT) (“*Pós-Traumatic Stress Disorders*” – *PTSD*), nomeação adotada pela Classificação Internacional das Doenças (CID – 10/ Organização Mundial de Saúde) que propõe avaliar o quanto intenso e assustador foi uma determinada experiência de estresse emocional, que seria traumática, e identificar os sinais e sintomas apresentados pelo sujeito. O TEPT encontra-se dentro do grupo das ansiedades que propõem descrever o mal-estar psíquico [e físico] e as dificuldades de “ajustamento” provenientes de eventos traumáticos tais como as

catástrofes naturais, como *tsunamis* e terremotos, estupros, agressões físicas, acidentes automobilísticos e atentados como, por exemplo, o ocorrido nas Torres Gêmeas e no Pentágono em 11 de setembro de 2001, nos Estados Unidos.

Contudo, a revisão das descrições clínicas e diretrizes diagnósticas da CID-10 (1992) resultou em uma modificação quanto à definição de trauma enfatizando que o desencadeante do TEPT poderiam ser também, acontecimentos comuns e corriqueiros do cotidiano, porém sendo necessário que um evento apresentasse a intensidade de ser tão atemorizante ao ponto de ser traumático para determinada pessoa. A reação aguda do TEPT se caracteriza por perturbações psíquicas ocorridas logo após um trauma com duração de até um mês sendo que as condições de vulnerabilidade pessoal desempenham influência significativa para o desenvolvimento desse transtorno que frequentemente dá origem a um sofrimento psíquico, segundo a perspectiva da CID-10.

Segundo Kaplan, Sadock e Grebb (1997), pesquisas de TEPT têm dado destaque maior à resposta subjetiva do que à gravidade do estressor, pois se tem chegado a um consenso de que o transtorno apresenta uma relação maior com o significado subjetivo do trauma corporal, pois mesmo perante a um trauma de grandes proporções, constata-se que nem todas as pessoas desenvolvem o TEPT, ao passo que para outras, eventos que parecem menores e corriqueiros podem resultar em transtornos, pelo fato do sentido subjetivo e singular do fator estressor. Diante disso, ressalto ser importante considerar que a psiquiatria médica reconheça um significado subjetivo nos traumas, mas em termos de uma predisposição do sujeito e, não em termos de psiquismo, condição subjetiva.

Esses autores supracitados elencam os seguintes fatores predisponentes de vulnerabilidade que parecem influenciar no desenvolvimento do TEPT. A saber: i) presença de trauma na infância; ii) traços de transtorno *borderline*, paranoide, dependente ou antissocial; iii) um sistema de apoio inadequado; iv) vulnerabilidade genético-

constitucional a doenças psiquiátricas; v) mudanças de vida recentes e estressantes; vi) percepção de um sítio de controle externo, ao invés de interno e; vii) consumo recente e excessivo de álcool. Esses fatores mostram que para a ocorrência do TEPT comumente é necessário que haja a interação de elementos quer sejam constitucionais, experienciais (vivências infantis) ou circunstanciais.

As principais características psicológicas da experiência traumática no desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), descritas por Kaplan, Sadock e Grebb (1997, p. 574) são:

- a. Revivência do trauma por meio de sonhos e de pensamentos durante a vigília que dá ao sujeito a impressão de que a situação traumática estivesse ocorrendo naquele momento com a mesma sensação de dor e sofrimento que o acontecimento estressor provocou;
- b. Evitação de fatos que se lembrem do trauma e embotamento da resposta a esses indicadores;
- c. Hiperexcitação persistente.

Ainda, a depressão, ansiedade e dificuldades cognitivas são quadros clínicos cujos sintomas podem estar associados ao TEPT, assim como a ideação suicida e o uso excessivo de álcool e drogas. Os estressores, além de provocarem um sentimento de impotência e desamparo, podem ser causa de agravos físicos como cefaleias, síndrome do cólon irritável, fadiga, dentre outras alterações, resultando em cronificação desses sintomas.

De modo específico, os acidentes de trânsito são também considerados como uma ocorrência traumática, frequentemente causando grande impacto psíquico que transcende os sintomas agudos e físicos. O TEPT decorrente desses acidentes atinge direta e indiretamente milhares de pessoas e transformou-se em um fenômeno que causa grande preocupação em todo o mundo, em razão de suas consequências que envolvem uma cadeia de pessoas afetadas, comprometendo familiares, profissionais da saúde e pessoas que testemunharam a situação traumática. Muitas vezes, os óbitos, incapacidades e

traumatismos são consequências dos acidentes de trânsito que mais se sobressaem, que mobilizam angústias, tristezas, perdas, a coragem e a proximidade com a questão crucial do ser humano, sua finitude.

Em geral, o TEPT pode desenvolver-se logo após o acidente (lembrando que para a psiquiatria o trauma é da ordem mental/cerebral) ou pode levar algum tempo ou anos para se manifestar. Kapczinski e Margis (2003) ressaltam que existem diferenças entre os critérios diagnósticos apresentados na CID-10 e no DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). O Transtorno de Estresse Agudo é uma categoria incluída no DSM-IV para descrever reações agudas a um estresse extremo, com a finalidade de estabelecer uma compatibilidade com a CID-10 e para identificação precoce de casos.

Esses autores destacam, ainda, que conforme a CID-10, o paciente deve ter sido exposto a um estressor mental ou físico com início de sintomas imediato (dentro de uma hora) com sintomas de confusão acompanhados de tristeza, ansiedade, raiva, desespero, dentre outros. De acordo com os critérios do DSM-IV para a Reação Aguda ao Estresse, o sujeito, além da exposição ao evento traumático grave, também deve ter apresentado intenso medo ou sensação de impotência no momento do evento traumático.

Diversos fatores influenciam a configuração de ocorrência do estresse relacionado ao acidente de trânsito, dentre eles estão: experiências anteriores de adversidade que tenham deixado o sujeito mais vulnerável à reação aguda ao estresse ou ao TEPT; o momento e o local da ocorrência do acidente, a gravidade da ameaça e as circunstâncias em que foi realizado o resgate podem amenizar ou agravar o impacto do trauma; a mobilização dos recursos pessoais e sociais podem também contribuir para minimizar ou agravar as consequências e sequelas do acidente.

Margis (2003) afirma que estudos demonstram a incidência de índices elevados de comorbidades nas pessoas com TEPT. Vários dados têm sido apontados para explicar este fato. Porém, destaca-se a existência de história prévia de doença mental para o risco do TEPT. Ainda, outra explicação seria o fato do TEPT estar relacionado a um elevado risco para desenvolver outros transtornos mentais. Ou seja, para psiquiatria, o trauma físico, por si só, não desencadearia uma crise psicoafetiva, de depressão, estresse emocional e ansiedades generalizadas.

Conforme essa autora, diversos estudos têm avaliado indivíduos em tratamento apresentando uma elevada taxa de comorbidade psiquiátrica, entre aqueles com TEPT. Esses estudos também mostram que indivíduos com TEPT têm duas a quatro vezes maior probabilidade de apresentar transtorno de ansiedade em relação aos sem TEPT.

Um estudo epidemiológico realizado por Kessler et al (1995 apud MARGIS, 2003, p. 17) mostra que indivíduos com TEPT têm duas a três vezes maiores probabilidade de apresentar transtorno por uso de álcool e substâncias psicoativas; os transtornos afetivos (depressão, distímia e mania) são de duas a três vezes mais incidentes em pessoas com TEPT; ainda, pessoas com TEPT apresentam até seis vezes mais riscos de suicídios. Nesse estudo, vê-se que a dissociação é um sintoma comum e que queixas físicas e somatizações ocorrem com frequência nesses quadros clínicos.

Margis (2003) aponta para outro fator importante em relação à vida produtiva dos indivíduos acometidos de acidentes e TEPT que se refere ao comprometimento da qualidade de vida e do trabalho. Ressalta também, as implicações que podem decorrer pela demora em diagnosticar corretamente esse transtorno, causando sofrimento ao paciente e a eventual cronificação dos sintomas.

Diante do que foi exposto, enfatizo a importância que os tratamentos de natureza biológica (farmacológica) representam nas condições psicopatológicas. Contudo, o que se

discute é que comumente essa terapêutica aborta do sujeito a implicação em seu próprio sofrimento (sintoma). Nessas condições, considerando os transtornos apresentados, trata-se do sintoma depressivo, da ansiedade, da dor física, mas o sofrimento do sujeito causado por sua possível condição de desamparo ante o rompimento brusco do percurso de sua vida não é considerado pelo viés médico-psiquiátrico, de modo geral.

O indivíduo, ao entrar no hospital com politraumas decorrentes de acidentes de trânsito, recebe os primeiros atendimentos da equipe médica aos ferimentos e fraturas e, em seguida, é solicitado atendimento psicológico. O psicólogo, por sua vez, inserido na instituição hospitalar, é convocado a elucidar o fator psíquico. É chamado para dar sentido ao que não é compreendido na visão médica [ou ao que não interessa à visão médica], ou seja, ao momento vivido pelo paciente diante de muitas incertezas, falta de garantias e desamparo, quando a insegurança e a angústia o invade revelando a dimensão dolorosa da condição humana.

Assim, não se trata apenas das demandas do trauma físico, de classificá-lo ou de contabilizar as sequelas que geram um estresse pós-traumático, na procura de detectar uma causa que produza uma determinada resposta. Deve-se considerar que o diagnóstico incida não exclusivamente sobre o sintoma físico, mas também sobre a implicação do sujeito nesse sintoma, portanto seu mal-estar subjetivo que aponta para sua condição de sofrimento psíquico e que pode ser decorrente, ser uma espécie de sinal de um trauma psíquico que é revivido no acontecimento traumático. Para isso é imprescindível escutar cada sujeito em sua dor interna emergida pelo trauma físico. Essa dor, por vezes, está relacionada a um sofrimento reprimido.

Em relação aos jovens, como os que são atendidos no hospital onde trabalham, após terem se envolvidos em acidentes (moto, automóvel, etc.), com frequência recorrente e com envolvimento em situações “perigosas”, não há como estabelecer apenas categorias

científicas, enquadrar ou criar modelos pré-definidos sem desconsiderar o sujeito, sua condição subjetiva, uma vez que o traumático é singular, pois, muito além do acidente, do trauma no corpo, há que se analisar o trauma subjetivo.

Neste ponto, trago para minhas elaborações a teoria psicanalítica sobre o trauma, antecipando que este deve, então, ser abordado em termos para além do que se apresenta como sintoma físico e *stress* imediato nos acontecimentos traumáticos: o que é, nestes, revivido como condição de sofrimento psíquico do sujeito? Para a psicanálise o maior interesse está no sujeito que sofre e suporta os efeitos desse padecimento, um contraponto ao ponto de vista da traumatologia e da psiquiatria apresentados, neste capítulo.

2.3. Trauma Físico e Trauma Psíquico

Com o propósito de compreender os efeitos do trauma físico sobre o psiquismo dos pacientes politraumatizados por acidentes, que são evidenciados na enfermaria de ortopedia e traumatologia do HCU-UFU, discuto, a seguir, os enfoques referentes ao trauma no campo da medicina e da psicanálise, assim como suas implicações no psiquismo. São abordadas as concepções de corpo caracterizado pelo traumatismo no campo médico (considerado como máquina a ser reparada e quase sempre desconsiderando a subjetividade do paciente) e corpo para a psicanálise.

O hospital é o lugar onde prevalece a ciência médica alicerçada no rigor científico do paradigma da racionalidade e da quantificação. Desse modo, o discurso médico tem por desígnio diminuir ou mesmo abolir as manifestações dos conflitos da subjetividade e integrá-las na sua ordem, dizendo de outro modo, na eficácia apoiada no modelo de sinais-diagnóstico-tratamento, no método anátomo-clínico e no mapeamento do corpo [morto] tomado como paradigma, o cadáver. Ainda, vale considerar, que a medicina tem-se

utilizado de protocolos e de métodos cada vez mais sofisticados para obter um diagnóstico mais preciso visando à cura da doença, o que vem acarretando o distanciamento da relação entre médico e paciente, desconsiderando a subjetividade do paciente, suas vivências de medo e angústias: seria a máquina cuidando do corpo-máquina. Portanto, a relação médico-paciente se reduz, muitas vezes, ao observável e ao constatado em exames que substituem as queixas e as falas dos pacientes, como no caso das fraturas ósseas, em que o mais importante (na visão médica) é o rápido restabelecimento estrutural do corpo, ficando relegado para o segundo plano o sofrimento das dores internas (rupturas) causadas pelo evento traumático, que precisam ser articuladas e escutadas.

O corpo biológico se sustenta nos preceitos da classificação anatômica e dos sistemas funcionais estruturantes do organismo, enquanto que o corpo psicanalítico obedece às leis do desejo inconsciente constituindo um todo em funcionamento coerente com a história do sujeito, um corpo afetado pela linguagem, um corpo pulsional. Em geral, diante dos acontecimentos traumáticos, ocorre um deslocamento do mundo exterior para o mundo interno. Ou seja, a libido investida nos objetos sofre uma retração para a própria pessoa. Esse fato remete à situação primitiva do ser humano que Freud denomina de “narcisismo primário”, época caracterizada pela ausência da relação com objetos externos.

A importância da influência dos fatores subjetivos no processo de adoecimento do corpo sempre foi uma preocupação para a psicanálise. Sigmund Freud criou a psicanálise a partir da investigação da histeria por meio dos sintomas corporais apresentados por suas pacientes. Constatou que na histeria haveria um conflito inconsciente apresentado como sintoma físico conservando uma relação simbólica subjacente, pois os sintomas físicos apresentados não tinham nenhuma causa orgânica e fisiológica, conforme Freud falou aos médicos de seu tempo. Desde essas verificações, foi possível constatar que o inconsciente tinha suas incidências no corpo.

Para a psicanálise, o corpo é afetado pela linguagem, movimenta várias economias e, sobretudo, é um corpo erógeno, dos buracos e das trocas com o mundo, e é a sede das pulsões. Para Freud, a pulsão situa-se na fronteira entre o psíquico e o somático, sendo o representante psíquico dos estímulos de origem corporal e alcançam a mente, portanto, é a ligação entre o somático e o psíquico.

No texto “*O ego e o id*” (1923/1980), Freud diz que o corpo constitui um lugar de onde emanam sensações tanto internas quanto externas. Também, afirma que a dor parece exercer um importante papel, pois:

[...] a maneira pela qual obtemos novo conhecimento dos nossos órgãos durante as doenças dolorosas constitui talvez um modelo da maneira pela qual em geral chegamos à ideia de nosso corpo. (FREUD, 1923/1980, p. 40).

O psicanalista constata que o ego é, acima de tudo, um ego corporal e provém das sensações da superfície corporal como a projeção mental da superfície do corpo. Para esclarecer, Freud usa a analogia anatômica do “homúnculo cortical”, posicionado de cabeça para baixo no córtex. Assim, o modo como cada sujeito lida com o traumático está relacionado com os recursos disponíveis da estruturação do ego. Nas situações traumáticas, o ego se fragiliza e necessita da ajuda externa para auxiliá-lo na saída da situação de desamparo.

Lembro, ainda, que é a partir da relação da mãe com o bebê que se constitui a imagem corporal do sujeito. Esta é formada por intermédio da relação especular entre mãe e filho quando se delinea os primeiros contornos corporais. Pelo olhar materno, a criança estabelece o investimento narcísico necessário ao desenvolvimento e à constituição da estrutura de ego: o olhar da mãe se lança sobre o corpo do bebê acompanhado pela fala,

pelo reconhecimento simbólico de que aquele corpo-carne é corpo-psíquico, de afeto, portanto, pulsional.

A psicanálise realiza uma passagem da lógica da anatomia para a lógica da representação psíquica. É importante lembrar que a psicanálise nasceu precisamente nos hospitais enquanto Sigmund Freud se dedicava a compreender os fenômenos e as manifestações históricas (anestésias, paralisias motoras, afasias e outros) diante da ausência de lesões orgânicas, passando, então, a considerar a histeria como um adoecimento psíquico. Entretanto, o posicionamento da psicanálise se diferencia de modo opositivo, do discurso médico, uma vez que sua intenção consiste em não silenciar, mas promover o surgimento da fala do sujeito, pois, para a psicanálise o corpo é atravessado pela linguagem. Vale lembrar que para Freud (1912/1976, p.154) o método psicanalítico recomenda a “regra fundamental da psicanálise” que consiste em pedir ao paciente para “relatar tudo o que sua auto-observação possa detectar, e impedir todas as objeções lógicas e afetivas que procuram induzi-lo a fazer seleção dentre elas”. Por sua vez, o psicanalista deve escutar, sem fazer seleção e censura do material inconsciente, e sem a preocupação de se lembrar de alguma coisa. Considerar essa regra fundamental, neste ponto do trabalho, se justifica como uma direção ao sofrimento psíquico em paciente politraumatizados: uma escuta e olhar para além do orgânico.

Moretto (2008, p. 64) enfatiza que o modelo médico favorece uma (des) subjetivação e esta vai ser a causa de interesse da psicanálise na medida em que “propõe restituir ao sujeito o seu lugar, aquele que a Ciência escamoteia”, porque a prática psicanalítica se refere a uma experiência de linguagem enquanto que a clínica médica enfoca, sobretudo, a “mostração” do corpo.

A autora referida acima sublinha que Freud percebeu que a histeria poderia assemelhar-se com as doenças corporais em termos sintomáticos sem, no entanto, se

equivaler a nenhuma delas. Desse modo, assinala que a histérica ludibria o saber médico: “Você não tem nada”. E a esta resposta deveria acrescentar: “Nada passível de se inscrever no discurso médico” (MORETTO, 2008, p. 67). Isto se assemelha ao que ocorre no hospital quando o paciente incomoda o saber médico por colocar em cheque o saber científico, pois o tratamento despendido ao *stress* traumático não elimina o sofrimento do sujeito. Nessas condições, o psicólogo será somente convocado quando o paciente “não tem nada” ou “é psicológico”. Del Volgo (1998) diz que isso ocorre quando o poder e o saber do médico falham em sua promessa e expectativa e é nesse momento que se abre a possibilidade e recurso para a atuação do psicólogo, do psicanalista e do psiquiatra. Nesse sentido:

[...] O discurso médico tem uma função silenciadora em que a fala do sujeito é ouvida para ser descartada. [...]. Já o psicanalista tem um posicionamento inverso. O seu discurso não tem a função silenciadora, mas sim uma função silenciosa, que promove a proliferação da fala do sujeito, pois, tendo outro referencial teórico, ele sabe que essa seria, talvez em lugar de sintomas, uma via possível para a emergência do desejo. (MORETTO, 2008, p. 69-70)

Nesse sentido, o trabalho terapêutico na perspectiva psicanalítica, (diversamente da abordagem terapêutica médica) consiste em estabelecer de uma relação de confiança, “uma dependência afetuosa e dedicada pode [...] ajudar uma pessoa superar todas as dificuldades de fazer uma confissão” (FREUD, 1912/1980, p. 139). Pela transferência positiva, o paciente terá a oportunidade para falar livremente sobre seus temores e angústias. Porquanto, na teoria freudiana a transferência é imprescindível para o processo psicanalítico.

Para Fernandes (2011), é fato comum muitos pacientes confiarem aos médicos além de suas queixas orgânicas, também suas angústias, frustrações e desejos. Contudo, os

médicos sentem aí um obstáculo à sua prática e solicita ajuda do psicanalista, no hospital. Mas, enfatiza que este precisa ser lembrado de que o paciente não é exclusivamente psíquico, alertando que para o trabalho cotidiano nas instituições de saúde não se pode apenas “escutar” sem “ver”. Acrescenta, ainda, que o “escutar-ver” pode ser importante naquelas situações nas quais as palavras pouco ou nada conseguem dizer.

A autora mencionada ressalta que “longe de estar excluído da psicanálise, o corpo encontra-se, ao contrário, no centro da construção teórica freudiana”. (FERNANDES, 2011, p. 38). Diz, também, que se o corpo da construção freudiana não se confunde com o organismo biológico, no entanto, ele se apresenta como campo onde desenvolve as complexas relações entre o psíquico e o somático, igualmente se apresentando no conceito de pulsão, o conceito limite entre o psíquico e o somático, colocando o corpo como fonte da pulsão e sua finalidade, lugar e meio da satisfação pulsional. A teoria freudiana admite considerar o somático corporal que também é o lugar da realização do desejo inconsciente.

É no registro do corpo que o sujeito mais se sente ameaçado em sua integridade. Portanto, é no corpo que o ego se reconhece em sua maior vulnerabilidade. No trauma, devido à precariedade da simbolização e da não utilização da angústia sinal como defesa, há uma descarga de intensidades pulsionais. Assim sendo, o trauma físico traz em si a concretude corporal em presença do limite imposto pela ameaça de morte. Mesmo que a realidade presumível no hospital seja sempre de uma marca corporal, física, o trauma psíquico caracteriza-se pela inscrição sob outra perspectiva. Nesse momento, o sujeito se depara com a falta que o deixa frente à incerteza diante do inesperado, o sem sentido, colocando-o em situação de vulnerabilidade e desamparo. A angústia mobilizada é real, indicando a presença de um sofrimento que invade esse corpo traumatizado, machucado.

Nesse contexto, cria-se a possibilidade para as contribuições da psicanálise, melhor dizendo, um caminho para entrar em cena criando um ambiente favorável para que o

sujeito fale de suas aflições, considerando que a função da fala para a psicanálise é dizer dessas angústias, nos pontos justamente em que parece não se compreender o que acontece e o que se diz sobre ela: entra, em cena, a escuta psicanalítica para essa fala, oferecida aos pacientes nas enfermarias de traumatismos. Na situação de trauma e hospitalização, o sujeito pode chegar ao limite de sua fragilidade e desamparo frente a um tempo de suspensão de sentido que o coloca diante de duas possibilidades desafiadoras: uma de poder aguentar a mudança, de se descobrir capaz de suportar e criar saídas frente à angústia, e, a outra, em que resta permanecer paralisado e adoecer.

A enfermaria de traumatologia hospitalar é o espaço aonde cada sujeito chega por meio do acometimento de um trauma (acidente) físico que frequentemente deixa-o paralisado, submerso ao silêncio e na angústia. É a angústia causada e marcada pelo corte como ruptura física, social e existencial provocada de forma inesperada, agente de perdas reais ao sujeito, de onde sobrevêm situações estressantes produzidas por perdas: da saúde, da identidade, de um corpo íntegro para um corpo com marcas, cicatrizes, mutilações e mesmo a própria vida pode estar ameaçada. Nessa situação, observa-se o momento limite, provocando nos pacientes sujeitos desejantes sentimentos de vulnerabilidade e desamparo como, também, a constatação da condição de ser mortal.

CAPÍTULO 3. TRAUMA E DESAMPARO NA PSICANÁLISE

Se o termo “sujeito” tem algum sentido, a subjetividade não é mensurável nem quantificável: ela é a prova, ao mesmo tempo visível e invisível, consciente e inconsciente, pela qual se afirma a essência da experiência humana.

Roudinesco (2000).

Este capítulo aborda o conceito de trauma psíquico, percorrendo sua evolução na obra freudiana. Apresento as mudanças que a concepção de trauma sofreu desde os primórdios da construção teórica freudiana, nos *Estudos sobre a histeria* (1895/1980), depois as novas reformulações do trauma a partir do texto *Além do princípio do prazer* (1920/1976). O desamparo ainda é discutido e apresentado como sendo o protótipo do trauma e dos estados de angústia no enfoque psicanalítico, assim como as contribuições de outros autores contemporâneos são também expostas, neste capítulo.

3.1. Freud e a Construção do Conceito de Trauma

A partir do deslocamento feito ao final do capítulo anterior, *Concepções de trauma*, do trauma físico ao trauma psíquico, passo às elaborações acerca do conceito fundamental a esta pesquisa, ou seja, o conceito de trauma em psicanálise, tal como elaborado por Sigmund Freud.

O que é o trauma? A palavra “trauma” vem do grego (*traûma*) e significa ferida. Na mitologia grega “ferida” é alusivo a *Eros* ou Cupido - o Deus do amor. É imaginado como um menino ou um rapaz alado, nu, levando o arco e o carvão repleto de flechas, com as

quais fere de amor os corações, seja dos homens ou dos deuses: a ferida. Para a psicanálise, *Eros* é um de seus conceitos-chave: “o princípio de ação, de vida, que se opõe à pulsão de morte (*Thanatos*) e que se realiza na libido” (LÉVY, 1999, p. 324). Assim, o que fere de amor, o que corta pode ser, na verdade, um ato de oposição à pulsão de morte: Eros desloca o sujeito de seu encontro com *Thanatos* e, assim, a ferida, o trauma físico tem, de fato, função no psiquismo: desloca o sujeito de seu encontro com a morte, ao contrário do que se poderia pensar.

Um trauma consiste em um fato que acomete o sujeito de maneira imprevista, impossível de ser antecipado ou evitado. Este se caracteriza, sobretudo, pelo inexplicável e o sujeito, por vezes, não encontra palavras para nomear a experiência vivida. Por sua vez, o trauma vivenciado suscita uma nova realidade capaz de provocar um sentimento de descontinuidade do eu, pois há um rompimento brusco no caminho do sujeito: um acontecimento que o desloca de seu percurso esperado e rotineiro, determinando, então, uma ruptura na existência do sujeito e deixando marcas (feridas/cortes) profundas, difíceis de serem cuidadas e superadas.

Trauma e traumatismo são termos há tempos usados no campo da medicina e da cirurgia. A psicanálise, a seu modo, apropriou-se desse termo da linguagem médica para o plano psíquico referente às questões de ordem psicanalíticas e psicopatológicas.

O significado de trauma sugere fratura, rachadura e fissura no plano psíquico permanecendo em estado de não inscrição, de não simbolização, de um corte que não se compreende o sentido. Esse corte refere-se ao ferimento cindido que não fecha e nem cicatriza e, sua sina, seu destino, incide na repetição como possibilidade de elaboração psíquica. Nessas condições, não é apenas o dano físico em si que verdadeiramente atua como força traumática, mas é a emoção resultante do sobressalto que dá origem a afetos

intensos de susto, de pânico e que o psiquismo não consegue organizar e assimilar por meio do pensamento associativo ou por reação motora.

De modo geral, o trauma refere-se a um:

Acontecimento da vida do indivíduo que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se acha o indivíduo de lhe responder de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica.

Em termos econômicos, o traumatismo caracteriza-se por um afluxo de excitações que é excessivo, relativamente à tolerância do indivíduo e a sua capacidade de dominar e de elaborar psiquicamente. (LAPLANCHE & PONTALIS, 1986, p. 678).

De modo fundamental, as consequências emocionais e psicológicas dos “traumas” foram reconhecidas e definidas, na teoria psicanalítica, por Freud a partir da descrição dos casos clínicos de histeria em que era possível estabelecer vinculações psicológicas entre os sintomas [físicos] apresentados e o evento psíquico traumático vivenciado pelos pacientes. Essas teorizações acerca do trauma psíquico sofreram modificações ao longo do desenvolvimento da teoria freudiana frente aos novos momentos sociais e históricos, como as grandes guerras [neuroses de guerra], alicerçados na clínica psicanalítica com pacientes oriundos dos *fronts* de batalhas.

Desde os primórdios da construção teórica freudiana, o termo “trauma” foi recebendo diferentes significados seja na teorização ou em relação ao método psicanalítico. No início, Breuer e Freud (1895/1980) elaboraram, no texto *Estudos sobre a histeria*, as primeiras postulações sobre os sintomas e a etiologia da histeria. Os autores sustentavam haver uma ligação entre o sintoma somático e sua origem em um traumatismo psíquico. Ou seja, os sintomas histéricos tinham como causa o trauma psíquico determinado não por um dano físico, mas como resultado de uma intensa emoção. São justamente os afetos

[recalçados, como Freud irá esclarecer], tais como o susto, a angústia, a vergonha, ou mesmo a dor física e psíquica, que atuam como trauma e desencadeiam a histeria.

Para esses autores, o trauma psíquico, mais precisamente a lembrança do trauma, atuavam como um “corpo estranho” organizado como um centro patogênico instalado dentro do sujeito, mas fora da consciência, portanto dissociado, e que só poderia ser elaborado pelas vias da tomada da consciência. Portanto, esse agente possui o atributo de permanecer vivo resistindo à passagem do tempo no interior do psiquismo atuando como lembrança perturbadora. É essa a razão quando se diz que “os histéricos sofrem de reminiscências” (FREUD, 1910[1909]/1980, p.18), portanto, a histeria é percebida como uma doença de memórias. Dizendo de outro modo, o histérico sofre de lembranças de ordem inconscientes, associadas a um afeto doloroso, portanto, a um trauma psíquico.

Breuer e Freud (1895/ 1980) deram destaque ao fato de que os sintomas histéricos desapareciam na medida em que a paciente conseguia colocar em palavras as lembranças penosas da experiência desencadeadora do trauma. Eles constataram que não é só a *ab-reação* que é apropriada para lidar com o trauma psíquico, mas igualmente o complexo associativo do sujeito e a sua confrontação com outras experiências emocionais que permitirão a revisão e até mesmo a retificação por outras ideias, do trauma vivenciado.

Segundo Uchitel (2001), há traumatismos, como acontecimentos, proibições e saberes traumáticos (traumas do nascimento, o mito do Adão e Eva, a passagem da endogamia para a exogamia física e psíquica veiculada pela lei do incesto) que, apesar de violentos, organizam. Acrescenta, ainda, que só se pode falar de trauma a partir do efeito que uma ocorrência provoca, pois que o evento em si não é traumático, porém a significação que lhe é atribuída. Dependendo da possibilidade do sujeito, um estado traumático poderá ou não eternizar-se como trauma.

No final da Primeira Grande Guerra (1914-1918), os veteranos de guerra apresentavam um quadro sintomatológico sob a forma de “neurose de guerra” que Freud denominou de “neurose traumática”. Laplanche e Pontalis (1986, p. 400) afirmam que para Freud a “neurose traumática” se referia a um:

Tipo de neurose em que o aparecimento dos sintomas é consecutivo a um choque emotivo geralmente ligado a uma situação em que o indivíduo sentiu a sua vida ameaçada. Manifesta-se, no momento do choque, por crise ansiosa paroxítica que pode provocar estados de agitação, de entorpecimento ou de confusão mental.

Sobre isso, Uchitel (2001) assinala que a definição de neurose traumática apresenta um primeiro item que se aproxima da primeira condição da etiologia da neurose, ou seja, um acontecimento intenso proveniente do exterior que provoca um impacto emotivo, que transformado em lembrança gera o sintoma. O segundo item, na definição de neurose traumática, destaca o sentimento do sujeito sentir sua vida ameaçada: “É a sobrevivência que está em risco, sobrevivência física e psíquica que, ameaçada pelo impacto de uma sobrecarga, imobiliza o processo de resposta” (UCHITEL, 2001, p. 44). O terceiro item apontado consiste na reação fisiológica desencadeada pelo impacto, impedindo o preparo da resposta de luta ou fuga que, então, gera paralisia. Isto pode ser visto nos combatentes que retornavam da guerra e ficavam afetados de graves distúrbios psíquicos apresentando manifestações clínicas próprias àqueles que são vítimas de acidentes envolvendo riscos de vida, do mesmo modo que os apresentados nos dias de hoje, como as muitas vítimas de traumas intensos de diversas ordens.

As constatações clínicas daquela ocasião refletiram sobremaneira nas teorizações psicanalíticas e Freud retoma suas reflexões do trauma, sob a denominação de “neurose traumática”. Em setembro de 1918 foi realizado, em Budapeste (Hungria), o Quinto Congresso Psicanalítico Internacional com a presença de representantes dos governos

austriaco, alemão e húngaro para discutirem as neuroses de guerra, uma vez que as mesmas provocaram, em larga escala, neuroses graves nos soldados comprometendo a fala, a audição, os sistemas cognitivos e motor (tremores e paralisias), além de sérios distúrbios de humor.

Nesse Congresso, era frequente o relato de pesadelos seguidos de angústia que davam a impressão ao soldado de que estava novamente na mesma situação de dor e desespero vivenciados no *front*. As lembranças da situação traumática voltavam de forma recorrente indicando a insistência do psiquismo em evocar a vivência do trauma, parecendo nunca ter se tornado passado.

No artigo que se seguiu, “*Introdução à psicanálise e as neuroses de guerra*” (1919/1980), Freud deu o nome de “neurose traumática” ao que acreditava ser provocado por um conflito no ego ocasionado por perturbações hostis causadas pela circunstância da guerra. Ainda, o psicanalista verificava, nesse trabalho, que os sintomas traumáticos eram resultados de acontecimentos da vida adulta, pois a neurose que se instalava não evidenciava correlação com precedentes na vida pregressa. Embora considerasse que a origem do trauma não houvesse componente sexual como fator principal, como havia postulado anteriormente, ele não tira a importância das experiências infantis nas neuroses traumáticas, uma vez que são fatores relevantes para a compreensão dos efeitos da ocorrência traumática.

Entretanto, ainda nessa época, Freud observou que os soldados que haviam sido recrutados para lutar na guerra padeciam de conflitos inconscientes que perturbavam sua vida emocional levando até mesmo ao adoecimento, da mesma maneira como acontecia nas “neuroses em tempo de paz”. Constatou, também, que a causa dessas neuroses era proveniente da vivência de pânico e da ameaça de morte anunciando um perigo para a integridade do ego proveniente do exterior. Contudo, a experiência traumática dos

combatentes apresentava resultados diferentes pelo fato de que a organização psíquica é singular e perpassada por um processo histórico diferente em cada um.

Os soldados, na situação de guerra, eram levados a escolher entre matar ou morrer. Esta realidade, segundo Freud, ocasionava um conflito entre o novo ego guerreiro e o antigo ego pacífico, esclarecendo que este último cumpre a função de proteção contra o perigo de morte pelo uso do subterfúgio em direção à neurose traumática. Para ele, nas duas neuroses, a traumática e a de guerra, o ego se defende de um perigo que o ameaça desde o real, ou que está corporificado dentro do próprio ego. Todavia, enfatizou a diferença que ocorre na neurose de transferência, pois nesta, as ameaças provêm do inconsciente. De qualquer forma, o ego teme ser lesionado, quer seja por uma violência externa ou por força inconsciente da libido.

No ano subsequente, Freud (1920/1980) publica *“Além do princípio do prazer”*, obra considerada o marco de uma nova reformulação da teoria do trauma, das noções de neurose traumática, de compulsão à repetição, além da formulação de uma nova dualidade pulsional, ou seja, as pulsões de vida e de morte.

Nessa obra, Sigmund Freud introduz o ponto de vista econômico do psiquismo relacionando o prazer e o desprazer à quantidade de excitação desvinculada, possível de descarga livre. Relaciona o desprazer a um aumento na quantidade de excitação e o prazer com sua diminuição. Nessas condições, o funcionamento do aparelho psíquico é ajustado para manter seu nível de excitação o mais baixo possível, ou pelo menos constante (princípio de constância). É a partir do princípio de constância que se instaura o princípio de prazer.

Quanto ao desprazer, aponta que frequentemente relaciona-se às pulsões insatisfeitas, ou à percepção externa do que é angustiante, ou ameaçador. Freud faz distinções entre a angústia que pressupõe uma condição de espera ou preparo para o

perigo, o medo que supõe a existência de um objeto definido ameaçador, e o susto relacionado ao fator surpresa. Continuando, ele sustenta que a angústia não pode causar neurose traumática porque “nela existe algo que protege o sujeito contra o susto e, assim contra as neuroses de susto” (FREUD, 1920/1980, p.24). O susto, assim sendo, é o estado de não preparação, de transbordamento, vivenciado frente a um perigo sem estar devidamente preparado para ele. Então, sucede o terror, o estado de paralização e o excesso causado pela circunstância da surpresa, como ocorre nas grandes catástrofes e nos acidentes. É bom lembrar que na vida cotidiana, muitas situações prazerosas (passeios, viagens, etc.) são motivos para repetição, assim como a experiência de surpresa, e nem sempre é causa de consternação, mas de júbilo.

Certamente, para Freud (1920/1980), a “neurose traumática” refere-se ao estado psíquico de quem passou por graves choques mecânicos, colisões de trens e outros acidentes que envolvem risco de vida. Enfatiza ainda que, “o quadro sintomático apresentado pela neurose traumática aproxima-se do da histeria pela abundância de seus sintomas motores” (FREUD, 1920/1980, p. 23), no entanto, diz que a neurose traumática ultrapassa os sintomas histéricos por apresentar sinais de intenso sofrimento psíquico.

Freud afirmou na conferência XVIII (1916-1917 [1915-1917]/1980, p, 325) que, “as neuroses traumáticas dão uma indicação precisa de que em sua raiz se situa uma fixação no momento do acidente traumático”. Para ele, os pacientes repetem a situação traumática em seus sonhos como se não tivessem acabado com a situação traumática.

Na neurose traumática, portanto, sobrevém a fixação no momento do acidente traumático revelado por meio dos sonhos que “possuem a característica de repetidamente trazer o paciente de volta à situação de seu acidente, numa situação que acorda em outro susto” (FREUD, 1920/1980, p. 24). Esse fenômeno, entretanto, contesta a ideia formulada anteriormente por Freud, de que o sonho estaria a serviço da realização de desejo e estava

sob o domínio do princípio do prazer. Freud enfatiza, ainda, que nesses sonhos talvez possa se pensar em estar diante de “misteriosas tendências masoquistas do ego” (FREUD, 1920/1980, p. 25).

Freud (1939[1934-39]/1980) sustenta que os traumas têm dois efeitos: aqueles positivos e aqueles negativos. Os primeiros, os efeitos positivos, consistem na recordação da experiência esquecida, das emoções ‘fixadas’, como uma ‘compulsão a repetir’. Nas reações negativas seguem o objetivo contrário em “que nada dos traumas esquecidos seja recordado e repetido” (*Ibid*, p. 95). São as ‘reações defensivas’ caracterizadas pela ‘evitações’ podendo resultar em inibições e fobias.

Nesses casos, o desencadeamento da compulsão pode ser visto como uma tentativa de cura, um esforço de reconciliação com as partes do ego que foram expelidas (*split off*) pela influência do trauma e uni-las, em um *vis a vis*, ao mundo externo. Afirma que esse é um trabalho a ser desenvolvido em análise. Ou ainda, que pode ter um desfecho “por uma devastação ou fragmentação completa do ego, ou por ele esmagada pela parte que foi precocemente expelida e que é dominada pelo trauma” (*Ibid*, p. 97), configurando-se nos efeitos negativos dos traumas.

Freud (1920/1980) dá atenção às brincadeiras das crianças para tecer esclarecimentos sobre o traumatismo. Refere-se ao “jogo do *fort-da*” no qual a criança [seu neto], em seu berço, lança para fora dele um carretel e em seguida puxa-o de volta. Essa brincadeira representa o desaparecimento e o retorno simbólico da mãe. Freud diz que com esse jogo a criança realiza a renúncia à satisfação instintual ao deixar a mãe ir embora sem protesto. Freud, nesse texto, questiona-se como pode a encenação dessa experiência penosa ser ao mesmo tempo prazerosa? Porque, segundo ele, com a repetição ela vive a dor de sua perda e também o júbilo do reaparecimento. Percebe-se que nem toda experiência negativa torna-se inadequada para a criança, pois com a realização da brincadeira ela tem a possibilidade

elaboração. Assim, conforme Rudge (2009, p 52), na repetição lúdica, a criança “pode ir bordando com palavras e capturando em pensamentos a experiência ‘perfurante’, tornando-a menos disruptiva”, menos negativa e, assim, uma perda pode não deixar marcas psíquicas de um trauma, dando ensejo a um desamparo, complemento.

Na cena lúdica, mencionada acima, cria-se uma situação de domínio, em que a criança se desloca da posição passiva para uma posição ativa. Freud lembra que para os adultos, nas representações artísticas de tragédias que não resguardam os expectadores de penosas experiências, podem ser sentidas [essas tragédias] por eles como altamente prazerosas.

Nesse trabalho, Freud (1920/1980) volta sua atenção para a compulsão à repetição sob a perspectiva da transferência, passando a compreender a ocorrência da resistência e suas ligações com a repetição no processo analítico. As resistências provêm do ego e a compulsão à repetição se une ao inconsciente recalçado. O autor constata que a compulsão à repetição e a transferência tem propriedades de trazer vivências passadas capazes de provocarem um novo desprazer, da mesma forma como acontece no sonho da neurose traumática. Segundo ele: “O paciente, [...] é obrigado a repetir o material reprimido como se fosse uma experiência contemporânea, em vez de [...] recordá-lo como algo pertencente ao passado.” (FREUD, 1920/1980, p. 31). Na situação analítica, a repetição sugere a elaboração do conteúdo psíquico inconsciente com objetivo de rememorar, ligar e simbolizar.

Freud afirma, sobre isso ainda, ser admissível verificar a predominância de uma compulsão à repetição com força para prevalecer sobre o princípio do prazer como também a compulsão nos sonhos das neuroses traumáticas. Essa repetição revela o modo mais primitivo do funcionamento psíquico, ou seja, ao invés de repetir para recordar e elaborar atua o desligamento e a expulsão.

No texto *Recordar, repetir e elaborar* (1914/1980), Freud afirma, como mencionado acima, que alguns pacientes não podem recordar as lembranças que foram esquecidas ou recalçadas, mas as manifestam pela atuação, ou seja, passa-se inconscientemente ao ato ao invés de lembrar o que foi recalçado. As reações repetitivas na situação analítica, por meio da transferência, possibilitam superar as resistências e favorecer o despertar das lembranças recalçadas.

O trauma manifesto nessa atuação dos pacientes provoca uma perturbação (econômica) na energia do organismo, convocando todas as defesas e colocando o princípio do prazer fora de ação. Nesse sentido, Freud utiliza a metáfora de um organismo vivo da forma mais elementar como modelo para teorizar sobre o trauma. Em um organismo como esse, a superfície da vesícula voltada para o mundo externo com a função de receber estímulos transforma-se em um envoltório capaz de dar abertura aos estímulos sem passar por modificações, de modo que essa membrana externa perde a estrutura de matéria viva transformando em outra de matéria inorgânica resistente aos estímulos. Esse envoltório exterior, diz Freud (1920/1980, p.42-43), “salvou todas as camadas mais profundas” dos estímulos do mundo externo. Sob essas condições, quando o aumento de excitações provenientes do exterior for suficientemente intenso para provocar uma ruptura da barreira protetora, geram-se experiências traumáticas: efetiva-se um trauma. Contudo, é bom lembrar que as excitações vindas de fora não são necessariamente vindas de estímulo externo, uma vez que as excitações internas, quando determinam um acréscimo abundante de desprazer, são consideradas como se operassem de fora.

No trauma, sem a mediação do princípio do prazer, resta ao aparelho psíquico agir sob a forma de repetição pela pulsão de morte, pois está aquém do princípio do prazer e ao invés de repetir para recordar e elaborar, o sujeito atua para desligar, expulsar e descarregar o trauma, a experiência traumática. No trauma, afirma Uchitel (2001), pela incapacidade de

processar o excesso de estímulos, ele realiza o movimento primitivo da repetição, independente do funcionamento do princípio do prazer, permanecendo alheio à intenção de evitar o desprazer ou buscar o prazer.

Uchitel (2001) enfatiza, também, que a repetição pode ser pensada sob duas vertentes: da repetição dos conteúdos recalcados manifestados na transferência, como tentativa de gratificação e elaboração de situações de desprazer; e a partir da compulsão a repetição, a serviço das vivências traumáticas. Essa compulsão à repetição se refere ao movimento da pulsão de morte que implica na redução de tensões, retorno ao estado inorgânico, da não ligação, do não prazeroso e do não sexual. Para Freud (1920/1980), o pulsional se relaciona com a compulsão à repetição pela intenção de repetir, condição própria das forças conservadoras dos seres vivos.

O traumático corresponde, dessa maneira, à pulsão que escapa ao domínio de qualquer inscrição, melhor dizendo, à força pulsional sem representação, energia livre ou desligada. Ou seja, está sob a força da pulsão de morte. Diante disso, a integração da pulsão de vida é fator essencial para o desenvolvimento humano e manutenção da vida, caso contrário, iria sempre de encontro com a morte. Mas, a operação da pulsão de morte é a que vai se aproximar mais da dinâmica psíquica afetada pelo traumático. Na clínica hospitalar, constata-se, de modo geral, ao trabalhar com pacientes politraumatizados, como a repetição de alguns traumas insistem estarem presentes na vida do sujeito, nessa lógica e função freudiana: como uma insistência na vivência de traumas anteriores aos acidentes.

Em *Inibições, sintoma e angústia* (1926/1980, p. 155), Freud estabelece que a angústia é um estado afetivo, pois é algo que se sente. No entanto, lembra que nem todo desprazer é angústia, pois “há outros tipos de sentimentos, tais como a tensão, a dor ou o luto, que tem o caráter de desprazer”.

Freud retoma muitos pontos sobre o trauma elaborados ao longo de seus trabalhos anteriores a esse, sobretudo as proposições sobre a angústia articulando-a com o conceito de trauma. Em suas afirmações, “a angústia surgiu originalmente como uma reação a um estado de perigo e é reproduzida sempre que um estado dessa espécie se repete” (FREUD, 1926/1980, p. 157). Freud explica que, primeiramente, o nascimento representa um real perigo para a vida, ocasião em que houve uma separação da mãe, fator gerador de angústia. Acrescenta, ainda:

Quando a criança houver descoberto pela experiência que um objeto perceptível pode por termo à situação de perigosa que lembra o nascimento, o conteúdo do perigo é deslocado [...] para a condição que determinou essa situação, a saber, a perda do objeto. (FREUD, 1926[1925]/1980, p.161).

Agora é a ausência da mãe que constitui o perigo para a criança que reage com angústia antes da situação ameaçadora aparecer. Essa angústia antecipada representa, nas concepções de Freud, um avanço para a criança em obter sua autopreservação e “evitar o reviver a situação traumática ou do desamparo originário”, conforme Leite (2011, p.46).

Freud (1926 [1925]/1980) faz uma importante distinção entre a *angústia automática ou real* e a *angústia sinal*. Sobre a angústia automática (involuntária), pode-se considerá-la como uma resposta do organismo ao trauma e resulta em uma experiência de desamparo do ego perante um somatório de excitação de origem interna ou externa. Essa experiência se assemelha àquela que foi vivida no momento do nascimento, sentida de modo traumático, quando ocorreu uma brusca separação do corpo materno e a angústia vivenciada será revivida ao encontrar situações traumáticas futuras (situações de perigo equivalentes ao nascimento). Configuraria, portanto, o reencontro com o traumático

(pulsão de morte) pela impossibilidade do ego representar psiquicamente um excesso de excitação.

Por outro lado, a angústia sinal, continua Freud, tem a fundamental função de alerta como segurança e proteção contra a experiência traumática que provocaria a angústia automática parecida com a vivência de dor ou de morte. Para Freud, o ego “imagina a situação de perigo, por assim dizer, com a finalidade inegável de restringir aquela experiência aflitiva a uma mera indicação, um sinal”(FREUD, 1926 [1925]/1980, p. 187).

Ainda, Freud esclarece que:

[...] uma situação de perigo é uma situação reconhecida, lembrada e esperada de desamparo. A angústia é a reação original ao desamparo no trauma, sendo reproduzida depois da situação de perigo em busca de ajuda. O ego, que experimentou o trauma passivamente, agora repete ativamente, [...] na esperança de ser ele próprio capaz de dirigir seu curso. (FREUD, 1926 [1925]/1980, p. 192).

Assim, o trauma que outrora fora vivenciado de maneira passiva, agora é reproduzido ativamente de modo atenuado, pelo ego, com a intenção de obter o controle sobre a situação ameaçadora. Porém, se a capacidade de proteção defensiva for exagerada, a capacidade desejante poderá ficar prejudicada pelo impedimento da capacidade de criar e correr riscos.

Pode-se ver como isso, elaborado por Freud, ocorre em uma situação de acidente em que o sujeito se vê invadido por um grande perigo de morte iminente e defronta-se com a mais terrível angústia, a de dissipar-se. Portanto, essa ameaça de morte é revivida e repetida por diversas vezes após o trauma, por meio do retorno das lembranças dolorosas decorrentes do sofrimento vivenciado no acidente. Como resultado do trauma, surge a angústia, como é observado em alguns pacientes que ao invés de efetuarem um trabalho

para elaborar o que foi perdido, com o trauma vê-se uma compulsão à repetição do trauma de forma a atualizá-lo.

Freud (1939/1980) no texto, “*Moises e o Monoteísmo*”, aborda o tema do trauma estabelecendo, agora, reflexões sobre a neurose e os fenômenos religiosos. Nesse texto, ele define *traumas* como “aquelas impressões cedo experimentadas e mais tarde esquecidas, a que concedemos tão grande importância na etiologia das neuroses” (FREUD, 1939/1980, p. 91). Nesse sentido, o autor enfatiza, em primeiro lugar, que a formação da neurose remonta às impressões muito primitivas da infância. Em segundo lugar, esclarece que há determinados casos que se caracterizam como ‘traumáticos’, porque seus efeitos fazem alusão invariavelmente a uma ou mais impressões poderosas da infância.

Freud, nesse texto, elucida o conceito de ‘série complementar’, na qual dois fatores se unem para formarem uma única condição etiológica. Também, estabelece três características dos traumas: os traumas ocorrem na primeira infância, até por volta do quinto ano; as experiências são totalmente esquecidas, a não ser por meio de lembranças encobridoras; elas se relacionam a impressões de natureza sexual e agressiva. Acrescenta, ainda, que somente por meio do trabalho de análise é possível tomar conhecimento das experiências esquecidas.

Nesse estudo, Freud (1939/1980) retoma os efeitos do trauma em dois tipos: os positivos e os negativos. Os primeiros consistem nas ‘fixações’ ao trauma e na ‘compulsão à repetição’. Ele toma como exemplo o caso de um homem que na infância estabeleceu uma intensa ligação, e atualmente esquecida, com a mãe, e que pode passar a vida buscando relacionamentos emocionais, conforme esse modelo de vinculação. Também relata que se uma menina foi alvo de sedução sexual na infância poderá orientar sua vida sexual, na vida adulta, de maneira a provocar ataques semelhantes.

Sobre os segundos, ou seja, os aspectos negativos do trauma, Freud apresenta-os como o oposto, pois nada dos traumas esquecidos são recordados ou repetidos. Portanto, são ‘reações defensivas’, constitui ao que é chamado de ‘evitações’ podendo resultar em ‘inibições’ e ‘fobias’.

Freud (1939/1980) enfatiza que todos esses fenômenos possuem uma qualidade compulsiva, isto é, possuem uma grande intensidade psíquica e ao mesmo tempo apresentam uma independência quanto à organização dos outros processos mentais, que estejam de acordo tanto com as exigências do mundo externo quanto do pensamento lógico.

3.2. Desamparo e Trauma

Freud não dedicou nenhum estudo específico sobre a questão do desamparo, ao longo de sua obra. Conforme afirmação de Pereira (2008), o tema está presente desde o início dos escritos de Freud quando este o abordou em seu texto de 1895, “*Projeto para uma psicologia científica*”, como a “experiência de satisfação”, sustentando que o desamparo está relacionado com a real situação vivida de total incapacidade do recém-nascido em suprir suas próprias necessidades vitais. A seguir, em sua obra, Freud pensa esse conceito buscando fundamentar-se na teoria da angústia, em “*Inibição, sintoma e ansiedade*” (1926/1980), quando faz a distinção entre angústia sinal da angústia automática que é apresentada no início da vida pelo despreparo do bebê para lidar com o acúmulo de excitação que o assola. Posteriormente, a situação de desamparo está relacionada a uma reação perante a angústia diante da possibilidade da perda do amor de quem desempenha a função protetora.

Em “*O futuro de uma ilusão*” (1927/1980), Freud nos mostra que o desamparo infantil encontra-se deslocado para o anseio pelo pai e pelos deuses. No texto, “*O mal estar na civilização*” (1930/1980), o autor assinala sobre o desamparo como consequente da renúncia pulsional imposto pelo processo civilizatório criando, dessa maneira, um mal-estar ao homem que deverá ser enfrentado de forma criativa, como condição possível para estar-se em coletividade. Para Pereira (2009), Freud abordará, nesses textos sobre cultura e religião, o caráter não circunstancial e não acidental do desamparo. Para esse autor, “o desamparo é uma condição intrínseca ao funcionamento psíquico” (PEREIRA, 2009, p. 201).

O desamparo é o correlativo da condição de incompletude e fragilidade humana e corresponde ao estado em que se encontra o ser humano diante da possibilidade de deparar-se com estado de dor e sofrimento. Assim, estar desamparado denota estar sem amparo, abandonado, sem amarras, sem ajuda, estar errante e subordinado ao outro [em termos de representações psíquicas]. Logo, a experiência de desamparo faz parte da condição humana e diz respeito à singularidade humana, à solidão incondicional e da descoberta da finitude da vida.

Segundo Laplanche e Pontalis (1986), o desamparo é um estado em que o bebê por sua imaturidade depende totalmente do outro para a satisfação de suas necessidades (sede, fome), pois, ao contrário da maioria dos animais, o ser humano nasce sem qualquer preparo para a vida, sendo incapaz de manter-se vivo sem ajuda externa, e depende das pessoas responsáveis pelo seu cuidado, o que o deixa em estado de tensão e vulnerabilidade. Fenichel (1981) diz que o desamparo biológico do bebê leva-o a estados de tensões dolorosas provenientes do excesso de excitações muito além de sua capacidade de domínio e que caracterizam os “*estados traumáticos*”. Para esse autor, o sofrimento dos estados traumáticos inevitáveis dos primeiros anos “representa a raiz comum de vários

afetos futuros e, decerto, também a angústia” (FENICHEL, 1981, p. 37). Para o adulto, as experiências traumáticas são comparáveis à angústia primária (falta de controle sentido de modo passivo e automático).

A ação específica para atender às necessidades vitais do bebê só pode ser realizada pelo auxílio da pessoa que exerce a função materna, e é a eliminação da tensão interna, conforme destaca Garcia-Roza (1984), que foi causada pelo estado de necessidade que dá lugar à *experiência de satisfação*, em que a ação desse objeto real do mundo exterior ocasiona o registro da satisfação e a partir de então se vai instaurando o pulsional e o desejo. Como ainda afirma Garcia-Roza (1991, p.133), a ajuda externa não se reduz apenas à satisfação das necessidades, “ela introduz o sujeito na ordem simbólica”, pois o grito e o choro da criança instituem signos de demanda ao outro. Para Freud (1985/1980, p. 422) “essa função secundária de *comunicação*, e o desamparo inicial dos seres humanos, é a *fonte primordial* de todos os *motivos morais*”. Desse modo, o estado de desamparo ultrapassa o fator biológico, porque diz respeito também à precariedade da condição objetiva humana de ingresso na vida e forma as bases para a conduta ética e da alteridade.

Pereira (2008) e Menezes (2012) apontam que é por meio do desamparo psíquico do bebê que se propiciará uma abertura ao mundo adulto e a introdução da necessidade do outro, a partir da qual se estabelece a capacidade de desejar. O desejo nasce no lugar onde antes se tinha estado o desamparo e a impotência. Essa abertura é indispensável devido a “seu caráter inaugural do psiquismo que, em última instância, funda-se no desamparo inicial” (MENEZES, 2012, p. 38).

Assim, é o outro que ocupa uma posição de assimetria e de dominação em relação à criança e coloca-a na posição de objeto impotente. Essa relação marcada por uma complementariedade tem a capacidade de dar fim às ameaças. Todavia, seria sensato esperar que uma vez ultrapassado a imaturidade inicial do ser humano, e o aparelho

psíquico se desenvolvesse rumo a uma condição de maturidade, que ocorresse a superação do desamparo. Mas não é o que acontece, pois o confronto do ser humano com a falta de garantias ao se livrar de todas as ilusões protetoras criadas para si mesmo deixa-o na condição de fragilidade e desamparo.

Pereira (2008) esclarece que a referência ao desamparo objetivo infantil nunca foi abandonada e nem questionada por Freud ao longo de sua obra. Entretanto, é seu estatuto que parece mudar quando Freud considera a fragilidade psicomotora do bebê com o modelo do desamparo fundamental, a respeito da linguagem e ao processo de simbolização. Esse autor assinala ainda que o desamparo, nos últimos trabalhos de Freud, encontra-se na base do desespero humano quando este se vê confrontado com a precariedade de sua existência, “o que o leva à criação de deuses onipotentes, supostamente capazes de controlar de modo benfazejo às potências do Universo” (PEREIRA, 2008, p. 36).

Pereira (2008) esclarece que a condição de desamparo coloca o ser diante da falta fundamental de garantias à existência e nessa situação alguns entram em pânico. Para ele, essa condição se revela como um esforço para tornar o desamparo possível de ser apreendido no plano do pensamento e acrescenta que “o pânico constitui uma tentativa extrema de tornar o desamparo apreensível para o psíquico” (PEREIRA, 2008, p. 39).

Em “*O ego e o id*” (1923/1980, p. 49-50), Freud faz referências ao desamparo como um dos elementos da formação do superego, que para ele é resultado de dois fatores, “um de natureza biológica e outro de natureza histórica”. O primeiro se refere à duração prolongada, no homem, do desamparo e dependência de sua infância. O segundo relaciona-se ao complexo de Édipo dando expressão às influências das figuras parentais.

Freud (1926/1980) realizou uma articulação da angústia com o desamparo. Inicialmente, ele considerou a natureza da angústia originária (nascimento) como sendo o

protótipo das demais situações de angústia, pois esta vem do estado em que se encontra o recém-nascido, por sua imaturidade motora e psíquica que o deixa incapaz de satisfazer suas próprias necessidades vitais para sobreviver, como já abordei.

Freud (1926/1980, p.99) diz, ainda, que na situação traumática ocorre um determinante fundamental que é a ocorrência da angústia automática que provoca “uma experiência de desamparo por parte do ego em face de um acúmulo de excitação, quer de origem externa quer interna, com que não sabe lidar”. Para ele, os perigos internos vão modificando-se ao longo da vida, mas ressalta uma característica comum, como a separação ou perda de um objeto ou uma perda do seu amor, “uma perda ou separação que poderá de várias maneiras conduzir a um acúmulo de desejos insatisfeitos e dessa maneira a uma situação de desamparo” (*Id, Ibid*). Acrescenta, também, que vários perigos específicos podem ser capazes de desencadear uma situação traumática em diferentes épocas da vida, tais como: o nascimento, a perda da mãe como objeto, a perda do pênis, a perda do amor do objeto, a perda do superego. Pereira (2008, p.196) lembra que esses perigos, elencados por Freud, estão relacionados com a castração. Ele sustenta que “a castração constitui o mediador fundamental entre a separação e a instauração da situação de desamparo”. Esse autor aponta que, para Freud, o desamparo constitui o núcleo da situação de perigo, na qual se desenvolve a problemática edípica.

Pereira (2008, p.200) chama atenção para o risco que se corre de “acidentalizar o desamparo” ao fazer referência apenas ao evento traumático, caracterizado na forma de desamparo salientando que, em seus últimos escritos, Freud concebe o desamparo como a impossibilidade para o aparelho psíquico em apreender pela simbolização, o sujeito, seu corpo e seus desejos em um mundo simbolicamente organizado. Acrescenta também que “a fragilidade da existência humana e a falta de garantias ante as forças da natureza e as incertezas do futuro são as formas concretas pelas quais a condição de desamparo se

materializa” (*Ibid*, p. 201). Assim, não se tem garantias definitivas contra a instalação do traumático.

Em “*O futuro de uma ilusão*”, Freud (1927/1980) explica que junto ao desamparo do homem encontra-se igualmente o seu anseio pelo pai e pelos deuses. Segundo ele:

Este mantém sua tríplice missão: exorcizar os terrores da natureza, reconciliar os homens com a crueldade do Destino, particularmente a que é demonstrada pela morte, e compensá-los pelos sofrimentos e privações que uma vida civilizada em comum lhe impôs. (FREUD, 1927/1980, p. 29).

Dessa forma, o desamparo passa a ser considerado como uma condição que vai acompanhar o humano ao longo de sua existência. Freud constata que o desamparo do homem gera o anseio pela proteção dos deuses, da mesma forma como na infância tinha sido despertada a necessidade da proteção do pai. Assim sendo, cria-se a “ilusão religiosa” como forma de obter a proteção divina contra os perigos da existência e do desamparo. Pereira (2008) pontua que esse desamparo não tem o caráter de um acidente (traumatismo único) nem de uma etapa do desenvolvimento. Portanto, enfatiza que “a fraqueza e a impotência do homem ante a natureza e a morte não são específicas da infância, mas da própria condição humana” (PEREIRA, 2008, p. 209).

Acerca do desamparo e da situação de vulnerabilidade em que se encontra o ser humano perante a possibilidade de a qualquer momento se confrontar com o sofrimento, Freud (1930/1980), em “*O mal estar na civilização*” discorre sobre as três as principais fontes de sofrimento: a fragilidade do corpo; o poder superior da natureza; e os relacionamentos mútuos dos seres humanos. Para amenizar o sofrimento, segundo Freud, o indivíduo pode lançar mão do isolamento voluntário, a submissão aos desígnios sociais, utilização de substâncias químicas, o domínio dos impulsos instintivos, sublimação dos instintos por meio do trabalho psíquico e intelectual, fantasias, amar e ser amado, ainda a

fuga para a neurose, pois, a civilização impõe restrições às exigências pulsionais ocasionando o desamparo e, diante disso, ao indivíduo resta inventar maneiras criativas para a superação dessa condição, como é o caso dos acidentes traumáticos que, muitas vezes, os pacientes têm de realizar mudanças em suas vidas, muitas vezes radicais, como mudar de residência, de profissão, dentre outras.

Freud (1930/1980) relaciona o desamparo com a renúncia pulsional. Segundo ele, a civilização que seria destinada a proteger o homem em seu desamparo, impõe restrições às satisfações pulsionais para se viver em sociedade, o que gera desconforto e sofrimento. O desamparo, nesse texto, segundo Pereira (2008, p.205) é apresentado como “dimensão concreta e insuperável da condição humana”.

Diante disso, é possível constatar que o desamparo é constitutivo da subjetividade. Pereira (2008) lembra ainda que para Freud a subjetivação do nascimento se realiza em dois tempos: o primeiro está relacionado ao fato objetivo do nascimento quando ocorre um aumento de excitação no momento do nascimento. O segundo corresponde ao desmame, que dá sentido retrospectivo à primeira situação traumatizante: “A partir de então, será sempre a perda do outro amado o que remeterá a esta condição de abandono absoluto e de desamparo ante o crescimento do pulsional” (PEREIRA, 2008, p. 183).

Entretanto, ao nascer o bebê não é apenas separado de sua mãe, mas também perde uma parte de si. É nesse momento que o ser humano experimenta a primeira castração que será revivida em diversas situações futuras de sua história. Segundo Freud:

[...] a angústia aparece como uma reação à perda sentida do objeto e lembramo-nos de imediato do fato de que também a ansiedade de castração constitui o medo de sermos separados de um objeto altamente valioso, e de que a mais antiga ansiedade a ‘ansiedade primeva’ do nascimento – ocorre por ocasião de uma separação da mãe. (FREUD, 1926/1976, p. 161).

O valor narcísico atribuído ao pênis determina uma garantia a quem o possui de estar mais uma vez unido à mãe. Ficar privado desse predicado narcísico corresponde a uma nova separação, portanto significa ficar desamparado. A castração se expressa num corte, numa separação, que nas experiências infantis vai sendo vivenciada por meio de afastamentos dos objetos libidinais (seio, fezes, falo, mãe, etc.). Esse movimento direciona o desapego da mãe simbolizando sua ausência, em uma versão primeira do desamparo.

Durante as internações na enfermaria de traumatologia, pode-se tomar o momento vivido por um paciente que foi submetido a amputações traumáticas como aquele em que ele é remetido ao trágico do humano, desnudando a sua condição de mortal. Esse momento revela a falta de garantias colocando a castração em evidência de forma abrupta, pois a certeza lhe escapa. No caso de um acidente, não haveria tempo para o sujeito se proteger do perigo e por isso seria gerada uma quantidade de excitação, sem canalização, ocasionando a angústia.

A angústia de castração passa por modificação e transforma-se em angústia moral, que diz respeito aos valores e costumes. O medo do superego equivale ao medo da morte (ou medo pela vida) que é um medo projetado nos poderes do destino:

[...] o perigo de desamparo psíquico é apropriado ao perigo de vida quando o ego do indivíduo é imaturo; o perigo da perda do objeto, até a primeira infância, quando ele ainda se acha na dependência de outros; o perigo da castração, até a fase fálica; e o medo do seu superego até o período de latência. (FREUD, 1926/1976, p. 166).

Portanto, as situações de perigo aparecem em cada período da vida do indivíduo e tem seu determinante correspondente de angústia, sendo que o medo do superego permanece atuante por toda a existência.

Os acidentes, os ferimentos e a hospitalização representam para cada sujeito um momento de crises, de perdas, em que se depara com o incontrolável e com a fragilidade da condição humana, já que nessa circunstância o paciente tem sua fragilidade exposta e o hospital é o ambiente onde a falta incide sem subterfúgio. Nesse contexto, os pacientes encontram-se imobilizados pelos ferimentos físicos, no entanto observa-se que os pensamentos são mobilizados no sentido de tentar compreender o que aconteceu e, nesse momento, também reavaliam suas atitudes e valores frente à vida, decorrendo daí, os sintomas como depressões, ansiedades, fobias como representações do trauma psíquico.

No hospital, as pessoas internadas são colocadas frente a frente com a questão crucial da vida, ou seja, sua finitude. Do mesmo modo, são lançadas ao estado de desamparo revelando, dessa forma, a precariedade da condição humana. A questão do desamparo vem à tona a partir da situação do acidente quando o paciente refaz em sua memória a lembrança de ocorrências repetidas em sua história reveladas com marcas profundas de experiências de separações afetivas, perdas de pessoas, perdas financeiras e perdas sociais.

Assim, o paciente se vê atordoado após ter sofrido repentinamente um sério acidente com vários traumatismos, com sequelas físicas, se vê hospitalizado e com certa frequência, diz se sentir como se “*ficasse sem chão*”, sem sustentação, o que gera um sentimento de angústia, impotência e de estar completamente à mercê dos cuidados dos outros, em desamparo. Portanto, um acidente pode reviver o trauma e o a condição humana de desamparo.

3.3. A Pulsão [de Morte], o Trauma e o Desamparo

A dualidade pulsional sofre uma mudança radical a partir de 1920 quando Freud anuncia, em “*Além do princípio do prazer*”, a introdução do conceito de pulsão de morte, a compulsão à repetição e a retomada da ideia de trauma “excluído do reinado do princípio do prazer e intimamente articulado ao pulsional”, conforme mostra Lejarraga (1996, p. 27).

Freud (1920/1976, p.24) observou que os sonhos que ocorriam nas neuroses traumáticas tinham a característica de fazer o paciente reviver, repetidamente, a situação de seu acidente, “numa situação da qual acorda em outro susto”. Esse fato desencadeia a vivência de fragilização, impotência e desamparo. Poder-se-ia explicar a repetição como uma forma de fixação no momento do acidente. Dessa maneira, “o sujeito que sonha se encontra sempre na mesma situação de despreparo e desconhecimento quanto ao perigo que está por vir”, conforme afirmações de Santos (2002, p. 95). Também, retomando Freud (1920/1976, p. 24), nas neuroses de guerra, “Ferenczi e Simmel puderam explicar certos sintomas motores pela fixação no momento em que o trauma ocorreu”. Ou seja, a repetição incide sobre um “trauma”, uma marca psíquica que remeteria o sujeito a sua condição de desamparo primordial, sempre revivida em sua história.

A articulação do trauma com a pulsão de morte ocorre “como ao que escapa ao princípio do prazer, como o que não é ligado, ressaltando o ponto de vista econômico e o fator energético”, segundo Lejarraga (1996, p. 40). Essa autora afirma, ainda, que se o trauma é definido como uma invasão energética no aparelho psíquico pode-se então dizer que o aumento de energia corresponde à energia pulsional não ligada, não vinculada, ou seja, à pulsão de morte.

No entanto, é importante assinalar que a ideia de pulsão de morte tem um sentido negativo, pois é concebida como o não ligado e ao não vinculado, mesmo porque a própria ideia de morte traz em si essa negatividade, já que sua característica de atividade silenciosa poderia ter a finalidade de mantê-la em silêncio e sob a compulsão de repetição e desta

forma sustentando uma desimplicação, ou seja, “não tenho nada a ver com isso, nada a ver com o meu sintoma”. Assim, a ideia de compulsão vem atestar este não reconhecimento do sujeito que ele atribui ao seu ato “alguma coisa age em mim contra a minha vontade”, mas mesmo assim ele não consegue escapar da compulsão à repetição. Isto permite inferir outra dimensão para a lógica em jogo nos ditos ‘acidentes’: para a psicanálise, esse termo, acidente, não implica na exclusão do sujeito de seu acontecimento; em termos psíquicos, o sujeito, pela reedição do trauma e de seu desamparo constitutivo, não ocorre à revelia desse sujeito.

Porquanto, a pulsão visa retornar (caráter conservador) ao estado anterior das coisas, como na situação de trauma, que traz de alguma forma a angústia, porque assim encontra alguma satisfação nisso. Segundo Freud (1920/1980, p. 33-34), o desprazer não contradiz o princípio do prazer, por que “desprazer para um dos sistemas é, simultaneamente, satisfação para outro”.

Entretanto, é importante ressaltar as colocações de Garcia-Roza (1999, p.163), quando ele diz que a pulsão de morte enquanto potência destrutiva é o que impede a repetição do “mesmo” provocando novas formas. Acrescenta que contrariamente à ideia da pulsão de morte como retorno das formas anteriores, “temos a pulsão de morte concebida como potência criadora, posto que impõe novos começos ao invés de reproduzir o mesmo”. Desta forma, “a pulsão de morte seria a produtora de novos começos, verdadeira potencia criadora” (*Ibid*).

Diante disso, o pulsional não é traumático em si mesmo, mas somente na medida em que a intensidade pulsional se torna demasiada e transbordante para a capacidade de assimilação e metabolização pelo psiquismo. Nesse sentido, a noção de trauma está intimamente articulada ao fator quantitativo do pulsional, que deve ser ligada no psíquico para sua descarga.

CAPITULO 4. REVISITANDO O CONCEITO DE TRAUMA

[...] O “bom” funcionamento do corpo humano, tal como é concebido na contemporaneidade, que implica naquilo que se denomina saúde, nada mais é do que um desejo de retorno a um estado nirvânico onde dor, depressão e angústia não existem, mas onde o humano também não existe.

Berlinck (1999).

Nos capítulos anteriores, desta dissertação, “*Concepções de trauma*” e “*Trauma e desamparo na psicanálise*”, abordei o conceito de trauma para a medicina, nas áreas da traumatologia e da psiquiatria, como também para a psicanálise e em particular, sua relação com o desamparo, tendo como objetivo ampliar a discussão acerca das implicações do trauma físico sobre o psiquismo do sujeito, questão norteadora desta pesquisa.

O objetivo deste capítulo é revisitar essa noção de trauma na atualidade, buscando breves delineações dessas implicações para minha prática clínica na enfermaria de ortopedia e traumatologia do HCU-UFU.

Assim, como já discorrido neste trabalho, o trauma sempre esteve presente na história da humanidade e, na atualidade, tem gerado interesse das mais variados campos do conhecimento (psiquiatria, traumatologia, psicanálise, saúde coletiva, dentre outros) devido às diferentes formas e intensidades de acontecimentos traumáticos geradores de sofrimentos, como os desastres, os terremotos, os atentados, os sequestros e as diferentes formas de violências, provocando desafios a serem enfrentados.

Na psicanálise, com base nas elaborações de Sigmund Freud, a questão do trauma sempre acompanhou a história de suas teorizações. O conceito de trauma na teoria freudiana, conforme exposto por Puente (2005), passa por uma evolução, uma vez que se

afasta do conceito do trauma médico, como lesão orgânica de origem externa, e sofre uma interiorização: os fatores reais externos da teoria da sedução são deixados de lado e as fantasias da realidade psíquica assumem importância, aspectos esses observados no capítulo anterior.

Rouanet (2006), ao tratar dos traumas da modernidade, apresenta-nos os principais pontos teóricos acerca do trauma. O autor mostra, de início, que na pré-história da psicanálise, Freud e Breuer já se preocupavam com o tema. Nessa época, utilizavam-se do método catártico para induzir a *ab-reação* da experiência traumática. Segundo ele, era o trauma causado na criança por meio da tentativa de sedução de um adulto que constituía as condições para o desencadeamento da neurose, quando uma experiência posterior se ligasse por associação com a cena infantil. Posteriormente, “a importância do trauma como fator etiológico foi sendo relativizada” (ROUANET, 2006, p.144), pois Freud constatou, em sua experiência clínica, o caráter de irrealidade das cenas de sedução que a ele eram relatadas. A partir daí, Freud considerou que os sintomas não eram causados pela sedução real, mas sim pela sedução fantasiada. Neste momento, afirma Rouanet (2006), o trauma se integra a uma concepção etiológica, na qual a neurose é deflagrada em razão da união de dois fatores: a predisposição constitucional e o acontecimento acidental, de natureza traumática.

Dando sequência à exposição sobre a evolução da conceituação de trauma, na teoria freudiana, Rouanet (2006) expõe que a primeira guerra mundial (1914-1918) abalou o mundo. Paradoxalmente, é possível constatar que esse momento histórico foi bastante fértil para a psicanálise, dando-lhe visibilidade e o reconhecimento da importância de suas contribuições teóricas e para a clínica. Nesse período, Freud reavaliou suas elaborações sobre as neuroses traumáticas, aproximando-as das neuroses de guerra e controvertendo-as em neuroses de transferência. Desse modo, a ênfase atribuída à neurose traumática levou-o

a fazer inovações teóricas, sendo a criação da nova dualidade pulsional e a introdução da pulsão de morte, a mais importante contribuição. Em “*Além do princípio do prazer*” (1920), Freud deixa claro que “embora se aproxime da histeria, a neurose traumática vai além dela pelo maior sofrimento subjetivo que acarreta, e que faz com que ela se assemelhe à melancolia”, conforme esclarece Rouanet (2006, p. 145), e o sujeito se acha impedido de reagir ao terror tanto por descarga adequada, quanto por intermédio de defesa, e não pode se utilizar dos recursos do ‘princípio do prazer’. Mesmo os sonhos parecem não satisfazer aos mecanismos da ‘realização de desejos’, pois remetem de forma recorrente à situação traumática, assinalando o caráter repetitivo da ‘compulsão à repetição’, situada para “além do princípio do prazer”. A tendência repetitiva pode ser vista sob dois pontos de vista: uma positiva aludindo como uma tendência do ego a cogitar o sofrimento passado com a finalidade de dominar e *ab-reagir* às tensões excessivas causadas pelo acontecimento traumático. Por outro lado, a repetição em sua negatividade consiste ao que Freud denominou a existência de uma ‘pulsão de morte’, opondo-se às pulsões de vida. Rouanet (2006, p.146) lembra a tendência repetitiva e restauradora de toda pulsão, o que leva à ideia da pulsão de morte “que representa a tendência fundamental de todo ser vivo a regredir ao estado inorgânico”. Ele elucidava, ainda, que nesse caso a compulsão à repetição não está a serviço de uma ação terapêutica, mas, ao estado ‘demoníaco’ da pulsão.

Em “*Moisés e o Monoteísmo*”, de 1939, um dos últimos trabalhos de Freud, este analisa os efeitos da existência de dois tipos diferentes de fixação ao trauma, uma em sua positividade consiste na repetição da volta à situação traumática, como na neurose de guerra, “atitude que pode ter efeitos terapêuticos favoráveis”, ressalta Rouanet (2006, p. 146). Em seu aspecto negativo, o sujeito não quer saber dos traumas esquecidos, e assim tenta de todas as formas de evitar revivê-las, esclarece o autor.

O trauma e seu desenvolvimento como conceito psicanalítico, segundo os pressupostos da teoria freudiana, oferece um aporte que alicerça minha clínica, pois, em meu trabalho cotidiano, os ferimentos no corpo marcado pelo traumatismo deixam os pacientes imersos em sua dor, silêncio e angústia. Por outro lado, o acidente, que ocorreu de forma repentina e imprevista, momento em que o paciente vê a realidade da morte de perto, o deixa sem qualquer possibilidade de acionamento de ações de defesa, resultando na fragilização do ego, sofrimento e consternação.

Diante do que foi exposto, e buscando ampliar a sustentação para meu trabalho, passo, na sequência deste texto, a trazer elaborações sobre tema, trauma e sofrimento psíquico, mais atuais e que se inscrevem dentro da abordagem psicanalítica estabelecida por Freud.

4.1. O Trauma e o Desamparo

Segundo Rudge (2006, p.07), ao discorrer sobre a atualidade do conceito de trauma e sua presença na psicanálise, sustenta que são as questões da clínica atual [com toda sua heterogeneidade] que “nos confrontam incessantemente com as repercussões da angústia e do sentimento de desamparo oriundos da exposição à violência e à insegurança.” Repercussões e sentimentos que acompanho em pacientes da enfermagem de traumatologia, vivenciam após serem acometidos dessa exposição violenta.

Uma vez que o termo “desamparo” sugere a ideia de separação e transformação, ele “evoca o sentido de cair sem ter algo para agarrar-se, escorar-se ou apoiar-se, [...] implica uma condição de abandono, solidão e esquecimento” (MENEZES, 2012, p. 24). Desse modo, o desamparo pressupõe [e impõe] a existência do outro. A situação de imprevisto em que o acidente ocorre, deixa o paciente diante do fato de que não há proteção absoluta

na vida e, também da falta de garantias de segurança, essas, desde sempre, advindas do outro. Como algo que cai, importante ver que a inutilização de algum membro do corpo, ou mesmo a amputação deste como consequência de um acidente, ratifica esse sentimento de falta, de perda: o trauma do corpo tem uma marca de vazio, de perda, pois é o traço [em suas representações psíquicas] do desamparo nesse corpo.

Mendlowicz (2006, p.56) destaca que o desamparo é considerado como o protótipo da situação traumática causadora de angústia, uma vez que “as situações traumáticas estão sempre ligadas a perdas, seja do objeto amoroso, de partes de si próprio, de ideais, do amor do supereu”. Na situação de perda traumática, “um laço significativo que dava sentido à vida do sujeito é rompido [...] e o sujeito mergulha no desamparo, perdendo a valorização de si próprio” (*Ibid*, p. 56). Essa autora assinala que as “pequenas perdas” podem adquirir um valor traumático, porque o importante é a invasão do sentimento de desamparo, a ruptura da continuidade expressiva do eu, e não a dimensão traumática em si, como no caso das guerras.

O estado de desamparo, de acordo com Menezes (2012), tal como é exposto no texto “*Inibições, sintomas e ansiedade*” de Freud, de 1926, “coloca o eu como desamparado e abandonado à sua sorte, diante das excitações poderosas com as quais não pode lidar”. Esse estado é o causador de angústia, correspondendo à noção freudiana de “angústia-automática”, que gera a condição afetiva intrínseca da situação traumática.

Pereira (2008) recorre à noção freudiana de desamparo para situar a questão psicopatológica do pânico na metapsicologia, *pathos* desse sintoma da contemporaneidade. Para esse autor, existe uma íntima relação entre o pânico e as situações de perdas, pois, essas situações deveriam estabelecer um estado de tristeza ou depressão, pertinentes ao trabalho de luto. Mas, em suas constatações, esse autor sustenta que os sujeitos acometidos por ataques de pânico não realizam um trabalho de luto e nem entram em um estado

melancólico. A perda tem uma importância para esses sujeitos e os coloca diante da realidade de que “não há garantias! Não há fiador para meu mundo! [...] Eu também vou morrer!” (PEREIRA, 2008, p. 371). Nessa situação, o autor diz que ocorre o desencadeamento das crises. Portanto, segundo Pereira (2008), o sujeito acometido de ataques de pânico, “é, sem dúvida, uma pessoa mais perto do conhecimento profundo da condição de desamparo fundamental da existência humana” (*Ibid*, p.249).

Rouanet (2006) aponta para o fato das violências urbanas estarem atingindo níveis psiquicamente insuportáveis, pois se encontram associadas ao crime organizado financiado pelo tráfico de drogas e resultam na fragilização e no trauma psíquico do sujeito. Pois o indivíduo contemporâneo, segundo Macedo (2012), não se adequa mais aos ideais libertários, como na década de 60, quando buscava superar limites e interditos. Na atualidade, segundo o pensamento desta autora, o que caracteriza o individualismo é uma experiência de desenraizamento, “vinculada à perda de referências simbólicas, que leva a uma busca constante de ancoragens indentitárias, ainda que transitórias” (MACEDO, 2012, p.99). Esse desenraizamento tem como efeito uma espécie de intensificação do desamparo ante a situação traumática, pois não há referência simbólica para restituir o sujeito dessa condição de abandono.

Conforme afirmações de Fernandes (2011, p.15), o corpo está em alta, uma vez que tem sido alvo de completude e perfeição: “parece servir de forma privilegiada, por intermédio da valorização da magreza, da boa forma e da saúde, como estandarte de uma época marcada pela linearidade anestesiada dos ideais.” Por sua vez, esse corpo saiu do espaço privado e das instituições de saúde para o espaço público (academias, clínicas de estéticas, as ruas, dentre outros). No entanto, esse ideal que se busca alcançar, com hiperinvestimento no corpo, frequentemente resulta em frustração e sofrimento. Dessa

forma, a imagem do corpo ganha um papel de relevância, constituído de imagem sem volume e interioridade que determinam efeitos patogênicos envolvendo a corporalidade.

Esses fatos segundo Fernandes (2011, p.17), assinalam para os “novos sintomas” que se apresentam na clínica hoje, tais como: os transtornos alimentares, a compulsão para trabalhar, as incessantes intervenções cirúrgicas para modelagem do corpo, a sexualidade compulsiva, o horror do envelhecimento, a exigência da ação, o terror da passividade, a busca patológica da saúde ou,” ao contrário um esquecimento patológico do corpo, e ainda a variedade dos quadros de somatização.” A autora refere, ainda, ao fato de que Freud sempre levou em conta o corpo e sua diversidade expressiva, sem deixar de se preocupar como os materiais psíquicos. O próprio conceito de pulsão é compreendido por Freud como limite entre a concepção psicológica e a concepção biológica. Acrescento a esses sintomas elencados pela autora, o traumatismo físico em acidentados, tais como encontro na enfermaria: os indivíduos mutilados adicionam ao seu desamparo e trauma uma cicatriz narcísica, por que seu corpo não é mais o corpo ideal, o corpo perfeito, mas um corpo marcado, imperfeito.

Fonseca (2007) pontua as diferenças das compreensões de corpo para a medicina e para a psicanálise, uma vez que para a primeira o corpo é concebido como uma máquina, um organismo que pode ser manipulado e dissecado pelo olhar da ciência, enquanto que para a psicanálise, ele é uma organização erogeneizada, marcado pela pulsão e pela linguagem, sendo ambas inseparáveis. Dessa maneira, o adoecer [do corpo], sob o ponto de vista da psicanálise, é diferente aos olhos da Medicina, “por manifestar-se em um corpo marcado pela linguagem e pela pulsão”, (FONSECA, 2007, p. 230).

4.2. O Trauma e Algumas Condições Psicopatológicas

No campo da medicina, em particular para a psiquiatria, o trauma tem alcançado um lugar de destaque determinando o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre o *Post- Traumatic Stress Disorders* (PTSD). Rouanet (2006) informa que não se fala mais em neurose de guerra, mas em uma nova entidade clínica, que é o PTSD, nos dias atuais⁴.

Segundo Meshulam-Werebe (*et all*) (2003), as alterações psiquiátricas mais comuns que ocorrem após eventos estressantes (acidentes, violências, desastres naturais, doenças, mortes, dentre outras) e sentidos como ameaçadoras são: depressão, uso abusivo ou excessivo de álcool e drogas, reações agudas ansiosas, fobias, dissociações, somatizações e crises de pânico. Ainda, sob o aspecto subjetivo, os estressores provocam sentimento de medo intenso, impotência e desamparo. Nas disposições objetivas, os estressores provocam uma variedade de sintomas físicos, tais como: cefaleias, fadiga, ansiedade e síndrome do cólon irritado, além da possibilidade de apresentar estados dissociativos, fazendo com que o paciente passe a reviver as situações traumáticas, sob a forma de *flashbacks* e pesadelos.

De acordo com Cavalcante, Morita e Haddad (2009), o Brasil carece de estudos sistematizados sobre o estresse-pós-traumático decorrente de acidentes de trânsito. Conseqüentemente, faltam dados que permitam analisar a extensão do problema e estabelecer relações mais precisas entre esse transtorno e os acidentes. Mas, sabe-se da alta incidência de ambos em comorbidade, no cotidiano de hospitais.

Schmitt e Gomes (2005) ressaltam que a relação do trauma com os transtornos psicopatológicos são uma “via de mão dupla”, pois o trauma consiste em fator de risco para esses transtornos e estes, por sua vez, também são fatores de risco para a ocorrência do trauma. Esses fatores afirmam que os transtornos de humor têm uma prevalência de

⁴ Vale ressaltar que a classificação psiquiátrica dos transtornos mentais exclui classificações do campo psicanalítico como neuroses e histeria, de modo geral.

comorbidade de 77%, estabelecendo-se ainda associação com abuso de álcool. Para esses autores, a história prévia psiquiátrica comumente indica a presença de um transtorno mental. Esse fato leva a se pensar que o trauma físico pode muito mais ser uma consequência de um transtorno psiquiátrico do que a causa de trauma psíquico. Dizendo de outro, em acordo com o que venho expondo, mesmo a psiquiatria reconhece uma comorbidade entre o transtorno mental e acidentes, antecipando a existência do primeiro. Nessa direção, cogita-se que o sujeito contemporâneo estaria afetivamente mais suscetível às situações estressantes, tanto em evento físicos como acidentes ou eventos psicoafetivos e sociais.

O mundo moderno, de acordo com Menezes (2012), é marcado pela experiência do desamparo, pois o sujeito efetuou uma parcela das possibilidades de felicidade em troca de segurança. Esse fato causa um empobrecimento simbólico e, conseqüentemente, intensifica o mal estar nas relações sociais. Nesse sentido, se institui a configuração de uma marca traumática e “destacam-se algumas psicopatologias (como o pânico, a anorexia, a bulimia, a toxicomanias, as psicossomatizações, e as depressões, dentre outras)”, (MENEZES, 2012, p.104-105). Ainda, entre as formas de sofrimento humano, sobressai-se a violência exagerada nas relações interpessoais, somando-se à intolerância e à indiferença. A autora destaca que diante da impossibilidade do confronto com o desamparo o sujeito pode lançar mão do masoquismo e da servidão. Lembrando-se das ideias de Freud (1930), ainda destaca que no masoquismo prevalece “o apelo à proteção do pai como forma da proteção contra o desamparo [que] é um traço masoquista fundamental” (*Ibid*, p. 112).

4.3. O Sujeito em Sofrimento Psíquico na Atualidade e a Psicanálise

O padecimento do sujeito contemporâneo, conforme afirmações de Macedo (2012) é efeito de um narcisismo e do apagamento da alteridade, pela tendência da redução do homem à dimensão da imagem. Dessa forma, há uma valorização excessiva da “exterioridade” em detrimento de uma “interioridade”. Em consequência, o desejo adota uma propriedade autocentrada enquanto que a intersubjetividade é esvaziada de trocas humanas. Essa forma de “autocentramento é valorizada socialmente [...] e estimulada socialmente pela cultura da drogadicção, pelas vias médicas e do narcotráfico” (MACEDO, 2012, p. 99).

Portanto, na atualidade, configura-se uma nova forma de subjetivação do sujeito, pois com o declínio da ordem paterna como referência refletindo na fragilização dos vínculos sociais, esse fato acarreta diferentes formas de sofrimento e adoecimento psíquico (depressões, pânico, uso abusivo de álcool e drogas, transtornos alimentares e psicossomatizações).

Ainda, conforme agora as afirmações de Maia (2004, p.81), no âmbito das patologias traumáticas encontra-se a manifestação da angústia não como processo antecipatório, mas como angústia de morte e aniquilamento. Assim, a angústia surgirá vinculada aos processos da compulsão à repetição “e será necessário um “antídoto” cada vez mais poderoso para sedá-la”.

Nas afirmações de Maia (2004), a atualidade apresenta um rasgo histórico, pois há um rompimento com o “contrato narcísico”, e destacam-se dois pontos fundamentais: o primeiro diz respeito à cultura contemporânea que não oferece “o anteparo simbólico necessário para que o eu sinta em harmonia com seu próprio corpo e subjetividade [...] e ainda atribui-lhe a culpa pelo próprio fracasso em não alcançar [...] os modelos veiculados

pelos simulacros tecnológicos do ideário contemporâneo” (MACEDO, 2012, p. 87); O segundo refere-se ao “prazer veiculado pela mídia- cultura” (*Ibid*), ou seja, é o prazer imediato, prazer adicto que não acontece pela mediação do outro, caracterizado pela descarga instantânea. Ainda, afirma essa autora, nesse contexto, o sujeito é presa fácil e a capacidade de pensamento crítico sofre um rebaixamento afetando a possibilidade de perceber os mecanismos de coerção social implícitos. Assim, o número e a diversidade de terapias crescem como recursos na tentativa de curar o estresse, a ansiedade, a solidão, a adição, a depressão, a apatia e demais outras síndromes. Igualmente, observa-se o aumento de seitas religiosas que atraem grande quantidade de adeptos como uma busca para por fim às dores da alma.

Para Maia (2003), os mecanismos de massa, sobretudo os televisivos atuam como uma espécie de funcionamento de quarto poder operando na configuração tanto das novas formas de subjetivação quanto das modalidades de apresentação do sofrimento psíquico. No espetáculo, a autora afirma, há “uma espécie de aprisionamento e devastação de partes da experiência humana” (MAIA, 2003, p.64), pois o sujeito se vê inibido em sua força desejante e, com isso, sua vida de fantasia e criatividade sofre um esvaziamento. Nesse contexto, é a imagem de si, o narcisismo, como o teorizado por Freud como sendo o processo estruturante da subjetividade, que adocece e padece. Instaura-se “uma impossibilidade de deslocamento do *Eu-ideal* (lugar do narcisismo) para um *Ideal de eu* (lugar da alteridade)” (*Ibid*, p.65), uma vez que os ideais inexitem enquanto bens simbólicos. Assinala, ainda, que o registro único e predominante é o da imagem de superfície.

Nessas condições, os laços afetivos, segundo Maia (2003), devem determinar prazer imediato e, a qualquer ameaça de sofrimento, o outro é descartado para manter a ilusória sensação de felicidade (euforia). Nesse sentido, não há lugar para os afetos

humanos de angústia e tristeza e, a qualquer sinal de sua presença, o sujeito deve lançar mão de recursos para sedá-la (antidepressivos e outras drogas). A autora enfatiza a pouca tolerância que se dá na contemporaneidade ao afeto de tristeza como o que é vivido nas experiências de luto. Essas condições a que está submetido o sujeito contemporâneo, posso cogitar, impediria que o mesmo se prestasse a escutar seu sofrimento psíquico, possíveis traumas recalçados e, dessa maneira, tamponando e evitando a dor e angústia a qualquer preço narcísico, o inconsciente atuaria com novos meios de ‘enfrentamento’ desse sofrimento primário, por exemplo, por meio de acidentes extremamente traumáticos, como repetição de traumas constitutivos desse psiquismo.

Para Roudinesco (2000, p.19), o sofrimento psíquico, atualmente, tem se manifestado sob a forma de depressão, pois o sujeito, ao se encontrar com a falta de perspectiva revolucionária, “busca na droga ou na religiosidade, no higienismo ou no culto de um corpo perfeito, o ideal de uma felicidade impossível”. Assim sendo, afirma a psicanalista francesa, é que a sociedade democrática moderna procura eliminar a realidade da adversidade, da morte e da violência. Mas essa eliminação seria um engodo, pois vemos o aumento significativo de indivíduos acometidos de algum tipo de sofrimento psíquico, algum desencontro afetivo com a vida.

Segundo Maia (2003), no drogadicto a repetição do uso da droga para evitar a angústia se torna compulsiva. Além disso, ele não usufrui de aprendizado com a experiência vivida e passada. Nessa situação, há uma interrupção no tempo histórico e ocorre uma dissociação entre presente, passado e futuro resultando nas novas patologias. Esses novos modos do sujeito contemporâneo sofrer devem ser considerados em sua condição de vivência e repetição traumática, na perspectiva freudiana, em que, muitas vezes, a linguagem, o simbólico não mais funcionaria como metáfora dessas condições, fazendo-se, então, necessário que o sujeito lance mão de sintomas físicos, adoecimentos

variados e, também, acidentes traumáticos. De todo modo, tem-se, sempre uma angústia em jogo na repetição de um sofrimento em todas as variadas formas de manifestação.

4.4. A Escuta Psicanalítica na Enfermaria de Ortopedia e Traumatologia

Diante do que foi exposto, é preciso discutir sobre o lugar da psicanálise no hospital geral, considerando que é por meio dela que se escuta o sofrimento psíquico manifesto nos sintomas físicos e nos acidentes que chegam ao hospital. Apenas uma escuta psicanalítica poderia captar em sujeitos acometidos de acidentes de trânsito, por exemplo, os sinais de uma angústia, de sofrimento psíquico e sua revivência inconsciente, pois é a esse ponto que se direciona a psicanálise.

Fonseca (2007) destaca que diferentemente do que ocorre com a medicina, em psicanálise a abordagem que é feita do sujeito é distinta, porque na primeira ele é falado, e na segunda ele é escutado e desnudado no mais íntimo do seu ser. A psicanálise atua com a escuta do inconsciente, já a medicina opera com o saber lógico e formal da ciência.

O paciente politraumatizado, ao ser socorrido, dá entrada ao hospital pelo pronto socorro, onde é atendido em caráter de urgência. Para Moura (1996), a medicina vai escutar o chamado, porém sendo a dimensão do tempo do sujeito eliminada, pois ela “trata o corpo doente dirigindo seus cuidados para os signos e sintomas do paciente” (MOURA, 1996, p. 10). No entanto, a psicanálise vai articular a pressa exigida pela situação ao ‘tempo do sujeito’ que necessitará acontecer.

Moretto (2001) faz uma observação quanto ao fator “tempo cronológico” que poderá dificultar a realização de um trabalho psicanalítico, pois não se dispõe de tempo suficiente (período de internação) ou quando o paciente recebe alta hospitalar. Porém, vale ressaltar que essa referência ao tempo se distingue da temporalidade do inconsciente, pois

este é atemporal, o que levaria a sustentar a possibilidade de escuta psicanalítica na enfermaria, pois o que estaria em jogo não seria ainda um tratamento psicanalítico, mas uma escuta do sofrimento em jogo para além do trauma físico. Desse modo, essa intervenção psicanalítica seria seguida de indicação de continuidade do tratamento.

De acordo com a autora supracitada, o trabalho analítico na enfermaria do hospital não avança para além das entrevistas preliminares, pois “o período de internação não coincide com o tempo de o paciente entrar em análise em direção à travessia do fantasma (o que caracterizaria o final)” (MORETTO, 2001, p. 102), e algumas vezes o paciente é encaminhado para continuação do processo de análise em ambulatório ou em outro lugar.

Na enfermaria, o trabalho é breve, contudo não deve deixar de corresponder aos princípios psicanalíticos, sempre em pauta nas ditas entrevistas preliminares. De fato, não se trata de fazer análise na enfermaria, mas de desnudar a demanda do paciente, respondendo à questão: que trauma está em jogo nesse acidente? A escuta psicanalítica possibilita identificar, a partir do sintoma, as experiências repetidas que causaram danos narcísicos, que retornam com um desprazer maior.

Após o acidente, frequentemente, o paciente é trazido pelo Corpo de Bombeiros (que realizou os primeiros atendimentos e imobilização) para o Pronto Socorro, em condições de atordoamento, dores físicas, mas também com dores psíquicas. Para Silva (2003) a clínica psicanalítica na urgência, assinala a denúncia da ilusão da completude e de eternidade, bem como a finitude. O paciente se defronta com um mundo que lhe aponta impossibilidades, e diante do desamparo, a insegurança e a angústia o assola. Esses sentimentos sofridos decorrentes devem ter oportunidade para serem expressos e escutados. Nesse sentido, a escuta psicanalítica no hospital deve ocorrer segundo um modelo próprio em conformidade com a realidade institucional para acolher as necessidades dos pacientes, familiares e equipe e, nessas condições, não haveria um único

modo de intervenção psicanalítica na enfermagem de um hospital, mas uma atuação pautada na singularidade de cada paciente que ali chega.

4.5. Frida Kahlo: o Corpo em Traumas

Com base na direção que venho estabelecendo, em minhas elaborações a partir de minha questão inicial, da relação entre trauma físico e sofrimento psíquico, trago a história da pintora mexicana Frida Kahlo, vítima de um grave acidente de trânsito quando jovem e que, nos mostra, em sua vida como mulher e pintora, essa indissociável relação trauma físico e sofrimento psíquico, em que a sua dor no corpo, como seqüela do acidente sofrido, se misturou e se transformou em sua dor psíquica, como é possível inferir em seus trabalhos como pintora.

Todavia, Frida não se rende ao desamparo e ao mal estar imposto pela “natureza” de seu corpo: ao fazer de sua dor física o meio de sua dor psíquica, ela faz arte, ela pinta em imagens seu corpo mutilado, machucado e traumatizado em temas que nos dizem de suas perdas, o que esse traumatismo do corpo lhe infligia de trauma psíquico. Lembrando Freud, é o sujeito sendo criativo com seu sofrimento e, a seu modo, é isso que pintora mexicana, de corpos fraturados e imagens angustiantes, nos ensina.

Porquanto, Magdalena Carmem Frida Kahlo y Calderón, conhecida por Frida Kahlo, foi uma importante pintora latino-americana [quicá a mais importante] e teve uma vida marcada por superações e sofrimentos que foram retratados em toda sua obra transformando-a em uma das mais expressivas pintoras e mulheres de seu tempo. Seus quadros refletem o momento pelo qual ela passava, pois Frida pintava não seu corpo-carne machucado, mas seu corpo simbólico, seu corpo psíquico sofrido, determinada a fazer desse sofrimento e de seus ferimentos a obra de sua vida. Sempre retratou a si mesma, suas

angústias, suas vivências, seus medos e mesmo o amor a seu marido Diego Rivera e o mal-estar causado por essa relação. De início, ela se recusava a mostrar publicamente suas pinturas dizendo que diziam respeito somente a si mesmo. Todavia, é possível perceber no singular das obras de Frida e que disse de sua condição, o universal simbólico dos seres humanos: a dor e o que ela nos causa, às últimas consequências, em Frida Kahlo.

Frida Kahlo nasceu em 1907, no México, e sua vida foi marcada sucessivamente por grandes tragédias e, seu percurso, foi uma tentativa de opor-se a isso que seu corpo lhe impunha como limite. Aos seis anos de idade contraiu poliomielite e passou confinada no quarto por nove meses, o que resultou em uma seqüela em sua perna direita, a mesma que seria décadas depois, amputada. Mas, essa mesma pólio a forçou a mexer quase como uma atleta, para recuperar o corpo. O que ele fez, por toda a vida.

Aos 18 anos de idade, Frida sofreu um grave acidente pela colisão do ônibus, em que se encontrava vindo da escola, com um bonde, que mudou de maneira drástica a sua vida. Ela sofreu múltiplas fraturas e uma barra de metal atravessou-a entrando pela bacia e saindo pela vagina, causando profundo ferimento abdominal e deixando-a incapaz de ter filhos e com várias seqüelas na coluna quebrada em três lugares. Após esse acidente, hospitalizada, Frida [*apud* HERRERA, 2011, p.71] disse, sobre a dor e a força como reação a essa dor: “É preciso suportar. Estou começando a me acostumar com o sofrimento.” Contudo, acostumar-se ao sofrimento, em Frida, não foi nem negá-lo e nem render-se a ele, mas torna-lo a ‘pulsão’ de sua vida e de seu trabalho criador, a partir de sua dor.

No hospital, os médicos que a operaram tinham dúvidas se ela sobreviveria ou mesmo se voltaria a andar, tamanha proporção e gravidade dos ferimentos. “Eles tiveram de remontá-la por partes, como se estivessem fazendo uma fotomontagem”, nos conta Herrera sobre as intervenções médicas sofridas por Frida (2012, p. 70). Ela foi submetida a

aproximadamente 32 intervenções cirúrgicas, na coluna e no pé direito, até sua morte, 29 anos depois desse acidente. Sua recuperação corporal consistia em uma série de imobilizações com gesso e espartilhos, trações e cirurgias experimentais, causando-lhe intensas dores, maiores do que as causadas pelas fraturas. Além disso, o sofrimento se tornava ainda maior devido ao isolamento e solidão que eram impostos por sua condição devastadora.

Frida começou a pintar durante sua convalescença, quando sua mãe adaptou um espelho no alto de sua cama. Dessa forma, exprimia seus sentimentos por meio da pintura e especialmente retratando a si mesma, suas vivências, suas angústias, seus medos e dores, como também o seu amor pelo marido Diego Rivera (famoso pintor mexicano) cujo relacionamento foi sempre conturbado.

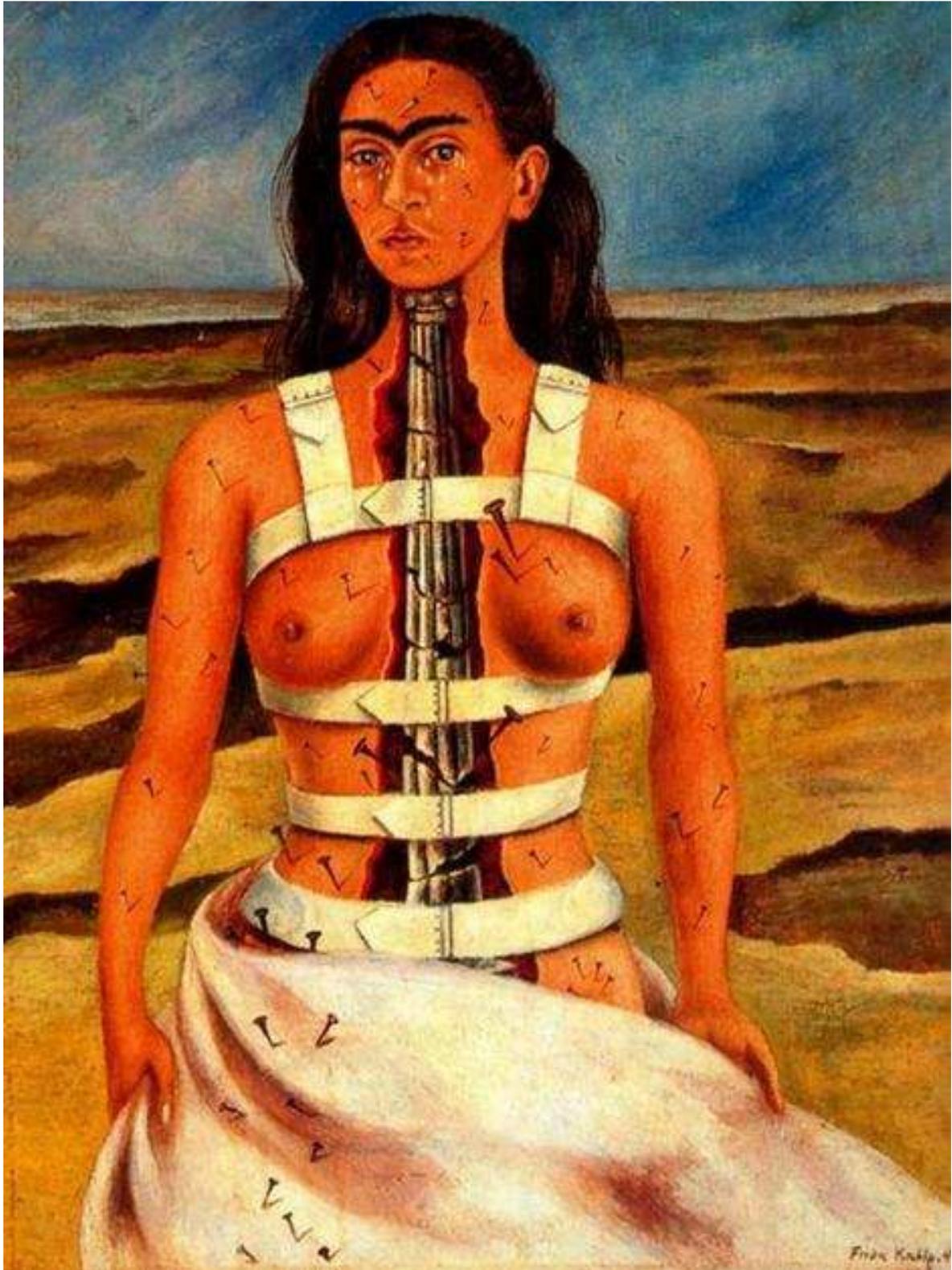
O acidente de Frida, de acordo com Herrera (2012, p.97) é considerado, pelos mexicanos, como sendo uma predestinação: “ela não morreu porque era seu destino sobreviver, e viver um calvário de dor”. Que destino é esse que leva o sujeito de encontro com o sofrimento, com o imponderável da morte? Cada cultura dará sua explicação, mas, para a psicanálise, como exposto, trata-se dos traumas que o sujeito vai enfrentando e revivendo pela vida, até seu fim, direcionado pela pulsão de morte que ratifica sempre nosso desamparo e nossa angústia.

A própria Frida tinha como opinião a ideia de que o sofrimento e a morte são inevitáveis. Contudo ela ridicularizava a morte, porque a morte era-lhe inseparável. Frida, pintora, ensinando à psicanálise: somos fadados à morte, esse é nosso destino; nesse caminho o mal estar vai nos acompanhar, a angústia, mas devemos fazer algo com essa condição e, Frida, pintou quadros para fazer cortes na repetição diária de seu sofrimento físico e psíquico. Em suas pinturas, Frida dava a conhecer os sentimentos dolorosos que a invadiam: “Ela revirou seu corpo, colocando o coração na frente do seio e mostrando sua

coluna partida como se sua imaginação tivesse o poder de uma visão de raios x ou o gume do bisturi de um cirurgião”, segundo Herrera (2011, p. 98).

Para essa autora, a pintura foi parte da batalha de Frida Kahlo pela vida. Ademais, significou uma forma de auto invenção, pois assim como em sua vida, a arte e a auto representação consistia em um meio para controlar seu mundo, “à medida que ela se recuperava, sofria recaídas e se recuperava novamente, Frida se reinventava” (HERRRERA, 2011, p. 98). A vida pública de Frida era intensa, ela possuía vivacidade, espiritualidade e generosidade. Teve uma atuação revolucionária, além de militante política e ativista cultural e, nesse caminho intenso, foi pintando as cicatrizes narcísicas de seu corpo fraturado, rasgado e dividido, sua coluna partida, esta mostrada na pintura de 1944 e que trago abaixo: A Coluna Partida (1944)⁵.

⁵ Retirado de <http://www.fridakahlofans.com/paintingsyear01.html>.



Essa tela, “A coluna partida”, foi pintada logo após mais uma cirurgia. Nela, Frida retrata a angústia intensificada por pregos cravados em seu corpo nu: “O corpo aberto alude à cirurgia e a sensação de Frida de que, sem o colete de aço, ela literalmente se despedaçaria” (HERRERA, 2012, p. 101). E para mostrar a solidão do sofrimento físico e emocional, “Frida se pintou isolada, tendo como pano de fundo uma planície imensa e árida” (*Ibid*). O corpo remontado de Frida, costurado por seus pinceis, não é apenas anatômico: o que está sendo recomposto em seus pedaços é o sofrimento e as feridas psíquicas de Frida que insistem em derrubá-la, em findá-la, mas, assim como o colete, a pintura a amarra novamente, suspende sua coluna e a mantém em pé [viva]. Os pregos, nessa pintura, parecem ir demarcando o percurso da dor, por seu corpo.

Frida demonstra saber [sem saber que sabe] que um trauma físico traz em si um trauma psíquico. Em 1954, aos 47 anos Frida foi encontrada morta em seu leito. Oficialmente a causa de sua morte foi “embolia pulmonar”, mas há suspeita de suicídio. As últimas palavras de seu diário revelam sua vontade de olhar com *alegria* as realidades mais tristes e desanimadoras: “Espero a partida com alegria - e espero nunca mais voltar – Frida”, (HERRERA, 2012, p. 520).

Frida retrata em suas obras o “excesso” (cor, dor, angústia) e transforma o sofrimento em arte pelo qual o expectador se identifica com a personagem que representa ela própria. Mas, não é isso que todos fazemos: inventamos nossa própria ficção, não somos personagens criados por nós mesmos?

Pode-se considerar sua obra como tentativas [bem sucedidas] de superação dos percalços da existência (acidentes, doenças, abortos, desilusões amorosa), pois além de todo sofrimento, conseguiu ter um estilo de vida de vanguarda para a época, com participação social revolucionária.

A obra de Frida Kahlo revela a tenacidade que lhe dava existência própria, que lhe dava condições de superar todo o sofrimento psíquico provenientes de sua intensa dor. A pintura parecia lhe oferecer sustentação para sobrevivência psíquica, a pintura foi sua coluna psíquica, sua coluna simbólica. Não foram os médicos, em suas inúmeras cirurgias, que remontaram seu corpo, que lhe deram integridade psíquica e restituíram-lhe totalidade de afetos, mas a pintura. Pintura essa que mostra Frida erótica, um corpo feio, porém um corpo de mulher, sexualizado, um corpo não recusado, como se pode ver na tela mencionada.

A história “traumática” de Frida remete às tantas histórias que constato em minha *práxis* clínica, na enfermaria de traumatologia, com pacientes acometidos por graves ferimentos físicos (fraturas, amputações, paraplegias e tetraplegias), que muitas vezes deixam sequelas irreversíveis que acarretam transformações em suas vidas, como na profissão, no econômico, nas relações afetivas e sociais. Essas pessoas chegam ao pronto-socorro de um hospital geral arrebatadas da rotina de suas vidas. Essa situação comumente traz grandes sofrimentos aos pacientes e familiares, impondo a realização de um trabalho de reinvenção de novas formas de viver ou adoecer psiquicamente. Diante disso, seria esse o papel da psicanálise, nessa enfermaria, aprendido com Frida Kahlo: fazer ver que é preciso que o sujeito se reinvente com esse corpo traumatizado, ferido e que essa reinvenção não é apenas física é, antes de qualquer coisa, psíquica.

CAPÍTULO 5. TRAUMA NA ENFERMARIA DE OTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HCU-UFU: FRAGMENTOS CLÍNICOS

“Neste hospital”, Frida disse a Alejandro, “a morte dança toda noite em volta da minha cama”.

Frida Kahlo (1925, apud Herrera, 2011).

O conceito de trauma evoca uma diversidade de acontecimentos trágicos, dentre os quais se destacam os acidentes, as amputações, as mortes, as catástrofes naturais e as violências. Também, o trauma pode deixar rastros e marcas, físicas e psíquicas, por toda vida e mesmo podendo provocar fissuras na história do sujeito que muitas vezes se torna difícil de serem curadas. Ainda, sobre a relação trauma físico e trauma psíquico, foi discutido, ao longo desta dissertação, como os pacientes de traumatismos físicos revelam em suas histórias pregressas sintomas que levam a uma aposta de que esses acontecimentos apresentam a repetição das situações traumáticas, como revivências inconscientes de sofrimento psíquico recalçado. Sobre isso, é importante não perder de vista que se trata de uma investida psicanalítica sobre meus encontros com pessoas acometidas desses acidentes. Portanto, um recorte singular de minha escuta clínica.

Com base nas elaborações e articulações feitas nos capítulos anteriores, e buscando ampliar a discussão acerca do tema, apresentarei o relato de alguns fragmentos clínicos, recortados do meu encontro como analista e investigadora com pacientes politraumatizados na enfermaria de ortopedia e traumatologia do HCU-UFU, tendo em vista a análise desses fragmentos e a relação do trauma físico e trauma psíquico, assim como as implicações para o paciente que sofreu um acidente.

Nesse sentido, esses fragmentos clínicos [recorte de meu cotidiano e de minha experiência clínica de trabalho] têm a função de construir um suporte para as elaborações epistemológicas feitas dando conta das delimitações e especificidades clínicas na enfermaria. Trago, então, três fragmentos cujas histórias clínicas dão a dimensão de como os arranjos psíquicos ajudam a desvelar a relação trauma psíquico e trauma físico, proposta na minha questão de pesquisa, levando-se em consideração que o segundo é sempre antecipado, efeito do sofrimento causado pelo primeiro, pois em termos de inconsciente não há a coincidência, é preciso sempre buscar o mal estar que nos causa.

Vale ressaltar que por não se tratar de casos clínicos, mas de fragmentos [recortes narrativos] que me possibilitam tematizar, os nomes apresentados a seguir de Amanda, Maria e João são de ficção, são parte desta tematização e, importante também que essas personagens não são participantes de pesquisa, no sentido canônico: são, de fato, construções de linguagem efeitos do cotidiano de meu trabalho na enfermaria de traumatologia e que vêm tomar lugar na discussão epistemológica que aqui se constrói: são personagens que, assim como Frida Kahlo, ratificam o lugar do corpo, da dor e do afeto na vida dos sujeitos.

5.1. Amanda, um Limite Imposto pela Realidade Traumática.

Amanda era uma jovem mãe de uma menina de pouco mais de um ano de vida quando sofreu um grave acidente de motocicleta, estava dirigida pelo marido que teve ferimentos leves. Esse acidente deixou-a tetraplégica (paralisia de braços e pernas). Conforme o protocolo a ser seguido na rotina da instituição hospitalar, fui solicitada pela enfermeira a atender essa paciente que se apresentava “deprimida” (sic). Aqui, é possível ver o que anteriormente apresentei acerca da especificidade do trabalho do psicólogo no

hospital: somos convocados diante de um sofrimento sempre patologizado e com um psicodiagnóstico definido pelo médico ou pela enfermeira. Não se trata, com isso, de sustentar que o saber acerca de um sofrimento psíquico seria apenas do *psi*. Ao contrário, acredito que esse tipo de ‘atenção’ dispensada ao sofrimento psíquico é importante. Todavia, o que fica em questão [e como um incômodo] é como o profissional *psi* fica à disposição da área médica, dentro de um hospital. Esse procedimento comum ao espaço de trabalho em um hospital provoca uma tensão entre os saberes ali em funcionamento e, para a psicanálise, são esses pontos de tensão que merecerem ser colocados em pauta e, pessoas como Amanda, nos ajudam a estabelecer essa discussão, pois sua condição de sofrimento psíquico impõe que se discuta que o corpo fraturado e consertado [ou não] pelo médico padece de afeto, de pulsão que demanda cuidado com um corpo que, de fato, não é apenas uma máquina, mas um corpo de afeto.

Como intervir em uma situação pré-estabelecida por outro olhar? Como o clínico psicanalista intervém em uma situação em que o sujeito já está nomeado e reduzido em seu sofrimento? Talvez começando pela desconstrução dessa situação e começando-se justamente pelo próprio sujeito. Nesse sentido, uma ‘queixa’ estabelecida dentro do hospital deve ser alçada a uma demanda diante de um sofrimento psíquico, em que se trocariam os sintomas psiquiátricos pelo que diz o paciente de seu sofrimento [diz por palavras, diz por seus atos e diz por seus sintomas].

Sobre Amanda: ela estava mesmo deprimida, sua tristeza não era uma sensação, era mesmo e de fato uma melancolia, estado em que o sujeito sente-se diante da impossibilidade de prosseguir, momento em que são instauradas as perdas [perda dos movimentos], os laços rompidos pelo acidente instauram um processo de luto que, frente à sua intensidade, pode-se mostrar como melancolia.

Ao encontrar Amanda, na enfermaria, foi preciso não perder de vista que a radicalidade de seu acidente, as perdas em jogo [de seus movimentos motores] a lançaram ao desamparo, a lançaram direto à radicalidade de suspensão de sentidos. Como é possível que alguém, jovem, com uma filha bebê precisando dos braços e das pernas da mãe para suprir todas as suas insuficiências maturacionais e psíquicas, a perda de seus movimentos, perda da possibilidade de caminhar pelo longo percurso de uma vida? Essa seria uma questão do analista a ser feita, na rotina de um hospital. Ainda, desse desamparo melancólico, é possível a Amanda ver-se na possibilidade de continuar? Pensado nesse mal-estar insuportável, é possível a essa jovem mulher ser criativa, criar e recriar-se depois desse episódio traumático em sua vida?

Amanda encontrava-se no leito, bastante debilitada física e emocionalmente quando fui ao seu encontro, mostrando-se exposta, indefesa e à mercê da vida, em desamparo. O leito de um hospital não é um divã, é um lugar de doença, de corpos em reconstituição, portanto é preciso que um vínculo de afeto seja aí estabelecido e isto foi possível oferecendo a Amanda uma escuta de seu sofrimento, de seu desamparo, acolhendo sua angústia e, com isso, tornando singular um espaço que é geral, o leito de uma enfermaria. Ela estava chorosa, possivelmente regredida e falava em tom baixo quase sussurrado, tomada de angústia, da falta inscrita em si pelas partes de si perdida: por uma ausência simbolização, representação psíquica do que se perdeu.

Nesse momento inicial, pedi-lhe que me falasse o que tinha acontecido, como início desse nosso encontro singular, buscando alguma possibilidade, em Amanda de reparação psíquica de suas perdas. Ela, então, me falou que fora acometida por um acidente de motocicleta dirigida por seu marido, que teve ferimentos leves e recebeu alta médica logo após seu atendimento no pronto socorro.

Todavia, essa era sua versão para o acidente que havia sofrido e é preciso chamar a atenção para o fato de que “acidente e ferimentos” foram informações repassadas a ela pelos médicos e enfermeiros, deixando a cabo do psicólogo a informação “traumática” de que ela [provavelmente] ficaria com sequelas. O equívoco é pensar que a informação seria traumática, o trauma psíquico já estava aí inscrito, na voz sussurrante e em sua melancolia, sua profunda tristeza e desamparo. Esse ato enganoso direcionado ao paciente [protelar sua verdadeira condição clínica] só intensifica sua condição de desamparo, a falta de sentido para aquilo que se passa com ele, de meu ponto de vista.

Amanda precisou ficar internada por alguns dias porque necessitava se submeter a cirurgias reparadoras, mas não havia garantias de total de recuperação dos movimentos físicos, como voltar a andar e movimentar os braços e, dessa maneira, era grande a possibilidade de deixar sequelas categóricas e definitivas. O trauma físico traz uma materialidade ao corpo, um limite imposto pela realidade e, ainda, traz o confronto com a falta de garantias, deixando-a em estado de desamparo e colocando em cena, na vida dessa jovem mulher, a condição de não ser mais produtiva, bela, imposição essa vinda de uma cultura em que o corpo paralisado determinaria os destinos de sujeitos. Contudo, sabemos que sujeito do inconsciente e seu desejo não se limitam ao corpo máquina e que esse desejo atua sobre esse corpo, como nos ensinou Freud e Frida Kahlo.

Na ocasião de sua internação, Amanda se apresentou muito entristecida, em tristeza, em melancolia. Mostrou-se bem aflita e disse, chorando, sobre o acidente que a deixara sem os movimentos e parecida com um bebê dependente dos cuidados de outras pessoas. Nesse momento, é possível ver uma espécie de duplo invertido com sua pequena filha, de cuidadora àquela que precisa ser cuidada em suas insuficiências físicas. Porém, para a psicanálise, o desejo não se prende a essas insuficiências. Em meio às falas alternadas com interrupções reticentes impregnadas de sofrimento, em que a ausência de

palavra remete à própria suspensão da vida, Amanda fala dessa circunstância na qual se encontrava de total dependência e impotência, necessitando usar fraldas, ser alimentada, situação diferente de sua rotina de vida até à ruptura causada pelo acidente, pois eram esses os cuidados que dispensava à filha. E agora, acrescentava ela, não poderia sequer sentar-se ao chão para brincar, cuidar da filha e, nem trabalhar. Portanto, me dizia o que mais a preocupava era com as limitações físicas de seu corpo, das dúvidas da capacidade em continuar exercendo os cuidados maternos, uma vez que agora era ela quem necessitava de ser cuidada, ocorrendo uma inversão de ser mãe para o de ser filha (bebê).

A queixa de Amanda, atando seu sofrimento a sua perda e traumatismos físicos, encobre a relação humana entre corpo e psiquismo: o padecimento de Amanda é sobre o instante em que a paralisia física a paralisa como sujeito desejante, coisa muito diferente em ser um indivíduo incapacitado fisicamente. O que é preciso restaurar? O que é preciso trazer à tona, na escuta dos entremeios desse desamparo? O corpo, impossível de ser como antes, é preciso colocar-se a falar do corpo desejante, do corpo psíquico, das representações que ela fará, de agora em diante, de si mesma e, das que permanecerão daquilo que foi perdido.

Em Amanda escutei uma vivência regressiva, aliada a uma situação de corte, ruptura, abrangendo lesões reais e objetivas provocadas pelo trauma incidindo a uma regressão narcísica. Amanda fala de um sofrimento invasivo, da alteração da condição de sujeito para a de objeto, deixando-a em extremo desamparo, pois se depara com a fragilidade, impotência e desesperança diante do que está por vir, em sua vida.

O acidente, como um corte severo e sem volta em sua vida, a coloca diante do princípio de uma vida: constituir-se e crescer a partir das limitações físicas do filhote do homem. Essa mulher jovem, agora é uma mulher bebê de ossos quebrados e, o que lhe será

possível fazer com essa condição, já que a reedição do trauma do desamparo inicial é partida e não chegada?

A cirurgia representava, na fantasia de Amanda, a possibilidade de voltar a ter os movimentos perdidos e retomar o curso da vida [nesse sentido, estar no hospital é amparador]. Todavia não foi o que ocorreu, pois o procedimento cirúrgico a que se submeteu consiste na fixação para dar sustentação à coluna e não à lesão medular responsável pela inervação motora, assim, sua coluna será, para sempre, uma “coluna partida”, cindida, como a marca psíquica irreduzível de seu trauma.

Depois dessa intervenção cirúrgica, momentos antes da alta hospitalar, o médico disse-lhe que só após dois anos de exercícios fisioterapêuticos é que seria possível afirmar sobre a possibilidade de recuperação total ou se ficaria com sequelas, se ficaria definitivamente sem andar. Diante dessa afirmação que só fez inscrever mais dúvidas em Amanda, ela desaba em prantos, angústia e desesperança diante de sua verdade, de sua condição real de paralisia motora. Momento, nessa narrativa, que se compreende que Amanda constatou seu desamparo e sua insuficiência, que sua fantasia não a protegeu mais de sua condição real, de seu corpo fraturado.

Em relação a isso, é interessante ressaltar que o trauma físico abre uma fenda no psiquismo que impele o sujeito para um além das fraturas e ferimentos no corpo, como é o caso de Amanda, e nessa situação o sujeito pode ficar suspenso no tempo, mesmo que para cicatrizar a ferida seja necessário acercá-la apesar do sofrimento. Nesse contexto, requer do analista criar um tempo e espaço para que o paciente possa falar de suas angústias, como possibilidade elaborativa, neste momento de emergência do sofrimento psíquico.

O trauma físico, afeta o psiquismo desorganizando-o, causa uma paralisia que o impede de seguir a vida em frente, pois, deixa o paciente fixado ao evento traumático, aprisionado numa emboscada imaginária, apresentando o narcisismo ferido e colocando

em cena a fragilidade diante do imprevisível. Com a fala, o paciente pode ir bordeando a inquietação e desamparo vivida na ocasião do trauma, que naquele momento não tinha sido compreendida, tornando-se menos radical, pois no evento traumático (acidente), a ausência de preparação do ego deflagra a angústia automática causando uma grande quantidade energética não permitindo a antecipação da situação traumática e produzindo um estado de desamparo.

De acordo com a teoria freudiana, essa situação é análoga à situação de desamparo do início da vida, ocasião em que o recém-nascido encontra-se despreparado para suportar o acúmulo de excitação que o invade. Conforme afirmações de Borges (2012, p.35) “a experiência subjetiva da angústia automática estaria inteiramente articulada ao funcionamento disjuntivo da pulsão de morte”. De modo paradoxal, Amanda, mulher agora como um bebê que precisa ser cuidada e ter suas fraldas trocadas, não estaria de volta ao início da vida, mas sim, foi lançada para a morte, constando à força da pulsão de morte que nos lança para nossa condição de ser-para-a-morte. Porém, com Amanda, esse lançar-se não ratificou essa condição, foi deslocada para fraturas em seu corpo: a morte foi trocada pela dor de um corpo lesionado e impotente.

O acidente traumático trouxe à tona uma condição que Amanda já conhecia como sujeito psíquico, criando uma descontinuidade em sua vida. Dessa forma, o drama de Amanda continua e ela terá pela frente o desafio de inventar possíveis saídas frente as suas “paralisias” mesmo que restem sequelas, cicatrizes e limitações. Uma nova imagem corporal terá de ser desenhada, como também o seu reconhecimento nela instalada. O encontro com a psicanalista, na enfermaria, possibilitou que ela, saindo do leito, se encontrasse com sua condição de sujeito psíquico, em psicoterapia ou em análise, para fazer ver o lugar do desamparo em sua vida e o que lhe é possível desejar. Questão

fundamental, pois coloca em pauta, em sua vida, o desejar mesmo que seja impossível realizar em ações motoras, devido às limitações físicas.

Na hospitalização, segundo Moretto (2001), podem emergir fatores psíquicos, que fazem com que a equipe de médicos, enfermeiros e os demais profissionais solicitem esclarecimentos sobre o “fator psíquico” que estaria causando efeito, pois as causas não lhes são claras. Todavia, a psicanálise nos ensina que é justamente nessa equivocidade que deve incidir a escuta analítica e a interpretação. Ainda, o diagnóstico psicanalítico não pode ser o de eliminação de sintomas, como é na medicina, mas pautado pela relação transferencial buscando compreender o lugar do desamparo, na vida do sujeito.

Amanda, em sua história, deverá restituir-se fisicamente, reabilitar-se em termos funcionais, mas, de modo primordial, buscar compreender o lugar do desamparo, da melancolia, da dor e do trauma em sua vida, para além do leito da enfermaria do hospital geral. É função de o psicanalista transformar sua queixa em demanda de cuidado psíquico, pelo breve vínculo transferencial ali estabelecido.

5.2. *Maria, Maria, de “perdas” e dor.*

Maria é uma jovem professora [o trauma físico parece sempre mais traumático em jovens, efeito da visão equivocada da cultura ocidental], casada há pouco tempo antes do acidente que a levou à enfermaria, e sem filhos. Estava internada com várias fraturas (quadril e pernas) e escoriações no corpo, provenientes de um sério acidente motociclístico. Nesse episódio, seu marido que estava conduzindo a motocicleta teve morte instantânea no local do acidente.

Fui chamada para atender a paciente, pelo corpo clínico do hospital (médicos e enfermeira) dizendo que ela precisava de atendimento psicológico devido ao trauma

vivido, que a deixou com graves fraturas e perda do marido. Novamente se repete o protocolo em que o profissional *psi* é convocado pela área médica a atuar, podendo se inferir uma espécie de autorização prévia para se trabalhar com o sofrimento psíquico, este também autorizado pelo médico.

No momento do atendimento, deparei-me com uma paciente jovem, simpática e sorridente, mostrando disposição, sem evidências de angústia. Não havia mal-estar em Maria, contudo esse “desafetamento” poderia ser uma defesa, segundo a lógica freudiana, mas não é da ética psicanalítica antecipar-se à demanda do sujeito. Nesse encontro, Maria relata o acidente, fala um pouco de si contando que é professora, natural de outra cidade e que era casada há pouco tempo. Sobre o acidente, em específico, disse: “A vida continua..., é preciso dar a volta por cima”. Eu estava diante da certeza antecipada de um sujeito ou de uma redenção à fatalidade do ser humano? Não parti do pressuposto de um sofrimento psíquico, porém, em Maria, a ausência perceptível de um sofrimento nomeado em algum transtorno mental e essa espécie de ‘desafetamento’ pela gravidade do acidente que além de suas fraturas resultou na morte de seu marido [fratura em sua vida amorosa], me remeteu, assim como aconteceu diante de Amanda, a uma suspensão de sentido da vida, quando se está diante de uma falta de sentido sobre o que passou e sobre o que virá, pois o ego ainda não foi capaz de representar psiquicamente o excesso pulsional que transbordou nesse evento traumático.

Assim, por não apresentar sofrimento psíquico aparente (evidente) que demandasse, inicialmente, atendimentos psicológicos, optei por esperar que esse momento pudesse surgir e estabelecer uma abertura favorável. Dessa forma, adotei a postura de permanecer por perto da situação e atenta à movimentação, de maneira a perceber o aparecimento de abertura favorável para possível intervenção terapêutica, pois, naquele momento, as angústias eram provenientes não da paciente, mas dos integrantes da própria equipe da

enfermaria. Mas, é preciso esclarecer que esse “esperar” é uma condição que permite que determinada queixa ganhe estatuto de demanda de um sujeito em relação ao seu desejo e, mais ainda, para a psicanálise o que está evidente não é o que diz desse sujeito e de sua condição de sofrimento. Havia, em Maria, uma suspensão que me colocou nessa posição de ‘espera’ de uma demanda e não uma antecipação sobre o que ela teria em termos psiquiátricos.

Como os familiares eram de outro estado, a mãe e a irmã de Maria vieram logo que souberam do acidente, para acompanhá-la durante a internação. Todos ao redor (família, profissionais e amigos) procuravam estar o tempo todo presentes procurando evitar o máximo possível que a paciente tivesse contato com o sofrimento das perdas traumáticas, com o intuito de ajudá-la a “superar” (sic) a dor vivida. Também as crianças (seus alunos) mandavam desenhos e cartinhas desejando melhoras, e um breve retorno ao trabalho. Essa continência e cuidados, ressaltando sua importância para Maria, escancarava seu desamparo e não evitava sua dor, mas lhe permitia suportar essa dor.

No entanto, nessas condições, é preciso que se atente para a permanente insistência em se evitar que a paciente lide com sua condição traumática, com suas perdas e isto lhe impediria de restituir-se como sujeito psíquico e, ainda, é preciso levar em conta o risco de se mantê-la sempre na posição de desamparada, daquela que – pelos traumas – será incapaz de cuidar de si, ou seja, nada será possível ser e fazer a partir desse acidente. A escuta analítica precisa intervir justamente nesse ponto em que o sujeito parece estabelecer-se definitivamente nesse lugar, ratificando sua impossibilidade, melhor dizendo, o colocando em posição de redenção à pulsão de morte.

Maria recebeu alta médica e, neste momento, o médico solicitou atendimento psicológico à paciente que se recusava a ir para casa porque se queixava de dores intensas, apesar de estar medicada, conforme esclareceu o médico. Segundo ele, “não havia

justificativa, do ponto de vista médico, para a intensa dor que a paciente dizia estar sentindo”, então a solicitação da intervenção psicológica se sustentava com a afirmação de que “devia ser psicológico”. Nessa fala do médico, pode-se ver condensada toda a lógica estabelecida pelo campo médico em relação ao sofrimento psíquico e ao sofrimento físico, a impossibilidade de reconhecer que um trauma físico está atrelado ao psiquismo, tem uma função psíquica na vida do sujeito. Ainda, a recusa em se reconhecer que há dor que não se detecta em raios – x, ou em exames. Essa dor do corpo psíquico somente pode ser capturada, retratada, aos moldes de Frida Kahlo e, muitas vezes isso se dá no corpo. Para a medicina, curar o corpo bastaria e, por isso o tom modalizador de certa ironia no “devia ser psicológico”, portanto, “não devia ser nada”.

Chegando à enfermaria, me deparei com o motorista da ambulância na porta do quarto aguardando-a para levá-la para a casa de uma amiga onde ela ficaria até o seu restabelecimento físico. Maria estava sentada na cama aos prantos e queixando-se de fortes dores, estas injustificadas aos olhos do médico, como já mencionei.

Maria não queria ter alta hospitalar alegando que não conseguiria entrar no elevador do apartamento da amiga, pois tinha pouco espaço para colocar a cadeira de rodas e a deixaria com mais dores ainda, atestando sua incapacidade emocional de seguir em frente, mantendo-se, assim, vinculada ao trauma, ao desamparo causado pelo corte brusco de seu acidente. Essa recusa de Maria precisou ser acolhida tendo-se como base o fato de que ela, assim, não entendia essa sua própria condição de desamparo, de uma revivência de um desamparo primordial em que o sujeito está dependente do outro. Nessa cena [Maria recusando-se a deixar o leito do hospital] me fez compreender que ela poderia estar se deparando com a angústia e, esse agarrar-se aos cuidados no hospital, ao seu leito hospitalar foi seu modo de enfrentar a fantasia traumática de estar caindo sem ter onde se agarrar, sem ter onde colocar sua cadeira, seu novo amparo físico.

Nesse momento, pedi para que ela me falasse tudo o que estava sentindo. Considerando a efemeridade do momento de sua partida, refletimos sobre os significados de sua dolorosa experiência com o acidente, vividos há poucos dias, que a deixou com várias fraturas e ferimentos e, ainda, a morte do marido no local do acidente, buscando desenhar esses traumas e perdas.

Em Maria, as dores provenientes das feridas no corpo estavam medicadas, no entanto, o sofrimento (dores/trauma psíquico) de origem interna resultante da morte do marido estava agora a assolando, colocando Maria em um desamparo intensificado pela solidão, pela perda do amor e da perda de uma promessa de vida [a dois] que não mais seria possível. Também, sair do “hospital” seria ir de encontro a sua realidade fraturada, pois o “hospital” teria uma espécie de função protetora, de um envelope que a protegeria de sua realidade. Em meio ao seu choro intenso [catártico], Maria colocou em palavras toda sua aflição que a invadia pela morte do marido, das frustrações dos planos que tinha para o futuro, como o de ter filhos com ele.

Após alguns minutos, mas o suficiente para dar vazão às emoções que foram emergindo, enquanto ia falando, a queixa de dores foi diminuindo e a paciente pode aceitar de maneira mais tranquila a realidade até então mantida em suspense da perda e, assim, pode receber a alta hospitalar e ir para a casa da amiga. Esse momento catártico de Maria, acolhido em minha escuta, não curou sua dor psíquica, mas fez reconhecer sua condição de uma “coluna partida”, de uma vida dividida em um antes e a incerteza de um depois por um trágico acidente. Reconhecido isso, Maria precisaria ir adiante com o enfrentamento de sua condição, em uma continuidade de cuidados psicoterapêuticos, para além do hospital. Dizendo de outro, Maria deveria ir do leito do hospital ao qual ela se agarrava para o divã, para buscar costurar o que foi rompido pelo trauma do acidente.

Maria é uma sobrevivente diante da imprevisibilidade do acidente que lhe acarretou perdas reais e dores reais. Segundo Nasio (1997, p.183) “a dor resulta de uma súbita hemorragia interna da energia psíquica”, a fratura aberta faz jorrar o sangue de afetos, de desamparo. Para ele, a dor psíquica é vivida como um ataque aniquilador, pois o “corpo perde a sua armadura e cai por terra como uma roupa cai do cabide” (NASIO, 1997, p. 57). Ainda, segundo o autor, a dor se expressa por uma sensação física de desagregação, “a dor é uma reação à *perda* do amado, à *perda* do seu amor, à perda da minha *integridade corporal*, ou ainda, à *perda* da *integridade* da minha *imagem*” (*Ibid*, p. 66 - Itálicos do autor). Assim, esse corpo desagregado, lançado ao ar pelo acidente, precisa se integrar novamente e o caminho é o afeto e a linguagem em que se lança mão no vínculo com o outro, este podendo ser um terapeuta, um amigo ou a afetuosa família de Maria.

Nasio (1997) esclarece, também, que um trauma psíquico pode ser causado pela perda do ser amado ou por pequenos acontecimentos a que vêm somar-se a outros microtraumas, provocando dores que não aparecem em exames, ou seja, não interessam mais ao médico. Para ele o acontecimento desencadeador pode ser tanto exterior quanto interno, liberando um afluxo de excitações internas “que transborda e fere o eu”, (NASIO, 1997, p. 59): as escoriações pelo corpo de Maria e suas dores.

Com Maria pude escutar a angústia que estava implícita no sofrimento e que tinha se apresentado como “suspensão” até aquele momento, possibilitando que Maria pudesse se deparar com a dor vivida da perda (morte) do marido e do caráter definitivo de sua ausência. Segundo Nasio (1997, p.63), o luto “é um longo caminho, que começa com a dor vivida pela perda de um ente querido e declina com a aceitação serena da realidade”. Todavia, complementando o autor, entre sentir essa dor da perda e a serenidade, cada sujeito sofrerá na medida daquilo que suporta, pois o luto pelo ente perdido vem, também, misturado ao luto do que do próprio sujeito se perdeu, daquilo que, pelo trauma, não seria

mais possível ser ou ter, como antes do acidente: função do trauma, na vida psíquica, fazer corte, dar outra direção ao sujeito.

5.3. João e seu ‘corpicho’ que não morre.

Aos trinta e seis anos de idade, João sofreu um acidente motociclístico (carro x moto) e foi levado ao pronto-socorro do HCU-UFU pelo Corpo de Bombeiros com fraturas da extremidade distal da tíbia (tornozelo) esquerda e, também, apresentava-se embriagado.

Fui solicitada para atender o paciente, pois o mesmo mostrava-se queixoso e hostil para com a equipe. O paciente encontrava-se no leito, com fixador externo no local da fratura e estava aguardando cirurgia. A cirurgia já havia sido desmarcada uma vez (o que é rotina na dinâmica da enfermaria) e não se tinha certeza do dia que realmente seria realizada a cirurgia. Dizia sentir-se imobilizado em uma cama, “como um prisioneiro”, um prisioneiro na dependência de outros e à mercê do mal-estar na vida cotidiana, no caso, na rotina de uma enfermaria geral.

No atendimento que realizei na enfermaria, João estava falante e com moderada agitação psicomotora. Sua fala e sua agitação seriam indícios de uma reação psíquica ao trauma do acidente, ao estresse pós-traumático. Referiu-se ainda, ao acidente como tendo sido colidido por um carro, no qual o motorista estava errado (sic), embora diga não se lembrar do acidente (o que contradiz com as informações do portuário, que afirma que o paciente nega perda de consciência). Nesse ponto, me pareceu importante justamente essa contradição de João, que apontava para sua relação com o acidente, mais do que precisamente se se tratava de verdade ou não. Aliás, aspecto importante da escuta psicanalítica: não se ater às verdades ou mentiras, mas ao que aparece e ao lugar que aparecem na vida [e nas falas] dos sujeitos.

João se apresentava como a vítima do acidente e afirmava que se estivesse “acordado” não teria vindo para o hospital público e sim para um hospital particular. Apresentava várias queixas sobre os médicos, sobre a família, sobre seus relacionamentos com as mulheres e sempre se sentindo injustiçado e diminuído. Em seu ponto de vista, todos estão em posição privilegiada em relação a ele, o que ele acha uma “injustiça”. Sua fala tem um conteúdo persecutório, religioso e místico e, foi possível entender, naquele momento, ser um sintoma cujo funcionamento inconsciente se apresentava como uma espécie de angústia paranoide em que João, sem saber bem para onde e para quem, estabelecia que todos estavam contra ele e que, desse modo, seriam seus inimigos responsáveis por sua condição de vítima, de acidentado.

João acreditava que o que estava passando poderia ser uma forma de pagar por alguma falta cometida e repetiu, algumas vezes, apontando para si próprio: “Esse ‘*corpitcho*’ não morre, mas renasce no corpo de um bebê que pode ser da família ou não” (sic), afirmando, em seguida e de modo contraditório, não seguir qualquer religião [seria possível hipotetizar uma interpretação delirante feita por João de sua realidade].

Essa frase proferida por João, sob ansiedade defensiva da constatação de sua fragilidade, literalmente, sem que ele desse conta [por isso a lógica do inconsciente], me fez retomar a relação trauma físico derivado de acidente como modo inconsciente de reviver traumas constitutivos, colocando em jogo a relação trauma físico e trauma psíquico sustentado pela repetição automática, repetição do recalado.

Em João, parecia tratar-se de colocar à prova, novamente, a invencibilidade de um homem sempre injustiçado, portanto, sempre sofrido, sempre machucado. Porém, João não escutava tratar-se dele mesmo e do lugar disso em sua vida, dessa sua posição em relação às pessoas e ao mundo. Na construção delirante [que poderia ser devido à abstinência do álcool ou não, não foi possível atestar uma psicose] o não morrer e voltar sempre no corpo

de um bebê lhe garante escapar de sua condição de ser-para-a-morte, de escapar da pulsão que nos direciona: é a representação da pulsão de morte. Todavia, este é um trabalho psíquico de extremo desgaste e sofrimento para o sujeito.

Ele continua contando de sua vida e refere-se ao fato de quanto sua vida tem sido difícil. Conta-me que naquela mesma data, no ano anterior, esteve detido na penitenciária da cidade, permanecendo preso por quatro meses, por ter pendurado uma munição de arma de fogo que guardou de lembranças de quando serviu no exército, e fora esculpida por ele e exposta como obra de arte em sua casa. Alguém denunciou o fato e ele foi preso. Sobre o que o levou à prisão, ele é claro: o problema é que ele não havia tirado a pólvora das munições. E agora, segundo ele, aconteceu o acidente, quando estava perto da casa do pai. João fala em vinganças, não pelas próprias mãos ou pela lei, mas pela obra do sobrenatural. Na narrativa que João faz de sua vida, como se quisesse estabelecer o lugar do acidente sofrido nela, a repetição tem um estatuto nuclear e parece regida pela pulsão de morte em seu princípio disjuntivo e funcionando como energia livre e desligada da linguagem, sendo possível apenas em sua versão delirante.

Nessas condições, os traumas [cortes bruscos na vida de João] têm um ritmo estabelecido por essa pulsão sem o equilíbrio a se estabelecer pela entrada em cena do princípio da realidade, da pulsão freudiana de vida. João quer morrer? Ou João quer viver nesse enfrentamento com a morte, já que a proximidade por meio de eventos traumáticos o coloca sob forte estresse emocional, então ele recua lançado o foco para o outro que, em sua versão paranoica da vida, é o culpado?

João conta sobre seus três filhos trazendo, no meio a esse turbilhão de histórias, e de modo inesperado, a vida: o primeiro filho nasceu quando tinha dezoito anos, os outros dois foram de um relacionamento estável até cinco anos atrás, mas, na sequência, queixa-se

de dificuldades de relacionamento com a família. Também, João, ao se referir ao trabalho, mostra instabilidade em permanecer nos empregos.

Embora haja uma negativa para uso de álcool, João mostra sinais clínicos desse uso. Merece destaque, a recorrência de seu envolvimento em situações em que se sentia “preso” e contido, na vida de João e, situações essas que têm cortes bruscos, tornando João um sujeito caminhando na instabilidade afetiva e psíquica.

Apesar de estabelecer um diálogo intenso comigo, João se negou a continuar o trabalho psicológico, terapêutico. Esse fato é importante, pois mostra a distância entre uma demanda em psicanálise e a queixa psicológica: o sujeito precisa se apresentar à escuta do psicanalista. Todavia, não se pode desconsiderar a queixa, já que esta pode ser o modo possível do sujeito dizer de seu sofrimento. Mas, João parecia se recusar a reconhecer, pelas certezas antecipadas, em sua vida, de que iria sucumbir à pulsão de morte: seu ‘*corpitcho*’ não morre, renasce no corpo de um bebê.

Essa sua aparente não implicação nas experiências de vida [aparente, pois, de fato, tudo se tratava dele e do que lhe era possível diante de seu desamparo primordial] e a externalidade da responsabilidade de forma maciça, fez-me recorrer às palavras de Maia (2003, p.81) que chama à atenção para o fato de que “privado da liberdade de viver a angústia sinal [...]; prisioneiro da lógica adicta onde o prazer imediato reina absoluto [...], [as pessoas] se vêm expostas ao terror e ao medo do aniquilamento”.

Para essa autora, na atualidade, ocorre uma modificação no posicionamento das individualidades, ou seja, arriscar é diferente de estar em risco, pois quando se está em risco se produzem estratégias de ataque e defesa. Em João, sua estratégia de ataque era lançar aos outros a culpa por seus acidentes, sua prisão, pelos laços afetivos instáveis, e sua defesa era seu ‘*corpitcho*’ imortal, esse corpo que é corpão, no dito popular, o corpo de dar inveja, aquilo que se tem de melhor. Mas, nesse ponto, eu pergunto: E as cicatrizes

narcísicas que vão sendo inscritas traumas após traumas? Enfim, é possível que João vá lhes dando versões delirantes em sua fala paranoica.

Sobre a recusa em continuar o cuidado psicoterapêutico, é possível se pensar em algo da ordem de uma transferência negativa? Difícil, na medida em que ainda não se tratava de um tratamento psicanalítico. Todavia, Freud ajuda a compreender essa recusa de João em continuar que, me parece agora, uma recusa em colocar em risco suas formas de ataques e sua defesa que tão bem lhe serviam em sua condição de sujeito do inconsciente.

Em relação à manifestação da transferência negativa, Freud (1912/1976, p.141) afirma que é um acontecimento muito comum nas instituições, como a instituição hospitalar. Para ele, quando o paciente está “sob o domínio da transferência negativa, ele deixa a instituição em estado inalterado ou agravado”. Ele afirma, ainda, que a transferência erótica é mais comum na instituição porque ela é encoberta ao invés de revelada. Essa dita “transferência erótica” foi personificada no ‘*corpicho*’ de João, imbatível e, mesmo fraturado, continuava um ‘*corpão*’, continuava sob o domínio de uma fantasia narcísica e delirante. Na linha do que Freud disse, João se tocou com sua condição ao sair do hospital? Não se sabe, mas é possível apostar que, em termos de agravo, o alto grau de ansiedade em que ele se encontrava em nosso encontro poderia dizer sobre isso, algum deslocamento de João em relação a seu corpo inatingível pela pulsão de morte: ele vai sempre reviver no corpo de um bebê qualquer? Talvez o trauma físico comece a fazer cicatrizes psíquicas nesse corpo pulsional de João que, mais dia menos, serão impossíveis de serem lidas em suas versões delirantes e tomadas como marca real e irredutível de sua condição de ser-para-a-morte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação, trouxe à cena da pesquisa acadêmica minha experiência como psicóloga na enfermaria de ortopedia e traumatologia do HCU-UFU. Sobre essa experiência, ressalto que ela se sustenta pela via da psicanálise freudiana. Com isso, as elaborações epistemológicas feitas, os conceitos apresentados e explorados, as articulações estabelecidas, tendo como base essa experiência e o encontro com pessoas acometidas de acidentes traumáticos acolhidos nessa enfermaria, foram meu modo de dizer sobre o que faço quando atua orientada pela psicanálise: que escuta psicanalítica é possível, qual intervenção psicanalítica é possível no contexto institucional hospitalar sob a égide do discurso médico?

Partindo de meu afetamento pela questão do trauma, dentro da psicanálise, defini inicialmente, o caminho que faria para esse percurso de uma investigação fundamentada na teoria e prática psicanalítica. Esse caminho passou por uma investigação acerca da literatura psicanalítica sobre o tema, o recorte desse tema, tendo como base minha questão de pesquisa e meus objetivos; busquei, também, a pertinência desse tema na clínica contemporânea que se propõe a discutir as manifestações singulares de sofrimento psíquico ante as especificidades de nosso tempo; trouxe, como ensinamento, a dor e o corpo da pintora mexicana Frida Kahlo para ratificar a hipótese de Freud de que devemos criar a partir de nosso mal-estar perante o outro; acompanhando Frida, inclui a narrativa de três encontros com três personagens cujo corpo foi palco para o trauma físico e o trauma psíquico.

Diante disso, passo, na sequência deste texto, às considerações finais visando delimitar alguns aspectos e construções sobre o tema que se apresentam ao final desta

pesquisa, não como definidos e saturados, mas que, de fato, abrem novas possibilidades de ampliação desta investigação que se iniciou, nesta pesquisa.

Em termos conceituais, busquei responder às perguntas: O que é o trauma? Como o trauma é concebido nos campos da medicina e da psicanálise, considerando que o primeiro trata do orgânico e o segundo do psíquico? Essas perguntas foram respondidas à luz das elaborações psicanalíticas de Sigmund Freud acerca do trauma psíquico, do desamparo e sua relação com a repetição, a pulsão de morte e o sofrimento psíquico e, também, de outros psicanalistas que levaram à diante essa temática.

Essa contextualização teórica [e metodológica, considerando que ‘teorizar’ é uma *práxis* no campo psicanalítico] teve sua direção determinada por minha questão de pesquisa: Quais as implicações do trauma físico sobre o psiquismo do sujeito?

Essa indagação surgiu de minha escuta clínica e psicanalítica com os pacientes na enfermaria de traumatologia e ortopedia de um hospital geral que testemunhavam, por meio de suas histórias de vida, seus sintomas ou mesmo as particularidades recorrentes do acidente, a indissociável relação corpo e psiquismo, trauma físico e trauma psíquico.

Nesses testemunhos, ficava capturada (e ainda fico) por essas experiências causadoras de grandes sofrimentos e angústia como e que ganhava ares de repetição na história de vida desses pacientes perpetuando, nessas mesmas vivências dolorosas, sofrimento psíquico, mas, também, tentativas de dar direção a essa dor em suas vidas.

A partir da questão de pesquisa, delimitei os seguintes objetivos a serem desenvolvidos ao longo do trabalho:

- a. delimitar o conceito de trauma no campo psicanalítico freudiano;
- b. diferenciar o conceito psicanalítico de trauma com o conceito médico de trauma;
- c. estabelecer a relação entre trauma, repetição, pulsão, desamparo e sofrimento psíquico.

Esses três primeiros objetivos foram desenvolvidos nos capítulos dois, três e quatro desta dissertação.

Continuando, ainda com os objetivos:

d. analisar fragmentos clínicos como recortes das narrativas de vida de três pacientes;

e. discutir acerca da escuta psicanalítica como um possível recurso terapêutico na enfermaria hospitalar de politraumatismos.

Após o testemunho de Amanda, Maria e João, alguns pontos foram tomando importância, nessa discussão, como o ‘lugar do psicanalista’ no hospital, o que se exige do psicanalista no hospital geral e, posso tomar como uma assertiva, que a função da escuta psicanalítica é capturar uma demanda de desejo do sujeito que ali advém na fratura de seus traumas.

Assim, é preciso escutar a demanda de análise, no sentido de começar estabelecer o lugar do acidente na vida do paciente e se o sofrimento o psíquico em jogo que demandaria continuidade de cuidado analítico: essa escuta deve captar, na linguagem do sujeito, o mal-estar subjetivo que aponta para sua condição de sofrimento psíquico e implicação do sujeito no trauma. É preciso ver o trauma físico e escutar o trauma psíquico. Isto, em meu ponto de vista, sustentaria a possibilidade de escuta analítica na enfermaria, pois o que estaria em jogo não seria ainda um tratamento psicanalítico, mas uma escuta do sofrimento em jogo para além do trauma físico.

Na experiência diária de trabalho, na enfermaria de ortopedia e traumatologia do HCU-UFU é preciso ao psicanalista construir um modelo próprio em conformidade com a realidade institucional para acolher as necessidades dos pacientes, familiares e equipe. Trata-se, não de uma conformidade, mas, de trabalhar na tensão entre o discurso médico, as normas institucionais e o discurso analítico, tendo como elemento direcionador a

singularidade de cada paciente, o que cada um traz como único em meio ao generalismo de um hospital.

A relação trauma psíquico e trauma físico, proposta na minha questão de pesquisa, levou em consideração que o segundo é sempre antecipado, efeito do sofrimento causado pelo primeiro, pois em termos de inconsciente não há a coincidência, é preciso sempre buscar o mal estar que nos causa e a implicação do sujeito tanto no evento traumático como na reedição de seu trauma e desamparo psíquico.

Dos pacientes, personagens de minha experiência de trabalho na enfermagem de ortopedia e traumatologia do HCU-UFU, destaco o padecimento de Amanda nos mostrando o instante em que a paralisia física [o trauma na coluna que a deixou sem movimentos nos braços e nas pernas] paralisa, amortece o sujeito desejante, deixando-o na concretude do desamparo e à mercê da pulsão de morte.

Por sua vez, Maria foi testemunha do fato de que entre sentir a dor de uma perda e a serenidade, cada sujeito sofrerá na medida daquilo que suporta, pois o luto pelo outro perdido no evento traumático vem misturado ao luto do que do próprio sujeito se perdeu, daquilo que, pelo trauma, não seria mais possível ser ou ter, como antes do acidente, atestando a função do trauma, na vida psíquica, que é a de fazer corte, a de dar outra direção ao sujeito.

João e suas repetições traumáticas ratificou minha hipótese inicial de que a repetição [instaurada pela pulsão de morte] é o que liga trauma físico e trauma psíquico, na lógica do inconsciente, uma lógica sobre a qual nossa consciência não tem controle. Por isso, João vai, a seu modo, fazer-se com sua condição de desamparo sustentado em interpretações delirantes [e paranoicas] sobre a vida e sobre sua verdade, inscritas em seu indestrutível “*corpitcho*” por das cicatrizes narcísicas de seus traumas.

Nessas considerações finais, delimito dois aspectos que merecerão continuidade em minha experiência como psicanalista na referida enfermaria do HCU-UFU e, ainda, como investigadora:

- i) ampliar a discussão acerca do lugar do psicanalista na instituição hospitalar, discussão essa que passa pelo enfrentamento da tensão entre discurso médico e discurso psicanalítico, considerando que Freud inventa a psicanálise, no século XIX, justamente como oposição ao discurso médico que, já naqueles tempos, não respondia às questões dos sujeitos desejantes, as histéricas freudianas; e,
- ii) ir a diante, na elaboração epistemológica e psicanalítica acerca da relação trauma físico, trauma psíquico, desamparo, repetição e pulsão de morte colocando em pauta o fato primordial e constitutivo do sujeito e que diz respeito à sua dupla causação: ser efeito da linguagem, porém esta condição encobre outra, que é aquela de que é a falta que causa esse sujeito, implicando na possibilidade de que esta seja preenchida, ou seja, uma fenda traumática não seria, portanto, costurada novamente e com essa condição que o sujeito precisará se a ver em seu percurso, segundo uma lógica, ampla e geral, por enquanto, da psicanálise elaborada por Jacques Lacan.

Porém, esses pontos são assuntos para a continuidade de minha história de trabalho na enfermaria de um hospital geral efeito, sempre, de meu encontro com pessoas em pleno estado de sofrimento físico, psíquico e afetivo.

Termino esta escrita de minha dissertação, lembrando Frida Kahlo (*apud* Herrera, 2011, p. 288) e o que ela nos diz sobre a dor e o amor [a paixão]:

Como meus temas foram sempre minhas sensações, meus estados de mente e as profundas reações que a vida tem produzido em mim, eu frequentemente objetivei tudo isso nas figuras sobre mim mesma, que eram a coisa mais sincera e real que eu podia fazer para expressar o que eu sentia dentro e fora de mim mesma.

Assim como Frida, somente um sujeito pode dizer sobre si mesmo, pois ele – sem saber – se conhece mais que qualquer outro: mais que o médico, mais que o enfermeiro, mais que o *psi*: é a isto que a escuta do psicanalista deve se prestar, em qualquer situação e contexto, pois isto somente é possível na aposta de um sujeito do desejo em qualquer corpo-carne fraturado, machucado, paralisado e deformado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, C. D. **A Rosa do Povo**. . 40 ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

BAREMBLITT, G. **Cinco Lições Sobre a transferência**. São Paulo: Hucitec, 1991.

BERLINCK, M.T. Dor. In: BERLINCK, M. T. (org.). **Dor**. São Paulo: Escuta, 1999, p. 07-22.

_____. **Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: Escuta, 2ª reimpressão, 2008.

BOKANOWSKI, T. Variações do conceito de traumatismo: traumatismo, traumático, trauma. **Revista Brasileira de psicanálise**. São Paulo: vol.39, n.1, 2005.

BORGES, G.M. **Neurose Traumática: Fundamentos e Destinos**. Curitiba: Juruá, 2012.

CARVALHO, S. B. **O HOSPITAL GERAL: Dos Impasses às Demandas ao Saber Psicanalítico. Como Opera o Psicanalista?** Articulação teórica a partir da Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei. 2008. 102 f. Dissertação (Mestrado em psicologia)- Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

CAVALCANTE, F. G.; MORITA, P.A.; HADDAD, S. R. Sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito: o transtorno de estresse pós-traumático como problema de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**. 14 (5): 1763-1772, 2009.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Coord. Organiz. Mund. da Saúde; trad. CAETANO, D. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

DEL VOLGO, M. J.; Trad. GAMBINI, M. **O instante de dizer: o mito individual do doente sobre a medicina moderna**. São Paulo: Escuta; Goiânia: UCG, 1998.

DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DORNELLES, C. (trad.). 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002

ELIA, L. A transferência na Pesquisa em Psicanálise: Lugar ou Excesso? **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, v. 12, n.3, 1999.

FENICHEL, O. **Teoria psicanalítica das neuroses**. Tradução de Dr. Samuel Reis. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1981.

FERNANDES, M. L. **Corpo**. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

FREUD, S.; BREUER. Estudos sobre a Histeria (1893-1895). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Direção de tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. V. 2, p.13-393.

_____. Esboços para a 'comunicação preliminar' de 1893 (1940-41 [1892]). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.** Direção de tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. V. 1, p. 205-216.

_____. Projeto para uma psicologia científica (1950 [1895]). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.** Direção de tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. V. 1, p. 381-517.

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.** Direção de tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. V. 7, p. 123-252.

_____. Cinco lições de psicanálise (1910 [1909]). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.** Direção de tradução de Jayme Salomão Rio de Janeiro: Imago, 1980. V. 11, p. 13-51.

_____. A dinâmica da transferência. (1912). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.** Direção de tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. V. 12, p. 131-143.

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. (1912). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.** Direção de tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. V. 12, p. 147-159.

_____. Recordar, repetir e elaborar. (1914). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.** Direção de tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. V. 12 p. 191-203.

_____. Conferencias Introdutória sobre psicanálise (1916-1917[1915-1917]). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.** Direção de tradução de Jayme Salomão Rio de Janeiro: Imago, 1980. V. 15, p. 13-273.

_____. Introdução à psicanálise e as neuroses de guerra (1919). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.** Direção de tradução de Jayme Salomão Rio de Janeiro: Imago, 1980. V. 17, p. 257-270.

_____. Além do princípio do prazer. (1920). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.** Direção de tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. V. 18, p. 13-85.

_____. O ego e o id (1923). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.** Direção de tradução de Jayme Salomão Rio de Janeiro: Imago, 1980. V. 19, p. 13-83.

_____. Inibições, Sintomas e Ansiedade. (1926[1925]). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.** Direção de tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. V. 20, p. 93-201.

_____. O futuro de uma ilusão (1927). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Direção de tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. V. 21, p. 13-71.

_____. O mal-estar na civilização (1930 [1929]). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Direção de tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. V. 21, p. 75-185.

_____. Moisés e o Monoteísmo (1939 [1934-38]). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Direção de tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. V. 23, p. 13-161.

FONSECA, M.C.B. Do trauma ao fenômeno psicossomático (FPS) – lidar com o sem-sentido? **Ágora** (Rio de Janeiro) v. X, n. 2 jul/dez 2007. p. 229-244.

FUKS, L. B. A insistência do Traumático. In: FUKS, L. B.; FERRAZ, F. C. (Orgs.) **A clínica conta histórias**. São Paulo: Escuta, 2000.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o Inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

_____. **Introdução à metapsicologia freudiana**. Rio de Janeiro: Zahar, 1991. v. 1.

_____. **Introdução à metapsicologia freudiana**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995. v. 3.

HERRERA, H. **Frida: a biografia**. Trad. Renato Marques. São Paulo: Globo, 2011.

HERRMANN, F. **Andaimes do Real**. 2, ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

KAPCZINSKI, F.; MARGIS, R. Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos. In: **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo: 2003. v. 25, (supl. 1). p. 3-7.

KAPLAN, H.I.; SADOCH, B.J.; GREBB, J.A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artemed, 1997.

KAUFMANN, P. **Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan**. Tradução de Vera Ribeiro, Maria Luiza X. A. Borges. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1996.

KNOBLOCH, F. **O tempo do traumático**. São Paulo: EDUC, 1998.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. Tradução de Pedro Tamen. 9 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

LEITE, S. **Angústia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

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

LEVY, A-D. Eros. In: BRUNEL, P. (Org.) **Dicionário de mitos literários**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1988. p. 319-324.

- MACÊDO, K. B. O desamparo do individuo na modernidade. **ECOS**. v.2. n. 1. 2012.
- MAIA, M. S. **Extremos da alma: dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- MACHADO, M.V. **O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: entre os dispositivos clínicos e os dispositivos institucionais**. 2011,157 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia Universidade de Brasília, Brasília, 2011.
- MARGIS, R. Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: regra ou exceção? **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo: 2003. vol.25, (supl. 1). p. 17-20.
- MARIN, L.; QUEIROZ, M. S. A Atualidade dos Acidentes de Trânsito na Era da Velocidade: uma visão geral. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 16(1): jan.-mar. 2000.
- MARIN. I. S. K. **Violências**. São Paulo: Escuta/FAPESP, 2002.
- MENDLOWICZ, E. Trauma e Depressão. In: RUDGE, A. M. (org.). **TRAUMAS**. São Paulo: Escuta, 2006. P. 51-60.
- MENEZES, L. S. **Desamparo**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2008.
- MESHULAM-WEREBE, D. et al. Transtorno de estresse pós-traumático: o enfoque psicanalítico. In: **Rev. Bras. De Psiquiatria**. 2003, v. 25, supl.1, p.37-40.
- MORETTO, M. L.T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do psicólogo, 2001. 217 p.
- MOURA, M. D. Psicanálise e urgência subjetiva. In: _____. (Org.). **Psicanálise e hospital**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. p. 03-19.
- NASIO, J.-D. **O livro da dor e do amor**. Trad. de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.
- NOGUEIRA, L.C. A pesquisa em psicanálise. São Paulo. **Psicol. USP**. v. 15, n. 1, p. 83-106, Jan./jun., 2004.
- PEREIRA, E. C. **Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico**. São Paulo: Escuta, 2008.
- _____. A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia. In: PACHECO FILHO, R.; COELHO JUNIOR, N.; ROSA, M. D. (Orgs.). **Ciência, Pesquisa, Representação e Realidade em Psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 119-152.
- PUENTE, M. A teoria freudiana do trauma revisitada. **Rev. Bras. de Psicanálise**. São Paulo: vol. 39, n.1, 2005.

RIBEIRO, A.C. Sobre o Pensamento. In: RUDGE, A. M. (org.). **TRAUMAS**. São Paulo: Escuta, 2006. P, 61-66.

ROUDINESCO, E. PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Tradução de Vera Ribeiro, Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

_____. **Por que a psicanálise?** Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

ROUANET, S.P. Os traumas da modernidade. In: RUDGE, A. M. (org.). **TRAUMAS**. São Paulo: Escuta, 2006.

RUDGE, A. M. (Org). **Traumás**. São Paulo: Escuta, 2006.

_____. **Trauma**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

SANTOS, L. G. **O conceito de repetição em Freud**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fumec, 2002.

SHIMITT, R.; GOMES, R.H. Aspectos da interconsulta psiquiátrica em hospital de trauma. In: **Rev. Psiquiatr. RS.**: 2005. 27(1): 71-81.

SILVA, D. D. A Apropriação Imaginária do Tempo da Urgência. In: MOURA, M. D. (org.). **Psicanálise e hospital 3. Tempo e Morte: da urgência ao ato analítico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

VIEIRA NETO, O. Introdução. In: VIEIRA, NETO, O. VIEIRA, C. M. S. **Transtorno de estresse pós-traumático: uma neurose de guerra em tempos de paz**. São Paulo: Vetor, 2005. p. 11-28.

UCHITEL, M. **Neurose Traumática: Uma Revisão do conceito de Trauma**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.