

Comer para existir: trauma, oralidade e contornos do Eu

Comer para existir: trauma, oralidad y contornos del Yo

Eat to exist: trauma, orality and Self's boundaries

Perla Klautau*

Monah Winograd**

Flávia Sollero-De-Campos***

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Brasil

Resumo

Nosso objetivo é investigar formas de organização do eu derivadas do atravessamento de situações traumáticas. O ponto de partida foi o atendimento de uma jovem que, após ter sofrido traumatismo crânio-encefálico (TCE), desenvolveu uma compulsão por ingerir doces e falar. Este pode ser um recurso utilizado diante de experiências traumáticas que rompem a camada protetora e, consequentemente, os contornos do eu: sem barreiras de contenção, a integração pessoal encontra-se comprometida. Para aplacar a angústia provocada pela sensação de eu despedaçado, comer pode funcionar como uma tentativa de existir, em outras palavras, de construir contornos capazes de proporcionar consistência ao eu.

Palavras chave: trauma, Eu, oralidade, compulsão

Resumen

Nuestro objetivo es investigar formas de organización del yo derivadas de la experiencia de situaciones traumáticas. El punto de partida fue el tratamiento de una joven que después de haber sufrido un traumatismo craneoencefálico (TCE), desarrolló una compulsión

por la ingestión de dulces y por hablar. Este puede ser un recurso utilizado frente a experiencias traumáticas en las que se rompe la capa protectora y, consecuentemente, los límites del yo. Para aplacar la angustia provocada por la sensación del yo fragmentado, comer puede funcionar como una tentativa de existir, o sea, de construir contornos capaces de proporcionar consistencia al yo.

Palabras clave: trauma, Yo, oralidad, compulsión

Abstract

Our objective is to investigate forms of organization of the self derived from the experience of crossing traumatic situations. The starting point was the treatment of a young woman that, after having suffered cranioencephalic trauma, developed compulsion for eating sweets and talking. This can be a resource in face of traumatic experiences that break a protecting layer and, thus, the contours of the self. To reduce anguish derived from the sensation of a broken self, eating can be an attempt to exist, in other words, to construct boundaries capable of providing consistency to the self.

Keywords: trauma, self, orality, compulsion

* Psicanalista, membro efetivo do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, Pós-doutoranda em Psicologia Clínica PUC-Rio (Bolsista Faperj), pklautau@uol.com.br. Rua Marquês de São Vicente 225, sala 201L, Gávea - Rio de Janeiro - RJ, CEP: 22453-900. E-mail: pklautau@uol.com.br

** Psicanalista, Professora do Programa de Pós graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio, winograd@uol.com.br

*** Professora do Programa de Pós graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio.

Para citar este artículo: Klautau, P., Winograd, M., & Campos, F. S. (2013). Comer para existir: trauma, oralidade e contornos do Eu. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31 (3), 522-531.

Classicamente, o termo “oralidade” designa a fase mais precoce do desenvolvimento libidinal pré-genital, na qual o prazer sexual derivaria predominantemente da excitação da cavidade bucal e dos lábios. Ligada, inicialmente, à função de nutrição e ao investimento do objeto correspondente, nesta fase se sustentaria o objeto pulsional originário inaugurador do processo psicosexual. Sua precocidade faz dela o protótipo da relação de objeto fantasmático, na medida em que expressa o modelo ideal de fusão com o objeto (o seio materno). Também chamada de fase canibalística, tende à incorporação do objeto pela atividade da nutrição: eis o modelo da identificação e da introjeção, caracterizado como um tipo de regressão ao mecanismo da fase oral. Trocando em miúdos, em sentido literal, consumir o objeto permanecerá o modelo fantasmático de toda relação de objeto. Daí ser possível abordar deste modo a significação das patologias da oralidade, não somente quando a função nutritiva é afetada de modo patente, mas também quando se observa a regressão no plano do objeto e dos mecanismos de introjeção.

Na clínica –por excelência, o *locus* da investigação psicanalítica–, quando um paciente lança mão de recursos ligados à oralidade, os momentos iniciais da estruturação do psiquismo podem ser investigados. Importa notar que a maior parte das marcas deixadas pelas fases iniciais da vida psíquica permanece inscrita em um plano de difícil acesso através da palavra, da memória verbal e, conseqüentemente, da interpretação. Formam parte de um imenso território psíquico inscrito na memória corporal e governados por mecanismos inconscientes dificilmente acessíveis por meio de intervenções verbais, pois sua inscrição é anterior à emergência do sujeito linguisticamente organizado. Trata-se de uma memória e de uma forma de conhecimento de si e do mundo de natureza procedural, ou seja, não mediadas pelos conceitos e significados que a linguagem tornará possível mais adiante na vida. Para que se tenha acesso a esse plano da experiência subjetiva, é preciso contar com modos de conhecimento e de interação que não dependam exclusiva e simplesmente de operações verbais e que permitam a aproximação e o entendimento do sentido da experiência

com base na sensibilidade perceptiva e na ressonância e sintonia afetivas. Dito de outro modo, quando o uso de formas primitivas de organização da oralidade passam a fazer parte do repertório de defesas de um paciente, é possível observar quer a atualização, quer a experiência, acompanhadas da falta de representação, de situações traumáticas nos estágios precoces do desenvolvimento infantil. Na condução destes casos, é necessário que o analista assuma uma postura diferente da comumente adotada no tratamento clássico das neuroses, realizado em torno ao domínio da representação e da significação.

O que motivou a elaboração deste artigo foi o atendimento de uma jovem que, após ter sofrido traumatismo crânio-encefálico (TCE), desenvolveu compulsão (neurologicamente injustificada) a ingerir doces e falar. Nosso objetivo não consiste em fornecer uma análise minuciosa do caso em questão: pretendemos tão somente utilizá-lo como ponto de partida para a formulação e o desenvolvimento de certas questões referentes à articulação entre estruturação do Eu e experiências traumáticas. O caso apresentado foi atendido no âmbito das pesquisas “Do cérebro à palavra: a clínica com pacientes neurológicos” e “Aspectos subjetivos do adoecimento neurológico”, realizadas na PUC-Rio com o apoio da FAPERJ (Prêmio Jovem Cientista do Nosso Estado/2010 e E_10 - PAPDRJ - Apoio à Pós-Doutorado - Parceria CAPES/FAPERJ - 2011). O eixo clínico de ambas as pesquisas envolve o atendimento psicanalítico a pacientes neurológicos e se desenvolve três etapas: a primeira consiste no acolhimento dos pacientes adultos portadores de doenças neurológicas e na realização da primeira entrevista, na qual são contemplados: a assinatura do consentimento informado (Resolução do CFP nº 016/2000), a identificação da queixa, da demanda de tratamento psicoterapêutico e o encaminhamento para avaliação neuropsicológica. A segunda etapa comporta a realização de sessões regulares de psicoterapia psicanalítica durante 18 a 24 meses, nas quais são abordados aspectos psicodinâmicos dos sujeitos e testadas variações no enquadre. E a última etapa consiste na análise dos dados coletados, enriquecidos com elementos fornecidos pelas avaliações neuropsicológicas.

Corpo perdido: um Eu despedaçado

Maria, uma jovem de 21 anos, procurou atendimento psicológico seis anos após ter sofrido traumatismo crânio-encefálico na região parietal direita, decorrente de acidente de motocicleta. Além das sequelas cognitivas e motoras deixadas pelo traumatismo –afasia, epilepsia, incontinência urinária e hemiprasia esquerda– que não podem ser negligenciadas, Maria relatou ter se afastado dos amigos, se atrasado em seus estudos e perdido o corpo magro que havia conquistado na adolescência. Sua queixa principal dizia respeito ao elevado peso adquirido e à compulsão a ingerir doces e falar: “fui na Santa Casa procurar um tratamento com uma nutricionista e ela me mandou para cá. Acho que o problema está no meu corpo mas a médica diz que está na cabeça”.

Na entrevista inicial, sua primeira comunicação foi feita de forma não verbal: abriu a bolsa, pegou um álbum de fotografias e mostrou como era antes do acidente. O corpo magro da adolescente do retrato contrastava com a imagem da menina verborrágica, apressada e obesa diante da analista. Após folhear o álbum, mostrando veloz e vertiginosamente fotografia por fotografia, disse: “eu era assim antes de cair da garupa da moto do meu namorado”. Sem dar tempo para a analista tecer qualquer comentário ou esboçar reação, Maria continuou: “quando criança, eu era bem gordinha, mas não como agora. Eu fui crescendo e não queria ser gorda, todo mundo me chamava de bola, baleia, bolo fofo. Me esforcei muito, fiz regime, emagreci, fiquei com o corpo que eu sonhava. Aí veio o acidente. Fiquei um ano de cama. Fiquei muito magra, só de coma foram três meses, demorei para me recuperar. Mas consegui. No início, meus amigos iam me visitar, mas aí fui melhorando e eles pararam de ir. Quando voltei a estudar, eles já tinham saído da escola. Todos já estavam na faculdade. Fiquei para trás. Eu não era mais como antes. Voltei a fazer as coisas sozinhas, a estudar e a sair. Nesta época comecei a comer mais. Tive que fazer outros amigos. Também arrumei outro namorado. Ele gostava de mim do jeito que eu era. Mas meu pai implicava com ele, não deixava eu namorar. Mandava sempre alguém estar por perto, tinha medo dele se aproveitar de

mim. Eu já estava assim, desse jeito: gordinha, falante e muito comilona. Eu sou alegre, gosto de sair, de me arrumar. Me sinto bonita. As pessoas reclamam que eu como demais e que eu falo demais. Vejo que incomodo na sala. Não gostam de fazer trabalho comigo, tenho duas amigas que gostam de mim e me ajudam. Só elas. Os outros não se aproximam, sei que é porque falo sem parar”.

A analista interrompeu seu fluxo acelerado: “você está fazendo a mesma coisa aqui comigo. Até agora não consegui me aproximar de você, não encontrei espaço para fazer sequer uma pergunta”. Maria atropelou: “eu sei. Sinto isso. Mas não consigo me controlar, como e falo sem parar. Toda moedinha que cai na minha mão vira um doce”. Sem dar brechas, prosseguiu célere até o final da primeira entrevista. Avisada de que o tempo de atendimento terminou, pediu mais: “ainda tenho muita coisa para falar. Preciso que você saiba de tudo para me ajudar a emagrecer”. Pela segunda vez, a analista interrompeu: “não tenho dúvidas de que a equipe de nutricionistas te encaminhou para cá para que você falasse. Sei que você tem muito o que dizer, mas não precisa ser tudo de uma vez. Você pode me dizer aos poucos, em outros encontros”. Maria concordou, mas, antes de partir, pediu para mostrar a fotografia da qual mais gostava para que a analista guardasse na memória como ela gostaria de ficar.

Já nesta primeira entrevista, pode-se perceber que Maria buscava, não só o corpo que perdera, mas também (e talvez, sobretudo) as coordenadas subjetivas que estruturavam a coesão de seu Eu. Coordenadas fornecidas pelo corpo magro e pelo lugar ocupado em seu grupo de amigos: de criança gorda, Maria tornou-se uma adolescente desejada e admirada por características que atribuía a sua imagem corporal, mas, sem um corpo magro, encontrava-se com seu Eu em pedaços.

Trauma e experiência subjetiva de adoecimento neurológico

No vocabulário de Psicanálise (Laplanche & Pontalis, 1982/2001), os termos *trauma* e *traumatismo* compõem um único verbete, tendo sido ambos importados da medicina, mais especificamente, da

prática cirúrgica. A etimologia da palavra *trauma* remete ao termo grego indicativo de *ferida* –por sua vez, derivado do grego *traumatós* (furar)– e seu significado pode ser descrito como uma *ferida com efração*. Já a palavra *traumatismo* estaria mais ligada às consequências do trauma no conjunto do organismo, resultantes da violência externa. Além dos dois termos tratados com sinônimos no verbete, existe um terceiro, comumente associado a eles: *traumático*. Este deve ser compreendido como um acontecimento impactante em função da incapacidade do sujeito de reagir a ele. Durante sua montagem ao longo da obra freudiana e devido aos remanejamentos efetuados, o conceito psicanalítico de trauma englobou o campo semântico brevemente descrito acima. Bokanowsky (2002, 2005) propõe uma sistematização do conceito freudiano em três momentos, cada um deles articulado com um dos sentidos descritos. O primeiro período seria de 1895 à 1920, o segundo, de 1920 à 1939 e o terceiro concentrar-se-ia em 1939.

Traumatismo nomearia o primeiro momento: intimamente relacionado à teoria da sedução e à lógica do trauma em dois tempos, este período incluiria também o remanejamento teórico segundo o qual seria o fantasma (e não mais a sedução) o fator traumático príncipe que presidiria a organização da neurose. Assim, as situações traumáticas paradigmáticas estariam ligadas às fantasias originárias e às angústias aferentes (de sedução, de castração, cena primitiva, complexo de Édipo etc.). De modo que o traumatismo teria relação com a força das pulsões sexuais e com a luta do Eu.

Já o termo *traumático* representaria o segundo momento, cujos operadores principais seriam os conceitos de desamparo e de efração do para-excitação e no qual o conceito de trauma seria emblemático (e metafórico) das aporias econômicas do aparelho psíquico. Com destaque para o fator econômico, a ideia central deste período seria a ligação entre o fator traumático e o narcisismo: experiências traumáticas durante a estruturação do psiquismo produziriam feridas narcísicas. O desamparo seria, assim, o paradigma da angústia por transbordamento quando a angústia-sinal não permitiu ao Eu se proteger da efração quantitativa (interna ou externa). Contudo, a partir de 1920, a

nova teoria da angústia, teria feito o acento recair sobre a ligação entre traumatismo e relação de objeto, revelando o início de um recuo da teorização freudiana aos primórdios da constituição do psiquismo e, portanto, do terceiro momento, cuja coroação teria se dado em 1939.

Assim, o termo *trauma*, por sua vez, seria representativo deste terceiro momento, segundo o qual as experiências traumáticas originariamente constitutivas da organização e do funcionamento psíquicos (anteriores ao pleno estabelecimento da capacidade de simbolização) seriam concebidos como podendo engendrar feridas precoces no Eu. Como consequência, tais perturbações e reforços das primeiras operações defensivas (negação, clivagem, projeção etc.) poderiam engendrar zonas psíquicas mortas devido à ausência de representação, figuração ou simbolização. De tal modo que o termo *trauma* designaria o que é relativo às categorias de primário e originário, articuladamente às categorias edípicas clássicas.

Sem entrar na discussão sobre a precisão dos períodos identificados por Bokanowski, é certo que, em função de suas gravidade e sequelas, não raro um TCE resulta em trauma psíquico nos sentidos acima descritos –a grosso modo, choque violento com efração do para-excitação e com consequências sobre o conjunto da organização psíquica–, desestabilizando a sensação de identidade e de continuidade na existência. Os danos ocasionados pelo TCE são experimentados, geralmente, como um sentimento de perda de uma parte de si, pois, além de prejudicar, por exemplo, a capacidade de locomoção ou de realizar tarefas sozinho, afeta a capacidade perceptiva e representacional dos sujeitos traumatizados. Os sujeitos em questão encontram-se desprovidos da possibilidade de apoiarem-se sobre suas percepções e suas representações para elaborarem o traumatismo experimentado, de tal modo que o TCE é vivido como um golpe que divide a sensação de existência subjetiva entre antes e depois do trauma. Como consequência, neste tipo de caso, o início do atendimento psicanalítico é marcado por um pedido de restauração e de reconstrução do que foi perdido a partir da crença de que é preciso e possível recuperar o que existia antes para que os prejuízos derivados do TCE sejam

diluídos. Entendemos que esta sensação de “não ser mais como era antes” seja a expressão subjetiva da instalação dos efeitos psíquicos patogênicos provocados pelo adoecimento neurológico, pois, além de alterações nas funções cognitivas, também a sensação de individualidade e de apreensão da própria personalidade encontram-se lesionadas. Em outras palavras, os danos no *self* são inegáveis.

Embora muito utilizado pelos psicanalistas de língua inglesa, o termo *self*, traduzido para o português como *si-mesmo*, não possui uma definição consensual compartilhada. É possível encontrar algumas versões para o uso deste termo reflexivo: pode designar a totalidade resultante do processo de amadurecimento (Winnicott), o conjunto das instâncias psíquicas (Kohut), a organização narcísica do psiquismo (Hartmann) ou ainda a parte consciente do psiquismo que permite ao sujeito se reconhecer como uma consciência reflexiva. Apesar das variações, todas as versões referem-se ao termo em relação ao reconhecimento da totalidade de si. Na experiência subjetiva de adoecimento neurológico, é justamente este tipo de reconhecimento que encontra-se comprometido: o dano causado no *self*, ou seja, a dificuldade de reconhecer-se como ser uno ao longo do tempo e de encontrar apoio nas próprias percepções e representações acerca de si e do mundo, deriva de fissuras no Eu em função, entre outros, do comprometimento das capacidades cognitivas.

Em 1920, na elaboração da segunda tópica do aparelho psíquico, Freud (1920/1995) definiu o Eu como a instância cujas funções gerais são: (1) mediação e regulação interna do aparelho psíquico e (2) mediação entre o psiquismo e a realidade. Sabemos que a função regulatória depende necessariamente de processos cognitivos tais como a atenção, a percepção, a memória, o raciocínio, o juízo, a imaginação, o pensamento e a linguagem. Seis anos antes, em 1914, no artigo sobre o narcisismo, Freud afirmou que “uma unidade comparável ao Eu não pode existir no indivíduo desde o começo; o Eu tem que ser desenvolvido” (Freud, 1914/1995, p. 93). Evidentemente, esta célebre afirmação freudiana envolve as funções cognitivas, as quais também se desenvolvem no contexto de relações estabelecidas com outros seres humanos — o que se articula com

a ideia, corrente em psicanálise, de que experiências vividas nas fases mais precoces da constituição do psiquismo imprimem marcas decisivas na subjetivação do indivíduo, participando da moldagem de suas inclinações, suas preferências, suas formas de gozar e sofrer, de agir no mundo, de sentir e responder às injunções da vida.

Desde os trabalhos de Hartmann (1958/1995) —sem entrarmos no mérito de todas as discussões e ressalvas que a Psicologia do Ego suscitou e ainda suscita—, fomos levados a considerar a importância das funções cognitivas na economia psíquica em geral e, para a problemática que nos interessa aqui, nos processos defensivos. É certo que variações e danos nas funções cognitivas interferem nas modalidades defensivas das quais o sujeito pode lançar mão. De modo que trabalhamos com a hipótese de que, em função da extensão das sequelas do adoecimento neurológico e dos modos de estruturação psíquica de cada sujeito, o recurso a defesas primárias é bastante frequente nestes casos.

Continuidade na existência e trauma cumulativo

Sabemos que, na constituição do Eu, ambiente, mãe e cuidados maternos devem ser considerados equivalentes. Ou seja, a mãe (função materna) funcionaria, tanto biológica quanto psiquicamente, como o primeiro ambiente para o bebê, o qual seria completamente dependente de seus cuidados para sobreviver. Diante de tal dependência, Winnicott (1945/2000) supôs haver um estado de indiferenciação entre Eu/não-Eu, de tal modo que a unidade não seria o bebê mas, sim, o conjunto ambiente-indivíduo. Assim, para que o Eu possa adquirir existência como unidade, é necessário que a criança se separe subjetivamente dos cuidados desempenhados pela mãe. Esta separação efetua-se de maneira gradual, introduzindo perdas no estado de fusão Eu-objeto, ou seja, perdas graduais da unidade ambiente-indivíduo só possíveis quando a mãe falha na tarefa de atender as necessidades do bebê em momentos específicos e circunscritos, atendendo-as somente depois de algum tempo. Nesta situação, o fator temporal desempenharia papel importante na introdução da ausência ma-

terna, a qual, deve ser bem dosada para permitir a diferenciação Eu/não-Eu.

Uma vez consolidada, tal separação implicaria uma perda dupla na unidade mãe-bebê: a mãe deixa de alimentar uma parte de si (o bebê) e o bebê deixa de se alimentar num seio que, até então, era parte dele. Ou seja, quando se diferencia dos cuidados maternos, o bebê perderia o seio, ou seja, perderia sua mãe. Para remediar tal perda e para que a falta materna não se estabeleça como dominante, algo seria encontrado e elevado pela criança ao estatuto de objeto ou fenômeno transicional. Assim, os objetos e fenômenos transicionais podem ser entendidos como o que seria produzido para que o espaço entre o bebê e a mãe permaneça permanentemente potencial, isto é, para que este espaço nunca se constitua realmente como uma falta e não estabeleça, portanto, uma descontinuidade na experiência de dependência primitiva. Dito em outros termos, uma das funções do objeto transicional no desenvolvimento emocional é garantir o sentimento de continuidade de existência do Eu. Por isso, o conceito de trauma pode e deve ser usado para designar as quebras neste tipo de sentimento. Nas famosas palavras de Winnicott:

O sentimento de que a mãe existe dura x minutos. Se a mãe ficar distante mais do que x minutos, então a imagem se esmaece e, juntamente com ela, cessa a capacidade do bebê utilizar o símbolo da união. O bebê fica aflito mas essa aflição logo é corrigida, pois a mãe retorna em x + y minutos. Em x + y minutos, o bebê não se alterou. Em x + y + z minutos, o bebê ficou traumatizado. Em x + y + z minutos, o retorno da mãe não corrige o estado alterado do bebê. O trauma implica que o bebê experimentou uma ruptura na continuidade da vida, de modo que defesas primitivas agora se organizam contra a repetição da 'ansiedade impensável' ou contra o retorno do agudo estado confusional próprio da desintegração da estrutura nascente do Eu. (Winnicott, 1967/1975, p. 135)

É importante ressaltar que o termo “ansiedade impensável” foi utilizado para assinalar um tipo de angústia que não deveria ser experimentada pelo bebê, pois causa a sensação de aniquilação do Eu. Esta sensação seria vivida como uma intrusão, na

medida em que toma conta do Eu, deixando-o sem defesas e provocando uma ruptura que interromperia a continuidade da existência. De modo que o trauma pode ser entendido como um fracasso relativo à dependência: sem o suporte euóico da mãe, o bebê seria forçado a se defender e proteger por conta própria, reagindo às intrusões do ambiente e passando a desempenhar funções para as quais ainda não estaria preparado.

Fortemente influenciado por Winnicott, Masud Khan (1963/1984) propôs o conceito de trauma cumulativo para designar os efeitos de falhas repetidas da mãe em sua função de atender às necessidades euóicas do bebê. Para sustentar sua argumentação, Khan (1963/1984) propôs uma aproximação com a famosa metáfora do escudo protetor, forjada por Freud em 1920:

Proponho-me aqui a examinar a função da mãe no seu papel de escudo protetor. Esse papel de escudo protetor constitui 'o ambiente normal que se pode esperar' (Hartmann, 1939) para as necessidades anaclíticas do bebê. Meu argumento é que o trauma cumulativo resulta das fendas observadas no papel da mãe como escudo protetor durante todo o curso do desenvolvimento da criança, desde a infância até a adolescência – isto é, em todas as áreas de experiência onde a criança precisa da mãe como Eu auxiliar para sustentar suas funções de Eu, ainda imaturas e instáveis. (Khan, 1963/1984, p. 62)

Estas fendas não seriam traumáticas no momento em que se instalam, só adquirindo valor de trauma cumulativa e retrospectivamente. Ou seja, o caráter traumático não seria dado pelos acontecimentos no momento de sua ocorrência, isto é, na abertura das fissuras, mas se instalaria pela repetição e pelo acúmulo de pequenos sulcos, silenciosa e invisivelmente. Constituído pelo somatório das fendas acumuladas no Eu ao longo do tempo, o fator traumático só seria percebido como tal após a instalação dos efeitos patogênicos das rachaduras acumuladas.

Não é difícil perceber a articulação entre trauma e experiência subjetiva de adoecimento neurológico. Ao longo do adoecimento, o sujeito gradualmente acumula feridas, impressas pela percepção

inicial das perdas cognitivas, pela percepção da permanência das perdas no tempo e pelas consequências destas perdas. A reunião destas feridas ao longo do tempo comprometeria a capacidade do sujeito de se relacionar com o ambiente, desestruturando seu Eu e seu *self*, consequentemente, abalando sua possibilidade de reconhecer-se como ser uno no tempo e de encontrar apoio nas próprias percepções e representações construídas acerca de si e do mundo. O caso de Maria é exemplar de como, frente ao trauma, certos sujeitos recorrem a modos primários de defesa para, tal qual Sísifo, tentar sustentar os contornos de um Eu em pedaços.

Comer para existir: construção dos contornos do Eu

Já nas entrevistas iniciais e tendo em vista as diversas sequelas do TCE sofrido, foi possível tecer a hipótese de que a voracidade e compulsão em comer e falar de Maria fossem tentativas de aplacar angústias primitivas suscitadas pela desestabilização da integração do Eu anteriormente alcançada. Em outras palavras, a voracidade e a compulsão seriam seus meios disponíveis para dar conta da angústia derivada do desarranjo causado pelo traumatismo. Diante do corpo (magro) perdido, a sensação de Eu despedaçado: comer e falar funcionavam como tentativas de existir. E para existir, era preciso juntar os pedaços, costurar, enfim, construir contornos capazes de proporcionar uma estrutura para o Eu.

Antes do TCE, Maria havia deixado para trás a criança gorda que tanto a incomodava ser: cresceu, emagreceu, conquistou o corpo que sonhava ter e, consequentemente, um lugar que ressaltava seus atributos físicos diante de seu grupo de amigos e de seu namorado. Depois do acidente e da alta hospitalar, percebeu que “havia ficado para trás”, pois não tinha mais namorado e seus amigos pararam de procurá-la. Sem os referências fornecidos pelo seu corpo e pelas relações pessoais que havia construído, o Eu de Maria encontrava-se em pedaços, pois a jovem não possuía mais as coordenadas que orientaram sua transição de menininha gorducha para jovem mulher atraente. O que lhe restava era o repertório de defesas acumulado durante os primeiros relacionamentos estabelecidos com o ambiente.

Como vimos, a ideia de trauma cumulativo remonta à etiologia das defesas contra invasões resultantes das tensões geradas pela falha da mãe no papel de escudo protetor. Além dos efeitos patogênicos, Khan (1963/1984) ressaltou que, diante das tensões, a criança também disporia de certo grau de adaptabilidade que a tornaria capaz de usar as invasões como alimento para crescer e se reestruturar. Quando criança, Maria recorria a comida para remediar e, ao mesmo tempo, se adaptar ao vazio deixado pelo desamparo proporcionado pelo ambiente: “todas as tardes pareciam que não terminavam, demorava muito para a noite chegar. Eu lembro que chegava do colégio, almoçava e depois ficava vendo televisão, comendo biscoito, bala e frutas para a hora passar mais rápido. Demorava muito para minha mãe chegar em casa”. Após seu acidente, no final de sua adolescência, ao comer e falar em demasia, Maria empreendia uma nova tentativa de obturar as fendas abertas na organização euóica após a instalação do traumatismo.

Dito de outro modo, para reconstruir os contornos do Eu, depois do acidente, Maria recorria ao mesmo conjunto de defesas utilizado nos primórdios da constituição do psiquismo. Se era assim, neste caso, ao invés de supormos uma regressão aos pontos de fixação da libido, devemos considerar uma regressão às fendas abertas no período em que o bebê é totalmente dependente do ambiente. De acordo com Khan (1963/1984), as fendas vão se acumulando, “vão-se fixando até formarem os traços específicos de determinada estrutura de caráter” (p. 63). Seguindo este raciocínio, é possível afirmar que os traços erigidos referentes a um determinado tipo de estrutura de caráter revelam as distorções do Eu derivadas, por sua vez, às falhas de recursos ambientais.

Em 1937, no artigo “Análise terminável e análise interminável, Freud examinou, sob uma ótica diferente da que o orientava até então, as alterações no Eu resultantes do uso dos mecanismos de defesa. Ora, sabemos que o Eu infantil, a serviço do princípio de prazer, tem a tarefa de exercer uma mediação entre as exigências do Isso e do mundo externo. Além de mediar as relações entre essas duas instâncias, cabe também ao Eu proteger o psiquismo dos perigos. Durante esse processo, o

Eu infantil adota uma posição defensiva, não só com relação aos perigos externos, mas também em relação aos perigos internos, isto é, às exigências do Isso, se defendendo de um do mesmo modo como se defenderia do outro. Um dos procedimentos utilizados pelo Eu é alterar a si próprio, adaptando-se à situação de perigo.

Os mecanismos de defesa servem ao propósito de manter afastados os perigos. Não se pode discutir que são bem sucedidos nisso, e é de duvidar que o Eu pudesse passar inteiramente sem esses mecanismos durante seu desenvolvimento. Mas é certo também que eles próprios podem transformar-se em perigos. Às vezes se vê que o Eu pagou um preço alto demais pelos serviços que eles lhe prestam. O dispendido dinâmico necessário para mantê-los, e as restrições do Eu que quase invariavelmente acarretam, mostram ser um pesado ônus sobre a economia psíquica. Ademais, esses mecanismos não são abandonados após terem assistido o Eu durante os anos difíceis de seu desenvolvimento. Nenhum indivíduo, naturalmente, faz uso de todos os mecanismos de defesa possíveis. Cada pessoa não utiliza mais do que uma seleção deles, mas estes se fixam em seu Eu. Tornam-se modalidades regulares de reação de seu caráter, as quais são repetidas durante toda vida, sempre que ocorre uma situação semelhante à original. (Freud, 1937/1995, p. 270)

A diferença entre o que Freud (1937/1995) descreveu em relação às alterações do Eu e o que Khan (1963/1984) detalhou como distorções do Eu reside no papel desempenhado pelo meio ambiente. Mas, em ambos, ao fixarem-se no Eu, os mecanismos de defesa tornam-se parte do caráter individual de cada um, de tal modo que o Eu adulto continua se defendendo do perigo existente na realidade atual à moda antiga.

Sobre a técnica: considerações finais

Se deslocarmos estas considerações para a prática clínica, é possível afirmar que o analisando repete modalidades de reação inscritas em seu caráter durante o estabelecimento da relação transferencial. De modo que, para atingir as alterações do Eu, é necessário que se empreenda a análise dos mecanis-

mos de defesa. Este terreno se distancia do domínio da representação e da significação, pois, quando o material em jogo diz respeito às alterações do Eu (caráter), os desejos sexuais recalcados e as fantasias inconscientes encontram-se em segundo plano. Escreve André Green:

O trauma, não só se desloca da esfera da sexualidade para a do Eu, mas perde sua dimensão dramática e punctiforme para inserir-se num tecido de microtraumatismos cujas sequelas se parecem menos com uma cicatriz de um ferimento que com um processo de esclerose que estrangula o desenvolvimento do Eu. Não se conclua daí que o analista deva dedicar-se à reparação. (Green, 1974/1984, p. 7)

Diferentemente das situações em que o esforço principal seria trazer à consciência o inconsciente recalcado através da técnica interpretativa, em casos como o de Maria, o acento recai sob o manejo de mecanismos de defesa muito primitivos. Não se trata de instituir uma clínica reparadora com o intuito de oferecer ao paciente o que não lhe foi dado pelo ambiente. Pelo contrário, o que está em questão é um manejo clínico cuja direção visa o estabelecimento de uma provisão ambiental capaz de fornecer suporte para a integração das experiências traumáticas.

Se recorrermos às teorizações de Winnicott a respeito de casos que escapam à lógica de funcionamento das neuroses clássicas, é possível adotar como medida técnica para este tipo de manejo clínico a regressão à dependência. Winnicott (1954a/2000) vê na regressão a possibilidade do paciente reviver, através da situação de dependência, as falhas de adaptação sofridas nos primeiros momentos da vida. Desta forma, a análise que inclui a regressão como medida técnica no processo de cura não é incompatível com a análise clássica freudiana. Pelo contrário, deve ser considerada parte integrante do processo: o importante é saber precisar o momento adequado para fazer uso desta medida técnica.

Para isso, Winnicott (1954b/2000) identifica três tipos de paciente, cada qual com uma necessidade que requer uma intervenção específica. Em primeiro lugar encontram-se aqueles que tiveram em sua

história primitiva uma quantidade de falhas ambientais insuficientes para constituir a instalação de um traumatismo. Estes pacientes obtiveram apoio do ambiente para a integração das experiências inaugurais a ponto de estabelecerem uma organização euóica e funcionarem como pessoas inteiras. Apresentando dificuldades nos relacionamentos interpessoais, a medida técnica mais apropriada consiste em uma análise clássica, baseada no uso da interpretação como ferramenta principal. Outro tipo é composto por pacientes cuja personalidade se integrou há pouco tempo. As dificuldades, nestes casos, estão relacionadas à aquisição do status de unidade. Para este tipo de pacientes, a análise clássica continua sendo a medida técnica mais apropriada, desde que a atenção do analista recaia sob o manejo da relação transferencial. Há ainda, o terceiro tipo formado por casos cujas análises tem a função de se ocupar dos estágios do desenvolvimento emocional anteriores ao estabelecimento do status de unidade. Com estes pacientes, a situação de regressão à dependência no contexto da situação analítica consiste na medida técnica adequada. Desta forma, o uso clínico da regressão faz parte do processo de cura.

Genericamente, a noção de regressão expressa a ideia de recuo, ou melhor, de movimento retrógrado. Classicamente, diferenciam-se três formas de regressão: tópica, temporal e formal, todas referentes a alterações nas modalidades de funcionamento psíquico. Freud (1901/1995) propôs que, diante de um acontecimento traumático, o progresso seria interrompido: o desenvolvimento recuaria em direção aos pontos de fixação da libido. Desta forma, o sujeito passaria a lançar mão de mecanismos de defesas não compatíveis com seu estado atual de desenvolvimento libidinal. De acordo com este raciocínio, os pontos de fixação corresponderiam aos pontos de origem dos diversos tipos de patologia.

A diferença entre as concepções de Freud e Winnicott não reside no fato de designarem a regressão como um mecanismo de defesa que recuaria em direção aos estágios iniciais do desenvolvimento, mas, sim, no entendimento de Winnicott de que a regressão não seria impeditiva para a análise, mas parte da capacidade do paciente de se curar. Neste sentido, o que estaria em jogo seria a constância, a

sustentação e a adaptação empática do analista às necessidades do paciente regredido.

É correto falar dos desejos do paciente; por exemplo o desejo de ficar quieto. Com o paciente regredido, porém, o termo desejo revela-se inadequado. Em seu lugar, usamos a palavra necessidade. Se um paciente regredido precisa de silêncio, nada se poderá fazer se este não for conseguido. Quando a necessidade não é satisfeita, a consequência não é raiva, mas uma reprodução da situação original de falha que interrompeu o processo de crescimento do Eu. (Winnicott, 1954b/2000, p. 385)

Nos termos de Khan (1963/1984), seria esta falha proveniente do não atendimento das necessidades do bebê por parte do ambiente a responsável pela abertura de fendas na organização euóica que, quando acumuladas ao longo do tempo, constituem-se como trauma. Para este autor, na situação transferencial, caberia ao analista ir ao encontro das necessidades do paciente regredido e efetuar uma leitura destas de acordo com sua capacidade contra-transferencial. Neste sentido, o conceito de contra-transferência não deveria ser restringido à reação inconsciente do analista em relação ao analisando, mas entendido como a qualidade da presença do analista no processo terapêutico, incluindo todo o seu funcionamento mental e envolvendo mudanças de sensibilidade, de atenção e de percepção. Com esta ampliação de sentido, os processos perceptuais e cognitivos do analista tornar-se-iam parte do processo de integração das experiências do paciente regredido. Assim, o funcionamento psíquico do analista tornar-se-ia parte fundamental para a análise dos mecanismos de defesa, fornecendo ao paciente regredido a provisão ambiental necessária para a construção de um espaço analítico capaz de propiciar a elaboração e integração das experiências traumáticas.

O pedido de recuperação do corpo magro feito por Maria encobria a perda dos referências que estruturavam a unidade de seu Eu. Com o Eu despedaçado, Maria buscava a percepção de si-mesma ancorada no corpo conquistado durante sua adolescência. A sensação de perda de uma parte de si vivida durante o adoecimento neurológico atualizou

o repertório de defesas utilizado contra a sensação de desamparo experimentada na infância. Comer passou a ser uma medida protetiva para continuar existindo diante das angústias suscitadas pelo perigo de desaparecer. Um dos maiores desafios da condução do caso de Maria consistiu em ampliar o repertório de defesas utilizadas diante de situações que se configuram como perigos para a sua existência pessoal. Ao invés de tentar frear ou extinguir a compulsão e a voracidade, era preciso ser capaz de enfrentar as situações traumáticas com o estabelecimento modos de funcionamento que ampliassem o repertório de defesas restringido pela organização do caráter oral.

Referências

- Bokanowsky, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue Française de Psychanalyse*, 66 (3), 745-757.
- Bokanowsky, T. (2005). Variations sur le concept de traumatisme: traumatisme, traumatique, trauma. *Revue Française de Psychanalyse*, 69 (3), 891-905.
- Freud, S. (1901/1995). Sobre os sonhos. *ESB*, vol. V. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914/1995). Sobre o narcisismo: uma introdução. *ESB*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1920/1995). Além do princípio do prazer. *ESB*, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1937/1995). Análise terminável e interminável. *ESB*, vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago.
- Green, A. (1974/1984). O outro e a experiência de self. In M. Khan (1963). O conceito de trauma cumulativo. *Psicanálise: Teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Hartmann, H. (1958/1995). *Ego psychology and the problem of adaption*. Connecticut: IUP.
- Khan, M. (1963/1984). O conceito de trauma cumulativo. In *Psicanálise: Teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1982/2001). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1945/2000). O desenvolvimento emocional primitivo. In *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1954a/2000). Retraimento e regressão. In *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1954b/2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1967/1975). A localização da experiência cultural. In *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Fecha de recepción: 7 de febrero de 2013
Fecha de aceptación: 11 de junio de 2013