

2

Traumatismo e Reconstrução Narcísica

2.1

Trauma e Neurose Traumática

A noção de trauma em Psicanálise é de extrema importância para a clínica psicanalítica e ocupa importante lugar nos vários momentos de elaboração da metapsicologia freudiana. De acordo com Laplanche e Pontalis, trauma vem do grego τραυμα e significa *ferida*. Na opinião destes autores, Freud teria importado tal terminologia da medicina, na qual estariam implicadas as significações de: choque violento, efração e a conseqüência sobre uma determinada organização (LAPLANCHE & PONTALIS, 1991, p.523).

A primeira concepção de trauma na obra freudiana é apresentada em “Estudos sobre a Histeria”. Esta concepção trata do traumatismo como sendo de origem sexual e ocorrendo em dois tempos. O primeiro consiste numa experiência de sedução na infância; o segundo, um acontecimento que evoca por associação a lembrança daquela sedução na puberdade. “É a lembrança da primeira que desencadeia um afluxo de excitações sexuais que excede as defesas do Eu” (*Ibid*, pp. 524-525).

Logo as investigações freudianas levam-no a abandonar esta teoria e a valorizar sobremaneira o campo da fantasia, pela descoberta da sexualidade infantil. Em sua carta a Fliess datada de 21 de setembro de 1897, Freud anuncia não acreditar mais em sua neurótica. Este é um momento da obra freudiana em que “o trauma perde sua dimensão pulsional” (KATZ, 1992, p.27), por estar inscrito/traduzido nas fantasias edípicas. Assim, o significado etiológico do traumatismo é preterido em função da vida fantasística e das fixações libidinais (LAPLANCHE & PONTALIS, 1991, p.525).

O valor do trauma na constituição psíquica é trazido de volta à cena pelas neuroses traumáticas. Mas, é especialmente pela experiência da guerra que, diante de outros problemas conceituais, os psicanalistas são levados a rever seu arsenal teórico-clínico de maneira crucial.

Por esta razão, para abordar o conceito de trauma na Psicanálise, optamos

por levar em conta as importantes contribuições realizadas no V Congresso Internacional de Psicanálise em Budapeste a respeito das neuroses traumáticas, quando a 1ª Guerra Mundial apresentou aos psicanalistas a missão de compreender e tratar das neuroses de guerra. Esta nova abordagem faz com que ampliem o conceito para além de suas fronteiras iniciais, quando era definido em conexão com a experiência de sedução. A abordagem da amputação como uma experiência traumática exige esse entendimento ampliado do que seja o trauma, a fim de questionarmos os desdobramentos possíveis diante dessa perda.

A neurose traumática é definida por sintomas que são desenvolvidos em decorrência de um choque em que o sujeito sente sua vida ameaçada. Os sintomas incluem crises ansiosas, agitação, entorpecimento e confusão mental (LAPLANCHE & PONTALIS, 1991, p.315). Um traumatismo tanto pode desencadear uma neurose preexistente quanto pode determinar o conteúdo dos sintomas, tais como nos sonhos de angústia repetidos. Contudo, só a esta segunda situação se atribui a denominação de neurose traumática.

Não obstante, é preciso enfatizar a relatividade do acontecimento traumático em função da tolerância do sujeito. Isto na medida em que a experiência traumática se insere numa história específica e vai de encontro a uma organização psíquica particular de cada sujeito.

Antes de abordarmos as idéias contidas no ensaio de 1920, no qual Freud se dedica extensamente às neuroses traumáticas, terminando por introduzir a Pulsão de Morte, façamos um recorte na história da psicanálise no ano de 1918. Tal período foi bastante fértil e merece ser destacado aqui, especialmente, pelos trabalhos apresentados no V Congresso Internacional de Psicanálise ocorrido em setembro daquele ano, durante o qual se deu o simpósio sobre as neuroses de guerra. A relevância de se discutir os textos proferidos naquela ocasião se deve não só às importantes questões relativas às mudanças que antecederam a segunda tópica freudiana, mas especificamente pelas reflexões sobre o trauma e as tentativas de aproximação entre as neuroses de guerra e as de transferência, chamadas por Freud de espontâneas, quando as opunha às neuroses traumáticas.

Tal Congresso contou com a presença de oficiais de altos escalões de países centro-europeus, resultando na promessa do estabelecimento de centros psicanalíticos de tratamento de neuroses de guerra. Contudo, com o final da guerra e a falência das organizações estatais, este projeto não chegou a ser

executado.

Havia, portanto, um movimento institucional importante e uma discussão bastante fecunda com oponentes da psicanálise. Foi exatamente neste sentido que a guerra trouxe um importante desafio ao instrumental teórico da psicanálise, confrontando os analistas com a argumentação de médicos descrentes do método analítico. A exemplo disto, Sándor Ferenczi (1918) menciona que Oppenheim imaginava que os sintomas da neurose traumática eram decorrentes de alteração física (sutil) dos centros nervosos ou das vias nervosas periféricas. Destaca que alguns outros autores compartilhavam desta hipótese, mesmo com reservas, ao incluir na etiologia destas neuroses tanto fatores mecânicos quanto psíquicos. Goldscheider, Schuster, Birnbaum e Cassierer são autores mencionados neste caso.

Dentro do campo da psicanálise, o questionamento que as neuroses de guerra traziam para a teoria dizia respeito ao aparente furo que escavavam na concepção psicanalítica de uma etiologia sexual das neuroses. Freud reconhece esse impasse, admitindo que além das neuroses de guerra, também as neuroses narcísicas não encontravam apoio confortável no modelo existente até aquele momento, enfatizando tanto a necessidade de pesquisa, quanto de recusa às críticas que buscavam invalidar a teoria de maneira apressada e sem rigor.

Com a utilização de um “fundo para finalidades culturais”, Freud cria uma editora psicanalítica internacional que vem a publicar a *Internationaler Psychoanalytischer Verlag*, cujo primeiro número continha as apresentações feitas no referido Congresso de 1918 pelos autores Sándor Ferenczi, Karl Abraham e Ernest Simmel (FREUD, 1986/1919b, p.331). A título de introdução da publicação, Freud escreve um pequeno artigo intitulado “Introdução à Psicanálise e às Neuroses de Guerra”. Preferimos, então, começar com as contribuições contidas neste pequeno texto.

2.1.1

Sigmund Freud e as Neuroses de Guerra

A principal finalidade do texto freudiano de abertura da *Internationaler Psychoanalytischer Verlag* parece estar relacionada à tentativa de aproximação das neuroses de guerra com as neuroses de transferência, buscando uma coerência

interna na concepção psicanalítica.

É preciso, em primeiro lugar, levar em consideração que estamos antes da virada da segunda tópica, e, portanto, antes da nova teoria pulsional. Desta forma, Freud explicita neste artigo que a formação dos sintomas típicos das neuroses de transferência deriva de um conflito entre o Eu e as pulsões sexuais, o qual não está presente nas neuroses de guerra. Freud admite que a formação dos sintomas na neurose traumática escapa à lógica das neuroses comuns, mas insiste na necessidade de pesquisa e na suplantação das resistências ao campo psicanalítico. Declara que a neurose de guerra tem sua formação de sintomas a partir de um conflito no Eu. Tal conflito gira em torno do “velho Eu” e do “novo Eu bélico”, no que este ameaça a vida de um homem comum recrutado (FREUD, 1986/1919a, p.261).

Quanto à relação entre as neuroses traumáticas e as neuroses de transferência, Freud destaca aquilo que ambas trazem em comum: a ameaça ao Eu. É evidente, então, que a chave para o entendimento desses distúrbios se refere a algo que venha a afetar o circuito narcísico. Nas palavras do autor: “Em ambos os casos, o Eu tem medo de ser prejudicado – no segundo caso (nas neuroses de transferência), pela libido, e no primeiro (nas neuroses traumáticas), pela violência externa”. Assim, conclui o artigo enfatizando seu ponto de vista de que a neurose de transferência pode ser entendida como uma “neurose traumática elementar” (*Ibid*, p. 263), buscando assim unificar em parte ambos os tipos de neurose.

Para complementar essas idéias, recorreremos também ao Memorando escrito no ano seguinte, e que foi encaminhado ao Ministério da Guerra austríaco, ocasião em que Freud foi chamado como uma espécie de perito para averiguar as denúncias de tratamentos brutais realizados por médicos do exército. Tratava-se do uso de eletro-choque como método de tratamento para os casos de neurose de guerra. Este procedimento visava, de acordo com Freud, tornar dolorosa a “doença”, para assim persuadir o neurótico de guerra à recuperação e ao retorno à frente de batalha. Uma espécie de punição que se apoiava na idéia de que todo homem adoecido não passava de um impostor querendo fugir das obrigações militares.

A principal idéia do texto reforça a noção de conflito no Eu como causa da formação de sintomas nas neuroses de guerra. Trata-se de um conflito inconsciente entre duas razões de ordem narcísica: o “medo de perder a própria

vida, oposição à ordem de matar outras pessoas, rebeldia contra a supressão implacável da própria personalidade pelos seus superiores” de um lado e “ambição, auto-estima, patriotismo, o hábito de obediência” por outro (FREUD, 1986/1955[1920], p. 267).

À parte do conflito no Eu, um ano antes do V Congresso Internacional, Freud já se ocupava de forma ampla dos impasses que as neuroses traumáticas impunham ao arcabouço teórico, especialmente no que concernia à percepção de um excesso produzido pela situação traumática. Em seu pronunciamento na Conferência de número XVIII, enfatiza o caráter específico da sintomatologia destas neuroses por uma fixação no momento do evento traumático, caracterizando o excesso produzido pelo traumatismo; aspecto que irá compor as mudanças apresentadas na virada de 1920.

A própria noção de traumatismo é definida por Freud pela produção deste excesso. Diz o autor: “Realmente, o termo ‘traumático’ não tem outro sentido senão o sentido econômico” (FREUD, 1986/1917[1916-17], p.325). Neste texto, em que enfatiza especialmente a economia – evidentemente não estão desprezados os aspectos dinâmico e topográfico –, Freud faz a aproximação entre as neuroses comuns e as traumáticas indicando o adoecimento como se tratando sempre de um excesso. “Assim, a neurose poderia equivaler a uma doença traumática, e apareceria em virtude da incapacidade de lidar com uma experiência cujo tom afetivo fosse excessivamente intenso” (*Ibid*).

Antes de apresentarmos as mudanças da segunda tópica com a introdução da pulsão de morte, faremos um percurso tomando as contribuições de alguns importantes autores que trataram desta temática do trauma e das neuroses traumáticas, a partir da experiência da guerra. Vejamos então, para começar, as idéias apresentadas por Karl Abraham no Congresso de Budapeste e publicadas na Revista Internacional de Psicanálise.

2.1.2

Karl Abraham e a Regressão Narcísica

Tal como ressaltáramos, o Congresso de Budapeste tem o valor histórico de uma luta institucional pela psicanálise na tentativa de fazê-la efetivamente reconhecida. Se, a princípio, o argumento dos opositores era considerar que as

neuroses de guerra escapavam à lógica psicanalítica da sexualidade como centro da subjetivação humana, no trabalho elaborado por Abraham – intitulado “Contribuição à Psicanálise das Neuroses de Guerra” – podemos notar o esforço de sustentação do pensamento psicanalítico. Seu principal ponto de ancoragem é o conceito de narcisismo.

Abraham afirma que suas observações das neuroses traumáticas anteriores aos tempos de guerra, fizeram-no crer que a significação da sexualidade era a mesma que a das outras neuroses. Afirma também que suas pesquisas sobre a neurose de guerra acabaram por confirmar sua suposição: que o desencadeamento da neurose traumática revela uma conexão com questões ligadas à sexualidade. Nas palavras do autor:

A mesma impotência de certas reivindicações em decorrência de acidentes mostram que este problema, desencadeado pelo acidente, encontrou sua origem nas antigas e inconscientes resistências à sexualidade (ABRAHAM, 2000, p.57).

Insiste que o complexo de sintomas típico da neurose de guerra – que inclui tremor, inquietude, irritabilidade, vulnerabilidade, insônia, cefaléia, angústia, humor depressivo e sentimentos de insuficiência –, são encontrados também em dois outros tipos de neuroses: no homem impotente e na mulher frígida (*Ibid*). Isto o faz crer numa similitude dos processos em jogo nas neuroses de guerra e nas neuroses comuns.

Sua tese central é a de que ocorre uma alteração no curso da sexualidade, da ordem de uma regressão ao narcisismo, como efeito do traumatismo. Contudo, o fato de que apenas uma parte dos combatentes é afetada desta forma faz com que Abraham recorra à idéia da existência de uma predisposição individual. Apresenta dois casos considerados por ele como emblemáticos do peso desse fator. No primeiro, um soldado ferido diversas vezes – soterrado pela explosão de uma granada fica sem consciência durante dois dias – que não apresentou nenhum sinal de neurose, nem de angústia, depressão ou euforia. No segundo, um outro soldado que cai num fosso durante um combate noturno e, mesmo sem se ferir, é afetado por uma neurose de tremor. O autor conclui dizendo tratar-se então de

uma predisposição passiva¹⁰/impotente que revela “uma fixação parcial da libido no estado *narcísico* do desenvolvimento” (ABRAHAM, 2000, p. 58).

Estes homens, suscetíveis às neuroses de guerra, têm uma predisposição passiva/impotente. Apresentam dificuldades para cumprir os deveres da vida prática, e suas capacidades funcionais, de acordo com Abraham, dependem de “certas concessões ao seu narcisismo”, aos quais, diante da guerra, são obrigados a renunciar (*Ibid*). De modo contrário, aqueles cujo modo de relação é essencialmente o modo transferencial, possuem maior capacidade para o sacrifício em prol da comunidade, abrindo mão de seu narcisismo sem adoecer.

A reiteração da fixação libidinal no estado narcísico faz com que Abraham enfatize a instabilidade psíquica de tais sujeitos. Diante deste estigma, dois outros fatores listados servem para estremecer os arranjos psíquicos. O primeiro deles é a necessidade dos homens narcísicos e passivos assumirem uma posição agressiva em combate, para matar. O segundo é o convívio com uma comunidade quase exclusivamente masculina, lembrando a conexão existente entre o narcisismo e a homossexualidade. Seguindo uma argumentação apresentada por Freud na análise do caso Schreber, o esforço para manutenção da repressão desta inclinação homossexual nessas condições seria bem maior, e, portanto, também capaz de produzir maior fragilidade. De todo modo, Abraham postula que nestes casos de instabilidade psíquica, não há necessidade do traumatismo de guerra para desencadear a neurose (*Ibid*, p.58).

Outro ponto importante neste artigo se refere ao fato de Abraham chamar atenção para o desencadeamento de um humor eufórico/maníaco nos casos em que há lesão orgânica. Este é o exemplo específico quando menciona sua experiência em enfermarias de amputados. Relata que, curiosamente, quatro soldados atingidos em seus olhos direitos pelos estilhaços da mesma granada, e que tiveram que se submeter a uma enucleação, apresentavam um estado de “alegria leviana” (ABRAHAM, 2000, p.60). Completa seus comentários com a descrição de uma cena que denomina de “infantil” por ocasião da colocação de suas próteses (olhos artificiais). Em suas palavras: “Eles se colocaram a saltar, a dançar como crianças que se colocam numa embriaguez de alegria crescente”. A

¹⁰Abraham trabalha com a idéia da atividade correlacionada ao masculino e a passividade correlacionada ao feminino.

significação dada pelo autor é de que “existia ali indiscutivelmente uma regressão ao narcisismo”. Faz a ressalva de que esta regressão é de natureza parcial, e que nesta atitude haveria uma espécie de compensação (narcísica) ao sentimento de desvalorização “diante dos olhos do sexo oposto”, substituindo um amor de fora por um amor por si mesmo (*Ibid*).

Gostaríamos ainda de destacar um ponto que será desenvolvido de forma extensiva por Sándor Ferenczi, e que é mencionado neste trabalho. A percepção de que o lugar ferido passa a ser dotado de “uma significação de zona erógena” não existente anteriormente. Concordamos com esta afirmativa, notando que o coto do amputado passa a ser usado como espaço virtual de troca com o outro. Seja na percepção da exposição deste coto, ou mesmo no manuseio necessário durante a fisioterapia. E mais ainda, por um investimento que tenta reconfigurar este corpo erogenicamente. Tratemus disto então a partir do texto ferencziano.

2.1.3

Sándor Ferenczi e o Processo de Cura

O trabalho de Sándor Ferenczi proferido durante a conferência de 1918 traz como objetivo principal enunciar os princípios teóricos psicanalíticos das neuroses traumáticas observadas durante a guerra. O conceito que sustenta toda a argumentação ferencziana é o de narcisismo. Contudo, diferentemente de Abraham, cuja hipótese central considera uma labilidade narcísica como pré-condição para a irrupção da neurose traumática, Ferenczi relativiza esta determinação ao afirmar que:

Um indivíduo que desde a origem apresenta uma tendência narcísica desenvolverá mais facilmente uma neurose traumática; mas ninguém lhe está inteiramente imune, na medida em que o estágio narcísico é um ponto de fixação importante do desenvolvimento libidinal de todo ser humano (FERENCZI, 1993/1918, p. 26).

Ao longo do texto, Ferenczi faz uma revisão bibliográfica importante acerca das pesquisas realizadas a propósito dos distúrbios produzidos em tempos de guerra. Assim, realça que a guerra trouxe um grande número de alterações que não podiam ser explicadas pela neurologia. Em oposição ferrenha à idéia de que essas afecções seriam determinadas por mudanças endócrinas ou por lesão às

microestruturas dos tecidos nervosos, Ferenczi defende o fator psíquico como sendo responsável por estas alterações.

Em oposição a estas idéias organicistas, Ferenczi apresenta o pensamento de Strümpell da “histeria com intenções pensionistas”, uma neurose que ocorria em tempos de paz (FERENCZI, 1993/1918, p.16). Tratava-se de neuroses desencadeadas em pessoas que teriam ganhos econômicos secundários advindos do adoecimento. De outro modo, traumatismos causados por negligência do próprio indivíduo e que excluiriam a possibilidade de uma indenização não eram capazes de desencadear qualquer tipo de neurose. Nos tempos de guerra, Strümpell defendia a mesma equação, imputando a um desejo por pensão o desencadear do adoecimento. Recomendava por esta premissa que um exame com extremo rigor fosse realizado com os soldados adoecidos.

Acrescenta como um desdobramento da idéia de Strümpell a observação feita por Mörchen e Bonhöffer de que prisioneiros de guerra não são acometidos por neuroses traumáticas. Inferem daí que a razão para isso é que não há possibilidade de ganho na doença, além de um certo sentimento de proteção no cativeiro contra os perigos da guerra.

Contrariamente à idéia de Strümpell, Ferenczi supõe que diante do traumatismo ocorre uma regressão como mecanismo defensivo:

Portanto, não se trata apenas, como acreditava Strümpell, de quadros clínicos apresentados em vista de um benefício atual (...); esses são meros benefícios *secundários* da doença; o motivo *primário* da doença é o próprio prazer de permanecer no seguro abrigo da situação infantil, outrora abandonado a contragosto (FERENCZI, 1993/1918, p. 27)

A neurose traumática, segundo este autor, “resulta de um choque psíquico e físico intenso, *sem* lesão corporal importante” (FERENCZI, 1917, p.105). O choque provocado pelo traumatismo desencadeia a angústia e produz uma série de sintomatologias diferentes a partir de uma regressão narcísica – dos quais enfatiza a ocorrência de hiperestesia –, sintomatologias estas as quais se configurarão como histeria de angústia, histeria de conversão e mesmo neuroses narcísicas.

Embora seja um pronunciamento realizado em 1918, Ferenczi destaca a função de tentativa de cura desempenhada pela revivescência dos medos vividos na realidade através dos sonhos de angústia. Indica assim a possibilidade de restabelecimento do equilíbrio psíquico como consequência da ab-reação.

Sublinhamos o destaque feito pelo autor à ausência de lesão corporal como fator de crucial importância para o desencadeamento da neurose traumática. Contudo, já havia apresentado um outro viés da regressão narcísica ligada à lesão corporal, fundamental para elucidarmos os elementos com os quais nos deparamos na clínica com amputados. Trata-se do traumatismo provocado por uma doença ou lesão orgânica.

É salutar, então, o recuo ao ano de 1917, ocasião em que trata da questão do narcisismo, da regressão narcísica e do desencadeamento das psiconeuroses por outra espécie de traumatismo. Diz o autor: “... uma doença orgânica ou uma ferida podem muito bem trazer uma regressão dita traumática para o narcisismo, ou uma variante neurótica para ela” (FERENCZI, 1917, p. 103). A essas neuroses desencadeadas por uma doença orgânica, Ferenczi dá o nome de **patoneuroses** ou neuroses de doença.

Em consonância com os postulados freudianos a respeito da balança libidinal entre objeto e eu, observa que nesses casos:

(...) a libido retirada do mundo exterior volta-se não para o Eu inteiro, mas essencialmente para o órgão doente ou ferido, e provoca, no nível do ponto doente ou ferido, sintomas que devemos atribuir a um crescimento local da libido (*Ibid*, p. 104).

Em função de um investimento libidinal no órgão doente ou ferido, Ferenczi considera que esta parte do corpo ganha “*qualidades genitais*”, passando a ser alvo de manipulações que se fazem acompanhar por sensações manifestas de prazer (*Ibid*). Mais do que isso, o autor postula que estas modificações transformam a psicosexualidade conseqüentemente. A exemplo disto, menciona a formação de fantasias eróticas orais/canibais num caso analisado, a partir do aparecimento de parestesias dentárias.

Já mencionamos que este hiperinvestimento inclui, nas sessões com os amputados, o mostrar o coto, a manipulação do mesmo e as descrições minuciosas de sensações corporais que incluem a alucinação do membro perdido. Para este autor, não se trata de questão de menor importância, pelo contrário, afirma que este investimento libidinal participa do processo de cura.

Em contrapartida, Ferenczi destaca que em determinadas circunstâncias a doença ou ferida pode provocar uma regressão mais importante ocasionando uma neurose narcísica. São três as condições apontadas para tal acontecimento:

1. Se o narcisismo for constitucionalmente muito forte antes da agressão, de forma que a menor lesão em qualquer parte do corpo atinja o Eu inteiro;
2. Se o traumatismo constituir uma ameaça à vida ou se houver esta convicção;
3. Se a lesão ocorrer numa parte do corpo fortemente investida pela libido, “parte com a qual o Eu inteiro se identifica facilmente” (FERENCZI, 1917, p. 105).

Embora tenha listado três condições/situações para a ocorrência de uma regressão tão grave a ponto de provocar uma neurose narcísica, Ferenczi desenvolve em seu texto especialmente a terceira condição. Quanto a esta, destaca que a distribuição da libido no corpo não se dá de maneira uniforme, portanto uma lesão em áreas de maior investimento erógeno podem causar perturbações mais profundas. Em sua observação clínica, o rosto é tido como um lugar privilegiado no qual a lesão pode mais facilmente desencadear uma neurose narcísica. Isto se deve ao fato do rosto desempenhar um papel sexual importante como representante do sujeito. Da mesma maneira, o órgão genital é descrito como lugar privilegiado de investimento erógeno, mais suscetível de, em caso de lesão, ocasionar uma neurose narcísica. Este artigo de 1917 começa com a exposição de um caso de paranóia desencadeada após ablação dos dois testículos de um jovem de 22 anos. No relato, o conteúdo delirante é de cunho homossexual.

No que concerne à primeira condição, em nossa opinião, esta é a que mais se aproxima da leitura de Abraham, por supor como pré-condição uma constituição precária, excessivamente narcísica, de modo que a menor lesão é capaz de causar uma desestruturação psíquica. Já a segunda condição, coloca-se para nós como um ponto fundamental para o reconhecimento da permanente precariedade do Eu e da ameaça de disjunção frente à experiência de castração e de finitude, o que torna o trauma uma possibilidade sempre em aberto.

Procuramos mostrar com as contribuições deste autor o valor das flutuações libidinais e especialmente da valorização do investimento no órgão

como tentativa de cura. Esta ocorrência nos coloca em sintonia com o estado empobrecido descrito por Freud durante o trabalho de luto. Estado de recolhimento e afastamento do mundo, concomitante ao trabalho de investimento intenso na imagem mnêmica, que neste caso se circunscreve ao nível perceptivo da presença em moldes alucinatórios da perna. De forma sintética, se o que foi perdido foi a perna, o trabalho de luto envolverá a lembrança sistemática da mesma. Estes mecanismos serão mais bem examinados quando tratarmos do trabalho de luto segundo Sigmund Freud.

Contudo, por hora, faremos a incursão à teorização de Ernest Simmel, outro autor importante para as concepções de neurose traumática, cuja ênfase no embate à realidade externa precária e ameaçadora nos traz uma outra perspectiva importante para a ampliação do conceito de trauma na teoria psicanalítica. Simmel desenvolve com bastante vigor a segunda condição para o desencadeamento de uma neurose narcísica apontada por Ferenczi; qual seja, o traumatismo como estando constituído pela ameaça à vida. Desta forma, este autor já aponta a importância de pensarmos para além da teoria da sedução, ou seja, para além de um componente sexual como estando na base da neurose traumática.

2.1.4

Ernest Simmel: o Supereu nas Neuroses de Guerra

Erneste Simmel, tendo trabalhado durante a 2^a G.M. como médico do exército alemão, além de ser encarregado pelo hospital militar para neuroses de guerra por dois anos, vê com bastante legitimidade a interpretação das experiências da Primeira Guerra a partir do novo referencial psicanalítico da psicologia do Eu. As contribuições deste autor a esta temática se justificam por sua vasta experiência clínica, uma vez que acompanhou cerca de dois mil neuróticos e atendeu pelo menos mil com uma combinação de psicanálise e hipnotismo.

Descreve com muita riqueza uma série de alterações sintomatológicas dos casos acompanhados por ele, incluindo, por exemplo, distúrbios motores, de visão, de audição e de memória. Mas, delinea como sintomas comuns da neurose de guerra uma “instabilidade e irritabilidade emocional geral, uma tendência a crises emotivas, especialmente de ira”, além de uma tendência à atuação

compulsiva e um transtorno do sono decorrente de sonhos atormentadores que repetem as aterrorizantes experiências da guerra (SIMMEL, 1958, p.62).

As neuroses traumáticas são geradas em sua opinião pela:

(...) quantidade de estímulos, que emergem ao aparelho mental em situações diante das quais, devido a sua falta de preparo, (o Eu) é incapaz de pôr em movimento as adequadas reações de defesa motora externas – fuga ou agressão (*Ibid*).

Este excesso de estímulos destrói o equilíbrio psíquico e é responsável pela compulsão à repetição da experiência traumática original durante os sonhos. Contudo, neste ponto, Simmel faz uma diferenciação dizendo que as neuroses de guerra são originadas não por um único acontecimento catastrófico inesperado, como no caso das neuroses traumáticas em tempos de paz, mas pelo acúmulo de influências traumáticas. Assim, situações enfrentadas pelo soldado em determinada ocasião podem em outra desencadear os transtornos neuróticos. Admite que o esgotamento físico e emocional é um fator que predispõe ao colapso mental do soldado na guerra.

Esta concepção nos parece de extremo valor, tanto pelo fato de relativizar um componente de predisposição estrutural, quanto mais pelo evidente dinamismo e embate do psiquismo com os fatores ambientais que colocam o Eu sempre como uma organização precária e inacabada. Assim, tanto o evento não pode ter determinado o seu impacto traumático em si, como o psiquismo sua vulnerabilidade em si.

A partir dos conhecimentos acerca dos conflitos que ocorrem no Eu pela mediação entre exigências pulsionais e reivindicações da realidade externa, Ernest Simmel chama atenção para a imensa modificação das exigências desta realidade em caso de guerra. Atribui uma grande importância ao estudo desta perspectiva, a começar pela “mudança nos padrões éticos” que exigem suspensão das barreiras outrora erigidas contra energias pulsionais destrutivas; bem como, da concomitante perda de segurança usualmente proporcionada pela civilização (SIMMEL, 1958, p.60).

Se em algum momento Freud havia destacado que a meta principal do Eu é a de conservar a si mesmo, Simmel considera o enfrentamento de uma realidade que oferece como perspectiva o aniquilamento completo, um fator suficiente para

a produção de neuroses de guerra. Ainda na tentativa de alinhar as neuroses de guerra às neuroses dos tempos de paz indica como questão de investigação o estudo da transformação de uma ansiedade verdadeira em uma ansiedade neurótica. Considera que o medo da morte “secundariamente induz o Eu a empregar mecanismos mentais de defesa para manter sua própria coerência” (*Ibid*).

Simmel descreve o traumatismo como “um perigo real contra o qual o Eu tem que combater e para o qual lhe falta a equipagem necessária” (*Ibid*, p. 69). Esta insuficiência precipita o desequilíbrio mental de modo que o rompimento com a realidade se constitui como uma comum reação ante a experiência da guerra. Esse rompimento com a realidade é, na maioria das vezes, apenas parcial, causando alterações em áreas determinadas tais como na visão ou na motricidade, por exemplo. Embora seja um mecanismo de defesa tipicamente psicótico, afirma que:

Tais ‘fugas da realidade’ não se convertem em psicoses genuínas se o Eu do soldado não estiver individualmente predisposto por tendências regressivas a se fixar mais profundamente nas etapas primitivas do desenvolvimento infantil (*Ibid*).

A teorização deste autor quanto às neuroses de guerra leva em conta a metapsicologia da segunda tópica e por isso inclui em suas exposições tanto a influência do supereu, quanto as identificações produzidas pelo pertencimento à organização militar, os efeitos dos treinamentos e das relações hierárquicas com as figuras dos líderes. Lembra-nos pelo ensinamento freudiano que diante destas organizações, o indivíduo transfere as funções do seu supereu ao chefe do grupo. “O chefe do grupo representa o supereu externalizado” (*Ibid*, p. 70). Portanto, a própria disciplina militar impõe ao soldado uma regressão – tal como uma criança confia em seus pais, o soldado deposita no líder toda sua confiança.

Busca uma inteligibilidade que acaba por atrelar o adoecimento durante a guerra a resíduos de um complexo de Édipo por resolver. Postula que, durante a guerra, a ambivalência referida à figura paterna ganha a oportunidade de se dividir em duas imagens: o pai bom que deve ser amado representado pela figura do superior hierárquico, e o pai mau e odiado é representado pelo inimigo da pátria. Entretanto, um gesto de menosprezo do superior basta para que o conflito se

instaure, e o ódio dirigido contra o chefe tenha por consequência o aumento da severidade do supereu.

Na medida em que o supereu é construído a partir da supressão de energias agressivas contra os pais, que são desviadas para controle do Eu, na ocorrência de qualquer debilidade da função do supereu estas mesmas energias agressivas são liberadas contra a autoridade, imagem paterna exterior. O adoecimento deriva neste caso dos:

(...) sentimentos de culpabilidade (que) podem então paralisar a totalidade da personalidade ocasionando reações de fobia contra a permanência ou regresso à frente, e uma modificação no caráter do soldado, atitude que muito amiúde é confundida com covardia (SIMMEL, 1958, p. 76).

Portanto, o supereu é considerado pelo autor como a chave para todo o entendimento acerca do adoecimento humano, seja pelos transtornos do seu funcionamento, seja pela severidade de seu controle. Simmel observa que certos sintomas de seus pacientes surgiam no momento de privação das possibilidades de descarga da cólera (*Ibid*, pp 82-83). Sua terapêutica se baseava, por conseguinte, em possibilitar a ab-reação do afeto estrangulado através do hipnotismo, em primazia as energias agressivas. Interpreta sua função como sendo a de um supereu benevolente e representante do pai bom que favoreceria a catarse. Neste trecho esta idéia é manifesta:

A condição hipnótica repetia a situação de um Eu militar que ao descarregar suas energias pulsionais agressivas, encontrava a aprovação e proteção do supereu de seu pai externalizado (*Ibid*, p. 87).

Se Simmel consegue em seus argumentos uma abertura possível para que pensemos o traumatismo como desencadeado por fatores não sexuais, por outro lado submete tais evidências aos conflitos edípicos. Expressa, por exemplo, que mesmo em sintomas que demonstram uma fixação do indivíduo ao momento do perigo vivido, podem ser encontrados mecanismos do conflito edípico.

A questão é que Simmel aposta que a razão pela qual é comum o Eu sucumbir aos infortúnios da guerra está em estreita ligação com as transferências feitas para as figuras dos líderes reproduzindo os conflitos intra-psíquicos familiares. Um outro desdobramento possível seria cogitar que a resposta ao

traumático pudesse colocar em questão os conflitos edípicos, incluindo-os como uma maneira de refazer alguma linha histórica rompida pelo traumatismo.

De todo modo, sua tese de uma impossibilidade de descarga insiste em apontar para o que Freud nos ensina em seu texto de 1920. Trata-se dos efeitos do excesso de energia no psiquismo, e da precariedade de assimilação deste acontecimento a sua cadeia histórica pré-existente. Por esta razão, veremos agora as contribuições mais importantes do texto freudiano em que uma virada metapsicológica importante é empreendida para dar conta dos sintomas traumáticos.

Esta abordagem se faz necessária na medida em que nossa investigação se circunscreve a pensar, primeiro, se a amputação de um membro pode ser considerada como um evento traumático; segundo, quais os efeitos que podem ser reconhecidos no psiquismo a partir deste evento. Evidentemente, nossa investigação teórica é suscitada pela clínica cujos dados serão expostos ainda neste capítulo.

2.1.5

Além do Princípio do Prazer

O primeiro ponto a ser destacado neste denso ensaio freudiano de 1920 se refere ao reconhecimento de que Princípio do Prazer não é tão senhor do psiquismo quanto Freud pensara anteriormente. Sustenta então a importância de identificar quais as circunstâncias que impedem o exercício do Princípio do Prazer. Quanto ao Princípio de Realidade, do ponto de vista da autopreservação, Freud considera mais eficaz e menos perigoso do que o primeiro. Importante ressaltar que o Princípio de Realidade traz ao psiquismo a possibilidade de adiamento da satisfação, fazendo sua inscrição numa outra temporalidade. Entretanto, o objetivo do Princípio de Realidade é o de complementar e aperfeiçoar o programa do Princípio do Prazer, portanto, mais do que limitá-lo, o Princípio de Realidade vem complementá-lo. O recalque e a formação do sintoma também são construções em consonância com o Princípio do Prazer, já que são soluções de compromisso visando resolver uma incompatibilidade de objetivos ou de exigências que ameaça levar ao desprazer.

Contudo, Freud tem como preocupação fundamental a evidência de que além do Princípio do Prazer existe uma outra forma de funcionamento psíquico que o faz formular um novo par pulsional. Uma das evidências disto decorre do reconhecimento da existência da compulsão à repetição que se configura de duas formas: “tanto da perpétua recorrência da mesma coisa” – a qual correlaciona à neurose de destino –, quanto a repetição vinculada à pura exigência pulsional – a qual correlaciona aos sonhos traumáticos e às brincadeiras infantis (FREUD, 1986/1920, pp. 35-36).

Este texto retoma em muito o modelo de aparelho psíquico forjado no Projeto (1895). Freud reinterpreta o Sistema Percepção-Consciência (Pcpt-Cs) e mantém o modelo de permeabilidade deste sistema, atribuindo para camadas mais profundas do aparelho psíquico a função de memória. Com isto forja o modelo da *vesícula viva* cuja “superfície voltada para o mundo externo, pela sua própria condição, se diferenciará e servirá de órgão para o recebimento dos estímulos” externos (*Ibid*, p.41). Contudo, não sem se tornar semipermeável como uma maneira de se proteger da superexposição dos estímulos, criando o que Freud vai nomear de *escudo protetor*.

Diante desta metáfora, o traumático fica definido como os efeitos de uma excitação capaz de romper o escudo protetor e fazer sucumbir o Princípio do Prazer. Este traumatismo impõe então ao aparelho psíquico o desafio de domínio desta inundação de excitações. Falham o sinal de angústia e a “hipercatexia dos sistemas receptivos” (*Ibid*, p.47), por conseguinte, diante do susto e da ameaça à vida a neurose traumática pode ser desencadeada.

Como uma outra face da mesma moeda, Freud não deixa de enfatizar o caráter traumático da pulsão, na medida em que ela própria se coloca como um excesso que exige constantemente trabalho. Desenvolve então a argumentação que sustenta uma nova dualidade pulsional, como dois pólos de forças, ao reconhecer e destacar o caráter conservador da pulsão em oposição ao seu caráter inovador. Em suas palavras: “(...) além das pulsões de conservação que impelem à repetição, poderão existir outras que impulsionam no sentido do progresso e da produção de novas formas” (FREUD, 1986/1920, pp. 54-55).

Freud enfatiza a primazia da força que impele ao retorno ao estado inorgânico, quando postula que “o objetivo de toda vida é a morte” e que as influências externas são responsáveis por alterar este curso (*Ibid*, p.56). Não

obstante, mais adiante estabelece que as pulsões de morte devem estar associadas às de vida desde o início (*Ibid*, p. 78).

Caracterizando um ponto permanente de tensão no psiquismo, temos de um lado as pulsões de vida – que ligam e agregam –, de outro as pulsões de morte – que tentam restaurar o estado anterior de coisas, disruptivas por excelência. Daí deriva o embate constante no aparelho psíquico entre estes dois pólos de forças.

Este texto traz uma noção ampla de traumatismo, em parte como algo característico da existência humana. A pulsão é caracterizada como excessiva, exigindo um constante remanejamento. Esta é a razão primordial para a necessidade da existência do adulto que apresente ao bebê os objetos de satisfação possíveis, como vimos no capítulo anterior. Por outro lado, há encontros com situações que podem ser caracterizadas como excessivas para o psiquismo e para as quais não estamos preparados. Estas situações impõem rupturas no modo habitual de funcionamento psíquico, exigindo um esforço para que o excesso produzido possa ser ligado, destinado.

Freud afirma que o desprazer do sofrimento físico é resultado do rompimento do escudo protetor numa determinada área limitada. E resgata a idéia de que grandes investimentos passam a ser feitos nos arredores da ruptura, derivando disto um empobrecimento de outros sistemas psíquicos. Por conseguinte, fica caracterizado que a ferida no corpo reorganiza a distribuição pulsional e reconfigura o corpo.

Na medida em que Freud também destaca que a ocorrência de um ferimento opera contra o desenvolvimento da neurose traumática, na maioria das vezes, podemos deduzir que o ferimento dá um destino ao excesso que teria ficado livre e sem ligação. Isto parece ser unânime entre os autores que versam sobre as neuroses de guerra. Em suas observações, aqueles que desenvolviam a neurose de guerra, na sua maioria, eram os que não haviam se ferido, haviam tido ferimentos leves e tinham testemunhado o ferimento ou morte de um camarada em combate.

Observamos ainda que esta idéia freudiana não só retoma um postulado ferenciano de hiperinvestimento na ferida como parte do processo de cura, como concebe o processo de cura como ocorrendo através do recolhimento psíquico, analogamente ao processo de luto.

Nosso próximo passo será investigarmos a teorização freudiana acerca do trabalho de luto, para demonstrarmos que esse processo se caracteriza por uma reorganização narcísica.

2.2

Perda, fixação e luto

Vimos até agora como o traumatismo pode ser considerado como uma urgência de remanejamento narcísico. Esta idéia é amplamente apresentada no texto de 1914 sobre o luto em sua distinção da melancolia. Partimos do pressuposto, acompanhando a indicação freudiana, que uma perda pode ser considerada um traumatismo, pela exata razão de interferir num certo circuito estabelecido de investimentos pulsionais. De acordo com esta noção de traumatismo, podemos afirmar que a perda da perna se caracteriza, então, como um acontecimento traumático.

Com o intuito de problematizar os destinos possíveis dados a partir de uma vivência de perda, seguiremos as indicações freudianas do texto de 1914, de que a experiência de uma perda importante pode gerar dois diferentes estados psíquicos: o luto ou a melancolia. Adiciona a isto a observação de que, embora o luto possua algumas semelhanças com os “graves desvios da conduta normal na vida” (FREUD, 1992/1914, 131), não é indicado que se o tome como algo patológico. Freud reconhece, entretanto, que tanto o luto quanto a melancolia se caracterizam por um recolhimento da libido. Este se revela por: “um desânimo profundamente doloroso, uma suspensão do interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda atividade” (*Ibid*).

O processo de luto consiste no reconhecimento da ausência do objeto pela prova de realidade e na exigência da retirada da libido de suas ligações com este objeto. Como uma posição libidinal não é facilmente desfeita, há uma resistência ao recolhimento deste investimento, que só pode ser feito mediante o trabalho de luto que requer a contínua evocação das lembranças. Somente quando o trabalho de luto houver terminado, o Eu poderá então fazer novo investimento objetal.

Desde o texto sobre o narcisismo, Freud adverte que o recolhimento não é feito para o Eu propriamente, mas é mantido como uma virtualidade com a preservação ideativa do objeto. Assim, a falta de interesse pelo mundo e a inibição

são conseqüências diretas do trabalho de luto que absorve o Eu. Contudo, se no luto o mundo se tornou pobre e vazio, na configuração melancólica, o autor insiste que é o próprio Eu que se empobrece enormemente (*Ibid*, p. 133).

Caracterizando um delírio de inferioridade, o melancólico se descreve como incapaz e desprezível e acaba por apresentar também insônia, recusa de alimento e desapego à vida. Sua autocomiseração não se acompanha de nenhum traço de vergonha, mas de satisfação no auto-desnudamento, o que revela que, ao contrário de ter perdido um objeto, “de suas afirmações surge uma perda em seu Eu” (FREUD, 1992/1914, p.134).

De fato, estas auto-acusações se referem ao objeto de amor, mas se voltaram para o Eu após identificação. Isto porque, como a relação de objeto é precária, a libido se volta para o Eu, caracterizando o narcisismo secundário patológico. A identificação narcísica preserva o objeto, recusando a admissão da perda, em função de forte fixação. Nas palavras do autor:

O investimento de objeto provou ser pouco resistente, foi suspenso, mas a libido livre não se deslocou para um outro objeto, e sim se retirou para o Eu. Lá contudo ela não encontrou um uso qualquer, mas serviu para produzir uma *identificação* do Eu com o objeto abandonado. Deste modo, a sombra do objeto caiu sobre o Eu (*Ibid*, p.135).

O fator desencadeante do processo de luto ou da melancolia não se restringe à perda de uma pessoa. Freud menciona como perdas que podem precipitar a melancolia ou o luto as de “uma abstração (...) como pátria, liberdade, ideal etc”, (*Ibid*, p.131) ou uma perda do Eu independente do objeto, o que vai nomear como “uma ofensa puramente narcísica” (*Ibid*, p.137). Tendo a imagem corporal uma função tão nuclear no Eu e sendo objeto de um forte investimento erógeno, a amputação se constitui como grave ferida narcísica.

Podemos inferir, que a retirada da libido dos objetos do mundo, que se faz no caso da amputação, e o hiperinvestimento na extremidade da perna preservada têm então o caráter de possibilitar o trabalho de luto, na medida em que evita um recolhimento que caracterizaria o narcisismo secundário freudiano. O trabalho de lembranças contínuo exigido durante o processo de luto, neste caso pode ser aproximado ao próprio acontecimento da alucinação. E não é raro que os sonhos preservem a imagem corporal de uma época anterior ao episódio da amputação. Lars Grael em entrevista à revista VEJA de número 1.835 de 07 de janeiro de

2004, relata: “À noite, sonho com uma partida de tênis inteira, cada ponto, cada game, até fechar o set”.

Diante deste acontecimento traumático, que incide sobre o modo de distribuição erógena, impõe-se então a urgência de remanejamentos realizados a partir da evocação mnêmica do objeto perdido, tal como exposto no texto freudiano:

Em cada uma das recordações e situações de expectativa que mostram a libido ligada ao objeto perdido, a realidade traz à tona seu veredicto de que o objeto não existe mais e o Eu, por assim dizer, indagado se quer compartilhar este destino, deixa-se determinar pela soma de satisfações narcísicas dadas pelo fato de estar vivo, e desfaz sua ligação com o objeto aniquilado (FREUD, 1992/1914, p. 139).

Neste ponto, consideramos importante descrever alguns pormenores da cirurgia de amputação realizada num hospital geral. Na maioria das vezes, uma amputação de membro inferior está relacionada a problemas vasculares desenvolvidos como consequência de diabetes: uma ferida que não cicatriza, infecciona e acaba por necrosar a área lesada e seu entorno. Por esta razão, a amputação de parte da perna acaba por se tornar um procedimento necessário na tentativa de preservação da vida. Isto porque tendo sido esgotados todos os outros recursos biotécnicos, há o risco de septicemia e morte. Contudo, um procedimento como este não pode ser realizado sem a autorização do paciente ou de alguém da família que venha a se responsabilizar pela decisão. A amputação não se faz sem a assinatura do que é conhecido como “termo de consentimento assistido”.

Recentemente acompanhamos uma situação em que a escuta pôde colocar em curso o processo de luto ocorrido a partir da informação dada pelo cirurgião de que a amputação se fazia inevitável. Esta mulher de 50 anos, imediatamente após a notícia, recusava-se a comer, não conversava com outros pacientes internados ou com a equipe de enfermagem responsável por sua enfermagem e passava a maior parte do tempo dormindo. Ao nos aproximarmos pôde falar aos poucos sobre o que consistia em seu imaginário a realidade iminente da perda da perna e de tudo o que envolvia os desdobramentos deste fato traumático. Paralelamente, a situação de estresse hospitalar, seu sofrimento, sua perna necrosada e mal-cheirosa, fez com que ela pudesse se desfazer libidinalmente deste pedaço do corpo, até que um

dia, decidiu pela execução do procedimento cirúrgico. O ato cirúrgico colocaria um fim em tanta dor: “Se é para acabar logo com isso, então opera logo”.

Embora no retorno da cirurgia tenha tido uma crise de angústia e tenha sentido uma dor paroxística, pôde em poucos dias voltar a aceitar a alimentação oferecida, além de fazer laços afetivos com os profissionais de enfermagem – chegando a prometer realizar um churrasco em sua casa após sua alta hospitalar. Consideramos que, como forma de preservação da vida, a perna foi perdida. Em acordo com o pensamento freudiano: “o luto leva o Eu a renunciar ao objeto, declarando-o morto e oferecendo-lhe como prêmio permanecer vivo (...)” (FREUD, 1992/1914, p. 140).

Em conferência realizada em 1916/1917, Freud pronuncia que toda neurose se caracteriza pela ocorrência de fixações. Se as neuroses de transferência trazem a fixação em etapas precoces da vida, diferencia-as das neuroses traumáticas que apresentam uma fixação no momento do acidente traumático. Em acréscimo a estas idéias adiciona a de que haveria um tipo de fixação que não coincidiria com a neurose, nem se definiria a priori como algo patológico: o luto, embora reconheça a existência de neuroses advindas de formas patológicas do luto.

Neste pronunciamento, ao destacar o aspecto econômico do termo traumático, julga que os efeitos da experiência traumática resultam em “perturbações permanentes da forma em que essa energia opera” (FREUD, 1986/1917[1916-17], p.325). Daí nossa hipótese de que a perda da perna traz a modificação da forma como a energia libidinal se distribui no corpo. Podemos nos aventurar então a apresentar alguns fragmentos clínicos, a fim de refletirmos sobre as peculiaridades desta clínica e as possibilidades da instauração de novo circuito pulsional. Neste ponto, problematizando os destinos possíveis a partir da perda, podemos incluir todos os questionamentos sobre o uso da prótese.

2.3

Quando a Prótese não é uma Muleta

Cogitamos que o trabalho de análise pode aos poucos dar lugar ao acontecimento que primeiramente implica um excesso sem ligação possível, tal como a compulsão à repetição nos evidencia, para dar alguma historicidade ao

acontecimento inominável. Contudo, isso se faz, em nossa opinião, para além do campo das representações, numa reconstrução da própria geografia imaginária do corpo, numa “nova operação psíquica” de reinvestimento narcísico.

Nossa hipótese é que a exposição da perna que restou (coto) e a existência de alucinação evidenciam tanto o reconhecimento da perda, quanto o esforço na reconstrução de nova geografia corporal.

Relataremos alguns fragmentos clínicos a fim de expor a especificidade desta clínica com amputados.

2.3.1

Fragmentos Clínicos

Decidimos pela exposição de dois casos que nos parecem em seus elementos contrastarem quanto aos efeitos verificados após o evento da amputação.

2.3.1.1

Maria

Maria, uma mulher de 53 anos, procurou a instituição em meados de 2002 por ouvir falar da Campanha Nacional de Protetização. Três anos antes havia sido submetida a uma cirurgia de amputação da perna esquerda na altura da coxa, pela evolução de uma necrose no calcanhar, decorrente dos efeitos de diabetes. Havia sido realizadas algumas tentativas biotecnológicas para evitar este procedimento drástico, incluindo uma cirurgia de revascularização com artéria de silicone, sem sucesso. Sua filha, e acompanhante nos tratamentos, foi buscar atendimento para mãe no Setor de Psicologia por considerar que a mãe estava deprimida. “De uns tempos para cá, minha mãe só fica jogada o dia todo no sofá da sala”.

Maria chegou em sua cadeira de rodas, da qual era dependente, trazida por sua filha. Sua fala inicial se referia a seu estado de dependência; dizia se sentir diminuída e não ser mais “dona do seu nariz”. Durante muito tempo falava de sua expectativa em receber a prótese que, em sua fantasia, seria capaz de restituir sua independência, incluindo o projeto de voltar a trabalhar. Dizia: “Será que recebo minha perninha até o final do ano, de presente de Natal?”. Após um certo tempo

contou um pouco mais de sua história que era composta de sucessivas perdas até o evento da amputação, além da evidência de identificações importantes.

Seu pai era diabético e faleceu quando Maria contava 18 anos. Sua mãe, também diabética, havia falecido há aproximadamente sete anos. Dizia sentir muita falta de sua mãe. Um irmão falecera por problemas cardíacos. Uma irmã também vítima de diabetes, sofrera um Acidente Vascular Encefálico que a deixara “abobalhada” em cima de uma cama, havia perdido também uma perna. Em meio a estes acontecimentos, sem precisar o tempo, desistira de um relacionamento amoroso de longa data. Outro fato importante se referia a sua aposentadoria ocorrida seis anos antes por opção, o que a fez ocupar-se de atividades domésticas das quais sempre mantivera distância. A importância deste fato se deve à maneira como falava de sua depressão. Disse que sempre foi deprimida, mas que o fato de se sentir ocupada funcionava como um “manto” para esconder o vazio que sentia.

Em certa ocasião, perguntamos como Maria havia descoberto ter diabetes. Respondeu que teve um problema de pedras nos rins quando tinha pouco mais de 20 anos e, fazendo os exames para se submeter a uma cirurgia, descobriu a diabetes. Sua reação, segundo ela, foi de muita revolta. Não aceitava o fato de estar diabética. Tomava copos de suco de graviola e adoçava a ponto de quase não conseguir beber de tão enjoativo. Algumas sessões seguintes, falando da morte de seu pai, relatou que seu pai desistira de viver. Deduzia isto pelo fato de sempre ter sido cuidadoso com a saúde (tomava remédios, controlava sua dieta) até que numa ocasião, “desistiu”: começou a comer barras de goiabada cascão. Veio a falecer logo em seguida.

O relato deste caso clínico poderia ser extenso, contudo, como recorte, interessa-nos dizer que as sessões de fisioterapia não avançavam. Maria não conseguia ficar de pé usando a prótese, que finalmente ficara pronta. Passamos a participar das sessões de fisioterapia, durante as quais Maria ficava todo o tempo da sessão olhando sua imagem no espelho fazendo uso de sua prótese e falava de como se sentia ao colocar uma “nova perna”. Verbalizava que não sabia se “aquela perna fininha iria agüentá-la”.

Algum tempo depois, Maria trouxe uma história, relato da experiência de uma outra paciente da Instituição também amputada de uma perna, que lhe contara certa vez estar sentada no sofá da sala, quando ouviu seu filho gritar na

rua. Inadvertidamente, sua ação imediata foi levantar-se para ir correndo ao encontro de seu filho “em apuros”. Por esta razão, não só caiu ao chão, mas caiu – como conta a história – em prantos. Transmitia-me esta história perplexa diante da facilidade com que esta moça se adaptara ao uso da prótese.

Maria por sua vez, relatava também que todos os dias, ao acordar pela manhã, descobria-se para olhar se a perna estava lá e se tudo não havia passado de um pesadelo. Destacamos que Maria não contava sonhos, não apresentava alucinações do membro perdido e tampouco se colocava a mostrar seu coto ou as marcas em seu corpo – atitudes tão comuns na reabilitação.

2.3.1.2

José

José, um homem de aproximadamente 60 anos, teve a perna esquerda amputada na altura da coxa em função de complicações de diabetes há 3 anos. Em atendimento na AFR por aproximadamente um ano e meio, foi encaminhado ao Setor de Psicologia da AFR pelo serviço de fisioterapia, pelo fato de chorar muito durante as sessões. Também durante as primeiras sessões em nosso setor, José chorava muito e dizia não entender como havia perdido a perna. Alegava ter havido erro médico, pelo menos no que concernia à altura da amputação. Relatou seu percurso em busca de tratamentos na rede pública em função de um machucado no calcanhar, considerava que deveriam ter amputado um pedaço pequeno de sua perna.

No princípio, disse que não queria ver ninguém e que se mantinha em seu quarto por boa parte do tempo. Vaidoso, revelou que a pior coisa da sua vida de amputado é não poder usar calças “porque fica feio”. Acredita que a colocação da prótese pode lhe restaurar sua vaidade e dar a ele maior independência. Contudo, no dia-a-dia de José, poucas parecem ser suas restrições. José faz uso de muletas, com as quais se locomove para ir às consultas médicas sozinho, para ir ao Rio de Janeiro visitar seus familiares ou à praia, onde, com a ajuda dos amigos, entra no mar.

Os atendimentos de José têm um caráter peculiar. Ele permanece longos períodos das sessões em silêncio e sempre segura a extremidade preservada da perna, expondo-a ao levantar a beirada de sua bermuda. Por vezes se detém a

enfaixar o coto, conforme recomendação do fisioterapeuta. Logo fomos surpreendidos com a aparição fantasma durante as sessões: “Oh, tô sentindo a perna”. Ele também foi surpreendido pelo fato de nunca ter sentido isso antes.

Estas aparições se estenderam para fora do espaço da sessão, seja durante o percurso para ir ao tratamento dentro do ônibus, seja em casa. Certo dia, chegou ao tratamento mostrando um corte em sua testa, fruto de uma queda. Tal como na história contada por Maria, José se levantara da cama para ir até o banheiro e como sentia a perna, esqueceu-se de que ela não estava de fato ali, o que ocasionou o tombo. Ao bater com a cabeça na parede teve a testa cortada. Noutra ocasião, afirmou categoricamente que ao sentir a perna, alucinatoriamente, sentia-se capaz de deixar as muletas de lado e sair andando. Relatou ainda sonhar que andava sem muletas.

José é casado e tem quatro filhos. Dois detalhes chamam bastante atenção para que possamos afirmar que sua rede de relações se dá a partir de sua condição de amputado. O primeiro, diz respeito ao apelo que faz a sua esposa, que dorme separada dele já há alguns anos, para que cuide dele. Diz depender dela para a alimentação e vestimenta – relata não conseguir mais cozinhar e cuidar de sua roupa –, e alega não conseguir enfaixar seu coto, pedindo a ela que se ocupe desta tarefa. O segundo, está relacionado ao seu dinheiro ser recebido e administrado por sua filha mais nova, por quem tem verdadeira dedicação. Alega que tem medo de ser roubado.

Embora uma leitura possível seja entender estes fatos como ganho secundário da doença, consideramos que esta interpretação não consegue dar conta da amplitude que envolve as redes de relações afetivas construídas a partir de sua nova configuração corporal. Longe de José se colocar numa posição vitimizada, sua relações parecem girar todas em torno da perna. Tal como Ferenczi nos adverte, o investimento libidinal de parte do corpo faz com que esta ganhe “qualidades genitais”, imprimindo modificações na psicosexualidade, conseqüentemente (FERENCZI, 1917, p.104).

Importante lembrar que José não possui nenhum embaraço durante as sessões de fisioterapia e pouco antes de sua prótese ficar pronta ia a um velho amigo dentista para refazer sua prótese dentária superior e fazer também a inferior. Já faz uso das dentaduras, assim como consegue dar alguns passos usando a prótese, com o auxílio das muletas.

2.3.2

Considerações acerca da Prótese

Primeiramente queremos deixar claro que não nos aventuramos a dizer que um bom destino dado à situação traumática de amputação seja o uso da prótese. Contudo, em função do nosso trabalho se dar numa Instituição de Reabilitação, cuja maior procura para tratamento se relaciona a uma demanda de protetização, faz-se necessário nos debruçarmos sobre estas diferenças quanto ao uso da prótese.

No primeiro recorte clínico, consideramos que a ferida narcísica da amputação abrange maiores proporções. Contudo, verificamos que a amputação parecia ser um desfecho para tantos episódios de perdas e de lutos não elaborados, que talvez tenham deixado Maria numa difícil condição de suportar mais este evento traumático. Conforme Simmel havia observado, o esgotamento físico e emocional acaba por se tornar um fator de predisposição ao colapso mental do soldado na guerra. Suas identificações com figuras perdidas importantes de sua história ficam evidentes, inclusive, quando repete de maneira similar a atitude de se “encher de açúcar” tal como seu pai.

É fundamental notar que a expectativa quanto à prótese era colocada num lugar de extrema idealização, na tentativa de devolver a ela muito mais do que a mobilidade física perdida. Aliás, sua mobilidade, vivacidade, expansão libidinal pareciam terem sido perdidas muito antes de sua perna. Em decorrência de toda esta idealização, Maria não conseguia ficar em pé, reconhecendo a precariedade da prótese diante de sua demanda. Chamava a prótese de “minha perninha”, e diante do espelho imaginava que aquele “cano” da prótese não conseguiria sustentá-la. De fato! A imagem proposta como título desta dissertação, a da “prótese enquanto muleta” – e que não faz andar – advém do encontro na clínica com esta mulher. Invertendo a equação: a prótese só deixa andar quando ela não é encarregada de ser muleta, de ponto de sustentação psíquica. No pedido de Maria estava contida a tentativa de tamponar, ainda que de forma precária, o encontro com a castração. Maria imputava à ausência da perna todas as suas dores e se posicionava à espera da prótese, que em sua fantasia a permitiria viver.

Por esta razão, apresentamos o segundo caso, por nos parecer trazer tanto uma outra forma de lidar com o evento que se configurou também como

traumático, como pelo trabalho em curso na tentativa de construção de novos destinos pulsionais. José chora, desde o início. Tropeça em degraus, cai, supõe que a perna esteja lá, sonha com ela, e a alucina. A partir da tentativa de redefinição de seu contorno corporal agencia relações e não se ilude quanto ao caráter “artificial” da prótese. Talvez, por isso, ela lhe possa ser útil. Fará com que possa vestir uma calça, restaurando-lhe uma vaidade, que no fundo não foi perdida. Além de fazer as próteses dentárias, José tem feito uso de produtos cosméticos para tratar de sua pele do rosto. “Comprei para minha mulher, mas já que ela não usa, eu tenho usado”. De todo modo, sua expectativa quanto à prótese não parece estar na esfera de algo que possa restituir-lhe a integridade narcísica. Ou que possa vir a responder sobre questões relativas a seu desejo.

Ademais, a alucinação do membro amputado se colocava para nós como uma importante questão a considerar. Haveria uma falha no teste de realidade? Uma impossibilidade de reconhecimento da realidade da ausência da perna?

Retomemos Freud, em seus ensinamentos está posto que uma das funções do Eu é exatamente a de diferenciar realidade e memória; portanto, mediar o mundo interno e o externo. Afirma em 1917[1915] que uma alucinação pode se constituir como a reação diante de uma perda insuportável, caracterizando uma negação da realidade. A perda de caráter insuportável acionaria uma defesa, uma negação, um afastamento da realidade e conseqüente retrogressão do pólo motor ao pólo perceptivo produtor da alucinação.

Contudo, desde 1895, Freud também estabelece a alucinação como expressão do desejo, desde que não haja a inibição do Processo Primário. Reinvestir os caminhos mnêmicos da experiência de satisfação era apontado por Freud como protótipo do desejo. Esta satisfação do desejo no modo alucinatório é o modo próprio de funcionamento segundo o Processo Primário, que resulta de um investimento muito intenso no objeto desejado/perdido.

Não há uma ligação direta e unívoca entre a alucinação e a falha do teste de realidade. O amputado sabe que a perna não existe mais, mas a sente, caso em que a alucinação coexiste com o teste correto da realidade. Propomos pensar que diante da realidade da perda da perna – neste sentido não há falha do teste de realidade, mas encontro com a realidade da castração –, a negação ou a produção criativa são destinos possíveis. Sabemos que o Processo Primário submetido ao Princípio de Realidade é o próprio motor da criação.

Evoquemos então a figura do órfão usada por Freud em 1908[1907] e reapresentada por Daniel Kupermann como argumento da estreita ligação entre a castração e a sublimação:

O órfão, aquele que utiliza positivamente a força motriz da sua imaginação onipotente, não é entretanto, um iludido, muito menos um herói que crê que nada lhe pode acontecer. Longe da ilusão fálica daquele que acredita ser efetivamente o pai idealizado, o órfão, bem como o humorista, sabem-se bem castrados e identificam-se apenas *até certo ponto* com o pai; o suficiente para a constituição de um ideal do ego portador do signo de alteridade no psiquismo, cuja crença poderia ser traduzida como: “tudo pode me acontecer, a mim que já perdi o que tinha para perder e que aprendi a rir com a vida” (KUPERMANN, 2003, p.127).

Por este viés, Freud postula que, diante da realidade insatisfatória, a fantasia se constitui como um desejo de reparação. Poderíamos dizer que derivam daí todas as proposições de supercompensação diante das perdas apresentadas, por exemplo, pelos autores Adler, Freud e Dolto.

Retomamos, então, nossa afirmativa no início deste trabalho que propunha a alucinação como modo afirmativo do funcionamento pulsional desejante. Em contrapartida, a ausência destas produções inconscientes – sonhos, atos falhos e alucinações – podem ser tomadas como uma evidência de melancolização do sujeito, ou do que Freud aludia por formas patológicas do luto. Do mesmo modo, o que Lacan apresentava como vocação ortopédica da imagem especular, que resiste às modificações, encontra aí o seu lugar.

Como um desdobramento dos casos expostos, a fim de problematizar os usos possíveis da prótese, respeitando a proposição lacaniana de que a anatomia imaginária depende também dos efeitos produzidos pela cultura, indagamo-nos quanto ao corpo produzido pelo discurso contemporâneo. Para tanto, propomos pensar desde a sugestão lacaniana do *Homo Psychologicus* não apenas numa estreita ligação com as máquinas, mas numa hibridação homem/máquina.