



INSTITUTO DE PSICOLOGIA – IP
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**TRAUMA E ABUSO SEXUAL: ATAQUE ÀS FUNÇÕES DO EU-PELE E O
ENQUADRE INTERNO DO ANALISTA**

WILMA ZURIEL DE FARIA MASCHKE

Brasília – DF

2023



INSTITUTO DE PSICOLOGIA – IP
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**TRAUMA E ABUSO SEXUAL: ATAQUE ÀS FUNÇÕES DO EU-PELE E O
ENQUADRE INTERNO DO ANALISTA**

WILMA ZURIEL DE FARIA MASCHKE

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPGpsiCC) do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Profa. Dra. Deise Matos do Amparo

Brasília – DF

2023

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob a orientação da Profa. Dra. Deise Matos do Amparo.

Aprovada por:

Profa. Dra. Deise Matos do Amparo (Presidente)
Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Helena Maria Melo Dias (Membro Externo)
Universidade do Estado do Pará – UEAP e Círculo Psicanalítico do Pará – CPPA

Profa. Dra. Kátia Cristina Tarouquella Rodrigues Brasil (Membro Interno)
Universidade de Brasília – UnB

Dr. Alexandre Alves Costa Neto (Membro Suplente)
Universidade de Brasília – UnB

Dedico esse trabalho aos meus sobrinhos e afilhados, com todo meu amor, esperança e desejo de que seus percursos de vida sejam atravessados pelo estudo e pela busca de conhecimento.

O importante é que eu sou não significa nada, a não ser que eu, inicialmente, seja juntamente com outro ser humano que ainda não foi diferenciado. (Winnicott, 1966/1988, p. 9)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e de mentalização, por sua graça e amor incondicional que regem os meus caminhos.

Agradeço à Elizabete Gonçalves de Faria Maschke e Egon Maschke, meus amados pais, pelo elo familiar, por acreditarem tanto em mim e por serem braços e abraços que acolhem e sustentam os meus sonhos, sempre.

Agradeço ao meu amado marido, Felipe Saul da Costa Wanzeler, pela cumplicidade, cuidado e união, por trazer sentido e desejo aos meus dias. Obrigada por todo o seu amor e incentivo.

Agradeço à minha estimada avó, Mireta Teles dos Reis, pelos seus ensinamentos e por sua profunda sabedoria.

Agradeço aos meus irmãos Eliézer e Egleizer pelo laço fraterno, carinho e afeto.

Aos meus sobrinhos e afilhada pelo movimento de vida, amor e alegria sinceros.

Agradeço à minha querida sogra Xirlene do Socorro da Costa por me acolher e me ensinar tanto. Bem como à toda minha família e amigos, pela união e presença viva.

Em especial, agradeço à minha orientadora, Professora Dra. Deise Matos do Amparo, pela confiança e atenção na condução deste trabalho, durante o qual muito me ensinou. Que seja o início de um longo percurso de pesquisa e construção de saberes.

Agradeço também aos professores da Universidade de Brasília e do Círculo Psicanalítico do Pará pelas ricas contribuições durante o meu percurso acadêmico e formação psicanalítica.

Por fim, agradeço aos meus pacientes pela confiança no “trabalho de fazer falar e fazer ouvir”, e por me proporcionarem reflexões importantes acerca da clínica.

Resumo.

Maschke, W.Z.F (2023). Trauma e abuso sexual: ataque às funções do Eu-pele e o enquadre interno do analista. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, Brasília.

O objetivo do presente trabalho é analisar os impactos do traumatismo psíquico do abuso sexual na infância, e suas repercussões nas funções do Eu-pele em mulheres adultas e o manejo do enquadre clínico. O problema de pesquisa foi construído a partir de fragmentos de um caso clínico que possibilitou reflexões sobre a clínica do trauma psíquico sexual e sobre o trabalho do enquadre interno do analista. Considerando o pensamento clínico e a pesquisa em Psicanálise que se fundamenta enquanto teoria e método de investigação na clínica, a elaboração deste estudo está apoiada na discussão interpretativa que intenta fomentar a reflexão acerca da hipótese proposta. Assim a hipótese é que o abuso sexual vivido na infância produz um ataque às funções do Eu-pele e que o manejo do enquadre interno do analista possibilita a reorganização das funções do Eu-pele do paciente na clínica do traumatismo. Embora o enfoque da Psicanálise seja voltado para os sujeitos individualmente, para a história singular de cada pessoa, apoiando-se em sua história infantil única, o trauma não é um acontecimento em si, mas o modo como esse acontecimento incide sobre o psiquismo e sobre o corpo de alguém e como é processado por ele, resultando em adoecimentos somatopsíquicos. Portanto, partiu-se das considerações sobre o conceito de trauma em Psicanálise, especialmente nas contribuições da matriz ferencziana que compreende que o trauma do abuso sexual infantil paralisa uma parte do psiquismo fazendo com que ele responda as demandas de adoecimento psíquico de forma passiva. Além disso, como as questões do corpo estão na gênese da vida psíquica, considerou-se a importância do corpo em Psicanálise e as contribuições de Didier Anzieu na elaboração do conceito do Eu-pele. Evidenciamos que o traumatismo psíquico constitui ou faz com que o sujeito pareça ou apareça “pelado” (como se sem pele – sem barreiras de proteção) intrapsíquica e intersubjetivamente, uma vez que o abuso sexual resulta na desorganização das funções psíquicas internas e externas do sujeito, como ressaltado nas vinhetas clínicas de um caso de uma mulher adulta que sofreu abuso sexual na infância. Por fim, relacionamos a repercussão dos impactos do traumatismo psíquico e sexual nos ataques às funções do Eu-pele nos sujeitos atravessados pelo traumático. O trabalho psicanalítico possibilita, a partir do manejo da transferência e da contratransferência, a reorganização das funções do Eu-pele, por meio da perlaboração e da translaboração. Conclui-se que esse modo de trabalho analítico na clínica do traumatismo, fornece uma estrutura para a contenção das sensações, emoções e pensamentos do analisando.

Palavras-Chave: Traumatismo; Abuso sexual; Eu-pele; Enquadre interno

Abstract.

Maschke, W.Z.F (2023). Psychic trauma and sexual abuse: a direct impact on the skin-Ego's functions and the analyst's internal framework. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, Brasília.

The purpose of the present work is to analyze the impacts of the psychological trauma of sexual abuse in childhood, and its repercussions on the functions of the Skin-Ego in adult women and the management of the clinical situation. The research problem was constructed from fragments of a clinical case that enabled reflections on the clinic of sexual psychic trauma and on the work of the analyst's internal framework. Considering clinical thinking and research in Psychoanalysis that is based as a theory and method of investigation in the clinic, the elaboration of this study is supported by the interpretative discussion that intends to encourage reflection on the proposed hypothesis. Thus, the hypothesis is that sexual abuse experienced in childhood produces an assault on the functions of the skin-Ego and that the management of the analyst's internal framework makes it possible to reorganize the patient's skin-Ego functions in the trauma clinic. Although the focus of Psychoanalysis is focused on individual subjects, on the unique history of each person, based on their single childhood history, trauma is not an event in itself, but the way in which this event affects the psyche. and about someone's body and how it is processed by it, resulting in somatopsychic illnesses. Therefore, it started from considerations about the concept of trauma in Psychoanalysis, especially in the contributions of the Ferenczian principle, which understands that the trauma of childhood sexual abuse paralyzes a part of the psyche, causing it to respond to the demands of psychic illness in a passive way. Furthermore, as issues of the body are at the genesis of psychic life, the importance of the body in Psychoanalysis and the contributions of Didier Anzieu in the elaboration of the concept of the skin-Ego were considered. We evidence that psychic trauma constitutes or causes the subject to look or appear "naked" (as if without skin – without protective barriers) intrapsychically and intersubjectively, since sexual abuse results in the disorganization of internal and external psychic functions of the subject, as highlighted in the clinical vignettes of a case of an adult woman who suffered sexual abuse in childhood. Finally, we relate the repercussion of the impacts of psychic and sexual trauma in assault on the functions of the skin-Ego in subjects affected by the trauma. Psychoanalytic work makes it possible, through the management of transference and countertransference, to reorganize the functions of the skin-Ego, through perlaboration and translaboration. It is concluded that this way of analytical work in the trauma clinic provides a structure for containing the sensations, emotions and thoughts of the analysand.

Key words: Trauma; Sexual abuse; Skin-Ego; Internal framework

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO 1	13
O PENSAMENTO CLÍNICO DA ANALISTA COMO MÉTODO E HIPÓTESE DE INVESTIGAÇÃO	13
1.1 O DESMENTIDO NO SOCIAL	15
1.2 O PENSAMENTO CLÍNICO COMO MÉTODO E HIPÓTESE DE INVESTIGAÇÃO	16
CAPÍTULO 2	21
TEORIAS DO TRAUMA NA PSICANÁLISE E REFLEXÕES SOBRE ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA	21
2.1 O TRAUMA NA OBRA FREUDIANA	24
2.2 O TRAUMA NA CONCEPÇÃO FERENCZIANA	30
2.3 O TRAUMA EM WINNICOTT	35
2.4 TRAUMA E ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA	39
CAPÍTULO 3	48
TRAUMATISMO E ABUSO SEXUAL: ATAQUE ÀS FUNÇÕES DO EU- PELE	48
3.1 O EU-PELE E SUAS FUNÇÕES	48
3.2 O ATAQUE AS FUNÇÕES DO EU-PELE NO TRAUMATISMO DO ABUSO SEXUAL INFANTIL	54
CAPÍTULO 4	61
O ENQUADRE INTERNO DO ANALISTA COMO POSSIBILIDADE DE REORGANIZAÇÃO DO EU-PELE NA CLÍNICA DO TRAUMATISMO	61
4.1 O ENQUADRE INTERNO DO ANALISTA	65
4.2 A TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA COMO ELEMENTO DO ENQUADRE PSICANALÍTICO	67
4.3 O ENQUADRE INTERNO DO ANALISTA COMO OFERTA DE UM NOVO ENVELOPE CORPORAL	75
4.4 O TRAUMA PSÍQUICO: RETRATO DE CASO CLÍNICO	79
<i>Introdução</i>	79
<i>O traumatismo psíquico</i>	80
<i>O abuso sexual infantil</i>	83
<i>Retrato de um caso clínico</i>	85
<i>Considerações finais</i>	87
<i>Referências</i>	88
REFERÊNCIAS	91

INTRODUÇÃO

O trauma refere-se à violação do aparelho psíquico, que fica sobrecarregado em suas qualidades de contenção, na realidade vivenciada pelo sujeito. O evento, único ou cumulativo, provoca uma violação que exige um trabalho psíquico, numa tentativa de elaboração.

O conceito foi estudado desde os primórdios da Psicanálise por Freud, revisitado por Ferenczi, para quem o trauma não se limitava apenas ao fantasma da sedução. Essa pesquisa surge, então, de algumas inquietações teóricas e da experiência clínica da autora com casos de traumatismo sexual.

No ano de 2019 comecei a trabalhar no Centro de Referência de Assistência Social no município de Macapá no Estado do Amapá, ao mesmo tempo que iniciava minha formação em psicanálise, onde diariamente era surpreendida pela presença de mulheres para as quais o corpo parecia ser sem palavras: envergonhadas e com muitas dificuldades de colocar em palavras suas histórias de vida, atravessadas pelo traumatismo psíquico. Ali estava eu diante de uma clínica do *Choque* (Ferenczi, 1931/1992-2022).

Tendo em vista a compreensão das duas grandes matrizes de adoecimento psíquico, a matriz freudo-kleiniana que se dá a partir da situação traumática e/ou da situação de perigo, e a matriz ferencziana que supõe que intensidades de sofrimento e dor resultam em um psiquismo inerte, “em estado de morte ou quase morte, com a morte em suspensão (Ferenczi), reduzindo assim, o psiquismo a uma condição de passividade” (Figueiredo, 2018, p. 28).

Foi neste contexto que meu interesse, pela organização psíquica relativa a situações de vivências sexuais na infância e suas repercussões na idade adulta, me levou a ingressar no mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

Sustentada por questionamentos decorrentes da minha prática passei a refletir sobre como o corpo e o psiquismo dessas mulheres que pareciam desconectados da realidade,

lembravam-me a expressão proposta por Ferenczi (1932, p.125): “[...] a perda de sua forma própria e a aceitação fácil e sem resistência de uma forma outorgada, ‘a maneira de um saco de farinha’”.

Então, habitada pelas reflexões propostas por Sigmund Freud, Sándor Ferenczi e autores da psicanálise contemporânea e as proposições frente à compreensão das duas grandes matrizes de adoecimento psíquico, propostas por Luís Claudio Figueiredo (2018), também conceituada por psicanálise transmatricial, voltei-me para o estudo das teorias do trauma articulados à compreensão das funções do *Eu-pele* (Anzieu, 1989) e à reflexão do enquadre interno do analista (Green, 1974) correlacionado à metapsicologia e aos conceitos de transferência e contratransferência com base em tratamentos “difíceis” como proposto por Pierre Fédida (2001).

Assim, a proposta deste estudo é abordar o conceito de trauma na teoria psicanalítica, articulado ao ataque das funções do *Eu-pele* observados em fragmentos de atendimentos de casos difíceis que solicitaram o enquadre, não somente o externo, mas, também, o interno da analista. Uma vez que convocaram a pesquisadora a pensar sobre as repercussões do traumatismo psíquico (instaurado com a vivência do abuso sexual infantil) na desorganização das funções do *Eu-pele*; e a possibilidade de reorganização destas com o trabalho analítico, comparecendo na cena analítica, o enquadre interno da analista, convocado pelos efeitos da transferência e da contratransferência.

Dessa forma, o objetivo geral desta pesquisa é analisar os impactos do traumatismo psíquico do abuso sexual na infância e suas repercussões nas funções do *Eu-pele* em mulheres adultas. Especificamente, buscamos fazer um percurso pela teoria do trauma na Psicanálise, para, em seguida, relacionarmos aos impactos do traumatismo psíquico e sexual nas funções do *Eu-pele*.

Além de investigar como o contexto da clínica psicanalítica possibilita, a partir da transferência e contratransferência e do enquadre interno do analista, a reorganização das funções do *Eu-pele*, por meio do trabalho analítico da perlaboração (Freud, 1914/2020; Roussillon, 2007) e da translaboração (Ferenczi, 1927).

Para responder a estes objetivos, percorremos um percurso a partir da compreensão de que a pesquisa em Psicanálise se fundamenta enquanto teoria e método de investigação na clínica. Assim, a elaboração desta pesquisa está apoiada nessa consideração e a argumentação teórica, que precede a discussão interpretativa e intenta fomentar a reflexão acerca da hipótese proposta neste estudo.

O desenvolvimento deste trabalho organiza-se a partir de quatro (04) capítulos, no primeiro capítulo abordamos inicialmente a vinheta clínica do caso de Maria (ilustração clínica de uma das escutas da pesquisadora), em seguida o pensamento clínico da analista como método e hipótese de investigação. Maria não fora considerada um sujeito de pesquisa, mas sim um caso clínico que gerou reflexões sobre a clínica do traumatismo psíquico e contribuiu para a elaboração da pesquisa, tendo em vista o pensamento clínico e as interrogações de pesquisa da analista, as observações sobre o seu enquadre interno e o trabalho da contratransferência na sua análise pessoal.

No segundo capítulo introduzimos os processos de adoecimento psíquico relacionados às teorias do trauma em Psicanálise, a partir das contribuições de Freud e Ferenczi, que compreenderam de forma distinta os adoecimentos psíquicos. Freud reconheceu que o psiquismo se organiza, bem como se desorganiza, a partir de respostas ativas do psiquismo às situações traumáticas; enquanto Ferenczi propõe que o trauma paralisa uma parte do psiquismo fazendo com que ele responda as demandas de adoecimento psíquico de forma passiva. Por fim, avançamos na compreensão do trauma na teoria winnicottiana e suas contribuições acerca do ambiente que desempenha papel fundamental na organização psíquica do sujeito.

No terceiro capítulo, consideramos a importância do corpo em Psicanálise e as contribuições de Didier Anzieu na elaboração do conceito do *Eu-pele* (1989). Observamos, ao longo deste trabalho, como as questões do corpo estão na gênese da vida psíquica, assim, como o traumatismo psíquico sexual acarreta repercussões e ataque das funções do *Eu-pele*.

Por último, no quarto capítulo avançamos na hipótese de que o enquadre interno da analista é uma possibilidade de reorganização das funções do *Eu-pele do paciente* na clínica do traumatismo. Para o desenvolvimento deste capítulo consideramos os dispositivos da transferência e da contratransferência, uma vez que são elementos essenciais do enquadre, para aprofundarmos na investigação sobre a relação analista-analisando. O trabalho analítico na clínica do traumatismo envolve a reconstrução das funções do *Eu-pele*, fornecendo uma estrutura para a contenção das emoções e pensamentos do analisando, possibilitando o trabalho de perlaboração e de translaboração. Por fim, como tentativa de costurar esses aspectos teóricos e clínicos abordados, apresentamos o artigo resultante do projeto de dissertação, que foi publicado na Revista Estudos de Psicanálise.

CAPÍTULO 1

O PENSAMENTO CLÍNICO DA ANALISTA COMO MÉTODO E HIPÓTESE DE INVESTIGAÇÃO

Maria¹, nascida em uma comunidade ribeirinha do Norte do País, em um contexto de muita vulnerabilidade social, foi *(inter)pelada*² na sua história de vida pelas vivências do traumatismo desde os 06 (seis) anos de idade, quando iniciaram os primeiros abusos sexuais.

Anos mais tarde, muda-se de cidade para estudar e ingressar na faculdade e é no momento que ingressa na Universidade que as memórias das vivências da infância comparecem no corpo e irrompem no psiquismo pelo medo e pela culpa. O medo vinha do receio de ser violentada novamente, morando sozinha. Ainda mais, pelo receio que Maria sentia de seu corpo denunciar os abusos sofridos por ela na infância, como se através dos seus olhos, os outros pudessem descobrir o que lhe havia acontecido, “não consigo olhar para ninguém” (sic). Já a culpa sobrevinha a partir da enorme confusão a partir da introjeção do sentimento de culpa do adulto, resultado pela confusão de línguas entre o adulto (abusador) e ela - a criança (Ferenczi, 1929/1992).

É nesse momento da história singular de Maria (entrada na Universidade e rememoração das lembranças), que ela decide então procurar ajuda e acompanhamento terapêutico. Pondo-se em processo e trabalho de análise, na construção de um “trabalho de fazer falar, e fazer ouvir” (Celes, 2005, p.25).

Assim, Maria passa a falar sobre uma dor e um grande sofrimento rememorado quase que ininterruptamente em seu psiquismo e em seu corpo através das sensações. Maria se vê interpelada pelas revivências do trauma, na ordem do seu corpo que passava a ser convocado

¹ Nome fictício, para resguardar o sigilo profissional desse caso que foi atendido pela autora desse trabalho.

² Grifos da autora com intenção de mostrar a relação do trauma com as impressões e ataque ao Eu-pele.

pelos sentidos do paladar e do olfato, ao ser arrebatada por um cheiro ou gosto que a remontava para as vivências dos abusos sofridos por ela.

Segundo Brasil & Martins (2019, p. 125) “o corpo e a sensação se encontram fundamentalmente articulados na vida psíquica”. Para Anzieu (2002), o funcionamento do organismo vivo é suporte do funcionamento psíquico, sendo que o corpo físico provê e dá contorno para esse suporte. Ele postula “uma dupla sustentação para o psiquismo: sobre o corpo biológico e sobre o corpo social” (Anzieu, 2002, p. 18).

Em determinado dia, a analista recebe uma mensagem da analisanda no celular, a mensagem continha uma figura e a seguinte escrita: "é assim que eu me sinto" (sic). A figura era um desenho de um grande corpo que com uma das mãos se rasgava (de baixo para cima) e com a outra se costurava (de cima para baixo).

Foi assim que Maria falou sobre o que sentia ao lembrar, pensar e falar sobre as cenas de abuso, que a interpelavam, às vezes, por um cheiro e/ou gosto, algo que de alguma forma a fazia rememorar na ordem do corpo as sensações vivenciadas pelo atravessamento de um corpo adulto sobre o seu corpo “ainda tão infantil” (sic).

O verbo proposto para reflexão deste fragmento clínico foi *(inter)pelado* - uma vez que se justifica pela forma em que a analista se pôs a pensar sobre o caso e sobre o seu enquadre interno (Franco & Kupermann, 2020). A fala de Maria narrava a dor de ter o seu “corpo sempre rasgado de novo” (sic), o que evocou na analista a impressão de um corpo pelado, desnudado psiquicamente, em completo desamparo e com as funções do *Eu-pele* de sustentação e de continente suspensas (Anzieu, 2002).

Para André Green (2000/2008) em muitos casos clínicos a clínica psicanalítica só é possível a partir da interiorização do enquadre por parte do analista, uma vez que o analista porta consigo o enquadre, ele o encarna e sustenta o processo analítico por mais difícil que ele seja. Para o autor o enquadre é o estojo que acomoda a joia (a regra fundamental).

Assim, o trabalho se deu no sentido de possibilitar amparo e reconstrução de condições adequadas para o desenvolvimento do *self*, estabelecendo o *setting* (Winnicott, 1961/1989), a partir da organização do *holding* (Winnicott, 1960/1983). Pois antes de fornecer interpretações, o objetivo foi proporcionar um “ambiente suficientemente bom”, que se adaptasse à necessidade da paciente (Arouca; Amparo; Brasil, 2017).

1.1 O desmentido no social

Para Ferenczi em sua compreensão sobre o trauma, a sedução ocorre também em dois momentos, que na verdade, envolve dois adultos, o adulto agressor propriamente dito e o adulto que não proporciona adequado acolhimento e reconhecimento das vivências da criança que sofreu a agressão. É aí que se instaura o *desmentido*, quando o adulto que não acolhe, que não reconhece o que a criança traz, rechaça, ignora, mas desmente a posteriori (Ferenczi, 1932/1990).

No caso de Maria o segundo tempo foi aos 12 anos de idade quando novamente interpelada em seu psiquismo por uma excitação desprazerosa a fez remontar e nomear o que vivia desde os 6 (seis) anos de idade. Em uma palestra sobre abuso sexual infantil, na escola, aprendeu que “aqueles segredos” entre ela e o adulto abusador dos quais “ela precisava passar” (palavras ditas pelo adulto à criança), na verdade, nunca deviam ter acontecido. Além disso, ao final da palestra a professora alertou que o grande problema do abuso sexual infantil é que as crianças vítimas se tornam abusadoras.

Maria então adulta retrata ter ficado estagnada, acuada e com medo. Disse que a única vontade que ela sentira era de ficar invisível ou de sumir, mas ali ficou sentada e assustada. “A partir daquele momento não consegui mais olhar para ninguém” (sic). A culpa sobreveio sobre o seu corpo infantil (Ferenczi, 1929/1992).

Segundo Maria, é como se ainda fosse possível escutar a voz daquela professora, que concluiu que crianças abusadas seriam futuros abusadores. Dessa forma, é revelado o processo

de violência sofrido por ela e o ódio daquele homem que a fazia sofrer há tantos anos, com o pretexto de que era necessário, foi ali desmentido.

O comportamento das pessoas investidas de autoridade, uma vez cometido o ato (silêncio, desmentido, conduta ansiosa), somado às ameaças dirigidas à criança, é apropriado para sugerir à criança a consciência de sua própria culpa e de sua cumplicidade (Ferenczi, 1932/1990, p. 238).

O processo mimético da violência (Girard, 2011, p. 34) passa a ecoar na vida de Maria, que se sente sozinha e responsável por guardar o segredo a sete chaves, caso contrário, todos saberiam que ela se tornaria uma abusadora quando então fosse adulta.

No caso em questão, o desmentido se fez pelo e no social, na figura da professora que palestrou sobre abusos, porém que deslegitimou a dor e o sofrimento de Maria com a proposição de que ela futuramente seria uma abusadora. Essa fala (*inter*)pelou o seu psiquismo e a silenciou, de tal maneira, que ela só conseguiu falar sobre os abusos sexuais em análise, quase 20 anos depois, ao passo que ainda era assustador pensar que ela podia então ser uma abusadora de crianças.

1.2 O pensamento clínico como método e hipótese de investigação

Trata-se aqui do método, parte fundamental de uma pesquisa, que significa, na origem do termo, estudo dos caminhos, dos instrumentos utilizados para fazer ciência (Demo, 1995). A metodologia se desenvolve a partir de um processo de combinação particular entre concepções teóricas de abordagem, técnicas e o potencial criativo do pesquisador, possibilitando ao sujeito que pesquisa realizar aproximações sucessivas a realidade que nunca se esgota, buscando aprendê-la, compreendê-la e/ou analisá-la (Minayo, 2008, p. 22).

Para responder aos objetivos da pesquisa, realizamos uma pesquisa bibliográfica que consiste no levantamento sistemático ou revisão de obras publicadas sobre a teoria que irá

direcionar este trabalho científico. Devo destacar que a pesquisa bibliográfica oferece subsídios para o conhecimento sobre o que foi pesquisado, como e sob que enfoque e/ou perspectivas foi tratado o assunto apresentado na literatura científica.

Além disso, esse tipo de investigação é relevante na resolução de um problema (hipótese) por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições científicas. Todavia, o alcance de tais aspectos depende do planejamento sistemático do processo de pesquisa, compreendendo desde a definição temática, passando pela construção lógica do trabalho até a decisão da sua forma de comunicação e divulgação (Bocato, 2006, p. 266).

Nesse sentido, seguindo as recomendações da literatura especializada sobre a realização de pesquisas bibliográficas, elaboramos um protocolo de pesquisa que percorreu as seguintes etapas:

- a) a delimitação do tema e seleção das questões temáticas;
- b) identificação e seleção de referências bibliográficas;
- c) compilação, análise e interpretação dos dados;
- d) reflexão e redação, referente a elaboração de síntese e escrita do relatório de pesquisa

(Dantas et al., 2022; Soares et al., 2014; Souza; Silva & Carvalho, 2010).

Na dimensão técnico-instrumental, realizamos buscas por referenciais bibliográficos em *web sites* institucionais, em bases de dados e periódicos científicos; e de forma presencial na Biblioteca Central da Universidade de Brasília - BCE.

Para tanto, foram considerados livros de autores clássicos da Psicanálise elegíveis para a inclusão na pesquisa bibliográfica, além de artigos originais e de revisão, dissertações e teses que versam sobre as teorias do trauma articulados à compreensão das funções do *Eu-pele* e à reflexão do enquadre interno do analista, correlacionado à metapsicologia e aos conceitos de transferência e contratransferência.

Fundamentado na Psicanálise enquanto teoria e método de investigação, o estudo se realizou a partir das reflexões acerca da contratransferência e do enquadre interno do analista que ressoava após escutas de narrativas de mulheres vítimas de abuso sexual na infância e a impressão passada de que o corpo e o psiquismo dessas mulheres pareciam desconectados da realidade.

Assim, as reflexões foram relacionadas ao diário clínico e à releitura de registros de casos da analista-pesquisadora. A leitura do material foi inspirada na escuta analítica e guiada pela atenção flutuante e relação transferencial. Souza (1988, p. 117) refere-se a essa leitura como “leitura-escuta”, pois é lendo na escuta que podemos sacar o ponto de um equívoco, de uma suspensão: ou seja, aquilo que desvela a própria enunciação”.

Vorcaro (2010), afirma que:

Transformar o atendimento clínico em um lugar de interrogação sobre a própria teoria psicanalítica e sobre sua transmissão convoca o clínico a suportar o insabido, testemunhando as ocorrências da clínica, problematizando conceitos que lhe são correlativos e expondo-se à refutação. Para isso, é necessário que as ocorrências da clínica sejam acolhidas pelo clínico que as testemunham, de modo a constituírem-se em um obstáculo à decisão interpretativa imediata para assim interrogar o discurso teórico que a referenda (p. 20).

Segundo Magtaz e Berlinck (2012), a pesquisa psicanalítica é construída pela narratividade daquilo que, perante o estado de atenção flutuante do analista, se realçou, “saltou” aos olhos, possibilitando a criação do “surpreendente enigmático” (Magtaz & Berlinck, 2012, p.76) ressoante da relação transferencial.

É somente por meio do vínculo transferencial que o enigma pode aparecer. Desta forma, esta pesquisadora pôs-se a fazer, a partir das reflexões sobre o seu enquadre interno e sobre a necessidade de buscar comprovações teóricas pertinentes que sustentassem a sua hipótese, o

que foi pertinente à clínica analítica e possibilitou formular questões e um trabalho analítico, para posteriormente, buscar um caminho para compor esta pesquisa psicanalítica.

Operando o que André Green (2004) nomeou por “pensamento clínico” e complementou:

Sustento que existe em Psicanálise não somente uma teoria da clínica, mas um pensamento clínico, isto é, um modo original e específico de racionalidade originado da experiência prática. (...) A elaboração pode ser levada a um nível de reflexão relativamente distante da clínica; no entanto, mesmo quando não se faz referência explícita aos pacientes, *o pensamento clínico sempre faz pensar neles* (Green, 2004, p. 11).

A partir da compreensão de Mezan (2006) as pesquisas psicanalíticas possuem um “solo comum”, a identificação de questões que surgem da própria clínica em *stricto sensu* que são investigadas a partir de conceitos oferecidos pela Psicanálise. É da clínica e na clínica psicanalítica que surgem os seus conceitos cardeais, mas também “os instrumentos com que opera qualquer pesquisa em nossa disciplina” (Mezan, 2006, p. 229).

Freud começou a fazer, da realidade psíquica e do mundo das fantasias, o campo específico da pesquisa psicanalítica. Pode-se considerar, que sua obra prima, *A interpretação dos sonhos* (1900), constituiu-se num marco histórico-conceitual deste novo campo de pesquisa. Para ele, a interpretação dos sonhos é na realidade a estrada real para o conhecimento do inconsciente, a base mais segura da Psicanálise” (Freud, 1910, p.32).

Em *A questão da análise leiga*, Freud (1926) argumenta:

Na psicanálise tem existido desde o início um laço inseparável entre cura e pesquisa. O conhecimento trouxe êxito terapêutico. Era impossível tratar um paciente sem aprender algo novo; foi impossível conseguir nova percepção sem perceber seus resultados benéficos. Nosso método analítico é o único em que essa preciosa conjunção é

assegurada. (...) Essa perspectiva de ganho científico tem sido a feição mais orgulhosa e feliz do trabalho analítico. Devemos sacrificá-la a bem de quaisquer considerações de natureza prática? (Freud, 1926, p. 291)

Além disso, Freud (1927) afirmou que: “Na verdade, a Psicanálise é um método de investigação, um instrumento imparcial, tal como, por exemplo, o cálculo infinitesimal.” (Freud, 1927, p. 271). E concluiu em seu texto *O Futuro de uma Ilusão* (1927): “Não, nossa ciência não é nenhuma ilusão. Mas seria uma ilusão acreditar que poderíamos conseguir em outro lugar o que ela não pode nos oferecer.” (Freud, 1927, p. 293).

Sendo assim, no próximo capítulo inicialmente faremos um percurso sobre às compreensões de adoecimentos psíquicos a partir de Freud e Ferenczi, para avançarmos sobre a compreensão de traumatismo a partir das teorias do trauma na Psicanálise. O estudo do trauma na Psicanálise ajuda a compreender o sofrimento humano, tendo em vista seus efeitos no somatopsiquismo.

CAPÍTULO 2

TEORIAS DO TRAUMA NA PSICANÁLISE E REFLEXÕES SOBRE ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA

Diversos teóricos da Psicanálise têm diferentes concepções sobre o trauma. A abordagem contemporânea da psicanálise, também conhecida como psicanálise transmatricial, sugere que os processos de adoecimento psíquico são compreendidos através de duas grandes matrizes. A primeira é a matriz de adoecimento por ativação, enquanto a segunda é a matriz de adoecimento por passivação.

Dessa forma, Figueiredo (2018) destaca como necessário a compreensão das duas grandes matrizes para se compreender melhor os adoecimentos psíquicos: a matriz freudo-kleiniana e a matriz ferencziana.

A primeira, freudo-kleiniana, é caracterizada por centralizar a problemática dos adoecimentos psíquicos nas experiências de angústia e nas formas ativas do psiquismo tentar se defender das mesmas, com contribuições de Melanie Klein, quanto à exploração clínica e teórica dos estados de angústias primitivas e mecanismos de defesa, anteriores à plena diferenciação entre o *Isso* e o *Eu*.

Figueiredo (2018, pp. 55-56) completa:

Em todos os casos, o que aprendemos acerca das angústias e de sua posição em relação aos meios de defesa do *eu* é que elas atuam como condições para os meios de defesa serem acionados; os adoecimentos neuróticos diferenciam-se em termos das modalidades de defesa usadas para reduzir ou evitar as angústias. Ou seja, Freud nos deixa diante de duas afirmações fundamentais: “A angústia não provém jamais da libido reprimida” e “O eu é propriamente a sede da angústia”. Assim, a angústia provém do eu em uma “situação de perigo” ou sob a ameaça da iminência de uma situação de perigo

repetida. [...] De qualquer modo, a angústia é uma resposta do eu que se encontra “sob ameaça” em sua integridade narcísica e em sua existência.

Já a matriz ferencziana, que segundo Figueiredo (2018) nasce em uma posição de complementaridade à matriz freudo-kleiniana, é caracterizada pelos adoecimentos por passivação, que surgem em decorrência de traumas muito precoces, causando sofrimento e dor que superam a capacidade ativa do psiquismo e o levam a um estado de inércia ou até mesmo de morte psíquica. Ferenczi (1932) sugere um estado comatoso, em que o sujeito responde as experiências traumáticas de sua vida de modo puramente emocional e sem conteúdos representativos, como propõe Ferenczi (1932) como se estivesse “[...] durante um sono, profundamente inconsciente, quase comatoso” (p.129).

Para Ferenczi há “[...] modalidades e intensidades de sofrimento e dor que ultrapassam as capacidades ativas do psiquismo, deixando-o inerte, provisoriamente ou definitivamente, em estado de morte ou quase morte” (Figueiredo, 2018, p.28).

De acordo com Figueiredo:

O que é fundamental nesse novo contexto é o reconhecimento dos “traumatismos precoces”, experiências de ruptura que produzem a ultrapassagem e uma verdadeira aniquilação das capacidades de defesa e resistência. As angústias não chegam a se formar são liminarmente evitadas por uma verdadeira extinção do psiquismo que morrem, ou melhor, deixam-se morrer (2018, p. 15).

Dessa forma, para cada um dos dois grandes modelos de compreensão dos adoecimentos psíquicos, compreendidos a partir de uma resposta ativa ou passiva do psiquismo, percebe-se uma correlação com diferentes delineamentos de direções de escuta psicanalítica. Esta pode ser e estar organizada em resposta a forma de compreender a organização psíquica do sujeito.

Na matriz freudo-kleiniana, o trabalho analítico segue “trabalhando com angústias e defesas” (Figueiredo, 2018, pp. 28-29); já na matriz ferencziana o analista segue “focalizando

as experiências da morte dentro (*death inside*, um termo de Winnicott)” (Figueiredo, 2018, p. 29). Ainda, segundo o autor: “tendo como objetivo primário a reanimação psíquica, a "revitalização" - a reconstituição de tecidos ou estruturas mortificadas” (Figueiredo, 2018, p. 29).

Isto posto, a psicanálise contemporânea conceitua-se a partir dos referenciais propostos pelas duas matrizes, na teoria ferencziana há uma radicalização ao pensamento freudiano, e, segundo Figueiredo (2018), Winnicott está enraizado no que propõe Ferenczi, assim “no lugar de angústias, caberá falar em agonia” (p.15), apontando para uma função defensiva e resistencial de um falso *self*, e uma realidade interna (em alguns casos)³ tomada pela morte.

Figueiredo (2018) afirma que o projeto de André Green o interessa particularmente tendo em vista “[...] sua claríssima percepção das duas matrizes e de como elas se diferenciam” (p.21).

André Green (1990) afirmou que o conflito entre Ferenczi e Freud tornava-se inevitável, tendo em vista compreensões diferentes acerca do psiquismo, em que para o primeiro há uma passividade psíquica original, enquanto para o segundo autor há sempre atividade no psiquismo, seja por meio de “angústias-automáticas”, ou por “angústias-sinal”.

Para Green (1974) preconiza-se uma articulação entre as duas matrizes ilustradas acima, o que para ele foi o pressuposto para a evolução da psicanálise moderna e para o entendimento dos “casos-limite” (Green, 2000). Para ele, a suposição freudiana é que por pior que tenha sido a experiência traumática: *o choque*, sempre haverá recursos psíquicos para uma resposta, saindo da passividade e recuperando a atividade (Green, 1990).

No diálogo com Fernando Urribarri, quando André Green é questionado acerca do tema teórico e técnico do trauma e sobre a questão dos limites da atividade transformadora do analista, o autor pontua:

³ Grifo da autora.

Do meu ponto de vista, a única alternativa do analista é mostrar ao paciente aquilo que o paciente está (se) fazendo. O analista deve conservar sua função interpretativa, assumindo e favorecendo a reflexividade: ele deve tentar tornar acessível ao paciente a representação dessa destrutividade que ele carrega contra si mesmo (Green, 2001/2019, p.86).

Apesar do reconhecimento de Green acerca do pensamento Ferencziano: psiquismos que comparecem em estados de passividade e de quase morte, são outros autores contemporâneos, como Roussillon (2014), que irão convergir para uma clínica da *reanimação psíquica*, através da perlaboração, “algo que passa pela escuta do inaudível, pelo brincar e pelo jogar” (Figueiredo, 2018, p. 23).

Por fim, talvez apenas o início, compreender as formas do sujeito organizar o seu psiquismo, a partir de vivências e realidades externas, que atravessam a sua singularidade, tanto intrapsiquicamente, quanto intersubjetivamente, torna-se fator fundamental para reflexões clínico-teóricas e para o avanço no trabalho analítico com o sujeito a ser, a partir da construção do pensamento clínico do analista. Aqui nos limitaremos aos textos freudianos, a matriz ferencziana e ao pensamento winnicottiano sobre o trauma.

2.1 O trauma na obra freudiana

O termo "trauma" foi introduzido por Freud (1916-1917/2010) para descrever uma experiência que provoca um aumento repentino e intenso da excitação psíquica, tornando difícil sua liquidação ou elaboração pelos meios normais. Esse excesso de excitação sobrecarrega o aparelho psíquico, resultando de um evento extremamente violento (emoção intensa) ou de um acúmulo de excitações intoleráveis que, individualmente, seriam insuportáveis.

Freud distingue uma situação de perigo, na qual o evento é registrado e simbolizado, e uma situação traumática, onde o evento é irrepresentável. Segundo Lindenmeyer (2017), para Freud dar conta na noção do traumatismo ele propôs uma nova modelagem para o aparelho

psíquico, imaginado como “vesícula indiferenciada da substância estimulável” (Freud, 1919-1920/1996 *apud* Lindenmeyer, 2017, p. 185).

Assim, o que constitui o trauma não é o evento em si, mas sim o déficit no trabalho psíquico de representação, ou seja, a invasão na psique de um sujeito às vezes ainda imaturo.

De acordo com Mazoyer & Roques (2014), a sobreposição da brutalidade do evento e da falta de uma resposta adequada cria um estado traumático constante, caracterizado por uma sensação de angústia permanente, de acordo com a teoria freudiana.

O trauma, segundo Freud (1950-1985 /1977), não é um evento em si, ele ocorre a partir de dois tempos (ou eventos) que por meio de associação, o evento posterior retorna sobre o anterior. Deste modo, o trauma se constitui pela significação que a segunda vivência desperta a libido iniciada na primeira vivência, no primeiro tempo do trauma, significada por meio de uma vivência corporal.

Ainda, na teoria do trauma, a sexualidade e a sedução são os seus constitutivos do traumático, que Freud desenvolve nos *Estudos sobre a histeria* (1985/2016) e no *Projeto de psicologia científica* (1950-1985/1977), por exemplo. O histérico sofre de um duplo outro: a sedução que introduz a sexualidade e a sexualidade ela mesma, como resultado institui-se o trauma.

Conforme o texto *O ego e o id* (Freud,1923/1996), o bebê inaugura a relação com o outro por meio do seu corpo, e é somente por intermédio de sintomas e manifestação corporais que ele comunica suas inquietações e desconfortos, pois ainda se encontra desprovido da linguagem falada e da
ao nascer.

Neste originário sentido da teoria do trauma, supõe-se que a criança estivesse caminhando numa linha de desenvolvimento biologicamente determinada e, que de forma inesperada é interrompida pela sedução. A linha de desenvolvimento então pressuposta por

Freud é desorganizada: a sexualidade infantil é então antecipada pela sedução, que então permanece num estado infantil a espera de sua ressignificação, senão como sexualidade ela mesma.

Assim, a sedução se faz presente em dois momentos: uma primeira vivência passiva da criança (que é sexual - pré-sexual, expressão de Freud) infringida por um adulto e uma segunda vivência também provocada por um adulto, esta de todo sexual – acontecida, por assim dizer, na maturidade sexual do indivíduo (Freud, 1950-1985 /1977). O trauma na primeira tópica freudiana constitui-se pela significação como sexual dos traços da vivência chamada pré-sexual, infringida por um adulto perverso, sedutor, abusador das manifestações da libido infantil, isto é, da disposição da criança para a sexualidade.

Segundo Freud (1926/2019): “Os estados afetivos foram incorporados à vida psíquica como precipitados de vivências traumáticas antigüíssimas e, em situações semelhantes, são despertados tal como símbolos mnêmicos” (p.57).

Ocorre que Freud, auxiliado por sua autoanálise e por sua clínica, começou a duvidar da veracidade da sua teoria da sedução, pois reconheceu que no inconsciente não há indicações da realidade, de modo que não se consegue distinguir entre a verdade e a ficção, investida com o afeto.

Assim, a teoria do trauma foi sendo substituída pela teoria da fantasia, na teoria psicanalítica freudiana, destituindo assim a teoria da sedução. A ideia do traumatismo psíquico resultante dos eventos traumáticos foi, progressivamente, sendo transposto pelo conceito da fantasia, que passou a ser considerado o elemento causador de sintomas psicopatológicos.

Conforme pontuado por Freud: “[...] após alguma reflexão facilmente poderemos entender o que é que existe nessa situação que tanto nos confunde. É o reduzido valor concedido à realidade, é a desatenção à diferença entre realidade e fantasia” (Freud, 1917, p. 361).

Essa mudança na teoria freudiana mudou a compreensão sobre a realidade psíquica do sujeito, pois; segundo o autor, foi quando buscou por esclarecimentos sobre as cenas traumáticas que ele se deparou com a fantasia, ou com relatos nos quais se tornou difícil a distinção entre o que ocorreu na realidade e o que seria uma construção imaginária.

Por fim, ele contrapõe a realidade psíquica à realidade material e conclui que as fantasias possuem realidade psíquica e que, na prática analítica, a realidade psíquica é a realidade decisiva.

Assim, na percepção freudiana, o traumatismo é definido a partir da compreensão que os acontecimentos exteriores, que são determinados pelo fator surpresa, são patogênicos na medida em que reativam fantasias anteriores, é o retorno a uma libido integrada a história pessoal de vida do sujeito (Lindenmeyer, 2017).

Ponto que culminou na discordância central da obra de Sándor Ferenczi e na definição das duas grandes matrizes de adoecimento psíquico. Pois, como pontuado por Ferenczi, em sua obra *Confusão de língua entre os adultos e a criança*: “A objeção, a saber, que se trataria de fantasias da própria criança, ou seja, mentiras históricas, perde lamentavelmente sua força, em consequência do número considerável de pacientes, em análise, que confessam ter mantido relações sexuais com crianças” (Ferenczi, 1932/1992-2022, p. 116).

Já na segunda tópica freudiana, em sua obra *Além do princípio do prazer*, Freud (1920/2020) destaca a importância da pulsão de morte e da compulsão à repetição para a compreensão da teoria do trauma. Freud (1920/2020) propõe um modelo centrado no tratamento psíquico de excitações que faz ênfase no registro intrapsíquico do ser humano.

Segundo o autor, o aparelho psíquico é comparado a um organismo vivo que flutua no mundo externo, carregado de energias intensas, e sua sobrevivência seria seriamente ameaçada se não fosse equipado com um mecanismo de proteção contra esses estímulos. Ocorre que

quando as excitações externas são fortes o suficiente para romper a proteção são classificadas por Freud (1920/2020) como traumáticas.

Sendo assim, Freud (1920/2020) aponta que

[..] excitações que chegam de fora e são suficientemente intensas para romper a proteção chamemos de *traumáticas*. Acredito que o conceito de trauma requeira que uma relação desse tipo seja remetida a uma defesa contra estímulos que, normalmente, é eficaz. Um acontecimento como o trauma externo provocará uma enorme perturbação no funcionamento energético do organismo e colocará em movimento todos os meios de defesa (p. 113).

Segundo a concepção de trauma adotada por Freud (1920/1996-2020), o trauma é uma vivência cuja elaboração é inalcançada em razão do sucesso das estimulações traumáticas sobre as defesas de para-excitação do sujeito. Além disso, Os sonhos relacionados à neurose traumática implicam uma recorrência constante ao evento traumático experimentado pelo indivíduo durante um momento inesperado. Ao mesmo tempo em que a fixação ao trauma persiste, surge essa peculiar obrigação de repetir os eventos dolorosos. (Lindenmeyer, 2017).

Freud propõe a segunda tópica do aparelho psíquico, a partir do contexto da Primeira Guerra mundial, e os estudos sobre as neuroses de guerra que passam a ser, então, ponto de investigação da Psicanálise. Apoiado nas observações clínicas do traumatismo atual da neurose de guerra, Freud (1919-1920/1996) assinala que os doentes parecem retornar ao evento traumático vivido pelo sujeito, quando este foi pego de surpresa, o que o autor denominou como: “fixação” ao momento do acontecimento traumatizante.

Assim, diferentemente do primeiro modelo, neste modelo, em *Inibições, sintomas e ansiedade*, Freud (1926/2006) enfatiza o caráter econômico, não simbolizável e inacabado do acontecimento traumático.

Porém, é a partir da análise do “*Fort-da*”, referindo-se a uma “brincadeira infantil” (Freud 1920/2019, p.54), que Freud interpretou sua investigação acerca da repetição do acontecimento traumático. É por meio da reencenação do acontecimento doloroso que a satisfação psíquica se instaura, *a posteriori*.

De acordo com Lindenmeyer (2017, p.180):

Freud indaga-se por que a criança repete, brincando com um carretel, a mesma cena de quando sua mãe desapareceu. Tratar-se-ia aqui de uma pulsão de apropriação pela qual a criança toma uma posição ativa contra a passividade que a experiência de ser deixado pela mãe implica.

Antes, a criança “foi passiva, atingida por uma vivência, e agora escolhe um papel ativo, repetindo-a em uma espécie de jogo, ainda que ela seja carregada de remorso” (Freud, 1919-1920/1996, p. 286).

É a partir desta compreensão que a matriz freudo-kleiniana sobre os adoecimentos psíquicos, passa, então a considerar que os adoecimentos psíquicos se dão através de respostas ativas do psiquismo. “[...] eterno retorno do mesmo quando se trata de um comportamento ativo da pessoa em questão e quando descobrimos o traço de caráter imutável de sua natureza que precisa se manifestar na repetição das mesmas vivências” (Freud, 1920/2019, p. 70).

Ainda, Freud afirma: “o trauma exterior certamente produzirá uma tremenda perturbação no funcionamento energético do organismo e colocará em movimento todos os meios defensivos” (Freud, 1920/2019, p.85).

E o autor complementa,

A inundação do aparelho psíquico com grandes quantidades de estímulo não pode mais ser detida; faz-se necessária, antes, outra tarefa, a de dar conta do estímulo, de ligar psicologicamente as quantidades de estímulo invasoras para então despachá-las. [...] Desse ponto da periferia, afluem então ao aparelho psíquico central excitações contínuas como

normalmente só poderiam vir do interior do aparelho. [...] Produz-se um tremendo ‘contrainvestimento’, em favor do qual todos os outros sistemas psíquicos empobrecem, de modo que acontece uma extensa paralisia ou redução do funcionamento psíquico normal (Freud, 1920/2019, pp.85-86).

As experiências traumáticas constituem em transbordamentos da pulsão sobre as funções de para-excitação, contenção e transformação disponíveis no aparelho psíquico, processo que resulta na “separação” e/ou “resolução” das pulsões. Por essa razão, o trauma estaria fadado a compor o circuito de compulsão a repetição, sendo repetido e reencenado repetitivamente sob a regência da pulsão de morte (Freud, 1920/1996; Drieu, Proia-Lelouey, Zanello, 2011).

Apesar das crises que podem levar a uma reorganização benéfica da psique, restos traumáticos não elaborados e não representados permanecerão, aguardando integração ou simbolização, levando possivelmente a ações repetitivas (MacDougall, 1982; Chagnon, 2012).

Embora a teoria do trauma que revela a condição do outro perverso seja muito cedo abandonada por Freud junto com sua “neurótica” (Freud, 1986/1897), ela retorna tematicamente nos *Homem dos Lobos* (Freud, 1976/1918, por exemplo) e, mais incisivamente da concepção das neuroses de guerra (Freud, 2010/1919), como uma espécie de neurose atual, decorrente diretamente das experiências traumáticas impostas pela condição concreta, material, que se vive.

Peter Gay (1992) observa que Freud declarou-se grato às suas “geniais histéricas”, por terem lhe ensinado o caminho das causas dos sintomas histéricos, mas também a necessidade de mudança da técnica terapêutica, foi a partir delas que aprendeu sobre livre associação e atenção flutuante, regras fundamentais do fazer analítico.

2.2 O trauma na concepção ferencziana

Outro autor fundamental para aprofundar a teoria do trauma é Sándor Ferenczi que a partir de seus atendimentos clínicos, em uma clínica do traumatismo, evidenciou na narratividade de seus pacientes algo da realidade concreta vivenciada no corpo e nas experiências de vida, dando importância ao trauma sexual real vivido nos processos de constituição subjetiva e nos processos de adoecimento psíquico.

Ferenczi, assim como Freud, tinha uma firme convicção na existência de um aparelho psíquico que direciona a vida humana e que é um sistema de funcionamento inconsciente, que contém em si a força de uma sexualidade infantil, a qual demarca o sujeito nos processos de sua constituição subjetiva (Ferenczi, 1928/1992-2022). Porém, com pontos de vista diferentes, quanto ao modo de constituição do aparelho psíquico, conseqüentemente, à compreensão da passividade do psiquismo e ao tratamento psicanalítico. Pois, embora reconheça o fator constitucional na dinâmica psíquica do paciente, enfatiza o fator traumático, advindo de vivências externas, como determinante para os adoecimentos psíquicos e, torna-se, assim, referência para os casos considerados difíceis, para a primeira geração de analistas.

De acordo com Sabourin (2022), o ponto crucial de desacordo entre as teorias freudiana e ferencziana é que esta última não considerou a sedução como fantasia, nem tampouco como uma sedução mascarada, pelo contrário, reconheceu na sedução um *ato de desvio*, um ato concreto que atravessa a criança na relação com o adulto. “Foi aí que Ferenczi insistiu tanto sobre essas seduções que constituem estupros ou seus equivalentes, cujo efeito certo de iniciação sexual encobre muito mal as desestruturações psíquicas subjacentes” (Sabourin, 2022, p. XIV).

Sendo o primeiro a reintroduzir o outro de forma explícita como traumático e sedutor, a ponto de se opor ao conceito de fantasia na obra freudiana. Ferenczi (1932/1992-2022), em *Reflexões sobre o Trauma*, discute a disparidade mútua entre a linguagem da paixão (do adulto) e a da ternura (da criança) - uma dupla linguagem na qual a infância é capturada e pode ser

aprisionada, sendo assim, explícita o modo característico da presença do adulto para a criança, uma maneira sedutora e sexualizada.

Para Ferenczi não há um caráter originário do traumatismo, isso se dá na relação com o outro, “[...] o trauma é fundamentalmente resultado de uma ação de um outro sobre o sujeito (ou um corpo) traumatizado” (Coelho Junior, 2017-2018, p. 129).

Em *A adaptação da família à criança*, Ferenczi propõe que o bebê nasce preparado, do ponto de vista fisiológico, para a vivência do parto, cabendo aos pais a necessidade de possibilitar um ambiente seguro e confortável, evitando uma vivência traumática. “A previdência fisiológica e o instinto dos pais tornam essa transição tão suave quanto possível” (Ferenczi, 1928/1992-2022, p. 5). Mas adverte que “Outros traumatismos reais têm efeitos mais difíceis de eliminar: não são de ordem fisiológica, mas dizem respeito ao ingresso da criança na sociedade de seus semelhantes e, quanto a isso, o instinto dos pais parece com muita frequência falhar” (Ferenczi, 1928/1992-2022, p. 5).

E acrescenta:

É muito importante entender a que ponto as crianças são sensíveis; mas os pais não o creem; não podem imaginar a extrema sensibilidade de seus filhos e comportam-se, na presença deles, como se as crianças nada sentissem diante das cenas excitantes a que assistem. Se a criança em seu primeiro ou segundo ano observa relações sexuais entre seus pais, num momento em que já pode ficar excitada sem dispor de válvula de escape intelectual para essa excitação, isso pode acarretar uma neurose infantil que ameaçará enfraquecer definitivamente sua vida afetiva (Ferenczi, 1928/1992-2022, p. 6).

Portanto, Ferenczi inaugura a percepção de trauma precoce – vivências de ruptura que aniquilam as capacidades de defesa e resistência do sujeito, e enfatiza aspectos importantes da falha dos pais em se adaptar às necessidades das crianças (Ferenczi, 1928-1932/1992-2022).

Assim, pressupõe que o caráter traumático de determinado acontecimento não é atribuído ao acontecimento em si, mas a possibilidade de que ele possa não ser assimilado ou é, na pior hipótese, excluído da realidade psíquica do sujeito (Lindenmeyer, 2023). Nesse sentido, o que atribui a uma vivência desprazerosa a dimensão traumática é o fato de que o vivido pelo sujeito afetado não é reconhecido, como também, ainda mais confuso, é desacreditado por um outro ou pelo outro em si mesmo. Segundo Lindenmeyer, “...transformando o que é insuportável em seu estado numa experiência inaudível” (2023, p. 9).

O pensamento ferenciano anuncia a compreensão de uma passividade inaugural na constituição psíquica do sujeito a partir de experiências vivenciadas de maneira traumática e configura uma nova concepção metapsicológica para o psiquismo.

Coelho Junior (2017) propõe que Ferenczi inaugura uma nova modalidade de compreensão para os adoecimentos psíquicos,

[...] que tem suas bases em formas passivas do funcionamento mental. Os quadros psicopatológicos decorrentes dos traumas precoces trazem a marca das cisões e seus aspectos mortíferos, que, para Ferenczi, parecem estar mais próximos daquilo que Avello (1998) denomina “paixão de morte” que da pulsão de morte como concebida por Freud. Trata-se de uma forma de “resposta” passiva e passional do sujeito à ação traumatogênica vinda do ambiente. Mais do que uma força mortífera constitucional, seria a presença da inoculação de aspectos mortíferos oriundos do objeto, seja por sua ausência e desinteresse, seja por seus aspectos sádicos e destrutivos (Coelho Junior, 2017, p. 124).

Ainda, como afirmou Ferenczi (1929/1992-2022):

Aqueles que perdem tão precocemente o gosto pela vida apresentam-se como seres que possuem uma capacidade insuficiente de adaptação, semelhantes àqueles que, segundo a classificação de Freud, sofrem de uma fraqueza congênita de sua capacidade para

viver, com a diferença, porém, de que nos nossos casos o caráter congênito da tendência mórbida é simulado, em virtude da precocidade do trauma (p.59).

De acordo com Ferenczi (1932/1992-2022) o traumatismo é equivalente a um *choque* que aniquila o sentimento de si mesmo, a capacidade de resistir, agir e pensar, resultando em uma comoção psíquica no sujeito. Ele descreve esse estado como uma espécie de desmoronamento psíquico, onde o sujeito perde sua forma e aceita passivamente uma forma imposta, como se fosse "um saco de farinha" (p. 125). Ele complementa argumentando que a angústia é a consequência imediata de cada traumatismo, caracterizada pelo sentimento de incapacidade de se adaptar a uma situação de desprazer.

O trauma é algo que vem de fora, por isso é compreendido enquanto um *choque* violento que exclui o sujeito, como mencionado por Gabriel Câmara (2011, p.58):

O trauma exclui o sujeito porque não é articulado ao desejo, é alguma coisa que vem de fora e que tem intensidade suficiente para superar a capacidade do sujeito de dominar e elaborar psiquicamente o ocorrido. Por isso mesmo, por ser algo da natureza de um evento e de não poder ser significado, é que o trauma é da ordem do real. O trauma é o elemento impossível de afastar segundo as normas do princípio do prazer.

Assim, a temporalidade do trauma é de uma ruptura instantânea que provoca uma mudança permanente no sujeito, manifestando-se seus efeitos em diversos processos psíquicos (Câmara, 2011).

É importante notar que na compreensão ferencziana sobre o trauma de sedução apresenta-se dois adultos, quais sejam: o adulto agressor propriamente dito e o outro adulto que é um terceiro da criança que não proporciona adequado acolhimento e reconhecimento das vivências da criança que sofreu a agressão. Trata-se de uma relação triangular e o fator traumático é sexual.

Em outras palavras, inicialmente, há a intensidade insuportável do que foi vivido, e, posteriormente, ocorre a negação desses acontecimentos, a associação destes eventos resulta no trauma, uma vez que a criança se depara com a linguagem da paixão, que pertence ao adulto; em seguida com a falta de reconhecimento, por outro adulto, da criança enquanto sujeito, reduzindo-a a um mero objeto de satisfação das necessidades do adulto, assim como foi no descrito no caso de Maria.

Em resumo, o traumatismo é o resultado de dois momentos: o primeiro coincide com respostas confusas, intensas e apaixonadas de um adulto às demandas afetuosas e ternas de uma criança; e o segundo momento envolve o *desmentido*, a negação desses eventos, o sentido ignorado, rechaçado e não reconhecido pelo outro adulto daquilo que a criança traz, resultando em uma cisão no *Si* (Eu) da criança. A cisão, proposta por Ferenczi, “opera pela passividade e gera uma parcial passivação – o retorno ao inerte – das cisões ativas que estruturam o Eu” (Coelho Junior, 2017, p. 132).

Por fim, a matriz de adoecimento por passivação inaugurou reflexões sobre a introjeção e a dinâmica de vivências reais na concretude do corpo, como casos de abuso sexual na infância. Assim, Ferenczi contribuiu ricamente para o avanço da teoria psicanalítica sobre trauma e abuso sexual.

Não obstante, Donald Winnicott somou importantes contribuições com implicações significativas para a compreensão do impacto do trauma na infância, abordadas no próximo tópico.

2.3 O trauma em Winnicott

Na obra de Winnicott (1956/1994), os fatores ambientais e familiares exercem uma influência direta no traumatismo psíquico. O autor considera o ambiente externo como fundamental para o funcionamento psíquico.

Embora Winnicott não tenha desenvolvido uma teoria do trauma tão elaborada, suas ideias sobre o papel do ambiente no desenvolvimento do *self* e da transicionalidade são importantíssimas para analisar os impactos do trauma, especialmente na infância. Por trauma compreende-se os eventos perturbadores que superam a capacidade de enfrentamento da criança e influenciam o desenvolvimento do *self* e a capacidade de estabelecer relações saudáveis (Winnicott, 1960/1983).

Por perturbações ambientais, compreende-se como a ausência ou inconsistência de um ambiente suficientemente bom de cuidado, que uma vez ausente pode gerar efeitos desfavoráveis na constituição do *self* e ter um potencial para traumatizar.

Ao descrever as fases do desenvolvimento, Winnicott abordou a questão da dependência inicial da mãe e a progressiva capacidade da criança de enfrentar a realidade externa. Ele considerou a qualidade do ambiente e da relação mãe-bebê como fundamentais para um desenvolvimento saudável.

Nesse sentido, Winnicott (1966/1988) afirma que:

[...] todas as experiências, a que se baseia no contato sem atividade e que cria as condições necessárias para que se manifeste o sentimento de unidade entre duas pessoas, que de fato são duas, e não apenas uma. Estas coisas dão ao bebê a oportunidade de ser, a partir da qual podem surgir as coisas seguintes, que têm a ver com a ação, para fazer e o deixar que façam por ele. [...] Tudo isso é muito sutil, mas, ao longo de muitas repetições, ajuda a assentar os fundamentos da capacidade que o bebê tem de sentir-se real. Com esta capacidade, o bebê pode enfrentar o mundo ou (eu diria) pode continuar a desenvolver os processos de maturação que ele ou ela herdaram (p. 5).

A relação segura entre mãe e bebê, na qual a criança consegue internalizar uma mãe “boa o suficiente”, é crucial para o desenvolvimento do *self* (Winnicott, 1975). Nesse primeiro momento, a mãe suficientemente boa (ou o ambiente facilitador) se adapta por meio da

identificação primária com o bebê, permitindo que a criança experimente a sensação onipotente de ter criado o próprio seio. Essa ilusão de onipotência é uma experiência fundamental que prepara o caminho para o movimento gradual de separação mais tarde (Candi, 2010). Assim, essa relação de continência é essencial para a sobrevivência psíquica da criança.

[...] a saúde mental do indivíduo está sendo construída desde o início pela mãe, que oferece o que chamei de ambiente facilitador, isto é, um ambiente em que os processos evolutivos e as interações naturais do bebê com o meio podem desenvolver-se [...] uma pessoa começa bem a sua vida quando os recursos ambientais de que pode dispor são suficientemente bons (Winnicott, 1969/1988, pp. 20-21).

Nos estágios iniciais da vida do bebê, do ponto de vista do bebê, nada mais existe além dele mesmo, e, portanto, a mãe é, no início, considerada uma extensão dele. Em outras palavras, isso é o que as pessoas se referem como identificação primária. “Isto é o começo de tudo, e confere significado a palavra muito simples, como ser.” (Winnicott, 1966, p.9).

Dessa forma, em Winnicott, pode-se compreender que o traumatismo é vivenciado como intrusões de fatos, que despertam na criança sentimentos de ódio diante da decepção do objeto idealizado. O objeto, na realidade, não pôde se ajustar de maneira suficientemente sensível às necessidades do *Eu* do sujeito, nem oferecer uma representação adequada para os elementos irrepresentáveis decorrentes das experiências traumáticas. Portanto, para Winnicott, o traumático surge como uma consequência indesejável do cuidado inadequado por parte do adulto responsável pelo cuidado da criança.

A partir do que sabemos ser uma característica do pensamento de Ferenczi, Winnicott (1969/1992a) reiterou em suas formulações teóricas e clínicas que o trauma é “aquilo contra o qual um indivíduo não possui defesa organizada, de maneira que um estado de confusão sobrevém, seguido talvez por uma reorganização de defesas, defesas de um tipo mais primitivo do que as que eram suficientemente boas antes da ocorrência do trauma” (p. 259).

Além disso, o traumatismo resulta do fracasso na relação de dependência (Winnicott, 1994), uma vez que rompe a idealização do objeto primário, que não consegue cumprir sua função adequadamente. Isso leva ao colapso da confiança previamente estabelecida em um ambiente supostamente previsível.

No pensamento winnicottiano, a ideia de trauma está intimamente relacionada à noção de uma agonia inimaginável. Segundo ele, é fundamental reconhecer que quando o ambiente falha muito precocemente, o bebê se depara com situações para as quais não possui defesas organizadas, o que o coloca constantemente em um estado de agonia e passividade devido aos efeitos do trauma inicial.

Isso, como é bem sabido, não ocorre sem gerar consequências significativas em termos psicopatológicos. Com frequência, as defesas, tais como cisões e isolamentos, são adotadas como último recurso diante de experiências traumáticas profundamente perturbadoras, que continuam a confrontar o sujeito com os persistentes enigmas decorrentes das interações entre união e separação com os outros.

Por fim, a teoria do trauma winnicottiana enfatiza a vulnerabilidade inicial do Eu e a influência do outro no desenvolvimento psíquico, sendo o traumatismo uma consequência da falha na relação de dependência com o outro. Winnicott (1956/1994) acrescenta que os fatores ambientais e familiares desempenham um papel crucial no traumatismo psíquico. Ele enfatiza a importância de uma relação segura mãe-bebê para o desenvolvimento psíquico saudável da criança, assim a necessidade de uma adaptação do ambiente para receber o pequeno bebê é um pressuposto básico.

Winnicott descreveu, sob o termo “quebra”, o colapso de estruturas inteiras da organização psíquica: uma falha repentina em uma função ou processo, uma zona de destruição no corpo, uma desorganização das ligações e das comunicações, uma ruptura na capacidade de pensar, uma perda de controle, uma desativação dos mecanismos de defesa (Winnicott, 1974).

Na ocasião do trauma, o gesto criativo do sujeito, bem como, a sua agressividade primária restam-se incapazes de expressão (Kupermann, 2008).

2.4 Trauma e abuso sexual na infância

A relação entre as teorias do trauma em Psicanálise, apresentadas acima, e o abuso sexual na infância perpassa por muitos conceitos, como apresentamos ao longo deste capítulo, por ter repercussões complexas e multifacetadas na realidade psíquica do sujeito.

A Psicanálise oferece uma lente teórica para compreender as ramificações psíquicas do abuso sexual na infância e como essas experiências traumáticas do abuso podem influenciar a constituição do psiquismo do indivíduo.

Assim, é fundamental retomar as ideias de Ferenczi (1933/1992), que com formulações inovadoras para a sua época ressaltou como o traumatismo resultante do abuso sexual infantil é gerador de um fator patogênico, já que as crianças vítimas se sentem indefesas física e moralmente, resultando em uma confusão entre o adulto e a criança devido à introjeção do sentimento de culpa do adulto. “[...] a personalidade [da criança] ainda fracamente desenvolvida reage ao brusco desprazer, não pela defesa, mas pela identificação ansiosa e a introjeção daquele que a ameaça e a agride” (Ferenczi, 1933/1992-2022, p.118).

A partir dessa compreensão, Ferenczi retoma os conceitos de identificação e introjeção que passam a ser fundamentais no pensamento ferencziano, propondo que:

[...] digamos, por introjeção do agressor, este desaparece enquanto realidade exterior, e torna-se intrapsíquico. [...] a agressão deixa de existir enquanto realidade exterior e estereotipada, e, no decorrer do transe traumático, a criança consegue manter a situação de ternura anterior. Mas a mudança significativa, provocada no espírito da criança pela identificação ansiosa pelo parceiro adulto, é a introjeção do sentimento de culpa do adulto (Ferenczi, 1933/1992-2022, p. 117).

Assim, introjeção, no contexto da teoria de Ferenczi, refere-se ao processo psíquico pelo qual o sujeito introjeta os objetos externos para dentro do seu mundo interno, dentro do Eu. Isso significa que a pessoa internaliza representações mentais de objetos ou partes do *self* que originalmente existiam fora do *self*, no ambiente externo. A internalização desses objetos externos desempenha um papel significativo na formação do psiquismo. Ferenczi (1933/1992-2022) via a introjeção como um mecanismo de defesa, e, ao se referir aos objetos internos do sujeito referia-se à internalização de elementos do ambiente externo, considerado por ele processo fundamental do desenvolvimento psíquico.

Ferenczi aprofundou o conceito articulando-o aos casos de abuso sexual na infância, reconhecendo a complexidade das interações entre a criança e o adulto agressor. Sugeriu, então, a ocorrência de um fenômeno de adoecimento psíquico nomeado como a *introjeção do agressor*, processo em que a vítima de abuso sexual internaliza as agressões e o agressor, que deixam de ser externos tornando-se internos ao sujeito, intrapsiquicamente (Ferenczi, 1933/1992-2022).

Ferenczi propõe que “a ternura e a sensualidade da criança chocam-se, por vezes, com as respostas do adulto, feitas de movimento passionais e de erotismo sedutor, ou perverso” (Sabourin, 2022, pp. IX-X). Aí desenvolve, entre outras noções, as de *identificação com o agressor* e a de *introjeção do sentimento de culpa do adulto*, ambas cruciais para se entender o fenômeno traumático quando a criança, “já clivada, simultaneamente inocente e culpada, perdeu a confiança no testemunho de seus sentidos” (Sabourin, 2022, p. X).

Dessa forma, Ferenczi (1933/1992-2022) destacou elementos ambivalentes da vivência do abuso sexual que a torna traumática, como, por exemplo, a confusão das linguagens da ternura com a da paixão; a tendência de a criança introjetar tanto os aspectos amorosos quanto os aspectos abusivos da relação com o agressor, internalizando, assim, afetos ambivalentes e conflitantes; a identificação com o agressor.

Em resumo, com a introjeção do agressor há uma distorção da autoimagem da criança, que passa a ver a si mesma através das lentes do evento traumático, como por exemplo, pelas mensagens prejudiciais recebidas pelo adulto agressor, aspecto desorganizador das funções do *Eu-pele*, que aprofundaremos no próximo capítulo.

É neste contexto que Ferenczi reconheceu a necessidade de uma abordagem terapêutica sensível para os casos difíceis, entre eles os casos de abuso sexual na infância, pontuando acerca da complexidade dessas dinâmicas. Dessa forma, destacou a importância das primeiras relações na vida de uma pessoa, especialmente com a figura materna, e como essas experiências podem ser repetidas na relação com o analista, avançando sobre a técnica psicanalítica. Interessado em como as dinâmicas parentais podem ser projetadas no relacionamento terapêutico (Ferenczi, 1933/1992-2022).

Para Honigsztein (2018, p. 19) há algo de organizador no ritmo materno-primário e ressalta:

O contato com o ritmo organizador do ser no útero materno se torna possível a meu ver, quando a mãe torna possível a continuidade desse processo após o parto [...] cantando canções de embalo para o seu bebê, tocando-o pelo sentido do tato em sua superfície e pelo tato tocando-o em seu self em formação.

Sendo assim, Ferenczi destacou a importância de uma escuta ativa e empática por parte do terapeuta para ajudar o sujeito a lidar com as emoções conflitantes e as introjeções traumáticas (Ferenczi, 1927-1928/1992-2022). Ainda, destacou em alguns casos há necessidade do analista ocupar uma posição materna frente ao analisando, que possibilitaria um ritmo organizador frente às lembranças do traumatismo (Ferenczi, 1931/2022).

O que é complementado na clínica contemporânea pela necessidade de o psicanalista se adaptar ao ritmo e à direção do processo de subjetivação do paciente, bem como pela adaptação

da própria prática psicanalítica às diversas formas de sofrimento psíquico e às demandas de intervenção clínica impostas pelo contexto cultural (Lindenmeyer, 2023).

Sinteticamente, o pensamento ferencziano configurou uma modalidade de compreensão dos adoecimentos psíquicos que tem suas bases em formas passivas de funcionamento mental, que são percebidos nos casos de abuso sexual na infância. “O trauma é recebido passivamente e gera, por sua vez, um estado ainda maior de passividade, uma passividade anestésica que inviabiliza os movimentos psíquicos de registro representacional e conectividade” (Coelho Junior, 2017, p. 134).

Em suma, Ferenczi é reconhecidamente, por assim dizer, um dos mentores da psicanálise dita contemporânea, que enfatiza a determinação do outro adulto (o modo característico de seu acolhimento e de suas demandas sobre a criança) no processo de subjetivação. Ele revela a dependência da criança ao adulto em seu processo de se constituir sujeito (Figueiredo, 2018).

Para além disso, Ferenczi (1928/1992-2022) também considerou os aspectos ambientais como fatores importantes para a constituição do psiquismo, inaugurando no campo psicanalítico a teoria da adaptação ativa do ambiente à criança, que se tornou a base da concepção winnicottiana do desenvolvimento emocional primitivo, ponto a ser desenvolvido na concepção do trauma em Winnicott.

Coelho Junior (2017, p. 133) acrescenta que:

Ferenczi reafirma a capacidade de adaptação das crianças muito pequenas ao trauma, enfatizando a confusão traumática como consequência da reação ambiental, mais propriamente dos adultos em quem a criança confia. [...] Os efeitos psíquicos que encontramos em pacientes que sofreram essa forma de traumatismo precoce constituem a reedição dessa dor psíquica e física, situações de intenso sem sentido, o que gera um sofrimento incompreensível, a agonia profunda em termos de Winnicott.

Referindo-nos a outros autores mais atuais que contribuem para avanços nos estudos sobre o trauma, há a inserção de novos elementos significativos para o aprofundamento do tema, sobretudo no que se refere às rupturas no invólucro psíquico e corporal (Anzieu, 1993/2004). Barrois (1998) vê no trauma uma ruptura na relação contêiner-contido, que enfraquece o invólucro em sua função de proteção. A ruptura pode ser abrupta ou progressiva e, nesse caso, afeta a permanência do sentido da vida.

Segundo os trabalhos psicanalíticos de Bokanowski (2002), o trauma se desdobra em três etapas. O primeiro é o *choque*, durante o qual um sujeito vulnerável e imaturo é sobrecarregado por uma força externa muito violenta, vinda de um objeto traumático, em uma situação única ou repetida. Essa força externa induz no sujeito excitações que a psique não consegue processar. O segundo tempo é o da organização do trauma, que envolve escapar da passividade experimentada diante do trauma por meio da repetição ativa. Finalmente, o terceiro tempo é o pós-evento, que pode ser atualizado na relação transferencial.

Roman (2017) descreve que o traumatismo é resultado de uma experiência traumática acompanhada pelo sentimento de ausência de recursos, levando a uma sensação de vazio na vida do indivíduo.

No contexto do abuso sexual na infância, a criança pode reagir de forma que o seu aparelho psíquico se torne incapaz de simbolizar ou elaborar psiquicamente a experiência traumática. É neste sentido, que a matriz de passivação sugere que, em resposta ao trauma, a capacidade de simbolizar, nomear e elaborar psiquicamente as experiências pode ser comprometida. A criança apresenta dificuldades para transformar a experiência traumática em representações mentais simbólicas. Além disso envolve não apenas uma intrusão no psiquismo, mas no corpo da criança, enquanto dimensão física e orgânica, uma vez que as vivências sobrevêm na concretude do corpo, invadindo e deslegitimando os limites corporais.

Dejours (2009) enfatiza que o corpo erótico se desenvolve a partir das interações em torno do corpo infantil. Isso inclui as experiências e cuidados corporais fornecidos pelo adulto, que desempenham um papel crucial na formação da sexualidade da criança. Assim, o corpo erótico surge a partir de uma interação em torno do corpo infantil e de suas funções, que se organiza e é inscrito a partir dos cuidados corporais fornecidos pelo adulto.

O diálogo que ocorre no corpo da criança é singularmente influenciado pelas funções psíquicas do adulto, seus fantasmas, sua sexualidade, sua história e sua neurose infantil. Esses elementos deixam impressões distintas no corpo da criança, revelando as marcas do inconsciente do adulto (Brasil & Martins, 2019).

Ocorre que no contexto do abuso sexual, a interação em torno do corpo infantil é distorcida e violada. O abuso sexual implica em uma manipulação indevida e invasiva do corpo da criança por parte de um adulto. Essa interação, ao invés de ser saudável e construtiva, torna-se prejudicial e traumática e leva a distúrbios na formação da sexualidade da criança. Em vez de experimentar interações normais e saudáveis em torno do corpo, a criança é exposta a experiências sexuais precoces e muitas vezes violentas, que resultam em uma relação distorcida com o corpo, afetando a formação do corpo erótico. Há um impacto significativo na confiança e integridade do corpo da criança, que não aprende sobre o seu corpo de maneira segura e consensual, a criança é assujeitada a experiências que violam seus limites corporais, prejudicando a capacidade de desenvolver uma relação saudável com seu próprio corpo.

Além de que as fantasias do agressor não ficam a nível inconsciente implantadas na criança, mas sobrevém de forma concreta no corpo da criança que é interpelada pela vivência e atravessada por uma realidade traumática de desprazer. Em resumo, a correlação entre a proposição de Dejours e o abuso sexual reside na distorção e na violação da interação em torno do corpo infantil. Em vez de contribuir para o desenvolvimento saudável do corpo erótico, o

abuso sexual cria experiências traumáticas que impactam negativamente a formação da sexualidade e a relação da criança com seu próprio corpo.

Dessa forma, reflexões sobre o verbo interpelar (inter-pelar) foram de grande valia para este estudo, uma vez que possibilitaram pesquisar se as vivências concretas de desprazer, que irrompem o psiquismo e o corpo do sujeito e o (inter)pelam, repercutem de maneira somatopsíquica sobre o sujeito.

O traumatismo psíquico constitui ou faz com que o sujeito pareça ou apareça “pelado” (como se sem pele – sem barreiras de proteção) intrapsiquicamente (organização interna da pulsão) e/ou intersubjetivamente (relação com os objetos)? A hipótese deste estudo é que ocorrem simultaneamente os atravessamentos intrapsíquicos e intersubjetivos, o sujeito aparece com as funções internas e externas desorganizadas, como observado no caso de Maria.

Segundo autores contemporâneos, o abuso sexual incestuoso, que viola a intimidade, pode levar ao assassinato da identidade, aniquilar o senso de self e resultar na perda da vitalidade do sujeito, levando-o à despersonalização ou dissociação (Balier, 1994 *apud* Mazoyer et al., 2020).

Posto isso, percebe-se, a partir dos teóricos da Psicanálise abordados acima, que os traumatismos psíquicos atravessam os sujeitos em suas subjetividades. Ocorre que essas vivências não interpelam o sujeito apenas em seu psiquismo, mas interliga o psiquismo do sujeito a um corpo que também é marcado pelas experiências da vida. Quando falamos de psiquismo, tratamos da capacidade de pensar propriamente dita, de mentalizar e processar mentalmente as transformações corporais e sociais.

Dessa forma, autores contemporâneos voltam-se para a questão do corpo na gênese da vida psíquica, e de acordo com Fontes (2004-2006): “Diante da presente ameaça a nosso espaço psíquico nos tempos atuais, faz-se necessário uma retomada da experiência sensível. Ela é a

possibilidade de ligar corpo e afeto, promovendo o acesso à representação e à linguagem” (p. 4).

Além disso, “cada indivíduo marca seu corpo segundo as impressões de sua infância precoce. Essas experiências vividas não podem ser lembradas pela linguagem, pelo discurso do paciente, porque elas foram impressas num registro sensorial (Fontes, 2004-2006, p. 6).

Fontes, ainda, acrescenta:

Segundo Ferenczi, “nos momentos em que o psiquismo falha, o organismo começa a pensar”. Em realidade o corpo já estava lá onde a história se fazia. O corpo é testemunha de todas as circunstâncias vividas pelo indivíduo. Ele não esquece e mantém a memória do acontecimento. Ferenczi afirma também que “as sensações desagradáveis continuam a vibrar em alguma parte do corpo” (Fontes, 2004-2006, p. 6).

Nesse sentido, compreende-se que os adoecimentos psíquicos atravessam o sujeito não só em seu psiquismo como também em seu corpo, com consequências na representação mental do corpo articuladas ao Eu.

Para Freud (1893-1895/1996g), em *Estudos sobre a Histeria*, a representação da qual o afeto se separou tem estreita ligação com a vida sexual, assim subjacente ao sintoma histérico, há uma representação relacionada à sexualidade que designa uma representação intensiva e, por ser intolerável ao Eu, passa pelo processo de conversão, descarregando no e pelo corpo.

O aparelho psíquico só pode trabalhar a partir de dados representativos (Freud, 1923; Varela, 1995). Para Roussillon (2012) tudo precisa ser transformado em representação, “Realidade psíquica e realidade biológica articulam-se para tanto; [...] nosso cérebro “assimila” os dados perceptivos da realidade externa e os transforma numa forma utilizável, uma forma representativa” (p.29).

Pressupondo uma natureza integrada do sujeito (Anzieu, 1989), aspectos psíquicos e corporais estão interligados, os adoecimentos psíquicos, resultantes do abuso sexual infantil,

afetam a representação mental do corpo, criando uma interação complexa do *Soma* com a *Psiquê*, que pode levar a uma imagem corporal negativa, por exemplo.

Assim, avançaremos nas contribuições e conceituações de Didier Anzieu, representante importante da psicanálise contemporânea, que contribuiu significativamente na compreensão das funções do ego e do *self*, e cunhou o conceito de *Eu-pele* para se referir à representação mental do corpo e da pele como um órgão psíquico.

CAPÍTULO 3

TRAUMATISMO E ABUSO SEXUAL: ATAQUE ÀS FUNÇÕES DO EU- PELE

Após a conceituação do traumatismo do abuso sexual na infância considera-se que o trauma convoca a criança vítima diretamente em questão com a problemática corporal, incluindo a representação de *si*, os limites e a coesão do Eu, implicando em remanejamentos consideráveis que repercutem na saúde mental do sujeito ao longo da vida.

As vivências traumáticas afetam o corpo e o psiquismo refletindo diretamente nas funções de para-excitação, contenção e transformação do aparelho psíquico, essa desregulação impacta na integridade do Eu e repercute no ataque às funções do *Eu-pele* (Anzieu, 1989).

O *Eu-pele* é uma parte importante da teoria desenvolvida por Didier Anzieu, psicanalista francês, que cunhou o termo para se referir à uma realidade fantasmática que se figura “ao mesmo tempo nas fantasias, nos sonhos, na linguagem corrente, nas atitudes corporais, nas perturbações de pensamento” (1989, p. 18).

Esse conceito é de suma importância para o estudo da psicanálise, pois enfatiza a importância da pele e suas funções para o desenvolvimento psíquico saudável do sujeito, que é um corpo (Coelho Junior, 2008). A pele é compreendida não apenas como um órgão físico, mas como um componente essencial na constituição do sujeito (Anzieu, 1989).

3.1 O *Eu-pele* e suas funções

A noção de corpo que trata a Psicanálise não se refere necessariamente ao organismo biológico, a parte material e tangível de um ser, composta por órgãos, tecidos, células e sistemas que desempenham funções vitais para a sobrevivência; mas sim ao corpo que incorporamos, ao qual nos apropriamos, aquele que é moldado pela linguagem durante nossas experiências com os outros (Mandet, 1993).

A Psicanálise nasce de explicações para as manifestações históricas a partir da compreensão que os adoecimentos psíquicos resultam de conflitos sexuais (Freud,

1894/1996d), que não são apenas de determinação orgânica, contrapondo-se à oposição de corpo x psiquismo, do estatuto científico da época. Inaugurando a noção singular de corpo, que deixa de estar restrito ao organismo, aos domínios anatômico e biológico, passando a ser atravessado pelo campo sexual e permeado pela linguagem, inaugurando a concepção de um corpo pulsional (Sales & Herzog, 2019).

Assim, corpo pulsional refere-se à formulação psicanalítica acerca da proposição que o sujeito é marcado por sua singularidade e pelos investimentos libidinais recebidos do ambiente, conduzido por fantasias e desejos (Ceccarelli, 2011).

Não obstante, a sexualidade infantil ancora o inconsciente no corpo, retirando-lhe o caráter de pura representação como proposto por Freud em *Interpretação dos sonhos*. Isso pode ser compreendido não apenas porque a sexualidade envolve, em sua definição, o corpo como prazer (prazer de órgão), mas, mais profundamente, porque ela faz no corpo seu enraizamento originário, precisamente na ideia da sexualidade como pulsional –tratar-se-ia, por assim dizer, da natureza em nós (Celes, 2023⁴).

Nas palavras de Freud (1915/1961), a pulsão é definida como:

(...) um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida de exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com corpo (p. 127).

Avançando nos estudos sobre o corpo, temática que se torna mais evidente na psicanálise contemporânea, Anzieu (1989) inaugura o conceito de *Eu-pele*, descrevendo-o como uma representação usada pelo Eu da criança, durante as primeiras fases de seu

⁴ Seminário Avançado em Psicologia Clínica “Liberdade e justiça na psicanálise – reflexões freudianas” Período 2023.1 – 15 horas/aulas – Sextas-feiras de 16/06, 23/06, 30/06, 07/07, 14/07. Professor: Luiz Augusto M Celes. Aula 5 – (14/07) – Uma aproximação à ideia de justiça na psicanálise – A consideração pelo outro.

desenvolvimento, para se perceber como um Eu contido de materiais psíquicos, inscritos na superfície do corpo. Além disso, o autor estrutura o conceito do *Eu-pele* e o define como uma estrutura intermediária do aparelho psíquico que atua como mediador entre a mãe e o bebê, impedindo a fusão mútua dos estados mentais na organização fusional primária (Amparo et al., 2013).

De acordo com Anzieu (1989):

O Eu-pele é uma estrutura intermediária do aparelho psíquico: intermediária cronologicamente entre a mãe e o bebê, intermediária estruturalmente, entre a inclusão mútua dos psiquismos na organização funcional primitiva e a diferenciação das instâncias psíquicas que corresponde à segunda tópica freudiana (p.19).

Desde Freud (1923/1974) ele já destaca que o Eu é, antes de tudo, um Eu corporal, ou seja, uma projeção de uma superfície do corpo. Para Freud (1974), é fundamental considerar o corpo como uma massa que vivencia sensações tanto internas quanto externas, ou seja, o corpo produz sensações que equivalem a uma percepção interna. Este espaço de percepção interna não apenas estabelece os limites dentro/fora, mas estabelece um papel mediador que permite interação entre o inconsciente e o pré-consciente/consciente, possibilitando que as representações possam circular (Green, 1973; Green 1996).

As primeiras experiências corporais do ser humano ocorrem no campo do contato físico, que é um encontro de peles, entre a pele do outro semelhante que desempenha funções de cuidado e proteção e a superfície e orifícios de um recém-nascido. É por meio do contato entre a pele do bebê e a superfície da pele da mãe, que o neonato inaugura o seu contato com o ambiente. Não obstante, Anzieu (1989/2000, p.17) destaca que a pele é “como dado de origem orgânica e ao mesmo tempo imaginária, como sistema de proteção de nossa individualidade, assim como primeiro instrumento e lugar de troca com o outro”.

Além disso, para Anzieu:

A vida psíquica começa pelos estados ora de sensorialidade ora de sexualidade. [...] A sensação é a prova imediata de minha existência inseparável da existência do mundo. Ela é no espírito a manifestação primeira de vida. Eu sinto, então eu sou. Eu sou vivo na medida em que eu sinto. Daí o recurso eventual ao paraíso artificial para que eu me faça sentir. Daí a busca eventual de dor para me acordar do estado de não ser, de não integração de si, para dar a meu espírito a consciência pela experiência de uma sensação forte (Anzieu, 1993/2004).

Ao abordar o *Eu-pele*, Anzieu (1989) chamou atenção para a questão dos limites dentro/fora “muito mais na perspectiva da pele como um envelope de proteção do que do ponto de vista da sexualidade” (p. 125). Para ele, o *Eu-pele* proporciona um espaço imaginário que integra a fantasia, o sonho e a reflexão em cada estrutura psicológica.

Anzieu (1989) também enfatiza a importância das relações objetais, pois, em sua visão, as primeiras interações entre mãe e filho desempenham um papel fundamental na construção da identidade psíquica e corporal. De acordo com ele, é por meio das interações com o outro que o bebê começa a perceber sua pele como uma superfície distinta, como um limite, o que leva a criação de uma diferenciação entre o interno e o externo. É esse processo que possibilita ao bebê desenvolver um sentimento básico de unidade de seu envelope corporal e psíquico.

Além disso, o autor, ao conceituar o *Eu-pele*, por meio da metáfora da pele, destaca a sua função como uma barreira que separa a unidade corporal do mundo externo. Ele propõe uma intrínseca ligação entre a pele e o Eu, ressaltando o papel fundamental que desempenham na formação da identidade, no funcionamento psicológico e como uma barreira psíquica que separa o ego (*self*) do mundo externo. O autor enfatiza a importância de estabelecer limites claros e fronteiras para a identidade individual, comparando esse processo à função da pele em manter o corpo íntegro. Além disso, sugere que o *Eu-pele* desempenha um papel central na formação da identidade individual, argumentando que é por meio da relação entre o Eu e a pele

que ocorre o desenvolvimento psicológico e a compreensão da experiência subjetiva (Anzieu, 1989).

Por fim, a teoria de Didier Anzieu enfatizou a importância de uma integração entre as sensações e as experiências corporais com o psiquismo, para ele, a pele é o lugar onde o corpo e a mente se encontram e se comunicam, e essa integração é fundamental para o funcionamento saudável do indivíduo.

O autor afirma:

Baseio-me em dois princípios gerais. Um é especificamente freudiano; toda função psíquica se desenvolve com o apoio de uma função corporal cujo funcionamento ela transpõe para o plano mental. [...] O segundo princípio, conhecido igualmente por Freud, é jacksoniano [...] o órgão mais recente e mais próximo da superfície – o córtex – tende a comandar o sistema, integrando os outros subsistemas neurológicos. Assim se passa no Eu consciente, que tende a ocupar no aparelho psíquico a superfície em contato com o mundo exterior e controlar o funcionamento desse aparelho. Sabe-se igualmente que a pele (superfície do corpo) e o cérebro (superfície do sistema nervoso) se originam da mesma estrutura embrionária, o ectoderma (Anzieu, 1989, p.127).

Dessa forma, Anzieu estruturou a sua teoria reconhecendo que o *Eu-pele* tem nove funções, que incluem a manutenção, a continência, a para-excitação, a individuação, a intersensorialidade, a sustentação da excitação sexual, a recarga libidinal, a inscrição dos traços e a autodestruição, sendo que cada uma dessas funções desempenha um papel na regulação emocional, na formação da identidade e na relação do Eu com o ambiente.

Resumidamente, essas funções foram definidas da seguinte maneira:

1. **Manutenção:** Refere-se à função de manter a integridade e os limites do eu, garantindo que não haja desintegração.

2. **Continência:** Está relacionada à capacidade de conter emoções e experiências, evitando a dispersão desorganizada.

3. **Pára-excitação:** Envolve a regulação da excitação, mantendo um equilíbrio entre estimulação e calma.

4. **Individuação:** Ajuda o Eu a se desenvolver como uma entidade separada do mundo externo, contribuindo para a formação da identidade.

5. **Intersensorialidade:** Relaciona-se à capacidade de integrar e perceber informações dos diferentes sentidos e sensações.

6. **Sustentação da excitação sexual:** Está ligada à função de suportar e regular a excitação sexual.

7. **Recarga libidinal:** Envolve a capacidade de renovar a energia libidinal, contribuindo para a vitalidade emocional.

8. **Inscrição dos traços e/ou de Representação:** Refere-se à função de inscrever e reter traços emocionais e experiências na memória.

9. **Autodestruição:** Esta função está associada à capacidade de se renovar e se adaptar após situações de estresse e conflito.

Embora cada função desempenhe um papel específico na psicodinâmica e na relação entre o Eu e o corpo, muitas delas estão interconectadas e se relacionam às funções mais gerais do *Eu-pele*, que podem ser definidas como de revestimento, contenção, comunicação, representação, sensorial e identidade, que trabalhando juntas podem possibilitar a criação de uma estrutura psíquica coesa que sustente a identidade individual do sujeito.

Assim, o revestimento faz com que a pele funcione como uma “casca” que envolve e delimita o corpo, proporcionando uma fronteira entre o mundo interno do indivíduo e o ambiente externo, estabelecendo um senso de integridade e limites psíquicos. Já a contenção do *Eu-pele* atua como uma barreira emocional. A pele física contém o corpo e protege os órgãos

internos, o *Eu-pele* oferece uma sensação de segurança emocional ao conter as ansiedades e angústias do indivíduo (Anzieu, 1989).

A representação mental que incorpora experiências e memórias relacionadas ao corpo e à pele. Essa representação influencia a forma como o indivíduo percebe e experimenta a si mesmo e aos outros.

Por meio da função de comunicação, assim como a pele física é um meio de comunicação não verbal, o *Eu-pele* também é compreendido como uma forma de comunicação psíquica, transmitindo sinais e afetos de e para o mundo interno e externo.

A função sensorial é equiparada à sensibilidade da pele física, permitindo a percepção tátil e sensorial do mundo externo. De maneira análoga, o *Eu-pele* tem uma função sensorial psíquica que permite a experiência e interpretação dos estímulos emocionais e psíquicos.

Por fim, por meio da função de identidade do *Eu-pele*, o indivíduo desenvolve sua identidade corporal e psíquica. A sensação de pertencer a um corpo e uma identidade pessoal está associada a essa função.

Assim, investigar os eventos traumáticos, referentes aos abusos sexuais na infância, remete à análise do papel desempenhado pela pele no corpo e no psiquismo, e o conceito do *Eu-pele* (Anzieu, 1989) se mostrou bastante útil para tanto. Além de ser extremamente relevante para este estudo, uma vez que se objetiva analisar como os eventos traumáticos da infância resultam em uma desorganização das funções do *Eu-pele*.

3.2 O ataque as funções do *Eu-pele* no traumatismo do abuso sexual infantil

As funções do *Eu-pele* são consideradas cruciais para o desenvolvimento do *self* e para a formação das relações interpessoais e intrapsíquicas saudáveis. Neste estudo, compreende-se o abuso sexual infantil como um traumatismo psíquico que como tal traz consequências internas

severas ao sujeito que por identificação introjeta o agressor que desaparece enquanto realidade exterior e torna-se intrapsíquico (Ferenczi, 1933/1992-2022).

Para Freud, o ser humano não nasce já tendo internalizado uma representação psíquica unificada do seu próprio corpo, não sendo, o bebê, capaz de perceber a continuidade e a descontinuidade entre seu corpo e o ambiente externo. Em outras palavras, o Eu não existe desde começo; no começo é tudo Isso (Freud, 1923/1996). Cavaignac (2015) sinaliza que a diferenciação entre o interno e o externo é uma aquisição a ocorrer ao longo do processo de desenvolvimento.

Na etapa inicial do desenvolvimento da libido, conhecida como autoerotismo, ocorre uma fase de ausência de diferenciação na energia pulsional, onde o bebê é caracterizado por uma confusão de sensações isoladas. Durante esse período, o sistema perceptivo possibilita que o bebê comece a interagir com o ambiente externo, gradualmente resultando na distinção em relação a outros objetos parciais e na integração da unidade corporal. A parte do Isso que está em contato com a percepção passará por um processo de diferenciação, dando origem ao Eu, que representa o próprio corpo do indivíduo - uma espécie de invólucro psíquico. O sentido do tato, por sua natureza de envolver sensações tanto internas quanto externas, desempenha uma função crucial no processo de internalização dessa experiência ao longo do tempo (Freud, 1915/1996; Cavaignac, 2015).

O Eu tem sua origem nas sensações corporais e é particularmente formado através da função sensorial, na qual as sensações relacionadas à superfície do corpo são gradualmente consolidadas em uma unidade corporal, conhecida como o envelope psíquico. Assim, o Eu é uma projeção da superfície corporal, sendo internalizado para se tornar o representante dessa superfície no aparelho psíquico (Freud, 1923/1996; Le Breton, 2010; Cavaignac, 2015).

Já, as bases narcísicas são estabelecidas através do investimento libidinal do bebê na imagem corporal, que é idealizada pela mãe ao projetar seu próprio narcisismo na imagem de

seu filho. Portanto, as bases narcísicas dizem respeito à noção de imagem corpo e identidade, que são construções resultantes do reflexo de si mesmo no olhar da mãe (Winnicott, 1975).

De acordo com o que é proposto por Anzieu (1989), pode-se compreender que as bases narcísicas também podem ser entendidas como a aquisição do sentimento de habitar a própria pele ou um envelope psíquico que estabelece um espaço interno. Esse espaço interno desempenha diversas funções, incluindo proporcionar um espaço para o pensamento (função continente e contendor), estabelecer a distinção em relação ao mundo externo (diferenciação; função de individuação), proteger o Self contra as invasões do excesso de estimulação do mundo externo (função de para-excitação da pele) e garantir a solidez da representação (função de manutenção), como desenvolvidas anteriormente.

Essas ideias destacam a importância do envelope psíquico na formação do Eu e na capacidade de lidar com as sensações, as emoções e os pensamentos. *O Eu-Pele* serve como um contêiner psíquico essencial para as funções psicológicas relacionadas à identidade, diferenciação do self e proteção contra excessos externos (Anzieu, 1989).

Esse processo facilita a transição do autoerotismo para o narcisismo primário, estabelecendo a base para a formação de uma imagem corporal unificada, que serve como suporte para a constituição da identidade. Laplanche (1994) destaca a sutileza na abordagem de Freud (1905/1996) ao afirmar que, embora o autoerotismo seja o primeiro estágio do desenvolvimento sexual, não é o primeiro estágio do desenvolvimento do sujeito, uma vez que a vida de desejos (sexuais) é secundária à vida de necessidade.

Laplanche (1994) enfatiza que, para Freud, a necessidade precede o desejo, originando as pulsões de autoconservação antes das pulsões sexuais. Dessa forma, a libidinização do corpo do bebê pela mãe introduz nele um prazer distinto da satisfação da necessidade: a sexualidade. Esse processo indica que o prazer ligado à satisfação das pulsões sexuais surge posteriormente

à satisfação das necessidades básicas, demonstrando a complexidade das origens da vida psíquica e sexual.

Dessa forma, as possíveis falhas ocorridas no processo infantil de constituição das bases narcísicas podem se revelar e dificultar a superação da crise pubertária, no período da adolescência (Cavaignac, 2015) e para além disso, é necessário refletir sobre a repercussão no ataque às funções do *Eu-pele* ao longo da vida do sujeito.

No contexto da clínica do traumatismo sexual, o corpo adulto de mulheres que vivenciaram abusos sexuais na infância aparece como um corpo que pode ser invadido o tempo todo, com dificuldade de diferenciação entre o Eu e o Outro, o dentro e o fora, como observado na narratividade de fragmentos do Caso de Maria, pois o traumatismo é da ordem de um *choque* psíquico e de uma comoção psíquica (Ferenczi, 1931).

Como o *Eu-pele* desempenha as funções de continência e de para-excitação, com o amortecimento de tensões vindas de fora e de dentro, o abuso sexual rompe com as barreiras psíquicas protetoras do mundo interno por meio de uma agressão exterior constituída pelo excesso de estimulação, por meio do *choque* que aniquila a capacidade de resistir, agir e pensar, resultando em uma comoção psíquica no sujeito.

Além disso, a representação psíquica da pele, definida como um precipitado de identificações (objetos introjetados), por meio da função de continência é inundada por pulsões potencialmente destrutivas oriundas da confusão estabelecida a partir da introjeção do agressor, que se torna intrapsíquico.

A personalidade ainda fracamente desenvolvida da criança reage ao brusco desprazer, não pela defesa, mas pela identificação ansiosa ao adulto agressor e pela introjeção daquele que a ameaça e a agride” (Ferenczi, 1933/1992, p.103).

As crianças sentem-se física e moralmente sem defesa, sua personalidade é ainda frágil demais para poder protestar, mesmo em pensamento, contra a força e a autoridade

esmagadora dos adultos que as emudecem, podendo até fazê-las perder a consciência (Ferenczi,1933/1992, p.102).

Assim, percebe-se que o abuso sexual na infância pode ter um impacto significativo no desenvolvimento das funções do *Eu-pele* e do psiquismo da criança. Isso ocorre porque o abuso sexual representa uma violação extrema dos limites e da integridade psíquica e corporal da criança, causando traumas profundos e suspendendo as funções do *Eu-pele* por meio da desintegração dos limites.

O abuso sexual pode levar a uma desintegração dos limites psíquicos da criança, tornando difícil para ela estabelecer uma fronteira clara entre o mundo interno e o externo. A função de revestimento do *Eu-pele* fica comprometida, causando uma sensação de vulnerabilidade e falta de proteção.

Além disso, pode minar a capacidade da criança de se sentir segura em seu próprio corpo e em seu ambiente. A função de contenção do *Eu-pele* também é prejudicada, resultando em uma sensação de falta de proteção emocional e dificuldade em conter as emoções perturbadoras.

O abuso sexual pode levar a distúrbios sensoriais, onde a criança pode experimentar sensações físicas e emocionais intensas, como dor, medo e confusão. Essas sensações podem interferir na função sensorial do *Eu-pele*, tornando difícil para a criança processar e interpretar adequadamente os estímulos emocionais e psíquicos. Assim como, a função de comunicação do *Eu-pele* também é afetada, levando a dificuldades em compartilhar experiências internas com os outros, silenciando a criança, tornando difícil para ela se comunicar e expressar suas emoções e necessidades.

Em relação a representação mental do corpo e da identidade da criança, as vivências traumáticas do abuso sexual na infância podem causar desconexão da relação da criança consigo mesma, resultando em dificuldades para formar uma identidade saudável. A função de representação e identidade do *Eu-pele* fica prejudicada, afetando a forma como a criança se

percebe e se relaciona com o seu corpo e com a sua psiquê. Além de interferir no funcionamento saudável do *Eu-pele* e na capacidade da criança de lidar com experiências emocionais e sociais de maneira adaptativa.

Tais falhas resultam em conflitos psíquicos que exigem complexas elaborações, cuja resolução satisfatoriamente bem-sucedida resultará na integração do Eu e na constituição de uma unidade corporal, o que pode ser possível através do trabalho analítico.

Em suma, o abuso sexual na infância remete a um ataque às funções do *Eu-pele* e resulta em consequências mortíferas e duradouras para o psiquismo dos sujeitos atravessados por ele. Com a desorganização das funções do *Eu-pele*, o sujeito é (inter)pelado intrapsiquicamente e intersubjetivamente, assim como observado no caso Maria, que parecia portar um corpo pelado e sem proteção.

Outro ponto importante, é que as representações inconscientes regridem para a imagem, a nível do processo psíquico interno (Freud, 1923). Isso também pode ser observado no caso de Maria que passou a ser convocada pela imagem do quarto, ambiente onde ocorriam os abusos sexuais, e junto a isso lhe sobrevinham as sensações corporais, o cheiro e o gosto das situações traumáticas.

Winnicott sugeriu que a análise possibilita o momento de passagem do corpo para a linguagem e isso vai sendo construído com o analista. Assim o que precisa na análise é que essas imagens tenham palavras, a partir dos processos (primário e secundário), constroem-se palavras para então ser possível simbolizar e *a posteriori* perlaborar e translaborar, havendo uma revitalização e uma reanimação psíquica. (Winnicott, 1896-1971/2001; Freud 1914/2020; Ferenczi 1927; Roussillon 2007).

Sendo assim, refletir sobre o psiquismo e o corpo de Maria, fez a analista perceber o processo resultante do ataque às funções do *Eu-pele* da analisanda, e através do pensamento clínico convidar Maria a sair do quarto para ver a possibilidade de vida fora deste ambiente.

Retomando uma vinheta clínica do caso Maria, por muito tempo, a analista foi convocada a estar no quarto com Maria (simbolicamente) e a sustentação deste lugar convocou a transferência e a contratransferência como elementos do enquadre interno da analista. Ao passo, que a analista também fora convocada a pensar sobre como o seu corpo e as suas funções somatopsíquicas compareciam nas cenas analíticas dos atendimentos de Maria.

Essa percepção possibilitou a analista trabalhar estes conteúdos nas supervisões clínicas, nos estudos e em sua análise pessoal (os três pilares, base fundamental da formação de um analista). Uma vez que são os fatores afetivos (transferenciais), circunstanciais, que modulam e particularizam a atuação do analista e o fazer analítico (Franco & Kupperman, 2020). Neste sentido a analista percebeu a necessidade de sair do quarto, mas não sozinha, e sim com Maria.

Por fim, o convite foi para que Maria, constituída então por um corpo de mulher adulta, fosse ver o que há de vivo fora do “quarto”⁵, por meio de uma reanimação psíquica e pela reorganização das funções do *Eu-pele* na análise, a partir do enquadre interno da analista, o que será tratado no próximo capítulo.

⁵ Grifo da autora para destacar o lugar simbólico de aprisionamento e de mortificação da capacidade de mentalização da analisanda.

CAPÍTULO 4

O ENQUADRE INTERNO DO ANALISTA COMO POSSIBILIDADE DE REORGANIZAÇÃO DO EU-PELE NA CLÍNICA DO TRAUMATISMO

A prática clínica psicanalítica organiza-se a partir dos domínios do método, da técnica e de uma dimensão ética. Isso porque Freud inaugura um saber que perpassa necessariamente pela associação livre por parte do analisando e pela atenção equiflutuante por parte do analista, únicas regras estabelecidas por ele, como abertura à escuta da singularidade. É a possibilidade da palavra ser dita, por meio de uma única obrigação de ‘falar livremente tudo o que lhe ocorre’ na relação com o analista. Assim, a palavra tem efeitos sobre sintomas que atingem o corpo e o psiquismo (Freud, 1912; Freud 1913; Freud, 1926; Iannini & Tavares, 2020).

Segundo Celes (2023)⁶, o trabalho psicanalítico inicia na fala do neurótico e assume como campo de trabalho essa mesma fala para alcançar fenômenos psíquicos – como, por exemplo, as fantasias e os desejos –, mas também fenômenos corporais, o sintoma conversivo e, até mesmo, os modos característicos da satisfação sexual dos analisandos, ou seja, suas atitudes.

Para Freud (1905[1904]), o tratamento analítico possui algumas características, que dentre elas estão: “Tuto, cito, iucunde” (p. 69), que significa seguro, célere e agradável, e fundamenta-se na ideia de que as representações inconscientes sejam a causa mais próxima dos sintomas patológicos de adoecimento psíquico.

Ainda, para ele:

O analista não utiliza instrumentos, nem mesmo para o exame, nem prescreve medicamentos. [...] O analista pede que o paciente venha ao seu consultório em um

⁶ Seminário Avançado em Psicologia Clínica “Liberdade e justiça na psicanálise – reflexões freudianas” Período 2023.1 – 15 horas/aulas – Sextas-feiras de 16/06, 23/06, 30/06, 07/07, 14/07. Professor: Luiz Augusto M Celes. Aula 5 – (14/07) – Uma aproximação à ideia de justiça na psicanálise – A consideração pelo outro.

horário determinado do dia, deixa-o falar, ouve o que ele diz, depois fala com ele e o faz ouvir” (Freud, 1926, p. 210).

A análise opera certa complementaridade entre pulsão e cultura, entre “fazer falar e fazer ouvir” (Celes, 2005) possibilitando que novos destinos pulsionais sejam constituídos por um caminho que não o de uma adesão completa aos desígnios civilizatórios nem tampouco o de uma simples oposição sintomática à cultura.

Desse modo, é perceptível que Freud não cria protocolos rígidos e “prescrições codificados para o analista” (Iannini & Tavares, 2020, p. 9) sobre o fazer psicanalítico, o que ele propôs foi a construção dos *fundamentos da clínica*. A partir destes fundamentos que outros autores/psicanalistas importantíssimos teorizaram, elaboraram e conceituaram sobre a prática clínica. Como Ferenczi (1928), por exemplo, que trouxe contribuições acerca da elasticidade da técnica psicanalítica, a partir da relação da faculdade de "sentir com" do analista com o analisando – o tato.

Além disso, Figueiredo considera importante a distinção que Fédida apresenta entre teoria e doutrina:

A teoria é entendida como dispositivo de contato com a alteridade, descoberta e transformação, regulada pelo ideal do eu e pelo reconhecimento da finitude e do limite: é a ‘abertura ‘daí decorrente que garante o não saber como oportunidade para aprender e transformar-se. Na doutrina, ao contrário, prevalecem a onipotência e o fechamento narcisista e defensivo: aqui rege o ideal do eu e domina o dogmatismo (Figueiredo, 2007, p 21).

Sendo assim, a Psicanálise Contemporânea propõe e não se limita à aplicação de uma técnica específica, pelo contrário, destaca a importância de colaborar com o paciente no acompanhamento de um processo individualizado, no qual cada pessoa possui seu próprio ritmo e segue um curso particular (Green, 2008). Logo, é necessário reconhecer a singularidade de

cada sujeito, para fazer a escuta de sua história de vida. Winnicott (1954) pontua: “Aquilo que passamos a poder fazer é cooperar com o paciente no seguimento de um processo, processo este que em cada paciente possui o seu próprio ritmo e caminha no seu próprio rumo”.

Para Christopher Bollas "A psicanálise concentra-se na ‘viagem’ diária que todos nós fazemos, estimulados pelo desejo, pela necessidade, pela memória e pela vida emotiva" (Bollas, 2005, p.7). Essa colocação de Bollas (2005) evoca reflexões sobre a clínica psicanalítica e suas repercussões, tanto do lado do sujeito que se apresenta para contar a sua “viagem”, a partir da transferência, como do lado do analista que se coloca como ouvinte interessado em suas elucubrações, a partir da contratransferência.

Segundo Baranger e Baranger (1961-1962/2008) o encontro entre o analisando e o analista possibilita a formação de um campo analítico, próprio de cada par analítico. Contudo, esse encontro não acontece de qualquer forma, pois é pautado em uma técnica, bem como numa ética, que possibilita o movimento psicanalítico acontecer, a partir da transferência do narrador e da contratransferência do receptor

No pensamento clínico de André Green (1995/2010) destaca-se a clínica psicanalítica por meio da riqueza do encontro da dupla analítica: analista-analisando, que se soma ao manejo clínico da transferência e da contratransferência, ponto que será melhor abordado adiante.

Ainda, para Winnicott (1971) o conjunto de regras estabelecidas entre o analista e o analisando (horário, dia, tempo de sessão) organizam o *setting*, possibilitando um ambiente assegurador das questões do sujeito. Ele enfatizou a importância de criar um ambiente terapêutico consistente e confiável, que incluía limites claros, regularidade e empatia, onde o paciente se sintasse seguro o suficiente para explorar seu mundo interno, que inclui não apenas o espaço físico, mas também as regras e acordos estabelecidos entre o analista e o analisando. Destacando, assim, como o *setting*, com suas regras e estrutura, pode criar um espaço seguro para a exploração das questões do sujeito.

O *setting* vai além do conjunto de todos os procedimentos que estruturam e regulamentam o processo analítico. Ele é um espaço que facilita a integração e funciona como portal que dá acesso ao sonho e por isso, também à realidade. Além disso, atua como um portal temporal, onde passado e presente convergem por meio de sonhos, associações, atuações e emoções. É o espaço que possibilita ligar a realidade interna e externa. É um lugar firme e por isso pode ser flexível, adaptando-se às necessidades do paciente. O *setting* é concreto e abstrato; é criativo, por isso, pode ser reincidentemente inventado. O *setting* é a moldura. Enfim, o *setting* é o entre – o espaço potencial (Winnicott, 1967).

Se Winnicott (1967; 1971) inaugura o conceito de *setting*, André Green (2002-2008), contudo, propõe e inaugura o conceito de Enquadre analítico. Dessa forma, surge o conceito de *enquadre* na Psicanálise referindo-se ao conjunto de regras e condições que estabelecem o contexto e os limites para o processo analítico.

O enquadre é considerado parte fundamental e fornece a estrutura necessária para que o trabalho analítico possa ser iniciado e ocorra de maneira segura e eficaz. Os seus elementos vão desde a frequência e duração das sessões; o local das sessões; o pagamento; as regras e os limites; a confidencialidade; até o papel do analista, contando com a transferência e a contratransferência, como processos metapsicológicos e dispositivos clínicos (Fédida, 2001; Green, 2002/2008; Roussillon, 2012).

Assim, segundo Green (2002/2008) “o enquadre psicanalítico não é somente uma condição técnica da possibilidade da análise ou mesmo um conceito teórico-clínico, mas que é, de fato, um incomparável instrumento de diagnóstico clínico” (p. 42). O enquadre não estrutura apenas o ambiente físico da sessão, mas também, as regras, limites e estruturas que regem a interação entre analista e analisando.

Por fim, o manejo clínico em Psicanálise refere-se às técnicas e abordagens utilizadas pelo analista durante o tratamento psicanalítico. É um conjunto de diretrizes e orientações que

visam criar um ambiente propício para a exploração do inconsciente e a compreensão dos processos, como também, dos adoecimentos psíquicos do paciente.

4.1 O Enquadre interno do analista

André Green (2001/2019) indo além inaugurou a ideia de que o analista porta e carrega em si o enquadre, uma vez que o introjeta, conceituando assim o ‘enquadre interno do analista’, mais que uma extensão do desenvolvimento do conceito de enquadre na Psicanálise, mas enquanto dispositivo de trabalho. Ainda que se exija do analista um enquadre (*setting*) internalizado, como o sugere Green (2002) ele se presentifica no analista como meio, modo ou método de ouvir o analisando. E complementa:

“[...] O enquadramento interno se constitui a partir do reconhecimento do inconsciente; a saber, o acolhimento da alteridade interna radical que é o inconsciente ... de modo que essa matriz simbólica que é o enquadramento interno permite a abertura – o acesso – à alteridade (Green, 2001/2019, p. 94).

A noção de enquadre interno refere-se à capacidade do analista de internalizar e processar dinamicamente os elementos do enquadre, permitindo uma participação mais ativa e sensível na relação analítica. A novidade proposta por Green (2001/2019), ao introduzir o conceito de enquadre interno, é a ênfase na subjetividade e na experiência do analista no processo analítico. Isso implica que o analista não é apenas um observador externo aplicando técnicas, mas também é afetado e influenciado pelo que acontece na relação analítica.

Assim, Green (2000/2008) sugere que em muitos casos clínicos a clínica psicanalítica só é possível a partir da interiorização do enquadre por parte do analista, uma vez que o analista porta consigo o enquadre, ele o encarna e sustenta o processo analítico por mais difícil que ele seja. O enquadre é o estojo que acomoda a joia (regra fundamental), que se presentifica no analista como meio, modo ou método de ouvir o analisando (Green, 2001/2019).

O enquadre interno inclui a capacidade do analista de integrar seus próprios sentimentos, pensamentos e reações pessoais, mantendo, ao mesmo tempo, uma postura reflexiva e analítica. Essa abordagem destaca a importância da subjetividade do analista na compreensão do material clínico, na formulação de interpretações e na maneira como o analista contribui por meio da sua subjetividade, como uma parte ativa e integrante da dinâmica analítica, indo além da concepção tradicional de enquadre como um conjunto de regras e condições externas. Ele destaca a importância de como o analista lida com seus próprios afetos, pensamentos, reações e sensações durante as sessões, reconhecendo a complexidade da relação analítica (Green, 2001/2019). O enquadre interno do analista refere-se à maneira como o analista mantém e utiliza sua própria estrutura e organização psíquica como suporte e sustentação para o processo psicanalítico.

O analista partilha com o analisando o seu enquadre interno, como ferramenta psíquica, como estrutura que influencia e fornece contenção para as sensações, emoções e pensamentos do analisando. Green (2001/2019) explorou a ideia de que o enquadre interno pode mudar e se transformar ao longo do processo analítico, isso ocorre à medida que a relação analítica evolui e novos significados são atribuídos ao enquadre.

Indo além enfatizou a importância da contratransferência do analista como um componente essencial do enquadre interno, como ferramenta valiosa para compreender os aspectos inconscientes do paciente e o enquadre interno compartilhado, a partir da transferência, uma vez que o encontro da dupla analítica afeta tanto o clínico como o paciente. Além de propor que a flexibilidade do enquadre interno pode permitir a exploração de áreas criativas na análise, possibilitando a compreensão e a resolução de conflitos profundos e a expansão da mente do paciente (Green & Urribarri, 2001/2019).

4.2 A transferência e contratransferência como elemento do enquadre psicanalítico

A transferência e a contratransferência são conceitos essenciais na Psicanálise que desempenham um papel significativo no enquadre e na dinâmica da relação analítica, como elementos chave do trabalho analítico, contam dos *fundamentos da clínica*, a partir do que propõe Freud, Ferenczi, Fédida e tantos outros autores que os sucederam.

Freud (1912) entende a transferência como um investimento libidinal voltado para o analista, baseado em repetições de modelos infantis. A transferência é o meio mais forte de resistência à análise e o seu manejo é estreitamente relacionado com o processo de cura em psicanálise (Freud, 1912).

Essa dualidade da transferência é apontada por Freud:

É inegável que o controle dos fenômenos de transferência oferece as maiores dificuldades para o psicanalista, mas não esqueçamos que são justamente elas que nos prestam o inestimável serviço de tornar manifestas e atuais as moções amorosas ocultas e esquecidas dos pacientes, pois, afinal, ninguém pode ser abatido in absentia ou in effigie (1912, p. 83).

Essa concepção freudiana se mantém no percurso de sua obra. Em 1940, Freud afirma “o paciente vê no analista um retorno - reencarnação - de alguma pessoa importante de sua infância, de seu passado e, por isso, transfere para ele sentimentos e reações que certamente seriam válidos para esse modelo” (1940, p. 91). O fato da transferência logo se revela como um fator de inimaginável importância: por um lado, como um recurso auxiliar de valor insubstituível, por outro, como uma fonte de sérios perigos.

Segundo Dias (2007) a transferência não tem como destinatário a pessoa do analista, mas sim o objeto interno alucinatório da transferência, a partir do que o analista interpreta nessa dinâmica intersubjetiva. O fenômeno transferencial tem como essência ser uma repetição das

formas de relação que o sujeito estabeleceu no passado com o mundo, ou seja, a presença do passado é a realidade da transferência.

Dessa forma, por parte do paciente há uma entrada na lembrança e, para tanto, há de haver um manejo por parte do psicanalista direcionando com habilidade e a devida neutralidade a pulsão, que no início são direcionadas a figura do analista, num processo gradual para uma dinâmica onde a associação livre comece a ocorrer, onde o nascimento de um tipo específico de amor leva o paciente trazer através da palavra, questões que permita o inconsciente trazer “a verdade” de sua subjetividade e dessa forma o desejo comece a comparecer nas formações do inconsciente. E isso é possibilitado a partir do manejo clínico por meio da técnica psicanalítica.

À medida que às resistências a princípio vão possibilitando que os conteúdos recalcados sejam liberados de um modo novo e diferenciado, viabilizando assim, um novo modo de lidar com seus conflitos através das interpretações que o decorrer da análise, frente à escuta das associações livres e da atenção flutuante do analista provocam e levam o analisando, no tempo certo a recebê-las, levando desse modo à insights significativos que possibilitam reelaboração de suas questões que estavam gerando sofrimentos devido a diferentes conflitos ligados à psicodinâmica das instâncias formuladas por Freud, conforme proposto pela segunda tópica do aparelho psíquico (Freud, 1920/2020)

Para Freud, o amor transferencial era a mola mestra que promovia a condução da cura pela palavra através da clínica psicanalítica, decifrando com isso os sintomas do sujeito. Embora o objetivo da análise fosse para além desse propósito, ou seja, a constituição subjetiva do paciente, é fundamental que o amor transferencial tenha um direcionamento por parte do psicanalista de não corresponder a esse amor, uma vez, que este é propiciador de um mecanismo de condução de cura. Porém esse é um movimento crescente até que com o transcorrer da análise possa ser dissipado, passando a conferir ao paciente um modo de reconhecer o seu sintoma, não mais como submisso dele.

Na leitura de Bollas (2005, p.13):

A psicanálise não dá soluções imediatas para os sintomas ou para a vida dos pacientes. Ela propicia uma relação que permite ao analisando dar atenção ao que a vida inconsciente diz e à insistência de Freud em que o material mais valioso se encontra no que é aparentemente irrelevante - uma espécie de busca trivial, resultante das suposições modernas de que, para compreender um objeto (um período histórico, um romance, uma pessoa), deve-se examiná-lo no seu sentido normal, e não prejudicá-lo com suposições hierarquizadas.

Freud (1914) estabeleceu regras fundamentais e propôs que a análise oportuniza as etapas que ele denominou de recordar, repetir e elaborar e o manejo adequado na condução dos diferentes tipos de psicose fazem com que o sujeito se compreenda dentro da sua história de vida. Ferenczi (1928) trouxe contribuições acerca da elasticidade da técnica psicanalítica, a partir da relação de "sentir com" do analista com o analisando - tato.

Fédida (2001) dedica atenção especial ao processo transferencial e questiona sua definição, com base na observação de Freud sobre o elemento estranho na transferência, que está presente devido à sua natureza íntima. Ele enfatiza que a conceituação da transferência deve ser derivada da experiência clínica, e a clínica é o espaço de reflexão e teorização onde novas ideias podem surgir. Nesse contexto, ele discute o objeto de origem da transferência, que é sustentado pela pessoa do analista, mas não é a pessoa do analista em si, mas sim seu interlocutor interno. Isso realça o aspecto autoerótico da transferência.

Fédida (1988) também questiona o amor na transferência. Ele esclarece que na obra de Freud, essa questão evolui desde a concepção da transferência como uma "falsa conexão" e sua ligação com as imagens paternas transferidas para o analista, até a descoberta de que a transferência é um obstáculo, que posteriormente se transforma em resistência. A descoberta de

que a resistência e a transferência são peças-chave no tratamento analítico é um ponto central em seu trabalho.

Acompanhando a evolução desse pensamento, Fédida (1988) assinala as novas clarificações do conceito de transferência nos textos de 1920, que, segundo ele, “abordam a oposição entre pulsão de vida e pulsão de morte, pulsão de autoconservação e pulsão do eu” (p. 39). A importância dada à compulsão à repetição, em ação na transferência, na qual o paciente, em vez de recordar, mergulha num constante agir, sem a mínima reflexão do seu ato. Age compulsivamente, ponto fundamental de trabalho analítico.

Dessa forma, no contexto do enquadre, a transferência atravessa a relação analista-analisando, como disposto clínico e metapsicológico, como elemento do enquadre, influenciando como o analisando se relaciona com o analista. O analista deve estar ciente da transferência e trabalhar com ela para ajudar o sujeito a compreender e explorar suas projeções e sentimentos em relação ao analista. O que é valioso para a análise, pois permite que o paciente revele aspectos inconscientes de sua psicodinâmica.

Assim, como a pessoa do analista desperta alguma coisa no analisando – de forma transferencial, ocorre do lado do analista, o paciente também convoca algo no terapeuta, contratransferencialmente. Ferenczi enriqueceu a psicanálise com as suas elaborações teóricas advindas de sua prática clínica, graças, principalmente, ao seu profundo interesse pela investigação da técnica psicanalítica. Suas elaborações partem de questões que envolvem tanto a análise dos processos psíquicos do paciente como do analista. Por isso, foi o primeiro analista a destacar a contratransferência como dispositivo clínico analítico. Quer dizer, Ferenczi propõe a elasticidade da técnica fundamentado na atividade metapsicológica específica da contratransferência, sempre voltado aos processos psíquicos do analista no tratamento e não à pessoa do analista.

Ferenczi (1928/1992-2022) pontua:

Mencionarei agora um problema que nunca foi suscitado até o presente momento, ou seja, uma eventual metapsicologia dos processos psíquicos do analista durante a análise. Seus investimentos oscilam entre identificação (amor objetual analítico), por um lado, e autocontrole ou atividade intelectual, por outro (v. 4, p. 34).

Para Ferenczi (1928) a metapsicologia perpassa pela técnica psicanalítica que é a soma de representações da estrutura e da energética do aparelho psíquico, tendo como base a experiência psicanalítica. Uma vez que a formação do analista “depende da articulação entre a experiência de análise pessoal, estudos teóricos sistemáticos e consolidação de repertório clínico a partir da prática supervisional (Franco & Kupermann, 2020).

A referência a técnica torna possível a especificação de que o que nos faz terapeutas é a existência da regra fundamental em nosso pensamento, assim como de tudo o que se passa entre nós e o paciente como desvios em relação a essa regra ideal.

Dias (2007) afirma que "a contratransferência, em sua função de recepção e transformação das transferências, permite ao analista ser o guardião do sítio em que torna possível a construção da linguagem na análise" (Dias, 2007, p. 11).

Como também, concebe e sustenta a tese de que no processo analítico o paciente adquire progressivamente a capacidade autônoma de denominar os afetos, geralmente ensurdecidos, pelo estado do qual ele se queixa: de alguma forma, ele descobre que a fala junto ao analista não visa somente a expressar um sofrimento psíquico, mas principalmente permitir-lhe apropriar-se daquilo que sente, por intermédio das palavras pelas quais designa a vivência de seu estado (Dias, 2007). A denominação dos afetos nada mais é do que a descoberta de que as palavras trazem consigo tonalidades e referências, desde que a fala lhes devolva o poder de nomear.

Nesse processo de nomeação, torna-se imprescindível uma escuta com capacidade de recepção do inconsciente das palavras que se expressam a partir de figuras, imagens, e disso a

possibilidade de poder nomear. Isso é sustentado por Leite (2001) no seu livro *A figura na clínica psicanalítica*, no qual defende a tese de que:

A escuta por imagens tem capacidade de recepção da 'coisidade sensorial das palavras', dimensão estética anterior à formalização sintática e semântica que se dá na comunicação, da qual a linguagem se distancia quando ingressa no regime da significação e da discursividade. O retorno às imagens e sua colocação em figuras realiza um trabalho de desalienação da linguagem de sua função convencional e restaura sua capacidade de apresentar o desenho interno da fala. Como no sonho, restitui às palavras sua virtualidade e sua mobilidade, permitindo que se instale a atividade de renovação, ou antes, de engendramento constante da própria linguagem, que confere à escuta na análise sua especificidade (Leite, 2001, pp. 19-20).

Essa especificidade da escuta do analista enfatiza os processos psíquicos do analista na situação analítica; por isso considera a contratransferência como um dispositivo inerente ao enquadre analítico (Dias & Berlinck, 2011). Assim, seria, nesse caso, a experiência imaginária emocional colocando à prova o analista em seus esquemas de compreensão e de interpretação. Essa observação 'colocada à prova' constituiria assim, em cada tratamento, uma espécie de desafio crítico de renovação e transformação.

De acordo com Bollas (2005) a partir da teoria das relações de objeto, a relação entre analista e analisando ocorre por meio de uma comunicação inconsciente diferente que se dá pela transferência e pela contratransferência, em que o falar é sempre uma "ação performática", uma vez que há um objetivo implícito ao falar, porém que provoca efeitos (interpretações)⁷ diferentes naquele que escuta (Bollas, 2005, p. 25). O sujeito na clínica utiliza a mente do analista como intermediária do pensamento por meio da associação livre (Bollas, 2005, p. 25).

⁷ Questionamento da autora.

O manejo clínico em psicanálise refere-se às técnicas e abordagens utilizadas pelo analista durante o tratamento psicanalítico. É um conjunto de diretrizes e orientações que visam criar um ambiente propício para a exploração do inconsciente e a compreensão dos processos psíquicos do paciente.

A contratransferência, enquanto instrumento e dispositivo clínico no contexto do traumatismo sexual, desempenha um papel significativo. Este processo, influenciando tanto o paciente quanto o analista, permite que este último utilize seus próprios sentimentos como uma ferramenta para orientar a prática clínica, uma vez que todos os elementos mais afetivos e emocionais que tocam o corpo do analista são convocados e restam presentificados na clínica do traumatismo. O corpo do analista é convocado pela sensação que o corpo do paciente produz, convocando assim as funções do *Eu-pele* do clínico para favorecer e sustentar a corporeidade do psiquismo do paciente. Ao discernir e empregar seus afetos e pensamentos, o analista intervém na realidade psíquica do paciente, na dinâmica terapêutica e fomenta o processo de simbolização.

A clínica do *Choque* (Ferenczi, 1931/1992) revela que, devido a resistências significativas, fragilidades do soma e do psiquismo, resultantes do ataque às funções do *Eu-pele*, apresentam-se obstáculos para os processos de simbolização, convocando o analista para abordagens clínicas inovadoras da ordem da revitalização e da reorganização das funções do *Eu-pele* do paciente por meio do seu enquadre interno.

Para isso, o analista deve estabelecer um enquadre que facilite o trabalho clínico, não apenas utilizando a contratransferência, mas também incorporando a transferência e outros dispositivos essenciais na estruturação do tratamento psicoterapêutico. É necessário aos analistas considerarem a ética como um guia em seu trabalho. Além dos dispositivos da contratransferência e da transferência, o enquadre interno do analista, fundamentados em

pensadores como Winnicott, André Green e Ferenczi, emerge como elemento crucial na formulação do enquadre terapêutico e na sustentação do trabalho na clínica do traumatismo.

O analista é instigado a empregar sua capacidade vinculatoria para compensar as lacunas representacionais dos pacientes, permitindo a expressão daquilo que eles não conseguem representar. A construção da relação terapêutica vai além da mera interpretação, envolvendo um processo ativo de tradução e nomeação das formas de experiência emocional.

Segundo Morais (2015), “o que o analista capta do paciente com seus afetos e pensamentos, que não necessariamente está dito, pode ser elemento utilizado para pensar, além da questão do diagnóstico diferencial, a relação, o *setting*, a dinâmica psíquica do paciente e também ser utilizado como elemento de simbolização” (p. 9).

A contratransferência do analista desempenha um papel importante na manutenção da relação analítica e enquanto um dispositivo fundamental no trabalho clínico com pacientes que sofreram traumatismo psíquico, é necessário explorar como os impactos dessa experiência afetam tanto o paciente quanto o analista.

O analista, ao entrar em contato com a contratransferência, pode tornar-se sensível à dor e à angústia do paciente que sofreu um traumatismo psíquico. Essa sensibilidade pode servir como um canal de compreensão mais profundo, permitindo uma conexão empática que vai além das palavras, por meio de suas funções do Eu-pele pode fornecer suporte, auxiliando o paciente a articular e simbolizar as experiências traumáticas, promovendo a elaboração e a integração. No caso de Maria, o enquadre interno da analista foi convocado inicialmente pela ordem das sensações, pelo gosto e pelos cheiros apresentados por ela, para só em seguida possibilitar aparato psíquico de elaborar, simbolizar e translaborar.

Dessa forma, no enquadre analítico a transferência e a contratransferência são inerentemente ligadas. Ambos os elementos contribuem para a compreensão da relação entre o paciente e o analista e ajudam a criar um ambiente analítico seguro e eficaz. Eles são

considerados elementos essenciais para a exploração profunda das questões psíquicas conscientes e inconscientes do analisando.

Em resumo, tanto a transferência quanto a contratransferência aparecem no contexto da clínica do traumatismo sexual, com o estabelecimento do *setting*, do enquadre analítico, tanto externo quanto interno do analista, sendo o manejo clínico sustentáculo da técnica e da ética da psicanálise.

4.3 O enquadre interno do analista como oferta de um novo envelope corporal

O enquadre interno do analista passa a ser compreendido como recurso indispensável na clínica contemporânea e quando se refere a clínica do traumatismo é sustentáculo para a narratividade do sujeito e de suas dores. Isso porque na clínica do traumático, o analista é convocado, através do seu enquadre interno, a dar um contorno e sustentação para o psiquismo do sujeito que se apresenta em estado de quase morte (Ferenczi 1993/1992; Green, 2001/2019; Figueiredo, 2018).

As vivências traumáticas caracterizam-se pelo excesso de excitação pulsional que ultrapassa as capacidades do aparelho psíquico em termos de para-excitação, contenção e transformação. Esse fenômeno leva ao processo de “separação” e/ou “resolução” das pulsões (Freud, 1920/1996; Drieu, Proia-Lelouey, Zanello, 2011). Na perspectiva de Anzieu, o *Eu-Pele* atua como uma estrutura de contenção que delimita e protege o self. Ao considerar experiências traumáticas, a qualidade dessa contenção é afetada de maneira mortífera, impactando a integridade do *Eu-Pele*, levando a lacunas ou falhas na estrutura, por meio do ataque às suas funções (Anzieu, 1989).

Kohut (1977), em *Restauração do self*, considerou:

O que eu não tinha visto, no entanto, era que o paciente se sentia ainda traumatizado por sentir que todas essas explicações da minha parte vinham apenas de fora: que eu não

sentia completamente o que ele sentia, que lhe dei palavras, mas não um entendimento real, e que assim repeti o trauma essencial da sua infância.

Essa colocação é fundamental para a clínica do traumatismo, uma vez que a ausência de palavras é resultante da impossibilidade de simbolizar eventos que cindem o sujeito em seu psiquismo, que como um *choque* irrompe sobre a atividade psíquica, mas também interpela o corpo do sujeito através da comoção psíquica (Ferenczi, 1933/1992), de forma a desorganizar as pulsões internas e as relações objetais e a atacar às funções do *Eu-pele*.

O analista antes de dar palavras, interpretar, analisar, é convocado de maneira somatopsíquica a sustentar o sujeito que aparece desnudado e promover a possibilidade de reanimação psíquica para um psiquismo quase morto (Roussillon, 2007; Figueiredo, 2018). É necessário ao analista disponibilizar sua função vitalizadora, para acompanhar o sujeito em períodos de vitalização e desvitalização, requerendo que o analista compareça com sua personalidade, implicação e sensibilidade na busca por palavras vivas (Cesar & Ribeiro, 2023).

“O papel vitalizador do analista deve incluir tanto a recepção e o propiciar do vir à tona os aspectos vitalizados do paciente como o acolhimento do “morto”, das áreas mais primitivas, do irrepresentável, dos afetos depressivos e das tendências a desistir da vida.” (Cesar & Ribeiro, 2023, p. 16)

Figueiredo (2019) pontua que ao analista é necessária uma sedução “benigna” (p. 54), no sentido de um ambiente de amparo. A estratégia terapêutica comum encontrada em diversos autores quando se trata de pacientes adoecidos por passivação é a estratégia vitalizante, de recuperar a confiança de pessoas profundamente desconfiadas do ambiente e desalentados com a vida, renovar a esperança em indivíduos profundamente desesperançados, encorajar a expressão lúdica e fantasiosa, e reconhecer necessidades fundamentais de se sentir vivos e valorizados (Cesar & Ribeiro, 2023). Tudo isso, de uma forma ou de outra, vem do campo da

“clínica pós-ferencziana”, da compreensão da matriz de adoecimento por passivação, como nomeada por Figueiredo (2019, p. 54).

Ressalta-se as palavras de Figueiredo e Coelho Jr. (2018) quando advertem sobre a revitalização que não se

confunde com os procedimentos tonificadores, algo que se pareça com uma injeção de ânimo. Trata-se, isso sim, de escutar e responder empaticamente às mais incipientes manifestações de vida psíquica, que ainda subsistem sepultadas debaixo das partes mortas ou entorpecidas da vida psíquica. (p.29)

Dessa forma, o enquadre interno do analista é suporte e base para ser possível o trabalho de revitalização, uma vez que o analista é convocado para auxiliar na capacidade de simbolização, na possibilidade do paciente de traduzir experiências traumáticas em representações simbólicas que podem ser integradas e cuidadas na análise, possibilitando acessar os mecanismos de defesa, como a negação, a repressão e a dissociação, que foram desenvolvidos como uma forma de lidar com o trauma (Roussillon, 2013; Cesar & Ribeiro, 2023).

O trabalho psicanalítico pode ser um direcionador para facilitar a integração de fragmentos dissociados da experiência traumática e pode vir a explorar as funções do *Eu-Pele*, na tentativa de uma reorganização destas que podem ser restauradas ou fortalecidas, como um componente essencial do psiquismo. Para isso, concentrar-se na reconstrução de uma narrativa mais integrada, completa e coerente em relação ao trauma e sua história, que não necessariamente precisa ser tomada por sensações, emoções e pensamentos intrusivos de desprazer, que remontam o soma e o psiquismo, mas que pode criar novas narrativas de vida para o sujeito.

Assim, o analista pode se tornar um objeto de transferência crucial para o processo de perlaboração (Freud, 1914/2020; Roussillon, 2007) e de translaboração (Ferenczi, 1927) das

vivências traumáticas, a partir do seu enquadre interno que é convocado para ajudar a reconhecer e trabalhar elementos do inconsciente traumático do paciente. Isso pode envolver a exploração de memórias reprimidas ou fragmentadas que surgem durante a análise.

De acordo com Freud (1914), a perlaboração é o meio pelo qual o sujeito pode lidar com os afetos aflitivos que aparecem devido à resistência, que tem por função abarcar as dificuldades do encontro afetivo que se dá entre analista e analisando, e esforço que precisa ser realizado pelo último para vencer as resistências que surgem no trabalho analítico.

Anzieu (1989) afirmou que “a mudança na natureza do sofrimento dos pacientes que procuram uma psicanálise é significativa nestes trinta anos em que exerço esta terapêutica e tem sido confirmada por meus colegas” (p.21).

O enquadre interno do analista como oferta de um novo envelope corporal é possibilitada na relação analítica, a partir da transformação ou reconstrução na forma como o corpo é experimentado psicologicamente. E pode indicar um processo de trabalho analítico no qual o indivíduo está trabalhando para desenvolver uma nova relação consigo mesmo, seu corpo e suas experiências corporais. A construção de um “envelope corporal novo” pode ser vista como parte do processo de reparação psíquica. Isso envolve a capacidade do indivíduo de integrar e elaborar as experiências traumáticas, reconstruindo uma relação mais saudável consigo mesmo e com seu corpo.

Na vinheta clínica do caso Maria, apresentada neste trabalho, percebeu-se que o trabalho analítico, na dupla analista-analisanda, foi no sentido de possibilitar amparo e reconstrução de condições adequadas para o desenvolvimento do *self*, estabelecendo o *setting* (Winnicott, 1961/1989), a partir da organização do *holding* (Winnicott, 1960/1983) e do enquadre interno da analista (Green & Urribarri, 2001/2019). Pois antes de fornecer interpretações, o objetivo foi proporcionar um “ambiente suficientemente bom”, que se adaptasse à necessidade da paciente (Arouca; Amparo & Brasil, 2017).

Por fim, a hipótese é de que o enquadre interno da analista possibilitou a reorganização das funções do Eu-pele em Maria, desorganizadas a partir do traumatismo psíquico instaurado pela vivência do abuso sexual infantil.

4.4 O trauma psíquico: retrato de caso clínico ⁸

Introdução

O presente texto trata do conceito de trauma na teoria psicanalítica, abordado desde os primórdios de Freud, discutido amplamente na obra de Sándor Ferenczi e pelos teóricos contemporâneos da psicanálise, tendo em vista a compreensão da matriz ferencziana sobre o adoecimento psíquico que se dá a partir da situação traumática e/ou da situação de perigo.

As discussões sobre o trauma e os seus impactos psíquicos se dirigem para uma compreensão crítica da sociedade contemporânea, ou seja, dos fatores históricos, sociológicos e antropológicos – a exemplo da cultura machista de exploração do corpo feminino, que silencia e aniquila tais corpos, o que pode afetar de modo nocivo a maneira de ser dos sujeitos, particularmente das mulheres.

Embora o enfoque da psicanálise seja voltado para os sujeitos individualmente, para a história singular de cada pessoa, apoiando-se em sua história infantil única, e em muitos aspectos essa história possa ser também compartilhada, o trauma não é um acontecimento em si, mas o modo como esse acontecimento incide sobre o psiquismo de alguém e é processado por ele. Para Ferenczi ([1933]1992), a comoção psíquica sobrevém sempre sem preparação, é um choque equivalente à aniquilação do sentimento de si.

Nesse sentido, o trauma ou os eventos traumáticos podem incidir de várias formas na história de vida de cada sujeito. Compreende-se o abuso sexual infantil como um traumatismo

⁸ Artigo resultante do projeto de dissertação publicado. MASCHKE, W.Z.; AMPARO, D. M.; DIAS, H.M.M. .O trauma psíquico: retrato de caso clínico. ESTUDOS DE PSICANÁLISE (IMPRESSO), v. 58, p. 131-138, 2022.

psíquico que provoca impactos diversos e afeta, mesmo a longo prazo, a vida dos sujeitos atravessados por ele. Esse aspecto abre a discussão acerca da repercussão do seu impacto na vida adulta das mulheres vítimas dessa experiência traumática.

Sendo assim, a proposta deste estudo é abordar o conceito de trauma articulado ao retrato do caso clínico de uma mulher que sofreu abuso sexual na infância, evidenciando os impactos psíquicos referentes a essas vivências traumáticas, como uma possibilidade de dar contorno e visibilidade a uma realidade comumente retratada por mulheres ribeirinhas adultas acolhidas no contexto da clínica psicanalítica no município de Macapá (AP). Nesse contexto, com frequência a história de vida dessas mulheres atravessadas pelo abuso sexual infantil é muitas vezes negligenciada socialmente como evento traumático.

O traumatismo psíquico

O conceito de trauma foi formulado por Freud ([1916-1917] 2010) para designar uma vivência que, no espaço de pouco tempo, provoca na vida psíquica um aumento de excitação tão grande que faz fracassar sua liquidação ou sua elaboração pelos meios normais e habituais. O afluxo de excitações relativamente à tolerância do aparelho psíquico é excessivo, seja um só acontecimento muito violento (emoção forte), seja um acúmulo de excitações que, ocorridas isoladamente, seriam intoleráveis. Freud estabelece uma distinção entre a situação de perigo e a situação traumática: no primeiro caso, há um evento registrado, representado simbolicamente; no segundo, é irrepresentável.

Em *Além do princípio do prazer*, Freud ([1920] 2010), destaca a pulsão de morte e a compulsão à repetição como elementos que permitem um avanço na compreensão da teoria do trauma. Diferentemente do primeiro modelo, no segundo modelo do trauma proposto por ele em *Inibições, sintomas e ansiedade* (FREUD, [1926] 2006) prevalece o caráter econômico, não simbolizável e inacabado do acontecimento.

Segundo Ferenczi ([1933]1992), em *Reflexões sobre o trauma*, o traumatismo é da ordem de um *choque* equivalente à aniquilação do sentimento de si e da capacidade de resistir, agir e pensar, engendrando uma *comoção psíquica* no sujeito, da ordem dos restos, destroços, equivalente a um desmoronamento psíquico, de uma perda de sua forma própria e a aceitação fácil e sem resistência de uma forma outorgada que é sem forma – “a maneira de um saco de farinha” (FERENCZI [1933]1992, p.109). Além disso, para Ferenczi ([1933]1992, p.110), a consequência imediata de cada traumatismo é a angústia, que consiste no sentimento de incapacidade para adaptar-se à situação de desprazer - “(1.º) subtraindo seu si mesmo à irritação (fuga); (2.º) eliminando a irritação (aniquilamento da força exterior)”.

Ainda para Ferenczi ([1933]1992), o traumatismo sexual passa a ser considerado como um fator patogênico, uma vez que as crianças vítimas se sentem física e moralmente sem defesa, em uma enorme confusão a partir da introjeção do sentimento de culpa do adulto, resultando em uma confusão de línguas entre o adulto e a criança.

Aqueles que perdem tão precocemente o gosto pela vida apresentam-se como seres que possuem uma capacidade insuficiente de adaptação em virtude da precocidade do trauma (FERENCZI, [1929]1992, p.50).

Figueiredo (2018) adverte que há duas grandes matrizes para a compreensão dos adoecimentos psíquicos: a matriz freudo-kleiniana e a matriz ferencziana. Esta última pode ser caracterizada pelos adoecimentos por passivação, centrados na agonia diante de estados psíquicos mortíferos, estabelecidos em traumas muito precoces,

[...] modalidades e intensidades de sofrimento e dor que ultrapassam as capacidades ativas do psiquismo, deixando-o inerte, provisoriamente ou definitivamente, em estado de morte ou quase morte (FIGUEIREDO, 2018, p.28),

Assim, essa condição reduz o psiquismo a uma condição de passividade e inoperância das capacidades de sonhar, brincar, criar, simbolizar e até morrer.

Para Roman (2017), o traumatismo requer dois ingredientes: a experiência traumática e o sentimento de uma ausência de recursos, ou consiste na dupla experiência – uma situação violenta à vida psíquica e a experiência da ausência de um adulto assegurador no seu ambiente. Lá, onde alguma coisa deveria ter se passado para a criança, é o nada que se faz presente (WINNICOTT, 1994).

A violação da intimidade pelo abuso sexual incestuoso pode produzir um assassinato da identidade, aniquilar o sentimento de si, provocar a perda do caráter animado do sujeito e levar à despersonalização ou dissociação (MAZOYER et al., 2020, p.1).

De acordo com Winnicott ([1956]1994), os fatores ambientais e familiares influenciam diretamente no traumatismo psíquico. O autor considera fundamental o fator externo como determinante para o funcionamento psíquico. Para ele, a relação segura mãe-bebê, isto é, a relação em que a criança consegue interiorizar a mãe “boa o suficiente”, permite a emergência do self (WINNICOTT, 1975). É nesse primeiro momento que a mãe suficientemente boa (ou ambiente facilitador) se adapta, através da identificação primária, ao seu bebê possibilitando o surgimento da experiência onipotente de que ele é quem criou o seio. Essa ilusão de onipotência é uma experiência fundamental, para que mais tarde haja o movimento de separação gradual (CANDI, 2010). Trata-se de uma relação de continente essencial para a sobrevivência psíquica da criança.

Além disso, o traumatismo consiste no fracasso da relação de dependência (WINNICOTT, 1994), uma vez que ele rompe a idealização do objeto primário, incapaz de realizar a sua função. Em decorrência disso, há o desabamento de toda a confiança estabelecida no ambiente supostamente previsível. O traumatismo é vivenciado como intrusões de fatos, que despertam na criança um sentimento de ódio diante da quebra do objeto idealizado. De fato, o objeto não pôde se ajustar de uma forma sensível o suficiente às necessidades do Eu do sujeito tampouco se ofereceu adequadamente como aparelho psíquico para simbolizar os elementos irrepresentáveis decorrentes das experiências traumáticas.

O abuso sexual infantil

O abuso sexual infantil é uma realidade no Brasil. Segundo dados da Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos, de 2011 ao primeiro semestre de 2019, foram registradas mais de 200 mil denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2021). Apesar disso, ainda é uma realidade invisibilizada e naturalizada em muitos contextos sociais e territoriais, mas na Amazônia, em particular, em populações ribeirinhas do Amapá, essa invisibilidade é vultosa, somadas a subnotificação e a escassa literatura científica na área.

O ribeirinho é descrito como um personagem central nos processos histórico e social da região Amazônica brasileira (MURRIETA, 1998), embora seus ecossistemas relacionais sejam ainda ignorados ou focados como fatos sociais exóticos no meio acadêmico, peculiaridades sociais justificam a importância de estudos acerca da forma como se relacionam, propiciando apreciações macrossistêmicas para que sejam visibilizados (SILVA et al., 2011). Além disso,

[...] a análise da violência sexual infantil em comunidades ribeirinhas é um clamor por um olhar mais humano e igualitário para aqueles que vivem à margem dos rios (CARDOSO; SANTOS, 2021, p.15825).

Com frequência mulheres ribeirinhas vítimas de abuso sexual infantil chegam à idade adulta sem nunca antes terem falado sobre as situações de abuso sofridas na infância e/ou adolescência, reflexo de um silenciamento dos corpos femininos, bem como da naturalização da violência e da cultura do estupro. Geralmente, na prática clínica institucional e de consultório, diante de um ambiente assegurador, escutamos inúmeras vezes a confissão das mulheres de nunca terem falado sobre “Isso!”, ainda designando o silenciamento sobre a questão.

Segundo Minayo (1994, p.265) “um dos grandes problemas em relação à violência doméstica é que as vítimas, quase sempre, silenciam, têm medo e são amedrontadas”.⁹ A realidade geográfica, os modos de vida social e as peculiaridades de moradia das mulheres ribeirinhas em casas de madeiras sobre palafitas¹⁰ – moradias típicas amazônicas, em alguns casos sem divisão de cômodos e o banheiro como anexo, agravam este contexto.

Independentemente dos contextos, para a psicanálise, a sexualidade humana é inerentemente traumática, uma vez que o seu objeto de amor nasce no ódio. Porém, segundo a compreensão do adoecimento psíquico baseada na matriz ferencziana, o traumatismo sexual infantil é um *choque* resultando em confusão de linguagem em vários níveis (FERENCZI [1933]1992).

Assim, neste estudo, o abuso sexual infantil é compreendido como um traumatismo psíquico e, como tal, traz consequências internas severas ao sujeito que por identificação introjeta o agressor que desaparece enquanto realidade exterior e torna-se intrapsíquico (FERENCZI, [1933]1992). Em consequência do traumatismo sexual, há uma introjeção do

⁹ No período de 2010 a 2012, foram registrados, no Brasil, pelo Sinan, 367.435 casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Desse universo, 66% foi contra a mulher (rural e urbana). É importante lembrar que nem todo caso de violência doméstica é denunciado. Segundo dados da Fundação Perseu Abramo, a denúncia acontece apenas nas situações em que as mulheres são ameaçadas fisicamente (31%), quando a violência deixa marcas, fraturas ou cortes (21%) ou quando se encontram sob ameaças de espancamento contra si mesmas ou contra os filhos (19%) (SOARES et al., 2017, p.135).

¹⁰ O vocábulo “palafita” embora seja conhecido internacionalmente como habitação lacustre ou que permanece sempre sobre água ou terrenos encharcados é aqui empregado em um sentido mais amplo. Queremos justificar aqui as necessidades de seu uso para as construções feitas sobre estacas que nem sempre estão sobre as águas. Essas construções podem estar à margem dos rios, em terrenos pantanosos ou mesmo sobre pilares ou estacas (GUERRA, 1954, p. 221).

sentimento de culpa do adulto, “a personalidade ainda fracamente desenvolvida reage ao brusco desprazer, não pela defesa, mas pela identificação ansiosa e pela introjeção daquele que a ameaça e a agride” (FERENCZI, [1933]1992', p.103).

As crianças sentem-se física e moralmente sem defesa, sua personalidade é ainda frágil demais para poder protestar, mesmo em pensamento, contra a força e a autoridade esmagadora dos adultos que as emudecem, podendo até fazê-las perder a consciência. Mas esse medo, quando atinge seu ponto culminante, obriga-as a submeter-se automaticamente à vontade do agressor, a adivinhar o menor de seus desejos, a obedecer esquecendo-se de si mesmas, e a identificar-se totalmente com o agressor (FERENCZI, [1933]1992, p.102).

Além das consequências físicas e intrapsíquicas do abuso sexual infantil, como a introjeção do agressor, é possível observar a desorganização psíquica favorecida pelo ambiente externo, uma vez que falta o ambiente suficientemente bom, também faltam apoio e segurança (WINNICOTT, [1971] 1975). Ou seja, devido à insuficiência de um ambiente suficientemente bom, o sujeito reage de forma a se culpar pelas intrusões sofridas em sua vida. Observa-se frequentemente (MINAYO, 1994a), principalmente no caso de mulheres ribeirinhas, o silenciamento das vítimas de abuso sexual que por medo não contam o que sofreram e guardam como segredo, em muitos casos, sentem-se culpadas pelo que lhes aconteceu. Assim, seguem caladas, vivendo e revivendo suas dores, solitariamente.

Retrato de um caso clínico

A psicanálise é um trabalho na cultura e na civilização, é um trabalho no vazio, nos buracos e nos interstícios. Dessa forma, na clínica psicanalítica não há como negar a dimensão ética que está estreitamente entrelaçada às diferentes proposições da técnica. Segundo

Figueiredo (2004), sempre há, subjacente a todos os ‘procedimentos’ a dimensão do outro e de sua radical alteridade exigindo reconhecimento. Assim, como analistas, somos interpelados pelo totalmente diferente (FIGUEIREDO, 2007) e assim me sucedeu, enquanto analista, fui convocada a entrar na cena do primeiro abuso sexual de Maria.¹¹

Nascida em uma comunidade ribeirinha no estado do Amapá, vítima de abuso sexual infantil, em determinado momento do seu processo de análise, Maria se viu atravessada por revivências do trauma, na ordem do corpo que passava a ser convocado pelos sentidos do paladar e do olfato, ao ser arrebatada por um cheiro ou gosto que a remontava para o dia do primeiro abuso sexual sofrido por ela.

Ao longo da análise, Maria passa, então, a falar de uma dor e de um grande sofrimento revivido, como se o seu “corpo fosse sempre rasgado de novo” (*sic*). Nesse momento em que a análise parecia estar estagnada, a impressão era de que não havia recurso simbólico para a palavra ser dita. Assim, diante da sua dificuldade de simbolização, a analisanda é convidada pela analista a fazer uso da linguagem escrita e pintada, como recurso terapêutico possível para o estabelecimento do *setting* (WINNICOTT, [1961] 1989), a partir da organização de um *holding* (WINNICOTT, [1960] 1983). Na clínica, antes de fornecer interpretações, o objetivo da análise é proporcionar um “ambiente suficientemente bom”, que se adapte à necessidade do paciente (AROUCA; AMPARO; BRASIL, 2017).

Em determinada sessão, trouxe consigo um desenho – tão vivo e cheio de detalhes, da primeira cena de abuso sexual infantil vivenciado por ela, ainda tão pequena, com um corpo infantil. A palavra desenhada da analisanda evocou naquele instante um convite para entrar com ela naquele quarto. Da ordem da translaboração pôde passar da discursividade para uma cena analítica, em que descreveu as cores, o gosto e o cheiro “daquele dia”, na sua fala e, associando

¹¹Nome fictício, para resguardar o sigilo profissional desse caso atendido pela primeira autora deste artigo.

livremente, falou sobre aquela dor que sentia quando era interpelada no seu corpo pela memória da dor que vinha sobre ele.

Ferenczi ([1932]1992) traz o conceito de translaboração quando compreende que a simbolização não é apenas pela via da elaboração simbólica. Mas em casos de sujeitos atravessados pelo trauma, pode incidir no silêncio e nos sentidos perceptivos, sendo necessário que o sujeito consiga para além de elaborar, translaborar as marcas deixadas pelo trauma. Dessa forma, a escolha pelo ‘retrato’ de caso clínico é tida aqui assim, porque foi dessa ordem da fotografia, da figura visual desenhada, que a cena de horror atravessou o enquadre interno da analista, não como uma delimitação, mas como imagem que fica e sai da visão do corpo para a escuta da linguagem desenhada.

A palavra estava ali no desenho. E através dele Maria falou e nomeou, possibilitando à analista pensar e construir um trabalho para que o traumático da infância não roubasse a vida adulta de Maria e, assim, situar o sujeito no acontecimento, permitindo-lhe sair desse lugar do infantil.

Considerações finais

O trauma não é um acontecimento em si, mas a forma como esse acontecimento interpela e é processado interna e externamente pelo sujeito em seu psiquismo. Assim, fatores externos e internos ao sujeito podem remeter a uma vivência traumática da ordem do choque e da comoção psíquica, principalmente quando atravessadas pelo silenciamento, o que se evidencia em casos clínicos com ocorrência do abuso sexual infantil, em contexto comumente invisibilizado de comunidades ribeirinhas da região Norte, como o caso de Maria.

Assim, abordar o tema e discuti-lo amplamente possibilitará reconhecer esse contexto tão pouco explorado para que seja possível mobilizar, sensibilizar e instrumentalizar o coletivo acerca dessa questão social tão importante, uma vez que possibilita cuidado à saúde mental mediante este cenário de traumatismo psíquico.

A clínica do traumático convoca o analista a um enquadre interno, recursos que, para além da interpretação, possibilitam um ambiente suficientemente bom. Através do *holding* e do manejo clínico é possível estabelecer um *setting* em que o sujeito sintá-se seguro possibilitando a translaboração psíquica.

Referências

AROUCA, R.; AMPARO, D. M.; BRASIL, K. T. R. Transicionalidade e espaço potencial na clinicapsicanalíticawinnicottiana com paciente falso self. In: AMPARO, D. M.; LAZZARINI, E.R.; SILVA, I. M.; LAZZARINI, L. (orgs.). *Psicologia clínica e cultura contemporânea*. 3. ed. Brasília: Technopolitik; UNB, 2017. v. 3, p. 89-107.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Abuso sexual contra crianças e adolescentes - abordagem de casos concretos em uma perspectiva multidisciplinar e interinstitucional. Cartilha Maio Laranja. Brasília, 2021.

CANDI, T. S. *O duplo limite: o aparelho psíquico de André Green*. São Paulo: Escuta, 2010.

CARDOSO, F. C.; SANTOS, K. P. Violência sexual infantil e os mecanismos de inibição adotados por escola pública da comunidade Ribeirinha da Ilha de Santana, Amapá. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 2, p. 15825-15844, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-282>. Acesso em: 6 maio 2023.

COELHO, N. E.; FIGUEIREDO, L. C. Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade. *Interações*, v. 9, n. 17, p. 9-28, 2004.

FERENCZI, S. *Psicanálise IV (1873-1933)*. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1992. (Obras completas de Sándor Ferenczi, 4).

FIGUEIREDO, L. C. A metapsicologia do cuidado. *Psyche*[online], São Paulo, v.11, n.21, p. 13-30, 2007. ISSN 1415-1138.

FIGUEIREDO, L. C. Preliminares à consideração das matrizes. In: Figueiredo, L.C.; COELHO JUNIOR, N. E. *Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise*. São Paulo: Blucher, 2018. p. 27-39.

FREUD, S. Além do princípio de prazer (1920). In: _____. *História de uma neurose infantil: ("O homem dos lobos")*, *Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)*. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 161-239. (Obras completas, 14).

FREUD, S. Inibições, sintomas e ansiedade (1926 [1925]). In: _____. *Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e ansiedade, Análise leiga e outros trabalhos (1925-*

1926). Direção da tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 91-170. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 20).

FREUD, S. Luto e melancolia (1916-1917). In: _____. *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos* (1914-1916). Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia. das Letras, 2010. (Obras completas, 12).

GUERRA, A. T. Estudo geográfico do território do Amapá. Serviço Gráfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1954.

MAZOYER, A. V. et al. Destino dos afetos no Rorschach de mulheres vítimas de incesto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 36, 2020.

MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de saúde pública*, v. 10, p. S7-S18, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dgQ85GcNMfTCPByHzZTK6CM/?lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2022.

MURRIETA, R. S. S. O dilema do papa-chibé: consumo alimentar, nutrição e práticas de intervenção na Ilha de Ituqui, baixo Amazonas, Pará. *Revista de antropologia*, v. 41, p. 97-150, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ra/a/4yCKbDknHMM7VwWgFrcMsRt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 maio 2023.

ROMAN, P. Traces traumatiques et figures projectives des catastrophes de symbolisation. *Bulletin de psychologie*, v. 550, n. 4, p. 265-273, 2017. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2017-4-page-265.htm?contenu=resume>.

SILVA, S. S. C. et al. Qualidade conjugal: estudo de caso de ribeirinhos na Amazônia. Gerais: *Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 4, n. 1, p. 50-59, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202011000100006. Acesso em: 10 maio 2023.

SOARES, R. A. S. et al. *Saúde e violência contra as mulheres do campo, da floresta e das águas: desafios para o SUS*. Campo, Floresta e Águas-Práticas e Saberes em Saúde, 2017.

WINNICOTT, D. W. *Preocupação materno primária* (1956). In: WINNICOTT, C; R. SHEPHERD; M. D. (orgs.). *D. W. Winnicott: explorações psicanalíticas*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, D. W (1960c [1960]). *Teoria do relacionamento paterno-infantil*. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

WINNICOTT, D. W. Tipos de psicoterapia (1961). In: *Tudo começa em casa*. Tradução: Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

WINNICOTT, D. W. Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica (1963). In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979.

WINNICOTT, D. W. *O brincar & a realidade* (1971). Tradução: José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

REFERÊNCIAS

- Anzieu, D. (1989). *O Eu-Pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Anzieu D. (1993) Francis Bacon ou le portrait de l'homme désespéré, Seuil, Archimbaud, 2004.
- Anzieu, D. (2002). *O pensar do eu-pele ao eu-pensante*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Amparo, D. M. D., Magalhães, A. C. R. D., & Chatelard, D. S. (2013). O corpo: identificações e imagem. *Revista Mal estar e Subjetividade*, 13(3-4), 499-520.
- Arouca, R.; Amparo, D. M.; Brasil, K. T. R. (2017). Transicionalidade e espaço potencial na clínica psicanalítica winnicottiana com paciente falso self. *In: Amparo, D. M.; Lazzarini, E.R.; Silva, I. M.; Lazzarini, L. (orgs.). Psicologia clínica e cultura contemporânea*. 3. ed. Brasília: Technopolitik; UNB, v. 3, p. 89-107.
- Baranger, M. & Baranger, W. (2008). The analytic situation as a dynamic field. *International Journal of Psychoanalysis*, 89, (4), 795-826. (Obra original publicada em 1961-62).
- Bocato, V. R. C. (2006). Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. *Rev. Odontol. Univ. Cidade São Paulo, São Paulo*, 18(3), 265-274.
- Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, 663(3), 745-757.
- Bollas, C. (2005). *Conceitos da Psicanálise Associação livre*. Tradução: Carlos Mendes Rosa. São Paulo: Segmento-Duetto.
- Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. (2021). *Abuso sexual contra crianças e adolescentes - abordagem de casos concretos em uma perspectiva multidisciplinar e interinstitucional*. Cartilha Maio Laranja: Brasília.

- Brasil, K. T., & Martins, F. (2019). A pele que me envelopa: Psicossomática, corpo e sensação na perspectiva psicanalítica. In J. Vilhena. & J. Novaes (Org.), *O que pode um corpo? Diálogos interdisciplinares* (pp. 55-68). Appris.
- Câmara, G. (2011). O trauma, a fantasia e o Édipo. *Cógitto*, 12, 57-61.
- Candi, T. S. (2010). *O duplo limite: o aparelho psíquico de André Green*. São Paulo: Escuta.
- Cardoso, F. C.; Santos, K. P. (2023). Violência sexual infantil e os mecanismos de inibição adotados por escola pública da comunidade Ribeirinha da Ilha de Santana, Amapá. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 2, p. 15825-15844, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-282>. Acesso em: 6 maio 2023.
- Cavaignac, B.C.C (2015). A escarificação na adolescência: A problemática do Eu-Pele a partir do Método de Rorschach. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, Brasília.
- Cesar, F. F., & Ribeiro, M. F. D. R. (2023). Vitalização como uma função analítica: uma proposição a partir do pensamento de Winnicott. In.: *Chuva n'alma: a função vitalizadora do analista*. Editora Blücher.
- Cesar, F. F., & Ribeiro, M. F. D. R. (2023). Eros no encontro analítico: a sedução suficientemente boa. In.: *Chuva n'alma: a função vitalizadora do analista*. Editora Blücher.
- Cesar, F. F., Ribeiro, M. F., & Figueiredo, L. C. (2023). *Chuva n'alma: A função vitalizadora do analista*. Editora Blücher.
- Celes, L. A. M. (2005). Psicanálise é trabalho de fazer falar, e fazer ouvir. *Psychê*, IX (16), 25-48.
- Celes, L. A. M. (2005). Psicanálise é o nome de um trabalho. *Psicologia Clínica*, 17(2), 157-171.

- Coelho, N. E.; Figueiredo, L. C. (2004). Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade. *Interações*, v. 9, n. 17, p. 9-28.
- Chagnon, J.Y. (2012) A identificação. In: Marty, F. (org). Os grandes conceitos da psicologia clínica. São Paulo.
- Coelho Junior, N. E. (2017). Um capítulo húngaro da história da psicanálise: as contribuições de Ferenczi, Spitz e Balint para o estudo das formas passivas de adoecimento psíquico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 51(3), 213-226.
- Dantas, H. L. de L., Costa, C. R. B., Costa, L. de M. C., Lúcio, I. M. L., & Comassetto, I. (2022). Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 12(37), 334–345.
<https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.334-345>
- Demo, P. (1995). *Metodologia Científica em Ciências Sociais (3a Revista Ampliada)*. Editora Atlas S.A.
- Dejours, C. (2009). Le corps, comme «exigence de travail» pour la pensée. In *Psychopathologie des limites*, 53-88. Dunod.
- Dias, H. M. *Contratransferência: um dispositivo clínico psicanalítico*. Tese de Doutorado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Laboratório de Psicopatologia Fundamental, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP, 2007.
www.psicopatologiafundamental.org
- Dias, H. M. M., & Berlinck, M. T. (2011). Contratransferência e enquadre psicanalítico em Pierre Fédida. *Psicologia Clínica*, 23, 221-231.
- Drieu, D., Proia-Lelouey, N., Zanello, F. (2011). Ataques ao corpo e traumatofilia na adolescência. *Ágora (Rio de Janeiro)* v. XIV n. 1 jan/jun 2011 9-20.
- Fédida, P. (1988). *Clínica psicanalítica: estudos*. São Paulo: Escuta.

- Fédida, P. (2001). La parole de l'œuvre. *Humain/Déshumain: l'oubli, l'effacement des traces, l'éradication subjective, la disparition, Séminaire, 2002.*
- Ferenczi, S. (1909). Da interpretação das melodias que nos acodem ao espírito. *In.: Psicanálise IV (1873-1933)*. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes. (Obras completas de Sándor Ferenczi, 4), 1992 – 2022.
- Ferenczi, S. A. (1919). A técnica psicanalítica. In S. A. Ferenczi. *Obras Completas, vol. II.* São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1992 – 2022.
- Ferenczi, S. (1927). O problema do fim da análise. *In.: Psicanálise IV (1873-1933)*. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes. (Obras completas de Sándor Ferenczi, 4), 1992 – 2022.
- Ferenczi, S. (1928). A adaptação da família à criança. *In.: Psicanálise IV (1873-1933)*. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes. (Obras completas de Sándor Ferenczi, 4), 1992 – 2022.
- Ferenczi, S. (1928). Elasticidade da técnica psicanalítica. *In.: Psicanálise IV (1873-1933)*. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes. (Obras completas de Sándor Ferenczi, 4), 1992 – 2022.
- Ferenczi, S. (1929). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. *In.: Psicanálise IV (1873-1933)*. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes. (Obras completas de Sándor Ferenczi, 4), 1992 – 2022.
- Ferenczi, S. (1930). Princípio de relaxamento e neocartase. *In.: Psicanálise IV (1873-1933)*. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes. (Obras completas de Sándor Ferenczi, 4), 1992 – 2022.
- Ferenczi, S. (1931). Reflexões sobre o trauma. *In.: Psicanálise IV (1873-1933)*. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes. (Obras completas de Sándor Ferenczi, 4), 1992 – 2022.

- Ferenczi, S. (1931). Análises de Crianças com adultos. *In.: Psicanálise IV (1873-1933)*.
Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes. (Obras completas de Sándor Ferenczi, 4), 1992 – 2022.
- Ferenczi, S. (1931). Reflexões sobre o trauma. *In.: Psicanálise IV (1873-1933)*. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes. (Obras completas de Sándor Ferenczi, 4), 1992 – 2022.
- Ferenczi, S. (1933). Confusão de língua entre os adultos e a criança. *In.: Psicanálise IV (1873-1933)*. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes. (Obras completas de Sándor Ferenczi, 4), 1992 – 2022.
- Ferenczi, S. A. (1932). Diário clínico. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1992.
- Figueiredo, L. C. & Coelho Junior, N. (2000). Ética e técnica em psicanálise. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2007). A metapsicologia do cuidado. *Psyche* [online], São Paulo, v.11, n.21, p. 13-30. ISSN 1415-1138.
- Figueiredo, L. C. (2018). Preliminares à consideração das matrizes. *In: Figueiredo, L.C.; Coelho Junior, N. E. In.: Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise*. São Paulo: Blucher.
- Fontes, I. (2006). A ternura tátil: o corpo na origem do psiquismo. *Psychê*, 10(17), 109-120.
- Fontes, I. (2010). Psicanálise do sensível. *São Paulo, Ideias e Letras*.
- Freud, S. (1888/1996). Histeria. In S. Freud. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1900/1996). A interpretação dos sonhos (II) e Sobre os sonhos. In S. Freud. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1905[1901]). Fragmento da análise de um caso de histeria. In S. Freud. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, S. (1910/1996). Perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In S. Freud. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1911a). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In S. Freud. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1911b). O manejo da interpretação de sonhos na psicanálise. In S. Freud. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (2010). A dinâmica da transferência. In *Sigmund Freud: Obras completas* (P. César de Souza, Trad., Vol. 10). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1912)
- Freud, S. (1912b). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In S. Freud. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1913/1996). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In S. Freud. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir e elaborar. *In: Obras Completas 10. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O Caso Schreber”): Artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913) (p. 193–209).* Companhia das Letras.
- Freud, S. (1915[1914]). Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In S. Freud. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. Luto e melancolia (1916-1917). *In: Obras Completas 10. Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916).* Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia. das Letras, 2010. (Obras completas, 12).

- Freud, S. (1918a). O homem dos lobos. In S. Freud. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1996). Além do princípio do prazer. Em S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol. VII. (Trabalho original publicado em 1920). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. Além do princípio de prazer (1920). In: Obras Completas 10. *História de uma neurose infantil: (“O homem dos lobos”), Além do princípio do prazer e outros textos* (1917-1920). Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.p. 161-239. (Obras completas, 14).
- Freud, S. (1923). O ego e o id. In S. Freud. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1930[1929]). O mal-estar na civilização. In S. Freud. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud S. Inibições, sintomas e ansiedade (1926 [1925]). In: Obras Completas 10. *Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e ansiedade, Análise leiga e outros trabalhos* (1925-1926). Direção da tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 91-170. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 20).
- Freud, S. (2010). *O futuro de uma ilusão*. L&PM Editores.
- Freud, S. Conferências introdutórias sobre psicanálise. [1917]. In: _____. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.XVII: Conferência XXIII, p.361.
- Freud, Sigmund, 1856-1939. Além do Princípio do Prazer/ Sigmund Freud; tradução do alemão de Renato Zwick; revisão técnica e prefácio de Tales Ab’Saber; ensaio bibliográfico de Paulo Endo, Edson Sousa. – Porto Alegre. RS: L&PM, 2019.

- Freud, S. (1992). Obras psicológicas: Antologia. Organizada e comentada por Peter Gay. Rio de Janeiro: Imago, 1992. (Psicologia psicanalítica).
- Franco, W. D. A. C., & Kupermann, D. (2020). Um lugar para pensar: uma hipótese sobre o enquadre interno do psicanalista. *Jornal de Psicanálise*, 53(99), 59-74.
- Green, A. (1973). Affect in clinical structures. In A. Green. *The fabric of affect in the Pshychoanalytic discourse*. New York: Routlegde.
- Green, A. (1974). L'Analyste, la symbolization et l'absence dans le cadre analytique. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 10.
- Green, A. (1990). Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites. Rio de Janeiro: Imago.
- Green, A. (1995). *La causalité psychique: entre nature et culture*. Odile Jacob.
- Green, A. (1996). Notas sobre los procesos terciários. In A. Green. *La metapsicologia revisitada*. Buenos Aires: Eudeba.
- Green, A. (2000). *As cadeias de eros*. Lisboa: Climepsi.
- Green, A. (2002). *Orientações para uma Psicanálise Contemporânea: Desconhecimento e reconhecimento do Inconsciente*. Tradução Ana Maria Rocca Rivarola, ... [et. al.]; coordenação da edição brasileira Paulo Cesar Sandler. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: SBPSP. Depto de Publicações, 2008.
- Green, A. (2004). *La pensée clinique*. Paris: Odile Jacob.
- Green, A. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: SBPSP. Depto. de publicações.
- Green, A. (2010). *El pensamiento clínico*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (2001). In.: Green, A. & Urribarri, F. (2001). *Do pensamento Clínico ao paradigma contemporâneo: Diálogos*. São Paulo: Editora Edgard Blucher, 2019.

- Guerra, A. T. (1954). Estudo geográfico do território do Amapá. Serviço Gráfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- Honigsztejn, H. (2018). O núcleo rítmico (Um estudo sobre a criação artística e científica), Curitiba: Maresfield Gardens.
- Kohut, H. (1977) A Restauração do Self. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1988.
- Kupermann, D. (2008). Transferências cruzadas, transferências nômades. Sobre a transmissão da psicanálise e as instituições psicanalíticas. In D. Kupermann. Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Kupermann, D. (2008). Presença sensível: a experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. *Jornal de Psicanálise*, 41(75), 75-96. Acesso em 01 de novembro de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352008000200006&lng=pt&tlng=pt.
- Laplanche, J. (1994). Colóquio internacional de psicanálise. Montreal: PUF.
- Le Breton, D. (2010). Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. *Horizontes Antropológicos*. vol.16, n. 33, pp. 25-40, 2010.
- Leite, E. B. P. *A figura na clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- Lindenmeyer, C. (2017). O traumatismo, de Freud a Ferenczi. *Tempo psicanalítico*, 49(1), 180-208. Acesso em 16 de outubro de 2023 http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382017000100010&lng=pt&tlng=pt
- Lindenmeyer, C. (2023). Os impasses do feminino. Tradução de Paulo Fonseca. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2023.
- MacDougall, J. (1982). *Théâtres du Je* [Teatros do eu: ilusão e verdade no palco psicanalítico]. Paris: Gallimard.

- Magtaz, A. C., & Berlinck, M. T. (2012). O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(1), 71-81. Recuperado em 23 ago. 2017 de <<https://doi.org/10.1590/S1415-47142012000100006>>.
- Mandet, E. S. C. (1993). La fascinacion de los significados una problemática acerca de lanocion de cuerpoenpsiconanalysis. *Psicoanalysisconniños y adolescentes*, 4, 114-124.
- Maschke, W. Z.; Amparo, D. M.; Dias, H. M. M. O trauma psíquico: retrato de caso clínico. *Estudos de Psicanálise (Impresso)*, v. 58, p. 131-138, 2022.
- Mazoyer, A. V. et al. Destino dos afetos no Rorschach de mulheres vítimas de incesto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 36, 2020.
- Mazoyer, A. V., & Roques, M. (2014). Mobilisation des processuspsychiques chez des enfants victimesd’agressionsexuelle. Contributions du Rorschach à la clinique du trauma. *Bulletin de psychologie*, 67(4), 331-348.
- Mezan, R. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas reflexões. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 227-241. Acesso em 15 de outubro de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100015&lng=pt&tlng=pt.
- Medeiros, E., & Peixoto Junior, C. A. (2020). O trauma em Ferenczi e seus desdobramentos nas obras de Balint e Winnicott: regressões em análise e seu manejo clínico. *Tempo psicanalitico*, 52(1), 271-298.
- Minayo, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de saúde pública*, v. 10, p. S7-S18, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dgQ85GcNMfTCPByHzZTK6CM/?lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2022.

- Morais, Renata Arouca de Oliveira (2015). A contratransferência como dispositivo de trabalho na clínica psicanalítica com pacientes fronteiriços. 2015. 280 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) -Universidade de Brasília, Brasília, 2015. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/18623>
- Murrieta, R. S. S. (1998). O dilema do papa-chibé: consumo alimentar, nutrição e práticas de intervenção na Ilha de Ituqui, baixo Amazonas, Pará. *Revista de antropologia*, 41, 97-150. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ra/a/4yCKbDknHMM7VwWgFrcMsRt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 maio 2023.
- Girard, R. (2011). Aquele por quem o escândalo vem. *Tradução de Carlos Nougué*. São Paulo: Realizações.
- Roman, P. Traces traumatiques et figures projectives des catastrophes de symbolisation. *Bulletin de psychologie*, v. 550, n. 4, p. 265-273, 2017. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2017-4-page-265.htm?contenu=resume>.
- Roussillon, R. (2007). La perlaboración y sus modelos. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 2007; 105: 7-25.
- Roussillon, R. (2007). A função limite da psique e sua representância. *Revista de Psicanálise da SPPA*, (2), 257-273.
- Roussillon, R. (2012). As condições da exploração psicanalítica das problemáticas narcísico-identitárias. *Alter – Revista de Estudos Psicanalíticos*, v. 30 (1), p. 7-32.
- Roussillon, R. (2013). Teoria da simbolização: a simbolização primária. In L. C. Figueiredo, B. B. Saviotto, & O. Souza (Orgs.), *Elasticidade e limite na clínica contemporânea* (pp. 107-122). São Paulo, SP: Escuta.

- Roussillon, R. (2014). O trauma narcísico-identitário e sua transferência. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 48, no 3, p. 187-205. São Paulo.
- Vorcaro, A. (2010). Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico. In Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade (FuadKyrillos Neto & Jacqueline Oliveira Moreira). (Org.), pp. 11-23, EdUEMG.
- Urribarri, I. (2015). Como ser um psicanalista contemporâneo? Da extensão do campo clínico à interiorização do enquadre. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 49(1), 229-245.
- Sabourin, P. (2022). *Prefácio: Vizir secreto e cabeça de turco*. In.: Psicanálise IV/Sándor Ferenczi; [Tradução Álvaro Cabral; revisão técnica e da tradução Claudia Berliner]. 4ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2022. – Obras Completas; v.4.
- Sales, J. L., & Herzog, R. (2019). O estatuto de corpo na obra de Freud pós-1920. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e35420.
- Silva, S. S. C. et al. (2011). Qualidade conjugal: estudo de caso de ribeirinhos na Amazônia. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 4, n. 1, p. 50-59, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202011000100006. Acesso em: 10 maio 2023.
- Soares, C. S., Hoga, L. A. K., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T., & Silva, D. A. D. (2014). Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 48(2), 335–345. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200020>
- Soares, R. A. S. et al (2017). *Saúde e violência contra as mulheres do campo, da floresta e das águas: desafios para o SUS*. Campo, Floresta e Águas-Práticas e Saberes em Saúde, 2017.
- Souza, A. M. (1988). *Transferência e interpretação: ensaio clínico lacaniano*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

- Souza, M. T. de, Silva, M. D. da, & Carvalho, R. de (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102–108.
- Winnicott, D. W. Preocupação materno primária (1956). In: Winnicott, C; Shepherd, R; M. D. (orgs.). *D. W. Winnicott: explorações psicanalíticas*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W (1960c [1960]). *Teoria do relacionamento paterno-infantil*. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. Tipos de psicoterapia (1961). In: *Tudo começa em casa*. Tradução: Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- Winnicott, D. W. Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica (1963). In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979.
- Winnicott, D. W. *O brincar & a realidade* (1971). Tradução: José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1966). “The Ordinary Devoted Mother”. Palestra inédita para Nursery School Association da Grã-Bretanha e da Irlanda do Nordeste, Divisão Londrina. In.: *Psicologia e Pedagogia: Os bebês e suas mães*. 1ª. Ed. Brasileira. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1988.
- Winnicott, D. W. (1988). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (2a ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Winnicott, D. (1989). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.