

A clínica do trauma na psicanálise: costurando o Real

Cláudia Georgiára Serathiuk *

RESUMO

A incidência de eventos extremos, aliada a discursividade deficiente, tem efeito de desorganização psíquica. O artigo investiga o trauma no psiquismo e seu tratamento. Freud e Lacan trabalharam sobre o caráter disruptivo e econômico do trauma, a falta de representação e a repetição. Abordou-se a prevalência do real, a questão do tratamento e da transferência através do filme “*La Teta Asustada*”. Destaca-se a importância do lugar de escuta e de elaboração simbólica da psicanálise, especialmente em situações de risco, nas quais a clínica do trauma propõe imaginarizar e simbolizar, costurando ao redor de buracos inassimiláveis.

Palavras-chave: TRAUMA; CLÍNICA PSICANALÍTICA; FREUD; LACAN.

The trauma clinic in psychoanalysis: sewing the Real

ABSTRACT

The incidence of extreme events, combined with poor discursiveness, has an effect of psychic disorganization. This paper investigates trauma in the psyche and its treatment. Freud and Lacan worked on disruptive and economic character, lack of representation and repetition. The prevalence of the real, the question of treatment and transfer was addressed through the movie “*La Teta Asustada*”. The place of listening and symbolic elaboration of psychoanalysis are emphasized, especially in risk situations, and the trauma clinic proposes to imagine and symbolize, sewing around impossible holes to assimilate.

Keywords: TRAUMA; PSYCHOANALYTIC CLINIC; FREUD; LACAN.

La clinique du traumatisme em psychanalyse: recoudre le Réel

RESUME

L'incidence des événements extrêmes, combinés à une faible discursivité, a un effet de désorganisation psychique. L'article étudie le traumatisme dans la psyché et sa clinique. Freud et Lacan ont travaillé sur le caractère perturbateur et économique des traumatismes, la manque de représentation et la répétition. La prévalence du réel, la question du traitement et du transfert a été abordée par le film “*La Teta Asustada*”. Le lieu d'écoute et d'élaboration symbolique de la psychanalyse sont importantes, en particulier dans les situations de risque, où la clinique de traumatologie propose d'imaginer et de symboliser, tout en recoudant autour des trous impossibles à assimiler.

Mots-clés: TRAUMATISME; CLINIQUE PSYCHANALYTIQUE; FREUD; LACAN.

* Psicóloga Clínica, Psicanalista, Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Federal do Paraná.

Introdução

*“the debris of torment
might give birth to flowers”
(Vasyl Stus, 1972)*

A intensificação de eventos extremos tais como guerras, desastres naturais, mudanças climáticas, pandemias, migrações, atentados terroristas, além da violência cotidiana, fizeram crescer diagnósticos de ‘trauma’ e de estresse pós-traumático na clínica. Aliados ao isolamento social dos centros urbanos e à consequente pobreza discursiva e simbólica, fazem a dimensão subjetiva cair em extremos de desorganização psíquica. Para Soler (2007/2021, p. 37), os efeitos da “fragmentação dos laços sociais” apontados por Lacan (1970/2003), são evidentes: “precariedade, sem-sentido, solidão sem recursos”.

Soler (2007/2021, p. 21) chama o tempo do capitalismo, desde meados do séc. XVIII, de “era dos traumatismos”, para indicar o caráter histórico da noção e do efeito traumático. Diz que, desde da guerra que mobilizou Freud, os traumatismos se multiplicam para os sujeitos contemporâneos (p. 21). Para Rudge (2003, p. 109), “O trauma não pode ser caracterizado exclusivamente pelo acontecimento. Entretanto, indubitavelmente, as experiências inassimiláveis atuais são as mais importantes na determinação dos sintomas.”

Se para Freud o trauma está na origem do sintoma da neurose e depois da civilização, e se depois para Lacan, o trauma está na origem do ser falante, o discurso contemporâneo inverte essa problemática. Soler (2007/2021) explica:

No fundo, “traumatismo” é um dos nomes que damos hoje às marcas subjetivas ou rupturas produzidas pela irrupção do infortúnio ou de um excesso vindos de fora, que assaltam o sujeito ou seu corpo repentinamente, sem que possamos atribuir isso àquele que sofre as consequências com terror. O sujeito se refere, com razão, a algo real impossível de antecipar ou de vencer; em outras palavras, um real que exclui o sujeito, sem relação com o inconsciente ou com o desejo próprio de cada um, um real com quem ele deparar e diante do qual, como se diz, o sujeito “não pode fazer nada” exceto sofrer as consequências, como tantos rastros que consideramos inesquecíveis. (p. 22)

Como diferenciar e tratar da subjetividade do trauma na escuta clínica, se por um lado nem todas as experiências intensas vividas pelo sujeito se tornam traumáticas e, por outro, experiências aparentemente anódinas ou corriqueiras podem produzir um importante trauma psíquico? Este artigo se propõe a pensar clínica psicanalítica do trauma, interrogando-se como tratar pela palavra algo que aparece justamente como refratário a ela. Inicialmente realizaremos um percurso sobre a teoria freudiana do trauma, com o intuito de extrair suas hipóteses mais relevantes sobre o tema. A seguir tomaremos os desenvolvimentos lacanianos acerca do conceito, enfatizando a relação entre trauma e o limite de operação dos princípios de prazer/realidade. Por último empreenderemos a análise de um filme, tomando como ponto de referência a ser sustentado a tese de Melman (2016) segundo a qual o trauma precisa da mediação de um terceiro para que possa ser tramitado psiquicamente.

O percurso de Freud sobre o trauma

Ao longo de toda sua história de clínico e pesquisador, o trauma foi um tema presente para Freud. No início como possível causalidade para as neuroses, e ao longo do caminho tomando um estatuto próprio. Para Freud, a questão sobre a realidade do trauma já se colocava desde 1897. Soler (2007/2021, p. 50), afirma que ele já havia descoberto em 1916, talvez sem sabê-lo, que nas neuroses, “a fantasia é uma fantasia de trauma, não é acidental, é algo típico da neurose.” Soler (2007/2021, p. 52). Continua, ao dizer que, se a cena ocorreu ou não, é igual. Ou seja, que a incidência da realidade sob a forma daquilo que advém não importa. Foi o que permitiu a Freud conceituar a “realidade psíquica”.

Freud cita a guerra como uma época em que se produz com especial frequência este tipo de enfermidade. É quando ele faz sua primeira exposição sobre o mecanismo da repetição (1917/1996, p.282). Mais adiante, na Conferência XXII (1917/1996, p. 350), ele associa o trauma a uma condição exógena, como um produto de determinadas experiências de vida prejudiciais. O trauma passa a ser visto não só como um mecanismo do ego para se defender das exigências libidinais ameaçadoras, mas também do perigo que o ameaça de fora ou que está sendo incorporado a uma forma assumida pelo próprio ego.

Logo após a publicação sobre as neuroses de guerra, Freud publica “O Estranho”, onde apresenta (1920/1996, p. 256) de forma mais contundente o conceito de “compulsão à repetição”. Refere-se a este como um fenômeno comum e sugere que é derivado da natureza mais íntima dos instintos, declarando ser suficientemente poderoso para desprezar o princípio de prazer.

Em “Além do Princípio do Prazer” (1920/1996, p. 23) ele explicita a diferença entre ‘susto’, ‘medo’ e ‘ansiedade’. Define ‘ansiedade’ como um estado de esperar o perigo ou preparar-se para ele, ainda que seja desconhecido. Ele não relaciona este estado psíquico com a neurose traumática, pois nela existe algo que protege o sujeito contra o susto. O ‘medo’ é sempre contra um objeto previamente definido. Mas ‘susto’ é o estado de alguém que entrou em perigo sem estar preparado. O fator surpresa na neurose traumática está assim dado.

Tratando do papel dos estímulos externos ao aparelho psíquico, para compreender o que está além do princípio do prazer, ele descreve como ‘traumática’ qualquer excitação vinda de fora e que atravesse o escudo protetor. Freud infere que o conceito de trauma implica necessariamente um rompimento da barreira eficaz contra outros estímulos. “Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis”. (FREUD, 1920/1996, p. 40). Para ele, não é mais possível impedir a inundação do aparelho psíquico com tal quantidade de estímulos e o problema que surge é dominá-los e “vinculá-los no sentido psíquico”. O necessário então, para se desvencilhar, ou seja, para recalcar o acidente, seria simbolizar o estímulo externo.

Com relação ao caráter quantitativo, Soler (2007/2021, p. 53) reafirma a fixação libidinal, da qual o imaginário não faz parte. Trata-se de uma quantidade de excitação impossível de dominar (p. 56). Destaca que Freud distingue a excitação interna das que vêm do exterior, e isso corresponde à distinção entre trauma sexual e trauma da civilização.

Freud (1920/1996, p. 40) fala em sofrimento físico, mas este estímulo externo pode ser psíquico também, externo ao aparelho psíquico. Ao propor um esquema econômico do trauma, ele afirma que uma enorme quantidade de energia catéxica é demandada ao redor da ruptura, assim como uma anticatexia é estabelecida em outros

sistemas psíquicos, empobrecendo no geral as funções psíquicas do paciente. Conclui que, quanto maior a catexia vinculada ao sistema psíquico, ou seja, quiescente, maior sua força vinculadora. E quanto menor a força vinculadora, menos capacidade de receber um influxo de energia e mais violenta serão as consequências de tal ruptura no escudo protetor. Freud chama a neurose traumática de distúrbio econômico.

Freud (1926/1996, p. 161), comparando a ansiedade neurótica com a realística, aponta para duas reações ao perigo real. Uma delas, reação neurótica, seria a afetiva, com o desencadeamento da ansiedade, e outra seria a ação protetora. Ainda assim, alerta para os casos em que ambas se mesclam. “O perigo é conhecido e real, mas a ansiedade referente a ele é supergrande, maior do que parece apropriado. É esse excedente de ansiedade que trai a presença de um elemento neurótico”. Ao se indagar sobre qual o significado e a essência de uma situação de perigo, ele cita a própria estimativa do sujeito face ao perigo e apresenta o desamparo como fundamental frente à situação traumática. Frente ao desamparo físico quando se trata de um perigo real e desamparo psíquico quando for instintual, o indivíduo se guia pelas próprias experiências para estimar o risco. Freud chama de situação traumática a situação de desamparo que foi realmente experimentada, e a distingue de uma situação de perigo. A ansiedade viria, por um lado, da expectativa da situação de desamparo, ou seja, um trauma lembrado, e por outro, de sua repetição em forma mais amena. E aponta para dois traços de ansiedade com origens diferentes. “Sua vinculação com a expectativa pertence à situação de perigo, ao passo que sua indefinição e falta de objeto pertencem à situação traumática de desamparo”. (FREUD, 1926/1996, p. 162).

Na sequência, Freud faz uma afirmação que contém pistas para entender o mecanismo próprio da repetição no trauma: “O ego, que experimentou o trauma passivamente, agora o repete ativamente, em versão enfraquecida, na esperança de ser ele próprio capaz de dirigir seu curso”. (FREUD, 1926/1996, p. 162). É uma tentativa de reprodução para que, de alguma forma, o aparelho psíquico consiga vincular psiquicamente, seja simbolizar, a experiência traumática. Portanto, pode-se indicar duas categorias de angústia: a neurótica, no quadro de fantasia; e a real, frente a um perigo da realidade.

Para Soler (2007/2021, p. 59), o grande passo que Freud dá na teoria do trauma está em “Além do Princípio do Prazer”, quando ele passa do par trauma/fantasia para o par trauma/repetição, e, quer imaginado ou não, o trauma provém do real. Sua interpretação é de que Freud constrói a série completa ao identificar a neurose traumática: “trauma, angústia como consequência – afeto do sujeito como consequência do trauma -, recalque, sintoma”. É em “Inibição, Sintoma e Angústia”, que Soler (2007/2021, p. 60) vê em Freud a construção efetiva de uma teoria do trauma. “Ele ressalta duas coisas: primeiro, o perigo real pode ser atual, este caso ele o chama de angústia real – *Real Angst*. O encontro com o perigo atual produz uma angústia real”. A esta, ele contrapõe à angústia sinal, que “é uma angústia que tem a função de preparar o sujeito para o perigo. A angústia sinal é o remédio para a surpresa que inclui o trauma: ela prepara para o perigo”.

Soler retoma a questão do perigo do excesso de excitação (2007/2021, p. 61), na qual a exigência pulsional é algo real, destacando que, em Freud, a situação de perigo se distingue da situação traumática e que, na definição do laço trauma/angústia, o sujeito está incluído, pois há o reconhecimento de sua relação com uma situação de desamparo anteriormente vivido. Este é um ponto importante, pois pode-se pensar tanto na singularidade da cena traumática, ainda que vivida coletivamente, quanto na implicação do sujeito do inconsciente na cena. O traumatizado não é um indivíduo a ser reparado ou compensado, mas alguém que deve se implicar com as consequências do que vive.

Em suas últimas elaborações, ele complexifica seu pensamento. Ao discutir o que determina a cura de um paciente e o fim da análise em “Análise Terminável e Interminável”, de 1937, Freud reafirma o caráter econômico do trauma. Trabalha com a ideia de que a etiologia de todo distúrbio neurótico é mista, formada por: fator constitucional, por pulsões excessivamente fortes para o ego, e fator acidental, pelos efeitos de traumas precoces que o ego imaturo foi incapaz de assimilar.

Quanto mais forte for o fator constitucional, mais prontamente um trauma conduzirá a uma fixação deixando atrás de si um distúrbio desenvolvimental, quanto mais forte for o trauma, mais certamente seus efeitos prejudiciais se tornarão manifestos, mesmo quando a situação pulsional é normal. (FREUD, 1937/1996, p. 236).

Quando Freud avança no estudo sobre o trauma em “Moisés e o Monoteísmo”, Soler acentua a importância do que ela chama de traumas da civilização (2007/2021, p. 64). Ela diferencia o trauma ligado ao inconsciente do trauma da civilização:

Há dois tipos de traumatizados. Há os sujeitos e, na medida em que são traumatizados de origem, eles se esquecem, e é a análise que talvez permita reconstruir, trazer algo de volta; porém, precisamente os traumatizados de guerra, por acidentes ferroviários, etc., se caracterizam, como diz Freud, pelo esquecimento impossível. (2007/2021, p. 64-65)

Este não-esquecimento assemelha-se à alucinação, pois são imagens que não estão inscritas no discurso da memória inconsciente, e retornam como imagens vivas. Ela destaca ainda (Soler, 2007/2021, p. 66-67) o que Freud chama de forças do sujeito, que são subjetivas e “designam a capacidade de suportar as tensões, as excitações, e segundo, também mobilizam o núcleo fantasmático. É a fantasia que interpreta o momento traumático nas sequelas, poderia dizer, no *après-coup*”.

O fio condutor da teoria sobre o trauma, em Freud, aponta para características importantes: seu caráter econômico, de intensa tramitação psíquica por um evento externo ao aparelho; a falta de representação; o caráter de repetição; o caráter de extimidade ao aparelho psíquico, e o caráter disruptivo e de imprevisibilidade.

Postas estas características do trauma em Freud, pode-se também abordar o aspecto da terapêutica do trauma. Ele insiste que o trauma deve ser tratado em análise, pois vestígios do trauma nunca estão presentes na memória consciente. Este ponto demonstra o papel fundamental da transferência na terapêutica do trauma. Freud fala que uma enorme quantidade de energia é demandada ao redor da ruptura, o que empobrece outras funções psíquicas no geral, fato que ele chamou de mortificação narcísica. Talvez por isso chame o trauma de tema obscuro e melancólico (Freud, 1920/1996, p. 24). Obscuro para ele, mas melancólico para o sujeito, que perde o investimento libidinal na tentativa de incorporar o objeto do trauma ao psiquismo. Pode-se concluir que a terapêutica do trauma seria recuperar a catexia em torno de outras funções psíquicas e do próprio narcisismo.

O real e a repetição

Lacan e a representação

No Seminário VII (1959/1991), Lacan vai tratar da relação do sujeito com a realidade, usando os conceitos do simbólico, do imaginário e do real (p. 21),

referenciando o sujeito em relação ao real e à realidade e tratando da questão da representação, que intermedia a relação do sujeito com a realidade.

Ao se debruçar sobre a questão do princípio do prazer e do princípio da realidade, Lacan (1959/1991, p. 40) explica que o funcionamento do aparelho neurônico deve sua eficiência ao princípio de realidade, que faz a retificação daquele. “O modo pelo qual opera é apenas rodeio, precaução, retoque, retenção. Ele corrige, compensa o que parece ser a tendência fundamental do aparelho psíquico, e fundamentalmente, opõe-se a ela.” Nota-se que a falha desse sistema pode ocasionar diversos distúrbios, e um deles é o trauma.

Lacan sublinha que este princípio se apresenta bastante precário. O sujeito, na escassez de recursos psíquicos para lidar com a realidade, toma a fantasia como mediadora e nem sempre obtém sucesso. Lacan adverte sobre a identidade de percepção, que é governada pelo princípio de prazer: “Pouco importa que seja real ou alucinatória, ela tenderá sempre a se estabelecer. Se ela não tiver a sorte de coincidir com o real, será alucinatória.” (Lacan, 1959/1991, p. 44)

Portanto, toda percepção vinda do mundo exterior é, por si mesma e em sua natureza, inconsciente, e o pensamento então não está no mesmo nível do princípio de realidade. Todo pensamento é situado como que submetido ao princípio do prazer. E a única coisa que quebra este ciclo, produzindo apreensão nos processos de pensamento, é a produção de palavras, que conferem “no que diz respeito à consciência, o sinal que lhe confere seu valor, sua presença, sua estrutura.” (Lacan, 1959/1991, p. 45). É a estrutura do inconsciente, uma estrutura de linguagem, que confere valor ao princípio de realidade. Através da explicação desse mecanismo, pode-se inferir que a falta de representação, nas diversas cenas traumáticas, bloqueia o sujeito na imagem alucinatória.

Lacan também aborda (1959/1991, p. 77) a questão quantitativa, cuja admissão é regulada pelo que o organismo pode suportar. Quando ela vai além do limite, a impulsão psíquica se difunde no organismo, e a quantidade se transforma em complexidade. Ele aponta que o que pode “regular a invasão da quantidade segundo o princípio do prazer – é o evitamento, a fuga, o movimento. É à motricidade que cabe, em última instância, a função de regular para o organismo, o nível de tensão suportável, homeostático.” No trauma, o princípio de prazer falha, e não há fuga possível perante o perigo.

Mas o que exatamente falha no trauma no processo percepção-pensamento-princípio de realidade? A falta de representação, que não permite que o objeto do trauma se vincule psiquicamente. Para que haja representação, para que haja um elemento associativo, combinatório que seja, *Vorstellungrepräsentanz*, é necessário que o que funciona no princípio de prazer se insira entre a percepção e a consciência, nos diz Lacan:

Os processos de pensamento, na medida em que regulam, pelo princípio do prazer, o investimento das *Vorstellungen* e a estrutura na qual o inconsciente se organiza, a estrutura na qual a subjacência dos mecanismos inconscientes se floclula, o que constitui o grumo da representação, ou seja, algo que tem a mesma estrutura – esse é o ponto no qual insisto – do significante. (1959/1991, p. 80).

O autor explica que o que regula as leis do inconsciente são as leis da metáfora. Justamente o que não funciona quando uma cena traumática se estabelece, por não haver nenhum elemento associativo que possa dar corpo à cena vivida ou à excitação interna experimentada.

Quando há um fluxo de excitação - especialmente em situações claras, evidentes e precisas - significativo de uma ameaça mortal que não pode ser dialetizada, Melman (2017), alerta que há um grande risco de produzir um trauma. E o que ele propõe é incluir

a cena vivida, o excesso de excitação, na cadeia significante, e lhes conferir valor na estrutura de linguagem e produzir um discurso. Na cena potencialmente traumática, se não se produz esse discurso imediatamente, através de um terceiro que sustente este encontro, o significante não encontra outro significante e o sujeito não é representado, ficando eclipsado da cena.

Para Melman (2017), não há mais sujeito então, nem discurso, nem identidade, nem desejo, é como um estado de morte psíquica. O autor ainda sublinha o quanto se fica fixado na imagem última da cena traumática, como único elemento de suporte de vida.

Se para Lacan (1959/1991, p. 150), “a função do princípio do prazer é, com efeito, conduzir o sujeito de significante em significante, colocando quantos significantes forem necessários para manter o mais baixo possível o nível de tensão que regula todo o funcionamento do aparelho psíquico”, seria o trauma um curto-circuito no princípio do prazer? Um terceiro é necessário urgentemente na cena para que possa fazer suplência à falha na cadeia significante. “Faz falta o Outro, a testemunha, o olho e o ouvido, a transferência.” (Braunstein, 2003, p. 95). O autor afirma ainda (2003, p. 99) que a falha no princípio do prazer é o que leva necessariamente à pulsão de morte, ao retorno do inanimado, à sufocação e à anulação do aparato significante.

Lacan, sobre a relação do prazer com o jogo do significante, diz que: “cada vez que um estado de necessidade é suscitado, o princípio de prazer tende a provocar um reinvestimento em seu fundo.” Ele sublinha: um reinvestimento alucinatorio do que anteriormente foi alucinação satisfatória. Para ele, o princípio do prazer tende ao reinvestimento da representação. No trauma, esta dialética não acontece: não há nem representação nem reinvestimento.

Braunstein (2003, p. 99), citando Lacan, afirma que “no nó borromeano, o trauma se inscreve na área do gozo do Outro, entre o imaginário da fantasia e o real que volta sempre ao seu lugar, fora do simbólico”. Assim, o paciente vai de sujeito a assujeitado ao real que se impõe como repetição do signo, sem ter sido incluído em um sistema significante. Lacan, em “A Terceira” (1974, p. 20), descreve:

[...] esse gozo do Outro, é aí que se produz o que mostra que tanto o gozo fálico é fora do corpo quanto o gozo do Outro é fora da linguagem, fora do simbólico, pois é a partir daí, a saber, a partir do momento em que se capta o que há - como dizer - de mais vivo ou de mais morto na linguagem, ou seja, a letra, é unicamente a partir daí que temos acesso ao real.

Como aponta Braunstein (2003, p. 100), o que falha no processo psíquico, que culmina no trauma, é algo da ausência de um elemento, qual seja, o significante do desejo do Outro, que não é formulado. É no encontro com essa falha, com essa falta de significante, que reside o “valor traumático” da cena.

As dimensões do real e da repetição

Melman (2016, n.p.) define dois tipos de trauma. O primeiro, que inaugurou o tratamento psicanalítico, ele chama de “pseudotrauma”, dos pacientes cujos sintomas são eloquentes e possuem uma discursividade. Neste, a neurose vem de uma fantasia que vem a ter uma ação sobre o psiquismo, engendrando um recalçamento.

O segundo, objeto deste estudo, Melman chama de trauma psíquico verdadeiro, com um acontecimento na realidade, não só na fantasia. Não há dialetização, ao contrário, há uma efração do real. O recalçamento, uma operação complexa psiquicamente, não acontece.

Em todo caso, portanto, o real que tem a ver com quem está exposto a um trauma psíquico e às consequências físicas, é um real vazio. E que ameaçou a vida do paciente, uma ameaça que ficou sem significação, à qual não se presta nenhuma interpretação. Se o paciente fizesse qualquer projeção paranóica, ou seja, supusesse que lá, nesse real, haveria alguém que quisesse algo dele, ele estaria salvo, não estaria traumatizado. (Melman, 2016, n.p., tradução nossa)

Para Melman (2016, n.p.), este é um real que nada diz, que nada quer, mas que, na fixação da imagem, provoca no paciente uma espécie de anulação do imaginário. Não há nada a dizer, como se ele estivesse ausente do acontecimento. É evidente também o desaparecimento do simbólico, uma vez que o imaginário não está presente. O real encapsula as dimensões imaginária e simbólica. O sujeito fica ausente deste movimento, pois o real encobre as outras dimensões borromeanas e as fecha. Não há dialética possível, só o real para responder ao real e a partir do real. Este real tem a propriedade singular de abolir justamente o que poderia funcionar com produção discursiva, e provoca uma estagnação na imagem, como afirma Melman (2016, n.p.). O sujeito e sua subjetividade ficam eclipsados, e sua clínica fica limitada. Não há demanda, e o analista também é tomado por esta impotência.

No trauma verdadeiro o único gozo que resta ao paciente é um gozo que não é do semblante. “No trauma, goza-se de seu corpo, de suas cicatrizes, de seus sofrimentos, de suas amputações, etc.”. (Melman, 2016, p. 3, tradução nossa). O paciente não consegue falar pois que o lugar de sujeito está desabitado e vazio, não furado. É quando ele está ausente de seu próprio ato. “É a presença do excesso, não mais a presença do falo, como representante do significante, e é isso que abole o sujeito”. (Melman, 2016, p. 3, tradução nossa)

Portanto a cena traumática produz um sujeito não-barrado, com a subjetividade não-barrada. Não se faz metáfora, é pura metonímia da repetição, pois o real não está no campo do significante, está no campo do sem sentido, fora do sujeito. No Outro existe a falta e é a falta significada que constitui o sujeito. No trauma não existe mais um sujeito do significante.

No trauma verdadeiro, afirma Emerich (2018, p. 7, tradução nossa), o que dá a entender é que “o paciente está condenado a repetir o mesmo, sua vida se torna uma estagnação na imagem, onde a potente pulsão de repetição conduz o sujeito a uma impotência, a uma sideração, a um equivalente da morte do sujeito”. Somente as pulsões de vida, sexuais, podem enfrentar a repetição da pulsão de morte.

O encontro do sujeito com as dimensões do real e da repetição é desenvolvido por Lacan no Seminário XI (1964). Em primeiro, ele diferencia a rememoração da repetição:

É aqui que é preciso distinguir o porte dessas duas direções, a rememoração e a repetição. De uma a outra, não há mais orientação temporal como não há mais reversibilidade. Simplesmente não são comutativas – não é a mesma coisa começar pela rememoração para lidar com as resistências da repetição, ou começar pela repetição para ter um começo de rememoração. (Lacan, 1964, p. 43)

Lacan (1964, p. 51) diferencia, tal como Freud, rememoração (*Erinnerung*) e repetição (*Wiederholen*), e afirma que o limite da rememoração é o real, que retorna sempre ao mesmo lugar, ao lugar onde o sujeito não o encontra. Lacan (1964, p. 52) entende que a descoberta de Freud da repetição como função só se define para mostrar a relação do pensamento com o real. Lacan (1964, p. 53) se pergunta: “E por que, de

primeiro, a repetição terá aparecido ao nível do que chamamos neurose traumática?” Neste ponto, ele retoma a discussão iniciada no Seminário VII (1959), sobre a questão da representação e do princípio do prazer, ao constatar que nada parece justificar a neurose traumática do ponto de vista do princípio do prazer. A ideia corrente seria que o objetivo da repetição seria dominar o acontecimento doloroso, mas “onde situar a instância que se entregaria a essa operação de domínio?” (Lacan, 1964, p. 53)

A seguir, ele introduz os conceitos de *tiquê* e *autômaton*, para articular a relação do real, da repetição e do princípio de prazer. Para ele, sempre somos chamados para o encontro com um real que escapole (1964, p. 55). *Tiquê*, encontro do real, em oposição a *autômaton*, o retorno, a volta, a insistência dos signos comandados pelo princípio do prazer. (Lacan, 1964, p. 56). O real vige por trás do *autômaton*.

Assim, não há como confundir a repetição nem com o retorno dos signos, nem com a reprodução, ou a modulação pela conduta de uma espécie de rememoração agida. A repetição é algo que, em sua verdadeira natureza, está sempre velada na análise, por causa da identificação da repetição com a transferência na conceitualização do analista. Ora, é mesmo este o ponto a que se deve a distinção (Lacan, 1964, p. 56)

O trauma dá forma à função da *tiquê*, do real como encontro, mas no que ele tem de *inassimilável*, Lacan sublinha (1964, p. 57). É neste lugar que se encontra o que pode permitir compreender o caráter conflitivo introduzido pela oposição entre princípio de prazer e princípio de realidade, este não tendo a última palavra. “Com efeito, o trauma é concebido como devendo ser tamponado pela homeostase subjetivante que orienta todo o funcionamento definido pelo princípio do prazer”. (Lacan, 1964, p. 57) Mas não é, pois aparece com o rosto desvelado no sonho, portador do desejo do sujeito produzindo em repetição o trauma.

Por mais que se desenvolva o sistema de realidade, uma parte essencial do que é da ordem do real fica refém do princípio do prazer. Lacan fala dessa exigência da realidade, que fica em *souffrance*, um sofrimento/espera, uma estagnação, a qual responde pontos radicais do real, que ele chama de encontros. Ele ainda convoca a ideia de processos primários, para explicar a ruptura entre a percepção e a consciência, aquela vindo sempre antes desta. (Lacan, 1964, p. 57)

Ao exemplificar através dos sonhos que invocam a realidade faltosa, no momento entre o sono e o despertar, onde a percepção já incorpora no sonho o dado de realidade, antes mesmo da consciência, Lacan (1964, p. 61) situa nesse lugar a *tiquê*, o encontro com o real, a que ele chama de “o avesso da representação”, a imagética do sonho, tanto como a imagética do trauma, que Freud designa como o *Vorstellungsrepräsentanz*, quer seja, não o representante da representação, mas sim o dublê da representação.

Lacan (1964, p. 63) retoma o a brincadeira do *fort-da* para pensar a repetição. Onde falta significância, na ausência da mãe, o jogo do carretel é a resposta do sujeito a um fosso, e é com seu objeto que a criança repete o jogo. O jogo, o ato de jogar, é o próprio *Representanz* da *Vorstellung*. O conjunto da atividade, a própria repetição, vira um dublê, toma o lugar da representação ausente. Então a resposta do sujeito à falta de representação é a própria repetição.

Rudge (2003, p. 114), dá um destaque à questão temporal, também diferenciando a neurose traumática do trauma em si, ao afirmar que:

A abertura para o trauma é uma virtualidade permanente, mas ele não se constitui “só depois” como uma nodulação entre o recalcado e o acontecimento atual. Como impossibilidade de fazer sentido daquilo que irrompe agora, o trauma não se apóia no

recalcado, mas sinaliza um vazio. É porque não há preparação, é porque a angústia não pôde sinalizar nada, que a barreira foi rompida, e a angústia automática se instalou (Freud, 1926, p. 162), estabelecendo-se o estado traumático. A compulsão à repetição busca, retroativamente, dominar o estímulo excessivo e gerar um sinal que nos proteja contra ser novamente apanhado desprevenido pelo evento traumático. Este é um trabalho de elaboração que visa construir algo onde não havia nada. Não há, portanto, uma temporalidade *Nachträglichkeit*, na gênese de uma psicopatologia traumática. Isto se manifesta com clareza na *literalidade* que caracteriza o sintoma traumático, assim como na resistência à representação do trauma por metáforas (Seligmann-Silva, 2000)

A clínica do trauma

O caso é uma ficção

O relato de um encontro clínico nunca é o retrato de um fato concreto, mas sua reconstrução fictícia. Não é um acontecimento puro, mas uma história reformulada. O caso é uma ficção. Para Nasio (2001, p. 17), o caso se define como o relato criado por um clínico, sendo a reconstrução de uma experiência terapêutica marcante. O analista participa dela com seu desejo, suas lembranças, pensa nela por meio de sua teoria e a escreve. “A partir do real, cria-se uma ficção e, com a ficção, recria-se o real”.

Rudelic-Fernandez (2002, p. 64) cita algumas particularidades no caso freudiano. Em primeiro, o autor/narrador é responsável pelo discurso. Marca-se o lugar do analista e não há um relato “objetivo”. O texto declara o lugar singular de sua produção. Em segundo, há uma mobilidade dos lugares enunciativos. São duas vozes que se reúnem em uma mesma instância enunciativa. Quando o analista apresenta o caso, ele está no lugar enunciativo do analisando. É o que pode se chamar de o inconsciente como efeito de transferência. Em terceiro lugar, o direcionamento a destinatários específicos. A história do caso surge na intenção de transmitir uma experiência, um saber, mas para uma comunidade, em uma enunciação pública/social, não como convencimento de algo. “Em outras palavras, a história do caso situa-se entre aquilo que Lacan (1966) designou como “drama real” e “história” que é feita dele, entre a ciência analítica e sua narrativa” (Rudelic-Fernandez, 2002, p. 65).

Para Diniz (2011, p. 12), o que ela chama de *démarche* clínica é o “que permite considerar que o imaginário, a intuição, o trabalho inconsciente, a atividade de posicionamento e elaboração de sentidos estão presentes nas pesquisas acadêmicas e nos processos de ensino e aprendizagem”. A autora afirma que “ainda que a pesquisa se utilize do método clínico, é preciso não confundí-lo com a análise propriamente dita. Embora ambas partam do discurso do sujeito, a pesquisa não visa uma intervenção terapêutica”. Assim como a clínica não é o lugar da aplicação de um saber, mas de sua produção, também a pesquisa em clínica pode gerar a produção de um saber, a partir de uma experiência.

Além disso, a narrativa fílmica e sua linguagem fornecem material linguageiro para que se possa articular os conceitos deste estudo a uma prática subjetiva. “A linguagem do cinema, lembrando sua contemporaneidade histórica com a psicanálise, apresenta características específicas que permitem pensar criticamente tantos os conceitos da psicanálise quanto a sua prática” (Dunker e Rodrigues, 2015, p.7)

Assim pode-se abordar o cinema como um campo de criação de problemas formais sobre a subjetividade, além de ser uma linguagem, narrativa e discurso sobre as modalidades de sofrimento psíquico. Como também pode-se usar o cinema para tratar do

método clínico e da experiência ética de transformação. A arte, assim como a psicanálise, está sempre às voltas com o real, estrutura que interessa especialmente no presente estudo.

Além disso, como nos afirma Debieux Rosa (2015, p. 9), ambos, cinema e psicanálise, têm como ponto de partida e como base a realidade, que estrutura a experiência psíquica e revela seu caráter constitutivo e alienante.

Ambos põem em destaque a função da ficção na composição de bordas para estruturar o real, ou seja, em seus buracos, enigmas, angústias e desamparos. Ambos põem em destaque a função criativa e a tarefa da experiência de invenção de uma vida, de cada vida.

A vida que se escolheu para pensar o trauma foi a de Fausta, personagem do filme “*La Teta Asustada*”, da peruana Claudia Llosa (2009). Uma vez que todo caso apresentado é do clínico, pode-se pensar que a escuta da pesquisadora é que faz da personagem uma paciente. Dentro do campo de conhecimento da clínica, da psicanálise, busca-se a



Cena do filme *La Teta Asustada* (2009)

singularidade, não só do sujeito em análise, mas também da trajetória própria da construção de um saber a partir da prática clínica da pesquisadora articulada a um arcabouço teórico. Isso também pode permitir a articulação de conceitos e da prática a uma história que possa não só ilustrar, mas também dar sentido e consistência material ao estudo feito.

O filme “*La Teta Asustada*”, uma produção hispano-peruana, da diretora peruana Claudia Llosa, foi premiado com o Urso de Ouro no Festival de Cinema de Berlim em 2009. Em Portugal, o filme foi traduzido como “*O Leite da Amargura*”, e em inglês virou “*The Milk of Sorrow*”. Optou-se por deixar o nome da doença no original, para expressar o sentido original de susto, aquilo que pega o sujeito desprevenido e que o atravessa como um trauma. As traduções para o português de Portugal ou para o inglês expressam situações psíquicas mais elaboradas, que envolvem processos mais sofisticados, e incluem o imaginário e o simbólico, desembocando no recalque e na memória.

Entre 1980 e 1992, o Peru experimentou um período de extrema violência, especialmente na região andina, em função das disputas entre grupos guerrilheiros do Sendero Luminoso, de ações paramilitares e das forças armadas do Estado. O filme foi baseado no livro da antropóloga americana Kimberly Theidon, “*Entre prójimos: el conflicto armado interno y la política de la reconciliación em el Peru*”, de 2004. O estudo da pesquisadora se baseou principalmente na região de Ayacucho, que foi o palco principal para as atrocidades da luta armada entre o grupo armado e o Partido Comunista do Peru. O objetivo era documentar os impactos da guerra e os traumas psicológicos pós-barbárie (Necchi (2021, n.p.).

A população atingida e estudada era composta de grupos indígenas de língua quechua, deslocados para as periferias de Lima, para escapar do terrorismo. Centenas destas mulheres haviam sido estupradas coletiva e individualmente durante os mais de doze anos de conflitos, e muitos dos nascimentos eram produtos das violências e abusos sexuais.

A desterritorialização e a perda de referências simbólicas são grandes desafios que existem atualmente com as migrações em massa no mundo, abrindo espaço para a violência e para diversos problemas psíquicos. Pois estas mulheres deslocadas passaram a interpretar todos os males como algo externo, mostrando o caráter do que sentiam como invasão, acreditavam que a dor e o sofrimento da mãe eram transmitidos para o bebê através do leite materno. Esta doença era conhecida como “*la teta asustada*” ou “síndrome do susto”. (Léon, 2021, p. 134) E, para evitar que a doença fosse transmitida, muitas evitavam amamentar suas filhas e usavam diversos recursos para evitar serem estupradas. No filme, o recurso fictício usado é a introdução de uma batata em sua vagina, como forma de proteção.

Fausta ou a questão do tratamento

Uma senhora indígena canta canções em quechua, sua língua materna. É a mãe de Fausta, que se chama Perpétua, a que nunca morre. E assim começa o filme, com Fausta no leito de morte de sua mãe. A história é cheia de contrastes, pois enquanto a filha, além de tentar viver seu luto, tem uma doença, *la teta asustada*, sua prima se prepara para o casamento, na vila onde moram, nos arredores de Lima. Fausta tem um sintoma recorrente, ela sangra pelo nariz e desmaia, cada vez que é defrontada com uma situação difícil, com a qual não sabe lidar, o que se repete assim que a mãe morre. O desmaio é uma forma do sujeito se ausentar da cena perante a angústia.

O tio, que assume desde sempre a figura paterna perante a sobrinha, leva-a ao hospital, onde se descobre uma batata introduzida em sua vagina, o que a deixa com o útero infeccionado e doente, segundo o médico. O tio explica a ele que ela sangra pelo nariz desde pequena por causa da doença herdada da mãe pelo susto, e que Fausta nasceu na época do terrorismo, quando sua mãe foi estuprada estando grávida dela. A mãe lhe transmitiu o medo pelo leite, conforme a crença local, e ela tinha *la teta asustada*, essa doença que a deixa sem alma, no dizer do tio.

Sem alma é o que se pode dizer de um sujeito traumatizado, e da personagem, sempre cabisbaixa, quieta, sem falar e sem sorrir. Nada se endereça ao outro. Melman (2017, n.p.), descreve este estado: “não há mais sujeito, não há mais discurso, não há mais identidade, não há mais desejo, o único elemento que sobra como suporte vital, o mínimo, é a última imagem antes do trauma. Um plano fixo, parado na imagem” (tradução nossa). Fausta, parece, está fixa na imagem do estupro da mãe, que foi a imagem que a atravessou como uma imagem fundadora, substituindo a cena originária, e transmitida miticamente pelo leite. Rudge (2003, p. 114), explica que

É este vazio que não permite caracterizar teoricamente o trauma apenas pelas qualidades do acontecimento que surpreendeu dolorosamente o sujeito. O valor traumático do acontecimento é relativo a um determinado psiquismo, e, portanto, regido não apenas pelas qualidades do fato, mas também pela história do sujeito. O que a história justifica é a impossibilidade de antecipar ou de integrar um evento, como algo dotado de uma significação que possa se articular às narrativas que o sujeito se dá de si mesmo e do mundo em que vive. Por isto mesmo, o sintoma assume a feição de uma interminável repetição, em que a tentativa de integrar o corpo estranho que é o acontecimento traumático vivido, à própria história, é o móvel dominante.

Ao analisar a cena do sonho que Freud relata em *A Interpretação dos Sonhos*, “Pai, não vê que estou queimando”, Caruth (2000, p. 112) diz que o que o pai não consegue compreender na morte da criança torna-se justamente o fundamento de sua

identidade de pai. Este é o mecanismo que opera no trauma, a cena traumática toma logo o lugar de cena originária e torna-se sua identidade. Para ela, Freud mostra nesta análise como o

[...] acidente traumático - o confronto com a morte - ocorre cedo demais, subitamente demais, inesperadamente demais, para ser totalmente compreendido pela consciência. No texto de Lacan, este caráter peculiar de acidente, no coração da noção freudiana de trauma, é ligada à significação filosófica maior da repetição traumática. Não é surpreendente que, na origem da experiência analítica, o real tenha se apresentado na forma do que é inassimilável nele - na forma de um trauma, determinando tudo o que se segue e impondo nele uma origem aparentemente acidental? (Caruth, 2000, p. 121-122)

Na volta do médico, Fausta está visivelmente irritada com este, diz que ele é ignorante, pois quer que ela use outro “método contraceptivo”. A moça, inscrita em um circuito simbólico, sabe que o médico fala de um organismo, enquanto ela sofre de algo que não pode nomear, e que não é explicado pela medicina. “Ele não vai entender”, ela diz. Não vai, pois que fala, como médico, de uma realidade e não do real do corpo. Sua mãe lhe contou que no tempo do terrorismo uma vizinha fazia assim para que ninguém a violasse. “Era mais inteligente”, diz Fausta, atribuindo valor ao que lhe foi transmitido. Ainda que o tio lhe diga que nada vai lhe acontecer, ela insiste no que sua mãe lhe falou. “Sua mãe está morta”, enfatiza o tio. Mas não para ela, que ainda não conseguiu enterrá-la, e cujas palavras ainda estão vivas, pulsando.

Melman (2016, n.p.) ainda faz uma crítica ao fato de haver cada vez mais um interesse terapêutico em atender estes pacientes e fazê-los falar justamente sobre o indizível, sobre o acontecimento, de forma urgente. Gampel (2014, n.p.), reflete: “Mas é muito difícil contar o trauma pelo qual se passou, porque a pessoa nem consegue acreditar que passou por aquilo. Contar não é um trabalho sobre o passado, é uma ‘retraumatização’.”

São situações que se pretendem terapêuticas, mas que só fazem expor ainda mais o sujeito tanto à angústia sem nome quanto à violência da agressão. O confronto, nesse caso, atinge a realidade psíquica com um efeito de perenização da cena traumática. Melman (2016, n.p.) critica ainda a vitimização e chama de infeliz esta maneira socialmente disseminada de tratar a questão.

A concepção vitimológica no tratamento do trauma foi também apontada por Besset et al (2006, n.p.), para quem transformar o trauma em um transtorno objetivo desresponsabiliza o sujeito face a seu próprio sofrimento e o segrega a grupos de “traumatizados”, impedindo a subjetivação.

Coerentes com essa definição, tanto a psiquiatria quanto algumas formas de psicoterapia procuram atuar diretamente sobre o episódio traumático como forma de engessar a parte traumatizada. Mas, focalizando apenas no trauma, essas abordagens deixam de lado o sujeito que possui a *ferida* aberta com ele. (Besset et al, 2006, n.p.).

Assim, se é possível propor uma terapêutica para o trauma, é pela via do sintoma, da inibição ou da angústia, e não para eliminar o que restou desta experiência. É importante compreender o risco de fazer o sujeito se identificar à posição de vítima da cena traumática. Não se trata de não fazer o reconhecimento coletivos das experiências traumáticas coletivas ou comuns, papel da esfera pública, mas sim de tomá-las em sua tragédia singular.

Na sequência do problema de como enterrar a mãe, a família se mobiliza para embalsamar o corpo, em um ritual com a presença somente das mulheres. O corpo de Perpétua assim se perpetua.

Fausta então começa a trabalhar, levada pela tia. Seu primeiro emprego é na casa de uma pianista rica e famosa. Uma outra serviçal da mansão lhe inspeciona as orelhas, a boca, os dentes, pescoço, mãos. Novamente a tomam como um corpo da realidade, sem dar contorno, sem subjetivá-la. A mulher lhe dá artigos de higiene, entre os quais uma tesourinha, e lhe pede que corte as unhas. Porém, Fausta usa a tesoura para cortar os brotos de batata que nascem de seu ventre.

Em algum momento a patroa a chama, ela chega e se apresenta: “*Soy Fausta*”. A mulher nem a olha, não se apresenta, não faz laço. Fausta imediatamente começa a sangrar pelo nariz. Na falta de um reconhecimento, imediatamente seu sintoma retorna.

A preservação do eu depende não só do investimento amoroso tanto do sujeito como das pessoas que o cercam, como de um meio no qual possa reconhecer um lugar para si mesmo. As situações de catástrofe, em que a integridade corporal do indivíduo e/ou de sua vida é destruída, equivalem subjetivamente ao abandono pelas figuras protetoras introjetadas, o supereu do amor. (Rudge, 2003, p. 113)

Além desse olhar do outro que não retorna, o fluxo de excitação pulsional, que é uma das características do paciente traumatizado, representado aqui pelo sangramento no nariz, é descrita por Melman (2017, n.p., tradução nossa): o sujeito, por ter sido exposto

[...] a este excesso de excitação, não tem condições, não tem à sua disposição a articulação dialética que lhe permitiria dominá-lo. Constitui, portanto, um fluxo de excitação aberrante, incompreensível, absurdo, e ele não dispõe da linguagem necessária para que isso venha a ser tomado e integrado, metabolizado e assim, suportado.

Em 2004, a pesquisadora americana Theidon (Azerêdo e Silva, 2011, p. 3) relatou que à época, havia no distrito de Accamarca, no Petu, sete jovens mulheres que nasceram com problemas físicos ou mentais, todos atribuídos a *la teta asustada*. Zygouris (1995, p. 231) afirma que “todo acontecimento, seja ele coletivo ou estritamente pessoal, sempre atinge o indivíduo no mais singular de sua dor”. Voltemos então às dores de Fausta.

A moça então conhece o jardineiro da mansão, um homem mais velho, de sua etnia, e que parece ter interesses românticos nela. É importante sublinhar que a língua do filme é o espanhol, porém a língua em que Fausta se comunicava com sua mãe era o quechua.

Paralelo à história de Fausta, vê-se o drama de sua patroa, Aída, uma pianista sem inspiração, amargurada, que joga pela janela do primeiro andar seu piano. O instrumento musical resta destruído no jardim, e depois é queimado por Fausta e por Noé, o jardineiro. A patroa, às vésperas de apresentar um recital e sem ter nenhuma composição pronta, se interessa pelas músicas de Fausta, especialmente uma, “*La Sirena*”:

*Dicen en mi pueblo que los músicos
hacen un contrato con una sirena
si quieren saber cuánto tiempo durará
durará el contrato con esa sirena*

De un campo oscuro tienen que coger

*un puñado de quinua para la sirena
y así la sirena se quede contando
dice la sirena que cada grano
significa un año.*

*Cuando la sirena termine de contar
se lo lleva al hombre y le suelta al mar.*

*Pero mi madre dice, dice, dice
que la quinua difícil de contar es
y la sirena se cansa de contar
y así el hombre para siempre
ya se queda con el don*

Para além da possível e interessante interpretação dos signos da letra da música composta por Fausta, percebe-se a questão temporal, como essa contagem fosse eterna, em um fora do tempo do trauma, ditado por sua mãe. As referências cenográficas e metafóricas são inúmeras na obra, mas o que interessa é a imbricação dos significantes que formam o universo de Fausta. Que os há, para além do trauma original. A personagem não fala por si como em uma análise, mas o trabalho na clínica do trauma é justamente reconhecer as questões do paciente traumatizado, conferir-lhe sentido às palavras e gestos, um trabalho de “transferência invertida”, como chama Zygoris (1995, p. 240). A autora fala ainda da construção de uma ficção verdadeira, (1995, p. 241), que pode construir uma discursividade em torno do buraco do trauma, costurando o imaginário e produzindo um sujeito que pode simbolizar sua própria história.

Na primeira vez em que a patroa pede que ela cante, Fausta fica muda, e a patroa, de tão brava, acaba por arrebentar seu próprio colar de pérolas. Ou seja, uma relação pouco mediada pela palavra, mas sim por rompantes violentos onde o que é de valor é arrebentado: o piano e o colar de pérolas. Aída lhe diz: “*se tu me cantas, te regalo con una pepita*”.

A vida de Fausta nos finais-de-semana na periferia continua. No noivado de sua prima, é grande o contraste da alegria de todos com a sua cara sempre fechada e assustada. Mas socialmente ainda se toma Fausta como um sujeito assujeitado ao trauma, que vira sua identidade: um moço violenta-a com as palavras, lhe diz que ela jamais poderia se casar, pois tem *la teta assustada*, e a seguir lhe recita um verso pedindo “*banha-me con tu menstruación*”. Ao mesmo tempo que o sujeito está agarrado no gozo do trauma, na imagética que o caracteriza, se angustia. Este rapaz a mantém no mesmo lugar de angústia e violência, perenizando o trauma. Fausta não suporta e se afasta, corre para junto ao corpo de sua mãe, e não o encontra. O corpo de quem se perpetua estava embaixo da cama. Ela o toca e se acalma.

Em “Além do Princípio do Prazer” (1920, p. 40), texto em que Freud aborda a questão econômica do trauma:

A energia catéxica é convocada de todos os lados para fornecer catexias suficientemente altas de energia nos arredores da ruptura. Uma ‘anticatexia’ em grande escala é estabelecida, em cujo benefício todos os outros sistemas psíquicos são empobrecidos, de maneira que as funções psíquicas remanescentes são grandemente paralisadas ou reduzidas.

A hipercatexização da cena traumática, incluindo o indivíduo em grupos de traumatizados dos mais diversos tipos, pode levá-lo a uma melancolização, identificando-se à ruptura jamais simbolizada. Todos os outros aspectos de sua vida ficam esmaecidos. Permitir que a tragédia vire um drama singular, dentro da cena clínica, é permitir a desidentificação e a possibilidade de catexizar outros sistemas psíquicos. Zygouris (1995, p. 231) trabalha com a noção de tragédia e drama, e chama a atenção para que não se reduza todo acontecimento traumático a histórias edípicas ou sexuais, e insiste na

[...] restauração de um laço entre uma experiência singular e os fundamentos míticos que ordenam as comunidades humanas, que ultrapassam a relação dual. Esse tempo derradeiro de uma análise representa o retorno do indivíduo, que a experiência traumática havia tornado estrangeiro a seu próprio tempo e ao dos outros, à comunidade de seus semelhantes. (Zygouris, 1995, 233-234).

Os psicanalistas devem, portanto, trabalhar na direção contrária à generalização e à vitimização, indo no caso a caso, em busca da responsabilização pelo sujeito de sua causalidade psíquica. Dentro da conceitualização do trauma como sujeição ao gozo do Outro, sem significação, e muitas vezes, em casos de abuso infantil, com marcas pulsionais que constituem uma forma de atividade, como objeto da demanda e gozo do Outro (Braunstein, 2003, p. 98), não se pode aí excluir uma vontade maléfica, não só em abusos infantis mas também nos casos de guerras e genocídios. Muitas vezes o Outro não é inocente.

Conhecemos o padecer desses sobreviventes graças ao testemunho daqueles que passaram pela experiência assustadora do encontro com um real inominável e irrepresentável. Os que padeceram de abuso sexual, os que sobreviveram “por milagre” a um acidente em que outros deixaram corpos e vidas, as vítimas de “assassinatos da alma”, as testemunhas das grandes catástrofes dos últimos cem anos. (Braunstein, 2003, p. 106).

Ainda assim, a cena traumática não pode e nem deve ser uma condenação à morte psíquica, nem ao assujeitamento a um real que não para de tentar se inscrever. O traumatizado pode e deve assumir a responsabilidade pela vida que leva a partir da cena traumática. E a comiseração com o próprio sofrimento conspira contra esse objetivo, segundo Braunstein (2003, p. 106), que nos alerta mais adiante no texto: “O relato autobiográfico aspira a ser metonímico, a colocar-se na continuidade de quem o escreve: a permanência suposta do escrito transcenderia a transitoriedade do autor. O testemunho viveria no lugar da testemunha.” É como se o próprio traumatizado vivesse exilado de sua identidade anterior, e fosse substituído pelo próprio trauma. Ele continua: “Quem tenta contar ou escrever a história de seu trauma se apresenta como mártir ou testemunha (etimologicamente é o mesmo). A palavra é, queira-se ou não, uma tentativa de cicatrização. Ou a sufocação do grito”.

Então, para que possa haver simbolização e o conseqüente recalque, é necessário deslocar o sujeito da posição de vítima do gozo do Outro. Destaca-se sua importância no campo do funcionamento psíquico, em direção ao tratamento e cura do trauma. E quando o trauma se torna narrativa plena, metafórica, começa a existir um sujeito, que se nutre de sentido. Ao mesmo tempo, a cena se desfaz como trauma e pode virar memória. Pois que o trauma é o avesso da memória.

Na mansão, o jardineiro, Noé, pede a ela um copo de água na cozinha e começam a falar em quechua. A partir dali se inicia uma amizade e a sereia, que era praticamente muda, começa a ter longos diálogos com ele. Falam sobre flores. Fausta encontra alguém

com quem pode falar a língua materna. Ele mora perto de sua casa nas montanhas, e muitas vezes voltam juntos para casa. É seu primeiro contato com alguém que não a toma como doente.

O que Melman (2016, n.p.) propõe como terapêutica é não evocar no paciente o acontecimento em si, o fato que originou o trauma. Isso é o que deve ser feito no momento do evento, se possível, para evitar o traumatismo, se algum risco há, pois não há como prever. Mas, depois do trauma instalado, a melhor forma de trabalhar é fazer o sujeito falar de sua vida, de sua infância, fazer falar a criança no adulto e introduzir a possibilidade de imaginarizar e simbolizar. É importante fazer o paciente reabitar a subjetividade eclipsada.

Mas, principalmente, fazer com que o ressurgimento de um real desta vez simbolizado, ou seja, o modo como se pode constituir para o paciente o campo do Outro, sensibilize-o para o fato de que o real bruto, aquele com o qual ele tem que lidar, é indiretamente também um efeito de discurso: o que sobra, sobra após a simbolização. (Melman, 2016, n.p., tradução nossa)

Logo, esta forma de conduzir o tratamento, com uma clínica direcionada para a reintrodução das dimensões imaginária e simbólica, ou seja, uma terapêutica a partir da teoria borromeana, é a clínica na direção oposta à chamada clínica do real. É uma clínica que permite costurar rupturas e lhes dar sentido. Ao invés do corte, a costura. A aposta de Melman (2016, n.p.) para esta direção de tratamento é em que não tenha havido a destruição do imaginário e do simbólico, mas que eles estejam somente fechados pelo real.

Não é uma clínica fluida, é uma clínica árdua e árida, pois não há demanda e os pacientes têm dificuldade de se movimentar, agarrados ao real bruto. Melman (2016) afirma que este é o único gozo, a única forma de satisfação pulsional que lhes resta, um gozo que não é do semblante. Para Braunstein (2003, p. 104-105),

[...] a vivência traumática, não podendo se integrar no simbólico, não pode tampouco cair no esquecimento. Lá permanecem as marcas corporais do gozo como signos perceptivos (*Wahrnehmungszeichen* na carta 52) que não estão submetidos ao deciframento do inconsciente e que resistem a ser colocados em palavras.

É importante também não somente o paciente poder falar, mas poder falar de outro lugar que não assujeitado à cena traumática. Então, quando se houver estabelecido uma relação de transferência, o paciente estará curado de seu trauma, porque aí este real foi habitado.

Em uma das idas para casa, Fausta observa aflita a cova que o tio cava no quintal, mas que acaba tendo a função de piscina para as crianças. Ao fundo, um dizer em um quadro na parede: “*no me olvide*”. Para poder lembrar, é preciso esquecer, e o trabalho de luto vai sendo adiado com a presença da morta-viva dentro de casa.

Fausta, para quem alguma movimentação subjetiva parece que vai sendo possível, finalmente consegue, em uma explosão, cantar “*La Sirena*” para a patroa. Primeiro a voz ao fundo, com ela de boca fechada, e a seguir canta ela mesma, apropriando-se de sua voz para destiná-la a um outro. Em seguida, troca sua música por uma pérola. Fausta chora.

A sereia, as pérolas, Noé: este coletivo de signos, recurso que o filme explora, remete à perda, como explica Vivès, citado em texto de Azerêdo e Silva (2011, p. 3):

[...] qual é então a característica do canto das sereias? Contrariamente ao que se pode ouvir, ele não é agradável. Há uma dimensão de tensão e logo de gozo importante, que podemos compreender se nos reportarmos à origem da criação das Sereias. [...] O nascimento das sereias se origina então de uma perda que causará um apelo.

Esta passagem se presta a uma articulação com a questão do representante da representação. Um apelo, quer seja, um direcionamento ao outro, só é possível quando a perda, ou seja, a falta, estiver instalada. Então, ao apelar a um outro, cantando e aceitando esta troca, Fausta mostra que algo em si está se movimentando. Onde antes não havia perda, havia perda de subjetividade, seu embotamento, uma hipercatexia na sua cena originária, atrelada a uma cena/situação da qual não poderia nunca se desvencilhar, preso ao corpo e à língua maternos, sob temor da cena violenta que a angustia. E a angústia aqui não serve de sinal, mas sim de representante da representação, que lhe faltou, que não houve. Seu medo é de algo indecifrável do ponto de vista da linguagem. É um medo no corpo real, no campo do real, que é repetido à exaustão com recursos do real.

Fausta, a sereia, começa a ganhar muitas pérolas em troca de sua música, que muito interessa à amargurada patroa. A partir desta abertura, de oferecer sua voz para um outro, fazendo laços possíveis, sua relação com o jardineiro se estreita. Fausta abre o portão para ele com uma flor na boca, dá sinais de desabrochar e se oferecer como flor para ele. Parece que se estabelece ali finalmente uma relação transferencial, de confiança em Noé, com quem pode falar a língua materna, mas que a introduz em outro universo diverso do materno e com quem pode iniciar uma troca simbólica.

O estabelecimento da transferência, para Melman (2016, n.p.), é o momento em que se pode considerar o paciente como curado de seu trauma. Ele está curado pois há um real habitado, a partir de onde ele pode falar, e não somente falar, mas falar a partir de um lugar de falta, que se endereça ao outro. Então, quando Fausta se faz de flor, ocupando com seu corpo um lugar simbólico que se destina a um outro, pode-se dizer que a transferência foi estabelecida e seu trauma pode vir a se dissolver. Falar de flores, do jardim, do piano, falar na sua língua materna, tudo isso catexiza outros aspectos da vida do sujeito, que pode introduzir a possibilidade de imaginarizar e simbolizar, que haviam ficado perdidas.

A questão da transferência no tratamento do trauma também chama a atenção de Zygouris (1995, p. 238), para quem o analista deve reconhecer e supor um sujeito no paciente, conferindo sentido e palavras, que é, nesse caso, o próprio trabalho sobre a transferência. Para ela, é necessário que haja a contribuição de um imaginário compartilhado, pois “o próprio do trauma é o congelamento do imaginário, tornando impossível o sentido e, conseqüentemente a passagem a uma significação linguageira, isto apesar do sujeito falar e até falar do assunto”. (Zygouris, 1995, p. 246) Para sair de uma cena traumática não se pode estar sozinho, é preciso que haja um outro aparelho psíquico, presente, falante, para poder juntar as pulsões, os afetos e as palavras, por seu intermédio e aposta. Um outro, carregado de desejo, deve se manter na soleira da porta para indicar uma saída suportável.

Para a autora, a cena traumática toma o lugar da cena originária no psiquismo, e é importante desalojá-la desta função e tirar o sujeito do “jugo fascinante da dor” (Zygouris, 1995, p. 248). É necessário criar uma ficção, pois o real não é amável. Mas pode se tornar o motor de uma atividade imaginária e simbolizante, caso o outro acuse recebimento.

Mas este processo não está terminado, e Fausta segue em um vaivém de abertura e fechamento. Continua doente, por causa da infecção em seu útero, e ainda não enterrou sua mãe. Ainda se recusa ao atendimento médico, presa no fio de gozo que lhe resta do

real indecifrável. Para Gampel (2014, n.p.), “não há cura. Só a possibilidade de estar presente para que o outro continue a crescer e a criar. Mesmo com toda a dor.”

Na sequência, chega o dia do grande concerto de sua patroa, que toca ao piano a canção “*La Sirena*”. Fausta está feliz, pois vai receber todas as pérolas do colar arrebatado e poder, enfim, enterrar sua mãe. Mas feliz não está Aída, que a expulsa do carro, sem lhe pagar, por medo de que a empregada revele seu segredo, de que a composição não era sua. Fausta sai à noite pelas ruas de Lima e chega à casa dos tios. Está desolada, fala ao tio que quer enterrar a mãe, mas não consegue o dinheiro suficiente.

Após o casamento da prima, durante o qual continua cabisbaixa, dorme. Assusta-se com seu tio, dizendo que ela tem que seguir sua vida, e então ela corre para a casa da ex-patroa. Pega suas pérolas e sai correndo e, enquanto o dia amanhece, ela cai chorando aos pés de Noé, o jardineiro. Ele a leva ao hospital desmaiada. Acorda com o tio ao seu lado, lhe dizendo que durante toda a cirurgia não abriu sua mão. Ela lhe mostra as pérolas. Finalmente livra-se da batata, uma realidade que dava lugar ao simbólico, que deveria se inscrever no lugar do vazio do trauma.

Na estrada, rumo ao lugar onde vai enterrar sua mãe, aparece a insólita cena de uma arca, a arca de Noé. São recursos fílmicos que mostram a força daquele que a resgatou, que insistiu e lhe deu uma significação para além da identificação à cena traumática que herdou de sua mãe. Perpétua pode assim também passar do real de um corpo morto para a memória, através do processo de luto.

Na cena final, Fausta, em casa, recebe um vaso de flores germinadas a partir de um tubérculo. É onde esse signo, a batata, pode virar significante, uma flor que desabrocha, fora de seu corpo, e onde finalmente algo pode germinar, vindo como um presente, de um Outro. Não mais uma batata que a impediria de ser vítima da violência como a que a mãe vivenciou, mas como signo de um dom de amor. *Ya se queda con el don.*

Considerações finais

Ao abordar a incidência do real através da ficção, pela análise da personagem do filme “*La Teta Asustada*”, observou-se sua trajetória rumo à abertura e à catexia de outros objetos que não somente o corpo da mãe, objeto do trauma que, por isso, fazia esse luto ser impossível. A partir do momento que a transferência se estabelece e que há um lugar de confiança para o sujeito, não mais apenas para o assujeitamento ao real do corpo da mãe, a construção de significantes se torna possível. O desabrochar não é mais da batata que a impede de ser mulher, mas dela mesma, como sujeito.

A cena traumática, por ser marcada por este caráter imprevisível do encontro com o real, não permite a previsão de que determinado acontecimento será traumático. É preciso escutar cada sujeito para saber se há um trauma, se há algo do real encapsulando as outras instâncias e que impede a metaforização.

O sujeito é chamado na sua singularidade. Os fundamentos freudianos demonstram sua fecundidade quando se trata de abordar o que nele se apresenta como sofrimento, para poder se abrir ao sentido para que uma ficção possa ser construída e simbolizada. Para que a cena entre no campo do representável, é necessário que o imaginário de um outro venha dar corpo ao relato, como explica Zygoris (1995, p. 236):

Lacan introduziu a diferença entre real e realidade, que permite repensar a questão do trauma em sua relação com a atividade imaginária e com a simbolização. Infelizmente esta sua contribuição permanece estéril para todos aqueles que, pensando desse modo

serem fiéis a ele, julgaram correto considerar como inutilidade o funcionamento do imaginário.

Que o analista possa conferir sentido e possa ele próprio sair da armadilha da repetição e fazendo sua entrada em cena. Portanto, o tratamento deve ir em direção de uma singularidade, na transferência. Soler (2007/2021, p. 66) é enfática na questão da singularidade, dizendo que não há um tratamento-padrão para traumatizados, pois tratam-se de sujeitos traumatizados. O trauma, diz ela, tem estrutura de foraclosure, e “as sequelas são do sujeito”. Portanto, manter sujeitos traumatizados em grupos, como testemunhos ou até como tentativa terapêutica, é ineficiente. Ao contrário, estamos fixando ainda mais o sujeito no assujeitamento à imagem traumática, fazendo-o se identificar com esse lugar de objeto do gozo do Outro. Para Soler (2007, 2021, p. 67),

[...] a interpretação do efeito traumático, do real traumático, provém do sujeito, de sua fantasia, seja ele psicótico ou neurótico. A psicanálise, então, se puder intervir, pode intervir precisamente no nível das sequelas e nos elementos mobilizados nas sequelas.

Zygouris (1995, p. 230) diferencia drama de tragédia, pois considera que “o trauma introduz o sujeito na dimensão da tragédia, enquanto as demais infelicidades dizem respeito ao drama.” No entanto, o trágico pode vir reforçar um drama singular quando atos ou palavras destituem um sujeito de um lugar que lhe caberia de direito.

Permitir a passagem da tragédia ao drama é a característica do trabalho do analista. “Eis a razão pela qual cada vez que se aborda o estatuto do trauma, quase obrigatoriamente se é levado a refazer a história da psicanálise, sua relação com a história e a forma pela qual cada analista aí se situa.” (Zygouris, 1995, p. 230)

Porém, para Rudge (2003, p. 113), a falta de recursos psíquicos para lidar com acontecimentos traumáticos jamais é inteiramente superada.

Pode-se ser reconduzido a uma situação de desamparo em qualquer momento da vida, e não apenas como consequência do acoso pelas pulsões insatisfeitas, mas também dos golpes dolorosos do destino, doenças, perdas, violências e traições a que estamos sempre sujeitos, e que muitas vezes significam um grave golpe no narcisismo.

Para a autora, os recursos simbólicos de que dispomos para elaborar o que a vida apresenta não são ilimitados. “O vazio de razões, a falta de preparação, a impossibilidade de dar qualquer sentido para um acontecimento doloroso, nos remetem a uma posição de impotência para responder a ele e o caracterizam como traumático”.

Fica como questão saber como o trauma se construiu em torno da cena originária, a saber, o estupro da mãe quando esta estava grávida de Fausta, e como a traumatizada veio a ser a filha. Como acontece esta transmissão de “*la teta asustada*” pelo leite materno? Obviamente é uma metáfora para algo do “susto” vivido por essas mulheres. Mas que hoje intrigam pesquisadores mundo afora. Na relação entre Fausta e Perpétua isso se passa de modo diverso, pois que Fausta, dentro do ventre da mãe, está incluída na cena do abuso sexual. Não se sabe como, e é talvez o que se perca do real para sempre, mas que pode ser imaginizado e simbolizado para alinhar uma saída para o sujeito. No caso de Fausta, as palavras lhe serviram para justamente se identificar à cena traumática e não para sair dela. Nenhuma outra possibilidade de vida lhe foi oferecida, a não ser seguir doente para sempre.

Reafirma-se a importância do lugar de escuta e de amarração simbólica da psicanálise, como lugar do terceiro e a importância do diagnóstico para subsidiar a clínica

deste que vem sendo um grande desafio no dia-a-dia do trabalho de psicólogos e psicanalistas.

Especialmente em situações de risco e emergência, cada vez mais comuns no dia-a-dia, para fazer falar, costurar sentidos. Então a psicanálise também tem seu lugar para além de desfazer sentidos e identificações. A clínica do trauma propõe um lugar outro, que possibilite imaginarizar e simbolizar, costurando ao redor de buracos muitas vezes inassimiláveis.

Referências

Azerêdo, G. e Silva, E. M. (2011) Fausta e o canto da sereia: mitologia e violência simbólica em *La teta asustada*. *Cultura e Tradução*, João Pessoa, p. 1-11, v. 1, n. 1. Acesso em 02 dez 2022, de <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ct/article/view/13030/7541>.

Besset, V. L., Zanotti, S. V., Vieira, M. P., Costa, L. S., Silva, G.V.D., Brito, B. P. M., Maluf, A. P. Trauma e Sintoma: da generalização à singularidade. *Revista Mal-estar e subjetividade*. V.6, n. 2, Fortaleza, set. 2006. Acesso em 06 out 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000200003

Braunstein, N. A. (2003) Sobrevivendo ao Trauma. In: *Tempo Psicanalítico*. Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle. Rio de Janeiro, v. 35, p. 93-114.

Caruth, C. (2000). Modalidades do despertar traumático (Freud, Lacan e a ética da memória). In: Nestrovski, A; Seligmann-Silva, M. (Ed.) *Catástrofe e representação: ensaios* (p. 111-136). São Paulo: Escuta.

Debieux Rosa, M. Prefácio. In: Dunker, C.I.L. e Rodrigues, A.L. (Ed.) (2015) *A realidade e o real: verdade em estrutura de ficção*. São Paulo: nVersos.

Dunker, C. I. L. e Rodrigues, A.L. (Ed.) (2015) *A realidade e o real: verdade em estrutura de ficção*. São Paulo: nVersos.

Emerich, C. Traumatisme psychique, traumatisme réel: quels enjeux? Du bon usage du traumatisme, Nice, *Anais de la Journée Association Lacanienne Internationale – École Pratique de Hautes Études em Psychopathologies*. Não paginado. Nice: 2018. Acesso em 06 out 2019, de <http://www.ali-provence.com/2018/07/choula-emerich-traumatisme-psychique-traumatisme-reel-quels-enjeux/>

Freud, S. (1996). Conferência XVIII – Fixação em Traumas – O inconsciente. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1917)

Freud, S. (1996). Conferência XXII – Algumas ideias sobre desenvolvimento e regressão - Etiologia – O inconsciente. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1917)

Freud, S. (1996). Introdução ao texto *A Psicanálise e as Neuroses de Guerra*. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. XX. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1919)

Freud, S. (1996). Além do princípio de prazer. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1920)

Freud, S. (1996). O Estranho. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1920)

Freud, S. (1996). Inibições, Sintoma e Ansiedade. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. XX. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1926)

Freud, S. (1996). Conferência XXIX – Revisão da Teoria dos Sonhos. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1932)

Freud, S. (1996). Análise terminável e interminável. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1937)

Freud, S. (1996). Construções em análise. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1937)

Freud, S. (1996). Moisés e o Monoteísmo. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Original publicado em 1939)

Gampel, Y. Psicanálise quando uma bomba cai. *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, vol. 48, n. 4, não-paginado, 2014. Acesso em 03 ago 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2014000400002

Lacan, J. (1991) *O Seminário*, livro VII, A Ética da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar (Original publicado em 1959)

Lacan, J. (1998). Posição do inconsciente. In Lacan, J., *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar (original publicado em 1964)

Lacan, J. (1988) *O Seminário*, livro XI, Os quatro conceitos Fundamentais da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar (Original publicado em 1964)

Lacan, J. (2018) *O Seminário*, livro XIII, O objeto da Psicanálise. Recife: Centro de estudos freudianos do Recife (Original publicado em 1966)

Lacan, J. (2003). Radiofonia. In Lacan, J., *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar (Original publicado em 1970)

Lacan, J. (2010). *Le séminaire*, livre XXI: Les non-dupes errent. Acesso em 06 out 2019, de <http://staferla.free.fr/S21/S21.htm> (Original publicado em 1973)

Lacan, J. (2002) Conferência A Terceira. *Cadernos Lacan*. APPOA. Porto Alegre, v. 2, (Original publicado em 1974)

León, I. O. R. Aproximação à *Teta Asustada* como uma narrativa cinematográfica intercultural hispânica. *Revista EntreLínguas*, Araraquara, v. 1, n. 1, p. 131–146, 2015. Acesso em 20 jan 2023, de <https://periodicos.fclar.unesp.br/entrelinguas/article/view/8056>

Llosa, C. *La Teta Asustada*. (2009) Filme, 97 min. Color. Peru-Espanha: Generalitat de Catalunya - Institut Català de les Indústries Culturals (ICIC), Ministerio de Cultura, Oberón Cinematográfica.

Melman, C. (2017) Le traumatisme dans la vie ordinaire. In: *Journée École Pratique des Hautes Études em Psychopathologies*, não-paginado. Nice: EPHEP. Acesso

em 07 set 2021, de <https://ephep.com/fr/content/texte/charles-melman-le-traumatisme-dans-la-vie-ordinaire-conclusion>

Melman, C. (2016) Qu'appelle-t-on traumatisme psychique? Cycle de conférences 2016/2017 sur le Traumatisme Psychique, Paris. *Anais do Cycle de Conferéncias 2016/2017*, não-paginado. Paris: Association Lacanienne Internationale. Acesso em 06 out 2019, de <https://tinyurl.com/yxj4vpqs>

Melman, C. (1996) Qui n'a pas son traumatisme? Mélancolie, Traumatisme et Origine, *Bulletin Freudien*, Bruxelles, não-paginado. v. 27, mar. 1996. Acesso em 06 out 2019, de <https://tinyurl.com/yxzmuosb>

Nasio, J. D. (org.) (2001) *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Zahar.

Necchi, M. (2021) *La Teta Asustada: o leite, o sangue e a batata em uma realidade mágica*. Rede Amlat, não-paginado. Acesso em 20 jan 2023, de <http://www.redeamlat.org/2021/08/23/la-teta-asustada-o-leite-o-sangue-e-a-batata-em-uma-realidade-magica/>

Rudge, A. M. (2003) Trauma e temporalidade. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, vol. VI, n. 4, p. 102-116. Acesso em 20 jan 2023, de <http://old.scielo.br/pdf/rlpf/v6n4/1415-4714-rlpf-6-4-0102.pdf>

Rudge, A. M. (org.) (2006) *Traumas*. São Paulo: Escuta.

Soler, C. (2021) *De um trauma ao Outro*. São Paulo: Blucher. (Original publicado em 2007)

Zygouris, R. (1995) *Ah! As Belas Lições!* São Paulo: Editora Escuta.

Citação/Citation: Serathiuk, C. G. (2023). *A Clínica do Trauma na Psicanálise: costurando o Real*. Trivium: Estudos Interdisciplinares (Ano XV, no. 2.), pp. 29-51.

Recebido em: 18/10/2023
Aprovado em: 24/11/2023