



Trauma coletivo e o espaço psicanalítico

*Shmuel Erlich**, Jerusalém

O presente trabalho aborda idéias a respeito da influência de um contexto social traumático, marcado por circunstâncias violentas, sobre a relação entre analista e paciente e sobre o espaço psicanalítico. De acordo com o autor, diferente do trauma vivenciado individualmente, os traumas coletivos referem-se às comunidades e sociedades traumatizadas às quais pertencem tanto o paciente quanto o analista. E, na medida em que são membros da sociedade traumatizada, o trauma afeta a ambos os participantes da relação analítica. A partir desse contexto, o autor procura mostrar de que maneira a convivência cotidiana com mortes, ataques terroristas e massacres, que tem conseqüências sociais bastante complexas, entra nas sessões analíticas. E também como o analista deve estar atento para a complexidade dessa situação, na busca permanente da preservação do espaço psicanalítico. Esses temas são ilustrados com vinhetas clínicas que procuram mostrar como é possível trabalhar com os pacientes após a eclosão de um evento traumático, sublinhando a infindável, rica e desconcertante variedade de formas pelas quais a realidade externa encontra seu caminho no espaço psicanalítico.

Descritores: Trauma coletivo. Espaço psicanalítico. Objetividade. Subjetividade. Psicanálise em contextos sociais violentos.

* Psicanalista Membro Didata da Sociedade Psicanalítica de Israel.

1 Introdução

Gostaria de começar com uma história que contém uma vinheta clínica. Durante a Guerra do Golfo, em Israel, em 1991, fomos confrontados com uma ameaça desconhecida e perigosa – mísseis iraquianos carregando armas químicas ou biológicas. Desconhecida, já que ninguém sabia com certeza se tais armas existiam ou se o Iraque tinha capacidade de dispará-las. Lidar com uma ameaça desconhecida tornava as coisas muito piores e fomentava temores e fantasias. Fomos orientados a carregar máscaras de gás e a providenciar *quartos blindados*, os quais seriam seguros quanto aos gases letais (em vez de utilizar os abrigos antiaéreos usuais). Uma indicação da tremenda intensificação do terror e do pânico foi o fato de cerca de uma dezena de pessoas (adultos e crianças pequenas) terem morrido sufocados por não conseguirem abrir as válvulas de ar de suas máscaras de gás. Ao longo de diversas semanas de tensão e ansiedade, a maioria das pessoas obedeceu a essas instruções, as quais eventualmente revelaram-se equivocadas. Quando as sirenes de ataque aéreo soavam, pegávamos nossas máscaras de gás e corríamos para o abrigo do *quarto blindado*.

Em Israel, a maioria dos analistas e psicoterapeutas trabalha em casa e continuou atendendo durante esse período difícil. Emergiu um dilema novo e até então não-familiar: o *quarto blindado* servia a toda a família, freqüentemente aumentada com parentes e amigos que vinham buscar proteção. Esses quartos eram tipicamente muito pequenos e ficavam extremamente cheios, as pessoas poderiam estar emocionalmente perturbadas e não completamente vestidas, crianças pequenas choravam e faziam birra, e a permanência neles poderia durar muitas horas. Não seria o tipo de situação na qual se escolheria estar com um paciente, nem essa poderia ser considerada particularmente confortável para o mesmo, embora (ou porque) pudesse gratificar profundas curiosidades e a necessidade de espiar o analista e sua família em uma situação extremamente pessoal e *privada*.

Nesse contexto, tive uma experiência na qual aprendi muito. Confrontado com esse dilema e considerando minha compreensão e formação até aquele momento, parecia-me inicialmente impensável introduzir meus pacientes no pequeno quarto blindado de minha família. Em vez disso, adquiri um *traje blindado*, o qual ofereci – felizmente – apenas para uma paciente. A reação dela foi profundamente instrutiva: foi-lhe extremamente chocante – não por eu não deixá-la entrar no meu *espaço privado* com minha família, ou porque o que eu estava oferecendo-lhe seria inferior a um quarto blindado, mas porque significou

que, se algo ocorresse, eu iria correr para estar com minha família e a deixaria sozinha no meu consultório. Isso foi algo pelo que ela severamente e com razão me acusou. Após refletir, concordei com ela. Essa situação contribuiu para destacar e focalizar meu conflito: permanecer com o paciente ou estar com a família em uma circunstância de possível trauma e desastre? Foi um momento de aguda clareza, como se repentinamente as profundezas fossem iluminadas por “um raio de luz de intensa escuridão”, para usar a frase de Bion (apud Grotstein, 1981, p. 10). Os duros dilemas da responsabilidade profissional e pessoal, da lealdade e dedicação foram ressaltados. A natureza frágil e tênue da situação psicanalítica foi iluminada, bem como a necessidade de reconsiderar o que significa o *espaço psicanalítico*.

Antes de abordar essa questão, é importante descrever a natureza da crise em Israel. A maioria dos israelenses esteve em contato com circunstâncias adversas, incluindo numerosas guerras e ataques terroristas. Nossos quase sessenta anos de Estado são marcados por infindáveis esforços e luta por sobrevivência. Seria igualmente verdadeiro dizer que essas adversidades abarcam a totalidade dos cem anos do estabelecimento judaico sionista na terra. Também não há dúvida em relação à pesada sombra projetada pelo Holocausto, bem como outras reverberações de ecos da história judaica mais remota. Somos ainda uma sociedade confrontada com a terrível provação diária de mortes e massacres, mas também examinando questões relativas à nossa vida presente e futura, nosso direito fundamental de existir e as perspectivas terríveis de um interminável período de convívio com o terror. Desde a ruptura do tratado de Camp David, a deflagração da segunda *Intifada*¹ e os desenvolvimentos mais recentes nessa área, a sociedade israelense tem sofrido uma crise aguda de crescente dissensão, carência de liderança confiável e progressiva desesperança.

O impacto dessa crise aguda pode ser projetado na forma de diversos círculos concêntricos: no primeiro círculo, estão as vítimas diretas dos ataques terroristas, os quais sofreram pessoalmente ou através da morte ou ferimento de alguém próximo; no segundo, aqueles que se tornam vítimas por testemunhar pessoalmente atos de terror; e, no terceiro, aqueles que são traumatizados através do auxílio e trabalho com as vítimas; e finalmente, o resto da sociedade, a qual, em sua maioria (exceto aqueles que estão clamorosamente pedindo por ações), parece estar afetada por uma curiosa mistura de *passividade ativa* – ansiosamente restringindo sua liberdade de movimento, preocupando-se consigo mesmos, com seus filhos,

¹ Levante palestino.

parentes e amigos, e freqüentemente incapazes de trabalhar e concentrar-se.

O trabalho com os primeiros três círculos corresponde à difícil tarefa de atender às vítimas de traumatizações de massa – um tema importante, mas não aquele que irei focalizar. Meu foco aqui será a minha própria experiência e a de outros na prática psicanalítica e psicoterápica diária com pessoas do último grupo – aqueles não-diretamente traumatizados, os quais vêm às suas sessões imediatamente após ou enquanto as bombas estão sendo lançadas, as sirenes tocando, e a atenção está fixada no próximo anúncio do rádio quanto ao desastre ocorrido, tentando, ao mesmo tempo, imaginar o mapa do paradeiro de familiares e amigos.

Minha prática ocorre em Jerusalém, próximo ao Hospital Mount Scopus Hadassah e ao centro de operações da polícia nacional, de onde se visualiza, também, uma importante via de transporte. As sessões são freqüentemente invadidas por sirenes de ambulâncias e carros de polícia correndo para ou de um evento terrorista. Meus pacientes e eu chegamos a compreender que mais de três sirenes separadas e sucessivas significa que um evento desse tipo ocorreu. A realidade externa invadiu o espaço psicanalítico.

2 A natureza do espaço psicanalítico

Tanto já foi dito e escrito a respeito da situação psicanalítica que uma revisão é virtualmente impossível. A citação a seguir provê uma visão geral e resumo adequados: “A situação psicanalítica”, escreve Arlow (1987), “é possivelmente a maior e mais original das contribuições de Freud para o estudo da psicologia humana” (p. 382). Com sua origem histórica na hipnose, o que pode ser singular à situação psicanalítica é a sua capacidade para prestar-se a ser utilizada como um *espaço potencial* (Winnicott, 1971), uma área intermediária de experiência na qual as pessoas podem permitir-se estados alterados enquanto estão *contidas* pelo *setting* analítico e pela presença do analista, uma área transicional de experiência que é sentida como *self* e *não-self* (Bromberg, 1996, Aron; Bushra, 1998).

Mesmo essa sensível descrição não está suficientemente sintonizada com as complexidades que compõem a situação psicanalítica. Permitam-me mencionar brevemente algumas dessas: há uma diferença entre *situação* psicanalítica e *espaço* psicanalítico. Uma situação é física e objetivamente definível, descritível e manejável. Certamente, o mesmo se aplica a *espaço* quando se refere ao espaço



físico. Mas o *espaço psicanalítico* é uma criação realizada pelos seus dois participantes, os quais transformam a situação psicanalítica em um espaço psicanalítico (Viderman, 1979). Paciente e analista fazem uso do interjogo de forças, motivos e intenções para modelar um contexto de significado e compreensão que pode potencialmente servir a ambos. Nesse sentido, o espaço psicanalítico não está em lugar algum para ser visto, embora seja uma realidade psíquica operacional. A extensão na qual essa transformação realmente ocorreu, em um dado processo analítico, é um tema para estudo e reflexão.

De certa forma, tanto *situação* como *espaço* estão relacionados ao mundo físico. Isso sugere que a realidade psíquica não está separada da realidade externa. Da mesma forma que o ego é primeiro e antes de tudo um ego corporal, a realidade psíquica é basicamente a nossa percepção e construção da realidade física. A escolha não é, portanto, entre o dualismo cartesiano e a unidade transcendental de todas as coisas. Para colocar de forma simples e prática, é um modo *transformacional* que, como analistas, somos incumbidos de desenvolver e utilizar. Nós nos tornamos *peritos* em transformar fatos físicos, concretos, em experiência psíquica significativa. Um charuto é de fato um charuto, desde que não tenha sido transformado e vivenciado como alguma outra coisa.

Nós nos encontramos no entrecruzamento da subjetividade com a objetividade. Minha própria visão, a qual não posso desenvolver aqui, considera todos os processos internos como experiencialmente mediados e, nesse sentido, eles são totalmente subjetivos. Tenho chamado atenção para a importante distinção entre duas modalidades fundamentais de processar, modelar e organizar a experiência interna (Erlich; Blatt, 1985; Erlich, 2003a). A diferença crucial é que, em uma delas, é *experimentada uma unidade* sujeito/objeto – em contraste com a outra modalidade, na qual sujeito/objeto são experimentados como distintos e separados. Tendemos a referir como *subjetiva* a experiência na qual sujeito e objeto são vivenciados como amalgamados e fundidos; e tipicamente consideramos como *objetiva* a experiência marcada pela definição clara de sujeito e objeto, separados e distinguíveis. Por outro lado, tais modalidades – *objetiva* e *subjetiva* – influenciam e determinam nosso ponto de vista sobre a *objetividade* ou a *subjetividade* da experiência. Sugiro que consideremos o espaço psicanalítico como uma construção experiencial, modelada e criada por *ambas* modalidades. Levamos em consideração nossa própria experiência, e a de nosso paciente não depende de quão objetivos ou subjetivos realmente sejamos, mas da *modalidade experiencial* na qual *acolhemos*, absorvemos e processamos essa experiência.

3 Realidade externa: seu papel no tratamento psicanalítico

O impacto sobre o espaço psicanalítico de terrorismos traumáticos, como o 11 de setembro, e da existência diariamente dominada pelo terror, em Israel, é muito diferente do impacto de um trauma vivido de forma particular. A diferença está no fato de que, de forma bastante diferente do trauma vivenciado individualmente, em traumas coletivos estamos lidando com *comunidades e sociedades traumatizadas, às quais pertencem tanto o paciente quanto o analista*. Tanto o impacto traumático como a sua compreensão devem, portanto, ter algo da dinâmica de grupo e de processos sociais. Diversas conseqüências são pertinentes a esse nível e extensão do trauma. Na medida em que ambos são membros do grupo ou sociedade traumatizada, o trauma afeta a *ambos*, analista e paciente.

A experiência traumática comum estabelece e redefine o que é considerado realidade externa, provendo uma *base* de experiência nova, vivenciada conjuntamente e passível de mútuo teste de realidade. Isso contrasta com uma experiência traumática vivida de forma individual, seja pelo paciente ou pelo analista, compartilhada ou não entre eles, recebida pelo outro de forma empática ou não-empática.

Mais do que a definição da realidade externa e interna, a experiência partilhada modela e estabelece novas identificações de grupo e afiliações sociais vinculadas ao trauma. O trauma vivenciado em comum forja a integração no grupo social que inclui a ambos, paciente e analista, como membros. Essas novas afiliações são derivadas e baseadas na experiência comum do trauma e, além disso, possibilitam partilhar a culpa pela sobrevivência, a depressão, a reparação e, às vezes, a esperança.

As afiliações e fronteiras do novo grupo social recém-esboçadas são potencialmente problemáticas para o analista, assim como para o paciente. Um aspecto da questão é a súbita *camaradagem* a que analista e paciente são impelidos, e o dilema quanto a reconhecer, resistir ou negar o trauma. Um aspecto diferente ocorre quando analista e paciente encontram-se em lados políticos opostos, culpando e considerando o outro como *responsável* pela crise. Um exemplo israelense de tal situação contratransferencial é quando o analista está identificado com o movimento político *Esquerda e Paz*, e o paciente é um colono de *direita*, vivendo nos territórios ocupados. Tais questões estão sempre presentes no espaço psicanalítico, mas são usualmente confinadas a um segundo plano. O trauma partilhado impulsiona tais temas para o primeiro plano.

Essas observações podem, em alguma medida, explicar o fato peculiar

observado por muitos outros colegas com experiência similar e por mim: de forma geral, nossos pacientes (particularmente pacientes de análise) não falam muito, ou absolutamente não falam sobre os eventos que todos nós passamos juntos. Isso não é fácil de entender e parece mesmo intrigante. É similar à experiência de Winnicott (1945) nos tempos de guerra, quando ele “mal percebia os ataques repentinos, estando o tempo todo envolvido com a análise de pacientes psicóticos, os quais notoriamente são indiferentes a bombas, terremotos e enchentes” (p. 145). Os pacientes sobre os quais estou falando, entretanto, não são psicóticos. Talvez, quando a realidade externa é psicótica, o espaço psicanalítico possa tornar-se um bem-vindo paraíso de sanidade e integração pessoal. Claramente há, também, em relação a isso, marcadas diferenças entre analistas – alguns têm uma atitude mais “convidativa” a falar sobre a realidade externa que outros.

Tentei, geralmente em vão, decifrar referências a eventos externos em sessões ocorridas após ataques particularmente terríveis. Os pacientes apenas referem de forma breve, no começo da sessão, a situação terrível e, então, entram no que *realmente* os incomoda, que está dentro do seu mundo interno pessoal e privado. Às vezes, o fazem manifestando culpa por dar atenção às suas insignificantes dores e preocupações. Quando me parece possível detectar um vínculo inconsciente com eventos externos, fico pensando se serviria a um propósito útil trazer esse nível à tona. Ilustrarei brevemente esses temas, assim como um terceiro tipo, no qual *a situação* está inteiramente em foco.

Uma analisanda, com cerca de 50 anos, veio à sua sessão minutos após um carro-bomba explodir em uma rua de Jerusalém, matando dois transeuntes. Sua filha menor havia recentemente se mudado para uma esquina próxima ao local onde ocorreu a explosão, que inclusive quebrou as janelas de seu apartamento. Ela iniciou a sessão relatando-me o ocorrido com um misto de preocupação e alívio. Em geral, sente-se muito ansiosa em relação a essa filha – sua necessidade de autonomia, o relacionamento entre ambas e dessa com os homens, etc. O perigo externo real, reconhecido e com alívio deixado de lado, parecia *irreal* em comparação às suas preocupações internas.

Um jovem com marcado narcisismo em um tratamento analítico longo e intensivo vem à sessão logo após um fim de semana de violência e ataques terroristas sem mencionar nada a esse respeito. Fala de sua desorganização e falta de cuidado, o caos em sua vida e espaço privado, seu carro, casa e estudos. Ele realmente gostaria de dedicar-se ao estudo de filosofia, a qual abarca tudo. Refere não ter a capacidade de seu pai para total dedicação. Sente uma necessidade de ligar-se a homens de projeção, como Nietzsche e Schopenhauer. Tudo na vida é um compromisso, uma questão de cumprir obrigações. Ele procura uma idéia a

que possa se ligar. Indaga se sou capaz de compreender tudo isso. Menciona Yona Wallach² e questiona se eu teria tido possibilidade de tratá-la. Acredita que, na verdade, eu poderia. Ela percorreu todo o caminho, chegando a lugares onde ninguém havia estado. Reconhece ser muito difícil viver dessa forma. Seria melhor, talvez, desistir da vida? Porém, viver da forma que ele vive é desistir da vida. Atento aos vínculos com a realidade externa, embora sem mencioná-los, assinei sua tremenda necessidade *de percorrer todo o caminho*, de achar e agarrar-se a algo *puro* e maior do que ele em meio ao caos e à desordem, percebendo, ao mesmo tempo, o seu sério e antigo dilema: *viver e não viver*. Ele concordou e saiu com um sorriso.

Um homem inteligente e obsessivo, tipicamente movido pela culpa, depressivo e com suas capacidades severamente comprometidas, chegou certo dia parecendo um tanto satisfeito e feliz. Havia sido uma semana singularmente triste e difícil, com um número de mortos sem precedentes, tanto israelenses como palestinos. Comentou alegremente que sua esposa havia dito que ele parecia ser a única pessoa feliz em Israel no momento. A sua ocupação profissional coloca-o em contato próximo com pessoas e questões de ambos os lados da contenda. Tendo experimentado diversas psicoterapias anteriormente, rapidamente interpretou o seu bom humor como *irrealístico* e louco, atribuindo-o às suas necessidades neuróticas: as terríveis circunstâncias externas serviam para aliviar a sua culpa interna. Julgou que, estando as circunstâncias tão mal no mundo externo, ele podia internamente sentir-se menos triste e movido pela culpa. À medida que a sessão evoluiu, evidenciou-se que ele tinha estado envolvido com pessoas e conversas em ambos os lados, tendo, na verdade, ficado admirado com a sanidade dessas. Sugeri que, longe de estar meramente servindo a necessidades neuróticas, ele estava carregando dentro de si um pouco de sanidade e esperança, derivada de sua experiência real naquela semana e não-disponível para a maior parte dos demais na sociedade. Apesar de tudo, esse pouco de sanidade e esperança era tão *real* como qualquer outra coisa que estivesse ocorrendo. Ele podia ver que, se mais pessoas tivessem partilhado a sua experiência particular, talvez elas também pudessem partilhar o seu otimismo e bom humor.

As vinhetas diferem totalmente uma da outra, embora tenham ocorrido tendo, todas, como pano de fundo comum, os mesmos horrores e terrorismo externos. Todas as três lidam com a realidade externa, embora o façam de forma muito diferente: a primeira paciente brevemente a registra e prossegue para o seu

² Uma proeminente poetisa israelense que fez tratamento psiquiátrico, foi hospitalizada e, tempos depois, cometeu suicídio.



mundo interno. O segundo paciente jamais se refere a ela de forma consciente ou manifesta, embora eu acredite que esteja presente simbolicamente, de forma inconsciente, em seu prolongado anseio por um estado *puro, maior-que-o-self*, com o qual ele poderia fundir-se, e sem o qual a vida não seria completamente vivenciada. Vejo essa questão como inerente aos atos terroristas (Erich, 2002, 2003b), e pode bem ser que seja induzida naqueles que, por sua constituição e patologia, entram em ressonância com ela. O terceiro paciente considera o aparente valor da realidade externa, mas a interpreta em termos dos seus conflitos neuróticos e defesas intelectuais. Minha interpretação reconheceu e, além disso, expandiu essa realidade, permitindo-lhe sentir-se menos isolado e mais partícipe do grupo social e, ao mesmo tempo, acolhendo a sua voz individual dentro desse grupo.

Esses casos não pretendem representar tipos definidos ou métodos prescritos para lidar com uma realidade externa terrível. Eles sublinham a infundável, rica e desconcertante variedade de formas pelas quais a realidade externa encontra seu caminho no espaço psicanalítico e pode ser trabalhada. Esse *espaço* não é uma entidade única, suprema, monolítica oferecida para todos os três pacientes. Em cada caso, ele é a unidade singular criada pelo par específico e, em cada um deles, a realidade externa é tratada e valorizada diferentemente no contexto de um singular espaço psicanalítico existente.

4 A responsabilidade do analista pelo bem-estar do paciente

A situação e o espaço psicanalíticos são expressões fundamentais da técnica e da capacidade profissional do analista. Constituem muito daquilo por que o analista é profissionalmente responsável. Isso significa claramente fazer o melhor que pode para auxiliar o paciente a resolver as vicissitudes dos embates externos e das motivações e fantasias internas. Esse trabalho, como sempre, será mais favorecido pela criação e manutenção do espaço psicanalítico. Mas questões adicionais apresentam-se: a necessidade e a responsabilidade de continuar o trabalho psicanalítico frente a condições externas adversas; a responsabilidade relativa exercida pelo analista e pelo paciente pelo que pode ocorrer; e as questões técnicas que surgem como resultado delas. Por exemplo: se o percurso de ir e vir para a sessão expõe o paciente a risco – deveria o analista chamar a atenção do paciente para isso? A decisão quanto a continuar comparecendo às sessões é somente do paciente? E se vir para as sessões torna-se autodestrutivo? Sessões perdidas por circunstâncias perigosas devem ser cobradas? Quando, na verdade, estabelece-se um conluio com as fantasias agressivas do paciente, ou com fantasias

de indestrutibilidade do paciente ou do analista? Até onde vai a responsabilidade do analista em “*permitir*” ou “*proibir*” a vinda do paciente para o tratamento? Devemos sempre considerar o comparecimento à análise como a ação mais saudável e psicologicamente construtiva?

O exemplo retirado da experiência com a Guerra do Golfo, com o qual iniciei, chamou-me a atenção para o que vim a considerar como uma instância ética e profissional: desde que eu trabalhe e combine com pacientes a vinda ao meu consultório, sou responsável pelo seu bem-estar enquanto eles estiverem comigo. Portanto, meu conflito entre estar com a minha família ou com meu paciente, embora compreensível, é equivocado: meu comprometimento primário enquanto estou trabalhando é com o paciente, não com a família. De muitas formas, essa é a essência da minha postura e responsabilidade profissional. Se desejo alterar esse compromisso ou sinto que devo estar com minha família, seja para protegê-la ou para buscar proteção, eu deveria licenciar-me da minha prática, pelo menos temporariamente. Certamente o paciente não deve ser sobrecarregado com esse conflito. O dilema passa a ser se, sob tais influências e tensões, é possível manter o espaço psicanalítico e continuar a servir como um continente terapêutico. Obviamente, esse dilema não permite respostas e soluções padronizadas.

5 Fraternidade – irmandade frente ao perigo e ameaça externa

Até aqui, falei sobre *liberdade* (isto é, a liberdade de fazer escolhas responsáveis e éticas) e *igualdade* (isto é, o trauma externo igualmente experimentado). É, assim, natural que *fraternidade* deva vir na seqüência. Refiro-me ao sentimento de camaradagem e irmandade despertados, tanto no analista como no paciente, direta ou indiretamente, pela ameaça externa experienciada conjuntamente. Está vinculado às identificações narcísicas e produz gratificação, como exemplifica Henrique V, de Shakespeare (1599): “Nós poucos, nós felizes poucos, nós liga de irmãos”. Mais do que a culpa do sobrevivente, há um vínculo especial formado por terem passado pelos mesmos eventos aterradores e serem *irmãos de armas*. Na análise, diferentemente da maior parte das relações, essa fraternidade pode implicar uma fuga da transferência e, paradoxalmente, a corrosão do *espaço psicanalítico*. Ao mesmo tempo, o analista tem que estar preparado para reconhecer os eventos profundamente desconcertantes que tanto ele quanto o paciente atravessaram. Essa é uma linha tênue, pela qual é necessário caminhar com ternura, compreensão e empatia, mas sem perder de vista o objetivo e a tarefa analítica como um todo.



Certamente, esse não é um problema apenas do paciente. O analista também pode sentir necessidade de *partilhar* a sua experiência e de buscar conforto no paciente enquanto representação fraterna da comunidade. Em geral, não falamos sobre a solidão do psicanalista (Erlich, 1998). Indubitavelmente, manter a postura e o ponto de vista analíticos, criar, oferecer e manter o espaço analítico requer um esforço que frequentemente faz com que o analista sinta-se só e isolado. Os pacientes podem, então, tornar-se o elo para comunicação com o mundo externo. Eles fornecem informação, evidências e um sentimento de estar em contato com pessoas e a realidade social. Essa necessidade é intensificada durante períodos de ameaça externa e desastres, quando a nossa solidão se torna por demais aguda e intolerável e nos torna mais propensos do que nunca a necessitar e utilizar nossos pacientes como vínculos através dos quais desejaríamos nos manter unidos à rede social.

6 O impacto de pontos de vista políticos-religiosos

As invasões da realidade requerem respostas realísticas. O tipo e o escopo da resposta são determinados pela compreensão da origem e significado dos eventos precipitantes. Compreender é um ato interpretativo e é colorido pelos pontos de vista políticos de cada um. Esse tema merece por si uma discussão, mas há alguns pontos que eu posso abordar brevemente, baseando-me novamente em minha experiência israelense.

Analistas e psicoterapeutas tipicamente pertencem à parte do espectro sócio-político que pode ser livremente caracterizado como liberal ou de esquerda. Nossos pacientes são menos claramente definíveis. Muitos parecem ter pontos de vista políticos similares. Em Israel, pessoas de direita, ultra-religiosos e inclusive, recentemente, nacional-religiosos raramente se candidatam para um tratamento exploratório. Os pacientes árabes, em geral, também não têm este tipo de interesse. Entretanto, existem uns poucos pacientes *de direita*, religiosos e mesmo árabes, que apresentam questões singulares, como, por exemplo, uma visão da realidade externa muito diferente, politicamente inspirada e identificável. Isso pode facilmente tornar-se causa de um impasse terapêutico – a menos que seja manejado de forma muito sensível e habilidosa.

Psicanalistas tendem a ideologicamente rejeitar e condenar a violência. Acreditam na eficácia da discussão e no poder do diálogo, especialmente sob a benéfica influência da ligação pessoal. Essas crenças são baseadas em nossa experiência em uma prolongada situação a dois, na qual o espaço psicanalítico

provê condições ideais. Essa visão não leva em consideração as forças extraordinárias inerentes a processos grupais e supragrupais, que representam níveis dinâmicos muito diferentes, os quais vão além do intrapsíquico. Partindo do trabalho de Bion (1961) com grupos e de sua integração com a teoria dos sistemas abertos na tradição de Tavistock (Gould; Stapley; Stein, 2001), tem havido progresso no entendimento dos processos de pequenos e grandes grupos e da dinâmica organizacional e social. Essa síntese gera uma compreensão mais poderosa das questões envolvidas no lidar com inimigos e adversários (Erlich, 1997). Embora essa compreensão derive inteiramente de insights e instrumentos psicanalíticos, os psicanalistas tendem a desconfiar dela e a considerá-la uma mistura de psicanálise aplicada comparada com o ouro puro do tratamento psicanalítico.

Certas restrições teóricas inerentes à teoria psicanalítica, especialmente na área do desenvolvimento precoce e narcisismo, nos predispõem a considerar a aderência ideológica fervorosa como imatura, regressiva e patológica. Isso não somente limita nossa compreensão da adolescência, mas, no que se refere ao tema, fica no caminho de uma mais ampla compreensão do papel do envolvimento religioso, político e ideológico na vida adulta. Torna quase impossível compreender o auto-sacrifício suicida, o qual, na verdade, sob certas circunstâncias religiosas e sociais, pode ser normativo (Erlich, 2002, 2003b). Nossa visão é obscurecida pelo sistema ocidental de valores, o qual tende fortemente em direção à existência individual, autônoma, definida como a mais suprema aquisição e condição para a felicidade e realização. Essa visão tem influenciado profundamente a psicanálise e infiltrado a sua infra-estrutura teórica. Quando confrontados com orientações e valores diferentes, tendemos a caracterizá-los como patológicos e regressivos em vez de adaptar nossas teorias e compreensões para lidar com eles. Vale a pena explorar essa conjuntura – consiste o ponto no qual nossas teorias tornam-se nossa política e religião.

7 Conclusão

Como analistas, estamos finamente sintonizados a uma fatia da realidade que, para a maioria das pessoas, parece impraticável e não-pragmática: o material do qual são feitos os sonhos. Essa discussão empenha-se em considerar o impacto de realidades extraordinariamente graves e cruéis em nós, em nossos pacientes e no espaço dentro do qual nos encontramos e trabalhamos. É necessário alterar ou ampliar o nosso espaço e técnica psicanalíticas? Ou esses têm sido alterados de



formas que precisam ser percebidas e exploradas? Considero que não é o espaço psicanalítico que necessita ser revisado. Frente a terríveis eventos externos, ele deve mais ainda ser mantido e oferecido. Necessitamos estar alertas, entretanto, para as complexidades e perigos que destaquei, bem como ao horizonte político e social no qual funcionamos. Se fizermos isso, as nossas experiências irão encontrar expressão apropriada em nossa teoria e prática. □

Abstract

Collective trauma and the psychoanalytic space

The present work approaches ideas regarding the influence of a traumatic social context, pinpointed by violent circumstances, on the relation between analyst and patient and on the psychoanalytic space. According to the author, differently from the trauma experienced individually, collective traumas refer to the traumatized communities and societies to which both the patient and the analyst belong. And, as they are members of the traumatized society, trauma affects both the participants of the analytical relation. From this context, the author seeks to show in which way the daily living with deaths, terrorist attacks and massacres, that have quite complex social consequences, enters analytical sessions. And also how an analyst must pay attention to the complexity of this situation, on the permanent search for the preservation of the psychoanalytic space. These themes are illustrated by clinical vignettes that seek to show how it is possible to work with patients after the emergency of a traumatic event, stressing on the endless, rich and upsetting variety of forms by which external reality finds its way through the psychoanalytical space.

Keywords: Collective trauma. Psychoanalytic space. Objectivity. Subjectivity. Psychoanalysis in violent social contexts.

Resumen

Trauma colectivo y el espacio psicanalítico

El presente trabajo se acerca a ideas respecto a la influencia de un contexto social traumático, marcado por circunstancias violentas, sobre la relación entre analista y paciente y sobre el espacio psicanalítico. Conforme al autor, diferentemente del trauma vivenciado individualmente, los traumas colectivos se refieren a las

comunidades y sociedades traumatizadas a las que pertenecen tanto el paciente como el analista. Y, en la medida que son miembros de la sociedad traumada, el trauma afecta a ambos participantes de la relación analítica. A partir de ese contexto, el autor busca mostrar de qué modo la convivencia cotidiana con muertes, ataques terroristas y masacres, que tiene consecuencias sociales bastante complejas, entra en las sesiones analíticas. Y también como el analista debe estar atento para la complejidad de esa situación, en la búsqueda permanente de la preservación del espacio psicoanalítico. Esos temas son ilustrados con viñetas clínicas que buscan mostrar como es posible trabajar con los pacientes después de la eclosión de un evento traumático, subrayando la interminable, rica y desconcertante variedad de formas por las que la realidad externa encuentra su camino en el espacio psicoanalítico.

Palabras llave: Trauma colectivo. Espacio psicoanalítico. Objetividad. Subjetividad. Psicoanálisis en contextos sociales violentos.

Referências

- ARLOW, H. (1987). The dynamics of interpretation. In: _____. *Psychoanalysis: clinical theory and practice*. Madison: International Universities, 1991, p. 381-396.
- ARON, L.; BUSHRA, A. (1998). Mutual regression: altered states in the psychoanalytic situation. *Journal of American Psychoanalytic Association*. v. 46, n. 2, p. 389-412.
- BION, W. (1961). *Experiences in groups and other papers*. London: Tavistock.
- BROMBERG, P. (1996). Standing in the spaces: the multiplicity of self and the psychoanalytic relationship. *Contemporary Psychoanalysis*. v. 32, p. 509-535.
- ERLICH, S. (1997). On discourse with an enemy. In: SHAPIRO, E. (ed.). *The inner world in the outer world: psychoanalytic perspectives*. New Haven: Yale University, p. 123-142.
- _____. (1998). On loneliness, narcissism, and intimacy. *American Journal of Psychoanalysis*. v. 58, n. 2, p. 135-162.
- _____. (2002). Reflections on the terrorist mind. *IPA Newsletter*. Jun. 2002.
- _____. (2003a). Experience: what is it? *Int. J. Psycho-anal.* v. 84, n. 5, p. 1125-1147.
- _____. (2003b). Reflection on the terrorist mind. In: VARVIN, S.; VOLKAN, V. (eds.). *Violence or dialogue: psychoanalytic insights on terrorism*. London: IPA, p. 146-152.
- ERLICH, S.; BLATT, S. (1985). Narcissism and object love: the metapsychology of experience. *Psychoanalytic Study of the Child*. v. 40, p. 57-79.
- GROTSTEIN, J. (1981). *Do I dare disturb the universe?* London: Karnac.
- GOULD, L.; STAPLEY, L.; STEIN, M. (2001). *The systems psychodynamics of organizations: integrating the group relations approach, psychoanalytic, and open systems perspectives*. New York: Karnac.
- SHAKESPEARE, W. (1599). *The life of Henry the fifth*. New York: Washington Square Press, 1995.



- VIDERMAN, S. (1979). The analytic space: meaning and problems. *Psychoanalytic Quarterly*, v. 48, n. 1, p. 257-291.
- WINNICOTT, D. (1945). Primitive emotional experience. In: _____. *Through paediatrics to psycho-analysis*. New York: Basic, 1975, p. 145-156.
- _____. (1971). *Playing and reality*. Harmondsworth: Penguin.

Recebido em 19/4/2008

Aceito em 23/4/2008

Tradução de **Ana Paula Lago Maines**

Revisão técnica de **Lúcia Thaler** e **Neusa Knijnik Lucion**

Shmuel Erlich

42 Midbar Sinai Street, 97

805 – Jerusalem – Israel

e-mail: Shmuel.Erlich@huji.ac.il

<http://micro5.mscc.huji.ac.il/~freud/erlich>

© Shmuel Erlich

Versão em português Revista de Psicanálise – SPPA