

O enclausuramento da palavra

The enclosing of the word

Camila Melissa de Souza*

Resumo

Trata-se de um relato de experiência realizada no campo clínico, com uma jovem negra afrikana que após sofrer múltiplas violências físicas e psíquicas, procura tratamento psicológico. Durante o percurso analítico esbarra em questões nunca antes faladas e pensadas e percebe que é através da fala que pode alcançar a “cura”, ou seja, restabelecer sua capacidade de trabalhar, estudar e amar. O texto traz questões acerca dos efeitos psíquicos do racismo, da misoginia, do ensinamento religioso rigoroso, da imigração e da imposição social ao silenciamento feminino. Especificamente, atentando para os mecanismos psíquicos de converter sofrimento mental em sofrimento/dor físico(a), expondo as vicissitudes dos sintomas, suas consequências na vida amorosa, familiar e social.

Palavras-chave: Sofrimento psicológico. Racismo. Repressão.

Abstract

This is the report of an experience carried out in the clinical field, with a young Afrikan woman who, after suffering multiple physical and psychological violations, seeks psychological treatment. During the analytical journey, she comes up against issues never discussed and thought about before, and she realizes that it is through speech that she can achieve “cure”, that is, restore her ability to work, study and love. The text raises questions about the psychic effects of racism, misogyny, strict religious teaching, immigration and the social imposition of female silencing. Specifically, paying attention to the psychic mechanisms of converting mental suffering into physical suffering/pain, exposing the vicissitudes of symptoms, their consequences in love, family and social life.

Keywords: Psychological suffering. Racism. Repression.

* Psicóloga pela Universidade Cruzeiro do Sul. Estudante do 2º ano de Aperfeiçoamento em Clínica Psicanalítica, Conflito e Sintoma pelo Instituto Sedes Sapientiae. Membro do Grupo de Trabalho A cor do mal-estar do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. São Paulo, SP, Brasil. camila.melissa.souza@gmail.com

Este trabalho apresenta os efeitos psíquicos de vivências sociais causadoras de sofrimento mental, com foco no racismo, na prática religiosa moralista e proibicionista, violências sexuais, dinâmicas familiares e a repressão sexual da mulher. O relato de experiência apresenta os mecanismos psíquicos/mecanismos de defesa existentes, que atuam como ferramenta de sobrevivência e resistência, através de uma leitura psicanalítica de um caso clínico.

O caso utilizado para reflexão e posterior escrita, é de uma jovem que chegou para tratamento no outono de 2020, através da indicação de uma pessoa que conhecia projetos de atendimento psicológico voluntário no início da pandemia de Covid-19. A jovem chegou a um projeto que disponibilizava um número pré-determinado de sessões. A atendida relatou que sofria de crises de ansiedade, crises de pânico, descrevia seus pensamentos como excessivamente acelerados enquanto os movimentos corporais ficavam lentificados durante as crises. Sofria de muitas dores de cabeça, nas costas e no pescoço. Medicava-se com analgésicos em grandes quantidades e interrompeu o uso quando decidiu que a ingestão medicamentosa não lhe trazia mais benefícios. Ao iniciar o tratamento, ainda era menor de idade.

Iniciando com um apontamento temporal, o caso clínico aqui apresentado, se assemelha em vários aspectos, à constituição sintomatológica histórica, dos casos clínicos tratados e descritos por Freud. Entendemos por histeria tudo aquilo que é conflito psíquico e que é transposto para o corpo, convertendo-se em sintoma físico. Trata-se de outra época, outro contexto social e político, diferentes nacionalidade e cultura e a maior semelhança talvez seja a posição e imposição subjetiva, mas também objetiva, em que a mulher negra é colocada na sociedade/cultura ocidental. Neste caso, numa família que preserva a cultura *afrikana*, a dinâmica de coletividade no seio familiar e nos espaços que ocupam e nos rituais típicos. Neste trabalho, são relatados os efeitos da repressão sexual, cultural e religiosa em uma jovem que, educada com ensinamentos rigorosos, vê sua existência guiada por uma doutrina que não a representa e a enclausura psiquicamente. São analisados também, os efeitos psíquicos do encontro com o racismo, como consequência de maior contato direto e convivência com pessoas brancas, efeito da imigração e de estar em um país estruturalmente racista.

No momento em que escrevi este texto, a paciente era uma jovem de 18 anos, nascida em numa ex-colônia portuguesa, um país sul-afrikano, e chegada ao Brasil na pré-adolescência, com os pais e seus irmãos, sendo ela a irmã mais velha. Alguns familiares residiam no Brasil antes de sua chegada. Toda a família ocupava uma posição hierárquica importante e de destaque, na qual alguns homens ocupam posições de relevância na igreja que frequentavam.

Nas primeiras sessões psicanalíticas, a paciente revelou que havia sofrido múltiplas violências. Aos 11 anos, sofreu uma tentativa de estupro por parte de um rapaz 6 anos mais velho, que estudava na mesma escola. Anos mais tarde, houve assédio sexual de um tio, irmão do pai. Já em uma escola brasileira, aos 14 anos, foi agredida fisicamente por um jovem brasileiro branco que a comparou a uma macaca e, na agressão, teve quebrados seus incisivos lateral e central (os dentes centrais inferiores). A boca é um órgão muito especial. Ela simboliza a fala e a enunciação. “No âmbito do racismo, a boca se torna o órgão da opressão por excelência, representando o que as/os brancas/os querem – e precisam – controlar e, conseqüentemente o órgão que, historicamente, tem sido severamente censurado” (KILOMBA, 2019, p. 33-34).

A paciente demonstrava boa capacidade de análise e reflexão, e assim como algumas pacientes tratadas por Freud, ela contava os fatos de sua vida, mesmos os mais dolorosos e violentos, com a “*belle indifférence*” (FREUD, 1893-1895/2016, p. 195), na tentativa de distanciamento e racionalização do mal-estar. Relatou intensas dores físicas, que a acompanhavam há 2 anos. Dores estas que, em sua maioria, estavam relacionadas ao sistema reprodutor feminino, ovários, útero e seus ciclos menstruais. As dores físicas: pontadas, dores agudas e persistentes, interrupção do sangramento menstrual, infecções, tontura, fadiga e cansaço tiveram origem a partir da descoberta de cistos nos ovários; e outras, são de natureza indeterminada.

Em meados de 2020, os cistos nos ovários lhe causaram tamanha dor que a impediram de andar por alguns dias. Muitos médicos e muitos exames clínicos não puderam precisar a razão de seu adoecimento, mas ela ressaltava também que se sentiu negligenciada pela maioria dos profissionais que a atenderam. Houve um médico que a escutou atentamente, não negligenciou sua dor e a encaminhou para cirurgia, para retirada dos cistos. Essa cirurgia acabou não acontecendo por falta de equipamento específico no hospital de referência, no qual foi informado que na cirurgia, seria necessário realizar a retirada de um dos ovários¹, o que a fez optar por suspender o procedimento cirúrgico, cessando seu desejo de gestar e tornar-se mãe futuramente. Paradoxalmente, em sessões futuras, comunicou que quando está em ambientes hospitalares sente-se segura e acolhida, por serem espaços que proporcionam cuidado. A qual-

¹ Cabe ressaltar que a retirada de um dos ovários não é procedimento-padrão em casos de ovário policístico ou cistos. De acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS, de 2004, o recomendado seria uma avaliação atenta do caso antes de encaminhamento para cirurgia e uma escuta qualificada e humanizada de cada caso, principalmente para evitar fragilização da relação usuário-profissional.

quer pequeno incidente, como gripes, dores de garganta e de cabeça e resfriados, recorria ao atendimento hospitalar. Ela adocece para ser cuidada?

A paciente, quase sempre julgava suas hipóteses e conclusões inapropriadas, falava algo já desdizendo sua própria fala. Dizia que seu adoecimento teve início ao chegar ao Brasil e que, enquanto morava em sua cidade natal, frequentava o médico bianualmente ou em intervalos maiores, devido sua boa condição de saúde. Para ela a imigração foi um movimento violento, patológico. Não queria se mudar para outro país, ou seja, a escolha dos pais contrariava uma escolha que ela faria, o que a faz doente e é motivo de dor emocional. A relação entre adoecimento e a saída de seu país de origem aponta para os efeitos de ser posta na posição de infamiliar e estrangeira. Uma posição que pode violentar duplamente. Ser estranha aos que aqui já estavam e, estar entre estranhos. Estranho e familiar, considerando que o Brasil é o país com mais afrodiaspóricos, ou seja, pessoas descendentes de *Áfrika*.

Considerando até aqui os sintomas e dores físicas como somatização, conversão e contrainvestimento, sabendo que este último é processo que dá suporte a atividades defensivas do ego, ou seja, diz respeito a uma atividade criativa do aparelho psíquico para criar obstáculos para o acesso à consciência de representações e desejos inconscientes. Já sobre a conversão, sabemos que é um mecanismo de formação de sintomas que opera em casos de pacientes histéricas(os). E se caracteriza como uma transposição de um conflito psíquico e se trata, também, de tentativas de resolução desses mesmos conflitos através de sintomas somáticos, motores ou sensitivos. "A conversão é correlativa do desligar-se da libido da representação no processo do recalçamento; a energia libidinal desligada é então... transposta para o corporal" (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 103).

Na leitura e interpretação desse caso, lembrei da descrição que Freud (1893-1895/2016, p. 196) faz de comportamentos típicos dos neurastênicos na análise, que se assemelham a alguns comportamentos desta paciente. Ele afirma:

Ao descrever suas dores, dá a impressão de estar ocupado com um difícil trabalho intelectual(...). Luta em busca de expressão, rejeita cada designação que o médico sugere para suas dores, mesmo quando, mais tarde, essa se revela indubitavelmente apropriada; ele é evidentemente da opinião de que a língua é pobre demais para emprestar palavras a suas sensações, elas próprias seriam algo de único, de ainda não existente, que não se poderia de modo nenhum descrever exaustivamente e por isso também não se cansa de acrescentar sempre novos detalhes e, quando tem que se interromper, do-

mina-o certamente a impressão de que não conseguiu se fazer compreender pelo médico.

É importante ressaltar que analisei o discurso e os sintomas de uma mulher, de origem *afrikana* e religiosamente educada. Um símbolo da subalternização é o silenciamento e/ou também, a busca por racionalizar seu sofrimento diante de uma nova possibilidade de expressão. Para Kilomba (2019, p. 47 *apud* SPIVAK 1995, p. 24-28) “para a subalterna é impossível ser escutada, mesmo ela tentando com toda sua força e violência, sua voz não seria escutada por aqueles que estão no poder”. Socialmente são homens, quase na totalidade das instituições, que estão nas posições de poder, o que se notou também na dinâmica familiar da paciente. Questões surgiram acerca da sintomatologia dessa jovem, diz respeito a uma estrutura psíquica histórica que é atravessada por experiências de silenciamento forçado, que são manifestadas através do racismo e de leis/regras religiosas? As violências racistas e sexuais foram um canal para silenciá-la e possibilitar as manifestações da estrutura psíquica com traços históricos?

Ela apresentava comportamentos específicos que estão relacionados ao mecanismo de negação, quando se tratava de interpretações ou colocações da psicoterapeuta. Quase sempre negava tudo que era apontado, ridicularizava e quase sempre tinha argumentos racionais sobre suas atitudes ou sobre seu discurso. Passava as sessões ocupada com difíceis trabalhos intelectuais. É possível notar atitudes semelhantes no tratamento de outras mulheres negras, brasileiras ou não brasileiras que, quando encontram a possibilidade de falar sobre o que até então nunca foi dito, optam pelo humor ou pela racionalização da dor. Com razão, há o indizível do racismo, aquilo que trava na garganta, costura a boca e embrulha o estômago e fica quase impossível de ser nomeado por vias associativas. Quando não, pode ser dito pela via do humor ou de uma posição de identificação com o opressor colonizador. “Fui violentada, agora violento”. Evento este, atualizado na dinâmica da transferência. Grada Kilomba fala sobre essa dor psíquica transposta para o corpo, o que chamamos somatização, que em vivências racistas pode ser entendida como uma forma de proteção. Ela diz:

A dor infligida pelo corpo é a expressão da ferida interior causada pela violência (...) o racismo pretende causar dano, fazer mal ao sujeito negro, e o sujeito negro, de fato, se sente fisicamente ferido. A necessidade de transferir a experiência psicológica do racismo para o corpo expressa a ideia de trauma no sentido de uma experiência indizível, um evento desumanizante, para o qual não se

tem palavras adequadas ou símbolos que correspondam. A necessidade de transferir a experiência psicológica do racismo para o corpo pode ser vista como uma forma de proteção do eu ao empurrar a dor para fora (KILOMBA, 2019, p. 161).

Os primeiros atendimentos, realizados pelo projeto pontual do início da pandemia, mesmo tendo seu número de sessões estendido, foi encerrado. O tratamento foi interrompido devido à recusa da família de que ela permanecesse em tratamento, pois, segundo a crença familiar, tratava-se de uma doença de branco e a paciente estaria curada em breve, através da fé, de seu engajamento religioso e sua devoção a Deus. A disponibilidade para continuar a atendê-la foi verbalizada antes da última sessão. Ela retornou meses mais tarde, após a família perceber que a angústia e o adoecimento da paciente aumentavam, e não diminuía, conforme esperavam e acreditavam.

A paciente relatou memórias muito vivas sobre sua infância, que quando era uma criança pequena e chorava por ter se machucado ou, por estar triste, a mãe lhe dizia para "engolir o choro" (*sic*) e seguir com a vida. Se continuasse a chorar, apanhava. Concluiu que "eu não podia chorar... se estivesse sentindo qualquer dor, não podia falar" (*sic*). A partir de relatos da memória infantil, concluímos que, nesta família não há espaço para comunicar os sentimentos, o que há é autorização e imposição à repressão dos sentimentos. Importante ressaltar o papel do silenciamento dos sujeitos negros durante a colonização, o uso das máscaras como uma ferramenta concreta de desnutrição alimentar e como instrumento de implementação da mudez e do medo. Para Kilomba (2019, p. 33) "a máscara simboliza políticas sádicas de conquista e de dominação e seus regimes brutais de silenciamento das/os chamadas/os *"Outras/os"*: Quem pode falar? O que acontece quando falamos? E sobre o que podemos falar?"

A consideração de que há silenciamentos impostos há séculos é válida, porque há algo que é transmitido na família, seja a posição social da mulher, seja a impossibilidade de expressão do incômodo. Aos escravizados estava proibido engolir os alimentos que eles mesmos produziam, à paciente fica proibida a expressão do choro, sendo imposto que engolissem as lágrimas. Esta imposição se estende ao lugar que ela passa a ocupar como mulher negra no Brasil. Tais ensinamentos se atualizam na relação terapêutica, através da transferência e do desejo da paciente de que fosse dito a ela sobre o que e como falar de si. Sabemos que não é toda frustração que se transforma em neurose, mas, em toda neurose, há alguma frustração.

O quadro clínico dessa jovem caracterizava-se, dentre tantos outros mecanismos, pelo recalque, com suas consequentes resistências e somatizações.

Quando a família disse que logo ela iria se curar, foi enfatizado o papel da fé religiosa na cura e mais, quando classificaram a angústia da paciente como “doença de branco”, colocaram-na distante da sua própria dor, fecharam e reduziram a ampla gama etiológica, reduzindo-a entre doenças que pessoas negras não são autorizadas a ter. Ou seja, havia uma predeterminação afrocultural por um lado e religiosa por outro, do que cada pessoa podia sentir nessa família. Interessante que é a mesma fé ensinada pelo/a colonizador/a, a fé que foi implementada como a criação e/ou a restituição aos negros de suas almas, “tornando-os humanos”.

Pela escravização, os negros *afrikanos* precisaram criar mecanismos de defesa e resistência, para tentarem lidar com o açoite, os diversos castigos e assassinatos e com a anulação da sua subjetividade. Entendendo resistência etimológica e psicanaliticamente. Resistir a aquilo que é imposto violentamente e resistir àquela (analista) que diz algo que não se quer ou ainda não se pode escutar e elaborar. O que também aparecia nessa família tem a ver com a história e com a transmissão da vida psíquica entre gerações, da escravização e da religião ensinada pelo colonizador. Para Kaës (2001, p. 17) “nada do que foi retido poderá permanecer totalmente inacessível para a geração seguinte, ou para aquela que a esta se segue, deixará traços, pelo menos em sintomas que continuarão a ligar as gerações entre si, num sofrimento cuja motivação, mantida, lhes será desconhecida”. Ou ainda, segundo Baranes (2001, p. 197-198) “quando a história não foi suficientemente mentalizada para poder se tornar relato-testemunho da existência de uma memória viva, ainda que como amnésia recalcada, ela permanece escrita no corpo, como significantes formais”. Não há nenhuma leitura contextual possível, se não for considerado o contexto sociopolítico. No texto de Freud de 1921, *Psicologia das massas e análise do eu*, encontramos afirmações de que a psicanálise não é a clínica do indivíduo, mas sim a clínica do social, porque escuta o sujeito na singularidade que se constitui no laço com o outro, que é resultado do embate entre as exigências da vida pulsional e as restrições impostas pela cultura. Cultura brasileira que perpetua o genocídio do povo preto. A paciente descobriu o significado da palavra racismo no Brasil.

Nesta família, encontramos resistência como ato de resistir às violências, na maneira de desqualificar o agressor/opressor (pessoas brancas) para conseguirem se identificar como fortes e superiores. Para Kilomba (2019, p. 131) esse processo histórico causa dissociação (do eu), porque “o sujeito negro passa a personificar aspectos repressores do ‘eu’ do sujeito branco” (KILOMBA, 2019, p. 38).

No início deste texto, mencionei que ela argumentava sobre o início dos seus sintomas estarem associados a mudança de país. No Brasil, ainda encontramos o mito da democracia racial presente no discurso de grande parcela da população, a analisanda dizia “virei negra quando cheguei aqui, na minha cidade todos éramos iguais e eu nem sabia o que era racismo. Escutei essa palavra só aqui.” (*sic*). Como poderia ter lidado com a mudança territorial, cultural e relacional imposta? E, no que tange o campo relacional, como foi se deparar com um eu desconhecido? Como foi esse encontro consigo mesma através do olhar racializado e do xingamento do outro? Neusa Santos Souza descreve a certificação do ser negra.

A descoberta de ser negra é mais do que a constatação do óbvio... saber-se negra é viver a experiência de ter sido massacrada em sua identidade, confundida em suas perspectivas, submetida a exigências, compelida a expectativas alienadas. Ser negro não é uma condição dada, *a priori*. É um vir a ser. Ser negro é tornar-se negro”. (SOUZA, 2021, p. 18)

Essa jovem, assim como muitas das brasileiras negras, aqui nascidas e educadas, teve a experiência de descobrir-se negra aos 12 anos de idade. Podemos dizer que viveu um massacre identitário tardio? Sabemos que sua chegada ao Brasil, marcou bem seu lugar social na dita democracia racial brasileira. Sua chegada foi marcada pela violência do país que mais mata negras/os por ano e por estar no território que mais retardou a abolição da escravidão. Tornou-se negra ao ser comparada a uma macaca. Tornou-se negra ao ser violentada por sua cor. Os dentes quebrados fazem parte da imposição do silenciamento da boca que ficou ensanguentada. Ensanguentada pela mão branca que há séculos nos violenta. Já tinha vivenciado violências de gênero, nunca tinha sentido na pele o que é carregar na cor o mal-estar. Como afirma Isildinha Baptista Nogueira (2021, p. 54) “o racismo contrariamente ao preconceito é a expressão da violência, é um ato, não uma interdição que se coloca *a priori*, como forma de proteger seja lá o que for”.

Essas violências colocadas em ato atravessam por inteiro o sujeito negro, inclusive em sua linguagem verbal. Assim como Freud, eu orientava a ela seguir pela associação livre, enfatizando que mesmo quando se tratasse de coisa muito desagradável ou indiscreta, ela deveria comunicar, o que pareceu que a fazia alimentar ainda mais suas resistências. Com frequência calava, titubeava, chorava e manifestava incômodos físicos. Percebendo os caminhos que ela própria estava trilhando em suas associações, optava por não dizer. Sendo uma

boa filha e obedecendo as ordens da mãe, calando quando sente dores e/ou incômodos, obedecendo a ordem do silenciamento colonizador, porque mulheres negras são colocadas em posição de silenciamento porque suas vozes são potentes e quando escutadas, causam revoluções, assim como na história da escravizada Anastácia.

Uma angústia recorrente no seu discurso, era de não se identificar mais, tanto com as crenças da família e da cultura, e com as imposições sociais, que “colocam mulheres e jovens mulheres em posição de submissão, obediência e devoção aos homens e a família” (*sic*). No início do tratamento, a contratransferência se colocava e me trazia questionamentos inquietantes. O discurso da paciente atravessava-me com questões como, “Quem pode falar? Ela pode falar? E eu? O que há no nosso não dito? E no dito?”. Houve um atravessamento importante, que tocou na minha história pessoal como mulher negra, quando a proibiram de prosseguir na psicoterapia. Como diz Spivak (1995), “Pode a subalterna falar?”. A resposta é negativa e o caminho no sentido contrário é denso. Ressalto que, o título original da autora citada “*Can the Subaltern Speak?*”, costuma ser traduzido adotando o gênero masculino, mas, assim como Grada Kilomba (2019, p. 20-21) optei em usá-lo no feminino. Eu sou uma mulher, a analisanda é uma mulher e, as duas autoras que cito são mulheres; portanto, usar majoritariamente termos no masculino me pareceu problemático, ainda mais por se tratar de um caso de adoecimento grave, que tem como uma das causas centrais, o machismo. E, por me considerar parte da matéria investigada, assim como Abdias Nascimento (2016, p. 47) defende:

Somente da minha própria experiência e situação no grupo étnico-cultural a que pertenço, interagindo no contexto global da sociedade brasileira, é que posso surpreender a realidade que condiciona o meu ser e o define. Situação que me envolve qual um cinturão histórico de onde não posso escapar conscientemente sem praticar mentira, a traição, ou a distorção da minha personalidade.

Nas sessões em que a paciente entrava em contato com conteúdos traumáticos, seu corpo respondia com dores físicas que a impediam de continuar comunicando seus pensamentos. Ou, mais raramente, ela interrompe o que está dizendo porque tem uma crise de riso e repetia enfaticamente que não deveria estar sentindo ou pensando algo sobre alguém, ou sobre si mesma. Há nestes acontecimentos, a manifestação de zonas histerógenas atípicas, pois trata-se de zonas internas do corpo. Segundo Laplanche & Pontalis (2001, p. 534)

Caracteriza-se como zonas histerógenas determinadas regiões do corpo que Charcot, e depois Freud, mostraram ser, em casos de histeria de conversão, sede de fenômenos sensitivos especiais, que são qualificadas pelos pacientes como dolorosas, e que depois de examinadas se revelam libidinalmente investidas, a sua excitação pode causar reações próximas das que acompanham o prazer sexual e que podem ir até o ataque histérico.

Os sintomas manifestavam-se nas sessões como dor de estômago, formigamento nas pernas e nos braços e, “vontade de se esconder” (*sic*). Segundo Freud (1901-1905/2016, p. 60) “Os sintomas são a atividade sexual dos doentes”. Até o encerramento dos atendimentos, a analisanda não manifestou sua realidade e fantasias psíquicas de maneira que dissipasse ou diminuísse as manifestações do conflito inconsciente em seu físico. Quando fatos como os descritos acima aconteciam, os mecanismos de defesa que ela utilizava para lidar com a angústia, eram negação e deslocamento.

O mecanismo de deslocamento, é uma das principais características de como o processo primário rege o funcionamento do sistema inconsciente e, está ligada a uma cadeia associativa singular a cada sujeito para produção de manifestações inconscientes (atos falhos, lapsos, sonhos, sintomas) para deslocar e/ou passar para uma outra representação, aquelas representações que inicialmente tiveram uma intensidade difícil de ser suportada. Segundo Kilomba (2019, p. 34) “no racismo, a negação é usada para manter e legitimar estruturas violentas de exclusão social”. A negação aqui vista como um instrumento de sobrevivência para a mulher negra, que muitas vezes tem seu campo afetivo e sexual restrito e perceber-se como objeto sexual e não objeto de amor faz com que nos afastemos das possibilidades de olhar e (re)criar maneiras de explorar nossa sexualidade.

Assim, como demais fatos violentos, já relatados, sofridos pela paciente, há outro que chama atenção. Também coincide com sua chegada ao Brasil, um incêndio que a marcou pelo cheiro forte de fumaça e pela perda incontestável, de quase todos os bens da família e seus. Prestemos atenção ao sentido olfativo. A paciente descreveu que no incêndio, ela sentia o cheiro de queimado, mas demorou alguns minutos para assimilar o cheiro ao fato. Ela via o fogo, sabia que precisava sair da casa junto dos irmãos, mas olhava o fogo e sentia-se paralisada, paralisada diante do perigo. Já em 1896, Freud pensava na hipótese de que os conteúdos que temos presentes em nosso aparelho psíquico, sob forma de traços mnêmicos, ou seja, a forma como os acontecimentos se inscrevem em nossa memória, sofrem de tempos em tempos uma reorganização, uma

reinscrição. A paciente permaneceu por alguns minutos paralisada, como pode ter acontecido quando é violentada pelo rapaz, até que o cheiro e a fumaça lhe incapacitaram a respiração. Pensava no perigo que os irmãos corriam, mas não conseguia se mover.

Neste relato, prosseguiu afirmando que tem “problemas com cheiros” (*sic*), cheiros peculiares lhe causam vômito e nas associações em análise lhe veio à memória a impressão marcante do cheiro de pele e suor do rapaz quando da tentativa do estupro. Existe um entrelaçamento de dois acontecimentos, que juntos criam um sintoma.

O *a posteriori* designa o que Freud frequentemente utilizava com relação à concepção da temporalidade e da causalidade psíquicas. Há experiências e impressões que são ulteriormente remodeladas em função de experiências novas, podendo lhes ser conferida além de um novo sentido, uma eficácia psíquica (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 33).

A junção de dois acontecimentos (a violência sexual e o incêndio) “criaram” o sintoma olfativo, porque um acontecimento passado foi modificado *a posteriori*, por um acontecimento recente que lhe conferiu um sentido patogênico. O segundo acontecimento apresenta analogias com o primeiro (o cheiro, o perigo). Freud ressaltou a importância de que nesse meio-tempo surge a puberdade, que é o que liga os dois eventos. Dois momentos distintos da sexualidade infantil que ganham significação com sua junção, a emoção sexual, que ela ligou ao segundo acontecimento, quando na realidade, segundo Laplanche & Pontalis (2001, p. 34-35) “é provocada pela recordação do primeiro e, a segunda cena confere à primeira o seu valor patogênico, a recordação só se tornou traumatismo *a posteriori*”.

Entendendo aqui trauma no sentido econômico, assim como na *Conferência 18* (1916-1917/2014, p. 367), onde Freud nos informa que “uma vivência é traumática quando traz para a vida psíquica do sujeito um aumento de estímulos cuja resolução ou elaboração estão impedidas de abreagir, o excesso de estímulos resulta em perturbações na economia do funcionamento psíquico”. Assim, o sintoma surge como uma resolução, uma formação de compromisso entre as forças conflitantes. A paciente nomeou como “problema com cheiros” (*sic*) e relatou que cheiro de suor no transporte público lhe causa nojo e sensação de sufocamento; cheiro de flores, lhe causa tontura, o que foi um impedimento em um possível emprego numa floricultura. Cheiro de produtos de limpeza fortes, como água sanitária, lhe causa enjoo e tontura, e, no entanto, usava esses produtos em

grande quantidade pois a sensação de que iria desmaiar lhe produzia prazer. Cheiro de alguns perfumes e desodorantes, a deixavam excitada e com medo. E por último, mas não menos relevante, ela identifica pessoas próximas pelo cheiro de suas peles. Relata que se sentisse o cheiro da pessoa em um ambiente, dizia com total certeza quem ali esteve. Lembrava também que, um cheiro marcante é de um homem próximo à família, que sempre andava perfumado e cheiroso produzindo boa impressão por onde passava. Este mesmo homem tornou-se pivô de conflito entre ela e a família.

Na sessão em que relatava estes fatos, ao enfatizar o cheiro da pele das pessoas, comunicou que faz essa distinção, mas não lhe agradam esses cheiros, de "pele pura" (*sic*). No mesmo instante em que as palavras foram pronunciadas, seu corpo começou a tremer e comunicou que de repente sentia um frio incontrolável, se ausentando fisicamente para buscar roupas de frio que pudessem aquecê-la. Estávamos em sessão *on-line*. Quando solicitei que comunicasse seus pensamentos ao fazer tais confissões, respondeu que não sabia o que pensava, que foi tomada por uma agitação corporal manifestada pela sensação de frio excessivo. Foi quando, após prolongado silêncio, deu início a seu relato sobre o cheiro de suor do rapaz que a violentou. As ocasiões em que, na tentativa de produzir um efeito catártico enfatizei que sua dor poderia ser removida pela fala, a paciente punha-se a rir. Preenchia sua boca e suas cordas vocais com riso e então, não mais falava, era um riso desmedido e descontrolado. O (falso?) humor escondia sua dor, seu riso estava implicado com sua dor. Na análise psicanalítica da estrutura psíquica histérica, sabemos que os sintomas dessa ordem podem perturbar todas as funções orgânicas.

De acordo com Freud (1916-1917/2014, p. 409)

Manifestam impulsos que pretendem substituir o genital por outros órgãos. Estes se comportam, então, como substitutos dos órgãos genitais. A própria sintomatologia da histeria nos levou à concepção de que, à parte seu papel funcional, devemos atribuir aos órgãos do corpo também uma importância sexual, erógena, e que o cumprimento daquele primeiro papel é perturbado quando este último lhes faz demandas em excesso. Inúmeras sensações e inervações que se nos apresentam como sintomas da histeria – em órgãos que aparentemente nada têm a ver com a sexualidade – revelam-nos, assim, sua natureza: são realizações de impulsos sexuais, nas quais outros órgãos tomaram para si a importância dos órgãos genitais.

A repressão sexual se dá por vias distintas, e assim como o racismo, pode ser manifestada por comportamentos impositivos que muitas vezes não nos

parecem violentos, mas que na esfera psíquica inconsciente, deixam o terreno fragilizado e machucado. O que recalamos ecoa, se esquecemos, pela insuportabilidade da lembrança. Há sintomas que são produzidos a partir de uma pluralidade de acontecimentos traumáticos. Quando Freud escreveu sobre os sintomas histéricos disse que estes são sobredeterminados na medida em que resultam tanto de uma predisposição constitucional e de uma pluralidade de acontecimentos traumáticos, ou seja, um só fator não é suficiente para produzir e/ou alimentar o sintoma, e que pelo método catártico conseguimos fazer desaparecer o sintoma graças à rememoração e à abreação do trauma. A análise nos bagunça nesse sentido e o feminino negro, religiosamente educado e brutalmente violentado, vê-se diante de um ego fraco e desencorajado para encarar a infinidade de seu próprio inconsciente.

Falamos da cor do inconsciente utilizando o título da obra de Isildinha Baptista Nogueira (2021). É necessário expor que, além de um tratamento psicoterapêutico com abordagem psicanalítica, este foi também um trabalho de acolhimento e amor. Freud e Ferenczi nos comunicaram sabiamente que a psicanálise é, antes de tudo, a cura pelo amor. Pelo amor transferencial. A psicanálise é o amor pela palavra. Não há como escapar, é sempre um encontro de inconscientes.

Uma relação que nos faz lembrar que historicamente o matriarcado perdeu seu lugar social e, há séculos, é o patriarcado que impera e vigora. Com isso, há, mesmo que como um assunto tabu, o ódio à mulher, o lugar dominante de fala, a liberdade dos homens, objetificação dos corpos, desejo, pactos sociais machistas e, sobretudo, a repressão ao corpo feminino. Consequentemente, repressão ao desejo sexual e pulsional feminino. Quem são as mulheres que nos falam? Quem são as mulheres que buscam algo na análise? Mulheres pretas têm acesso à análise? O que essas mulheres buscam? Quem eram as mulheres históricas que Freud escutou tão bem? Como as mulheres viviam e como elas vivem hoje? O que podem? O que não podem? Afinal... o que é uma mulher? Questionamentos inquietantes, que não me proponho a responder, por tratar-se de questões amplas e muito complexas. São perguntas para nos desassossegar e estimular à reflexão.

Uma questão, portanto, é essencial que seja pontuada: a função “ser mulher” é, ainda hoje, alvo de grande repressão sexual. Há milênios há críticas e violências sobre o corpo feminino, porque o desejo da mulher cria um problema enorme para os homens, para a posição que eles acreditam ocupar eroticamente. Segundo Maria Homem (2019, p. 27) “qualquer associação da mulher com o lado pulsional, seus impulsos, sua potência, sua força, “acham feio”. Te-

mos construções defensivas curiosas". Isso é atual, isso é contemporâneo. Há civilizações *afrikanas* que ainda praticam a circuncisão feminina. À mulher negra é dado um lugar de múltiplos embotamentos, agressivos e autoritários que por conta da história/ferida colonial, nos coloca como um corpo sem vontade, sem desejo, submisso, que existe para a satisfação do desejo do outro. O corpo que serve, atende e obedece. Na religião em que a paciente está inserida, o ensinamento é: "o homem é a cabeça e a mulher é o rabo" (*sic*). O homem, sobretudo branco, é a razão, o conhecimento, a intelectualidade, o bem e o universal. A mulher é a emoção, o desconhecimento, os trabalhos manuais e domésticos, o mal e a exceção. A mulher é a traidora, a que aceitou e comeu o fruto proibido, aquela que pode induzir o homem ao pecado, ou seja, a que tem íntima relação com o diabólico.

O caso seguiu mais alguns meses com avanços e retrocessos, com engajamento e disposição da paciente. Sabemos que os sintomas surgem e representam substitutos para as pulsões sexuais, os sintomas extraem sua força dessa raiz. É comum que, ao tratarmos de pessoas com estrutura psíquica histórica(o) nos deparemos com um caráter de repressão sexual que vai além da medida "normal". Segundo Freud (1901-1905/2016, p. 62) "as resistências se intensificam, há uma fuga como que instintiva ante a consideração intelectual do problema sexual". Essas resistências são vivenciadas na transferência e são as mesmas que encaminham nossa escuta e nos auxiliam na atenção flutuante. A paciente padece de fixações potentes que cumprem sua função de manter a analisanda "ligada fortemente a pessoas ou imagens, de reproduzir determinado modo de satisfação e permanecer organizada segundo a estrutura característica de uma das suas fases evolutivas" (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 190).

A aposta era em um novo desdobramento, na criação de um saber fazer com o sintoma ou talvez mais ainda, a busca pela "cura". Usando a descrição que Nasio faz sobre estar curado: "O paciente curado recupera-se mais facilmente dos transtornos provocados pelos acontecimentos perturbadores da vida. Aprendeu que nenhuma dor é definitiva, nem absoluta... Estar curado é poder reagir ao inesperado e reencontrar a capacidade de amar e de atuar" (NASIO, 2017, p. 102).

A psicanálise afrocentrada, propõe que escutemos as pessoas atentas aos fenômenos sociais, com foco nas manifestações do racismo e numa tentativa constante de entrelaçar com os conceitos psicanalíticos de Freud aos pós-freudianos, transformando-os à luz do racismo. Tentando fazer uma leitura atual e atenta daquilo que por séculos vem sendo negado à nomeação também no campo psicanalítico. A escuta dos negros transforma a psicanálise.

Conclusão

Concluiu-se que o enclausuramento da palavra, a impossibilidade de anunciar o que se sente causa adoecimento físico e psíquico. Foi possível presenciar os resultados do silenciamento forçado e as maneiras como o psiquismo humano se desenvolve em direção à sobrevivência, mesmo que essas maneiras sejam as mais penosas e de difícil conciliação com a vida social. A experiência clínica com essa paciente e com outras mulheres negras, mostrou o que a técnica da psicanálise vem evidenciando há anos, mostrou que os sintomas contêm carga afetiva e simbólica e que, os traumas não aceitam o silenciamento. O caso provou que o silenciamento pode parecer obter sucesso pela via da fala, mas que o corpo também anuncia e fala sobre suas profundas dores psíquicas, através do que chamamos conversão. Foi demonstrado que a história da *Áfrika* resiste em solo brasileiro como forma de resistência e como possibilidade de pertencimento. Concluiu-se que é através da possibilidade de nomeação do mal-estar psíquico que o mesmo perde força e abre novas possibilidades de existência.

Tramitação

Recebido 15/09/2022

Aprovado 23/07/2024

Referências

FREUD, S. *Psicologia das massas e análise do eu e outros textos* (1920-1923). São Paulo: Companhia das letras, 2011.

_____. *Conferências introdutórias à psicanálise* (1916-1917). São Paulo: Companhia das letras, 2014.

_____. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria* ("O caso Dora") e outros textos (1901-1905). São Paulo: Companhia das letras, 2016.

FREUD, S.; BREUER, J. *Estudos sobre a histeria* (1893-1895). São Paulo: Companhia das letras, 2016.

HOMEM, M.; CALLIGARIS, C. *Coisa de menina?* Uma conversa sobre gênero, sexualidade, maternidade e feminismo. São Paulo: Papirus 7 mares, 2019.

HUMANIZASUS. Política Nacional de Humanização. *A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS*. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

KAES, R. et al. *Transmissão da vida psíquica entre gerações*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

KILOMBA, G. *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário de psicanálise*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

NASCIMENTO, A. *O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado*. São Paulo: Perspectivas, 2016.

NASIO, J.-D. *Sim, a psicanálise cura!* Rio de Janeiro: Zahar, 2019.

NOGUEIRA, I. B. *A cor do inconsciente: significações do corpo negro*. São Paulo: Perspectiva, 2021.

_____. Do olhar do outro à sublimação de se constituir negro. In: DAVID, E. de C.; ASSUAR, G. (Org.). *A psicanálise na encruzilhada: desafios e paradoxos perante o racismo no Brasil*. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Grupo de Pesquisa Egbé: Projeto Canela preta & Sedes Sapientiae, 2021.

SOUZA, N. S. *Tornar-se negro ou As vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.