

Violência na infância, trauma e vulnerabilidade à psicopatologia

Sidnei S. Schestatsky, Porto Alegre*

O artigo introduz a questão da violência contra crianças e adolescentes em termos globais e relembra seu caráter epidêmico atual. Examina a entrada do tema violência na psicanálise, a partir dos conceitos do trauma real e trauma psíquico, comentando sobre a atualidade e permanência do trauma como um problema clínico e metapsicológico incontornável a ser enfrentado pela psicanálise. Faz um breve histórico da evolução dos quadros traumáticos na psiquiatria e na psicanálise até a introdução do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) no DSM-III. Discutem-se as vulnerabilidades decorrentes do impacto da violência crônica em crianças e se descrevem evidências relevantes sobre a associação entre violência-trauma-vulnerabilidade-psicopatologia na idade adulta, especialmente no Transtorno de Personalidade Borderline. O artigo se encerra com considerações sobre alguns modelos psicanalíticos do trauma, priorizando diversas contribuições fundamentais de Ferenczi para a construção do entendimento contemporâneo do trauma psíquico, seus principais mecanismos e suas sequelas.

Palavras-chave: violência, trauma psíquico, metapsicologia, vulnerabilidades, transtorno de personalidade borderline, Ferenczi, dissociação, TEPT complexo.

* Psicanalista. Professor do Instituto de Psicanálise da SPPA. Professor Associado do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, UFRGS.

“As crianças devem poder, enfim, brincar em campos abertos sem serem torturadas pela fome, afligidas por doenças ou ameaçadas pelo flagelo da ignorância, do molestarmento e do abuso e sem serem obrigadas a se envolver em atividades incompatíveis com seus tenros anos”. Nelson Mandela, *Ganhador do Prêmio Nobel da Paz*, 2002.

“Com estas duas mãos minha mãe me pega no colo, cuida de mim e eu amo isso. Com estas duas mãos, minha mãe me bate – e eu odeio isso”. *Menina do Leste asiático*, 2006.

Introdução: a violência

A violência, como expressão de um meio ambiente hostil e indiferente, sempre esteve presente na experiência da espécie humana ao longo de milhões de anos de evolução. Catástrofes naturais como inundações, terremotos ou erupções vulcânicas assombraram a história da humanidade desde suas origens e sua ocorrência consta em todos os registros históricos e mitológicos conhecidos. No entanto, sabe-se, atualmente, que a forma de violência mais impactante para o psiquismo humano não parte de eventos impessoais da natureza, mas daquela cometida por pessoas contra pessoas, seja em nível individual das agressões domésticas, estupros ou tentativas de homicídios, seja em nível coletivo, como guerras territoriais, étnicas ou religiosas, que têm seguido e acompanhado a história de todas as civilizações até a atualidade.

Na entrada do século XXI ainda não sabemos como entender e controlar a violência *entre* as pessoas. O que sabemos da violência é que se trata de um fenômeno cujas causas extrapolam o nível individual dos envolvidos – e sabe-se da dificuldade em visualizá-la dentro de qualquer modelo exclusivamente sociológico, psicológico ou biológico. Da mesma forma que seu impacto, algumas causas da violência podem ser evidentes. Outras, no entanto, encontram-se profundamente enraizadas no tecido biológico, social, cultural e econômico da

vida humana. Pesquisas recentes sugerem que, enquanto fatores biológicos e individuais possam explicar a *predisposição* para a agressão, eles sempre interagem com fatores familiares, comunitários, culturais, religiosos, políticos ou outros, criando situações em que a violência acaba, de repente, eclodindo de forma cega e irracional (Dahlberg & Krug, 2006).

Não há um fator único que justifique por que alguns indivíduos se comportam violentamente contra outros, ou por que a violência é mais comum em algumas comunidades do que em outras – hipóteses intrapsíquicas e/ou biológicas da presença universal da agressão como inata ou reativa à privação não explicam por que há tamanha variabilidade na expressão da violência entre indivíduos e grupos. Sendo a violência o resultado destas complexas interações, compreender como tais fatores se inter-relacionam para desencadeá-la seria um passo importante na abordagem de políticas públicas dirigidas a sua prevenção – objetivo este ainda longe de ser alcançado (Dahlberg & Krug, 2006).

Um dos aspectos mais preocupantes do fenômeno presente da violência é que a evolução civilizatória da espécie não tem tido sucesso em detê-la, ou diminuí-la, de forma significativa. Como consequência, manifestações violentas individuais e sociais configuram, cada vez mais, um grave problema de saúde pública ao redor do mundo. Um estudo da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) (ONU, 2006), centrado na violência contra crianças e adolescentes, afirma que “esse tipo de violência ainda prevalece em todos os países do mundo e está presente em todas as culturas, classes, níveis de escolaridade, faixas de renda e origens étnicas. Em todas as regiões, contradizendo obrigações de respeito aos direitos humanos e às necessidades de desenvolvimento da criança, a violência é um fenômeno socialmente aprovado e frequentemente legal e autorizado pelo Estado” (p. 5).

A definição de violência contra crianças, usada pelo relatório, é a que consta no artigo 19 da *Convenção sobre os direitos da criança* da ONU: “todas as formas de violência física ou mental, abuso ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, incluindo o abuso sexual” (p. 6). Esta definição foi complementada pelo *Relatório mundial sobre a violência e a saúde* da OMS (Krug *et al.*, 2002): “o uso intencional da força ou do poder físico contra uma criança, sob a forma de ameaça ou de fato consumado, exercido por um indivíduo ou por um grupo, que prejudica ou tem grandes probabilidades de prejudicar a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança” (p. 1084).

Os exemplos apresentados a seguir revelam a gama da violência sofrida por crianças: a OMS avaliou que, em 2002, *quase 53.000 crianças morreram vítimas de homicídios*, em todo o mundo. Estimou que *150 milhões de meninas e*

73 milhões de meninos, abaixo de 18 anos, foram forçados a manter relações sexuais ou sofreram outras formas de violência sexual envolvendo contato físico. Segundo a OMS, entre 100 e 140 milhões de meninas e mulheres do mundo sofreram alguma forma de mutilação genital, e estimativas da UNICEF, publicadas em 2005, sugerem que, na África subsaariana, Egito e Sudão, três milhões de meninas e mulheres são anualmente submetidas à mutilação genital.

O problema mantém-se visível mesmo quando se considera a violência contra adultos e em um país desenvolvido como os Estados Unidos; a violência doméstica é considerada pervasiva na sociedade norte-americana. *Quase 25% das mulheres pesquisadas e 7.6% dos homens disseram terem sido estuprados e/ou fisicamente agredidos pelo companheiro atual, ou ex-companheiro, em algum momento da vida em comum (Tjaden & Thoennes, 2000).* De acordo com isto, *aproximadamente 1.5 milhão de mulheres e 834.000 homens* são anualmente estuprados ou agredidos fisicamente nos USA. Como muitas destas vítimas foram vitimadas mais de uma vez, o número da violência privada excede o número anual de vítimas – *cerca de 4.8 milhões de agressões físicas e sexuais são cometidas, por ano, contra mulheres, e aproximadamente 2.9 milhões contra homens* – o que faz da violência doméstica um problema premente nos USA, tanto do ponto de vista da justiça criminal como de saúde da população (Tjaden & Thoennes, 2000).

Não é nosso objetivo nos estender sobre a caracterização fenomenológica e epidemiológica da violência em nível populacional, mas de tentar situá-la no contexto da magnitude com que convivemos diariamente com ela. Por outro lado, é altamente improvável, com tantos milhões de vítimas *realmente traumatizadas*, que alguma proporção delas não tenha buscado um caminho de ajuda na clínica psicanalítica. E uma questão que permanece em aberto é se, do ponto de vista teórico e clínico, como psicanalistas, temos estado adequadamente preparados para atender alguma parte destas vítimas.

Violência e psicanálise: o trauma psíquico

Um dos aspectos mais intrigantes entre a associação da violência com o sofrimento individual e social e dos sintomas psíquicos causados foram os séculos em que esta relação permaneceu tenazmente negada. Não são claras as causas deste desconhecimento (= negação) universal, tanto da sociedade em geral como, em particular, da medicina, psiquiatria e psicanálise, a respeito da importância da interação dos indivíduos com seu meio ambiente externo na constituição normal

e patológica do funcionamento da mente. Nem são óbvias as razões da alternância de ciclos de reconhecimento (durante as Grandes Guerras mundiais, por exemplo) e, após, do seu progressivo *esquecimento*, nos períodos pós-guerras, da relevância das tragédias, da violência e dos traumas psíquicos ocorridos. Nada ilustra melhor este fenômeno do que a negação dos próprios psicanalistas: faltam respostas, por exemplo, sobre o *silêncio* de Heinz Hartmann e colegas, que fugiram da Europa nazista antes e durante a II Guerra Mundial¹. Nenhum deles nunca mencionou, em seus trabalhos ou entrevistas, os eventos reais que estavam acontecendo em suas vidas – o exílio a partir da Europa, a guerra, a perda de familiares, o Holocausto. Hartmann teorizava sobre *áreas livres de conflito* quando a *Europa toda estava em chamas*. E falava na teoria da adaptação do ego a um *meio ambiente medianamente esperado*, enquanto o mundo convivía com um contexto em que imperavam conflitos maciços e um meio ambiente que não era “nem *médio*, nem *esperado*” e, ao contrário, ameaçava jogar toda a humanidade em um abismo totalitário e mortal (Bergmann, 2000, p. 279).

Ainda assim, a porta de entrada da violência na psicanálise foi através do conceito do *trauma* e suas consequências que, como sabemos, despertava em Freud uma reação ambígua e relutante. A despeito desta ambivalência e das oscilações do que pensava sobre a natureza do trauma psíquico, Freud sempre manteve, ao longo de sua obra, a percepção do trauma como um fator relevante na psicopatologia. De início, seguiu de perto as concepções e achados de Charcot e de um dos seus discípulos mais destacados, Pierre Janet². Em 1887, Janet iniciara a estudar uma série de pacientes com histeria que se estendeu até 1920, reunindo um grupo de 591 sujeitos avaliados e detectou *origens traumáticas* na psicopatologia de 257 (43,5%) dos casos.

Janet escreveu sobre a relação entre os *mecanismos de dissociação, traumas e histeria* e criou o conceito de *subconsciente* – que conteria o conjunto de memórias que organizava os esquemas mentais necessários para ordenar a

¹ Calcula-se que a quase totalidade da Sociedade Psicanalítica de Viena emigrou, naquele período, a maior parte dela para os Estados Unidos.

² Desde meados do século XIX surgiram, na psiquiatria francesa, estudos *sobre a associação entre traumas sexuais precoces e fenômenos histéricos*. Em 1859, Pierre Briquet descreveu também um conjunto de 501 pacientes histéricas, tendo encontrado origens traumáticas na história de 76% delas (van der Kolk *et al.*, 1996). Em 1887, Jean-Martin Charcot estabeleceu a *relação psicológica* entre os “choques nervosos” induzidos traumaticamente e aqueles induzidos psicologicamente pela sugestão hipnótica. Mas, ainda que Charcot afirmasse, em 1886, que na histeria feminina “*c’est toujours la chose génitale*”, ele acreditava, conforme o espírito da época, que o verdadeiro agente etiológico da histeria era “uma fraqueza do sistema nervoso das pacientes”, de causa hereditária, e que o trauma sexual não seria mais que um fator desencadeante (“agente provocador”).

interação das pessoas com seu meio ambiente. Referiu que, quando a experiência das emoções era demasiadamente intensa, a mente se mostrava incapaz de estabelecer uma comparação adequada entre as vivências aterrorizantes e os esquemas cognitivos previamente armazenados na própria mente. Como resultado, as “memórias da experiência traumática não conseguiam ser integradas na consciência e permaneciam dissociadas desta e do controle voluntário”, sendo gravadas sob a forma de “ideias fixas subscientes” (van der Kolk *et al.*, 1996, p. 52).

O que Janet descreveu, há 130 anos, é o quadro hoje chamado de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), contendo já identificados dois conceitos centrais: o da *alteração no processamento normal da memória* e o *fenômeno da dissociação da mente*. Esta é uma descrição de 1889: “Incapazes de integrar as memórias traumáticas, os pacientes perdem a capacidade de assimilar novas experiências [...] como se a personalidade ficasse definitivamente paralisada neste ponto e não pudesse mais crescer pelo acréscimo, ou assimilação, de novos elementos” (citado por van der Kolk *et al.*, 1996, p. 53).

Freud seguiu de perto estas ideias desde seu estágio em 1897, com Charcot, em Paris. De volta à Viena, entre 1893-1895, publicou, com Breuer, os *Estudos sobre a Histeria*, onde afirmava que os precipitantes dos sintomas histéricos podiam ser *descritos como traumas psíquicos*³, originados em *estados afetivos paralisantes de extremo medo e pavor*. Estava convencido, como Janet, “que a dissociação da consciência... está presente... em cada (caso) de histeria e que a tendência à dissociação, e com isto a emergência de estados anormais de consciência, é o fenômeno básico desta neurose” (1893, p. 11). Dirá que a memória do trauma “age como um corpo estranho, que muito depois de sua entrada na mente” (p. 5) continua ativo e “persistindo [...] com surpreendente frescor e com a totalidade de sua coloração afetiva” (p. 5). E acrescentou sua famosa observação: “Os histéricos sofrem [...] de reminiscências [...] [de memórias traumáticas reprimidas]” (Breuer e Freud, 1893, p. 6).

Para Freud, a causa na neurose traumática não era a natureza do trauma em si, mas sim o efeito da emoção violenta do pavor que o provocava: “Qualquer experiência que acione afetos perturbadores como ansiedade, horror, vergonha ou dor física, poderá operar como um trauma deste tipo.” (p. 5). Aqui se estabelece um dos paradigmas do trauma psíquico freudiano (Krystal, 1978): por um lado, a pessoa se confrontava com uma emoção intensa e que produzia um estado psíquico insustentável, ameaçando desorganizar suas funções psíquicas. Quando as emoções

³ As citações de Freud, quando extraídas da *Standard Edition*, foram traduzidas pelo autor.

ficavam imanejáveis, ocorria a repressão das mesmas⁴; como resultado, a memória reteria os afetos desorganizadores no inconsciente e os “histéricos sofreriam de traumas psíquicos incompletamente abreagidos” (p. 9).

Embora Freud ainda acreditasse, quando escreveu isto, na importância da realidade do trauma, vê-se já que aspectos *reais e definidores* do mesmo, como seu tipo, gravidade, intensidade e contexto, deixam de ser valorizados; para ele, poderia ser *qualquer experiência* que acionasse afetos perturbadores, desde que fosse simbolicamente traumática para a pessoa afetada. Assim, o impacto do evento dependeria, principalmente, da maior ou menor fragilidade da mente do paciente, ou do seu significado subjetivo, para transformá-lo em algo traumático – e não o evento em si mesmo⁵.

Inicialmente, e durante longo tempo, o trauma psíquico não foi concebido como incluindo necessariamente a *violência*. A primeira teoria *traumática* da causação das neuroses de Freud era uma hipótese sobre as consequências da *sedução infantil* passiva (gerando a histeria) ou ativa (neurose obsessiva)⁶. Não havia ênfase maior sobre *violência* nesta sedução e nem se supunha haver uma percepção traumática no *momento em que o evento real ocorresse* – a teoria propunha, equivocadamente⁷, que a *traumatização psíquica* se desse sempre em dois tempos: o do *trauma real*, de impacto encoberto do ponto de vista consciente pela impossibilidade de ser conectado às cadeias associativas e metabolizado, e do *trauma psíquico*, que só se formaria tempo depois, na adolescência, através da ressignificação *après-coup* do evento infantil do passado. Mesmo Ferenczi (1933),

⁴ Substituído pelo mecanismo da repressão, desde então a dissociação, introduzida originalmente por Janet, passa a ser desconsiderada e posta em plano secundário como uma estratégia defensiva em relação aos eventos traumáticos.

⁵ Um dos exemplos de trauma *moderado* é o caso de Katharina (Freud, 1893-1895), cujo evento traumático foi ter visto, pela janela de um quarto, seu tio deitado em cima da prima: “Recuei da janela, assustada, e tive que me apoiar, sem fôlego, na parede da casa, com uma crise de falta de ar, que sinto desde então. Na hora ficou tudo escuro, minhas pálpebras não conseguiam se abrir e sentia algo martelando e zumbindo dentro da minha cabeça” (Freud, 1893-1895, p.127). É difícil comparar o trauma sofrido por Katharina com histórias, por exemplo, de estupros violentos e continuados de uma criança, por parte de seu cuidador, onde a natureza, intensidade e duração do trauma são extremamente mais graves para a compreensão de suas consequências. Embora Freud, na época, distinguisse, com clareza, traumas graves de traumas leves, atribuía a ambos a mesma potencialidade de desencadear sintomas histéricos.

⁶ “Proponho, portanto, a tese de que na raiz de *todo caso* de histeria exista uma ou mais ocorrências de experiências sexuais prematuras, que pertencem aos primeiros anos da infância, mas que podem ser reproduzidas através do trabalho da psicanálise apesar das décadas interpostas entre os fatos” (Freud, 1896a, p. 203).

⁷ O equívoco não reside na importância do mecanismo de *après-coup* como um processo contínuo de retranscrição da memória de vivências do passado, mas na hipótese de que a situação *real original* não tenha nenhum impacto na criança no momento da sua ocorrência. Os traumas podem às vezes se dar em dois ou mais *tempos*, mas *todas* as dimensões temporais, de formas diversas, fazem parte ativa e integral da vivência traumática e de suas sequelas.

no trabalho pioneiro e polêmico sobre *Confusão de línguas entre os adultos e a criança*, acabaria enfatizando o antagonismo conflituoso *entre diferentes linguagens eróticas*, a da *ternura infantil* por um lado e a da *paixão sensual adulta* por outro – sem mencionar, explicitamente, a *violência intrínseca* à subjugação da criança pelo adulto violador⁸.

Quando Freud revisa a hipótese da sedução em 1897, um ano e meio após sua triunfante formulação⁹, comunica a Fliess “não mais acreditar em sua [teoria traumática das neuroses]” (1897, p. 234) e que a estava descartando por quatro razões: a) o fracasso do tratamento de seus pacientes, baseado nesta teoria; b) a improbabilidade da ocorrência *sempre* de uma sedução por um adulto, dada a alta frequência da histeria; c) *o fato de, no inconsciente, serem indistinguíveis eventos verdadeiros de ficções imaginárias (fantasias)* e d) a evidência de que, mesmo nas psicoses, memórias de sedução infantil não emergissem sistematicamente (Makari, 2006). Com o abandono da tese da sedução¹⁰ Freud se volta para as pulsões libidinais internas e o reconhecimento da *sexualidade infantil precoce e das fantasias inconscientes* associadas como fatores decisivos na construção da *realidade psíquica*, que passará então a ser considerada mais importante do que o mundo externo na constituição das neuroses. Isto importava agora em outra hipótese sobre a sedução infantil, reconstruída a partir dos relatos das pacientes: *em vez de terem ocorrido de fato, expressavam desejos e fantasias precoces, pressionados pela sexualidade infantil originária das pulsões sexuais*. Com isto, a questão do trauma real começa a se esfumçar do centro das suas preocupações teóricas.

Este corte radical no seu pensamento não resolveu, no entanto, sua ambiguidade. Em parte, Freud corrigia o engano óbvio da proposição original de

⁸ O título, em húngaro, da conferência que Ferenczi (1933) ministrou em Wiesbaden, antes da publicação do artigo em inglês (1933-1949), era *A paixão adulta e seus efeitos no desenvolvimento sexual e do caráter nas crianças* (citado por Mészáros, 2010). É curioso que Ferenczi não acentuasse que qualquer ato sexual de sedução e abuso, imposto a alguém vulnerável, não fosse *nunca* um ato de *paixão*, seja de que natureza fosse, mas que seria *sempre* um ato de violência. É possível que Ferenczi ainda considerasse a agressão, como Freud a entendia, em 1905, como um *componente da libido*: “A *sexualidade normal* da maioria dos homens contém um elemento de agressividade – um desejo de subjugar, cuja natureza biológica parece situar-se na necessidade de vencer a resistência (da fêmea) com outros métodos além da corte amorosa” (1905, p. 159). (grifos meus)

⁹ Freud ficou tão entusiasmado com sua tese “de que na base de todo caso de histeria houvesse [sempre] uma ou mais ocorrências de experiência sexual prematura” (p. 202), que afirmou, numa conferência de 21 de abril de 1896, que esta *descoberta* era tão importante para a neuropatologia como a *descoberta da fonte do rio Nilo* havia sido para a cartografia da época (Freud, 1896a).

¹⁰ Não custa lembrar que este abandono foi relativo, embora crucial. O que Freud abandonou, na teoria, foi a sedução infantil como *causa específica* das neuroses – mas não como um dos fatores importantes na sua causação.

que, em *todas* suas dezoito pacientes histéricas, houvesse uma ou mais ocorrências de sedução sexual realizada por uma pessoa adulta (Freud e Breuer, 1893-1895). Mas Freud deixa de nos informar, na época, *se não haveria ocorrido, em nenhuma delas, algo de realidade histórica associada às fantasias*. Na verdade, ao revisitar aquele período trinta anos depois, Freud assevera *ter realmente encontrado*, entre as pacientes, “uns poucos casos nos quais relações incestuosas com o pai, tio ou irmão mais velho continuaram até uma idade em que se podia confiar na memória das pacientes” (1925, p. 34), isto é, de recordações traumáticas que não dependeram de reconstruções ou inferências que Freud tivesse que fazer para vencer a barreira da amnésia infantil.

Mas, no mesmo texto, Freud lamenta *que sua credulidade houvesse sido explorada pelas pacientes*, que o teriam manipulado, *conscientemente*, sobre a falsa realidade das seduições na puberdade ou adolescência – sem que acrescente motivos ou explicação de por que as pacientes teriam mentido ou de como chegara a esta conclusão¹¹ ... Freud reafirma sua convicção de que “os sintomas neuróticos não estão diretamente relacionados a eventos reais, mas a fantasias pures de desejos (*wishful phantasies*) e que, no que se refere à neurose, a realidade psíquica era mais importante do que a realidade material” (*Id.* p. 33)¹². Esta convicção se infiltrou nas ranhuras da teoria psicanalítica clássica e fez com que as futuras gerações de analistas, fixadas exclusivamente no paradigma pulsional e intrapsíquico, se sentissem pouco à vontade ao lidar com os reflexos dos traumas da realidade, e da violência a eles associadas, na mente dos seus pacientes.

Consequências da violência: os quadros pós-traumáticos

Menos do que questionar as percepções originais de Freud e as decorrências criativas que geraram a construção dos conceitos centrais da psicanálise (fantasias inconscientes, realidade psíquica, mundo interno, sexualidade infantil,

¹¹ A afirmação de ter sido *enganado e manipulado* pelas mentiras das pacientes corresponde, provavelmente, a um *enactment* contratransferencial de Freud, difícil de ser compreendido porque não dispomos de maiores detalhes destes tratamentos.

¹² Mas um ano antes, em 1924, em nota de rodapé, acrescentada ao artigo *Comentários adicionais às neuropsicoses de defesa* (1896b), voltou a tratar a sedução como um *fato concreto*, dizendo que “não se devia rejeitar tudo que escrevi antes” (p.167) a respeito do trauma: “a sedução (real) retém sua importância etiológica” (p.167). E em 1918, no *Homem dos lobos*, ao referir que o paciente recuperara a memória das “primeiras experiências infantis que podia realmente lembrar, sem nenhuma conjectura ou intervenções da minha parte”, escreve que “a velha teoria traumática das neuroses, [...] construída a partir [...] da prática psicanalítica, havia subitamente retornado, mais uma vez, ao primeiro plano”. (!) (Freud, 1918, pp. 94-5).

determinismo psíquico), é importante seguir discutindo a importância dos traumas causados pela realidade em si. Em geral, quando a teoria psicanalítica excluiu, como significativos, os *efeitos do trauma real* e sua imediatez na gênese do sofrimento psíquico, ela se baseava no enunciado freudiano de que a mente inconsciente era incapaz de distinguir entre eventos verdadeiros e ficções imaginárias. Esta hipótese, no entanto, só pareceria relevante para o entendimento, *a longo prazo, da formação dos traços de caráter e do sofrimento neurótico*. Em termos da *sintomatologia traumática e pós-traumática*, em que o próprio processo de simbolização e integração das representações está, em algum grau, comprometido, deixa de importar a clareza da distinção entre o imaginário e a representação do real – porque ambos dependem essencialmente da função simbolizadora da mente, parcialmente paralisada pelo trauma, e condicionando assim, independente de qualquer outra coisa, percepções confusas e enevoadas (=dissociadas) do mundo interno e externo da pessoa vitimada.

Portanto, o fato de a realidade nem sempre se distinguir com nitidez da sua representação fantasmática, não elimina a *qualidade* do seu impacto no psiquismo humano, nem sua dependência de *parâmetros reais* do trauma, incluindo, principalmente, a identidade do abusador. A crônica dos prejuízos causados pela minimização da realidade objetiva (e dos objetos externos reais) na construção do mundo interno (concebido então como um sistema fechado e não interativo com o meio ambiente) e a relativização da força dos traumas psíquicos causados pela realidade, não necessita ser retomada – mas ter ao menos três consequências registradas.

Primeiro, devido ao exílio póstumo e prolongado a que Ferenczi foi submetido – por fazer ressurgir a importância do trauma infantil na gênese das neuroses – ficaram negadas várias de suas contribuições seminais, entre elas a introdução do paradigma interpessoal no estabelecimento da vivência traumática e, assim, a importância da interação da dupla analítica na *criação mútua* da relação transferencial-contratransferencial. Com isto, precisaram-se esperar décadas para que a presença *real* do analista e seus sentimentos, pensamentos e valores pessoais pudessem entrar na relação analítica como um elemento fundante e irreduzível da mesma – e sua influência *real* apreciada – o que, só então, veio a permitir mudanças técnicas fundamentais do processo analítico, especialmente no tratamento de quadros limítrofes e pós-traumáticos.

Segundo, atrasou-se em muito a pesquisa e o estudo psicanalítico dos transtornos de estresse pós-traumático, *resultantes diretos da exposição a traumas agudos e imediatos* a todo tipo de pessoas a eles expostos, crianças ou adultos, normais ou com problemas emocionais prévios. Pode-se até concordar com alguns

autores (Boulanger, 2002) que a metapsicologia psicanalítica continue muito defasada para conseguir acomodar, de forma efetiva, este tipo de sofrimento psíquico. Isto pode explicar por que grande parte dos pacientes, crianças e adultos traumatizados (por violência doméstica, estupros, acidentes naturais ou tragédias como o incêndio da boate Kiss, em Santa Maria) fique em geral desatendida pelas psicoterapias psicanalíticas, sendo, ao invés, encaminhada às psicoterapias cognitivo-comportamentais ou a terapias de apoio e aconselhamentos não analíticos.

Em terceiro lugar, criou enorme dificuldade para a psicanálise reconhecer que *traumatismos precoces reais e graves* – e não apenas sua *versão aguada* (quando Freud [1926] transformou seu trauma psíquico original *em situações traumáticas normais do desenvolvimento emocional da criança* – como as ansiedades do nascimento, temores de castração, perda do objeto, perda de amor do objeto e da aprovação do superego) – poderiam, sob múltiplas formas, ocasionar consequências devastadoras no psiquismo da criança durante todo o seu desenvolvimento, com eclosão de quadros emocionais graves tanto na infância e adolescência¹³ como na idade adulta.

Fenomenologia dos quadros pós-traumáticos

É relevante considerar as diferentes formas de violência e sintomas derivados do ponto de vista descritivo e psicodinâmico. Reações e consequências do trauma são funções tanto do *tipo de eventos violentos* em questão como da sua *duração, intensidade e circunstâncias* em que ocorreram. Em um dos polos situam-se indivíduos adultos que sofreram um incidente único e relativamente impessoal na vida (acidente de automóvel, assalto, estupro por desconhecido). Nestes casos, o choque direto e atual da violência experimentada tende a desencadear *reações agudas e transitórias ao estresse*; mas, em 20% das pessoas expostas, desenvolve-se um quadro mais prolongado, de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Tanto o estresse agudo quanto o TEPT apresentam uma constelação característica

¹³ Faz parte do cotidiano de analistas e psicoterapeutas de crianças atenderem às consequências imediatas dos graves abusos sofridos pelos pequenos pacientes. A maior parte dessas crianças, infelizmente, *não aguarda de forma assintomática e indiferente, até a adolescência, pelo aprés-coup dos traumas ocorridos*: nos períodos que se seguem aos abusos, ou concomitante a eles, expressam crises de ansiedade, pânico, terrores noturnos, comportamentos fóbicos ou agressivos e masturbação compulsiva, como sintomas do sofrimento psíquico desencadeado e presente desde o início das violências sofridas.

de sintomas (DSM-5, 2013)¹⁴ *que varia pouco de acordo com a história, estrutura de personalidade ou psicopatologia prévia do indivíduo afetado*. Ainda no adulto, no caso de traumas psíquicos continuados, como na violência doméstica, eles contribuem para a cronificação da sintomatologia pós-traumática e tendem a evoluir para comorbidades associadas, como depressões crônicas e refratárias e dependência a abuso de drogas.

No outro polo, ao invés de eventos isolados e únicos, há sólidas evidências da existência de *traumas desenvolvimentais* em crianças expostas, resultantes da violência *repetida e cumulativa, durante variados períodos de tempo e inseridas dentro de relacionamentos e ambientes interpessoais específicos*. O *abuso infantil* (sexual, emocional, físico) e a *negligência* (física e emocional) constituem exemplos típicos desta violência crônica, que comumente ocorre dentro de famílias gravemente disfuncionais (Courtois, 2004; Schestatsky, 2005). Herman (1992) criou o termo TEPT Complexo para descrever os resultados destes traumas desenvolvimentais, elaborando uma lista de sete categorias de sintomas que os caracterizam – e que tem sido adotada por muitos pesquisadores da área: 1) perturbações na regulação dos afetos, 2) na atenção e níveis de consciência (dissociações), 3) na autopercepção, 4) na percepção do perpetrador, 5) nos relacionamentos com os outros e 6) nos sistemas de significação e 7) na presença de somatizações e/ou de doenças físicas.

Tanto as dissociações que ocorrem em torno do evento da violência (*peritraumáticas*) quanto as que persistem após o mesmo têm sido consideradas

¹⁴ CRITÉRIO A – Exposição a ameaças graves de morte, agressão ou violência sexual sofrida diretamente, ou vendo outra pessoa sofrer, ou sabendo destas ocorrências com pessoa próxima, ou exposições repetidas a detalhes das experiências traumáticas; CRITÉRIO B – *Pelo menos um dos seguintes sintomas intrusivos*: 1) memórias recorrentes, involuntárias e intrusivas do evento traumático; 2) sonhos perturbadores recorrentes, com conteúdos ou afetos relacionados ao trauma; 3) reações dissociativas em que a pessoa se sente ou age como se estivesse revivendo o trauma; 4) intenso e prolongado sofrimento ansioso à exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem ao trauma; 5) reações fisiológicas acentuadas a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem ao trauma; CRITÉRIO C – *Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando logo após sua ocorrência*; CRITÉRIO D – *Alterações cognitivas e afetivas negativas associadas ao evento traumático, evidenciadas por duas ou mais do seguinte*: 1) incapacidade de lembrar aspectos importantes do evento traumático; 2) crenças negativas persistentes e exageradas a respeito de si próprio, dos outros ou do mundo (“sou uma pessoa má”, “não se pode confiar em ninguém”, “o mundo é completamente perigoso”, “todo meu sistema nervoso ficou arruinado”); CRITÉRIO E – *marcadas alterações na vigilância e reatividade a estímulos, associadas ao evento traumático e evidenciadas por 2 ou mais dos seguintes*: 1) comportamento irritado e explosões de raiva através de agressões verbais ou físicas a pessoas ou objetos; 2) comportamento agitado ou autodestrutivo; 3) hipervigilância; 4) resposta exagerada de sobressalto; 5) problemas de concentração; 6) perturbações do sono; CRITÉRIO F – Duração das alterações (critérios B, C, D e E) de mais de um mês. NOTA – Os critérios apresentados se referem a pacientes adultos (DSM-5, 2013).

como componentes do TEPT. Alguns autores (van der Hart *et al.*, 2005) propuseram que a *dissociação seja um mecanismo central ao invés de periférico do TEPT* e que o *TEPT Complexo* envolva uma dissociação estrutural mais complexa que o *TEPT simples* – sublinhando, com isto, a relação íntima entre cronicidade da violência, complexidade e dissociação no TEPT.

Quanto à vulnerabilidade associadas a estas condições, há fortes evidências de que traumas desenvolvimentais e dissociações crônicas influenciam negativamente a fenomenologia clínica e a resposta ao tratamento em diversas patologias psiquiátricas, tais como depressões, esquizofrenia, transtornos conversivos, abuso de substâncias e transtorno obsessivo-compulsivo. Entre os Transtornos de Personalidade (TP), o *borderline* tem estado associado, em vários estudos, à ocorrência significativa de abusos na infância, especialmente o sexual (Bandelow, 2005; Ogata, 1990; Schestatsky, 2005; Zanarini, 1989), além de ser, entre todos os TP, o que apresenta a maior prevalência de traumas desenvolvimentais (Herman, Perry, & van der Kolk, 1989). São estes traumas desenvolvimentais, e suas consequências progressivas na estruturação da personalidade, que mais absorveram o interesse da investigação psicanalítica a respeito, ainda que as conclusões sobre a natureza do papel da violência traumática real na infância, e as eventuais modificações técnicas necessárias para abordá-la, sigam expostas a inúmeras e inconclusivas controvérsias.

Evidências exemplares: violência interpessoal e transtorno de personalidade *borderline*

O Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) tem sido associado à presença de traumas precoces desde que foi identificado, pela primeira vez, no trabalho pioneiro de Stern (1938), que cunhou a expressão *borderline*. Fatores encontrados nestes pacientes desde a primeira infância, escreveu Stern, incluíam “crueldade, negligência e brutalidade reais, durante muitos anos, por parte de seus pais” (p. 469). Embora muitos clínicos seguissem observando, posteriormente, também uma maior frequência de *incesto* entre estes pacientes (Stone, 1986), a maioria dos autores psicanalíticos seguiu a tradição de se enclausurar no mundo interno dos pacientes e de suas fantasias inconscientes, relegando a uma dimensão acessória a parte das observações centradas na realidade objetiva dos traumas relatados (Gunderson & Sabo, 1993).

Com o passar dos anos e com o reconhecimento, em 1980, dos sintomas psicológicos específicos causados por traumas reais (guerra do Vietnã), incluiu-

se o Transtorno de Estresse Pós-Traumático como entidade diagnóstica no DSM-III (1980)¹⁵. A partir daí, deu-se um incremento considerável nas pesquisas sobre a influência dos traumas reais na gênese de quadros emocionais graves. Em 1986, Browne & Finkelhor (1986) relataram que *vítimas de abuso sexual* desenvolviam sintomas parecidos com os do TPB – como depressão, abuso de drogas, revitimização e autodestrutividade. Um ano após, Hermann & van der Kolk (1987) puseram em relevo a superposição da fenomenologia entre o TPB e TEPT. A seguir, a associação entre abusos na infância e comportamentos autodestrutivos (automutilações) – o mais prototípico dos sintomas *borderline* (Gunderson, 2001) – foi confirmada (van der Kolk *et al.*, 1991), assim como a ligação destes abusos com sintomas dissociativos na idade adulta (Chu & Dill, 1990). Entre outros, estes trabalhos estabeleceram a base para começar-se a investigar como as experiências traumáticas e de violência interpessoal na infância poderiam contribuir para o desenvolvimento do TPB adulto.

A associação entre história de abuso sexual na infância e diagnóstico de TPB foi consistentemente demonstrada em pelo menos seis estudos caso-controle nos Estados Unidos (Links & Monroe-Blum, 1990), assim como em um estudo realizado em Porto Alegre com uma amostra de 23 pacientes mulheres com TPB (Schestatsky, 2005). Além do fator abuso em si mesmo, Bryer *et al.* (1987) e Herman *et al.* (1989) sugeriram haver uma relação dose-efeito entre a magnitude e duração do abuso infantil e o desenvolvimento de características do TPB. Herman e Schatzow (1987) constataram *que mais de 80% das histórias de abuso sexuais em mulheres eram válidas e puderam ser corroboradas por outras fontes*¹⁶. Estudos mais recentes chegaram à mesma conclusão: relatos de traumas na infância, por parte dos pacientes, eram confiáveis, “não sendo meros artefatos de memórias ou relatos enviesados” (Johnson *et al.*, 1999, p. 604).

Vários estudos que registraram relatos de abuso físico e sexual em pacientes com TPB, situaram os abusos intrafamiliares (cometidos pelos pais ou outro adulto

¹⁵ Desde então, o TEPT é o único distúrbio psiquiátrico nas classificações diagnósticas atuais que escapa do habitual reducionismo biológico e reconhece um fator externo, ambiental, traumático, como agente etiológico específico.

¹⁶ Estas constatações questionam um mito, consagrado em alguns círculos psicanalíticos, de que *nunca se sabe (we never know)* o que realmente ocorreu ao paciente na sua infância. Não se discute que o evento traumático passe por várias recriações e elaborações inconscientes por parte do paciente, nem que se deva considerar a narrativa do fato como sendo uma memória confiável do que ocorreu. Ao contrário, sabe-se que sempre se tratará de uma versão muito pessoal do trauma, altamente mutável e dependente do estado afetivo em que foi registrado e, no tratamento, do contexto emocional e interpessoal em que for evocado. Mas nada disto invalida que o fato relatado tenha existido, nem que o sofrimento atribuído a ele pelo paciente não mereça ser reconhecido, validado, respeitado e analisado em suas múltiplas dimensões e significados.

cuidador), entre 10% - 71% das amostras estudadas (Herman *et al.*, 1989; Links *et al.*, 1988; Ogata *et al.*, 1990; Salzman *et al.*, 1993; Shearer *et al.*, 1990; Westen *et al.*, 1990; Zanarini *et al.*, 1989; Schestatsky, 2005). Entre 0% - 58% dos pacientes reportaram relações incestuosas com um cuidador adulto com quem moravam. Abusos sexuais por parte de outros adultos, fora da família, variaram entre 16% - 71%. Schestatsky (2005), na sua amostra sul brasileira, encontrou 52.2% de abuso sexual entre pacientes com TPB (significativamente maior do que os 8,7% nos controles) e que haviam ocorrido antes dos 16 anos de idade, sendo que em 46,2% dos casos os responsáveis haviam sido pais ou padrastos.

Os achados atuais não permitem, por outro lado, afirmar que abusos sexuais determinem *uma contribuição única na etiologia dos TPB*, ou que a presença deles não seja apenas um marcador de outros fatores intrafamiliares importantes, especialmente de famílias gravemente disfuncionais, ou em que perdas precoces dos cuidadores primários tivessem deixado a criança, além de deprimida, exposta e desprotegida contra a violência de ambientes adversos e desorganizados (Links & van Reekum, 1993; Weaver & Clum, 1993). Os estudos revelaram que, além do abuso sexual, abusos físicos, ter sido testemunha de violência doméstica e experiências de separação precoces discriminavam sujeitos com TPB de uma variedade de outras populações psiquiátricas de pacientes internados e de ambulatório (Ogata *et al.*, 1990; Westen *et al.*, 1990; Zanarini & Gunderson *et al.*, 1989). Atualmente, as formulações etiológicas ambientais e traumáticas para o desenvolvimento dos TPB consideram que há múltiplos caminhos para um mesmo resultado, ou seja, para a confluência de estressores sociais duradouros, processos psicodinâmicos associados e contextos familiares perturbados (Links & Monroe-Blum, 1990).

Outra linha de investigação das mais atuais aborda a relação entre TPB e fatores traumáticos. Dentro dela, tem-se considerado a hipótese de que a patologia *borderline* prévia possa contribuir para maior vulnerabilidade ao surgimento do TEPT, principalmente quando este se instala frente a estresses de intensidade apenas leve a moderada. A hipótese de que um comprometimento prévio da personalidade é o que intermediaria a vulnerabilidade para o desencadeamento de quadros de estresse pós-traumático também se adequaria aos dados epidemiológicos de que, apesar de 38% da população estarem expostos a graves estresses, apenas cerca de 9% experimentam uma reação crônica do tipo TEPT (Breslau *et al.*, 1991). Assim, a presença ou não de traumas precoces, seja via desenvolvimento de uma patologia *borderline*, seja como antecedentes primários do TEPT, teria enorme importância na constituição de maior vulnerabilidade, ou do seu oposto, de maior resiliência, para o enfrentamento de traumas futuros.

Outros autores têm sugerido uma direção inversa na associação: a de que o TPB seja conceptualizado como uma *síndrome pós-traumática complexa* (Herman & van der Kolk, 1987) acima descrita. Neste modelo, as experiências traumáticas ou abusivas teriam seu efeito patogênico quando o trauma fosse crônico – e a criança estivesse desprotegida e isolada – fazendo com que as respostas pós-traumáticas ao estresse fossem desenvolvimentalmente incorporadas como estruturas de personalidade desadaptadas (Herman & van der Kolk, 1987). Neste modelo, o TPB representaria uma adaptação intermediária à experiência traumática, mas desenvolvimentalmente estruturada, a meio caminho entre o TEPT e a adaptações mais extremas, como os Transtornos Dissociativos Maiores.

Independente da direção da associação entre traumas e estruturas de personalidade, parece haver uma correlação constante, embora não linear nem direta, entre a presença de violência na infância e maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de diversas psicopatologias no futuro (Swett, 1990; Bryer, 1987) – entre elas o TEPT e o TPB. Nesta última hipótese, esperar-se-ia encontrar correlatos neurobiológicos de estresses crônicos, como, por exemplo, o da ativação persistente e hiper-responsividade dos circuitos hipotalâmico-hipofisários do cérebro (Coplan *et al.*, 1996) – que não serão aqui examinados.

Modelos psicodinâmicos quantitativos dos quadros pós-traumáticos

O que as clássicas observações de Janet e Freud sobre traumas psíquicos, em fins do século XIX, e os critérios atuais do DSM-5 para o TEPT têm em comum, apesar de teorias tão distintas e do intervalo de mais de um século entre elas, é que todas compreendem e descrevem o trauma psíquico e suas consequências utilizando-se parcialmente de parâmetros *quantitativos de intensidades de estímulos (econômicos)*, em termos freudianos – e da incapacidade da mente de lidar com a invasão maciça e bruta da realidade. A descrição dos sintomas por Janet-Freud e os agrupamentos do TEPT são praticamente idênticos: fenômenos de anestesia, paralisia mental, restrição cognitivo-afetiva, reexperienciação, evitação, hiperatividade autonômica e empobrecimento progressivo da vida afetiva, intelectual e profissional dos pacientes. Estes modelos *econômicos* acomodam muito bem, até hoje, o impacto de eventos traumáticos catastróficos (como o Holocausto), ou sofridos de forma aguda, única ou cumulativa, como eventos de causa natural. Mas têm menor poder explicativo para traumas crônicos e enfrentados dentro de espaços interpessoais e familiares, como a violência doméstica ou o abuso sexual intrafamiliar.

A tradição de definir o trauma psíquico de forma quantitativa, além de histórica, tem pelo menos uma razão clínica e outra metodológica. A razão clínica facilmente se aplica *aos quadros mais visíveis e públicos do TEPT*, resultantes de situações externas de grande intensidade (guerras, catástrofes naturais), em que o afluxo de estímulos traumáticos é enorme e desproporcional ao funcionamento habitual da mente. O aspecto metodológico tem a ver com a tentativa de *preservar a especificidade do conceito de trauma externo* como agente causador de perturbações emocionais características, sem misturá-lo e diluí-lo com situações traumáticas corriqueiras ou inespecíficas. Quanto a isto, é importante sublinhar a advertência de Anna Freud (1967) a respeito:

Assim como a maioria, tenho usado frouxamente o termo “trauma”, mas vou tratar de não fazê-lo no futuro. Sempre que me sentir tentada a chamar um evento de traumático [...] me perguntarei antes [...] se quero dizer *somente* que foi perturbador, significativo para alterar o curso do desenvolvimento emocional posterior ou que foi patogênico. *Ou, se, ao contrário, tenho a intenção de realmente dizer traumático no sentido estrito do termo, [isto é], que foi explosivo, devastador e causador de uma desorganização interna violenta, por ter posto fora de ação o funcionamento do ego e seus efeitos mediadores* (p. 242, grifos do autor).

Uma das definições de Freud (1916-1917) – provavelmente já influenciado pelos eventos em curso da I Guerra Mundial (1914-1918) – é a de que só se deveria aplicar o termo *trauma* a experiências que “em curto período de tempo confrontem a mente com um excesso de estímulos tão poderoso, que lhe é impossível manejar ou elaborar através do funcionamento normal, resultando uma perturbação permanente no modo em que a energia opera dentro do ego” (p. 275). Esta definição, essencialmente, não mudou nos compêndios psicanalíticos posteriores.

Em 1967, Laplanche e Pontalis descreveram o trauma psíquico como “um acontecimento da vida do indivíduo que se define por sua *intensidade*, pela incapacidade do indivíduo de responder adequadamente, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica” (p. 678). Moore & Fine (1990) o caracterizam como

a desorganização ou colapso que ocorre quando o aparelho psíquico é subitamente invadido por estímulos, internos ou externos, *intensos demais* para serem manejados ou assimilados da forma usual, resultando em um

estado de desamparo do ego que se expressa por extremos entre total apatia e recolhimento, até tempestades emocionais acompanhadas por condutas desorganizadas e de pânico (p. 199).

O DSM-III (1980) seguiu estes parâmetros quantitativos e baseados em estudos de *pequenas populações de pacientes homens*, vítimas de queimaduras, e de veteranos que retornavam da guerra do Vietnã. Embora já existissem registros prévios de síndromes pós-traumáticas afetando *crianças e mulheres – a síndrome da criança maltratada* estava nos compêndios pediátricos americanos desde 1962 (Kempe, *et al.*, 1984) e a *síndrome traumática pós-estupro* foi descrita em 1974 (Burgess & Holstrom, 1974) – suas sequelas emocionais não foram incluídas nas definições do TEPT: assim, ficaram de fora dos seus critérios, do DSM-III até o DSM-5 (2013), os efeitos e consequências da violência causados no *sentido da segurança, autoestima e confiança das vítimas, na transformação da sua visão do mundo como ameaçador, imprevisível e incontrolável, no fenômeno frequente das revitimizações e na perda de coerência no sentimento de si – mesmo* (van der Kolk *et al.*, 2005). E, sobretudo, seguiu-se não priorizando o contexto interpessoal dos traumas, especialmente na população infantil e feminina, mantendo-se sua ênfase em agrupamentos de sinais e sintomas psicofisiológicos.

Conclusão: alguns modelos psicanalíticos contemporâneos do impacto psíquico da violência traumática

Faltou à metapsicologia freudiana, ao desenvolver sua teoria do trauma psíquico, uma melhor compreensão das *relações de objeto* implicadas, tanto internas como externas à mente das pessoas. Um esboço desta teoria até foi iniciado em 1916 quando, em *Luto e melancolia*, Freud examinou o ego tentando lidar com *traumas não sexuais*, que envolviam perdas e separações. O reconhecimento de que o ego, para evitar a dor da perda, podia *introjetar* o objeto perdido (=criar uma representação mental permanente deste objeto) e, através de uma cisão interna, experienciar relacionar-se com esta parte introjetada, abriu o caminho para a descoberta de um mundo interno povoado por objetos em interações dinâmicas uns com os outros – que Freud acabou não ampliando (Garland, 2002).

Quem de fato inaugurou a dimensão contemporânea, relacional e interpessoal, do trauma psíquico na psicanálise foi Sandor Ferenczi, com o trabalho *Confusão de línguas entre adultos e crianças* (1933). Nele, Ferenczi descreve, pela primeira vez, *os efeitos do trauma externo em termos relacionais*,

identificando um dos principais mecanismos de defesa para enfrentá-lo, que chamou de *identificação com o agressor*¹⁷. Nas palavras de Ferenczi “a personalidade frágil e pouco desenvolvida da criança reage ao súbito desprazer não por uma defesa simples, mas por uma angustiante identificação e introjeção da pessoa que a ameaça ou que é sua agressora” (p. 163). Aqui se entrevê a importante mudança psíquica que inicia a ocorrer na mente da criança, quando ela se força a construir um *falso self* para se adaptar a uma situação incompreensível.

Ferenczi sublinha o desejo da criança por uma aproximação terna com um adulto que lhe contrapõe, ao invés, uma linguagem sexualizada, que só a confunde e a perturba. Mas precisando desesperadamente do seu objeto cuidador, ela o desculpa e se identifica com ele, culpando a si mesma pelo que está ocorrendo, para não atribuir ao objeto necessitado algo tão monstruoso¹⁸. Mas Ferenczi sugere, também, outra função para o mecanismo de identificação com o agressor: *seria uma forma de, ao interiorizá-lo, a criança eliminar sua presença do mundo externo*, facilitando o processo dissociativo seguinte, em que nada de grave pareceria estar acontecendo *realmente* com ela. Para manter alguma ordem em um mundo em que o amor significa abuso, onde inocentes são culpados e em quem se confia são os mesmos que nos ferem (Prior, 1996), a mente da criança se fragmenta e se divide de uma forma tão extensa, que cada fragmento, nas palavras de Ferenczi, “se comporta como uma personalidade separada, como se não conhecesse a existência dos outros fragmentos” (p. 165).

Esta talvez seja uma das descrições mais pungentes que se fizera, até então, do impacto dos mecanismos de cisão dentro do ego, na sua desesperada função defensiva e da distorção extensa das mudanças psíquicas em curso. Também, pela primeira vez, se acentua que o estilhaçamento do ego não é secundário à *intensidade* dos estímulos traumáticos e sim, principalmente, a uma *qualidade maligna da percepção de uma relação interpessoal real*, uma relação de objeto tão destrutiva e confusante, que sua representação e assimilação exigiriam que fosse sequestrada num fragmento mental *blindado* – e totalmente afastada (=dissociada) do resto do *self* – para assegurar uma mínima possibilidade de

¹⁷ É provável que a omissão oficial, que de algum modo ainda permanece, de ter sido Ferenczi o descobridor do mecanismo de identificação com o agressor (1933), em favor de Anna Freud (1936), faça parte do processo de excomunhão da comunidade analítica respeitável a que o autor foi submetido.

¹⁸ Observadores atuais (Prior, 1996) notam que Ferenczi ainda fala do abusador em termos de uma linguagem amorosa, mesmo que totalmente inadequada, deixando de acentuar o verdadeiro componente de ódio e destrutividade envolvidos na interação.

sobrevivência emocional em um mundo que possa aparentar alguma coerência, ainda que perversa. Aqui, o impacto do trauma psíquico não resulta na obliteração da função simbólica, relativamente preservada, mas *a qualidade aterrorizante dos significados* atribuídos ao objeto é tão inaceitável, que se torna necessária uma cisão vertical máxima (= dissociação) e, a seguir, uma negação das percepções que ficaram contidas em aspectos do *self* incomunicáveis entre si¹⁹.

Na esteira de Ferenczi, autores ingleses como Winnicott e Bowlby também desenvolveram derivações da teoria das relações de objeto que consideravam o *meio ambiente interpessoal real* como parte obrigatória da mente do bebê e não apenas contingente a ela, podendo ter tanto efeitos traumatogênicos como, ao contrário, protetores, autores estes sobre os quais não me estenderei neste texto.

Os modelos relacionais ofereceram um avanço importante para a teoria e técnica psicanalíticas do trauma em várias dimensões. Uma delas é a que modifica a concepção, de Freud, da barreira protetora *contra* estímulos, deslocando-a da *superfície* da mente do bebê *para o interior das funções materno-ambientais externas*. Tal *escudo protetor*, fundado pela associação das mentes mãe-bebê, é agora também entendido como tendo características *ativas de filtragem, discriminação e regulação da recepção de estímulos adequados à maturação* do aparelho mental em desenvolvimento e não apenas a de impedir, ou não, passivamente, a entrada de excesso de estímulos ambientais.

Outra contribuição é a de descrever, com mais precisão, as perturbações do funcionamento da mente traumatizada (quebra na simbolização do material psíquico, que se torna não assimilável, não pensável, não representável e, portanto, não comunicável, fazendo com que haja fraturas igualmente nos vínculos afetivos e interpessoais) e as ansiedades primitivas despertadas pelos eventos traumáticos. Do ponto de vista do tratamento, os modelos relacionais enfatizaram a necessidade de se construir um ambiente terapêutico seguro, receptivo e estável, para que as relações de objetos traumatogênicas possam ser revividas na relação terapêutica e reformuladas na sua *malignidade* e onipotência (Winnicott, 1954).

Uma vez compreendido que grande parte do efeito da violência externa ocorre pelo *impacto na arquitetura interna da mente*, ou no *mundo interno e das*

¹⁹ Embora não pretendamos ampliar este aspecto da teoria do trauma em Ferenczi, lembramos que o autor reintroduziu também a importância dos mecanismos de dissociação (*splitting* vertical) no funcionamento primitivo da mente. Como já referido, os *mecanismos dissociativos*, descritos por Janet na origem dos traumas psíquicos, e logo adotados por Freud, foram mais tarde depreciados e substituídos pela *repressão* (*splitting* horizontal) na teoria freudiana clássica. As dissociações só foram retomadas atualmente, com força, pela sua onipresença na fenomenologia dos quadros pós-traumáticos e pela posição central que vieram a ocupar nos atuais modelos psicanalíticos relacionais (Davies & Frawley, 1992; Bromberg, 1996; Stern, 2000).

representações mentais que o compõem, se percebe porque a perspectiva psicanalítica insiste, adequadamente, no *significado especial* que os traumas psíquicos adquirem para cada pessoa em particular – ou no efeito que tem de interferir precisamente nesta atividade, singularmente humana da mente, de atribuir significados a suas percepções e vivências. Uma compreensão mais sofisticada deste processo de interação entre mundo externo e fantasias inconscientes, ao invés de desconsiderar a importância da realidade dos fatos, deveria reconhecer sua presença permanente como indispensável nos processos de mentalização humana, o que também se reflete, diretamente, na matriz transferencial-contratransferencial do processo analítico.

A importância dos processos de simbolização advém do fato de eles serem as principais estruturas-pontes entre a realidade externa objetiva e indiferente e o mundo imaginário subjetivo. Por isto se considera que, na violenta invasão da realidade traumática, ocorre algum grau de prejuízo na capacidade de integração, elaboração e resolução dos elementos mentais traumáticos, condensados na função simbólica da mente. Com isto, a realidade traumática resiste a ser assimilada, por não conseguir se integrar à estrutura da ordem simbólica da mente, cujo marco da linguagem nos dá o lugar como sujeitos humanos, com nossa identidade e nossa história, e nos capacita a dialogar com outros sujeitos (Kirshner, 1994).

Por outro lado, como se presume que o que também faz traumático um evento externo é exatamente o *significado pessoal que adquire para o sujeito*, isto é, como tende a ser colorido e ampliado pelos conflitos psíquicos pré-existentes e como se organiza dentro de relações de objeto primitivas, é preciso admitir que *parte importante da função simbólica mental permaneça intacta*, para que o trauma possa *significar* algo para a vítima – o que estabelece um paradoxo e uma tensão permanente na dialética do trauma (Bonomi, 2003). Até certo nível, o fato traumático opera como um símbolo (revelado pela significação pessoal que adquire), mas a partir de algum ponto de intensidade e qualidade ainda não bem compreendidas, ele parece bloquear parcialmente a capacidade de simbolizar – o que pode se observar nos sonhos traumáticos, *flashbacks* repetidos e comportamentos compulsivos das pessoas traumatizadas, na retraumatização buscada por muitas vítimas, ou na imobilização de processos mentais em um eterno tempo presente que resiste à historicização.

Finalmente, a persistência de níveis continuados de processos mentais carentes de simbolização, ou de simbolização precária, interfere no desenvolvimento da chamada função reflexiva da mente, ou seja, gera uma incapacidade da pessoa de reconhecer seus próprios estados mentais (pensamentos, sentimentos, motivações, valores e necessidades emocionais), assim como estados

mentais das outras mentes com as quais se relaciona. Há também evidências (Fonagy, 2004) que a deterioração desta função reflexiva da mente esteja associada a dificuldades no controle dos impulsos e na regulação dos afetos, que, juntos, determinam o principal elemento de vulnerabilidade a sofrimentos emocionais e o surgimento de psicopatologias no futuro. □

Abstract

Violence in childhood, trauma and vulnerability to psychopathology

The article introduces the subject of violence against children and adolescents in global terms and recalls its current epidemic feature. Examines the entrance of the topic *violence* in psychoanalysis, taking as a starting point the concepts of true trauma and psychic trauma, commenting on the up-to-dateness and permanence of trauma as an unavoidable clinical and metapsychological problem to be faced by the psychoanalysis. It provides a brief background on the evolution of traumatic disorders in psychiatry and in psychoanalysis until the introduction of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in the DSM-III. The article discusses the vulnerabilities that arise from the impact of chronic violence in children and describes relevant evidences on the association between violence-trauma-vulnerability-psychopathology in the adult, especially for Borderline Personality Disorder. It finishes with considerations on some psychoanalytical models of trauma, giving priorities to many contributions by Ferenczi which are decisive for the construction of contemporary understanding of psychic trauma, its main mechanisms, and sequelae.

Keywords: violence, psychic trauma, metapsychology, vulnerabilities, borderline personality disorder, Ferenczi, dissociation, complex PTSD.

Resumen

Violencia en la infancia, trauma y vulnerabilidad a la psicopatología

El artículo introduce el tema de la violencia contra niños y adolescentes en términos globales y recuerda su carácter epidémico actual. Examina la entrada del tema *violencia* en el psicoanálisis, a partir de los conceptos del trauma real y trauma psíquico, comentando sobre la actualidad y permanencia del trauma como problema clínico y metapsicológico incontornable que el psicoanálisis debe

enfrentar. Hace un breve histórico de la evolución de los cuadros traumáticos en la psiquiatría y en el psicoanálisis hasta la introducción del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en el DSM-III. Se discuten las vulnerabilidades decurrentes del impacto de la violencia crónica en niños y se describen evidencias relevantes sobre la asociación entre violencia-trauma-vulnerabilidad-psicopatología en la edad adulta, especialmente en el Trastorno de Personalidad *Borderline*. El artículo termina con consideraciones sobre algunos modelos psicoanalíticos del trauma, priorizando diversos aportes fundamentales de Ferenczi para la construcción del entendimiento contemporáneo del trauma psíquico, sus principales mecanismos y sus secuelas.

Palabras clave: violencia, trauma psíquico, metapsicología, vulnerabilidades, trastorno de personalidad *borderline*, Ferenczi, disociación, TEPT complejo.

Referências

- Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Brooks, A., Hajak, G. & Rüther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research*, 134: 169-179.
- Bergmann, M. (2000). *The Hartmann era*. New York: Other Press.
- Bonomi, C. (2003). Between symbol and antisymbol: The meaning of trauma reconsidered. *International Forum of Psychoanalysis*, 12(1): 17-21.
- Boulanger, G. (2002). The cost of survival: Psychoanalysis and adult onset trauma. *Contemporary Psychoanalysis*, 38(1): 17-44.
- Breslau, N., Davis, G.C, Andreski, P. & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 48(3): 216-22.
- Breuer, J. & Freud, S. (1893). On the psychical mechanism of hysterical phenomena: Preliminary communication from studies on hysteria. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud: Vol. 2 (1893-1895). Studies on hysteria*, pp. 1-17.
- Browne, A. & Finkelhor, B. (1986). Impacto of child sexual abuse: A review of the research. *Psychol Bulletin*, 99:66-77.
- Bryer, J.B., Nelson, B.A., Miller, J.B. & Krol, P.A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 144(11): 1426-30.
- Bromberg, P.M. (1996). Standing in the spaces: the multiplicity of self and the psychoanalytic relationship. *Contemporary Psychoanalysis*, 32: 509-535.

- Burgess, A.W. & Holmstrom, L.L. (1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131: 981-986.
- Chu, J.A., Dill, D.L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 147(7):887-92.
- Coplan, J.D., Andrews, M.W., Rosenblum, L.A., Owens, M.J., Friedman, S., Gorman, J.M. & Nemeroff, C.B. (1996). Persistent elevations of cerebrospinal fluid concentrations of corticotropin-releasing factor in adult nonhuman primates exposed to early-life stressors: Implications for the pathophysiology of mood and anxiety disorders. *Proc Natl Acad Sci USA*, 93(4):1619-23.
- Courtois, C.A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: theory, research, practice, and training*, 41, 412-425.
- Dahlberg, L.L. & Krug, E.G. (2006). Violência: Um problema global de saúde pública. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 11, suppl. 0.
- Davies, J. & Frawley, M.G. (1992). Dissociative processes and transference-countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of adult survivors of childhood abuse. *Psychoanalytic Dialogues*, 2:5-36.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) (1980). *American Psychiatric DSM-III – Third Edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) (2013). *American Psychiatric DSM-5 – Fifth Edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- Ferenczi, S. (1933). Confusion of tongues between adults and the child. (The language of tenderness and of passion) (1949). *International Journal of Psychoanalysis*, 30, pp. 225-230.
- Fonagy, P. (2004). Early life trauma and the psychogenesis and prevention of violence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1036: 1-20.
- Freud, A. (1936). *O ego e os mecanismos de defesa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1974.
- Freud, A. (1967). Comments on psychic trauma. In *The writings of Anna Freud*, 5. New York: International University Press, 1969, pp. 221-241.
- Freud, S. & Breuer, J. (1893-1895). Studies on hysteria. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud: Vol. 2 (1893-1895)*, pp. 3-305.
- Freud, S. (1896a). The aetiology of hysteria. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud: Vol. 3 (1893-1899): Early psycho-analytic publications*, pp. 187-221.
- Freud, S. (1896b). Further remarks on the neuro-psychoses of defence. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 3 (1893-1899): Early psycho-analytic publications*, pp. 157-185. Nota adicional (1924).
- Freud, S. (1897). Letter from Freud to Fliess, September 21, 1897. In *The complete letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess, 1887-1904*, pp. 264-267.
- Freud, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, (Vol. 7, pp. 123-252). Imago: Rio de Janeiro, 1972.

- Freud, S. (1916-1917) [1915-1917]. Introductory lectures on psychoanalysis. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, (Vol. 16, pp. 243-463).
- Freud, S. (1916). Mourning and melancholia. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, (Vol. 14, pp. 243-258).
- Freud, S. (1918). From the history of an infantile neurosis. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 17 (1917-1919): An infantile neurosis and other works*, pp. 1-124.
- Freud, S. (1924). Footnote added. In *Further remarks on the neuro-psychoses of defence. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 3 (1893-1899): Early Psycho-Analytic Publications*, pp. 157-185.
- Freud, S. (1925). An autobiographical study. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 20 (1925-1926)*, pp. 1-74.
- Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 20 (1925-1926)*, pp. 75-176.
- Garland, C. (2002). Why psychoanalysis? In C. Garland, (Ed.), *Understanding trauma: A psychoanalytical approach*. London: Karnac, pp. 3-8.
- Gunderson, J.G. (2001). *Borderline personality disorder: A guide clinical*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J.G. & Sabo, A.N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am J Psychiatry*, 150: 19-27.
- Herman, J.L. & van der Kolk, B.A. (1987). Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In B.A. van der Kolk (Ed.). *Psychological trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 111-126.
- Herman, J.L. & Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 4:1-14.
- Herman, J.L., Perry, J.C. & van der Kolk, B.A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 146: 490-495.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress*, 5(3): 377-91.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., & Bernstein, D. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders in early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 56(7):600-606.
- Kempe, H.C., Silverman, F.N., Steele, B.F. et al. (1984). Landmark article July 7, 1962: The battered-child syndrome. *JAMA*, 251(24): 3288-3294.
- Kirshner, L.A. (1994). Trauma, the good object, and the symbolic: A theoretical integration. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75: 235-242.
- Krystal, H. (1978). Trauma and affects. *Psychoanal. St. Child*, 33:81-116.
- Krug, E.G., Mercy, J.A., Dahlberg, L.L., & Zwi, A.B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, Vol. 360, October 5: 1083-1088.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulário da psicanálise*. Lisboa: Moraes Editores.

- Links, P.S. *et al.* (1988). Characteristics of borderline personality disorder: A Canadian study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33: 336-340.
- Links, P.S. & Monroe-Blum, H. (1990). Family environment and borderline personality disorder: Development of etiologic models. In P.S. Links (Ed.), *Family environment and borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Links, P.S. & van Reekum, R. (1993). Childhood sexual abuse, parental impairment and the development of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*, 38: 472-474.
- Makari, G. (2006). The seductions of history: Sexual trauma in Freud's theory and historiography. In M.I. Good (Ed.), *The seduction theory in its second century*, Madison: International University Press, pp. 45-63.
- Moore, B.E. & Fine, B.D. (1990). *Psychoanalytic terms & concepts*. New Haven: Yale University Press.
- Mészáros, J. (2010). Building blocks toward contemporary trauma theory: Ferenczi's paradigm shift. *American Journal of Psychoanalysis*, 70: 328-340.
- Organização das Nações Unidas (2006). Estudo do Secretário-geral das Nações Unidas sobre Violência contra as Crianças. Recuperado de www.unicef.pt/docs/1_estudo_sobre_violencia.pdf
- Ogata, S.N., Silk, K.R., Goodrich, S., Lohr, N.E., Westen, D. & Hill, E.M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 147(8): 1008-1013.
- Prior, S. (1996). *Object relations in severe trauma*. New Jersey: Jason Aronson.
- Salzman, J.P., Salzman, C., Wolfson, A.N., Albanese, M., Looper, J. & Ostacher, M. (1993). Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Compr Psychiatry*, 34: 254-257.
- Schestatsky, S.S. (2005). *Fatores ambientais e vulnerabilidade ao transtorno de personalidade borderline: Estudo caso-controle de traumas psicológicos precoces e percepção de vínculos parentais em amostra brasileira de pacientes mulheres*. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da UFRGS.
- Shearer, S.L. *et al.* (1990). Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients. *Am J Psychiatry*, 147: 214-216.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation and therapy in borderline group of neuroses. *Psychoanal Q*, 7: 467-489.
- Stern, D.B. (2000). The limits of social construction: Commentary on paper by Cynthia Dyess. *Psychoanalytic Dialogues*, 10: 757-769.
- Stone, M.H. (1986). The borderline syndrome: evolution of the term, genetic aspects, and prognosis. In M.H. Stone (Ed.), *Essential papers on borderline disorders*. New York: New York University Press, pp. 475-497.
- Swett, C. Jr., Surrey, J. & Cohen, C. (1990). Sexual and physical abuse histories and psychiatric symptoms among male psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 147(5):632-6.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently

- recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5): 413-423.
- van der Kolk, B.A., Perry, J.C., & Herman, J.L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry*, 148(12): 1665-71.
- van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C. & Weisaeth, L. (Eds.) (1996). Traumatic stress. New York: Guilford Press.
- van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D. *et al.* (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5): 389-399.
- Tjaden, P. & Thoennes, N. (2000). *Extent, nature, and consequences of intimate partner violence: findings from the national violence against women survey*. Publication No. NCJ-181867, US Department of Justice, Washington, DC 2000.
- Weaver, T.L. & Clum, G.A. (1993). Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychology*, 61: 1068-1075.
- Westen, D., Ludolph, P., Mislé, B., Ruffins, S. & Block, J. (1990). Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *Am J Orthopsychiatry*, 60: 55-66.
- Winnicott, D.W. (1954). Metapsychological and clinical aspects of regression within the psychoanalytic set-up. In *Collected Papers: Through Pediatrics to Psycho-analysis*. London: Karnac, 1992.
- Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Marino, M.F., Schwartz, E.O. & Frankenburg, F.R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Compr. Psychiatry* 30: 18-25.

Recebido em 18/05/2014

Aceito em 04/06/2014

Revisão técnica de **Vânia E. Dalcin**

Sidnei S. Schestatsky

Rua Carvalho Monteiro, 234/305

90470-100 – Porto Alegre – RS – Brasil

e-mail: schestat@terra.com.br

© Revista de Psicanálise – SPPA

